

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ATENÇÃO TÉCNICA PARA PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E CONDUTA NOS CASOS DE ABORTAMENTO



2ª edição



BRASÍLIA - DF
2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde Materno Infantil

ATENÇÃO TÉCNICA PARA PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E CONDUTA NOS CASOS DE ABORTAMENTO



2ª edição

Brasília - DF
2022

2022 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

Tiragem: 2ª edição – 2022 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde Materno Infantil
SRTVN, Quadra 702, via W5, lote D
Edifício PO700, 5º andar, ala sul
CEP: 70719-040 – Brasília/DF
Site: aps.saude.gov.br
E-mail: aps@saude.gov.br

Coordenação editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva

Projeto gráfico, capa e diagramação:

Leonardo Almenara

Normalização:

Delano de Aquino Silva - Editora MS/CGDI

Editor geral:

Raphael Câmara Medeiros Parente

Elaboração:

Lana de Lourdes Aguiar Lima
Patrícia Santos Marcal
Raphael Câmara Medeiros Parente

Revisão técnica:

Dressiane Zanardi Pereira
Iracema Correia Veloso

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde Materno Infantil. Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde Materno Infantil. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
72 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_avaliacao_conduta_abortamento_2ed.pdf

ISBN 978-65-5993-305-1

1. Abortamento. 2. Saúde da mulher. 3. Acolhimento. I. Título.

CDU 618.39

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/0415

Título para indexação:

Technical care for prevention, evaluation and action in abortion cases

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1 INTRODUÇÃO	7
2 MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO	9
3 ASPECTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS E JURÍDICOS DO ABORTAMENTO	11
3.1 Plano internacional.....	11
3.2 Plano nacional.....	13
4 ACOLHER E ORIENTAR.....	31
4.1 Acolhimento é tarefa da equipe de saúde.....	32
4.1.1 Atenção humanizada.....	33
4.1.2 Prática do acolhimento.....	34
4.2 Transmitindo a informação: como orientar.....	35
4.2.1 Orientações clínicas.....	36
5 ATENÇÃO CLÍNICA AO ABORTAMENTO	37
5.1 Abortamento.....	37
5.1.1 Etiologia	43
5.1.2 Classificação.....	43
5.1.3 Quadro clínico.....	45
5.1.4 Diagnóstico	46
5.1.5 Conduta	48
5.1.6 Cuidados após o abortamento	52
5.2 Abortamento espontâneo de repetição	53
5.2.1 Diagnóstico clínico de AER.....	54
5.2.2 Fatores de risco AER.....	54
5.2.3 Fatores causais - diagnóstico - tratamento.....	55
5.2.4 Prognóstico.....	58

6 PLANEJAMENTO FAMILIAR PÓS-ABORTAMENTO	59
6.1 Orientação em planejamento familiar.....	60
6.2 Oferta de métodos anticoncepcionais.....	60
6.3 Abortamento espontâneo e orientação concepcional.....	61
REFERÊNCIAS	62
BIBLIOGRAFIA.....	65
ANEXO - DADOS DE ÓBITO POR ABORTAMENTO	68

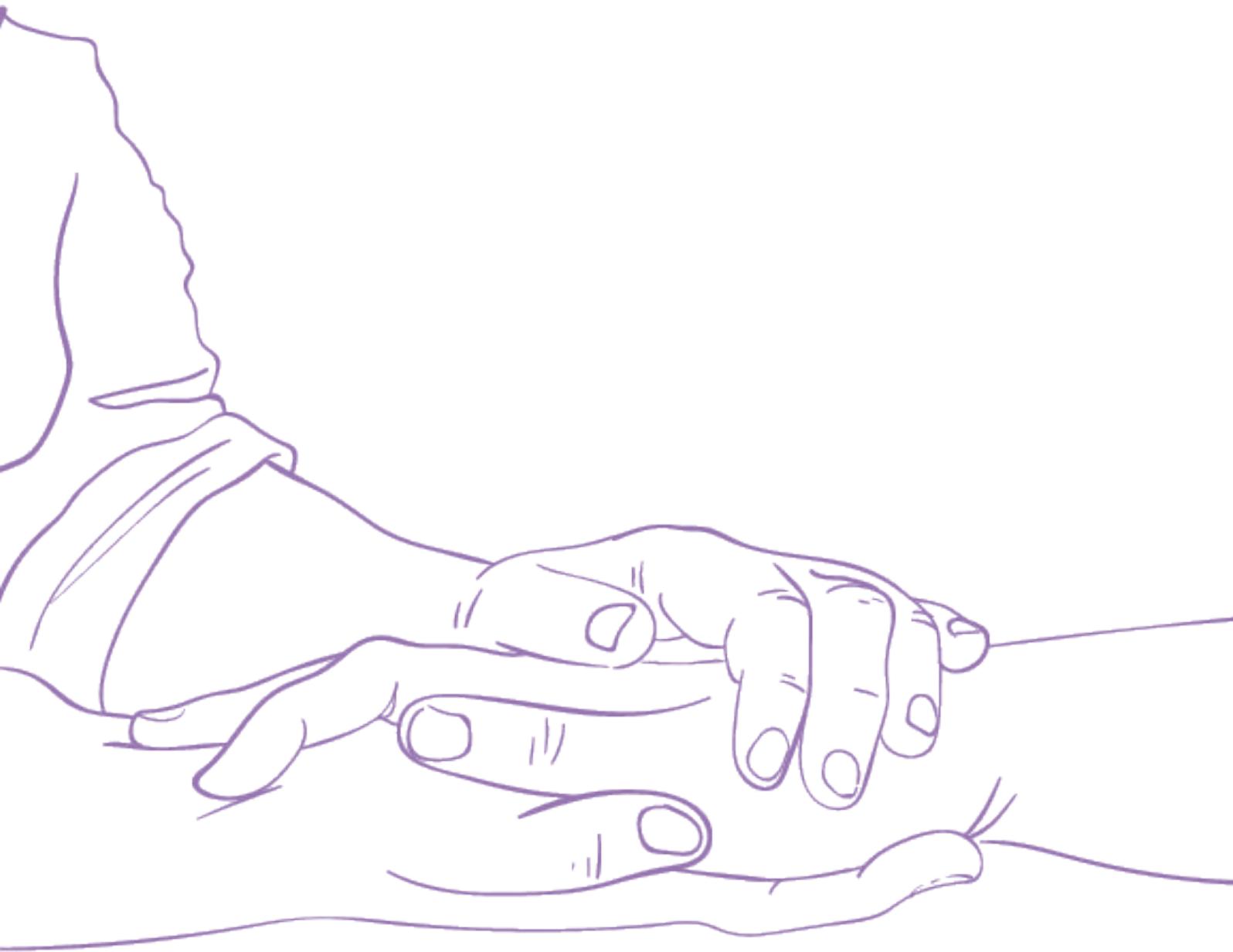


APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde, cumprindo o seu papel de normatizador da atenção prestada à população, elaborou o documento *Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento*, um guia para apoiar profissionais e serviços de saúde quanto às abordagens atualizadas sobre acolhimento e atenção qualificada baseadas nas melhores evidências científicas e nas estatísticas mais fidedignas em relação à temática, sempre levando em conta a defesa das vidas materna e fetal e o respeito máximo à legislação vigente no País.

Este documento é dirigido aos gestores, serviços e profissionais de saúde para darem um atendimento de qualidade e respeitoso baseado nas melhores evidências que a população merece.

Secretaria de Atenção Primária à Saúde



O abortamento espontâneo ocorre em aproximadamente 10-15% das gestações. As causas para isso são diversas e, em caso de repetição, merecem investigação especializada. Além de poder trazer complicações para o sistema reprodutivo, o abortamento, caso não seja bem avaliado e conduzido, requer atenção técnica adequada, segura e humanizada.

As principais causas de morte materna no Brasil são hemorragia, hipertensão e infecção. Mortes por abortamentos respondem por um número pequeno, quando comparadas à totalidade, sendo a quinta causa de mortalidade materna. Importante ressaltar que nessas mortes estão incluídas todas as causas de abortamento, tais como: abortamento espontâneo, gravidez ectópica e mola hidatiforme, entre outras. Uma gestão que queira diminuir a mortalidade materna precisa focar nas três principais causas para realmente resolver o problema. Não deve, dessa forma, ser pautada por causas ideológicas nem tentar inflar números para subsidiar ações políticas. Por definição, um problema de saúde pública é algo que tem impacto na sociedade, medido por mortalidade aumentada, morbidade, custos do tratamento para a sociedade e potencial epidêmico em caso de infecções. O número de mortes por abortamento nos últimos sete anos foi de 411, o que representa uma média de cerca de 58 mortes maternas por ano. No entanto, é importante lembrar que esse número inclui todas as causas de abortamento, como os naturais, os por motivos de doença ou aqueles pelas mais comuns intercorrências obstétricas, como se pode observar nas tabelas apresentadas, além dos abortamentos realizados por médicos com base na legislação após pedido da mãe ou do responsável. O abortamento conduzido por médicos não é isento de riscos, tendo provocado duas mortes nos últimos cinco anos, ainda que o número de procedimentos seja relativamente pequeno.

No anexo, confira tabela com dados de óbito por abortamentos espontâneos, abortamentos por razões médicas e outras gravidezes que terminam em aborto por CID 10. O maior índice é o de outras formas não especificadas com complicações, com 139 casos, seguida por infecção do trato geniturinário por órgãos pélvicos, com 130 casos.

