

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE DA FAMÍLIA

ANA LETÍCIA DA SILVA COSTA
ANTONIA SORAIA SOUSA COSTA
JAMYLLLE CANTANHEDE DA SILVA BAYMA
YASMINE MENDES GAMA

CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DO ABORTO NO BRASIL:
Revisão Literária

São Luís

2015

**ANA LETÍCIA DA SILVA COSTA
ANTONIA SORAIA SOUSA COSTA
JAMYLLÉ CANTANHEDE DA SILVA BAYMA
YASMINE MENDES GAMA**

CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DO ABORTO NO BRASIL:

Revisão literária

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado aos Cursos de Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família.

Orientador(a): Prof. Msc. Cláudia Monteiro de Andrade

São Luís

2015

Costa, Ana Letícia da Silva; [et. al.]

Causas e consequências do aborto no Brasil: revisão literária / Ana Letícia da Silva Costa; Antonia Soraia Sousa Costa; Janylle Cantanhede da Silva Bayma; Yasmine Mendes Gama -. São Luís, 2015.

Impresso por computador (fotocópia)

38 f.

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família da Faculdade LABORO / Universidade Estácio de Sá, como requisito para obtenção de Título de Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família. -. 2015.

Orientadora: Msc. Cláudia Monteiro de Andrade

1. Saúde da mulher. 2. Aborto. 3. Causas. 4. Consequências. 5. Assistência de Enfermagem. I. Título.

CDU: 658.3

**ANA LETÍCIA DA SILVA COSTA
ANTONIA SORAIA SOUSA COSTA
JAMYLLÉ CANTANHEDE DA SILVA BAYMA
YASMINE MENDES GAMA**

CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DO ABORTO NO BRASIL:

Revisão literária

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado aos Cursos de Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a . Cláudia Monteiro de Andrade(Orientadora)
Mestre em Biologia Parasitária
Universidade Ceuma

Prof^a .Rosemary Ribeiro Lindholm
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo

A Deus, pai todo poderoso.

Aos nossos pais por tudo o que são, pelo incentivo, pelo investimento e carinho constante.

Aos nossos familiares e amigos que torceram e estiveram conosco na conquista de mais um sonho.

Aos docentes desta instituição, que transmitiram os seus conhecimentos e aprendizados durante esta caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter nos abençoado e nos dado forças para a realização deste trabalho.

Aos nossos pais, pois sem eles hoje não estaríamos aqui para cumprir mais essa etapa de nossas vidas.

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração desta monografia.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse

*feito. Não sou o que deveria ser, mas
Graças a Deus, não sou o que era antes.”*

Marthin Luther King

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo discorrer sobre as causas e consequências do aborto no Brasil, citando os principais tipos de aborto e os acometimentos pós-ato abortivo, bem como o papel do profissional de Enfermagem na assistência a essas mulheres. É considerado aborto a expulsão do feto antes da vigésima semana de gestação, ou com peso inferior à 500g. Os tipos de aborto incluem: Ameaça de abortamento, que é qualquer hemorragia ou cólica uterina durante as vinte primeiras semanas de gestação; Abortamento completo, quando todo o produto da concepção é eliminado; Abortamento inevitável/incompleto, quando partes do produto da concepção é eliminado; Abortamento retido, quando o feto morto permanece no útero por quatro ou mais semanas; Abortamento infectado, quando o conteúdo uterino se infecta antes, durante ou depois de um aborto; Abortamento habitual, quando a paciente teve três ou mais abortos consecutivos; Abortamento previsto em lei, aquele em que a justiça autoriza a mulher obedecendo a legislação vigente. As principais causas são: ovo anembrionado, alterações cromossômicas, malformações uterinas, incompetência istmocervical, miomatose, doenças crônicas, infecções e insuficiência luteínica. Como consequências, temos as físicas e as psicológicas. O aborto traz sentimentos desagradáveis para a mulher, por isso, o profissional de Enfermagem deve estar atento para atuar de forma adequada diante de cada situação. Oferecer um plano de cuidados, ajudando as pacientes a enfrentar a dor da perda, pois elas se tornam mais sensíveis diante dessa situação. O profissional de Enfermagem deve incentivar a convivência social, intervindo de maneira adequada e individualizada, adequando-se as reais necessidades de cada paciente.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Aborto. Causas. Consequências. Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

This research aims to discuss the causes and consequences of abortion in Brazil, citing the main types of abortion and post-abortion act occurrence, and the role of the nursing professional in the care of these women. Abortion is considered the expulsion of the fetus before the twentieth week of gestation or weighing less than the 500g. Types of miscarriage include: Threat of abortion, which is any bleeding or uterine cramping during the twenties first weeks of pregnancy; Complete abortion when all the product of conception is eliminated; Inevitable / incomplete abortion when designing the product parts is eliminated; Abortion retained when the dead fetus in the uterus remains on for four or more weeks; Infected abortion, when the uterine contents is infected before, during or after an abortion; Habitual abortion, when the patient had three or more consecutive miscarriages; Abortion provided by law, one in which justice authorizes the woman obeying the law. The main causes are: anembrionado egg, chromosomal abnormalities, uterine malformation, cervical incompetence, fibroids, chronic diseases, infections and luteal insufficiency. As a consequence, we have the physical and the psychological. Abortion brings unpleasant feelings for a woman, so the nursing professionals should be alert to work properly before each situation. Offer a plan of care, helping patients to face the pain of loss, as they become more sensitive about this situation. Professional Nursing should encourage social interaction, intervening in an appropriate and individualized way, adapting to the real needs of each patient.

Key words: Women's Health. Abortion. Causes. Consequences. Nursing Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Aborto	14
Figura 2 – Saco gestacional sem embrião.....	21
Figura 3 – Anomalias uterinas	22
Figura 4 – Miomas uterinos	23
Figura 5 – Cânulas de Karman	34
Figura 6 – Curetagem uterina	34
Figura 7 – Equipe de Enfermagem	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 METODOLOGIA	13
3 ABORTAMENTO	14
4 QUADRO CLÍNICO	16
4.1 História	16
4.2 Exame físico	17
5 FATORES DE RISCO	18
6 ETIOLOGIA	20
6.1 Anomalias do produto da concepção	20
6.1.1 Ovo anembrionado	20
6.1.2 Alterações cromossômicas	21
6.2 Causas maternas locais	22
6.2.1 Malformações uterinas	22
6.2.2 Incompetência istmocervical	22
6.2.3 Miomatose	23
6.3 Causas maternas sistêmicas	23
6.3.1 Doenças crônicas	24
6.3.2 Infecções	24

6.4 Traumatismos físicos	25
7 CONSEQUÊNCIAS	26
7.1 Consequências físicas	26
7.2 Consequências psicológicas	26
8 FORMAS CLÍNICAS	27
8.1 Ameaça de abortamento	27
8.2 Aborto completo	27
8.3 Abortamento inevitável/incompleto	28
8.4 Abortamento retido	29
8.5 Abortamento infectado	29
8.6 Abortamento habitual	30
8.7 Abortamento previsto em lei	30
8.7.1 Risco de vida materna	30
8.7.2 Abortamento pós-estupro	31
8.7.3 Malformação fetal grave ou incompatível com a vida	32
9 TÉCNICAS DE ESVAZIAMENTO UTERINO	33
9.1 Abortamento farmacológico	33
9.2 Aspiração Manual Intrauterina (AMIU)	33
9.3 Curetagem uterina	34
10 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	36
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

O aborto é entendido como a finalização da gestação antes que o feto adquira condições de viabilidade. A Organização Mundial de Saúde conceitua essa entidade como a expulsão do feto com menos de 500g, peso que corresponderia à gestação entre 20 e 22 semanas de amenorréia (NEME, 2005).

