



FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE ENFERMAGEM

ABORTO ESPONTÂNEO EM GESTAÇÕES TARDIAS

Letícia Marciano Vieira
Maria Baptista da Silva dos Reis Gaspar

Orientadora: Prof.^a Esp. Leticia Xavier Faria

TRINDADE – GO

2016

**FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE ENFERMAGEM**

ABORTO ESPONTÂNEO EM GESTAÇÕES TARDIAS

Letícia Marciano Vieira

Maria Baptista da Silva dos Reis Gaspar

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Esp. Leticia Xavier Faria

TRINDADE – GO

2016

Letícia Marciano Vieira
Maria Baptista da Silva dos Reis Gaspar

ABORTO ESPONTÂNEO EM GESTAÇÕES TARDIAS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem, aprovada pela
seguinte banca examinadora:

Prof.^a Esp. Leticia Xavier Faria (Orientadora)
Professora da Faculdade União de Goyazes

Prof.^a Esp. Sandra Rosa de Souza Caetano (Membro interno)
Professora da Faculdade União de Goyazes

Esp. Edna Aparecida Morais da Silva (Membro externo)
Unidade de Pronto Atendimento – UPA

ME. Osmar Pereira dos Santos (Suplente)
Coordenador do curso de Enfermagem da Faculdade União de Goyazes

TRINDADE - GO

2016

ABORTO ESPONTÂNEO EM GESTAÇÕES TARDIAS

(Letícia Marciano Vieira)¹
(Maria Baptista da Silva dos Reis Gaspar)¹
(Prof.^a Esp. Leticia Xavier Faria)²

RESUMO

Nas últimas décadas as mulheres passaram a adiar a maternidade, por causas multifatoriais, fazendo com que o número de gestações tardias aumentassem em todo o mundo. O aborto é uma das consequências que essa decisão pode desencadear. Apesar de existirem programas de planejamento familiar para gestações tardias, existem poucas informações acessíveis sobre os riscos desse tipo de gravidez. Deste modo, foi realizado um levantamento bibliográfico, que tem como objetivo, analisar e identificar as causas do aborto espontâneo em gestações tardias. Dentre as várias consequências dos abortos em mulheres acima de 35 anos, as anormalidades cromossômicas, a diminuição da quantidade e qualidade dos óvulos, a insuficiência uteroplacentária, a deficiência do hormônio da progesterona, diabetes mellitus e hipertensão são as que mais se destacam.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto Espontâneo. Gravidez de Risco. Gestação Tardia.

SPONTANEOUS ABORTION IN LATE PREGNANCIES

ABSTRACT

In the last decades as women delayed maternity due to multifactorial reasons, the numbers of late pregnancies increased worldwide. Abortion is one of the consequences that this postponement may entail. Although there are family planning programs on late pregnancies, there is little information about the risks involved. As such, a literature review had been performed, in order to analyze and identify the causes of miscarriage in late pregnancies. Chromosomal abnormalities, decreased quantity and quality of the ovule, uteroplacental insufficiency, progesterone hormone deficiency, diabetes mellitus and hypertension, are, amongst the many causes of abortion in womem over 35 years of age.

KEYWORDS: Miscarriage. Risk pregnancy. Late gestation.

¹ Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Faculdade União de Goyazes

² Orientadora: Prof.^a Esp. Leticia Xavier Faria, Faculdade União de Goyazes.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO-----	05
2.MATERIAIS E MÉTODOS-----	08
3.RESULTADOS E DISCUSSÃO-----	08
4.CONCLUSÃO-----	12
5.REFERÊNCIAS -----	15

1. INTRODUÇÃO

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia – FIGO, definiu como gestante idosa aquela com idade superior a 35 anos, não importando o estado de saúde da mulher. Atualmente, as gestações após 35 anos são denominadas gestações tardias (ANDRADE et al, 2004).

Um bebê do sexo feminino perde 80% dos óvulos ao nascer, na adolescência restam de 300 a 500 mil e estima-se que apenas 500 óvulos serão selecionados para serem ovulados. Depois dos 35 anos, há uma diminuição tanto na quantidade de óvulos, quanto na qualidade, já que a idade do óvulo é diretamente proporcional à idade da mulher, pois o óvulo não se renova. De acordo com estudo realizado pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO (2000), com o aumento da idade da mulher o risco de aborto sobe consideravelmente.