Ressalta-se que, nos casos de óbito por abortamentos por razões médicas, tem-se o número de dois casos nos últimos cinco anos, em que se incluem as seguintes causas: falha por aborto por razões médicas complicado por infecções do trato genital e órgãos pélvicos e falha por aborto provocado por razões médicas complicado por embolia; destacando que a causa por embolia apresenta, também nas causas por razões médicas, a causa aborto por complicações por embolia.

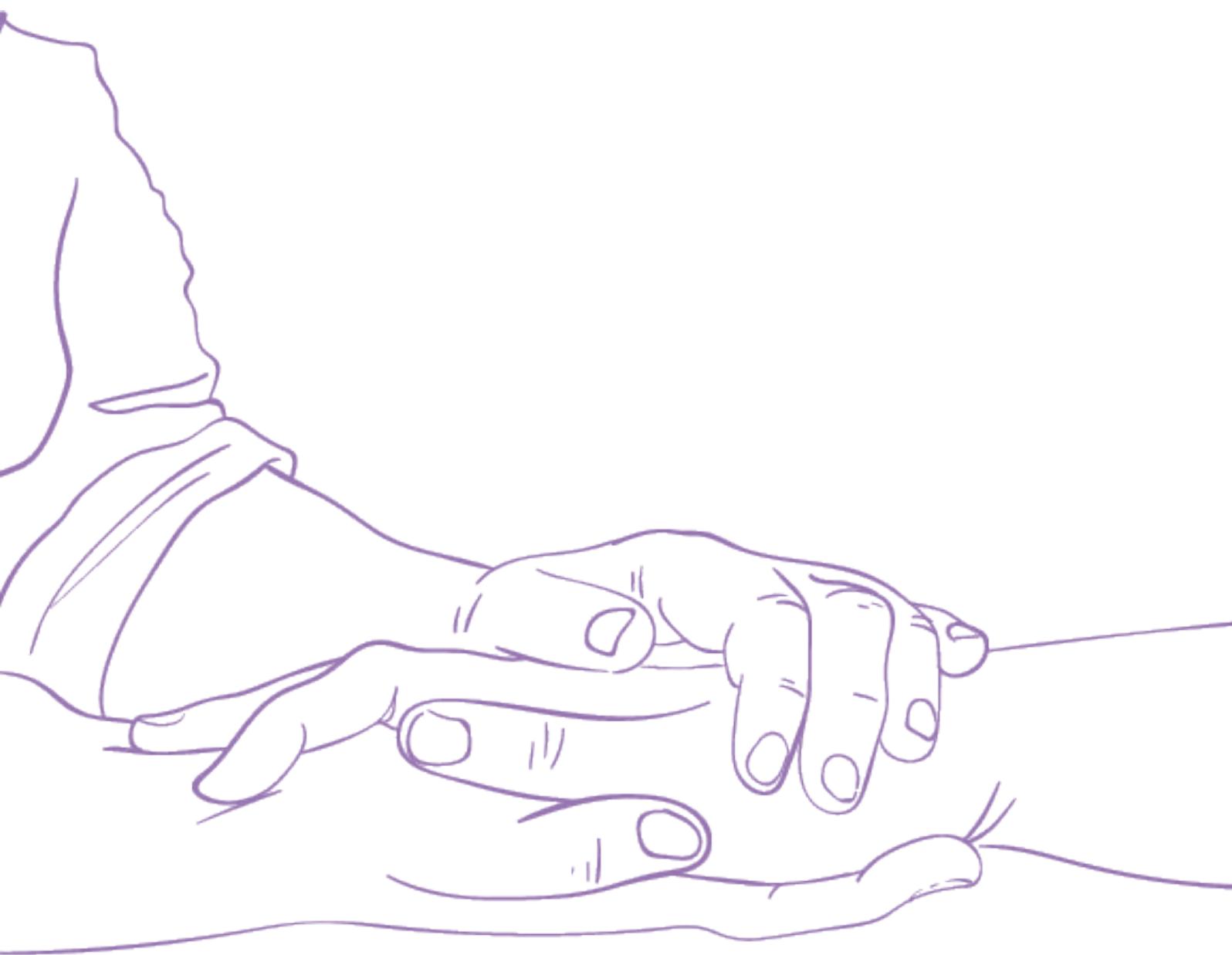
Este manual pretende, portanto, fornecer aos profissionais subsídios para que possam oferecer não só cuidado imediato às mulheres em situação de abortamento, mas também, na perspectiva da integralidade desse atendimento, alternativas contraceptivas, evitando o recurso a abortamentos repetidos. Às mulheres com abortamentos espontâneos que desejem nova gestação, deve ser garantido atendimento adequado às suas necessidades.

2

MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO

A inclusão de modelo humanizado de atenção às mulheres com abortamento é o propósito deste manual, não apenas como guia de cuidados, mas também na intenção de oferecer às mulheres, aos serviços de saúde e à sociedade novo paradigma que torne segura, sustentável e efetiva a atenção às mulheres em situação de abortamento. Para que esse modelo possa ser implantado, faz-se necessária a inclusão dos seguintes elementos essenciais:

- Acolhimento e orientação para responder às necessidades de saúde mental, social e física das mulheres, além de outras preocupações que possam surgir;
- Atenção clínica adequada ao abortamento e suas complicações, segundo referenciais éticos, legais e bioéticos;
- Oferecimento de serviços de planejamento familiar às mulheres pós-abortamento, inclusive orientações para aquelas que desejem nova gestação;
- Integração com outros serviços de promoção da saúde da mulher e de inclusão social das mulheres.



3

ASPECTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS E JURÍDICOS DO ABORTAMENTO

A atenção humanizada às mulheres em abortamento merece abordagem ética e reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não se admitindo qualquer discriminação ou restrição do acesso à assistência em saúde.

3.1 PLANO INTERNACIONAL

Conferências das Nações Unidas reconhecem o direito à igualdade, à liberdade e à dignidade da pessoa humana, especialmente no campo da saúde e da autodeterminação sexual e reprodutiva.

O Brasil é signatário de diversos tratados internacionais que reconhecem o direito à vida como prioridade, com destaque para a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (BRASIL, 2002) e para a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo, de 1994, a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing, de 1995, e a Convenção Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1996, consolidaram as garantias como parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais.

Dentre esses documentos destaca-se o Pacto de São José da Costa Rica, o qual, em seu artigo 4º, alínea 1, prevê expressamente a proteção ao direito à vida desde a concepção. O Pacto de São José da Costa Rica foi internalizado em 1992, por meio do Decreto Presidencial nº 678/1992.

Em 22 de outubro de 2020, foi assinada, por 32 países, a Declaração de Consenso de Genebra, fruto da iniciativa promovida pelos Estados Unidos da América que objetivou alcançar uma saúde melhor para as mulheres, preservar a vida humana, apoiar a família como parte fundamental de uma sociedade saudável e proteger a soberania nacional na política global.

A importância de enfatizar a garantia do acesso feminino aos últimos avanços em termos de promoção da saúde, em particular nos campos da sexualidade responsável e do planejamento familiar, contribui não apenas com gestações e partos sem risco, mas com a maximização da obtenção de crianças saudáveis, sem a promoção da interrupção da gravidez como instrumento de planejamento familiar.

3.2 PLANO NACIONAL

A legislação brasileira tem princípios norteadores na temática. São eles:

A. Constituição Federal

IGUALDADE: *“homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações” (art. 5, I), inclusive no que se refere à “sociedade conjugal” (art. 226, § 3º).*

PLANEJAMENTO FAMILIAR: *“(…) fundado no princípio da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (art. 226, § 7º). A Lei nº 9.263/96 o define como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, homem ou casal.*

DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA: Princípio fundamental da República Federativa do Brasil (art. 1º, III).

B. Código penal, doutrina e jurisprudência

No Brasil, de acordo com a legislação em vigor desde 1940, o crime de aborto não é punido apenas em três hipóteses, previstas no artigo 128, incisos I e II do Código Penal:

1. Quando não há outro meio de salvar a vida da mulher (art. 128, I);
2. Quando a gravidez é resultante de estupro (ou outra forma de violência sexual), com o consentimento da mulher ou, se incapaz, de seu representante legal (art. 128, II).

3. No ano de 2012, o Supremo Tribunal Federal analisou a possibilidade de interrupção da gravidez de feto anencéfalo, que pode ser definido como sendo aquele que, “por malformação congênita, não possui uma parte do sistema nervoso central, ou melhor, faltam-lhe os hemisférios cerebrais e tem uma parcela do tronco encefálico (bulbo raquidiano, ponte e pedúnculos cerebrais)”. A decisão, proferida pelo STF, em sede de Arguição de Preceito Fundamental, estabeleceu: “Mostra-se inconstitucional interpretação de a interrupção da gravidez de feto anencéfalo ser conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal.” (ADPF 54, Relator(a): Min. MARCO AURÉLIO, Tribunal Pleno, julgado em 12/04/2012, ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJe-080 DIVULG 29-04- 2013 PUBLIC 30-04-2013 RTJ VOL-00226-01 PP-00011).

No Brasil, apenas 1% dos abortamentos por razões legais são justificados por risco de morte materna. Nesses casos em que a gravidez acarreta um risco para a vida da mulher, deve ser garantido à gestante o direito de decidir qual das opções possíveis é a melhor para si mesma. Diante de uma situação de risco letal futuro, cabe ao médico oferecer todas as informações de forma imparcial sobre os riscos da manutenção da gravidez para que a mulher possa decidir livremente.

Deve-se lembrar, ainda, de que a interrupção da gravidez para salvar a vida da gestante não requer autorização judicial, pois se trata de uma decisão médica com a participação da gestante. Para a interrupção da gravidez por risco de morte da mulher, é recomendável que dois médicos atestem, por escrito, a condição de risco da mulher que justifica a interrupção. É desejável, ainda, que um dos médicos seja especialista na área da doença que motiva a interrupção. Também é necessário o termo de consentimento assinado pela mulher, no qual ela declara estar ciente dos riscos do prosseguimento da gravidez ou concorda com a decisão do abortamento.

