

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ABORTO LEGAL:
PROTOCOLO ASSISTENCIAL DO HOSPITAL DE CLÍNICAS
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

DENISE ALMEIDA ARAÚJO BASSO

UBERLÂNDIA

2024

DENISE ALMEIDA ARAÚJO BASSO

**ABORTO LEGAL:
PROTOCOLO ASSISTENCIAL DO HOSPITAL DE CLÍNICAS
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Orientadora: Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro

UBERLÂNDIA

2024

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

B322 Basso, Denise Almeida Araújo, 1996-
2024 Aborto Legal [recurso eletrônico] : Protocolo
Assistencial do Hospital de Clínicas da Universidade
Federal de Uberlândia / Denise Almeida Araújo Basso. -
2024.

Orientador: Helena Borges Martins da Silva Paro.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Ciências da Saúde.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2024.651>
Inclui bibliografia.
Inclui ilustrações.

1. Ciências médicas. I. Paro, Helena Borges Martins da
Silva, 1977-, (Orient.). II. Universidade Federal de
Uberlândia. Pós-graduação em Ciências da Saúde. III.
Título.

CDU: 61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Profissional
 Av. Maranhão, 1784, Bloco 2H, Sala 11 - Bairro Umarama, Uberlândia-MG, CEP 38405-318
 Telefone: (34) 3225-8632 - ppgpcs@famed.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Profissional				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional Nº 05/PPGPCS				
Data:	10.07.2024	Hora de início:	14:00	Hora de encerramento:	17:00
Matrícula do Discente:	12212PSC003				
Nome do Discente:	Denise Almeida Araújo Basso				
Título do Trabalho:	Aborto legal: Protocolo Assistencial do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia				
Área de concentração:	Ciências da Saúde				
Linha de pesquisa:	PREVENÇÃO DE AGRAVOS À SAÚDE				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Educação e Saúde da Mulher, Bioética, Direitos Sexuais e Reprodutivos				

Reuniu-se em web conferência pela plataforma Zoom Meet, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde - Profissional, assim composta: Professores Doutores: Ilana Grunbaum Ambrog (Anis-Instituto de Bioética), Renata Rodrigues Catani (UFU), e Helena Borges Martins da Silva Paro (UFU) orientadora da candidata.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Helena Borges Martins da Silva Paro, Professor(a) do Magistério Superior**, em 10/07/2024, às 16:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Renata Rodrigues Catani, Professor(a) do Magistério Superior**, em 10/07/2024, às 16:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ilana Grunbaum Ambrogi, Usuário Externo**, em 11/07/2024, às 15:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5521217** e o código CRC **CD9135AD**.

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, ao meu irmão e ao meu namorado pelo
incentivo e por serem alicerce em minha vida.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por guiar meu caminho e colocar pessoas iluminadas em minha vida, as quais colaboraram para que eu pudesse finalizar mais este projeto.

A minha belíssima orientadora, Dra Helena Borges Martins da Silva Paro, uma mulher forte e inteligente, que luta pelo direito das outras mulheres e que se tornou amiga durante essa jornada. Dra Helena não mediu esforços para orientar-me, adaptou-se aos meus horários e sempre vibrou com o meu aprendizado.

A minha família, minha fonte de amor e sabedoria.

Ao meu namorado, pelo cuidado, apoio e auxílio na confecção deste trabalho.

Aos meus amigos, Matheus, Cynthia, Gabriela, Vanessa e Ana Carolina pelo carinho e pelo incentivo.

A Dra Renata Rodrigues Catani e ao Dr Cristiano Fernando Rosas por aceitarem revisar meu trabalho.

A Dra Angélica Lemos Debs Diniz e ao Dr Francisco Cyro Reis de Campos Prado Filho pelos conselhos de aprimoramento.

Ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, chefes, enfermeiras(os) e residentes por participarem das reuniões e colaborarem com as recomendações. `

À todos que participaram deste trabalho de alguma forma.

Meu carinho e agradecimento.

“O choro dura uma noite, mas a alegria

Ela vem pela manhã

Eu creio”

(Samuel Messias)

RESUMO

Introdução: No Brasil, o aborto é permitido por lei nos casos de risco à vida da mulher, gravidez de feto anencéfalo e gravidez decorrente de violência sexual. Nos serviços de saúde que oferecem o cuidado à paciente que opta pelo aborto legal, é importante que a prática clínica seja guiada e padronizada por protocolos para que haja uniformidade das condutas. **Objetivo:** O presente estudo tem o objetivo de construir o protocolo assistencial do HC/UFU, direcionado aos profissionais de saúde que cuidam de pessoas em situação de gravidez com possibilidade de realização do aborto legal, pautado em evidências científicas atuais. **Material e métodos:** O protocolo foi desenvolvido após revisão das principais diretrizes relacionadas ao aborto induzido e seguro, após busca nas bases de dados Pubmed e Tripdatabase, em resposta as questões clínicas formuladas em reuniões com os profissionais de saúde que atuam no cuidado das pacientes que optam pelo aborto legal. As diretrizes clínicas provenientes da busca nas bases de dados e sítios eletrônicos foram analisadas por dois avaliadores independentes por meio do instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE II). As recomendações foram revisadas e aprovadas em reunião com os profissionais do serviço. **Resultados:** Foram realizadas recomendações para o tratamento medicamentoso e por procedimento do aborto legal até 14 semanas, entre 14 e 24 semanas e para o tratamento medicamentoso em gravidezes acima de 24 semanas. Recomendações sobre preparo cervical, profilaxias e manejo da dor também foram elaboradas. **Conclusão:** O protocolo assistencial de aborto legal do HC/UFU possui recomendações atuais guiadas por diretrizes de qualidade e bem pontuadas pelos domínios do instrumento AGREE II, assim como recomendações locais adaptadas às limitações técnicas e de insumos do serviço.

Palavras-chave: aborto induzido, aborto legal, protocolos clínicos.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, abortion is permitted by law in cases when the life of the woman is at risk, the fetus is anencephalic, and the pregnancy is the result of sexual violence. In health services that provide care to patients who choose legal abortion, it is important that clinical practice be guided and standardized by protocols so that there is uniformity of clinical practice. **Objective:** The objective of this study was to develop the HC/UFU care protocol for health professionals caring for people who are pregnant and can have a legal abortion, based on current scientific evidence. **Materials and Methods:** The protocol was developed after a review of the main guidelines related to induced and safe abortion, following a search of the Pubmed and Tripdatabase databases, in response to clinical questions formulated in meetings with health professionals who care for patients who opt for legal abortion. Clinical guidelines from the database and website searches were appraised by two independent reviewers using the Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE II) tool. The recommendations were reviewed and approved in a meeting with service professionals. The recommendations were reviewed and approved in a meeting with service professionals. **Results:** Recommendations were made for medical and procedural management of legal abortion up to 14 weeks, between 14 and 24 weeks, and medical management of pregnancies over 24 weeks. Recommendations were also made for cervical preparation, prophylaxis and pain management. **Conclusion:** The HC/UFU protocol for the care of legal abortion has up-to-date recommendations based on quality guidelines, with good scores in the domains of the AGREE II instrument. The protocol also has local recommendations adapted to the limitations of techniques and supplies of the service.

Key words: abortion, induced; abortion, legal; clinical protocols.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

%	- Porcento
<	- Menor
AGREE II	- Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
AINES	- Anti-inflamatórios não esteroidais
AMIU	- Aspiração manual intrauterina
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATB	- Antibiótico
cm	- Centímetro
d&e	- Dilatação e evacuação
DIU	- Dispositivo intrauterino
DMPA	- Acetato de medroxiprogesterona de depósito
DUM	- Data da última menstruação
EBSERH	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EV	- Endovenosa
FEBRASGO	- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
g	- Grama
HC/UFU	- Hospital de Clínicas / Universidade Federal de Uberlândia
IM	- Intramuscular
KCl	- Cloreto de potássio
Kg	- Quilo
mcg	- Micrograma
mg	- Miligrama
min	- Minuto
mL	- Mililitro
mm	- Milímetro
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PCA	- Analgesia controlada pela paciente
SL	- Sublingual
TG	- Tempo de gestação
UI	- Unidade internacional
USG	- Ultrassonografia
VO	- Via oral
VV	- Via vaginal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
	2.1 Aspectos conceituais	13
	2.2 Aborto legal nos casos de gravidez decorrente de estupro	13
	2.3 Aborto legal nos casos de risco à vida	14
	2.4 Aborto legal nos casos de anencefalia fetal	14
	2.5 Cuidado centrado na pessoa no aborto legal	15
	2.6 O processo de elaboração de protocolos e o instrumento AGREE II	16
3	OBJETIVOS	17
4	MATERIAIS E MÉTODOS	18
	4.1 Elaboração do escopo e das questões a serem respondidas	18
	4.2 Pesquisa de diretrizes clínicas nas bases de dados	20
	4.3 Análise da qualidade das diretrizes selecionadas	20
	4.4 Seleção das diretrizes a serem utilizadas	20
	4.5 Elaboração das recomendações por meio de consenso	22
	4.6 Redação das recomendações	22
	4.7 Revisão externa	22
5	DISCUSSÃO E RESULTADOS	23
	5.1 Gravidezes de até 14 semanas	23
	5.2 Gravidezes entre 14 semanas e 24 semanas e 6 dias	32
	5.3 Gravidezes a partir de 25 semanas	42
	5.4 Alta	44
	5.5 Contracepção pós-aborto	44
	5.6 Planejamento de revisões futuras	48
	5.7 Declaração de conflito de interesses	48
	5.8 Financiamento	48
6	CONCLUSÃO	49
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
	Anexo I	53
	Anexo II	54

1 INTRODUÇÃO

Dados de publicações internacionais apontam que, entre os anos de 2010 a 2014, foram realizados cerca de 55,7 milhões de abortos induzidos no mundo, sendo que apenas 54,9% foram praticados de forma segura (Ganatra *et al.*, 2017). Dentre as pessoas que se submetem ao aborto inseguro, cerca de 50% são internadas por complicações (Grimes *et al.*, 2006), e no ano de 2008, 13% das mortes maternas do mundo estiveram relacionadas a essa prática (Ahman; Shah, 2011).

A interrupção intencional da gravidez ainda hoje representa um importante problema de saúde pública. O estigma que existe em relação ao aborto no Brasil, inclusive nos casos previstos em lei, mesmo sendo um direito, é obstáculo para que muitas mulheres consigam realizar o processo de forma segura, assistidas por profissionais de saúde qualificados e capacitados.

Além das barreiras legislativas, o estigma, o assédio e a violência desencorajam o acesso e a prestação do aborto e prejudicam as pacientes por levarem ao sigilo, à marginalização da assistência médica, ao atraso no cuidado e, por conseguinte, ao aumento da morbidade resultante do procedimento. O aborto quando realizado por profissionais capacitados é seguro. O risco de morte associada ao aborto é 14 vezes menor que o risco de morte associada ao parto (ACOG, 2020).

No Brasil, o aborto é permitido por lei nos casos de risco de vida da mulher, gestação de feto anencéfalo e gestação decorrida de violência sexual (Fonseca *et al.*, 2020). As restrições legais ao aborto contribuem para o aumento da incidência de complicações decorrentes do aborto inseguro, como hemorragia, sepse, peritonite, laceração uterina ou de órgãos abdominais e até morte, complicações essas que são muito raras no aborto previsto em lei (FEBRASGO, 2021), quando promovido ou orientado por profissionais habilitados em serviços de saúde equipados para resolução, também, das possíveis complicações. Em 2019, apenas 3,6% dos municípios brasileiros ofertavam o atendimento a pessoas em situação de aborto legal, realidade essa que se associa ao aumento do número de abortos inseguros, bem como de atraso na indução do aborto, sendo algumas vezes realizado em idades gestacionais mais avançadas (Jacobs; Boing, 2021).

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU) é um desses serviços, sendo referência para casos de aborto previsto na lei. Para os casos de violência sexual, o NUAVIDAS, Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual do

HC/UFU, garante a abordagem multidisciplinar da vítima, o apoio jurídico e a possibilidade de aborto legal, caso seja o desejo da mulher.

Nos serviços de saúde que oferecem esse cuidado à paciente, é importante que a prática clínica seja guiada e padronizada por protocolos para que haja uniformidade das condutas e redução de erros em saúde, permitindo, conseqüentemente, a redução de morbimortalidade. Sendo assim, o presente estudo tem o objetivo de construir o protocolo assistencial do HC/UFU, direcionado aos profissionais de saúde que cuidam de pessoas em situação de gravidez com possibilidade de realização do aborto legal, pautado em evidências científicas atuais, visando garantir a saúde mental e sexual, e os direitos sexuais e reprodutivos das meninas e mulheres, com a oferta de todas as opções para o aborto seguro e com ênfase no atendimento integral e humanizado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Aspectos conceituais

No meio jurídico, aborto é a interrupção da gravidez durante o tempo compreendido entre a concepção e o início do trabalho de parto, o qual é o marco do fim do período intrauterino (Bitencourt, 2012).

Na área da saúde, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (ICD-11, 2019), o aborto induzido é a interrupção artificial da gravidez, ou seja, a expulsão ou extração completa de um embrião ou feto de uma mulher (independente da duração da gravidez), após uma interrupção deliberada de gravidez em curso por meios medicamentosos ou por procedimentos, que não se destina a resultar em um nascimento vivo.