O conceito de aborto é definido como sendo a eliminação de um resultado de concepção com peso menor que 500g e/ou com altura menor ou igual a 25 cm ou com tempo de gestação menor que 22 semanas, que tenha ou não demonstrado sinais de vida (ROSAS, 2013). A sintomatologia nos casos de aborto são sangramentos, cólicas e dor no baixo ventre (PORTO; VIANA, 2009).

A gestação é considerada de alto risco quando a vida da mãe, do feto ou do recém-nascido correm risco de morte (CALDERO, 1973 *apud* PIO, 2012).

O aborto é uma das principais intercorrências obstétricas. Conforme o tempo gestacional aumenta, as chances de ter um aborto vão diminuindo. Se o aborto ocorrer antes da 12ª semana é caracterizado de aborto precoce e se ocorrer após esse período é referenciado como “aborto tardio”. Entre estas gestações estima-se que 80% delas podem evoluir para aborto até à 12ª semana, enquanto que os outros 20% são interrompidos antes da 20ª semana e as perdas de gestões subclínicas ou que não foram diagnosticadas podem chegar a 30% (TRAINA, 2010).

Lucila Nagata, ginecologista obstetra do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), explica que nem todas as gestações de mulheres com mais de 35 anos são tranquilas. Por isso, esses casos precisam ser acompanhados com mais cuidado. “É a partir dessa faixa etária que a mulher pode começar a desenvolver doenças que são comuns na família, como o diabetes e a hipertensão”, alerta. A principal

preocupação dos médicos em casos de gravidez tardia é a saúde das gestantes, já que após os 40 anos a mulher corre mais riscos em desenvolver diabetes e hipertensão e essa condição pode colocar em risco tanto a vida da mãe quanto a do bebê (FEBRASGO, 2016).

A maioria das mulheres com hipertensão arterial passam por uma gravidez sem intercorrências, mas no entanto algumas apresentam um agravamento na hipertensão arterial e complicações que são perigosas para vida da mãe e do feto. Quando comparadas com as gestantes normotensas, as gestantes hipertensas tem um desempenho desfavorável (COSTA et al, 2005).

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) caracteriza-se por qualquer grau de intolerância à glicose na gravidez, causado por secreção de hormônios placentários, que provocam resistência à insulina. A hiperglicemia na gestação acomete até 14% das gestantes e aumenta o risco de distúrbios hipertensivos durante a gestação. Os níveis elevados de glicemia parecem estar relacionados com a idade (SMELTZER et al, 2011).

O Diabetes Mellitus tem grande relevância durante a gestação e é uma preocupação observada há muitos anos. Foi mostrado que a hiperglicemia presente no início da gestação, causa maior perigo de malformações e abortos espontâneos (RENAN et al, 2001).

“Quando os níveis de insulina estão normalizados, a ovulação frequentemente acontece”, ou seja, se a insulina estiver estabilizada há menos risco de um aborto espontâneo, explica Smeltzer et al (2011).

Existem mais algumas causas de aborto espontâneo ligadas à idade de risco, tais como: anormalidades cromossômicas, diminuição da quantidade e qualidade dos óvulos, insuficiência útero placentária e deficiência do hormônio progesterona, mas sua relação direta com o abortamento ainda permanece controversa (TRAINA, 2010).

A maior porcentagem pelas perdas gestacionais precoces deve-se às anormalidades cromossômicas, responsáveis por 85% dos casos, seguida de fatores genéticos cuja incidência é cerca de 1/3. Esses problemas podem ocorrer no início da formação do feto. Segundo um estudo *in vitro* constatou-se que mais de 60 % dos zigotos que completaram dois dias de divisão celular eram anormais. E o caminho da maioria deles já era quase certo: o aborto espontâneo (ROSA et al, 2008).

A diminuição da quantidade e qualidade dos óvulos acontece porque os óvulos que as mulheres têm são os mesmos que já tinham quando estava na vida intrauterina da mãe, e eles vão sofrendo uma série de agressões causadas por impactos ambientais, como estresse, alimentação, etc. Assim, as chances de engravidar caem drasticamente e a probabilidade de enfrentar problemas de fertilidade aumentam de forma significativa (FEBRASGO, 2000).