É importante ressaltar que as condições que realmente colocam em risco a vida da mulher e que justificam um abortamento são poucas, não cabendo um alargamento sem motivos técnicos. Importante dizer que essa avaliação sempre deve ser feita por médicos especialistas. As cardiopatias são algumas dessas indicações. Apesar da melhoria dramática nas taxas de sobrevivência e na qualidade de vida de pacientes com cardiopatias congênitas graves e outras doenças cardíacas, a gestação continua sendo desaconselhável para mulheres com certas doenças de alto risco, como as descritas abaixo. Importante relatar que há outras situações além das descritas abaixo que podem ser englobadas em situações de risco de morte, e isso sempre deve ser avaliado e decidido pelos médicos juntamente com a gestante.

- Hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar > 25 mmHg) causada por qualquer doença, incluindo síndrome de Eisenmenger;
- Coarctação da aorta, se não corrigida ou se acompanhada de aneurisma;
- Síndrome de Marfan com diâmetro da raiz da aorta de > 4,5 cm;
- Estenose aórtica sintomática grave ou estenose mitral grave;
- Valva aórtica bicúspide com diâmetro da aorta ascendente > 50 mm;
- Um ventrículo único e função sistólica comprometida (se tratada ou não com o procedimento de Fontan);
- Cardiomiopatia com fração de ejeção < 30% ou insuficiência cardíaca classe III ou IV da New York Heart Association (NYHA).¹

¹ O texto completo pode ser encontrado no artigo: European Society of Gynecology (ESG); Association for European Paediatric Cardiology (AEPC); German Society for Gender Medicine (DGesGM): ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 32 (24):3147–3197, 2011. doi: 10.1093/eurheartj/ehr218.

A gravidez na adolescência é frequentemente relacionada como fator de alto risco de morte, quando comparada com outras faixas etárias, sendo essa uma das justificativas para embasar decisões em casos de interrupções gestacionais previstas em lei. Entretanto, evidências mais recentes mostram algumas contradições e inconsistências sobre essa quantificação de risco de mortalidade, trazendo a discussão sobre a relatividade deste, a depender de outros fatores além da idade isolada.

Alguns estudos estimaram o risco de morte materna em adolescentes, em vários países do mundo, e compararam essas razões com as de mulheres em outras faixas etárias. Os dados sugerem que o risco de mortalidade elevada para mães adolescentes pode ser menor do que se acreditava anteriormente, e, na maioria dos países, a taxa de mortalidade materna adolescente é baixa em comparação com mulheres com mais de 30 anos.

A gravidez na adolescência é um problema global que ocorre em países de rendas alta, média e baixa. Em todo o mundo, no entanto, as gestações adolescentes são mais propensas a ocorrer em comunidades marginalizadas, comumente impulsionadas pela pobreza e falta de educação e oportunidades de emprego. As desvantagens sociais, econômicas e na saúde que as mães adolescentes enfrentam são amplamente reconhecidas, e o direito de acesso a cuidados adequados em sexualidade responsável foi consagrado em uma série de importantes acordos e documentos internacionais desde 1990.

No entanto, os riscos de mortalidade para mães adolescentes não foram quantificados de forma precisa ou abrangente. Uma das estatísticas frequentemente citadas são: a de que meninas com menos de 15 anos são mais propensas a morrer de causas maternas do que mulheres na faixa dos 20 anos; e a de que as de 15 a 19 anos também apresentam risco adicional.

Números baseados em um relatório da ONU publicado há mais de 20 anos afirmam que meninas com menos de 15 anos têm cinco vezes mais chances de morrer por causas maternas; e adolescentes de 15 a 19 anos apresentam chance duas vezes maior de morte do que mulheres de outras faixas etárias.

Essas informações foram contestadas por publicações que sugerem um risco menor do que o publicado anteriormente para a faixa etária mais jovem. Outra análise de dados, oriunda de 38 países, estimou que o risco de morte relacionado à gestação para adolescentes de 15 a 19 anos é 28% maior do que para mulheres de 20 a 24 anos.

Quase todos os estudos de base comunitária em países em desenvolvimento sugeriram um risco aumentado de mortalidade materna para adolescentes, mas as estimativas do tamanho do risco aumentado variam muito. Estudos de países desenvolvidos são ainda menos consistentes: estimativas nacionais nos EUA sugerem que adolescentes têm uma taxa de mortalidade materna menor do que mulheres com mais de 20 anos, e estatísticas do Reino Unido e do Canadá mostram que a taxa de mortalidade materna para mulheres e meninas com menos de 20 anos é ligeiramente maior do que para mulheres de 20 a 24 anos, porém menor do que para aquelas com mais de 25 anos.

Sheen e colaboradores avaliaram, por meio de uma coorte retrospectiva, o risco de desfechos maternos adversos entre os anos de 2006 a 2015, com base na idade materna, dividida em 7 categorias: 15-17, 18-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 e 45-54 anos de idade. Os desfechos avaliados foram morbidade materna grave; risco geral de comorbidade, como hemorragia pós-parto, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e cesariana; e risco para diagnósticos individuais de morbidade grave, como acidente vascular cerebral, embolia, eclâmpsia e histerectomia.

Em análises não ajustadas, a morbidade grave foi mais de 3 vezes maior para mulheres de 45 a 54 anos em comparação com mulheres de 25 a 29 anos. Mulheres com idade entre 40-44, 35-39 e 15-17 anos também estavam em risco aumentado.

No modelo ajustado, o grupo de 45-54 anos foi associado ao maior risco relativo, seguido pelo grupo de 40-44 anos e depois pelo grupo de 35-39 anos e o grupo de 15-17 anos.

Parto cesáreo, pré-eclâmpsia, hemorragia pós-parto e diabetes gestacional foram mais comuns entre as mulheres de 45 a 54 anos, assim como trombose e histerectomia.

Ou seja, a idade materna jovem, antes dos 20 anos, de forma isolada, não parece predispor a um alto risco de mortalidade materna e, por isso, não deve ser utilizada como fator único de indicação para interrupção de gestações por risco de morte materna. Cada caso deve ser visto de forma individualizada.

Na tabela a seguir estão as razões de mortalidade materna do Brasil, divididas por faixa etária.

Tabela 1 – Razão de morte materna (RMM) por faixa etária

Faixa Etária Materna	RMM 2018*	RMM 2019*	RMM2020*
10a-14a	61,4	72,4	39,8
15a-19a	47,1	45,5	40,7
20a-24a	39,8	38,4	47,4
25a-29a	46,1	46,6	59,5
30a-34a	57,1	59,6	86,4
35a-39a	91,0	81,6	121,9
40a-44a	153,5	141,8	171,4
45a-49a	345,5	282,5	361,1
10a-49a	56,3	55,3	72,0

Fonte: SINASC/SVS/MS.

*Método de cálculo da RMM direto, sem aplicação de fator de correção.

Quanto ao atendimento de crianças, adolescentes e mulheres com gravidez resultante de estupro, o profissional de saúde deve conhecer as principais leis e portarias que tratam do assunto (Quadro 1).

Quadro 1 - Principais leis e portarias relacionadas ao atendimento de vítimas de estupro

Lei nº 8.069/1990	Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), regulamentado pela Portaria MS nº 1.968/2001, salienta que, na suspeita ou em situações de violências contra adolescentes e crianças, uma cópia da ficha de notificação ou um relatório deve ser encaminhado ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente ou à Vara da Infância e da Juventude. Na falta desses, comunicar à Vara de Justiça existente no local ou à delegacia, sem prejuízo de outras medidas legais (Brasil - Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA).
Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003	Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados, alterada em parte pela Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. A notificação à Vigilância Epidemiológica dá-se por meio de ficha própria de notificação (Portaria MS/GM nº 1.271/ 2014).
Artigo 1º da Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019, que alterou a Lei nº 10.778/03 para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher.	“Art. 1º Constituem objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados. § 4º Os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher referidos no caput deste artigo serão obrigatoriamente comunicados à autoridade policial no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, para as providências cabíveis e para fins estatísticos.”
Lei nº 13.431/2017	Estabelece que a criança e o adolescente serão ouvidos sobre a situação de violência por meio de escuta especializada e depoimento especialmente acolhedor.

continua

continuação

<p>Portaria GM/ MS nº 78, de 18 de janeiro de 2021, que regulamenta a Lei nº 13.931/2019.</p>	<p>Essa portaria define a garantia de sigilo em relação aos prontuários e à identidade das vítimas. Nesse sentido, com o avanço da legislação no que tange à segurança jurídica para a atuação dos profissionais médicos, na medida em que foi publicada a Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020, bem como a Portaria GM/MS Nº 78, de 18 de janeiro de 2021, esses profissionais têm segurança jurídica para, em conformidade com as diretrizes e princípios de seu código de ética, promover a notificação de quaisquer crimes às autoridades competentes.</p>
<p>Portaria GM/ MS nº 2.561, de 23 de setembro de 2020, que 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.</p>	<p>São documentos necessários para a justificação do aborto nos casos de estupro:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Termo de relato circunstanciado do evento; 2. Termo de responsabilidade; 3. Termo de consentimento assinados pela mulher ou, quando incapaz, por seu representante legal; 4. Parecer técnico assinado pelo médico; 5. Termo de aprovação de procedimento de interrupção da gravidez decorrente de estupro assinado por no mínimo 3 (três) profissionais de saúde.

continua

continuação

<p>Portaria GM/MS nº 78, DE 18 de janeiro de 2021</p>	<p>Destaca-se que a comunicação externa para os casos de violência contra crianças e adolescentes segue as normativas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente.</p> <p>Em tais casos, deve-se comunicar aos Conselhos Tutelares ou à Vara da Infância e da Juventude os casos envolvendo crianças e adolescentes, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente:</p> <p>Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.</p> <p>Além da sanção penal, o Estatuto da Criança e do Adolescente prevê sanção administrativa também para os casos de ausência de comunicação ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude:</p> <p>Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena: multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.</p>
---	---

continua

conclusão

Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018	Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais).
--	--

Fonte: MS (NUJUR).