BRASIL (2009) relata que o abortamento representa um grande problema de saúde pública, envolvendo em sua discussão um complexo conjunto de aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais. Enfrentar esse fenômeno significa entendê-lo como uma questão de cuidados em saúde e direitos humanos, e não como um ato de infração moral de mulheres levianas.

A prática do aborto é uma evidente expressão das desigualdades sociais, pois embora compartilhem a mesma situação perante a ilegalidade da intervenção, as mulheres passam por várias trajetórias, com a minoria delas podendo arcar com os custos de um abortamento rápido, seguro e sem riscos. É vastamente praticado, com uso de meios diversos, muitas vezes induzidos pela própria mulher ou realizado por profissionais em condições inseguras, o abortamento pode acarretar consequências danosas à saúde, podendo, inclusive, levar à morte (BRASIL, 2005).

BRASIL (2005) relata que, para a maioria das mulheres, o abortamento resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo a falta de informação sobre anticoncepção, dificuldade de acesso aos métodos, falhas no seu uso e ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde, e também para outras mulheres a gestação que motiva o abortamento resulta em relações impostas pelos seus parceiros ou de situações de estupro.

É necessária uma atenção qualificada a essas mulheres, tendo em vista a dificuldade das mesmas em reconhecer sinais de possíveis complicações, aliada ao fato de que o medo e a vergonha são fatores que podem retardar a busca de cuidados. Também se faz necessário à superação da discriminação e da desumanização do atendimento às mulheres em situação de abortamento, ainda uma realidade de muitos serviços públicos. É importante reconhecer que a qualidade da atenção almejada inclui aspectos relativos à sua humanização, incentivando os profissionais, independentemente dos seus preceitos morais e religiosos, a

preservarem a postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres.

Por ser o aborto ainda uma importante causa de morte materna, um tema difícil de ser abordado e ter diversas implicações à saúde, tornou-se importante à realização de um estudo literário recente, que tem como objetivo principal descrever as causas e consequências do aborto no Brasil, relatando o papel do profissional de Enfermagem na assistência da paciente, classificando os principais tipos de aborto e distinguindo os principais acometimentos que ocorrem pós-ato abortivo.

A opção de se estudar esse tema, partiu do interesse das autoras em aprofundar-se mais especificamente sobre o assunto, por ser ainda uma temática que causa muitas discussões. Tornando importante a realização de um estudo literário recente, enfatizando as causas para a prática do aborto e suas consequências, bem como a assistência de enfermagem às mulheres nessa situação, esclarecendo também as possíveis dúvidas da população.

O trabalho está estruturado em introdução; referencial teórico, que explicará mais sobre o abortamento destacando seu conceito, bem como o quadro clínico; apresentando também os fatores de risco; a etiologia, destacando as principais causas; as consequências que tal ato pode acarretar; as formas clínicas, de como o abortamento pode se apresentar; as técnicas de esvaziamento uterino; a assistência de Enfermagem, além disso, tem a metodologia e as considerações finais.

2 METODOLOGIA

A metodologia escolhida para abordar esse tema foi pesquisa bibliográfica, e o estudo é de caráter exploratório, que de acordo com AMARAL (2007), consiste no levantamento, seleção, fichamento e arquivamento de informações relacionadas à pesquisa, tendo como base da coleta de dados, livros, artigos científicos, monografias, manuais, teses e endereços eletrônicos.

A pesquisa teve como principais meios, os seguintes bancos de dados: Scielo, Lilacs e Cadernos de Saúde Pública, e foram encontradas 40 bibliografias, mas apenas 22 bibliografias foram utilizadas para a realização do mesmo. Os critérios de inclusão foram às palavras chaves: abortamento, aborto, causas e consequências do aborto/abortamento, abortamento farmacológico, aspiração manual intrauterina, curetagem uterina e assistência de enfermagem no aborto e pós-aborto.

A partir dos meios que foram supracitados, foram feitas leituras, releituras e anotações dos conteúdos mais pertinentes à temática, atentando-se para publicações feitas no período de 2005 a 2013. O período de busca foi de fevereiro a abril de 2015.

3 ABORTAMENTO

É considerado abortamento a interrupção da gravidez antes que o feto alcance a fase da viabilidade. Podendo ser espontâneo ou provocado. Com o passar do tempo e principalmente no fim do século XX, houve um declínio na incidência do abortamento em sua forma espontânea, ao mesmo tempo em que a descriminalização do abortamento provocado era um dos problemas que provocavam grandes controvérsias em vários países. Em lugar de abortamento, é comum o uso do termo aborto, que, a rigor, designa o próprio feto morto em consequência de sua expulsão do útero (SILVA; SURITA, 2005).

Figura 1 - Aborto



Fonte: <http://aliancaconservadoresbrasil.wordpress.com/2012/09/04/argumentos-e-filosoficos-contra-o-aborto-kerby-anderson/>

Os abortamentos espontâneos que também podem ser chamados de aborto involuntário ou “falso parto” são aqueles que acontecem sem ação deliberada de qualquer espécie. Podem ser classificados em precoces, quando ocorrem antes da 1ª semana de amenorréia, e tardios, quando acometem após essa data. Os

abortamentos provocados ou induzidos são aqueles em que alguém decidiu pela interrupção da gravidez antes da viabilidade fetal (SILVA; SURITA, 2005).

Gomes, Augusto e Chagas (2012), explica que o aborto representa a mais frequente complicação da gestação precoce. A incidência diminui à medida que avança a idade gestacional. Entre 8% e 20% das gestações clinicamente reconhecidas serão perdidas, sendo que 80% das perdas ocorrem até 12 semanas de gravidez. Se considerados os abortos subclínicos a incidência se eleva para 13% a 26% das gestações. Considera também uma das principais questões de saúde pública pela alta incidência, inclusive na adolescência. Apesar da falta de dados confiáveis, existe alta morbimortalidade quando o aborto é provocado, sendo realizado de forma insegura, clandestinamente.