O aborto no Brasil é considerado um crime e somente é permitido em algumas situações. Conforme o artigo 128 do Decreto-lei nº 2.848/1.940 do código penal, “*não se pune o aborto praticado por médico, quando: Aborto necessário, se não há outro meio de salvar a vida da gestante; Aborto no caso de gravidez resultante de estupro, precedido de consentimento da gestante ou de seu representante legal*” (Brasil, 1940). Além disso, em 2012, o Supremo Tribunal Federal decidiu por meio da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54, que a interrupção da gestação em caso de anencefalia não configura crime de aborto.

No Brasil, apenas 1% dos abortos por razões legais é justificado por risco de morte da menina ou mulher. Entre 2013 e 2015, as interrupções de gravidez por anencefalia fetal correspondiam a 1% dos abortos previstos em lei nos serviços brasileiros, e outras malformações fetais graves também correspondiam a 1% do total de procedimentos realizados. Por conseguinte, o aborto por gravidez decorrente de estupro representa 94% dos procedimentos previstos em lei nos serviços brasileiros, o que corresponde a uma média anual de 1.500 interrupções de gravidez (STF, 2012).

2.2 Aborto legal nos casos de gravidez decorrente de estupro

Para o aborto decorrente de estupro, de acordo com a Portaria 1.508/2005 do Ministério de Estado da Saúde (Brasil, 2005), é necessário que seja realizado o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), exceto nos casos com risco de vida à mulher. O procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez é composto por quatro fases.

Segundo esta portaria, na primeira fase é elaborado o relato circunstanciado da violência sexual, realizado pela gestante frente a dois profissionais de saúde do serviço, ou se incapaz, pelo representante legal. A segunda fase é composta pelo parecer técnico do médico

após anamnese detalhada, exame físico geral e ginecológico, avaliação de exame de imagem e demais exames complementares e pelo termo de aprovação de procedimento de interrupção de gravidez elaborado e assinado por três integrantes da equipe multiprofissional em concordância com o parecer técnico. Na terceira fase é realizada a assinatura da gestante no termo de responsabilidade, ou se incapaz, do representante legal, o qual consta a previsão dos crimes de falsidade ideológica e de aborto, caso a mulher não tenha sofrido a violência sexual. E por fim, a quarta fase é a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido em linguagem acessível, onde constam os riscos dos procedimentos, os tipos de procedimentos, a forma de acompanhamento e a garantia do sigilo (Brasil, 2005).

2.3 Aborto legal nos casos de risco à vida

Nos casos de aborto induzido por risco à vida da gestante, não há lei ou resolução que determine os passos necessários. Segundo a FEBRASGO (2021), a paciente deve ser portadora de doença crônica avançada com possibilidade de progressão na gestação. O consentimento da paciente tem maior peso sobre a conduta médica e isso basta, uma vez que se trata da vida da paciente. A mulher deve estar informada e esclarecida dos riscos para tomar sua decisão e não se deve aguardar que a mesma esteja em risco iminente de morte.

... é recomendável que dois médicos (é aconselhável que um deles seja clínico ou especialista na doença da mulher) atestem, por escrito, a condição de risco da mulher que justifica a interrupção. Também é recomendável um documento assinado da mulher no qual ela declara estar ciente dos riscos do prosseguimento da gravidez e concorda com a decisão do aborto (FEBRASGO, 2021, p. 15).

Caso o médico omita-se nessa situação, poderá responder por homicídio culposo ou homicídio doloso segundo as circunstâncias do artigo 12º do Código Penal. O abortamento para salvar a vida da gestante não requer a intervenção do Poder Judiciário, pois trata-se de uma decisão médica com a participação da mulher (FEBRASGO, 2021).

2.4 Aborto legal nos casos de anencefalia fetal

De acordo com a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) número 1.989/2012, o diagnóstico de anencefalia é feito por exame ultrassonográfico realizado a partir do tempo gestacional de 12 semanas, com a realização de duas fotografias, uma com a face em posição sagital e outra com a visualização do polo cefálico no corte transversal, evidenciando a ausência de calota craniana e de parênquima cerebral, além do laudo assinado por dois médicos capacitados para o diagnóstico (Brasil, 2012).

Diante do diagnóstico de anencefalia, a paciente deve ser orientada e esclarecida pelo médico sobre todos os riscos e acolhida por uma equipe multiprofissional, para que possa escolher entre manter a gestação ou interrompê-la, em qualquer tempo de gestação. A pedido e com o consentimento da gestante, o médico pode interromper a gestação, independente da autorização do Estado (Brasil, 2012).

2.5 Cuidado centrado na pessoa no aborto legal

A mulher em situação de aborto legal deve ser assistida por uma equipe multiprofissional, segundo a Portaria 1.508/2005 e a Resolução 1.989/2012 (Brasil, 2005; 2012). Idealmente, essa equipe multiprofissional deve ser formada por, no mínimo, obstetra, anestesista, enfermeira(o), assistente social e psicóloga(o). A gestante deve ser acolhida, escutada e esclarecida para que tenha subsídios na escolha sobre o seu futuro. Além disso, é importante que ela esteja ciente sobre os passos que serão necessários para o aborto induzido, como é realizado o procedimento, o que poderá sentir, as complicações que podem ocorrer, como será acompanhada, para que haja uma relação de confiança na equipe e no processo.

De acordo com WHO (2018), levar informações e orientações de qualidade e com linguagem clara para as pacientes que optaram pelo aborto é essencial. Todas as pessoas que podem engravidar, incluindo mulheres, meninas e aquelas com identidade de gênero variadas, e que procuram atendimento ao aborto médico devem receber as informações necessárias para tomar uma decisão informada e garantir a promoção de sua saúde e direitos humanos, incluindo sexo, igualdade de gênero e não discriminação. É direito de toda pessoa, independente do estado civil, usufruir dos benefícios do progresso científico e de suas aplicações.

Nesse contexto, a elaboração de um protocolo assistencial direcionado aos profissionais de saúde envolvidos no cuidado a pessoas em situação de aborto legal pode facilitar a tomada de decisão e a orientação das meninas e mulheres quanto à escolha consciente do método abortivo e dos métodos contraceptivos, pautada pelas evidências científicas mais atuais. Além disso, o protocolo é um instrumento que pode uniformizar as condutas dos profissionais de saúde, reduzindo as chances de risco e erros em saúde, complicações e morbimortalidade, garantindo a segurança da paciente e melhorando a qualidade do cuidado.

2.6 O processo de elaboração de protocolos e o instrumento AGREE II

Os protocolos assistenciais são instrumentos que permitem o gerenciamento em saúde sobretudo em serviços que buscam excelência e garantia de segurança para o paciente e profissionais de saúde. A criação de protocolos suscita a educação continuada por parte da equipe, assim como, permite padronizar condutas, organizar fluxos, agilizar atendimentos e reduzir erros em saúde (Krauzer *et al.*, 2018) e morbimortalidade.

Os protocolos são recomendações desenvolvidas com base nas evidências científicas mais atuais e devem ser desenvolvidos a partir de estratégias rigorosas, pois sua qualidade é determinante para o potencial benefício (Brouwers *et al.*, 2010). Nesse contexto, o AGREE II é um instrumento que avalia as diretrizes desenvolvidas, com base no rigor metodológico e na transparência da elaboração da diretriz, o que permite garantir a qualidade e confiabilidade das recomendações produzidas.

O AGREE II (Brouwers *et al.*, 2010) é um instrumento genérico, que pode ser aplicado a diretrizes relacionadas a qualquer doença e pode ser utilizado por profissionais da saúde, gestores de políticas de saúde e por educadores que desejam avaliar uma diretriz antes de adotar suas recomendações, bem como por elaboradores de diretrizes para seguir uma metodologia. É composto de 23 itens de avaliação divididos em seis domínios (Escopo e finalidade, Envolvimento das partes, Rigor do desenvolvimento, Clareza da apresentação, Aplicabilidade e Independência editorial), em que o avaliador indicará uma pontuação entre "discordo totalmente" (pontuação mínima 1) e "concordo totalmente" (pontuação máxima 7). Além disso, há dois itens de avaliação global; a qualidade global, que pode ser pontuada entre "qualidade mais baixa possível" (pontuação 1) e "qualidade mais alta possível" (pontuação 7), e a recomendação da diretriz que pode ser "sim; sim, com modificações e não".

Idealmente, cada diretriz deve ser avaliada por, pelo menos, dois avaliadores para garantir a confiabilidade da avaliação (Brouwers *et al.*, 2010). Posteriormente, há uma formulação que transforma essas pontuações em porcentagem, porém o instrumento não define a porcentagem para que a diretriz seja considerada de alta ou baixa qualidade, cabe aos avaliadores esse julgamento.

3 OBJETIVOS

Objetivos gerais

- Sintetizar as evidências científicas disponíveis nas principais diretrizes relacionadas à assistência a pessoas em situação de aborto legal;
- Adaptar as recomendações das principais diretrizes relacionadas à assistência a pessoas em situação de aborto legal à realidade do NUAVIDAS HC/UFU/EBSERH.

Objetivos específicos

- Uniformizar e padronizar a assistência à pessoa em situação de aborto legal no HC/UFU/EBSERH;
- Implementar práticas baseadas em evidências científicas entre os profissionais de saúde (médicas(os), enfermeiras(os), psicólogas(os), farmacêuticas(os), assistentes sociais) do HC/UFU/EBSERH.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

O protocolo foi desenvolvido após revisão de literatura das principais diretrizes relacionadas ao aborto induzido e seguro. O processo de elaboração do protocolo seguiu as etapas recomendadas para a elaboração de diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2012) e para a adaptação de diretrizes da *ADAPTE Collaboration* (Fervers *et al.*, 2011), conforme abaixo:

4.1 Elaboração do escopo e das questões a serem respondidas

O escopo e as questões clínicas a serem respondidas foram formuladas em reunião presencial com os profissionais de saúde envolvidos na assistência a pessoas em situação de aborto legal pelo NUAVIDAS HC/UFU/EBSERH a partir de casos clínicos reais. Realizamos três reuniões com discussões a partir de três casos clínicos divididos em relação ao tempo gestacional: até 14 semanas, entre 14 semanas e 24 semanas e 6 dias, e após 25 semanas.

QUESTÕES CLÍNICAS

Gravidezes de até 14 semanas

- Quais exames complementares devem ser realizados antes do aborto legal?
- Há indicação de profilaxia anti-D?
- Quais são as doses e vias do misoprostol na opção de tratamento por telemedicina/autoadministrado? E no tratamento hospitalar?
- Qual é a segurança e a eficácia da administração do misoprostol por VV de maneira autoadministrada?
- Quais são os passos necessários para a realização da AMIU ambulatorial?
- Como manejar a dor no aborto medicamentoso? E no aborto por procedimento (AMIU)?
- Há possibilidade de curetagem quando AMIU não for possível?
- Há indicação de antibioticoprofilaxia?
- Quais os critérios de falha do aborto medicamentoso?
- Quando e como realizar o acompanhamento da paciente após o aborto?

Gravidezes entre 14 semanas e 24 semanas e 6 dias

- Quais as doses e as vias possíveis de administração do misoprostol no segundo trimestre?
- Entre quais tempos gestacionais pode ser realizada a D&E?
- Como realizar o preparo cervical para o aborto por procedimento?
- Quais os riscos mais comuns da indução medicamentosa e da D&E?
- Como se dá o manejo da dor nos casos de aborto medicamentoso e por procedimento?
- Qual a taxa de sucesso da indução medicamentosa nesse TG? E o que será considerado como sucesso da indução medicamentosa?
- Qual é o esquema de antibioticoprofilaxia indicado na D&E?
- Como acompanhar a paciente após o aborto? É necessário exame de imagem para checar o sucesso?
- A partir de que TG deve ser feita indução de assistolia fetal?
- Quais as medicações e as doses utilizadas para a indução de assistolia fetal? A dose altera de acordo com o TG?
- Quais os riscos maternos da injeção de KCl? É possível a administração de outras drogas?
- Qual eficácia de indução de assistolia fetal? Quais os riscos de falha?

Gravidezes a partir de 25 semanas

- Quais as doses de misoprostol podem ser utilizadas?
- Quando utilizar os dilatadores osmóticos? Qual eficácia? É viável usar combinado ao misoprostol?
- Nos casos de mulheres com histórico de cesárea anterior, podemos usar misoprostol? Qual a dose? Até qual TG?

Alta

- Quais os critérios de alta após o aborto?

Contraceção pós-aborto

- Quais os métodos de contraceção após o aborto induzido e quando iniciá-los?

4.2 Pesquisa de diretrizes clínicas nas bases de dados

A pesquisa de diretrizes relevantes às perguntas deste protocolo foi realizada em agosto de 2023, por meio de busca sistemática nas bases de dados Pubmed e Tripdatabase com os termos “‘*induced, abortion*’ *diagnosis treatment*’”. Foram critérios de inclusão para este protocolo: diretrizes dos últimos 10 anos publicadas em inglês ou português.

Foram utilizadas ainda, fontes adicionais com relevância no tema, como *World Health Organization* (<https://www.who.int/publications/guidelines/en/>), *American College of Obstetricians and Gynecologists* (<https://www.acog.org/>), *The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* (<https://sogc.org/>) e *Society of Family Planning* (<https://societyfp.org/>), sem limitação de tempo de publicação.