O ordenamento pátrio passou por mudanças no que tange ao sigilo profissional e à possibilidade de notificação de crimes às autoridades por profissionais de saúde. Tais mudanças tiveram por finalidade, principalmente, o avanço no combate a crimes sexuais e crimes contra a vida, bem como garantir aos profissionais de saúde segurança jurídica para sua plena atuação, haja vista os questionamentos que anteriormente existiam sobre o referido tema.

A necessidade de tal avanço se deu pela premente necessidade de preservar as inúmeras mulheres que, dia a dia, são vítimas de crimes sexuais e contra a vida e estimular as autoridades competentes a darem início às investigações penais necessárias a esses casos.

Nesse passo, têm-se os avanços trazidos pela Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018, que altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), bem como pela Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020, que 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.

Art. 7º Em razão da Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018, que alterou o artigo 225 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, o médico e

os demais profissionais de saúde ou responsáveis pelo estabelecimento de saúde que acolherem a paciente dos casos em que houver indícios ou confirmação do crime de estupro, deverão observar as seguintes medidas:

I - Comunicar o fato à autoridade policial responsável;

II- Preservar possíveis evidências materiais do crime de estupro a serem entregues imediatamente à autoridade policial ou aos peritos oficiais, tais como fragmentos de embrião ou feto com vistas à realização de confrontos genéticos que poderão levar à identificação do respectivo autor do crime, nos termos da Lei Federal nº 12.654, de 2012.

Tal obrigatoriedade decorre da lei e não fere o direito à intimidade da paciente, visto que se trata de matéria de ordem pública, ou seja, constitui justa causa a comunicação à autoridade policial do fato ocorrido, cumprindo a disposição do art. 5º, X, da Constituição Federal, e do art. 154 do Código Penal.

C. Código Civil

Do consentimento

O consentimento da mulher é necessário para o abortamento em quaisquer circunstâncias, salvo em caso de iminente risco de vida, estando a mulher impossibilitada para expressar seu consentimento. De acordo com os arts. 3º, 4º, 5º, 1631, 1690, 1728 e 1767 do Código Civil:

- a) A partir dos 18 anos: a mulher é capaz de consentir sozinha;
- b) A partir dos 16 e antes dos 18 anos: a adolescente deve ser assistida pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam com ela;
- c) Antes de completar 16 anos: a adolescente ou criança deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam por ela.

A outra circunstância em que é necessário o consentimento do representante legal (curador/a ou tutor/a) refere-se à mulher que, por qualquer razão, não tenha condições de discernimento e de expressão de sua vontade.

De qualquer forma, sempre que a mulher adulta ou adolescente tiver condições de discernimento e de expressão de sua vontade, deverá também consentir, assim como deverá ser respeitada a sua vontade se não consentir com o abortamento, que não deverá ser praticado, ainda que os seus representantes legais assim o queiram.

A Constituição Federal, em seu artigo 5º, *caput*, garante como primeiro direito fundamental o direito à vida, sem fazer qualquer tipo de restrição a tal garantia. O Brasil é signatário de diversos tratados internacionais que reconhecem o direito à vida como prioridade. Dentre esses documentos destaca-se o Pacto de São José da Costa Rica, o qual, em seu artigo 4º, alínea 1, prevê expressamente a proteção ao direito à vida desde a concepção.

No Brasil, conforme se evidenciará abaixo, o próprio Código Penal afasta a incidência de pena ao abortamento tanto na hipótese de risco à vida da mãe (risco de morte) como na hipótese de gravidez decorrente de crime sexual. O artigo 124 do Código Penal pune a mulher que pratica abortamento em si mesma (o artigo impede o envio de medicamentos abortivos enviados por correio após consulta por telemedicina para a mulher aplicar em si mesma) ou que consente que outro o provoque. O artigo 126 do Código Penal pune o terceiro que pratica abortamento em alguém, com o seu consentimento; enquanto o artigo 125 pune aquele que pratica abortamento em alguém, sem o seu consentimento, um dos comportamentos mais reprováveis, uma vez que, além da vida do feto, fere-se gravemente a autonomia da gestante.

O mesmo Código Penal, desta feita em seu artigo 128, prevê que o abortamento praticado por médico não é punido se não há outro meio de salvar a vida da gestante e se a gravidez resulta de estupro, devendo o abortamento ser precedido do consentimento da gestante ou de seu representante legal, quando a gestante for incapaz.

No caso de gestante incapaz, grávida em decorrência de estupro, muito embora o Código Penal não condicione a não punibilidade do abortamento ao consentimento da própria gestante, os princípios da bioética, sobretudo em se tratando de menor amadurecida, obrigam que a vontade da grávida seja levada em consideração.

Atualmente, prevalece a interpretação de que a autorização para interromper gravidez decorrente de relação sexual não consentida tem o objetivo de não vitimizar a mulher sucessivas vezes.

Com o objetivo de investigar o estupro e não o abortamento, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.561/2020, que determina a notificação dos estupros que ensejam interrupção de gravidez, com preservação de material para fins periciais. Importante consignar que essa iniciativa não objetiva investigar a mulher, mas fazer com que o aparato repressivo crie condições para identificar e punir o agressor.

Em 2012, além dos casos claramente previstos no Código Penal, por força de decisão do Supremo Tribunal Federal, prolatada no âmbito da ADPF nº 54, o aborto também restou autorizado na hipótese de anencefalia, obviamente com expresse consentimento da gestante (disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/acordao-interrupcao-gravidez-anencefalo.pdf>).

Em outras palavras, o Estado só pode recorrer ao Direito Penal para coibir um determinado comportamento, se for razoável exigir conduta diversa e, uma vez constatada a anencefalia, que inviabiliza a vida extrauterina, resta caracterizada a inexigibilidade de conduta diversa da interrupção da gravidez. Nota-se, portanto, que o sistema jurídico brasileiro, seja por força de lei, seja por força da jurisprudência, contempla três situações em que o aborto está autorizado.

A palavra autorização é bastante cabível, pois, em nenhum dos três casos, a mulher está obrigada a interromper a gravidez. Com efeito, mesmo a mãe que corre risco de morrer se levar a gestação a termo, estando consciente, deve ter sua vontade

levada em consideração. No caso de gravidez decorrente de estupro, antes de proceder à interrupção da gravidez, a equipe multidisciplinar responsável pelo atendimento da vítima informará sobre a existência do programa de entrega legal ou voluntária, que possibilita à mulher levar a gestação a termo e, após o nascimento, entregar a criança para adoção.

O artigo 19-A do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) trata do tema. Confira-se:

Art. 19-A. A gestante ou mãe que manifeste interesse em entregar seu filho para adoção, antes ou logo após o nascimento, será encaminhada à Justiça da Infância e da Juventude. (Incluído pela Lei nº 13.509, de 2017)

§ 1º A gestante ou mãe será ouvida pela equipe interprofissional da Justiça da Infância e da Juventude, que apresentará relatório à autoridade judiciária, considerando inclusive os eventuais efeitos do estado gestacional e puerperal. (Incluído pela Lei nº 13.509, de 2017)

§ 2º De posse do relatório, a autoridade judiciária poderá determinar o encaminhamento da gestante ou mãe, mediante sua expressa concordância, à rede pública de saúde e assistência social para atendimento especializado. (Incluído pela Lei nº 13.509, de 2017)

§ 3º A busca à família extensa, conforme definida nos termos do parágrafo único do art. 25 desta Lei, respeitará o prazo máximo de 90 (noventa) dias, prorrogável por igual período. (Incluído pela Lei nº 13.509, de 2017)

§ 4º Na hipótese de não haver a indicação do genitor e de não existir outro representante da família extensa apto a receber a guarda, a autoridade judiciária competente deverá decretar a extinção do poder familiar e determinar a colocação da criança sob a guarda provisória de quem estiver habilitado a adotá-

la ou de entidade que desenvolva programa de acolhimento familiar ou institucional. (Incluído pela Lei nº 13.509, de 2017)

§ 5º Após o nascimento da criança, a vontade da mãe ou de ambos os genitores, se houver pai registral ou pai indicado, deve ser manifestada na audiência a que se refere o § 1º do art. 166 desta Lei, garantido o sigilo sobre a entrega. (Incluído pela Lei nº 13.509, de 2017) § 6º (VETADO). (Incluído pela Lei nº 13.509, de 2017) (Revogado)

§ 6º Na hipótese de não comparecerem à audiência nem o genitor nem representante da família extensa para confirmar a intenção de exercer o poder familiar ou a guarda, a autoridade judiciária suspenderá o poder familiar da mãe, e a criança será colocada sob a guarda provisória de quem esteja habilitado a adotá-la. (Incluído pela Lei nº 13.509, de 2017)

§ 7º Os detentores da guarda possuem o prazo de 15 (quinze) dias para propor a ação de adoção, contado do dia seguinte à data do término do estágio de convivência. (Incluído pela Lei nº 13.509, de 2017)

§ 8º Na hipótese de desistência pelos genitores - manifestada em audiência ou perante a equipe interprofissional - da entrega da criança após o nascimento, a criança será mantida com os genitores, e será determinado pela Justiça da Infância e da Juventude o acompanhamento familiar pelo prazo de 180 (cento e oitenta) dias. (Incluído pela Lei nº 13.509, de 2017)

§ 9º É garantido à mãe o direito ao sigilo sobre o nascimento, respeitado o disposto no art. 48 desta Lei. (Incluído pela Lei nº 13.509, de 2017)

§ 10º (VETADO). (Incluído pela Lei nº 13.509, de 2017) (Revogado)

§ 10º Serão cadastrados para adoção recém-nascidos e crianças acolhidas não procuradas por suas famílias no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir do dia do acolhimento. (Incluído pela Lei nº 13.509, de 2017)

Essa alternativa de entregar o bebê para adoção tem o fim de preservar a vida do feto, independentemente das circunstâncias em que ocorra a gestação. Não se deve entender o desfecho de consumir a morte embrionária e/ou fetal como o ideal no afã de tentar a qualquer custo a morte da criança no útero.