4 QUADRO CLÍNICO

De acordo com Freitas (2011), toda mulher em idade reprodutiva com queixa de dor pélvica, acompanhada de sangramento vaginal, deve ter o abortamento como parte do diagnóstico principal.

4.1 História

- 1) Confirmação de uma gestação intrauterina (afastar sangramento menstrual, gravidez ectópica).
- 2) Presença de febre (processos infecciosos).
- 3) História de manobras abortivas.
- 4) Presença de leucorreia (infecção pélvica).
- 5) Uso de medicamentos (misoprostol ou outras substâncias abortivas).
- 6) Eliminação de material amorfo pela vagina (pode orientar o diagnóstico de aborto incompleto ou completo).
- 7) Sintomas urinários (infecção, litíase como causa do sangramento e da dor).

É de fundamental importância à confirmação pelo médico de cada um dos itens supracitados e registrar no prontuário da paciente. É comum que elas escondam informações sobre o uso de misoprostol e de outras manobras abortivas. Por conta disso, é importante que a paciente sinta-se segura e acolhida pela equipe médica e pelos outros profissionais; a presença de um só membro da equipe, o estabelecimento da confiança e a certeza de que não haverá punições sobre a paciente são princípios fundamentais. O médico poderá utilizar perguntas indiretas

que podem dar pistas no caso. Durante o relato da paciente, deve-se perguntar sobre a presença de diarreia e febre, pois são efeitos colaterais do misoprostol, podendo o médico orientar sobre o seu uso (FREITAS, 2011).

4.2 Exame físico

Segundo Freitas (2011) as características que se devem avaliar são:

- 1) Estado geral (confusão mental, sepse).
- 2) Sinais vitais (para identificar sinais de sepse grave ou choque).
- 3) Presença de dor lombar (cálculo renal e infecção urinária).
- 4) Exame abdominal em busca do tamanho uterino, tumorações, irritação abdominal, defesa abdominal.
- 5) Exame especular para identificar o grau, o local do sangramento e a condição do colo uterino, se há eliminação de restos ovulares, corpo estranho, presença de odor fétido, secreção purulenta.
- 6) Toque vaginal: identificar se o colo uterino está aberto ou não, o tamanho do útero, o dolorimento à mobilização.

5 FATORES DE RISCO

Vários são os fatores relacionados com as taxas elevadas de abortamento espontâneo, independente de situações clínicas maternas ou alterações anatômicas, que são outras causas mais específicas relacionadas ao abortamento espontâneo. Entre esses fatores, chamados inespecíficos, citamos (NEME, 2005):

- Idade materna: é o principal fator de risco em mulheres saudáveis, o aumento na porcentagem de abortamento é diretamente proporcional ao aumento da idade materna;
- Paridade: o risco de abortamento é maior em mulheres com maior paridade, independente da idade materna, ele é duas vezes maior em mulheres que ficaram grávidas duas ou mais vezes. As com menor risco são aquelas com bom resultado perinatal anterior, seguida das primigestas, e as com maior risco aquelas que tiveram a última gravidez terminada em aborto;
- Antecedente de aborto: história obstétrica prévia com antecedente de abortamento é fator de risco para uma próxima gestação;
- Tabagismo: o hábito de fumar (mais de 10 cigarros por dia) mostrou associação com o aumento das taxas de perdas gestacionais. Essa associação mostrou-se ainda mais relevante, quando se excluem das análises as causas de abortamento relacionadas às alterações cromossômicas;
- Álcool: o consumo de álcool durante o primeiro trimestre mostrou-se associado com o aumento das taxas de abortamento espontâneo, o risco mostra-se maior dependendo da quantidade e da frequência de álcool ingerida e da idade gestacional, sendo pior quanto maior for o hábito e mais precoce for sua utilização durante a gestação;

- Consumo de cafeína: alguns estudos epidemiológicos tem sugerido aumento nas taxas de abortamento em mulheres com hábitos de ingestão elevada de cafeína (4-5 xícaras por dia), associando-se a piores resultados principalmente em mulheres não fumantes e com cariótipo normal;
- Uso de analgésicos: mulheres que utilizaram antiinflamatórios não esteróides (AINE) e aspirina, foram seguidas em estudo de coorte, observando-se aumento do risco de abortamento as que utilizaram AINE no período periconcepcional por mais de uma semana, ou que utilizaram aspirina;
- Traumatismos: procedimentos invasivos, como a biópsia de vilo corial (BVC) e amniocentese, aumentam o risco de abortamento;
- Febre: temperatura elevada (37,8°C ou mais) no início da gestação, principalmente no período da embriogênese, aumentaria as taxas de abortamento;
- Outras: exposição materna a agentes potencialmente teratogênicos como drogas, agentes infecciosos, estresse físico, exercícios extenuantes, viagens com muita frequência é associado a perdas gestacionais. Excepcionalmente, essas condições favorecem o abortamento, principalmente se não forem violentas ou provocarem grande repercussão para a saúde e as condições físicas da gestante.

6 ETIOLOGIA

É muito difícil estabelecer com clareza o mecanismo etiológico envolvido na gênese do abortamento, considerando a associação simultânea frequente de diferentes agentes responsáveis por sua ocorrência. Em geral, no primeiro trimestre, o abortamento é precedido da morte do embrião dificultando a análise histopatológica e cito genética, que deverá ser feita após a expulsão desse produto da concepção. No segundo trimestre reúne-se outro conjunto de circunstâncias que apontam para outras possibilidades etiológicas. É comum o nascimento de fetos vivos, mas incapazes de sobreviver por sua extrema imaturidade (NEME, 2005).

6.1 Anomalias do produto da concepção

6.1.1 Ovo anembrionado

Aproximadamente um terço dos abortos espontâneos que ocorrem antes da 8ª semana são originados de ovos anembrionados, também chamados de ovos cegos, que é uma gravidez sem embrião. Isso acontece quando o óvulo fertilizado se implanta no útero, porém o embrião não se desenvolve. Normalmente, o problema é diagnosticado através do exame de ultrassonografia feito no primeiro semestre da gestação, quando o médico visualiza o saco gestacional vazio (DABUS, 2010).

Figura 2 - Saco gestacional sem embrião.