A estratégia de busca no Pubmed recuperou 6 trabalhos que foram excluídos após o rastreamento e análise dos títulos e resumos por não preencherem os critérios de inclusão. No Tripdatabase, foram encontradas 36 diretrizes clínicas, das quais 32 foram excluídas por não se tratarem do tema em questão e por haver uma diretriz mais atualizada. Quatro diretrizes e um manual de prática clínica da OMS foram acrescentados por apresentarem relevância ao escopo do protocolo. A pesquisa nas bases de dados e sítios eletrônicos resultou em 8 diretrizes (ANEXO I).

4.3 Análise da qualidade das diretrizes selecionadas

As diretrizes clínicas provenientes da busca nas bases de dados e sítios eletrônicos foram avaliadas por dois avaliadores independentes por meio do instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE II). O instrumento consiste de 23 itens, com resposta em escala tipo Likert de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os itens são distribuídos em seis domínios (Escopo e finalidade, Envolvimento das partes, Rigor do desenvolvimento, Clareza da apresentação, Aplicabilidade e Independência editorial). Os escores são transformados em porcentagens. Há, ainda, um item para avaliação da qualidade global da diretriz e um item para a recomendação final do avaliador (sim; sim, com modificações; não) (Brouwers *et al.*, 2010).

4.4 Seleção das diretrizes a serem utilizadas

Das 8 diretrizes encontradas, 7 tiveram recomendação para utilização neste protocolo, de acordo com a avaliação por meio do instrumento AGREE II. Em uma das diretrizes, (SFP, 2011), os avaliadores independentes discordaram acerca da recomendação final para uso no protocolo e uma terceira avaliadora independente resolveu o dissenso com a recomendação

de inclusão da diretriz. Os escores do AGREE II de cada diretriz analisada estão descritos no Anexo II deste protocolo. As 7 diretrizes com recomendação de uso foram:

ACOG. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Medication abortion up to 70 days of gestation: ACOG Practice Bulletin, Number 225. **Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 136, n. 4, p. e31–e47, oct. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004082>. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004082>. Acesso em: 24 aug. 2022.

FSRH. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. **FSRH Clinical Guideline: contraception after pregnancy** (january 2017, amended october 2020) – London [England], oct. 2020. DOI: 10.1136/bmj.srh-2023-IUC. Disponível em: <https://www.fsrh.org/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017/>. Acesso em: 24 aug. 2022.

NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. NICE Guideline. **Abortion care**, 2019. ISBN: 978-1-4731-3539-0. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140/resources/abortion-care-pdf-66141773098693>. Acesso em: 24 aug. 2022. DOI

SFP. Society of Family Planning. In: BORGATTA, L.; KAPP, N.; Society of Family Planning. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. **Contraception**, New York, v. 84, n. 1, p. 4–18, jul. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.02.005>. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.02.005>. Acesso em: 24 aug. 2022.

SFP. Society of Family Planning. In: ZWERLING, B. et al. Society of family planning clinical recommendation: medication abortion between 14 0/7 and 27 6/7 weeks of gestation: jointly developed with the Society for Maternal-Fetal Medicine. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St. Louis [United States], p. S0002- 9378(23)00726-3, oct. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.097>. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.097>. Acesso em: 14 dec. 2023.

SOGC. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. SOGC Clinical Practice Guideline. No. 360- Induced abortion: surgical abortion and second trimester medical methods. Eds. Dustin Costescu, Édith Guilbert. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, Bristol [England], v. 40, n. 6, p. 750-783, june 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.12.010>. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.12.010>. Acesso em: 24 aug. 2022.

WHO. World Health Organization. **Abortion care guideline**. Geneva: 2022. ISBN: 978-92-4-007520-7. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 24 aug. 2022. doi

4.5 Elaboração das recomendações por meio de consenso

As diretrizes clínicas com recomendação de utilização pelos avaliadores independentes foram utilizadas para responder às questões clínicas elaboradas na primeira etapa.

As recomendações relacionadas às perguntas clínicas do protocolo foram elaboradas na segunda etapa, em reuniões com os profissionais de saúde envolvidos na assistência a pessoas em situação de aborto legal no NUAVIDAS HC/UFU/EBSERH. Os participantes das reuniões entraram em consenso acerca das recomendações iniciais por meio de técnicas informais.

Apesar de apresentar maior eficácia para o aborto medicamentoso, o regime de mifepristona associado a misoprostol, recomendado pelas diretrizes internacionais, não foi descrito neste protocolo, pois a mifepristona não é regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e, dessa forma, não é comercializada no Brasil.

4.6 Redação das recomendações

As recomendações deliberadas nas reuniões com os profissionais de saúde envolvidos na assistência a pessoas em situação de aborto legal no NUAVIDAS HC/UFU/EBSERH foram redigidas pelas autoras deste protocolo.

Quando não houve consenso na literatura a respeito das questões clínicas, os profissionais de saúde que participaram das reuniões decidiram qual a melhor recomendação para o serviço local. Nesses casos, denominamos a recomendação como “recomendação local”.

4.7 Revisão externa

A revisão das recomendações deste protocolo foi realizada por uma profissional médica envolvida na assistência a pessoas em situação de aborto legal do HC/UFU/EBSERH e por um membro da Comissão Nacional Especializada da FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) sobre Violência Sexual e Interrupção Gestacional Prevista em Lei.

5 DISCUSSÃO E RESULTADOS

5.1 Gravidezes de até 14 semanas

➤ **Quais exames complementares devem ser realizados antes do aborto legal?**

A WHO (2022) não recomenda a realização de ultrassonografia (USG) para datação da gestação. Caso haja indicação, o exame não deve postergar o aborto. Além disso, não se recomenda a realização de tipagem sanguínea e Rh antes de 12 semanas.

Já para a FEBRASGO (2021), a USG pode ser utilizada para confirmação do TG quando há incerteza da data da última menstruação (DUM) ou para descartar gravidez ectópica, nos casos em que, por exemplo, a paciente apresenta sangramento vaginal em pequena quantidade, dor pélvica unilateral, cirurgia tubária prévia, uso de DIU, ou também para descartar gestação molar. Os exames laboratoriais recomendados são tipagem sanguínea em gravidezes com mais de 9 semanas e as sorologias para sífilis, hepatite B e C e HIV, nos casos de violência sexual. Em se tratando de anencefalia, é necessário que o diagnóstico seja realizado pela USG após 12 semanas, em duas fotografias (uma com face em posição sagital e outra com polo cefálico em corte transversal) e com o laudo assinado por 2 médicos capacitados.

Da mesma forma, a ACOG (2020) considera a USG útil quando a DUM é incerta ou há risco de gravidez ectópica, em pacientes com histórico de gravidez ectópica, cirurgia tubária prévia, gravidez com uso de método contraceptivo só de progesterona ou DIU ou sintomas, como dor unilateral, dor vaginal, sangramento, por exemplo. A USG, inicialmente, pode ser por via abdominal em pacientes não obesas. Em pacientes com ciclos regulares com certeza da DUM nos últimos 56 dias, sem sinais ou sintomas ou fatores de risco para gestação ectópica, a USG não é necessária antes do aborto medicamentoso. Orienta-se ainda a realização da tipagem sanguínea, quando desconhecida, e de hemograma, quando há suspeita de anemia.

De acordo com a SOGC (2018), a tipagem sanguínea deve ser determinada em todas as pacientes, bem como a USG de rotina deve ser realizada antes do aborto induzido para determinação do TG.

Recomendações

- *Recomenda-se a realização da USG para determinação do TG e da localidade da gravidez. Caso a paciente já tenha realizado USG previamente, não se recomenda a repetição do exame (recomendação local). É importante que a USG não atrase o tratamento do aborto induzido (WHO, 2022).*
- *Recomenda-se a solicitação de tipagem sanguínea e Rh apenas para pacientes com TG maior ou igual a 12 semanas (WHO, 2022).*
- *Caso haja suspeita de anemia, recomenda-se a realização de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht) (ACOG, 2020).*
- *Em casos de violência sexual, recomenda-se a realização das sorologias para sífilis (VDRL), HIV, hepatite B (HbsAg) e C (anti-HCV) (FEBRASGO, 2021).*
- *Em casos de anencefalia, é necessário que o diagnóstico seja realizado pela USG após 12 semanas, em duas fotografias (uma com face em posição sagital e outra com polo cefálico em corte transversal) e com o laudo assinado por 2 médicos (FEBRASGO, 2021).*

➤ **Há indicação de profilaxia anti-D?**

O NICE (2019) não indica o uso de profilaxia anti-D em gravidezes de até 10 semanas após a realização de aborto medicamentoso. No entanto, é indicada em abortos por procedimentos em qualquer idade gestacional.

De acordo com a ACOG (2020), a profilaxia anti-D está indicada no aborto medicamentoso.

Já a WHO (2022), não recomenda a administração de imunoglobulina anti-D em aborto medicamentoso ou por procedimento em gravidezes com menos de 12 semanas.

Recomendação

- *Não se recomenda a administração de imunoglobulina anti-D em aborto medicamentoso ou por procedimento com TG < 12 semanas (WHO, 2022).*

➤ **Quais são as doses e vias do misoprostol na opção de tratamento por telemedicina/autoadministrado? E no tratamento hospitalar?**

Segundo a ACOG (2020), em gravidezes até 10 semanas, o regime mifepristona-misoprostol é mais eficaz que misoprostol isolado, porém se não estiver disponível, o misoprostol isolado é recomendado. O uso oral do misoprostol não é recomendado por apresentar menor eficácia global. A VV tem menor efeito gastrointestinal quando comparado a VO, bucal ou SL. As vias SL e bucal tem os mesmos efeitos adversos, porém a SL tem maior taxa de calafrio. No regime apenas com misoprostol é indicado 800mcg VV, SL ou

bucal a cada 3 horas até 3 doses. Apesar dos estudos não utilizarem mais que 3 doses, o guideline da OMS não especifica o número máximo de doses.

Conforme WHO (2022), para o aborto medicamentoso realizado em gravidezes com menos de 12 semanas, recomenda-se misoprostol 800mcg VV, SL ou bucal, podendo ser repetido até alcançar o sucesso, sem limitação de dose máxima. Outra opção seria o uso de letrozol 10mg VO por dia durante 3 dias, seguido de misoprostol 800mcg SL no quarto dia, como opção segura e eficaz até 14 semanas. É importante destacar que na VO os comprimidos são engolidos imediatamente. Na via bucal, são colocados entre a bochecha e a gengiva, e engolidos 20-30 minutos após. Na via SL, são colocados debaixo da língua e engolidos após 30 minutos.

Recomendação

- *Para gravidezes de até 14 semanas, recomenda-se o uso de misoprostol 800mcg via vaginal (VV), sublingual (SL) ou bucal a cada 3 horas. Não há dose máxima recomendada, a dose pode ser repetida até alcançar o sucesso (presença de sangramento com coágulos e ausência de sintomas de gravidez) (WHO, 2022).*

➤ **Qual é a segurança e a eficácia da administração do misoprostol por VV de maneira autoadministrada?**

Qualquer uma das vias de administração (VO, VV, bucal ou SL) podem ser oferecidas para autoadministração (ACOG, 2020; NICE, 2019; SOGC, 2018; WHO, 2022).

De acordo com SOGC (2018), deve ser realizada uma avaliação antes do aborto induzido autoadministrado para identificar condições de saúde somáticas e mentais associadas a um risco elevado de complicações e que, portanto, justificam um procedimento hospitalar. Vale ressaltar que as VV e SL são superiores a VO, e a SL é superior a VV. A eficácia e os efeitos colaterais do misoprostol são dose dependentes. Náusea e diarreia são mais frequentes na via SL.

Conforme o NICE (2019), a autoadministração domiciliar apresenta segurança na expulsão do produto do aborto.

Da mesma maneira, a ACOG (2020) também indica que as pacientes podem autoadministrar o misoprostol em casa com segurança e eficácia para o aborto medicamentoso.

Por sua vez, a WHO (2022) recomenda a opção da autogestão do processo de aborto medicamentoso em gravidezes até 12 semanas na totalidade ou em qualquer uma das 3 partes componentes do processo: autoavaliação da elegibilidade, autoadministração dos

medicamentos e autoavaliação do sucesso do aborto. Essa alternativa de tratamento é altamente e segura quando orientada por profissionais capacitados (WHO, 2022).

Recomendações

- *Em pacientes com TG de até 12 semanas, recomenda-se a autoadministração domiciliar (recomendação local) de 3 doses de 800mcg de misoprostol VV, SL ou bucal, conforme escolha da paciente, a cada 3 horas (ACOG, 2020; NICE, 2019; SOGC, 2018; WHO, 2022).*

➤ **Quais são os passos necessários para a realização da AMIU ambulatorial?**

O NICE (2019) indica o uso de misoprostol 400mcg SL 1 hora antes ou misoprostol 400mcg VV 3 horas antes do AMIU em gravidezes de até 13 semanas e 6 dias.