D. Ética profissional

I. Do sigilo profissional

Constituição Federal: *“são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação” (art. 5º, X).*

II. Quanto à menor idade

Estatuto da Criança e do Adolescente: *a) Considera-se criança a pessoa menor de 12 anos de idade; e adolescente, a partir dos 12 e antes de completar 18 anos; e b) Deve prevalecer o princípio do respeito à sua opinião e vontade.*

A assistência à saúde da menor de 18 anos em abortamento deve, pois, submeter-se ao princípio da proteção integral. Se a revelação do fato for feita para preservá-la de danos, estaria afastado o crime de revelação de segredo profissional. Entretanto, a revelação do fato também pode lhe acarretar prejuízos ainda mais graves, como o seu afastamento do serviço de saúde e perda da confiança nos profissionais que a assistem. A decisão, qualquer que seja, deve estar justificada no prontuário da adolescente.

III. Da objeção de consciência

Código de Ética Médica: *o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente (art. 7º).*

É seu direito "indicar o procedimento adequado ao paciente, observando as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País" (art. 21) e "recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência" (art. 28). É vedado "descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento" (art. 43) e "efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida" (art. 48). Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019, CFM.

O médico tem o total direito de objeção de consciência para realizar um abortamento. Isso não pode ocorrer se houver iminente risco de morte. Nas outras situações previstas em lei, o estabelecimento de saúde tem a obrigação de disponibilizar um médico sem objeção de consciência.

IV. Telemedicina

Entrou em vigor, no dia 22 de maio de 2022, a Portaria nº 913/2022, editada pelo Ministério da Saúde, que declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) em decorrência da covid-19. Com o fim da Espin, passam a regulamentar a matéria a Portaria GM/MS nº 1.348, de 2 de junho de 2022, que dispõe sobre as ações e serviços de Telessaúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.314/2022. No momento da finalização deste documento, o Congresso Nacional está discutindo a matéria para proposição de normativa específica sobre o tema.

Noutro giro, para a segurança da paciente, a Portaria GM/MS nº 2.561/2020, que dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde, conforme preceituado no art. 1º, estabelece que esse procedimento é composto por quatro etapas, em que a gestante receberá a atenção e a avaliação de uma equipe de saúde multiprofissional (art. 3, § 1º), composta por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo (art. 3, § 3º).

Em razão de sua particular condição, o Ministério da Saúde estabeleceu que o atendimento a essas gestantes deve se dar por uma equipe multidisciplinar, pois as consequências de um crime tão aviltante como o de violência sexual não podem ser desconsideradas e tratadas de forma simplista.

As vítimas de tais delitos são ofendidas em sua mais profunda dignidade, e os traumas daí decorrentes devem ser analisados sob uma ótica plural, com diversas especialidades de cuidado.

Logo, o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez não se reduz ao atendimento remoto, visto que o abortamento envolve um plexo de ações de várias especialidades, que inclui procedimento clínico não autorizado via telemedicina, que deve – obrigatoriamente – ser acompanhado presencialmente por um médico no ambiente hospitalar, onde estão disponíveis aparelhos e recursos para salvaguardar a mulher de eventuais intercorrências decorrentes do procedimento em si ou da reação adversa dos medicamentos.

Por fim, importante assinalar que a vítima de crime contra a liberdade sexual e de crime sexual contra vulnerável, previstos nos capítulos I e II do Título IV do Código Penal, encontra-se em estado de extrema vulnerabilidade. Induzir o abortamento por telemedicina, utilizando de fármacos de controle especial, pode causar danos irreversíveis à mulher, uma vez que a imperícia por incapacidade técnica para realizar o procedimento em casa possibilita o perigo de advir um abortamento incompleto, ruptura do útero e sangramento excessivo que podem levar à morte, além do eventual efeito psicológico de observar a expulsão do conteúdo uterino. Esses fatores impõem, portanto, a internação da mulher em ambiente hospitalar até a finalização do processo.

Assim sendo, a fim de proteger a integridade física das mulheres e zelar pela promoção da vida, o Ministério da Saúde compreende ser ilegal o abortamento via telessaúde, já que vai contra regulamentação da Anvisa e de pareceres do MS e do CFM.

4

ACOLHER E ORIENTAR

O acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção de qualidade e humanizada às mulheres em situação de abortamento.

Acolher, segundo o dicionário Aurélio é: “dar acolhida a, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração”. Pode também ser definido como “receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela (Paidéia, s/d)”.

No acolhimento, a equipe oferece um espaço de escuta à mulher em sofrimento e à família, no qual a empatia, a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolutividade da assistência devem prevalecer. Com base nisso, um vínculo e uma prática de cuidar são formados, elementos essenciais para o tratamento digno e respeitoso, estabelecendo uma relação de compromisso e confiança.

A orientação pressupõe o repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É de grande relevância que o profissional se certifique de que cada dúvida e cada preocupação da mulher sejam devidamente esclarecidas para garantir uma decisão informada. Garante-se, assim, o direito à informação e a manutenção da sua autonomia, além de poder reduzir a ansiedade e auxiliá-la a lidar com o processo de luto da perda.

A ação de orientar deverá promover a autodeterminação, segundo o princípio ético da autonomia.

4.1 ACOLHIMENTO É TAREFA DA EQUIPE DE SAÚDE

Promover o acolhimento e fornecer as informações devem ser práticas de todos os profissionais da equipe multiprofissional, os quais devem estar presentes de forma transversal durante todo o contato com a mulher. Mais do que um dos passos do atendimento, o acolhimento é uma prática educativa que deverá refletir a qualidade da relação entre profissional de saúde e usuária na perspectiva de construção de um novo modelo de atendimento. Para isso, os profissionais deverão estar devidamente sensibilizados e capacitados para incorporar o acolhimento e a orientação como práticas cotidianas da assistência.

Deve-se também considerar que o papel de cada profissional de saúde na promoção do acolhimento e da orientação está relacionado à sua formação profissional. No tocante à escuta, a atenção psicossocial às mulheres em situação de abortamento, com suas respectivas especificidades na atenção à saúde, requer, quando possível, a integração de assistentes sociais e psicólogos no atendimento. Isso porque o enfoque das áreas da psicologia e do serviço social abordam, de modo diferenciado, as questões emocionais, relacionais e sociais.

Ressalta-se ainda o papel essencial da enfermagem, cujo atendimento, desde a porta de entrada, durante o procedimento obstétrico e na fase de recuperação clínica da mulher na unidade de saúde, tem a capacidade de tornar a experiência dessas mulheres a mais cuidadosa e o menos traumática possível.

Há de se levar em conta o sofrimento que permeia todo o processo, de maneira que o cuidado deverá ser amplo, ao considerar fatores objetivos e subjetivos, bem como o envolvimento da família e da rede de apoio intersetorial, tais como: segurança pública, assistência social, educação e saúde, além de seus respectivos equipamentos, de acordo com as necessidades de cada mulher.

Os profissionais de saúde precisam estar atentos a sinais que requerem maior cuidado relativo à saúde mental. Cerca de um quarto a um terço das mulheres com perda gestacional experienciam alguma repercussão negativa na saúde mental após o episódio. Nas situações em que se ultrapassem as habilidades da equipe responsável pelo primeiro contato, as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial podem ser contactadas, a fim de que sejam discutidos casos clínicos e condutas.

Ratifica-se que a equipe deverá se atentar para evitar a revitimização em qualquer caso de perda gestacional, uma vez que a exposição continuada e repetitiva do evento pode ter consequências negativas para a saúde mental da mulher.

Do ponto de vista da escuta e da orientação oferecida pela psicologia, alguns aspectos podem ser aprofundados, a depender da disponibilidade da mulher e das condições do serviço para esse atendimento. Pode-se incluir, no roteiro de conversa, questões como a maternidade e o desejo de ser ou não ser mãe, a sexualidade e o relacionamento com o parceiro.

Na perspectiva do cuidado ampliado, destaca-se a importância da oferta de um espaço para a elaboração subjetiva da experiência para possibilitar a verbalização dos sentimentos e para a compreensão dos significados do abortamento no contexto de vida de cada mulher.

4.1.1 Atenção humanizada

Além do acolhimento, outro conceito essencial para a humanização na saúde é a clínica ampliada e compartilhada. Esta tem como objetivo promover um atendimento clínico voltado às singularidades e às complexidades das pessoas que acedem aos serviços de saúde. É de grande relevância, visto que as mulheres reagem à perda de uma gravidez de diversas formas. Portanto, ao fornecer informações e apoio de maneira sensível e centrados na mulher, deve-se também levar em consideração as suas circunstâncias individuais, assim como a resposta emocional ao acontecimento.