Fonte: <http://www.clinicagenetica.com.br/page9.aspx>

6.1.2 Alterações cromossômicas

As cromossopatias podem ser responsáveis por abortamentos em qualquer fase da gestação, porém estão mais claramente relacionadas aos abortamentos precoces e chamados pré-clínicos. Apesar de serem reconhecidas como a principal causa de abortamento precoce, as cromossopatias nem sempre são diagnosticadas por vários fatores, que vão desde as dificuldades com a coleta do material, até as relacionadas com as técnicas de cultura de tecidos, mais complicadas e dispendiosas, o que torna ainda hoje subestimada a frequência dessas alterações entre os abortamentos. Com frequência, o processo de aborto inicia-se e completa-se fora do ambiente hospitalar, ou ocorre em circunstâncias pouco favoráveis para a coleta de material representativo e em condições técnicas adequadas para o trabalho de análise do citogeneticista (NEME, 2005).

6.2 Causas maternas locais

6.2.1 Malformações uterinas

A conformação uterina pode impedir a gestação, algumas não interferem, porém, outras acabam interrompendo prematuramente. Dependendo da anormalidade que for constatada é indicada a correção cirúrgica. As anomalias uterinas podem resultar em uma vascularização ineficaz ou em espaço relativamente pequeno para o desenvolvimento fetal, estado relacionado aos abortos de primeiro trimestre (REZENDE, 2005).

Figura 3 - Anomalias Uterinas.



Fonte: <http://www.endofemme.com/php/endofemme.php?link=4>

6.2.2 Incompetência ístmocervical (IIC)

Conforme Rezende e Montenegro (2005), a incompetência istmocervical é o útero incapaz de reter a gravidez, por deficiência estrutural ou funcional, resultando em dilatação indolor e expulsão do concepto ainda imaturo entre o segundo e terceiro trimestre da gestação. Descreve ainda que é uma das principais causas de aborto tardio. A cérvix não se mantém fechada, com isso, não há sustentação do concepto dentro do útero até o final da gestação.

6.2.3 Miomatose

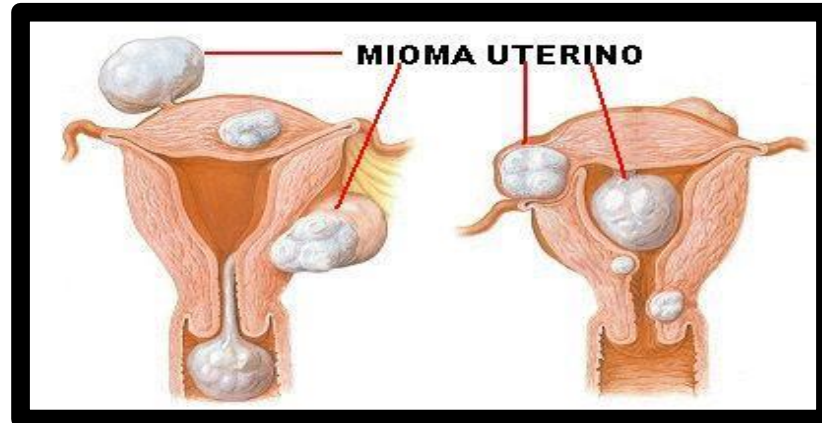
De acordo com Rezende (2005), os miomas uterinos são tumorações que dependendo do seu tamanho, forma e localização, podem atrapalhar a evolução da gestação.

Conforme Netto e Darzé (2005) são geralmente encontrados durante a gravidez e dificilmente obstruem o canal do parto. Devido a sua localização no útero são classificados em:

- Submucosos, quando estão localizados abaixo da camada endometrial;
- Subserosos, quando são localizados abaixo da camada serosa do útero;
- Intramurais, que estão localizados no miométrio.

Os miomas que podem provocar o aborto são os submucosos e os intramurais, que deformam a cavidade uterina (REZENDE; MONTENEGRO, 2005).

Figura 4 - Miomas Uterinos



Fonte: <http://deodefreitas.blogspot.com.br/2010/05/mulher-mioma-uterino.html>

6.3 Causas maternas sistêmicas

Doenças maternas preexistentes ou adquiridas podem elevar o risco de perdas gestacionais. Todo caso de morbidade materna grave pode associar-se à perda gestacional, entretanto, em algumas situações, mesmo sem o comprometimento grave da saúde materna, pode haver aumento do risco para resultados gestacionais insatisfatórios (NEME, 2005).

6.3.1 Doenças crônicas

Não é surpresa que uma doença crônica que não esteja sendo controlada devidamente tenha efeito adverso sobre uma gravidez. Algumas doenças como o Lúpus e Diabetes avançados, caso não sejam tratadas devidamente, podem elevar o risco de aborto natural ou de defeitos congênitos. Pressão arterial elevada e alterações no funcionamento da glândula tireóide (causando hipertireoidismo ou hipotireoidismo) também podem ser causa de problemas abortivos (JEFFRIES, 2010)

6.3.2 Infecções

As infecções maternas que podem ser transmitidas para o feto são numerosas e frequentes, sendo geralmente subestimadas. Podendo causar abortamentos subclínico e clínico, natimortos, mortes neonatais e nem sempre se estabelece com clareza relação de causa-efeito. A rubéola é uma doença grave durante o primeiro trimestre da gravidez, cuja incidência de primoinfecção na gestação tem diminuído em todo o mundo, após a melhora da cobertura vacinal para populações de risco. Em relação às mulheres infectadas pelo HIV, reportou-se maior risco de abortamento na população africana, o que não se confirmou em outras populações. Hoje se acredita que nas mulheres infectadas em uso de terapia antirretroviral adequada durante a gestação o risco de abortamento é o mesmo da população geral (NEME, 2005).

A infecção por clamídia (*Chlamydia trachomatis*) também pode estar associada ao abortamento espontâneo. Sua prevalência é maior em mulheres que tiveram essa complicação ou gravidez ectópica que naquelas com gestação normal. As hepatites em geral, varicela zóster, retrovírus, citomegalovírus não são responsáveis diretos pelo abortamento, mas sim por complicações neonatais que dependem do grau do acometimento intrauterino. As infecções bacterianas graves como pneumonia, pielonefrite, meningite, entre outras, podem causar sérios distúrbios no equilíbrio da homeostase materna e por isso se constituir em causas indiretas de abortamento. Nessa mesma linha, a tuberculose materna na forma pulmonar bacilífera, forma intensamente debilitante, também pode ser causa indireta de aumento do risco (NEME, 2005).

6.4 Traumatismos físicos

De acordo com Neme (2005) os traumatismos físicos são considerados causa de abortamento na população leiga, o que de fato não deve ocorrer. Nos casos em que houve algum traumatismo significativo e ocorreu abortamento espontâneo, ou foi algo tão extenso, que comprometeu a estabilidade materna precipitando o evento. Cirurgias abdominais ou não durante a gravidez podem estar

relacionadas a abortamento, principalmente se houver manipulação da matriz grávida. Acidentes de trânsito e tentativas sem êxito de provocar abortamento são raramente causas de importância, mas não devem ser desconsideradas.