A WHO (2022) recomenda a aspiração a vácuo para o aborto por procedimento em gravidezes de até 14 semanas. Não se recomenda dilatação e curetagem, incluindo curetagem para checagem após aspiração. Antes do aborto por procedimento em gravidezes com menos de 12 semanas, indica-se a preparação cervical com misoprostol 400mcg SL (via mais efetiva) 1-2 horas antes do procedimento, ou misoprostol 400mcg VV ou bucal 2-3 horas antes do procedimento. Não se recomenda o uso de dilatadores osmóticos.

A SFP (2016) não indica a preparação cervical de rotina no primeiro trimestre, pois atrasa o procedimento, está associada a efeitos colaterais e não confere benefício comprovado. Não é necessária a dilatação cervical em mulheres com TG < 8 semanas, especialmente nas mulheres multíparas.

De acordo com a SOGC (2018), o aborto por procedimento pode ser realizado com AMIU ou aspiração elétrica a vácuo. A cânula selecionada normalmente tem o mesmo diâmetro em mm ou 1mm menor que o saco gestacional em semanas completas. Antes de inserir a cânula, é ideal que se faça uma dilatação cervical suave no caso de paciente nulípara com gestação tardia de primeiro trimestre, ou que possua anomalias uterinas ou estenose cervical. A dilatação cervical não é recomendada de rotina. Para a dilatação cervical podem ser usados dilatadores osmóticos sintéticos, laminária, prostaglandinas.

É importante que a paciente seja informada sobre o risco de anomalias se a gravidez continuar após o uso de agentes farmacológicos. Os seguintes regimes de preparação cervical são recomendados antes do procedimento pela SOGC (2018): misoprostol 400mcg VV 3 horas antes; ou misoprostol 400mcg SL 2-3 horas antes; ou laminaria intracervical 6-24 horas antes; ou dilatador osmótico sintético intracervical 3-4 horas antes.

Recomendações

- *Para a AMIU, selecionar a cânula com o mesmo diâmetro em mm ou 1mm menor que o TG em semanas completas (SOGC, 2018).*
- *Recomenda-se o preparo cervical antes da AMIU apenas em gravidezes acima de 8 semanas (SFP, 2016), ou em paciente nulípara, ou que possua anomalias uterinas ou estenose cervical. Não se recomenda o preparo cervical de rotina (SOGC, 2018).*
- *Para o preparo cervical, quando necessário, recomenda-se misoprostol 400mcg SL 1-2 horas antes do procedimento; ou misoprostol 400mcg VV ou bucal 2-3 horas antes do procedimento (NICE, 2019; SOGC, 2018; WHO, 2022).*
- *Para o preparo cervical antes da AMIU, não se recomenda o uso de dilatadores osmóticos (WHO, 2022).*

➤ **Como manejar a dor no aborto medicamentoso? E no aborto por procedimento (AMIU)?**

Segundo o NICE (2019), para o aborto por procedimento há a opção de anestesia local, anestesia local associada a sedação venosa, sedação profunda ou anestesia geral (propofol venoso e opioide de ação curta como fentanil, ao invés de inalatória). O ideal é que seja discutido com a paciente.

De acordo com a ACOG (2020), os anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) nos momentos necessários, não parecem neutralizar o efeito do misoprostol. No tratamento domiciliar, a dor deve ser manejada com medicamentos que não precisem de prescrição médica. Se os opioides forem necessários, devem ser prescritos na menor dose necessária.

Por sua vez, a WHO (2022) indica analgesia de rotina em pacientes que desejarem, por exemplo, AINES para o aborto por procedimento ou medicamentoso em qualquer TG. Não se recomenda anestesia geral de rotina. Para o aborto medicamentoso em gravidezes com menos de 14 semanas, indica-se o uso de AINES ou paracetamol. Já para o aborto por procedimento em gravidezes com menos de 14 semanas, recomenda-se o bloqueio paracervical. Sugere-se oferecer também ansiolíticos 30-60min. antes, como midazolam 10mg ou diazepam, ou sedação consciente com analgésicos como fentanil 50-100mcg EV, petidina 25-100mg EV/IM, tramadol 50-100mg EV/IM, morfina 0,1-0,2mg/Kg EV, e sedativos como midazolam 1-2mg EV, diazepam 5-10mg EV ou lorazepam 1mg EV, quando disponível, associada ao bloqueio paracervical.

Segundo a WHO (2022), o bloqueio paracervical deve ser realizado injetando-se 1-2mL de anestésico no lábio do colo uterino em que será tracionado pela pinça e movendo-se o colo lateralmente, observa-se a junção cervicovaginal, onde serão injetados 2-5mL lentamente em uma profundidade de 1,5-3cm em 2-4 pontos (2 e 10h e/ou 4 e 8h). Deve

ter atenção a dose máxima de lidocaína usada que é 4,5mg/Kg ou 200-300mg. Além disso, aspirar antes de injetar para evitar injeção intravascular.

Para a SOGC (2018), as mulheres submetidas ao aborto por procedimento no primeiro trimestre sem contra-indicações, devem receber AINES.

Foi demonstrado que os AINES orais como ibuprofeno, diclofenaco e naproxeno diminuem a dor intraoperatória e pós-operatória no aborto por procedimento até 14 semanas. O tramadol é inferior ao ibuprofeno na dor pós-operatória, e benzodiazepínicos não reduziram a dor e nem a ansiedade pré-procedimento. A sedação moderada combinada com bloqueio paracervical também deve ser oferecida às mulheres submetidas a aborto por procedimento no primeiro e segundo trimestre, quando disponível. O bloqueio paracervical é realizado com 20mL de lidocaína injetada a 1%, em 4 locais (2, 4, 8 e 10h), aguardando 3min. para a dilatação. É importante ressaltar que o carbonato de lidocaína é superior a lidocaína simples, a injeção lenta é superior a injeção rápida, a injeção profunda é superior a injeção superficial no primeiro trimestre (SOGC, 2018).

Além disso, a dose total de lidocaína não deve exceder 4,5mg/Kg, e não mais que 7mg/Kg quando associada a epinefrina ou vasopressina. A sedação moderada é oferecida usando 50-100mcg de fentanil e midazolam 1-2mg EV. Foi demonstrado que a sedação com bloqueio paracervical é superior ao bloqueio paracervical isolado ou ao bloqueio com opioide/benzodiazepínico oral. O óxido nítrico não melhora a dor intra ou pós-operatória. Anestesia geral com propofol é superior para controle de dor intraoperatória, mas inferior para dor pós-operatória (SOGC, 2018).

Vale ressaltar que os protocolos internacionais não citam a dipirona como analgésico pela indisponibilidade dessa medicação nos países de origem.

Recomendações

- *Para o aborto medicamentoso em gravidezes de até 14 semanas, recomenda-se analgesia com anti-inflamatórios não esteroídais (ACOG, 2020; SOGC, 2018; WHO, 2022). Ibuprofeno 800mg a cada 8 horas associado ou não a dipirona 1g a cada 6 horas é o tratamento de escolha (recomendação local).*
- *Para a AMIU, recomenda-se bloqueio paracervical associado a sedação mínima (recomendação local).*
- *Para o bloqueio paracervical, a dose máxima de lidocaína é 4,5mg/Kg ou 200-300mg (WHO, 2022).*
- *Para a sedação mínima, sugere-se oferecer ansiolíticos 30-60min antes, como midazolam 7,5-15mg VO ou diazepam 5-10mg VO (SOGC, 2018; WHO, 2023).*

- *Para a AMIU, em casos excepcionais, a critério clínico (recomendação local), sugere-se sedação moderada com a equipe de anestesiologia, em combinação de analgésicos e ansiolíticos (SOGC, 2018; WHO, 2022).*
- *Não se recomenda o uso de anestesia geral de rotina (WHO, 2022).*

➤ **Há possibilidade de curetagem quando AMIU não for possível?**

A SOGC (2018) aponta que o aborto por curetagem cortante é obsoleto e não deve ser realizado rotineiramente em aborto de primeiro trimestre. A curetagem brusca durante o aborto induzido está associada ao desenvolvimento de aderências uterinas, risco de aborto espontâneo, placenta prévia e subfertilidade.

Da mesma forma, a WHO (2022) não recomenda a curetagem de forma alguma.

Recomendação

- *Em gravidezes de até 14 semanas, recomenda-se a aspiração manual intrauterina (AMIU) para o aborto por procedimento. Não se recomenda a curetagem uterina em hipótese alguma. Na indisponibilidade da AMIU, oferecer o tratamento medicamentoso (SOGC, 2018; WHO, 2022).*

➤ **Há indicação de antibioticoprofilaxia?**

O NICE (2019) orienta considerar o uso de doxicilina 100mg de 12/12 horas por 3 dias no aborto por procedimento. Caso opte por usar metronidazol, não associar com outro antibiótico (ATB).

Segundo a ACOG (2020), o uso rotineiro de antibioticoprofilaxia para aborto medicamentoso não é recomendado.

Por sua vez, a WHO (2022) recomenda antibióticos profiláticos pré ou perioperatórios em aborto por procedimento (dose única de nitroimidazóis, tetraciclina ou penicilinas). Não recomenda antibioticoprofilaxia em aborto medicamentoso.

A SOGC (2018), indica que doxicilina, metronidazol e betalactâmicos são adequados para reduzir infecção pós-aborto e orienta o uso de antibióticos pré operatórios em todas as mulheres submetidas ao aborto por procedimento.

Segundo a FEBRASGO (2021), o uso de antibioticoprofilaxia em dose única antes do procedimento está indicado. As opções são: doxicilina 200mg VO ou azitromicina 500mg VO.

Recomendação

- *É recomendada a antibioticoprofilaxia para o aborto por procedimento (NICE, 2019; SOGC, 2018; WHO, 2022), com doxiciclina 200mg VO ou azitromicina 500mg VO, em dose única antes do procedimento (FEBRASGO, 2021).*
- *Não se recomenda antibioticoprofilaxia para o aborto medicamentoso (ACOG, 2020; WHO, 2022).*

➤ Quais os critérios de falha do aborto medicamentoso?

Segundo a ACOG (2020), a USG após o aborto não é necessária, mas se for realizada, o único objetivo é avaliar a presença ou não de saco gestacional. A medida da espessura do endométrio não indica necessidade de outras medidas. Pode-se dosar beta HCG antes e após 1 semana do aborto (mais eficaz até 9 semanas), com redução de pelo menos 80%, indicando um desfecho bem sucedido. A presença de endométrio heterogêneo e espesso, na ausência de sangramento excessivo ou dor, indica conduta expectante. Em caso de aborto incompleto, deve-se oferecer dose repetida de misoprostol, AMIU ou conduta expectante. Para a WHO (2022), o aborto incompleto é definido pela presença, ao exame clínico, de orifício cervical aberto e sangramento, em que os produtos da concepção não foram expelidos totalmente, ou que os produtos expelidos não são consistentes com o estimado pelo tempo gestacional.

É importante atentar-se que mesmo com saco gestacional (SG) retido após 2 semanas do aborto medicamentoso, pode ocorrer expulsão nas próximas semanas. No caso de uma gravidez em curso, deve-se oferecer dose repetida de misoprostol ou AMIU. Se a atividade cardíaca fetal persistir após a segunda dose de misoprostol é indicada a realização de AMIU (ACOG, 2020).

De acordo com a SOGC (2018), o exame macroscópico de rotina do conteúdo uterino deve ser realizado imediatamente após o aborto induzido. O exame histopatológico dos produtos da concepção só é necessário quando houver suspeita de neoplasia trofoblástica gestacional ou gravidez ectópica. Se as mulheres não menstruarem nas 8 semanas seguintes ao aborto induzido e/ou se queixarem de sintomas e sinais de gravidez, deve-se suspeitar de uma gravidez nova, ou gravidez em curso e deve-se repetir o procedimento. No caso do aborto por procedimento em gravidezes com menos de 7 semanas, espera-se uma queda de 50% dos níveis de beta HCG dentro de 24 horas após o esvaziamento bem sucedido.

Recomendações

- *São considerados os seguintes critérios de falha para o aborto medicamentoso até 12 semanas:*
 - *Ausência de sangramento (ACOG, 2020; WHO, 2022) em 48 horas (recomendação local)*
 - *Persistência de sintomas de gravidez (ACOG, 2020; WHO, 2022)*
 - *USG não é necessária, mas se for realizada, o único objetivo é avaliar presença ou não de saco gestacional. A avaliação da espessura endometrial não deve modificar a conduta (ACOG, 2020; WHO, 2022).*
- *Em caso de aborto incompleto, recomenda-se oferecer dose repetida de misoprostol, AMIU ou conduta expectante (ACOG, 2020). Na opção pelo misoprostol, sugere-se 600mcg de misoprostol VO ou 400mcg de misoprostol SL (WHO, 2022).*
- *Em caso de gravidez em curso, recomenda-se repetir as 3 doses de 800mcg de misoprostol com intervalo de 3 horas ou AMIU. Se a atividade cardíaca persistir após a repetição do tratamento medicamentoso, recomenda-se a realização de AMIU (ACOG, 2020).*

➤ Quando e como realizar o acompanhamento da paciente após o aborto?

De acordo com o NICE (2019), em gravidezes de até 10 semanas, incluindo aquelas em que a expulsão ocorre em casa, pode-se oferecer a própria avaliação, incluindo avaliação remota por telefone ou mensagens de texto em alternativa ao seguimento clínico. Há também a possibilidade de realização do teste de gravidez de urina de baixa sensibilidade após 2 semanas para excluir manutenção da gestação.