A insuficiência útero placentária consiste numa má formação da placenta, que é um órgão que se desenvolve no útero durante a gravidez. O fornecimento de oxigênio e nutrientes suficientes para o bebê por meio da corrente sanguínea da mãe é impossibilitado quando ocorre o mau funcionamento da placenta, sem o qual o crescimento e o desenvolvimento naturais do bebê serão inviabilizados. (MAESTA et al, 2008).

O hormônio progesterona é produzido nos ovários sendo ele responsável pelas mudanças que ocorrem no útero durante a segunda metade do ciclo menstrual. A progesterona é o primeiro passo importante da gravidez, preparando o útero para a implantação do ovo fertilizado e responsável pela manutenção do útero durante a gravidez. Muitos casos de aborto espontâneo são causados por uma deficiência desse hormônio feminino. Por causa da falta de progesterona, o corpo não é capaz de suportar a gravidez podendo resultar em aborto (FEBRASGO, 2008).

Os problemas sociais complexos que o mundo moderno impôs à mulher que teve que sair de casa para procurar um sustento no mercado de trabalho, fez com que adiasse os assuntos da maternidade. O que antes não se sabia era da existência de muitos e variados riscos de uma gravidez tardia (CAETANO; NETTO; MANDUCA, 2011).

Com a chegada de várias síndromes e relatos de abortos espontâneos verificados em mulheres acima de 35 anos, constatou-se que, a idade avançada da mulher, ocasiona mudanças fisiológicas que podem trazer doenças e problemas genéticos que levam ao aborto espontâneo (BEM et al, 2014).

No campo de pesquisas científicas, é bastante escasso o conteúdo sobre o tema, por isso, é de grande valia, reunir o máximo de material possível para expor, os diferentes problemas que podem causar na mulher com idade avançada, no âmbito da saúde e a necessidade de consequente sensibilização a todos os profissionais da área.

Este artigo teve como objetivo pesquisar, analisar, identificar e definir o aborto espontâneo em gestações tardias, bem como analisar os motivos pelos quais as mulheres estão cada vez mais adiando a maternidade, definir conceitos como aborto, gestações tardias, gestações de alto risco, entre outros. Expor, em forma de gráficos e estatísticas relacionadas ao assunto, identificar e conceituar as consequências de se engravidar tardiamente, como causas que dão origem ao aborto espontâneo.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa é um estudo explicativo, com abordagem qualitativa, de um levantamento bibliográfico. Ao total foram achados 63 artigos com temas relacionados ao presente, mas apenas 12 deles foram selecionados, já que os demais artigos não se adequam aos critérios pré-estabelecidos ao assunto que seria abordado neste trabalho. E estes artigos foram extraídos da base de dados Scielo, Google acadêmico, Biblioteca virtual em saúde (BVS) e foram utilizados também 4 livros e 4 sites de órgãos governamentais: FEBRASGO, IBGE, FIGO e Ministério da saúde, considerando publicações no período de 1987 – 2016. Adotou-se, para consulta na base de dados, os seguintes descritores: aborto espontâneo, gravidez de risco, gestação tardia.

A primeira consulta foi feita, acessando os trabalhos catalogados, a partir da leitura dos títulos. Depois, foram selecionados e lidos os resumos, cujos títulos sugeriam alguma relação com o tema escolhido, dos quais foram feitas análises para o presente artigo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os acontecimentos fisiológicos da vida de uma mulher parecem ter uma ordem lógica - nascer, crescer, reproduzir-se e morrer. Para cumprir essas etapas, o corpo da mulher passa por diversas modificações, principalmente na gravidez. A

gravidez provoca alterações no corpo, na mente e na interação que a mulher tem com o mundo, tornando assim indispensável à ampliação nos cuidados da maternidade (CAETANO; NETTO; MANDUCA, 2011).