7 CONSEQUÊNCIAS

7.1 Consequências Físicas

A gravidade das complicações mórbidas que provêm do aborto tende a aumentar com a duração da gravidez, por exemplo, um aborto no segundo trimestre de gestação é mais perigoso que um no primeiro trimestre. Embora também possam ocorrer nos casos de aborto espontâneo, as complicações são mais graves e mais frequentes quando o aborto é provocado. A hemorragia, nos casos de aborto espontâneo, raramente se espalha com abundância. Já no aborto provocado, ela é mais intensa e pode até mesmo levar ao choque. As infecções apresentam-se relativamente raras e benignas no aborto espontâneo, mas podem ser graves e mortais no aborto provocado. O traumatismo mais perigoso associado ao aborto provocado é a perfuração uterina, que pode ocasionar peritonite e morte. O colo do

útero também pode ser lesado durante a prática do aborto e, mais raramente, outros órgãos como a bexiga e alças intestinais (SILVA; GUIMARÃES, 2005).

7.2 Consequências Psicológicas

Além das possíveis consequências físicas, o aborto costuma provocar crises de arrependimento e culpa, e reações psiconeuróticas ou mesmo psicóticas graves. A maioria das mulheres pratica o aborto em situações desesperadas de medo ou insegurança. Depois disso, muitas deixam de se cuidar e, sem apoio psicológico para lidar com os seus sentimentos, acabam por engravidar de novo. Por mais liberta que a mulher esteja dos padrões morais e religiosos, por mais consciente da impossibilidade de levar a termo a sua gestação, ou por mais indesejada que tenha sido a gravidez, abortar é uma decisão que, na maioria das vezes, envolve medo e angústia. Estes sentimentos aumentam quando o aborto é realizado em clínicas clandestinas (SILVA; GUIMARÃES, 2005).

8 FORMAS CLÍNICAS

8.1 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 (BRASIL, 2011).

Nesse tipo de situação algumas manobras são importantes realizar: o exame especular é necessário para afastar as causas ginecológicas de sangramento (tumores, pólipos, cervicite, etc) coincidentes com a gestação, observando se o sangramento flui ou não pelo OCE (orifício cervical externo), aquilatando sua intensidade; no toque vaginal a cérvix deve encontrar-se fechada, com o OCI (orifício cervical interno) impérvio e o com dimensões compatíveis com a

idade gestacional estimada pela amenorréia; a ultrassom obstétrica deve atestar a presença do embrião com batimentos cardíacos positivos no interior da cavidade uterina e afastar a possibilidade de ovo cego e de gestação extrauterina, bem como de abortamento incompleto (BRASIL, 2009).

A internação hospitalar não é necessária, 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 (BRASIL, 2005)

8.2 Abortamento completo

Ocorre geralmente em gestações com menos de oito semanas. A perda sanguínea é de leve a moderada e as dores diminuem ou cessam após a expulsão do material ovular. O colo uterino pode estar aberto e o tamanho do útero é menor que o esperado para a idade gestacional. No exame de ultrassom a cavidade uterina encontra-se vazia ou com imagens sugestivas de coágulos (GOMES; AUGUSTO e CHAGAS, 2012).

Nesse caso a conduta é de observação, com atenção ao sangramento e/ou à infecção uterina. Quando persiste o sangramento, devemos prescrever uretônicos, ou pode ser realizada uma aspiração manual intrauterina (AMIU), ressaltando que a curetagem uterina só deve ser usada quando a aspiração não estiver disponível (BRASIL, 2011).

8.3 Abortamento inevitável/incompleto

Rezende; Montenegro (2005) denomina esse tipo de aborto, quando partes do produto da concepção é eliminado. Com isso, a hemorragia não cessa e as cólicas permanecem, porque os restos ovulares impedem o útero de contrair-se

adequadamente. Ao final, é revelada a expulsão de uma massa carnosa, dificilmente identificável. O exame de ultrassom confirma a hipótese diagnóstica, embora não seja imprescindível.

Em gestações com menos de 12 semanas, pelo tamanho uterino, indica-se a aspiração manual ou elétrica intrauterina por ser mais segura e permitir o esvaziamento mais rápido. Quando não for possível empregar essa técnica, realiza-se a curetagem uterina. Em úteros compatíveis com gestação superior a 12 semanas, principalmente se o feto ainda estiver dentro do útero, emprega-se o misoprostol na dose de 200mcg de 12/12 horas, via vaginal, em ciclos de 48 horas de tratamento, com 3 a 5 dias de intervalo. Após a expulsão, persistindo o sangramento, se o tamanho uterino for menor ou igual à gestação de 12 semanas devemos realizar a complementação por aspiração uterina. Se o volume uterino for maior de 12 semanas utilizamos a curetagem uterina. Também é importante avaliar a perda sanguínea e, se necessário, faz-se a transfusão sanguínea. Em situações onde o esvaziamento é emergencial (hemorragias graves ou infecções graves), o uso do misoprostol deve ser evitado devido ao tempo de resposta necessário para o esvaziamento medicamentoso (BRASIL, 2011).

8.4 Abortamento retido

Em geral, o abortamento retido cursa com regressão dos sintomas e sinais de uma gestação, o colo uterino encontra-se fechado e não há perda sanguínea. O exame de ultrassom revela ausência de sinais de vitalidade ou a presença de saco gestacional sem embrião (BRASIL, 2011).

Quando a gestação tem menos de 12 semanas, deve-se proceder ao esvaziamento pela técnica de aspiração manual intrauterina (Amiu), e quando a gestação tem mais de 12 semanas é necessário promover a dilatação cervical e expulsão do produto conceptual, utilizando o misoprostol vaginal na dose de 200mcg a cada 6 horas, ou infusão endovenosa de ocitocina com 5 ampolas de 5 unidades, iniciando o gotejamento com 8 gotas por minuto (GOMES; AUGUSTO; CHAGAS, 2012).

8.5 Abortamento infectado

Geralmente ocorre após manipulação para induzir a interrupção da gravidez e sob más condições técnicas. As infecções são polimicrobianas e provocadas, geralmente, por bactérias da flora vaginal. O quadro é grave e requer cuidado imediato, 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 secreção purulenta através do colo uterino. Podem-se identificar coleções no fundo de saco e, ao ser examinada, através do toque vaginal, a paciente refere bastante dor, e deve-se sempre pensar na possibilidade de perfuração uterina (GOMES; AUGUSTO; CHAGAS, 2012).

O esvaziamento uterino, nos úteros com tamanho compatível com gestação de 12 semanas, deve ser realizado, de preferência, a aspiração manual intrauterina (Amiu), por apresentar taxas menores de complicações, reduzida 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 (BRASIL, 2011).