Segundo a ACOG (2020), o acompanhamento presencial de rotina em abortos não complicados não é necessário. Pode-se oferecer a autoavaliação e instruir as pacientes sobre sinais de alarme para entrar em contato com o médico, como sangramento maior que 2 absorventes grandes por hora, durante 2 horas consecutivas. Clinicamente, o acompanhamento pode ser realizado por meio da história, exame clínico, dosagem de beta HCG ou USG. A avaliação e autoavaliação por telemedicina deve ser realizada em 1 semana e pela realização do teste de urina de gravidez, em casa, após 4 semanas. É importante questionar a paciente sobre cólicas e sangramento, e se a paciente ainda se sente grávida (médico e paciente estão corretos em 96-99% das vezes).

Pela WHO (2022), também não há necessidade médica de consulta de acompanhamento de rotina. A paciente deve ser orientada quanto aos sintomas de manutenção da gravidez e outras razões para retomar o acompanhamento, como sangramento intenso ou prolongado, ausência de sangramento após tratamento médico do aborto, dor não aliviada com analgesia ou febre. Em caso de aborto incompleto em gravidezes com menos de 14

semanas, recomenda-se a aspiração a vácuo ou manejo medicamentoso com a sugestão de 600mcg de misoprostol VO ou 400mcg de misoprostol SL. O manejo expectante do aborto incompleto pode ser efetivo tanto quanto o misoprostol.

Recomendações

- *Sugere-se a orientação quanto aos sintomas de manutenção da gravidez e outras razões para retomar o acompanhamento, como sangramento intenso ou prolongado, ausência de sangramento após tratamento medicamentoso do aborto, dor não aliviada com analgesia ou febre (WHO, 2022).*
- *Sugere-se uma consulta presencial ou por telemedicina após 7-14 dias do aborto medicamentoso e após 4-6 semanas do aborto por procedimento (recomendação local).*

5.2 Gravidezes entre 14 semanas e 24 semanas e 6 dias

➤ Quais as doses e as vias possíveis de administração do misoprostol no segundo trimestre?

De acordo com a WHO (2022), em gravidezes com TG a partir de 12 semanas, sugere-se o uso de misoprostol em doses repetidas de 400mcg VV (mais efetiva), SL ou bucal, a cada 3 horas até o sucesso do processo de aborto. Deve haver cautela e julgamento clínico para decidir o número máximo de doses de misoprostol em gestações únicas com cicatrizes uterinas prévias. A ruptura uterina é uma complicação rara, porém o serviço de saúde deve estar preparado para o manejo emergencial de uma ruptura uterina. Em TG acima de 24 semanas, deve-se reduzir a dose de misoprostol usando o julgamento clínico para determinar a dose apropriada, visto que há uma maior sensibilidade do útero às prostaglandinas.

O esquema de aborto medicamentoso sugerido pela SOGC (2018) em gravidezes com TG entre 13 e 24 semanas é misoprostol 400mcg VV, SL ou bucal a cada 3 horas e entre 25 e 28 semanas é misoprostol 200mcg VV, SL ou bucal a cada 4 horas. Para aborto medicamentoso no segundo trimestre, a dilatação mecânica com cateteres intracervicais não é recomendada antes da indução, pois raramente confere benefício; laminária/dilatadores osmóticos sintéticos antes da indução não conferem qualquer benefício e podem aumentar a dor e o tempo até a expulsão, sendo reservado o uso quando outras abordagens de dilatação cervical forem contraindicadas. Não há evidências suficientes para recomendar o uso de óxido nítrico ou preparação com misoprostol antes da indução.

Ainda segundo a SOGC (2018), o uso de misoprostol para aborto medicamentoso no segundo trimestre é seguro após uma cesariana transversal baixa anterior. Não há evidências

suficientes sobre seu uso em mulheres com duas ou mais cesarianas anteriores ou uma cesariana clássica anterior.

De acordo com SFP (2011), a dose mínima eficaz de misoprostol é 400mcg. Repetir a dose a cada 3 horas é eficaz e reduz tempo de aborto, comparado a intervalos mais longos. Idealmente, uma dose de ataque de 600-800mcg deve ser administrada, o que permitirá doses mais baixas de 200mcg de misoprostol VV a cada 3 horas. Após atualização a SFP, em 2023, indica o misoprostol 400mcg VV, SL ou bucal a cada 3 horas para o aborto medicamentoso entre 14 semanas e 6 dias e 23 semanas e 6 dias. O misoprostol no contexto de duas ou mais cesáreas anteriores está associado a um risco aumentado de ruptura uterina em comparação com uma ou nenhuma, mas o risco permanece baixo, sendo 0,47% em pacientes com uma cesárea prévia e 2,5% em pacientes com duas ou mais cesáreas prévias. Não há evidências suficientes para recomendar mudança no regime de misoprostol em pacientes com mais de uma cesárea prévia em locais com recursos para manejo de complicações. Sugere-se reduzir a dose e individualizar os cuidados.

Ainda de acordo com SFP (2023), nos casos em que o misoprostol não estiver disponível ou for contraindicado, entre 14 semanas e 27 semanas e 6 dias, há a opção do regime de alta dose de ocitocina, podendo ser menos eficaz antes de 20 semanas por não haver receptores nesse TG. Inicia-se com a infusão endovenosa de ocitocina 100UI durante 3 horas, seguida de descanso de 1 hora da medicação para evitar intoxicação, e posteriormente, aumenta-se 50UI por 3 horas até conseguir a expulsão fetal, até a dose máxima de 300UI por 3 horas.

Além disso, é importante ressaltar que pode haver lactação em gravidezes a partir de 18 semanas, dessa forma, sugere-se bolsas de gelo, analgesia e, se necessário, cabergolina 1mg no primeiro dia após a expulsão fetal (SFP, 2023).

Recomendações

- *Para o aborto medicamentoso em gravidezes entre 14-24 semanas, recomenda-se o uso de misoprostol em doses repetidas de 400mcg VV (mais efetiva), SL ou bucal, a cada 3 horas até a expulsão fetal, independente do padrão de contrações (SFP, 2023; SOGC, 2018; WHO, 2022)*
- *Para o aborto medicamentoso em pacientes com cicatrizes uterinas prévias entre 14-24 semanas, recomenda-se cautela, com avaliações clínicas (dados vitais, dor abdominal e sangramento vaginal) em intervalos de tempo menores (SFP, 2023; SOGC, 2018; WHO, 2022).*
- *Em pacientes com duas ou mais cesáreas anteriores, pode-se discutir a redução da dose de misoprostol (SFP, 2023).*

- *Nos casos em que o misoprostol não estiver disponível ou for contraindicado, há a opção do regime de alta dose de ocitocina. Inicia-se com a infusão endovenosa de ocitocina 100UI durante 3 horas, seguida de descanso de 1 hora da medicação para evitar intoxicação, e posteriormente, aumenta-se 50UI por 3 horas até conseguir a expulsão fetal, até a dose máxima de 300UI por 3 horas (SFP, 2023).*
- *A partir de 18 semanas, recomenda-se uso de compressas frias, analgésicos e 1mg de cabergolina VO até 24 horas após a expulsão fetal para prevenção da lactação (SFP, 2023).*

➤ **Entre quais tempos gestacionais pode ser realizada a D&E?**

Conforme aponta a SOGC (2018), o aborto induzido no segundo trimestre se dá entre 14-24 semanas. Durante esse período, o aborto por procedimento mais comum é a dilatação e evacuação após preparação cervical por profissional especialista. No cenário de placenta prévia, o aborto por procedimento é preferível ao aborto medicamentoso, pois está associado a menor perda sanguínea. Nesses casos, recomenda-se vasopressina intracervical, orientação ultrassonográfica e remoção rápida da placenta, além do acompanhamento de profissionais especializados em caso de sangramento significativo.

De acordo com a WHO (2022), para o aborto por procedimento em gravidezes com 14 semanas ou mais, recomenda-se a D&E. A AMIU pode ser usada durante a D&E para amniotomia ou remoção de tecidos restantes.

Recomendação

- *Para o aborto por procedimento em gravidezes entre 14-24 semanas, recomenda-se a dilatação e evacuação (D&E) (SOGC, 2018; WHO, 2022).*

➤ **Como realizar o preparo cervical para o aborto por procedimento?**

De acordo com o NICE (2019), entre 14 e 16 semanas deve-se considerar o uso de dilatadores osmóticos ou misoprostol 400mcg VO, SL ou VV ou mifepristona. Entre 16 semanas e 1 dia e 19 semanas, considera-se o uso dilatadores osmóticos ou misoprostol 400mcg VO, SL ou VV. Entre 19 semanas e 1 dia e 23 semanas e 6 dias, pode-se oferecer dilatadores osmóticos. Vale lembrar que não se deve oferecer misoprostol, se a mulher tiver colocado dilatador osmótico no dia anterior.

Conforme a WHO (2022), para o preparo cervical em gravidezes com TG igual ou maior a 12 semanas, recomenda-se preparação cervical. Entre 12 e 14 semanas, as evidências são limitadas e sugere-se que o profissional use o julgamento clínico para decidir o método

mais conveniente antes da aspiração.

Entre 12 e 19 semanas, recomenda-se a preparação cervical apenas com medicação ou com dilatador osmótico mais medicação (misoprostol 400mcg SL 1-2 horas antes/ 400mcg VV ou bucal 2-3 horas antes). Quando os dilatadores osmóticos forem usados, sugere não ultrapassar 2 dias entre o dia de colocação do dilatador e o procedimento (WHO, 2022).

Para WHO (2022), em gravidezes com TG maior ou igual a 19 semanas, recomenda-se o dilatador osmótico com medicação (misoprostol).

Segundo a SOGC (2018), no aborto por procedimento do segundo trimestre, a USG intraoperatória pode diminuir os riscos de complicações, como perfuração uterina, além de determinar a localização placentária e descartar acretismo placentário em pacientes com cicatriz uterina. A vasopressina 4UI em 20mL para o bloqueio paracervical durante o aborto por procedimento pode ser usada para reduzir a perda de sangue. Os efeitos adversos são raros e autolimitados como, hipertensão e bradicardia. Recomenda-se a preparação cervical de rotina. Entre 14 e 17 semanas, a preparação cervical pode ser realizada apenas com laminaria/dilatador osmótico sintético ou 400mcg de misoprostol bucal ou VV 3-4 horas antes do procedimento.

Destaca-se que o misoprostol pode não conseguir tanta dilatação quanto os dilatadores osmóticos e possui mais efeitos colaterais, bem como aumenta a dificuldade do procedimento. Além disso, a laminária reduz o risco de laceração cervical. Entre 17 e 24 semanas, o uso de misoprostol 400mcg bucal 3-4 horas associado a laminaria/dilatador osmótico antes da D&E alcança significativamente mais dilatação que dilatador osmótico isolado, sem influenciar no tempo de procedimento e sem diminuir complicações graves, mas podendo apresentar o efeito colateral da prostaglandina (SOGC, 2018).

Recomendações

- *Para o preparo cervical no aborto por procedimento em gravidezes entre 14 e 19 semanas, recomenda-se o uso de misoprostol 400mcg VV 3-4 horas antes do procedimento ou SL 1-2 horas antes do procedimento (WHO, 2022).*
- *Para o preparo cervical no aborto por procedimento em gravidezes entre 19-24 semanas, recomenda-se o uso de dilatadores osmóticos associados a misoprostol 400mcg VV 3-4 horas antes do procedimento ou SL 1-2 horas antes do procedimento (SOGC, 2018; WHO, 2022).*
- *Os dilatadores osmóticos devem ser utilizados por um período mínimo de 6 horas e máximo de 48 horas (WHO, 2023).*
- *Recomenda-se o uso intraoperatório de USG para diminuir o risco de perfuração e restos placentários na D&E (SOGC, 2018, recomendação local).*

➤ **Quais os riscos mais comuns da indução medicamentosa e da D&E?**

Conforme a SOGC (2018), as taxas de complicações da D&E são inferiores a 1% antes de 16 semanas, 1% entre 16-20 semanas, 1,5% ao longo de 20 semanas, aumentando 1% por semana a partir de então. A D&E está associada a menor risco de complicações do que o aborto medicamentoso. As complicações são perfuração, laceração cervical, retenção de produtos da concepção, atonia, malformação arteriovenosa e coagulação intravascular disseminada.

De acordo com a SFP (2011), os efeitos colaterais do misoprostol são náuseas e vômitos, cólicas intestinais e diarreia, e pirexia transitória. Comparando a D&E com a indução com misoprostol, as taxas de complicações (falha da indução, transfusão, infecção, retenção de produtos da concepção, perfuração uterina, danos a órgãos, laceração cervical e readmissão hospitalar) foram respectivamente, 4% e 22%, $p < 0,001$. Comparando a mortalidade entre as técnicas, a indução teve taxas mais baixas após 20 semanas e a D&E teve taxas mais baixas antes de 20 semanas.

A Tabela 01 compara os riscos e os benefícios entre o aborto por procedimento e o aborto medicamentoso.

Tabela 01- Riscos e benefícios do aborto por procedimento versus aborto medicamentoso a partir de 14 semanas.

