

CAUSAS RELACIONADAS AO ABORTO EXPONTÂNEO: UMA REVISÃO DE LITERATURA¹

Causes Related To Abortion Expontâneo: A Literature Review

Silvia Barbosa Mattos²
Luciane Bisognin Ceretta³
Maria Tereza Soratto⁴

Recebido em: 20 jan. 2016

Aceito em: 02 dez. 2016

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 expontaneo 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.

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,

¹ Artigo Baseado na Monografia Pós-graduação Especialização em Obstetrícia e Neonatologia.

² Enfermeira - Especialista em Obstetrícia e Neonatologia - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC - Criciúma - SC - Brasil. Email: silviabmattos@hotmail.com.

³ Enfermeira - Doutora em Ciências da Saúde - Mestre em Enfermagem –Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma - SC – Brasil - UNESC - Email: luk@unesc.net.

⁴ Enfermeira - Mestre em Educação –Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - UNESC - Criciúma - SC - Brasil. Email: guiga@unesc.net.

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 das 20 semanas de gestação” (GESTEIRA; BARBOSA; ENDO, 2006, p. 463). O aborto é provocado, induzido ou inseguro quando se utiliza 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).

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).

A elucidação da causa dos abortos espontâneos ainda não é rotina em nosso País. 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 atenção humanizada às mulheres em abortamento é direito de toda mulher e dever de todo (a) profissional de saúde” (BRASIL, 2012, p. 22).

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. Nesta perspectiva este estudo teve por objetivo identificar as causas relacionadas ao aborto espontâneo, a partir de uma revisão de literatura.

MATERIAL E MÉTODOS

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: artigos que relatam o assunto, publicados na base de dados Scielo e Bireme; artigos que compreendam as palavras chaves: aborto, aborto espontâneo, assistência de enfermagem no aborto; artigos publicados no idioma português, 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.

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. 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. A seguir realizou-se a leitura dos artigos selecionados na íntegra, proporcionando a identificação de três aspectos analisados: causas relacionadas ao aborto espontâneo; aborto na adolescência; aborto e luto; assistência de enfermagem no abortamento.

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	Estudo coorte-transversal, com 105 mulheres que sofreram aborto espontâneo completo	2014	BARBARESC O et al	Rev. Bras. Ginecol. Obstet.

ênfase em Toxoplasmose gondii.	e/ou incompleto. Aplicação de questionário e coleta de amostras de sangue e material abortivo.			
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 diagnóstico de abortamento	Pesquisa Qualitativa, descritiva. Entrevista com 13 mulheres.	2011	GUIMARAES XIMENES NETO et al	Cienc. enferm
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 et al	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	2010	ROLNIK et al	Rev. Assoc. Med. Bras.

	produtos de abortamento encaminhados para estudo			
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: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento.	Estudo qualitativo, com entrevista aberta e observação com 5 mulheres que sofreram abortamento espontâneo.	2009	BAZOTTI; STUMM; KIRCHNER	Texto contexto - enferm
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.

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, sendo que 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, independentemente 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 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 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).

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.

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 (XIMENES 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 (XIMENES 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 afeta 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 (XIMENES 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 Ximenes 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 Ximenes 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 (XIMENES 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 (XIMENES 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).

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 (XIMENES 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 Strefling 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).

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.

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. 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

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, Set. 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, jul 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 Toxoplasmose 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, jun. 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, maio 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.

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, dez. 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, out. 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, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2015.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimaraes 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, p. 95-103, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100010&lng=es&nrm=iso>. acesso em 20 jan. 2016.

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, set. 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**, v.11, n.1, p. 37-9, jan-mar. 2004. 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**, v.35, n.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**, v.14, n.4, p. 211-5, out-dez. 2007. 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, ago. 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, 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, Out. 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, Abr. 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, Jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2015.