8.6 Abortamento habitual

Segundo Rezende; Montenegro (2005), para configurar o aborto habitual é convencional o número mínimo de três interrupções sucessivas. É primário quando a mulher jamais conseguiu levar a termo qualquer gestação, e secundário quando houve uma gravidez a termo.

A mulher apresenta idade gestacional progressivamente menor; o sangramento variável, em geral discreto; cólicas leves ou ausentes, com feto vivo. Essas mulheres devem ser encaminhadas para tratamento especializado, onde seja

possível identificar as causas e realizados tratamentos específicos (GOMES; AUGUSTO; CHAGAS, 2012).

8.7 Abortamento previsto em lei

É reconhecido como aborto legal, a interrupção da gestação que cause risco de vida materna, quando a gestação for resultado de estupro ou em casos de malformação fetal grave ou incompatível com a vida (BRASIL, 2011).

8.7.1 Risco de vida materna

As gestantes que procuram o hospital com doenças graves devem ser avaliadas por dois obstetras e por um especialista na patologia que está motivando a interrupção da gestação. Para a realização do aborto ou antecipação do parto, é obrigatório que a mulher e/ou seus familiares estejam informados, tenham suas dúvidas esclarecidas e autorizem o procedimento (BRASIL, 2005).

Gomes; Augusto e Chagas (2012) relata que a técnica de esvaziamento uterino a ser utilizada vai depender da idade gestacional de cada paciente.

De acordo com Brasil (2009), é importante a presença de uma equipe multiprofissional no atendimento a esta mulher, visto que na interrupção da gravidez motivada pelo agravamento de seu estado de saúde, o apoio psicológico é fundamental no atendimento. Não é necessário comunicar ao CRM (Conselho Regional de Medicina), mas é importante notificar à Comissão de Ética do hospital onde será realizado o procedimento.

8.7.2 Abortamento pós-estupro

Na condição de gravidez por estupro, quando a gestante procura o hospital, ela deverá ser avaliada pela equipe de plantão, que deverá estar habilitada a realizar o atendimento de rotina para esta circunstância, conforme norma específica do Ministério da Saúde, ou por uma equipe de referência para atendimento a mulheres em situação de violência (BRASIL, 2009).

A mulher que foi vítima de estupro é admitida na triagem onde lhe são solicitados pela equipe médica os seguintes documentos (GOMES; AUGUSTO e CHAGAS, 2012):

- Solicitação da mulher ou do seu representante legal, por escrito. No caso de menor de 14 anos, o médico requer o consentimento dela própria e do representante legal, por escrito.
- Boletim de ocorrência, o qual é anexado ao prontuário da mulher.
- Laudo do IML. Não é de caráter obrigatório, porém se for possível obtê-lo, no máximo, 48 horas após o exame de corpo e delito, é bom que seja solicitado.

De acordo com Gomes; Augusto e Chagas (2012) são acrescentados ainda alguns critérios, os quais o serviço considera para a interrupção, são eles: a idade gestacional máxima para a aprovação da interrupção é de até 12 semanas completas, acima de 12 semanas até 20 semanas os casos são analisados individualmente em reunião clínica, de acordo com a vontade da mulher de aceitar os riscos, as condições clínicas da paciente assim como a capacidade técnica do serviço; e a veracidade da história, o serviço deve verificar se a idade gestacional é compatível com a data do estupro através da ultrassonografia, caso haja alguma inconsistência significativa na história da violência, o serviço tem o respaldo para recusar-se a fazer o aborto.

O procedimento para interrupção da gestação deverá ser escolhido pela equipe médica, levando em consideração a idade da paciente e a idade gestacional da mesma (BRASIL, 2009).

8.7.3 Malformação fetal grave ou incompatível com a vida

Segundo Brasil (2009), quando uma gestante quer interromper a gravidez após o diagnóstico de uma patologia fetal grave ou que caracterize incompatibilidade com a vida, para que o pedido seja atendido, é necessário uma autorização judicial. A assistente social ou outro membro da equipe deve orientar a gestante, seu companheiro e/ou familiares a procurarem o Ministério Público do município, solicitando autorização para realização do procedimento. É necessário também que a equipe forneça um laudo médico, explicando as condições da gravidez que justifiquem sua interrupção, assim como possíveis danos para a saúde física e mental da mulher em caso de evolução até o final da gestação.

Os procedimentos para interrupção serão determinados pelo tempo da gestação (GOMES; AUGUSTO e CHAGAS, 2012).

9 TÉCNICAS DE ESVAZIAMENTO UTERINO

9.1 Abortamento farmacológico

Consiste na utilização de fármacos para indução do abortamento ou abreviação do abortamento em curso. Toda mulher grávida que solicita interrupção da gestação e cumpre as condições estabelecidas pela lei pode optar pela interrupção farmacológica da gravidez, tanto no primeiro, como no segundo semestre da gestação (BRASIL, 2011).

De acordo com Brasil (2005), o misoprostol é o fármaco de primeira escolha, ele usado no 1º e 2º trimestre da gravidez e a dose dependerá da idade gestacional. Deverá utilizar-se por via vaginal, umedecendo os comprimidos com água e aplicando-os nos fundos de saco laterais da vagina. No primeiro trimestre, a dose será de 800mcg por dia, via vaginal durante dois dias. Esquemas de utilização do misoprostol. No segundo trimestre, a dose recomendada é de 200mcg de 12 em 12 horas, via vaginal. Nesse trimestre, como há menos alternativas, é preciso esperar mais tempo. Propõe-se repetir o tratamento em ciclos de 48 horas, com três a cinco dias de intervalo, repetidos até provocado o abortamento. Alguns efeitos colaterais podem ocorrer com o uso do misoprostol, como diarreia, que deve ser tratada apenas com hidratação oral, vômitos, controlados com antieméticos, e sangramento genital excessivo, tratado com esvaziamento uterino, preferencialmente por meio de aspiração manual ou elétrica.

9.2 Aspiração Manual Intrauterina (AMIU)

Segundo Ipas (2013), a Amiu é um procedimento médico, rápido, simples e seguro de esvaziamento uterino, indicado preferencialmente pela Organização Mundial de Saúde e pelas mais importantes instituições na área da saúde reprodutiva, para tratamento do aborto incompleto e para a biópsia endometrial.

Figura 5 - Cânulas de Karman.