Aborto por procedimento	Aborto medicamentoso
1-2 dias de preparo cervical antes do procedimento seguido de tempo para recuperação pós-anestésica	Procedimento com duração de horas a dias
Realizado por extração cirúrgica	Expulsão (parto) após administração repetida do medicamento
Requer sala de procedimentos, profissional treinado em D&E, equipe qualificada, disponibilidade de anestesia local e sedação moderada	Requer enfermeiras(os) qualificadas(os) e profissional treinado em obstetrícia
Analgésicos de curta duração e/ou anestesia fornecidos antes e durante o procedimento	Analgesia de curto prazo ou contínua oferecida durante a dilatação cervical e expulsão
Provavelmente não fornecerá um feto intacto para visualização e poderá limitar os resultados da autópsia	O feto intacto poderá ser visualizado, segurado e/ou a autópsia poderá ser realizada
Cremação e sepultamento podem ser oferecidos	Cremação e sepultamento podem ser oferecidos
Potencial de complicações: sangramento intenso, perfuração uterina, infecção, aborto incompleto, transfusão (<1%), histerectomia	Potencial de complicações: sangramento intenso, infecção, aborto incompleto que requer complementação, transfusão (<5%), histerectomia

Fonte: SOGC, 2018, p. 756.

➤ **Como se dá o manejo da dor nos casos de aborto medicamentoso e por procedimento?**

De acordo com a WHO (2022), tanto no aborto medicamentoso quanto no aborto por procedimento, em qualquer TG, é indicada analgesia de rotina em pacientes que desejarem, por exemplo, com anti-inflamatórios. Não se recomenda anestesia geral de rotina. No aborto por procedimento em gravidezes com TG maior ou igual a 14 semanas, recomenda-se o bloqueio paracervical, associado a sedação consciente. Nos casos de preparação cervical com dilatações osmóticas antes do aborto em gravidezes com 14 semanas ou mais, sugere-se também o bloqueio paracervical, podendo considerar medicação adicional, como gel intravaginal. Para a analgesia no aborto medicamentoso em gravidezes com TG maior ou igual a 12 semanas, associa-se outros medicamentos, anti-eméticos e anestesia epidural, quando disponível.

Segundo a SOGC (2018), para o aborto medicamentoso, a analgesia controlada pela paciente (PCA) com 50mcg de fentanil a cada 3 ou 6min. é superior a 25mcg de fentanil ou 2mg de morfina. Os AINES diminuem a necessidade de opioides. Para a analgesia no aborto por procedimento, pode-se oferecer sedação. A Sociedade Americana de Anestesiologistas recomenda jejum de 2 horas para líquidos claros e 6 horas para sólidos antes da sedação moderada.

Ainda de acordo com a SOGC (2018), a sedação moderada combinada com bloqueio paracervical deve ser oferecida às mulheres submetidas ao aborto por procedimento no primeiro e segundo trimestre, quando disponível. O bloqueio paracervical é realizado com 20mL de lidocaína injetada a 1%, em 4 locais (2, 4, 8 e 10 horas), aguardando 3min. para a dilatação. A dose total de lidocaína não deve exceder 4,5mg/Kg, e não mais que 7mg/Kg quando associada a epinefrina ou vasopressina. A sedação moderada é oferecida usando 50-100mcg de fentanil e midazolam 1-2mg EV. A sedação com bloqueio paracervical é superior ao bloqueio paracervical isolado ou ao bloqueio com opioide/benzodiazepínico oral. O óxido nítrico não melhora a dor intra ou pós-operatória. Anestesia geral com propofol é superior para controle de dor intraoperatória, mas inferior para dor pós-operatória.

Recomendações

- *Para o aborto medicamentoso e por procedimento em gravidezes entre 14 e 24 semanas, recomenda-se analgesia com anti-inflamatórios não esteroidais (SOGC, 2018; WHO, 2022) associados ou não a dipirona por via endovenosa (recomendação local).*
- *Para aborto medicamentoso em pacientes acima de 14 semanas, associar outros medicamentos, anti-eméticos e anestesia epidural, quando disponível (WHO, 2022). Na indisponibilidade de anestesia epidural, oferecer 10mg de metoclopramida EV 10min antes da morfina EV (2mg) e repetir 10mg de metoclopramida EV 4 horas após. Doses adicionais de morfina podem ser oferecidas sob demanda da paciente em intervalos de no mínimo 1 hora (recomendação local).*
- *Para a D&E, recomenda-se a sedação moderada combinada com bloqueio paracervical (SOGC, 2018; WHO, 2022).*

➤ **Qual a taxa de sucesso da indução medicamentosa nesse TG? E o que será considerado como sucesso da indução medicamentosa?**

Pela SFP (2011), aborto por indução medicamentosa é eficaz durante todo o segundo trimestre. Estima-se que 95% dos abortos são concluídos dentro de 2 horas após a administração de misoprostol no regime combinado com mifepristona. Comparado com misoprostol isolado, o regime combinado resulta em uma redução clinicamente significativa de 40-50% no tempo até o aborto e pode ser usado em todos os tempos gestacionais. As taxas de aborto com o misoprostol isolado até 24 horas são de aproximadamente 80-85%.

De acordo com a SFP (2023), não há uma definição de sucesso de aborto aceita universalmente (aborto completo sem necessidade de procedimento? expulsão fetal e placentária após 24-48 horas do método medicamentoso?). A definição de sucesso é quando o feto é expelido pelo método pretendido. O tratamento da falha pode ser por procedimento ou farmacológico (SFP, 2011).

➤ **Qual é o esquema de antibioticoprofilaxia indicado na D&E?**

Conforme a SOGC (2018), doxiciclina, metronidazol e betalactâmicos são adequados para reduzir infecção pós-aborto. Antibióticos pré-operatórios devem ser administrados a todas as mulheres submetidas ao aborto por procedimento. As mulheres em risco ou com suspeita de terem uma infecção sexualmente transmissível devem ser examinadas no momento do aborto. Se positivo, a mulher deve receber o tratamento baseado nas provas, além de quaisquer antibióticos pré-procedimento recebidos.

Recomendação

- *Para o aborto por procedimento entre 14 e 24 semanas, recomenda-se antibioticoprofilaxia com metronidazol 500mg EV na indução anestésica (recomendação local).*

➤ **Como acompanhar a paciente após o aborto? É necessário exame de imagem para checar o sucesso?**

De acordo com a WHO (2022), não há necessidade médica de consulta de acompanhamento de rotina. A paciente deve ser orientada quanto aos sintomas de manutenção da gravidez e outras razões para retomar o acompanhamento, como sangramento intenso ou prolongado, ausência de sangramento após tratamento médico do aborto, dor não aliviada com analgesia ou febre. Em caso de aborto incompleto em gravidezes com TG maior ou igual a 14 semanas, sugere-se o uso de doses repetidas de misoprostol 400mcg SL, VV ou bucal a cada 3 horas. No entanto, o manejo expectante do aborto incompleto pode ser efetivo assim como o misoprostol.

Da mesma forma, para a SOGC (2018), o acompanhamento pós-aborto de rotina não é necessário.

Recomendação

- *Não é necessário exame ultrassonográfico para confirmação do sucesso do tratamento (WHO, 2022).*
- *Recomenda-se o uso de misoprostol 400mcg VV, bucal ou SL a cada 3 horas ou AMIU em aborto incompleto acima de 14 semanas (WHO, 2022).*

➤ **A partir de que TG deve ser feita indução de assistolia fetal?**

De acordo com a WHO (2023), para o aborto após 20 semanas de gestação, a indução de assistolia pode ser considerada para evitar sinais transitórios de vida ou sobrevivência ao aborto medicamentoso ou caso a expulsão fetal ocorra após preparo cervical, mas antes da D&E.

Recomendações

- *A indução de assistolia fetal será realizada em gravidezes acima de 20 semanas em decisão compartilhada com a paciente, sempre que disponível, respeitando-se as resoluções e legislações vigentes e pertinentes (WHO, 2022 e recomendação local).*
- *Para o aborto medicamentoso a partir de 22 semanas, a indução de assistolia fetal anterior a indução medicamentosa é necessária, respeitando-se as resoluções e legislações vigentes e pertinentes (recomendação local).*

➤ **Quais as medicações e as doses utilizadas para a indução de assistolia fetal? A dose altera de acordo com o TG?**

De acordo com a SFP (2011), a injeção intracardíaca fetal de KCl é altamente eficaz, mas requer experiência e tempo de observação após, para garantir a cessação cardíaca. Complicações graves são raras e incluem parada cardíaca materna, quando injetado na circulação materna. A injeção intracardíaca fetal de lidocaína tem efeitos semelhantes ao KCl, porém com menos risco à mulher. A digoxina intra-amniótica, intrafetal e intracardíaca tem documentação de eficácia limitada com taxas de falha (manutenção da atividade cardíaca fetal ao USG após 24 horas) que variam de 4-8% na dose de 0,5mg. Não há falha documentada na injeção intrafetal de 1mg. A indução de assistolia fetal parece reduzir o tempo de aborto quando realizado com injeção de KCl intracardíaco. Em um pequeno estudo, houve redução também no sangramento e na necessidade de transfusão em pacientes com placenta prévia.

Segundo a SOGC (2018), a indução de assistolia fetal é a cessação da atividade cardíaca fetal antes do aborto induzido. Pode ser realizado pelas vias:

- 1) transabdominal, pela injeção de agentes farmacológicos (no líquido amniótico, intrafetal, intracardíaco ou no cordão umbilical), como: KCl (mais usado no segundo trimestre em aborto medicamentoso); digoxina (mais usado no segundo trimestre em aborto por procedimento); ou lidocaína;
- 2) digoxina transvaginal;
- 3) transecção do cordão umbilical.

As complicações maternas que podem ocorrer são fadiga, náuseas, vômitos, palpitações, tontura, cirurgia não intencional, hemorragia, transfusão, infecção pélvica e paralisia hipercalêmica (SOGC, 2018).

No Brasil, a digoxina injetável não está disponível.

Tabela 02- Regimes utilizados para indução de assistolia fetal.

	Cloreto de Potássio/ KCl (intracardíaco)	Lidocaína (intracardíaco ou intratorácico)
Eficácia	Altamente eficaz	É rapidamente eficaz
Tempo	Administrado no dia do aborto ou um dia antes. A assistolia é observada imediatamente à administração.	Administrada um dia antes ou no dia do aborto. A assistolia geralmente ocorre em 5 minutos.
Segurança	Requer experiência para injeção precisa e segura	A injeção intracardíaca requer mais experiência. Possui riscos maternos mínimos.
Dose	4-6mEq	200-240mg

Fonte: adaptado de WHO, 2023, p. 20-21.

➤ **Quais os riscos maternos da injeção de KCl? É possível a administração de outras drogas?**

Conforme a WHO (2023), a injeção de KCl é segura e eficaz. A digoxina demonstrou níveis séricos maternos seguros iguais ou inferiores aos níveis terapêuticos de digoxina. A lidocaína apresenta riscos maternos mínimos e pode ser uma alternativa segura em locais onde a digoxina ou o KCl não estão disponíveis. Não existem recomendações de acompanhamento da gestante ou exames complementares pré ou pós-indução de assistolia fetal.

➤ **Qual eficácia de indução de assistolia fetal? Quais os riscos de falha?**

De acordo com a WHO (2023), a indução de assistolia fetal com injeção intracardíaca com KCl ou lidocaína é altamente eficaz. A injeção intra-amniótica de digoxina é um pouco menos eficaz. Em caso de falha, pode ser repetida se observação de atividade cardíaca 24 horas após.

Recomendação

- *Para indução de assistolia fetal, recomenda-se injeção intracardíaca de 4-6mEq de KCl ou 200-240mg de lidocaína. Certificar-se (recomendação local) da assistolia fetal por meio de USG 5 minutos após o procedimento (WHO, 2023).*

5.3 Gravidezes a partir de 25 semanas

➤ Quais as doses de misoprostol podem ser utilizadas?

De acordo com a SOGC (2018), em gravidezes com TG maior que 28 semanas, usa-se misoprostol 100mcg VV, SL ou bucal a cada 6 horas.

O NICE (2019), após 28 semanas, recomenda tanto o regime próprio (misoprostol associado a mifepristona), como também o que consta no guia da FIGO (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*), em 2023. O útero é mais sensível ao misoprostol com o avançar do TG. É importante frisar que os fatores de risco para ruptura uterina são cicatriz uterina prévia, aumento do tempo gestacional e multiparidade.

Segundo a SFP (2023), para TG entre 24 semanas e 27 semanas e 6 dias, indica-se misoprostol 200mcg VV ou bucal a cada 3 horas. A inserção de sonda de foley transcervical associada ao misoprostol pode reduzir o tempo do aborto. Já o uso de dilatadores osmóticos é contraindicado. Um regime alternativo, caso o misoprostol não esteja disponível ou seja contraindicado, é ocitocina 100UI EV em 3 horas com pausa de 1 hora e após, aumenta-se 50UI por 3 horas até que a expulsão seja alcançada, até o máximo de 300UI em 3 horas. A expulsão da placenta pode demorar até 4 horas. O uso de ocitocina 10UI IM pode diminuir o risco de retenção placentária.

Pode haver lactação em gravidezes a partir de 18 semanas, sugere-se bolsas de gelo, analgesia e, se necessário, cabergolina 1mg no primeiro dia após a expulsão fetal (SFP, 2023).