As atribuições convencionais da mulher, de modo geral, são: cuidar da casa, do relacionamento conjugal e familiar, vida social e, além disso, auxiliar no orçamento familiar. Com esse acúmulo de atribuições, a mulher vai adiando a maternidade e até o matrimônio para uma fase da sua vida mais estabilizada profissional e financeiramente, mas que coincide com um “envelhecimento” da sua capacidade reprodutiva o que, por vezes, inviabiliza os projetos do casal. As alterações preconizadas nos padrões familiares apresentados acabam influenciando as características da natalidade, conduzindo a uma diminuição progressiva das suas taxas globais e ao adiamento da gravidez planejada (CAETANO; NETTO; MANDUCA, 2011).

O investimento na carreira profissional e conseqüentemente adiamento do casamento ou a indefinição da relação, a ampla disponibilidade de métodos anticoncepcionais e problemas relacionados à infertilidade, podem ser alguns dos motivos encontrados para o adiamento da gravidez. As evidências comprovam que, se formos comparar as mulheres mais jovens e aquelas com mais de 35 anos, estas estão mais sujeitas a abortos espontâneos (BEM et al, 2014).

A partir da revisão bibliográfica feita em artigos científicos e revistas, constatou-se ser do consenso geral entre os autores, que a idade acima de 35 anos é uma das maiores causas de aborto espontâneo. É importante apontar que a própria definição de gravidez de risco acaba rotulando a gestante e trazendo-lhe sofrimento antes mesmo que suas condições físicas, psicológicas e sociais sejam inteiramente examinadas, (TEDESCO, 1997 *apud* GOMES, 2008).

Vendo que a gravidez tardia precisa de maiores cuidados, Parada e Tonete complementam:

Deve-se considerar que mesmo processos naturais como a gravidez e o parto necessitam de análise e manejo diferentes, conforme os aspectos individuais e do âmbito familiar e sociocultural em que estejam inseridos, que devem ser a todo tempo valorizados, pois intrinsecamente relacionados a esses aspectos estão as representações sobre esses processos. Estas possíveis contradições no modo de vivenciar/representar a gravidez tardia devem ser consideradas pelos serviços públicos de saúde de forma a viabilizar uma assistência mais coerente e efetiva (PARADA, TONETE, 2009, p.386).

Em relação às causas hormonais, Kistner (1989) afirma a necessidade de uma boa segregação do hormônio progesterona a fim de evitar uma falência produtiva.

Em seu estudo, Parreira (2010) observou atentamente mulheres mais jovens e comparou-as com as mulheres acima de 35 anos chegando à seguinte conclusão:

Tem sido observado em comparação com mulheres mais jovens, e mulheres com mais de 35 anos, mais abortamentos espontâneos e induzidos, maior risco de mortalidade perinatal, baixa vitalidade do recém-nascido, baixo peso ao nascer, parto pré-termo, fetos pequenos para idade gestacional, índice de Apgar menor que sete, anomalia cromossômica e macrossomia. Um indicador isolado de morbimortalidade infantil é o baixo peso ao nascer (BPN) a incidência quando comparada às mulheres adultas é duas vezes maior em mulheres com idade acima de 35 anos ou mais. De acordo com estudos o BPN, além de ser fator de risco para morbimortalidade neonatal, pode levar a futuros riscos como obesidade, acidente vascular cerebral, diabetes mellitus, disfunção imunológica e doenças cardiovasculares (PARREIRA, 2010, p.7).

Em publicação feita pelo site da FEBRASGO, o ginecologista e diretor da Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (SOGIMIG), Sandro Magnavita Sabino (2016) tem ideias similares às dos demais autores já citados, acreditando que o aborto espontâneo tem relação com a idade avançada da mulher, porém, ele acha que as ameaças estão muito mais relacionadas ao estado de saúde da mulher do que à sua idade.

No entanto, Sandro Magnavita Sabino ressalta que por questões biológicas da natureza, as taxas de aborto são maiores. O aumento da idade faz com que as taxas de alterações cromossômicas aumentem significativamente, já que aos trinta anos, em cada dez embriões formados, 50% deles terão alterações cromossômicas que vão gerar modificações nos embriões. Aos trinta e sete anos, essas modificações chegam a 65% e aos quarenta e dois anos a taxa sobe para 95% de embriões que vão ser abortados ou não serão implantados no útero. Ele frisa ainda que 95% destes abortos têm origem cromossômica o que indica que o óvulo fecundado era anormal (FEBRASGO, 2016).