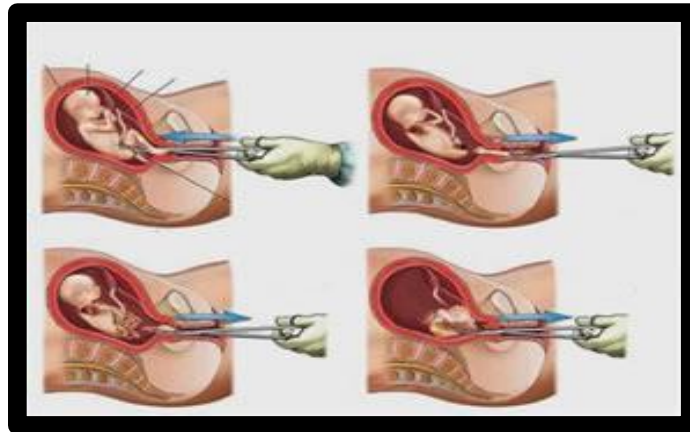


Fonte: http://www.semina.com.br/kit_aspiracao_uterina.php

Para a realização desse procedimento utiliza-se cânulas de Karman, com diâmetros variáveis, de 4 a 12mm, acopladas a seringa com vácuo, promovendo a retirada dos restos ovulares através da raspagem da cavidade uterina e por aspiração. Deve ser utilizada em gestações com menos de 12 semanas, em função do tamanho uterino, pois há necessidade do colo uterino ser justo à cânula para que o vácuo seja transferido da seringa para a cavidade uterina (BRASIL, 2011).

9.3 Curetagem uterina

Figura 6 - Curetagem uterina



Fonte: http://www.fotolog.com.br/na_lucia/44165182/

De acordo com Cazarine (2012), a curetagem é um procedimento médico ginecológico que serve para evacuação uterina, quando é necessário retirar o que não foi expelido espontaneamente.

Também conhecido como raspagem, o procedimento é bem simples. Para sua realização, a paciente submete-se a uma anestesia geral, sendo necessário dilatar o colo uterino, com instrumentos cirúrgicos próprios, para ter acesso à cavidade uterina e colher o material. Em apenas um dia, a mulher realiza a curetagem pela manhã e volta para casa à noite, no entanto, ela deve ficar atenta aos cuidados posteriores necessários: repouso de um a dois dias e não manter relações sexuais durante um período definido pelo médico. Se após realizar a curetagem, a mulher sentir cólica abdominal intensa ou duradoura, febre ou sangramento íntimo intenso, é sinal de que ela pode estar com infecção, nesse

caso, a recomendação é buscar um profissional imediatamente. Depois de realizado o ato cirúrgico, uma nova gravidez só poderá ocorrer em seis meses, já que o útero ainda não está preparado para receber um novo bebê. A curetagem deve ser realizada por profissionais habilitados e de confiança, em clínicas previamente recomendadas por outros profissionais ou por pessoas que já realizaram tal ato, que ofereçam estrutura necessária, para que o procedimento obtenha sucesso e não surjam complicações futuras (CAZARINE, 2012).

Por se tratar de um ato cirúrgico, a paciente está exposta ao risco de infecção, hemorragia e/ou problemas decorrentes da anestesia. Se a curetagem não for feita corretamente, pode ocorrer perfuração uterina ou alteração nas estruturas normais do endométrio, por causa de uma raspagem mais “agressiva”, o que pode fazer com que a menstruação seja interrompida, fator que reforça novamente a necessidade de buscar bons profissionais e ter acompanhamento médico pré e pós-curetagem (CAZARINE, 2012).

10 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Segundo Franco et al. (2009) o profissional de enfermagem junto com a sua equipe, em primeiro lugar, deve promover ações de prevenção do aborto, investindo na educação sexual básica para a população, orientação quanto ao uso de métodos contraceptivos, implementação de programas de planejamento familiar, assim, promovendo a saúde da população em geral.

Em relação às mulheres que irão realizar o aborto respaldado pela lei que garante o seu procedimento, cabe ao profissional de enfermagem orientá-las, mostrá-las todas as alternativas possíveis à situação, mas sempre respeitar a decisão delas, não manifestando preconceito em seu discurso e lhes dando

autonomia para decidirem o que fazer com o seu corpo, afinal, desde que respaldadas pela lei, elas têm o direito de praticar o aborto (FRANCO et al., 2009).

Sendo o processo abortivo planejado ou não, o profissional de enfermagem deve apoiar suas clientes, estimulando-as a falar como se sentem, sendo positivo e empático, assim tornando a paciente mais segura para demonstrar sua dor do momento. O cuidado prestado a essas mulheres deve ser redobrado quando elas enfrentam essa situação sem apoio da família e amigos. As pessoas mais próximas delas, nesse momento, são os profissionais de enfermagem, que muitas vezes não percebem que, para elas, ter apenas alguém que as escute já representa um apoio muito importante (FRANCO et al., 2009).

Segundo Nery et al. (2006), após o abortamento as mulheres se tornam mais sensíveis, pois, além do conceito, ela se sente que seus sonhos e esperanças também morreram. A enfermagem deve ajudar a mulher a enfrentar esses sentimentos de culpa e pesares, incentivar a paciente a exprimir suas emoções e compartilhar os momentos de solidão, dor e o medo de uma nova gestação. Para prestar um cuidado com qualidade é necessário primeiramente ouvir, conhecê-la como pessoa e não apenas como paciente que precisa de cuidados.

Figura 7 - Equipe de Enfermagem



Fonte: <http://studi.com.br/curso/saude/assistencia-de-enfermagem-em-neonatalogia>

Por ser uma experiência traumatizante, se faz necessário um atendimento que necessita de profissionais extremamente habilitados, que saiba orientar a família e instrua a paciente na prevenção de uma possível recorrência abortiva. A equipe de saúde deve atuar de forma integrada, atendendo as necessidades das clientes em busca de seu reequilíbrio bio-psico-socioespiritual (NERY et al., 2006).

O Ministério da Saúde prioriza o atendimento à mulher em situação de abortamento, pois, o aborto está entre os quatro principais fatores relacionados à morte materna. Em 2004 o Ministério da Saúde elaborou uma proposta afim de, qualificar a atenção às mulheres em situação de abortamento e com isso, diminuir os casos de mortalidade materna. Com a proposta, pretende-se fazer com que os profissionais da saúde ofereçam seus cuidados, sem julgá-las, dando orientações como: planejamento familiar e métodos contraceptivos (VIOLA, 2005).

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aborto é considerado como um grave problema de saúde pública, por isso, é importante orientar as mulheres sobre seus riscos. Realizar a história clínica e o exame físico na paciente, além de palestras a fim de orientá-las sobre os fatores de risco, como por exemplo, o álcool e o fumo, esclarecendo também suas principais causas. No caso de mulheres que já apresentaram história abortiva, a gravidez deve ser tratada sob maiores cuidados, atentando-se para qualquer sinal ou sintoma de aborto.