Os esquemas indicados pela FIGO (2023) encontram-se na tabela a seguir.

Tabela 03- Regime de misoprostol recomendado baseado no tempo gestacional.

≤ 12 semanas	13-17 semanas	18-24 semanas	25-27 semanas	≥ 28 semanas
Misoprostol 800mcg BU/SL/VV a cada 3 horas até expulsão	Misoprostol 400mcg BU/SL/VV a cada 3 horas até expulsão	Misoprostol 400mcg BU/SL/VV a cada 3 horas até expulsão	Misoprostol 200mcg BU/SL/VV a cada 4 horas até expulsão	Misoprostol 25-50mcg a cada 4 horas VV OU Misoprostol 50-100mcg a cada 2 horas VO

Legenda: BU: bucal; SL: sublingual; VO: via oral; VV: via vaginal. Fonte: FIGO, 2023, s. p.

Recomendações

- *Para gravidezes entre 25 semanas e 27 semanas e 6 dias, recomenda-se 200mcg de misoprostol VV, SL ou bucal a cada 4 horas, até expulsão fetal (FIGO, 2023).*
- *Em gravidezes a partir de 28 semanas, recomenda-se 50mcg de misoprostol VV a cada 4 horas ou 100mcg de misoprostol VO a cada 2 horas, até expulsão fetal (FIGO, 2023).*
- *A inserção de cateter de foley transcervical associada ao misoprostol pode reduzir o tempo do aborto (SFP, 2023).*
- *Recomenda-se aguardar, se possível, a expulsão placentária até 4 horas após a expulsão fetal, antes de indicar complementação cirúrgica com AMIU. Não realizar curetagem.(SFP, 2023; recomendação local).*
- *Recomenda-se uso de compressas frias, analgésicos e 1mg de cabergolina VO até 24 horas após a expulsão fetal para prevenção da lactação (SFP, 2023).*

➤ **Quando utilizar os dilatadores osmóticos? Qual eficácia? É viável usar combinado ao misoprostol?**

Para a SFP (2011), parece não haver benefício na inserção de dilatadores osmóticos ao mesmo tempo que o misoprostol ou gemeprost, uma vez que os tempos de indução podem ser prolongados e os efeitos secundários podem ser aumentados. A atualização da SFP (2023) aponta que o uso de dilatadores osmóticos associados ao misoprostol está associado a um maior tempo para o aborto e menores taxas de sucesso em 24 horas.

Recomendação

- *Não se indica o uso de dilatadores osmóticos em gravidezes a partir de 25 semanas (SFP, 2023).*

➤ **Nos casos de mulheres com histórico de cesárea anterior, podemos usar misoprostol? Qual a dose? Até qual TG?**

De acordo com a SFP (2023), o risco de ruptura uterina após o misoprostol no segundo trimestre em pacientes com uma cesárea anterior é 0,47% comparado a 0,08% em pacientes sem cicatriz uterina prévia. O risco de ruptura com duas ou mais cesáreas é 2,5%. A retenção placentária pode ser ligeiramente maior em pacientes com cesárea prévia, bem como a necessidade de transfusão sanguínea.

A história de mais de um parto cesárea anterior não é contraindicação para regimes de aborto medicamentoso usando misoprostol. No entanto, a tomada de decisão deve ser compartilhada com a paciente visto a maior morbidade de uma nova histerotomia em pacientes com cirurgias abdominais prévias. Não há evidências suficientes para apoiar

conclusivamente a mudança do regime de aborto medicamentoso no contexto de incisão uterina prévia. Podem ser consideradas doses mais baixas de misoprostol (SFP, 2023).

Recomendação

- *Em gravidezes até 28 semanas, pode-se utilizar misoprostol para a indução do aborto em pacientes com uma ou mais cesáreas prévias. A partir de 28 semanas, não há evidências científicas que atestam a segurança desse regime de tratamento (recomendação local).*

5.4 Alta

➤ Quais os critérios de alta após o aborto?

De acordo com WHO (2023), a paciente deve ser monitorada na primeira hora após o aborto, quanto ao sangramento, dor/cólicas, febre, pressão arterial e frequência cardíaca. A paciente poderá receber alta quando apresentar pressão arterial e frequência cardíaca estáveis, além de dor e sangramento controlados. Além disso, é importante que ela receba orientações sobre a contracepção e sobre os sinais de alarme para que retorne ao hospital, como sinais e sintomas de gravidez (náuseas, vômitos, fadiga, sensibilidade nas mamas), aumento das cólicas ou dores abdominais, sangramento intenso (molhar mais de dois absorventes por hora durante duas horas consecutivas) e febre.

5.5 Contracepção pós-aborto

➤ Quais os métodos de contracepção após o aborto induzido e quando iniciá-los?

Segundo a ACOG (2020), quase todos os métodos contraceptivos, exceto DIU e contracepção permanente, podem ser iniciados com segurança, imediatamente no primeiro dia da indução do aborto medicamentoso. Portanto, após o aborto medicamentoso bem-sucedido, todos os métodos contraceptivos podem ser iniciados. A medroxiprogesterona de depósito aplicada no primeiro dia do aborto medicamentoso pode aumentar o risco de gestação em curso. A inserção do DIU dentro de 6 semanas após o aborto medicamentoso está associada a uma taxa de expulsão mais alta. Deve-se avaliar esses pequenos riscos em relação ao risco de a paciente não receber a contracepção desejada.

Segundo a SFP (2023), após o aborto medicamentoso entre 14 semanas e 27 semanas e 6 dias, as pacientes podem iniciar quase todos os métodos contraceptivos quando o aborto é iniciado (primeira medicação do regime) ou após a expulsão estar completa (DIUs). As

exceções são métodos de conscientização sobre fertilidade, diafragma e capuz cervical. A inserção de DIU ou a contracepção permanente devem ser adiadas se houver hemorragia pós-aborto ou confirmação/suspeita de infecção, até a resolução do quadro. Após 24 semanas, pode ser razoável adiar o início do método contendo estrogênio devido ao risco de tromboembolismo.

Conforme a SOGC (2018), a ovulação pode ocorrer entre 8 e 10 dias após um aborto, com uma média de 21 a 29 dias após o aborto por procedimento. Assim, se desejada, a contracepção deve ser iniciada o mais rapidamente possível. A inserção imediata da contracepção intrauterina reduz a repetição de abortos e gravidezes indesejadas em comparação com outros métodos. Na ausência de contraindicações ou complicações do aborto induzido, pode ser realizada a inserção imediata do SIU (sistema intrauterino de levonorgestrel) ou DIU de cobre. As taxas de expulsão podem ser mais altas, mas nem todos os estudos mostram diferença significativa.

Nenhuma contracepção de apoio é necessária se o SIU for colocado imediatamente. Se a inserção for adiada por mais de 7 dias após o aborto, é necessário reforço ou abstinência por 7 dias após a inserção. Em relação à inserção de DIU de cobre, nenhum reforço é necessário após (SOGC, 2018).

Ainda para SOGC (2018), na ausência de contraindicações, a contracepção hormonal também pode ser iniciada imediatamente após o aborto induzido. Nenhuma contracepção de apoio é necessária se métodos hormonais combinados foram iniciados imediatamente. Se o início for adiado, deve ser utilizada contracepção de apoio ou abstinência até o início do método e durante os primeiros 7 dias de uso. No caso da pílula de progestágeno ou DMPA, se não foram iniciadas imediatamente, contracepção de apoio ou abstinência deve ser usada até o início do método e nas primeiras 48 horas da pílula ou nos primeiros 7 dias da administração da DMPA. Preservativos e espermicidas podem ser usados assim que a relação sexual for retomada. Sugere-se que o capuz e o diafragma não sejam usados até 6 semanas após o aborto de segundo trimestre, por haver alteração de tamanho do útero. Os métodos naturais de planejamento familiar não devem ser usados até que os ciclos menstruais sejam retomados. A laqueadura tubárea pode ser realizada com segurança por laparoscopia em abortos por procedimentos de primeiro e segundo trimestres.

Pela WHO (2023), todas as opções de contracepção podem ser consideradas após o aborto e a maioria dos métodos pode ser iniciada no momento do aborto. A ovulação pode ocorrer entre 8 e 10 dias depois do aborto e geralmente ocorre dentro de um mês. É importante fornecer todas as informações para que a mulher possa decidir qual método deseja

usar e o mais adequado. Caso o método de escolha não estiver disponível ou uma complicação impedir o uso no momento, ofereça um método ponte seguro até que ela possa iniciar o método de escolha. O início imediato após o aborto por procedimento significa que pode ser iniciado no mesmo dia do procedimento. O início imediato após o aborto medicamentoso significa que pode ser iniciado após a primeira pílula do regime de aborto medicamentoso, exceto para o DIU. O DIU pode ser inserido imediatamente após qualquer aborto bem sucedido. A mulher deve ser informada de que o risco de expulsão é ligeiramente maior após o aborto em TG maior que 12 semanas. O DIU não deve ser inserido imediatamente após aborto séptico.

Já o uso do preservativo pode começar no primeiro ato sexual após o aborto, porém o uso do diafragma deve ser adiado por 6 semanas após um aborto com 12 semanas ou mais. Os métodos baseados na conscientização de fertilidade podem ser iniciados quando os ciclos menstruais regulares retornarem. A esterilização cirúrgica feminina pode ser realizada imediatamente após abortos não complicados, se a decisão de realizar essa cirurgia tiver sido tomada antes do aborto e com a consciência de ser um método irreversível. A vasectomia pode ser realizada a qualquer momento (WHO, 2023).

De acordo com FSRH (2020), as mulheres devem ser orientadas sobre a contracepção na consulta antes do aborto, incluindo orientações de eficácia dos diferentes métodos para que ela possa escolher o ideal. As mulheres que fazem um aborto devem receber métodos contraceptivos eficazes no momento do aborto ou logo após, uma vez que a ovulação pode recomeçar logo. Se o início imediato do método escolhido não for apropriado, então um método temporário deve ser oferecido.

Qualquer método contraceptivo pode ser iniciado com segurança imediatamente após um aborto não complicado, momento em que há um aumento na taxa de continuação do método e redução no número de gravidez indesejada e que a paciente tem maior motivação e sabe que não está grávida. A contracepção de emergência é indicada para mulheres que tiveram relações sexuais desprotegidas a partir de 5 dias após o aborto. O DIU de cobre é o método de contracepção de emergência mais eficaz. O DIU pode ser inserido após a expulsão da gravidez no aborto medicamentoso ou após a evacuação da cavidade uterina no aborto por procedimento. Cuidado especial deve ser dispensado às mulheres que fazem o aborto domiciliar, pela necessidade de excluir gestação em curso para inserção do DIU. O DIU não deve ser inserido após aborto séptico (FSRH, 2020).

A contracepção hormonal pode ser iniciada depois de tomar a primeira pílula do regime de aborto medicamentoso. Precauções contraceptivas adicionais (método de barreira

ou abstinência) são necessárias se a contracepção hormonal for iniciada 5 dias ou mais após o aborto. A contracepção apenas com progestágeno pode ser iniciada com segurança a qualquer momento, incluindo imediatamente após aborto medicamentoso ou por procedimento. A contracepção hormonal combinada pode ser iniciada com segurança imediatamente a qualquer momento após o aborto por procedimento ou medicamentoso (FSRH, 2020).

Ainda segundo FSRH (2020), a esterilização feminina é uma opção segura para contracepção permanente após o aborto. As mulheres devem ser informadas de que alguns métodos LARCs são tão ou mais eficazes que a esterilização feminina e podem conferir benefícios não contraceptivos. Contudo, não devem se sentir pressionadas na escolha. É importante discutir com a paciente sobre a salpingectomia bilateral como forma de prevenção de câncer de ovário. O preservativo pode ser utilizado imediatamente após o aborto. As mulheres que usam diafragma devem ser orientadas a aguardar 6 semanas após aborto de segundo trimestre, pois pode ser necessário tamanho diferente ao habitual. Os métodos de percepção de fertilidade só devem ser usados após um período menstrual.

Recomendações

- *A contracepção deve ser oferecida antes e durante o acompanhamento do processo de aborto induzido. A paciente deve ser orientada sobre os diferentes métodos, riscos e benefícios, para que possa ter uma escolha consciente (FSRH, 2020; WHO, 2023).*
- *Todos os métodos contraceptivos podem ser iniciados imediatamente após o aborto não complicado (ACOG, 2020; FSRH, 2020; SFP, 2023; SOGC, 2018; WHO, 2023). Se iniciado após 5 dias do aborto, deve ser usado um método adicional (FSRH, 2020; SOGC, 2018). Para o DIU de cobre, não é necessário método adicional (FSRH, 2020; SOGC, 2018).*
- *Os DIUs são contraindicados para inserção imediatamente após o aborto séptico ou em casos de hemorragia pós aborto (FSRH, 2020; SFP, 2023; WHO, 2023).*
- *Após 24 semanas, métodos hormonais combinados deverão ser adiados por 6 semanas, devido ao risco de tromboembolismo (SFP, 2023).*

Tabela 04- Métodos contraceptivos indicados após o aborto induzido

Método contraceptivo	Tempo de início		Método adicional (necessário se início ≥ 5 dias após o aborto)
	Aborto medicamentoso (após primeira medicação do regime)	Aborto por procedimento	
Métodos hormonais combinados	Imediatamente, até TG 24 semanas. Após 24 semanas, iniciar em 6 semanas.		Por 7 dias Valerato de estradiol + dienogeste: por 9 dias
Métodos apenas de progesterona	Imediatamente		Pílula: por 48 horas Injetável ou implante: por 7 dias
DIU de cobre	Imediatamente após aborto bem sucedido, exceto aborto séptico		Não é necessário
SIU de levonorgestrel	Imediatamente após aborto bem sucedido, exceto aborto séptico		Por 7 dias
Laqueadura tubárea	Imediatamente após aborto bem sucedido, não complicado		-
Vasectomia	A qualquer momento		-
Preservativo	Imediatamente		-
Diafragma	Adiar 6 semanas após aborto com TG ≥ 12 semanas		-
Métodos baseados na conscientização da fertilidade	Após o retorno dos ciclos menstruais regulares		-
Contracepção de emergência	Após 5 dias do aborto		-

Legenda: DIU: dispositivo intrauterino; SIU: sistema intrauterino; TG: tempo gestacional.