Ao associar a clínica ampliada e compartilhada à informação, à orientação e ao suporte emocional no atendimento, livre de julgamento e imposição de valores, um vínculo de respeito e confiança é criado, e a atenção humanizada pode ser proporcionada de modo integral por meio da interação da equipe com a paciente. Esse vínculo repercute nas percepções quanto à qualidade da assistência, na melhoria da relação entre profissional de saúde e paciente, no aumento da capacidade de resposta do serviço e no grau de satisfação das mulheres com o serviço prestado. Nos casos de abortamento por estupro, o profissional deverá apoiar o processo de tomada de decisão pela mulher, respeitando-a e provendo informações qualificadas e com embasamento científico para que ela possa ser devidamente esclarecida.

4.1.2 A prática do acolhimento

Todos os profissionais de saúde devem promover a escuta qualificada, procurando estabelecer relação de confiança por meio das seguintes ações:

- Respeitar a fala da mulher e compreender que nem tudo é dito verbalmente, permitindo que ela entre em contato com os seus sentimentos e elabore a experiência vivida, buscando a autoconfiança;
- Organizar o acesso da mulher, ao priorizar o atendimento de acordo com as necessidades detectadas;
- Identificar e avaliar as necessidades e riscos dos agravos à saúde em cada caso, resolvendo-os, conforme a capacidade técnica do serviço, ou encaminhando-a para serviços de referência;
- Dar encaminhamentos às questões apresentadas pelas mulheres, oferecendo soluções possíveis e priorizando o seu bem-estar e comodidade, acionando sempre que necessário a rede de apoio intersetorial;
- Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações;
- Realizar os procedimentos técnicos de forma adequada e respeitosa, informando as mulheres sobre as intervenções necessárias.

São responsabilidades dos profissionais de saúde mental e serviço social:

- Prestar apoio emocional imediato e encaminhar, quando necessário, para o atendimento continuado em médio prazo;
- Reforçar a importância da mulher, respeitando o estado emocional em que se encontra, adotando postura autocompreensiva, que busque a autoestima;
- Identificar as reações do grupo social (famílias, amigos, colegas) em que está envolvida a mulher;
- Perguntar sobre o contexto em que se deu a gravidez e as possíveis repercussões do abortamento.

4.2 TRANSMITINDO A INFORMAÇÃO: COMO ORIENTAR

- Estar atento às preocupações das mulheres, considerando suas percepções e saberes, para fornecer informações que respondam às suas necessidades e perguntas;
- Estabelecer comunicação efetiva, atentando-se à comunicação não verbal (gestos, expressões faciais);
- Utilizar linguagem simples, aproximativa, inteligível e apropriada;
- Informar sobre os procedimentos disponíveis, os métodos para alívio da dor, os resultados de exames, os cuidados para reduzir complicações posteriores e o acompanhamento pós-abortamento.

4.2.1 Orientações clínicas

Devem estar direcionadas à saúde materna, à atenção aos sinais de complicações e ao preparo para uma futura gravidez. São elas:

- A presença de cólica uterina nos dias seguintes ao abortamento é comum, como também sangramento em pequena quantidade. A cólica pode ser aliviada com analgésicos comuns;
- Após o episódio de abortamento, a decisão sobre quando retomar à atividade sexual é de livre escolha da mulher;
- É importante orientar sobre o acesso a métodos contraceptivos, inclusive o referente à contracepção de emergência, devido à possibilidade de uma nova gestação após o abortamento;
- As possibilidades de complicações, o que fazer caso ocorram e onde encontrar assistência de emergência são informações fundamentais para seguimento adequado.

Sinais e sintomas que requerem atendimento de emergência:

- Febre, calafrios ou mal-estar geral;
- Sangramento prolongado (mais de duas semanas);
- Sangramento abundante;
- Dor intensa ou prolongada.

5

ATENÇÃO CLÍNICA AO ABORTAMENTO

5.1 ABORTAMENTO

O abortamento espontâneo é definido como gestação intrauterina não viável de até 20-22 semanas ou com peso fetal igual ou inferior a 500 g. É considerado precoce ou de primeiro trimestre quando ocorrer até 12 semanas e 6 dias. Considera-se perda bioquímica o abortamento que ocorre após um teste urinário ou beta-hCG abortamento, mas sem diagnóstico ultrassonográfico ou histológico. O termo abortamento clínico é utilizado quando a ultrassonografia ou a histologia confirmam que houve uma gravidez intrauterina.

O abortamento é a complicação mais comum da gravidez. A frequência relatada de perda gestacional em mulheres com teste urinário positivo é de 12% a 24%. A real taxa de abortamento é, provavelmente, maior, pois muitas perdas ocorrem mais precocemente, antes do diagnóstico de gravidez.

A maioria dos abortamentos espontâneos ocorre nas primeiras 12 semanas, e a morte do embrião ou feto é acompanhada por hemorragia da decídua basal, seguida por necrose tecidual, que estimula as contrações uterinas e precede a expulsão.

O abortamento com excludente de ilicitude feito por médico não deve ser precedido de feticídio, principalmente nos casos em que houver viabilidade fetal, já que os estudos não mostram qualquer vantagem no procedimento. Sempre que houver viabilidade fetal, deve ser assegurada toda a tecnologia

médica disponível para permitir a chance de sobrevivência após o nascimento. Essa preparação deve ser feita nos casos em que já houver histórico de sobrevivência por peso e idade gestacional. O bebê de menor peso que sobreviveu nasceu com 212 gramas em Cingapura. Assim, esse pode ser o peso atual da periviabilidade fetal no mundo, após avaliação por especialista, considerando questões como: motivo da prematuridade, idade gestacional, presença de CIUR (crescimento intrauterino restrito), uso de corticoide etc. A idade gestacional também deve ser considerada na avaliação de chances de sobrevivência, e esse limite inferior vem decaindo com o avanço da tecnologia médica. Em estudo recente, Rysavy e outros (2021) analisaram dados de cerca de 900 hospitais americanos; em 2007, somente 26% ofereciam tratamento a nascidos com 22 semanas, e a taxa de sobrevivência era de 5%. Em 2019, esses tratamentos já eram oferecidos em 58% dos hospitais, com taxa de sobrevivência de 17%. Cerca de 250 bebês nascidos com 22 semanas de gestação sobrevivem nos EUA a cada ano. Entre os nascidos com 23 semanas, o número de sobreviventes chega a ser cinco vezes maior.

Deve-se salientar que, sob o ponto de vista médico, não há sentido clínico na realização de abortamento com excludente de ilicitude em gestações que ultrapassem 22 semanas. Nesses casos, cuja interface do abortamento toca a da periviabilidade e, portanto, alcança o limite inferior da viabilidade fetal, a manutenção da gravidez com eventual doação do bebê após o nascimento é a conduta recomendada. No entanto, se houver a antecipação da interrupção da gravidez, esta não deve, em hipótese alguma, ser precedida de morte fetal.

O Ministério da Saúde esclarece que o abortamento com excludente de ilicitude, previsto no inciso II do art. 128 do Código Penal, não pode ser imposto independentemente da idade gestacional pelo fato da observância do conceito da viabilidade. Este é definido como estágio de maturidade fetal alcançado, em determinado período de tempo, em decorrência da evolução do desenvolvimento humano ainda no ambiente intrauterino, no qual o feto apresenta alguma capacidade de manutenção da vida fora do ambiente uterino, mesmo vindo a nascer precocemente por algum motivo.

O período mais precoce desse estágio inicial de maturidade fetal, a depender da tecnologia disponível, em que há uma chance razoável, embora não alta, de sobrevivência extrauterina, está entre 22ª semana e a 26ª semana, sendo denominado de periviabilidade. Isso significa que a maioria dos bebês nascidos com 26 semanas de idade gestacional tem alta probabilidade de sobrevivência, enquanto praticamente nenhum nascido com menos de 22 semanas sobrevive.

O processo de nascimento de um ser humano nesse período é conceituado como parto prematuro e não mais como abortamento. Os nascimentos que ocorrem antes da 28ª semana de gestação são considerados extremamente prematuros.

Crianças nascidas no período de periviabilidade apresentam riscos elevados de mortalidade e quadros clínicos complexos, podendo desenvolver condições crônicas de saúde e necessitar de cuidados intensivos e perenes. O comprometimento do neurodesenvolvimento é uma das principais complicações a longo prazo, incluindo prejuízo da capacidade cognitiva, déficits motores e neurossensoriais, problemas comportamentais e psicológicos. Outras morbidades para crianças nascidas entre 22 e 26 semanas de gestação que sobrevivem à admissão inicial na unidade de terapia intensiva neonatal incluem: hemorragia intraventricular grave, leucomalácia periventricular, enterocolite necrosante, displasia broncopulmonar, retinopatia grave da prematuridade e sepse. O risco dessas morbidades é altamente dependente da idade gestacional, sendo esta o preditor de sobrevivência mais comumente citado e, em segundo lugar, o peso ao nascer.

Um relatório de 2008, do Instituto Nacional de Saúde Infantil e Desenvolvimento Humano (NICHD) Eunice Kennedy Shriver, da Rede de Pesquisa Neonatal, demonstrou que em 4.446 bebês nascidos entre 1998 e 2003, com peso ao nascer menor que 400 gramas (idade gestacional entre 22 e 25 semanas), cada aumento de 100 g no peso ao nascer reduzia diretamente o risco de morte ou deficiência do neurodesenvolvimento (NDI), semelhante à redução do risco pelo aumento de uma semana na idade gestacional. Um relatório de 2019 da Rede de Pesquisa Neonatal NICHD informou que de 205 bebês nascidos entre 2008 e 2015,

com um peso ao nascer menor que 400 gramas e em idade gestacional entre 22 e 26 semanas, tratados ativamente, 26% sobreviveram à alta.