Para o especialista, a mulher deve estar ciente de que engravidar tardiamente traz algumas dificuldades biológicas necessitando de uma vida saudável a fim de evitar riscos abortivos. O acompanhamento da gestação deve ser progressivo e mais intensificado quanto maior for a idade da mulher, pelo o que a partir dos quarenta anos tendem a agravar-se os sintomas de hipertensão, diabetes e sobrepeso. Esse acompanhamento pré-natal deve focar-se na detecção e prevenção dessas

condições recorrendo com frequência a exames de diagnóstico a fim de proporcionar um parto seguro e saudável (FEBRASGO, 2016).

Entre 2003 e 2012 o número de mulheres que engravidou entre 40 e 44 anos passou de 53.016 para 62.371, um aumento de 17,6% de acordo com levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a incidência de gravidez entre 35 e 39 anos também cresce, segundo o IBGE: o aumento é de 26,3%; foram 201.077 gestações em 2003 e 254.011 em 2012 (FEBRASGO, 2016).

A representação destas estatísticas está apresentada no gráfico a seguir:

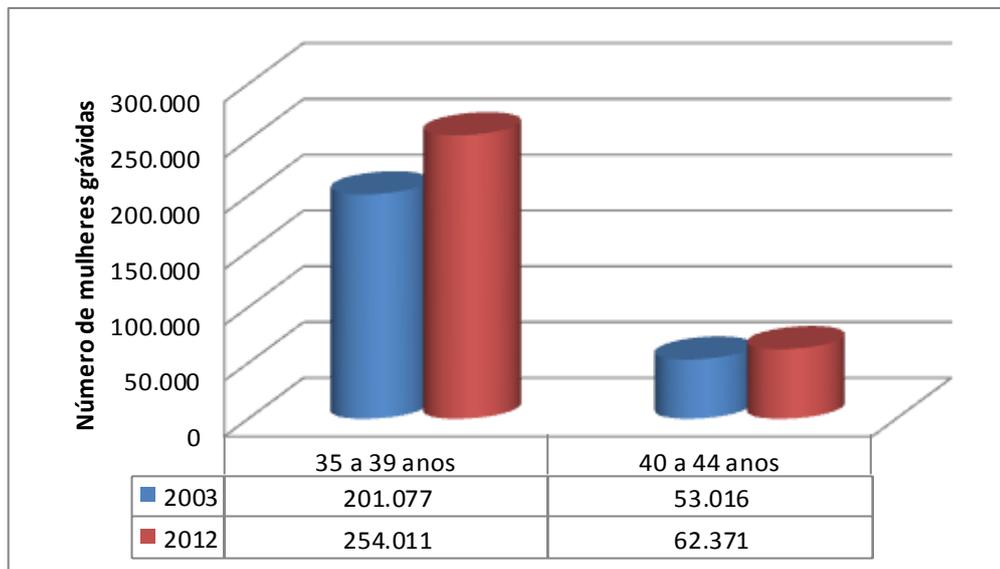


Gráfico 1: Número de mulheres grávidas, IBGE (2003 a 2012).