Com o trabalho concluímos que é necessária uma atenção qualificada a essas mulheres, tendo em vista a dificuldade de elas reconhecerem possíveis sinais

de complicações, aliada ao fato de que o medo e a vergonha são fatores que podem retardar a busca pelo cuidado. Também é necessária a superação da discriminação e a desumanização do atendimento às mulheres em situação de abortamento, ainda uma realidade de muitos serviços públicos no País. É importante reconhecer a qualidade da atenção incluindo aspectos relativos à humanização, orientando os profissionais, independentemente dos seus preceitos morais e religiosos, a preservarem a postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres.

O aborto não deve ser justificado, mas sim compreendido. As atitudes de reprovação podem resultar em um abalamento ainda maior para a paciente, contribuindo para a piora no estado emocional e conseqüentemente para sua saúde. Diante disso os profissionais da saúde e os familiares da paciente devem encarar o problema com maior seriedade, melhorando o tratamento e ajudando na recuperação em um menor tempo, afim de, evitar que a internação traga complicações ainda mais graves, como as infecções hospitalares. O enfermeiro deve orientar os familiares quanto aos cuidados a serem tomados com a mulher que abortou, confortando e acalmando-a, dando todo o apoio necessário para que ela supere essa fase difícil em sua vida.

Os profissionais de enfermagem atuantes precisam reconstruir seu papel profissional, individual e social, sendo sugerida, crítica reflexiva sobre a propriedade e validade das inovações tecnológicas de cuidado para a qualidade do atendimento na saúde da mulher.

Diante disso, cabe à enfermagem intervir no sentido de minimizar os efeitos da internação, promovendo uma assistência adequada e de qualidade, oferecendo todo o suporte físico, emocional e espiritual que a paciente venha necessitar.

Para que o enfermeiro preste um cuidado com qualidade, é necessário que ele tenha uma boa bagagem teórico/prático para com mulheres em situação de abortamento e pós-aborto, diagnosticando as principais necessidades da paciente e realizando as intervenções necessárias conforme o diagnóstico desenvolvido. O enfermeiro deve ser o ponto de ligação entre os envolvidos, sendo o educador, o amigo, o apoiador, desfazendo as inseguranças que venham por parte da paciente e da família, devendo aprofundar seu conhecimento sobre o assunto para que o

atendimento seja com total responsabilidade e atenção, necessários para um tratamento eficaz.

A assistência prestada pelos profissionais da enfermagem, não deve se limitar apenas às atividades técnicas, mas visar um atendimento individualizado e humanizado, através de cuidados, orientações e palestras educativas à mulher que vivencia o abortamento e o pós-aborto, reduzindo suas tensões. É preciso buscar seu reequilíbrio bio-psico-socioespiritual. Conforme descreve a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma pessoa saudável é aquela que se encontra em um estado de bem estar físico, mental e espiritual, e não apenas ausente de doença.

REFERÊNCIAS

AMARAL, João J. F. **Como fazer uma pesquisa bibliográfica**. Fortaleza: 2007. Disponível em: <<http://200.17.137.109:8081/xiscanoe/courses-1/mentoring/tutoring/Como%20fazer%20pesquisa%20bibliografica.pdf>> Acesso em: 13 mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica. Brasília: 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf> Acesso em: 20 mar 2015.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica. 2.ed. Brasília: 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf> Acesso em: 20 mar 2015.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **20 Anos de pesquisa sobre aborto no Brasil**. Brasília: 2009. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto.pdf>> Acesso em: 20 abr 2015.

CARVALHO, Silva C. M. et al. **Diagnósticos de enfermagem como instrumentos na formação do enfermeiro**: uma revisão de literatura. *Enferm. Glob.* [online] n. 17. 2009.

CAZARINE, Juliana. **Curetagem: veja o que é e quando o procedimento é necessário**. 2012. Disponível em: <<http://www.dicasdemulher.com.br/curetagem-veja-o-que-e-e-quando-o-procedimento-e-necessario/>> Acesso em: 08 abr 2015.

DABUS, Paula R. F. **Gestação Anembrionária ou Ovo Cego**. 2010. Disponível em: <<http://guiadobebe.uol.com.br/gestacao-anembrionaria-ou-ovo-cego/>> Acesso em: 13 mar 2015.

FRANCO, Amanda Carneiro et al. **Ações de enfermagem frente à mulher que sofreu aborto**. In: 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem Fortaleza: 2009. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00924.pdf> Acesso em: 13 mar 2015.

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em Obstetrícia**: Abortamento. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GOMES, Gilberto. AUGUSTO, Carlos. CHAGAS, Francisco. **Abortamento**. 2012. Disponível em: <http://www.meac.ufc.br/arquivos/biblioteca_cientifica/File/PROTOCOLOS_OBSTETRICIA/abortamento.pdf> Acesso em: 06 fev 2015.

IPAS. Ações afirmativas em Direitos e Saúde. **Melhoria na qualidade da assistência à mulher em situação de abortamento**. Rio de Janeiro: Ipas Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.aads.org.br/wp/?page_id=154> Acesso em: 08 mar 2015.

JEFFRIES, Melissa. **Como funciona o aborto natural**. 2010. Disponível em: <<http://saude.hsw.uol.com.br/aborto4.htm>> Acesso em: 04 abr 2015.

LOPES, Antonio Carlos. **Diagnóstico e Tratamento**. Barueri: Manole, 2006.

NEME, Bussâmara. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

NERY, I. S. et al. **Vivência de Mulheres em situação de Aborto Espontâneo**. Rio de Janeiro: Revista de Enfermagem UERJ. v. 14, n. 01, p. 67-73, jan/mar 2006.

Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a11.pdf>> Acesso em: 04 abr 2015.

NETTO, J. M. M.; DARZÉ, E. **Distocias do Trajeto e Desproporção Cefalopélvica**. In: REZENDE, J. *Obstetrícia*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

REZENDE, J. **Ginecopatias**. In: REZENDE, J. *Obstetrícia*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Abortamento**. In: REZENDE, J. *Obstetrícia*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ROCHA, T.A. **As práticas das enfermeiras na área obstétrica na implementação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – UFRGS, Porto Alegre, 2007. Disponível em: < <http://hdl.handle.net/10183/11202>> Acesso em: 20 mar 2015.

SILVA, Diana. GUIMARÃES, Miguel. *Direitos Humanos, Mulher, Vida. Consequências físicas e psicológicas*. 2005. Disponível em: <<http://dmfilo.no.sapo.pt/consequenciasaborto.htm>> Acesso em: 20 mar 2015.

SILVA, João Luiz Pinto. SURITA, Fernanda G. Castro. *Abortamento Espontâneo*. In: NEME, Bussâmara. **Obstetrícia Básica**. 3ª ed. São Paulo: Sarvier Editora, 2005.

VIOLA, R. **Mulheres precisam ter mais cuidado com a saúde**. 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov/portal/aplicacoes/busca/buscar.cfm?inicio=1>> Acesso em: 08 abr 2015.