Fonte: FSRH (2020); SFP (2023); SOGC (2018); WHO (2023).

5.6 Planejamento de revisões futuras

Este protocolo será revisado e atualizado a cada 3 anos ou antes, mediante mudanças na legislação.

5.7 Declaração de conflito de interesses

Os autores não possuem conflito de interesse.

5.8 Financiamento

Não houve nenhum tipo de financiamento externo.

6. CONCLUSÃO

Os protocolos assistenciais tem uma importância ímpar no direcionamento e na uniformidade das condutas pautadas em evidências científicas, favorecendo o manejo ágil e seguro das condições das pacientes. Para isso, é necessário reforçar a necessidade de que os protocolos sejam desenvolvidos com rigor de metodologia e clareza. Além disso, é relevante que os protocolos sejam atualizados constantemente para garantir o melhor cuidado às pacientes.

O protocolo assistencial de aborto legal do HC/UFU possui recomendações atuais guiadas por diretrizes de qualidade e bem pontuadas pelos domínios do instrumento AGREE II, bem como recomendações locais adaptadas às limitações técnicas e de insumos do serviço.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOG. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Medication abortion up to 70 days of gestation: ACOG Practice Bulletin, Number 225. **Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 136, n. 4, p. e31–e47, oct. 2020. DOI:

<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004082>. Disponível em:

<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004082>. Acesso em: 24 aug. 2022.

AHMAN, E.; SHAH, I. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Geneva: WHO – World Health Organization, 2011. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34376-6](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34376-6). Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1701216316343766?via%3Dihub>. Acesso em: 24 aug. 2022.

BITENCOURT, C. R. **Tratado de direito penal – parte especial**: dos crimes contra a pessoa. 12. ed., v. 2. São Paulo: Saraiva, 2012. ISBN: 978-8553622481.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.989/2012**. Brasília, 2012.

Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências. Disponível em: https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-1989_2012_CFM.pdf. Acesso em: 13 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.508**, de 1º de setembro de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html. Acesso em: 13 out. 2022.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 13 out. 2022.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 13 out. 2022.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 13 out. 2022.

Acesso em: 13 out. 2022.

BROUWERS, M. et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting, and evaluation in health care. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 182, n. 18, p. e839-42, dec. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.090449>. Disponível em:

<https://doi.org/10.1503/cmaj.090449>. Acesso em: 24 aug. 2022.

<https://doi.org/10.1503/cmaj.090449>. Acesso em: 24 aug. 2022.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legais (Protocolo FEBRASGO

Obstetrícia, n. 69, 2021). Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e

Interrupção Gestacional Prevista em Lei 2020/2023). São Paulo: FEBRASGO, 2021.

Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/anticoncepcao/n69---O---Interrupes-da-gravidez-com-fundamento-e-amparo-legais.pdf>. Acesso em: 13 oct. 2022.

FERVERS, B. et al. Guideline adaptation: an approach to enhance efficiency in guideline

development and improve utilisation. **BMJ Quality and Safety**, London, v. 20, n. 3, pp.228-

36, mar. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.043257>.

FIGO. International Federation of Gynecology and Obstetrics. **Misoprostol only dosing chart**: recommended regimens 2023. Disponível em:

<https://www.figo.org/sites/default/files/2024-01/FIGO-Miso-Chart-11-2023%20FINAL%20%281%29%20%281%29.pdf>. Acesso em: 14 dec. 2023.

FONSECA, S. C. et al. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 36 (suppl 1), fev. 2020. DOI:

<https://doi.org/10.1590/0102-311x00189718>. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36suppl1/e00189718/>. Acesso em: 18 nov. 2021.

FSRH. The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. **FSRH Clinical Guideline:**

contraception after pregnancy (january 2017, amended october 2020) – London [England], oct. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.srh-2023-IUC>. Disponível em:

<https://www.fsrh.org/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017/>.

Acesso em: 24 aug. 2022.

GANATRA, B. et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. **Lancet**, London, v. 390, n 10110, p. 2372-2381, Nov. 2017. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4). Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5711001/>. Acesso em: 24 aug. 2022.

GRIMES, D. A. et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. **Lancet**, London, v. 368, n. 9550, p. 1908-1919, Nov. 2006. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69481-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69481-6).

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17126724/>. Acesso em: 24 aug. 2022.

ICD-11. International Classification of Diseases (ICD). **ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics**. 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1517114528>.

Acesso em: 13 oct. 2022.

JACOBS, M. G.; BOING, A. C. O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a

realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 12, p. e00085321, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00085321>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/KBWbtPcQww6KYSSGhYJ9YxG/>. Acesso em: 13 oct. 2022.

KRAUZER, I. M. et al. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem.

REME-Revista Mineira de Enfermagem, v. 22, n. 1, p. e-1087, 2018. DOI:

<https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180017>.

NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. NICE Guideline. **Abortion care**, 2019. ISBN: 978-1-4731-3539-0.

Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140/resources/abortion-care-pdf-66141773098693>. Acesso em: 24 aug. 2022.

SFP. Board of Society of Family Planning. In: ALLEN, H. R.; GOLDBERG, B. A. Cervical dilation before first-trimester surgical abortion (< 14 weeks' gestation). **Contraception**, New York, v. 93, n. 4, p. 277-291, Apr. 2016. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.12.001>. Disponível em:

<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.12.001>. Acesso em: 14 dec. 2023.

SFP. Society of Family Planning. In: BORGATTA, L.; KAPP, N.; Society of Family Planning. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester.

Contraception, New York, v. 84, n. 1, p. 4–18, jul. 2011. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.02.005>. Disponível em:
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.02.005>. Acesso em: 24 aug. 2022.

SFP. Society of Family Planning. In: ZWERLING, B. et al. Society of family planning clinical recommendation: medication abortion between 14 0/7 and 27 6/7 weeks of gestation: jointly developed with the Society for Maternal-Fetal Medicine. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St. Louis [United States], p. S0002-9378(23)00726-3, oct. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.097>. Disponível em:
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.097>. Acesso em: 14 dec. 2023.

SOGC. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. SOGC Clinical Practice Guideline. No. 360- Induced abortion: surgical abortion and second trimester medical methods. Eds. Dustin Costescu, Édith Guilbert. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, Bristol [England], v. 40, n. 6, p. 750-783, june 2018. DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.12.010>. Disponível em:
<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.12.010>. Acesso em: 24 aug. 2022.

STF. Supremo Tribunal Federal. Arguição de descumprimento de preceito fundamental nº 54. Relator Ministro Marco Aurélio. Julgado em 12/04/2012. Brasília: Supremo Tribunal Federal; 2012. Disponível em:
<https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF54.pdf>. Acesso em: 24 aug. 2023.

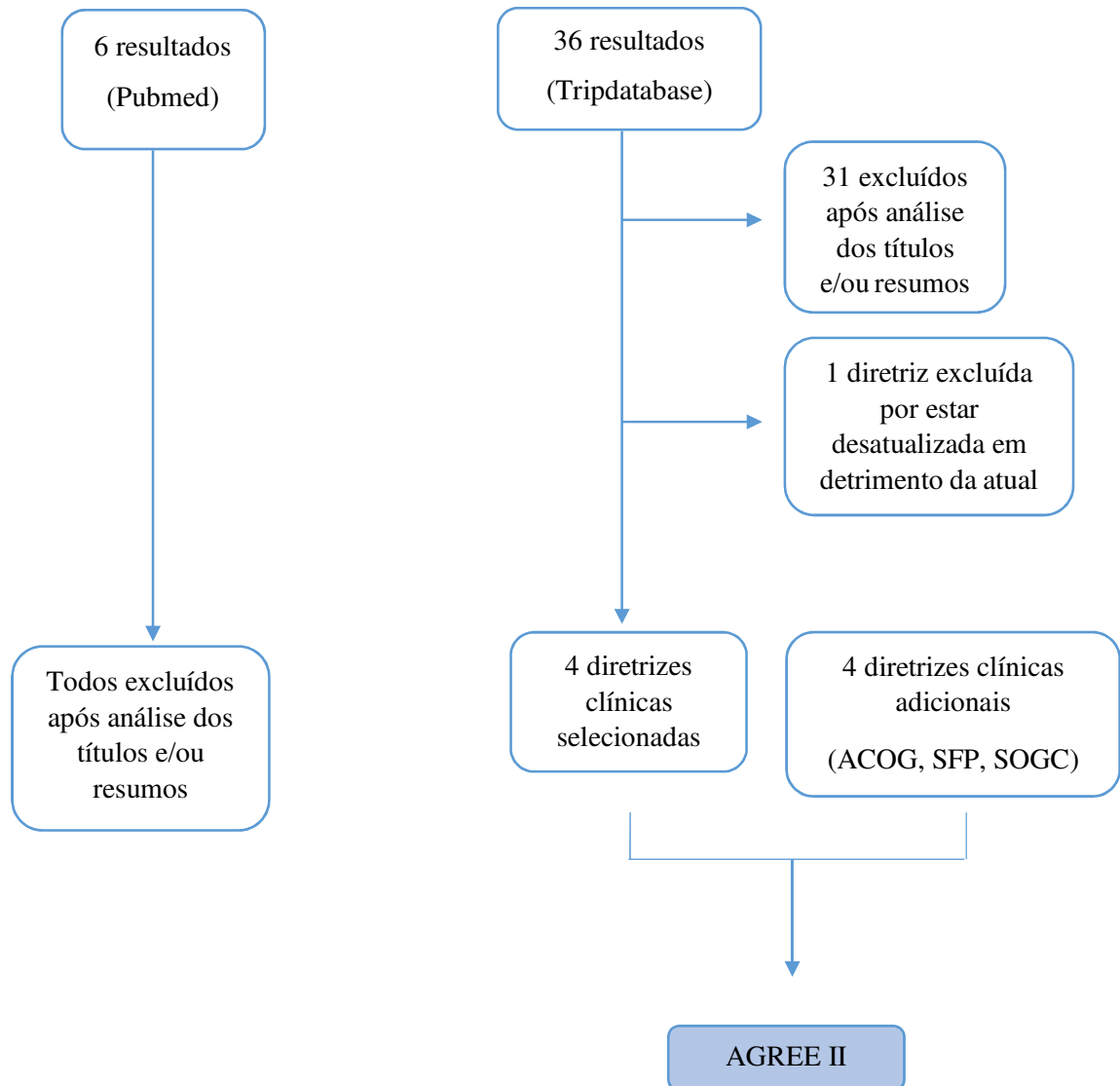
WHO. World Health Organization. **Abortion care guideline**. Geneva: 2022. ISBN: 978-92-4-003948-3. Disponível em:
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 24 aug. 2022.

WHO. World Health Organization. **Clinical practice handbook for quality abortion care**. Geneva: 2023. ISBN: 978-92-4-007520-7. Disponível em:
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369488/9789240075207-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 24 aug. 2023.

WHO. World Health Organization. **Handbook for guideline development**. Geneva: World Health Organization; 2012. ISBN: 978-92-4-154896-0. Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf. Acesso em: 28 nov. 2021.

WHO. World Health Organization. **Medical management of abortion**. Geneva: WHO, 2018. ISBN: 978-92-4-155040-6. Disponível em:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2021.

ANEXO I - Resultados das estratégias de pesquisa nas bases de dados e fontes adicionais



ANEXO II

Tabela 1. Escores médios do AGREE II para as diretrizes encontradas.

Diretrizes	Escopo e finalidade	Envolvimento das partes	Rigor do desenvolvimento	Clareza da apresentação	Aplicabilidade	Independência editorial	Avaliação global	Recomendação
SFP (2011)	42	22	29	64	15	88	42	SIM
SOGC (2018)	97	67	67	100	58	33	67	SIM
NICE (2019)	97	97	99	94	92	100	100	SIM
ACOG (2020)	47	31	47	81	10	75	50	SIM
FSRH (2020)	64	86	84	61	67	100	75	SIM
WHO (2022)	89	97	82	94	79	100	83	SIM
SFP (2023)	97	47	63	97	52	92	75	SIM
Queensland Health (2019)	47	50	16	75	13	25	17	NÃO

Legenda: ACOG: American College of Obstetricians and and Gynecologists; FSRH: Faculty of Sexual and Reproductive Health; NICE: National Institute for Care and Health Excellence; SOGC: Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada; WHO: World Health Organization.