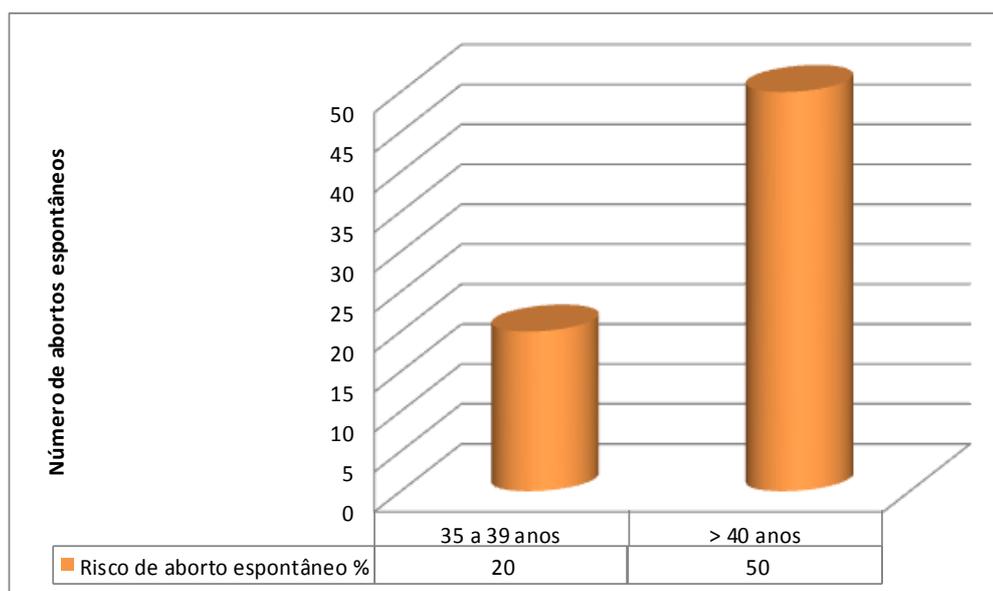


Gráfico 2: Número de abortos espontâneos, IBGE (2013).

4. CONCLUSÃO

Este trabalho foi dedicado ao estudo do aborto espontâneo em gestações tardias, definindo os seus conceitos e analisando as estatísticas, comprovando-se que, de fato, a idade da mulher tem influência direta no aborto espontâneo.

Conforme foi apontado nos resultados e discussão deste trabalho, o motivo das mulheres começarem a planejar a gravidez tão tardiamente deve-se principalmente à sua inserção cada vez maior no mercado de trabalho e ao desempenho na sua atividade profissional bem como uma envolvimento em outras áreas como sociais, políticas, religiosas, entre outras. Há todo um complexo de obrigações que a mulher assume no seu dia a dia remetendo a gestação para um projeto adiável e de importância secundária.

Smeltzer et al (2011) explicam que, este comportamento se verifica e é de importância secundária até a mulher se estabilizar profissionalmente, facilitado pelo acesso à enorme quantidade de métodos contraceptivos. É ainda de interesse referir que hoje em dia os casais que têm mais de 40 anos, já encontram facilmente tratamentos para a infertilidade.

Por todas as razões acima citadas, as mulheres não sentem mais atração por planejarem uma gestação numa idade considerada fértil, deixando essa decisão para a idade considerada de risco, ou seja, acima dos 35 anos.

Como apontam as pesquisas, quanto mais tarde a mulher se prepara para a gestação, mais complicações tem. Vários estudos mostram que, com o aumento da idade da mulher, aumentam as chances de um aborto espontâneo. Isso se deve principalmente às mudanças biológicas que ocorrem no corpo feminino.

É importante o profissional de enfermagem incentivar as mulheres a definirem metas e ações de saúde, ensinar sobre prevenções de doenças e promoção de saúde (SMELTZER; et al, 2011). Ou seja, é necessária uma boa e indispensável orientação à equipe de enfermagem quanto ao planejamento familiar e cuidados de prevenção de abortos.

Os fatores que mais se destacam para que ocorra o aborto espontâneo em gestantes tardias são, anormalidades cromossômicas, diminuição da quantidade e qualidade dos óvulos, insuficiência uteroplacentária, deficiência do hormônio da progesterona, diabetes mellitus e hipertensão.

Uma gravidez depois dos 35 anos de idade requer algumas precauções e cuidados especiais, uma vez que podem ocorrer maiores riscos do que uma gravidez durante o período mais fértil da vida da mulher que se situa entre os 20 e os 34 anos de idade. No entanto, com o acompanhamento correto dos profissionais da saúde no planejamento da gravidez e os avanços nos cuidados médicos, tornaram a gravidez na fase tardia segura e a maior parte das mulheres com 35 anos ou com mais de 40 têm a sua gravidez sem complicações e bebês saudáveis. É imprescindível que todas as mulheres se conscientizem de que optando por uma gravidez tardia devem procurar um médico, fazer exames clínicos abrangentes para avaliar diabetes, pressão arterial, colesterol e outras doenças que podem comprometer a gravidez.

O Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal (2011), elaborou a Rede Cegonha, uma ação de saúde do SUS, atribuindo as gestantes uma caderneta com vários assuntos como os seus direitos antes e depois do parto, um cartão de consultas e exames, com espaço para anotações das suas dúvidas, dicas para uma gravidez saudável e sinais de alerta, informações e orientações sobre a gestação e o desenvolvimento do bebê, alguns cuidados de saúde, o parto e o pós-parto, informações e orientações sobre amamentação e ainda informações sobre a certidão de nascimento do bebê.