O desconhecimento desses conceitos pode impactar de forma prejudicial os dados oriundos da assistência a essas crianças extremamente prematuras. A sobrevivência de todos os recém-nascidos aumentou com a melhoria do atendimento ao longo do tempo, com os avanços nos cuidados perinatais e neonatais. Por isso, a partir da 22^a semana de idade gestacional, os fetos precisam ser identificados como detentores do direito à vida, devem ter suas chances de sobrevivência consideradas e, vindos a nascer, devem receber assistência conforme a sua vulnerabilidade. A probabilidade de sobreviver a longo prazo e sem graves sequelas do neurodesenvolvimento aumenta progressivamente com o aumento da idade gestacional.

Um estudo de coorte retrospectivo com 720.901 bebês nascidos entre 1983 e 2010 calculou a probabilidade estimada de sobreviver até os 25 anos sem deficiência (definida neste estudo como deficiência intelectual, transtorno do espectro do autismo ou paralisia cerebral) a depender da idade gestacional de nascimento:

- Bebês nascidos com 22 semanas – 4%
- Bebês nascidos com 23 semanas – 20%
- Bebês nascidos com 24 semanas – 42%
- Bebês nascidos com 25 semanas – 53%
- Bebês nascidos com 28 semanas – 78%
- Bebês a termo (39 a 40 semanas) – 97%

Os resultados de neurodesenvolvimento relatados variam a depender dos esforços máximos de ressuscitação que foram feitos.

Um estudo conduzido entre 2006 e 2011, da Rede de Pesquisa Neonatal do NICHD, demonstrou a maior sobrevida livre de deficiência entre bebês nascidos com 22 semanas de idade gestacional que receberam intervenção ativa, quando comparada à sobrevida dos bebês nascidos com 22 semanas de gestação que não receberam intervenção ativa (RYSAVY *et al.*, 2015). Em outro relatório sobre 248 bebês tratados em uma única instituição, onde o tratamento ativo foi rotineiramente fornecido a todos os bebês periviáveis, aproximadamente 50% estavam vivos sem deficiência do neurodesenvolvimento grave em 18 a 22 meses.

Os dados da Rede de Pesquisa Neonatal do NICHD de bebês (com idade gestacional menor que 27 semanas), nascidos entre 2006 e 2011, mostraram variação intra-hospitalar na sobrevida entre bebês nascidos com 22 a 24 semanas. Essa variação parecia ser devida, em parte, ao fato de o tratamento ativo ter sido iniciado oportunamente. A maioria dos centros só forneceu intervenção ativa para bebês nascidos entre 25 e 26 semanas de idade gestacional. As maiores taxas de sobrevivência publicadas, de 78% para bebês nascidos com 22 a 23 semanas de idade gestacional e 89% para aqueles nascidos com 24 a 25 semanas de idade gestacional, foram de um centro que ressuscita ativamente todos os bebês nascidos com 22 semanas ou mais.

Um estudo australiano relatou que as taxas de admissão de nascidos vivos em unidades de terapia intensiva neonatal foram desproporcionalmente mais baixas para bebês nascidos com 23 semanas de idade gestacional (15%) em comparação com aqueles nascidos com 24 e 25 semanas (49 e 64%). Os autores sugeriram que os resultados podem ter origem no cuidado perinatal menos ativo na sala de parto para bebês nascidos com idade gestacional menor ou igual a 23 semanas, o que pode influenciar, também, a taxa de sobrevida geral relatada (ATWELL *et al.*, 2018).

Em um estudo multicêntrico sobre bebês nascidos com 22 a 24 semanas de idade gestacional, os resultados do neurodesenvolvimento foram avaliados em 18 a 22 meses após o nascimento e comparados em três períodos consecutivos (de 2000 a 2003, de 2004 a 2007 e de 2008 a 2011). Após ajuste para diferenças nas características basais do paciente, a sobrevida sem deficiência do neurodesenvolvimento aumentou de 16% no primeiro período para 20% no terceiro.

O embasamento médico científico relatado acima deixa claro que o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde não trata de critério limitador sem uma razão conceitual científica, mas sim estabelece a diferenciação do abortamento para o parto prematuro; e muito menos esse protocolo foi estabelecido deixando margem para o desamparo às vítimas de violência sexual que ultrapassaram as 22 semanas de gestação. Assim, como já foi abordado, ao chegar à 22ª semana gestacional, inicia-se o processo de um parto prematuro, em que não cabe o amparo legal que prevê a eliminação da vida intrauterina por meio da destruição do produto da concepção nos casos de violência sexual, já que, pelo seu tempo de desenvolvimento, já se daria no parto de um recém-nascido extremamente prematuro; em razão disso, estariam resguardados pelo reconhecimento da dignidade da pessoa humana e, portanto, serem merecedores de proteção jurídica assim como assegurados pelas disposições da Constituição da República.

É consenso na literatura obstétrica nacional e internacional que, nos casos de interrupção no período pré-termo, entre a 24ª e a 34ª semana de gestação, há indicação formal de prescrição médica de corticoterapia para aceleração da maturação pulmonar do feto e conseqüente melhora da sobrevivência.

De forma mais recente, grande parte da literatura avançou também em considerar um ciclo de corticoide (betametasona), mesmo nos casos de interrupção no período pré-termo tardio (após a 34ª e até 36ª semana e 6 dias).

Com a atual evolução tecnológica na área da medicina, especialmente nas áreas da obstetrícia, da medicina fetal e da neonatologia, corroborada com os dados apresentados acima sobre a importância do conhecimento das taxas de sobrevivência de recém-nascidos extremamente prematuros, há de se considerar a indicação de corticoterapia em fetos que evoluirão para o nascimento extremamente prematuro, a partir da 22ª semana, de acordo com as tipicidades do caso e com base nos parâmetros legais e médicos.

A Constituição Federal, em seu artigo 5º, estabelece, como um dos seus princípios basilares, o direito inviolável à vida, sendo certo que o Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.406/2002), em seu artigo 2º, põe a salvo o direito à vida desde a concepção. Assim sendo, esses recém-nascidos prematuros têm o direito à assistência médica custeada pelo Estado. Eles também têm direito a condições favoráveis e sadias para o seu desenvolvimento. Assegura o Pacto de San José da Costa Rica, celebrado em decorrência da Conferência Americana sobre Direitos Humanos, em novembro de 1969, e ratificado pelo Brasil em 1992, e cujo teor inspirou nossa Constituição, sendo o nosso País dele signatário, que toda pessoa tem o direito a ter sua vida respeitada. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção.

5.1.1 Etiologia

O abortamento espontâneo único decorre, muitas vezes, de alterações cromossômicas. Entretanto, em várias ocasiões, não é possível esclarecer a causa da perda. Os fatores fetais são representados, principalmente, pelas aneuploidias, e 75% das perdas por anormalidades cromossômicas ocorrem precocemente, até 8ª semana. A taxa de abortamento por aneuploidias diminui com o avançar da idade gestacional. A investigação das causas da perda gestacional está indicada em caso de repetição do abortamento.

5.1.2 Classificação

O abortamento espontâneo é tradicionalmente classificado como ameaça de abortamento ou abortamento evitável, inevitável, incompleto, completo e retido, com base na história e nos achados clínicos, laboratoriais e de imagem. Além disso, há o aborto terapêutico e o aborto infectado ou séptico.

A. Ameaça de abortamento

A ameaça de abortamento, ou abortamento evitável, diz respeito à situação na qual a paciente apresenta sangramento vaginal associado a orifício interno do colo uterino impérvio e vitalidade embrionária preservada. Um quarto das mulheres desenvolve sangramento na gestação inicial, que pode ser acompanhado por desconforto suprapúbico, cólicas moderadas, pressão pélvica ou dor lombar persistente. Na avaliação inicial, deve-se atentar para a possibilidade de gravidez ectópica. Nesse sentido, o exame físico do abdome e a avaliação dos anexos por meio do toque bimanual podem levar à suspeita de gestação ectópica.

O diagnóstico é confirmado pelo ultrassom, e a conduta é expectante. A paciente deve ser orientada sobre evitar manter relações sexuais e procurar atendimento em caso de progressão do quadro.

B. Abortamento inevitável

É considerado abortamento inevitável aquele em que a mulher, além de sangramento vaginal abundante e cólicas uterinas, apresenta colo pérvio e não há possibilidade de salvar a gravidez.

C. Abortamento completo

O abortamento completo ocorre quando há eliminação completa do produto conceptual. A cavidade uterina se apresenta vazia após gestação anteriormente documentada. A ultrassonografia é o exame que demonstra ausência da gestação. A paciente relata história de sangramento importante, cólicas e eliminação de tecidos. O orifício interno do colo uterino tende a se fechar depois da expulsão completa.

D. Abortamento incompleto

O abortamento incompleto é definido pela presença intrauterina dos produtos da concepção, após a expulsão parcial do tecido gestacional. O diagnóstico ultrassonográfico é difícil e não existe consenso quanto aos melhores critérios.

E. Abortamento infectado

O abortamento infectado ou séptico refere-se a útero infectado no contexto de gravidez. Os sinais e sintomas mais frequentes são febre, sangramento genital em pequena quantidade ou purulento associado a odor fétido, dor abdominal ou pélvica, sensibilidade uterina e/ou outros sinais sistêmicos de infecção. Quando não tratado com urgência, o abortamento infectado progride rapidamente para sepse e pode ser fatal.