O enfermeiro anotará nesta caderneta todos os dados do pré-natal, relacionados com as consultas, os exames, as vacinas e o que for importante para um bom acompanhamento do pré-natal. Essa caderneta é essencial para todas as mulheres grávidas, mas principalmente para as que planejam ter seus filhos com mais de 35 anos de idade.

É conveniente implantar maiores informações sobre o risco gestacional após os 35 anos de idade, já que os programas do Ministério da Saúde focalizam mais os riscos de gestações precoces, referente à idade inferior a 15 anos.

Existem quatro tipos de aborto padrão de caráter espontâneo e são classificados de acordo com a natureza em que ocorrem: ameaça, inevitável, incompleto ou completo. Para cada um há um tratamento que visa minorar futuros riscos exigindo cuidados de enfermagem que proporcionam imprescindíveis situações de bem estar e confiança à mulher.

Acontecendo sangramento e cólica, a gestante é diagnosticada com uma ameaça de aborto, e o aborto espontâneo ocorre geralmente no 2º ou 3º mês do período gestacional (SMELTZER et al, 2011).

A tabela abaixo mostra, conforme Smeltzer et al (2011); Porto e Viana (2009), os tipos de abortos espontâneos e sua descrição, tratamento e os diversos cuidados que a equipe de enfermagem deve ter.

Tipo de aborto espontâneo	Tratamento	Cuidados de Enfermagem
<u>Ameaça:</u> Dor e/ou sangramento vaginal, sem dilatação uterina.	O colo do útero não se dilata, então, repouso no leito e o tratamento conservador, o aborto pode ser evitado.	Recomendação: Repouso no leito, abstinência sexual, uma dieta leve e nenhum esforço à defecação.
<u>Inevitável:</u> Sangramento, dilatação cervical e dor semelhante à cólica. <u>Incompleto:</u> Expulsão de uma parte do produto da concepção, permanecendo algum fragmento no útero.	Quando o aborto não apresenta grande sangramento, espera-se algumas horas para que o produto da concepção seja expelido. A indução é feita com ocitócito e deve-se estar atento para a dor.	A enfermagem deve estar atenta às eliminações vaginais, para verificar se o produto foi expelido completamente. Qualquer aumento sanguíneo anormal deve ser comunicado.
<u>Completo:</u> Há a eliminação total do produto da concepção.	Todos os tecidos eliminados por via vaginal são recuperados para exame, quando possível.	Deve-se observar o sangramento.

Tabela 1: Tipos de abortos espontâneos, tratamentos e cuidados de enfermagem.

O apoio emocional e a compreensão são questões importantes do cuidado de enfermagem após o aborto espontâneo. As mulheres expõem emoções como pesar ou alívio, conforme seus sentimentos a respeito da gravidez. Como normalmente, as mulheres com idade acima de 35 anos planejam a gestação, então seus sentimentos são de tristeza e decepção. Oferecer oportunidades para que a paciente converse e exprima suas emoções é apropriado, além de assegurar indícios para que o profissional de enfermagem planeje um cuidado mais particular.

Para que a assistência de enfermagem seja de qualidade e humanizada é fundamental que haja acolhimento e orientações. O acolhimento abrange o ouvir, dar atenção, compreender e solidarizar-se com a mulher. E quanto à orientação

envolve o repasse de informações necessárias para o autocuidado e tomada de decisões, assim como qualquer outra dúvida que possa surgir sobre o assunto.

Mariutt, Almeida e Panobianco (2007), observaram no seu estudo que: “As mulheres revelaram a necessidade do cuidado que vai além de procedimentos técnicos”, ou seja, a base dos cuidados de enfermagem no processo do aborto espontâneo deve ter, além do acompanhamento técnico, um apoio à sua condição emocional.

Os autores anteriores ainda reforçam o quanto é importante os profissionais de enfermagem estabelecerem uma relação com a mulher que sofreu de aborto espontâneo, porém devem tentar respeitar os seus momentos introspectivos.

O maior apoio que a mulher tem dentro das unidades de saúde são dos profissionais de enfermagem, pois são eles que acompanham todo o processo desde a sua admissão, passando pelos procedimentos obstétricos até à sua recuperação na fase pós-aborto. Diante disso, o papel do enfermeiro é de grande importância. É fundamental demonstrar segurança, ofertar palavras de conforto, carinho ao conversar com a mulher, dar-lhe atenção, deixar que se expresse e, até mesmo, que reclame.

A mulher tem o direito de planejar uma nova gestação algum tempo depois do aborto, porém o profissional de enfermagem tem o dever de orientá-la da melhor forma possível para que não hajam intercorrências na nova gestação, ou seja, a mulher terá que estar bem harmonizada emocional e fisicamente. Orientá-la sobre os riscos que uma gravidez com idade superior a 35 anos pode causar também é importante.

É de suma importância juntar informações sobre o tema, no intuito de alertar os principais fatores de riscos de um aborto espontâneo em uma gravidez tardia, para melhor orientação, tanto das mulheres com idade gestacional de risco, como também para os profissionais de saúde e demais interessados no assunto.

5. REFERÊNCIAS

ANDRADE, P. et al. Resultados Perinatais em Grávidas com mais de 35 Anos: Estudo Controlado. São Paulo, 2004, v.26, n.9, p.697-701.

BEM, T. et al. Complicações fetais em gestações tardias. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. 2014, v.13, n. 3, p.11-17.

BRASÍLIA. Federação Brasileira das associações de Ginecologia e Obstetrícia. Educação. Presidente: César Eduardo Fernandes. Brasília, 2000 a 2016. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br>>. Acesso em: 02 agosto 2016.

BRASÍLIA. Instituto Brasileiro de geografia e estatística (IBGE). Brasília, 2000 a 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 setembro 2016.

CAETANO, L; NETTO, L; MANDUCA, J. Gravidez após os 35 anos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**. 2011. V.15.4, p.3298-3314.

COSTA, H. et al. Hipertensão crônica e complicações na gravidez. **Revista da sociedade de cardiologia do Rio grande do sul**. Rio grande do sul. 2005, n. 05, p. 1-2.

GOMES, A. et al. Maternidade em Idade Avançada: Aspectos Teóricos e Empíricos. Rio Grande do Sul, 2008, p.99-106.

KISTNER, R. W. **Ginecologia princípios e prática**. 4. ed. São Paulo: Editora Manole, 1989, p.753.

MAESTA, I. et al. Mecanismo de centralização: da insuficiência placentária a adaptação circulatória fetal. São Paul, 2008, p.367-371.

MARIUTTI, Mariana Gondim; ALMEIDA, Ana Maria de; PANOBIANCO, Marislei Sanches. O cuidado de enfermagem na visão das mulheres em situação de abortamento. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2007.

MINISTÉRIO DA SAUDE: Norma técnica. Atenção humanizada ao abortamento. Brasília, v.2, 2011, p.25-30.

PARADA, C; TONETE, V. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. São Paulo, 2009, p.386-391.

PARREIRA, M. Gestação tardia e riscos perinatais. Universidade Católica de Goiás & Instituto de Farmacologia. 2010. p.1-15.

PIO, Danielle. Vivências e Repercussões Psíquicas da Mulher na Gestação de Risco: um estudo sobre a Pré- eclâmpsia e o Vínculo materno-filial. São Paulo, 2012, p. 17-40.

PORTO, Andréa; VIANA, Dirce Laplaca (org.). **Curso didático de enfermagem**, 5. ed. módulo I, v. 2, São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009, p. 269 e 274.

RENAN, M. et al. Evolução Materno-Fetal de Gestantes Diabéticas Seguidas no HC-FMRP-USP no Período de 1992-1999. **Arq Bras Endocrinol**. São Paulo, 2001, v. 45, n. 5, p. 467-474.

ROSA, R. et al. Anormalidades cromossômicas em casais com história de aborto recorrente. Rio Grande do Sul, 2008, p. 69-73.

ROSAS, C. F. Abortamento. In: SASS, N.; OLIVEIRA, L. G. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. cap. 43, p.280-288.

SMELTZER; Suzanne C. et al. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12^a ed., v. 2, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 1204-1205.

TRAINA, E. Fundamentação Teórica: Abortamento. São Paulo, 2010, p.2-6.