F. Abortamento retido

O abortamento ocorre quando for constatada uma gestação inviável em exame de ultrassonografia, com ausência de batimentos cardíacos fetais ou do embrião (gravidez anembrionada), mas não ocorre a expulsão espontânea do conteúdo intrauterino. Os produtos da concepção podem permanecer retidos por dias ou semanas, com o orifício interno do colo uterino impérvio. Classicamente é definido como a não eliminação do produto conceptual por um período de 30 dias.

G. Abortamento induzido

O abortamento induzido é definido pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo) como término da gravidez por meio de utilização de drogas ou cirurgia, após a implantação e ANTES que o embrião ou feto seja independentemente viável. Ou seja, a definição exclui o feticídio após o início da 22ª semana de gravidez (BRIOZZO; FAÚNDES, 2008).

5.1.3 Quadro clínico

Sangramento vaginal e desaparecimento de sintomas gestacionais são sugestivos de abortamento, mas sintomas inespecíficos, como sangramento e cólicas, podem também ocorrer em gestação normal, gravidez ectópica e na doença trofoblástica, dificultando o diagnóstico.

As apresentações clínicas incluem o abortamento não complicado ou aquele complicado por hemorragia e/ou infecção, e tal classificação determinará a urgência ou não na conduta.

No abortamento não complicado, a paciente encontra-se hemodinamicamente estável e sem evidências de infecção. Ocorre redução ou desaparecimento dos sintomas gestacionais, como mastalgia, náuseas e vômitos. O volume do sangramento varia bastante, e as pacientes podem referir eliminação de coágulos ou membranas, mas a perda gestacional não pode ser confirmada sem outras avaliações, principalmente a ultrassonografia transvaginal. As cólicas abdominais podem variar de leves a severas, especialmente durante a eliminação do tecido gestacional.

No abortamento complicado por hemorragia, a paciente apresenta sangramento transvaginal maciço com alteração de sinais vitais, anemia e taquicardia, levando à necessidade de reposição volêmica, transfusão sanguínea e esvaziamento uterino cirúrgico.

5.1.4 Diagnóstico

No diagnóstico de abortamento, o exame físico e os exames laboratoriais são especialmente importantes para diferenciar os casos que necessitam de atendimento de urgência. O exame especular permite a avaliação do sangramento, de sua origem e quantidade, e de sinais de infecção. O toque vaginal bimanual permite a determinação da dilatação cervical e pode auxiliar na estimativa da idade gestacional.

Os exames laboratoriais devem incluir o tipo sanguíneo ABO e Rh, para que seja possível prevenir a aloimunização materno-fetal e em caso de necessidade de transfusões sanguíneas. A dosagem da fração beta da gonadotrofina coriônica (beta-hCG) está sujeita a variações na gravidez, e uma única dosagem pode não ser suficiente para fazer o diagnóstico de perda gestacional. Entretanto, a queda superior a 25% é altamente sugestiva de abortamento. Em dosagem única de hCG, sabe-se que, com valores de 2500 mUI/mL, o saco gestacional intrauterino deve ser visualizado.

Os batimentos cardíacos fetais são detectados por volta de seis semanas, quando o embrião mede entre 1 mm e 5 mm, e o diâmetro médio do saco gestacional varia de 13 mm a 18 mm. A idade gestacional em que são visualizados os marcadores ultrassonográficos pode ser vista na Tabela 2.

A ultrassonografia transvaginal é o exame padrão para mulheres com complicações na gestação inicial. Quando a gravidez foi anteriormente identificada, o diagnóstico de abortamento é feito pela não visualização da gravidez em exame posterior ou pela ausência de atividade cardíaca fetal.

Pode-se definir gestação não evolutiva por:

- Saco gestacional ≥ 25 mm, sem vesícula vitelina ou embrião.
- Ausência de embrião com batimento cardíaco embrionário 14 dias após visualização de saco gestacional sem vesícula vitelina.
- Ausência de embrião com batimento cardíaco embrionário 11 dias após visualização de saco gestacional com vesícula vitelina.
- Embrião ≥ 7 mm, sem batimentos cardíacos.
- Ausência de embrião com atividade cardíaca em casos previamente documentados.

Tabela 2 – Idade gestacional de surgimento dos marcadores gestacionais à ultrassonografia transvaginal

Marcador	IG* de surgimento à USTV**
Saco gestacional	4,5 a 5 semanas
Vesícula vitelina	5 semanas
Atividade cardíaca	5,5 a 6 semanas
Medida craniocaudal	6 semanas

Fonte: Shuchi *et al.*, 2015.

* Idade gestacional.

** Ultrassonografia transvaginal.

5.1.5 Conduta

O manejo do abortamento mudou radicalmente nos últimos 20 anos. A ênfase em cirurgia de urgência evoluiu para uma abordagem centrada na paciente através do tratamento individualizado, possibilitando sua própria escolha entre as condutas disponíveis. Assim, devem ser considerados os valores e as preferências da mulher para que sejam discutidas as várias opções de tratamento.

A. Expectante

Consiste em aguardar a eliminação espontânea do produto conceptual. As mulheres são geralmente orientadas a esperar duas semanas para que o abortamento se complete, mas a conduta pode ser mantida por mais tempo se não houver sinais de infecção. É necessária a observação da paciente a cada uma ou duas semanas, até o completo esvaziamento uterino, que pode ser confirmado por sinais clínicos e ultrassonografia transvaginal. A possibilidade de mudança de conduta deve sempre ser considerada, especialmente se houver sinais de infecção, hemorragia ou não eliminação espontânea em até quatro semanas. O manejo da dor durante a passagem dos restos ovulares pelo canal cervical pode incluir o uso de anti-inflamatórios não esteroides, mas algumas pacientes podem requerer o uso de medicações de administração hospitalar, especialmente após o primeiro trimestre.

As principais complicações da conduta expectante são esvaziamento uterino incompleto e infecção. O primeiro pode ser resolvido com conduta medicamentosa ou cirúrgica, mas a infecção uterina demanda início imediato de antibióticos e remoção cirúrgica do conteúdo intrauterino. A conduta expectante prolongada tem o potencial de induzir alterações na coagulação materna. Quatro semanas após o diagnóstico, o risco de coagulação intravascular disseminada (CIVD) é de aproximadamente 10% e aumenta com o passar do tempo.

B. Medicamentosa

Geralmente, pacientes com contraindicação cirúrgica ou que desejam evitar manipulação uterina optam pelo uso de medicamentos. A droga mais comumente utilizada é o misoprostol; o seu uso a cada seis horas mostra elevada taxa de sucesso. No Brasil, o misoprostol é uma medicação de uso exclusivo hospitalar. As doses de misoprostol recomendadas pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo) podem ser vistas na Figura 1. Da mesma forma que na conduta expectante, há risco de sangramento aumentado e eliminação incompleta. A paciente deve receber analgesia oral ou endovenosa durante a eliminação.

Figura 1 – Doses de misoprostol recomendadas pela FIGO



MISOPROSTOL SOZINHO

REGIMES RECOMENDADOS 2017

< 13 semanas de gestação	13–26 semanas de gestação	> 26 semanas de gestação ⁸	Uso pós-parto
<p>Interrupção da gravidez^{a,b,1} 800 µg VSI a cada 3 horas <i>ou</i> VV*/VB a cada 3–12 horas (2–3 doses)</p>	<p>Interrupção da gravidez^{1,5,6} 13–24 semanas: 400 µg VV*/VSI/VB a cada 3 horas^{a,c} 25–26 semanas: 200 µg VV*/VSI/VB a cada 4 horas^f</p>	<p>Interrupção da gravidez^{1,5,9} 27–28 semanas: 200 µg VV*/VSI/VB a cada 4 horas^{f,9} > 28 semanas: 100 µg VV*/VSI/VB a cada 6 horas</p>	<p>Profilaxia da hemorragia pós-parto (HPP)^{i,2,10} 600 µg VO (x1) <i>ou</i> prevenção secundária da HPP^{i,11} (perda de sangue aprox. ≥ 350 ml) 800µg VSI (x1)</p>
<p>Aborto retido^{c,2} 800 µg VV* a cada 3 horas (x2) <i>ou</i> 600 µg VSI a cada 3 horas (x2)</p>	<p>Morte fetal^{f,a,1,5,6} 200 µg VV*/VSI/VB a cada 4–6 horas</p>	<p>Morte fetal^{2,9} 27–28 semanas: 100 µg VV*/VSI/VB a cada 4 horas^f > 28 semanas: 25 µg VV* a cada 6 horas <i>ou</i> 25 µg VO a cada 2 horas^h</p>	<p>Tratamento da HPP^{k,2,10} 800 µg VSI (x1)</p>
<p>Aborto incompleto^{a,2,3,4} 600 µg VO (x1) <i>ou</i> 400 µg VSI (x1) <i>ou</i> 400–800 µg VV* (x1)</p>	<p>Aborto inevitável^{a,2,3,5,6,7} 200 µg VV*/VSI/VB a cada 6 horas</p>	<p>Indução do parto^{h,2,9} 25 µg VV* a cada 6 horas <i>ou</i> 25 µg VO a cada 2 horas</p>	
<p>Preparação cervical para aborto cirúrgico^d 400 µg VSI 1 hora antes do procedimento <i>ou</i> VV* 3 horas antes do procedimento</p>	<p>Preparação cervical para aborto cirúrgico^a 13-19 semanas: 400 µg VV 3–4 horas antes do procedimento > 19 semanas: tem que ser combinado com outras modalidades</p>		

<p>References</p> <ul style="list-style-type: none"> a WHO Clinical practice handbook for safe abortion, 2014 b von Hertzen et al. Lancet, 2007; Sheldon et al. 2016 FIAPAC abstract c Gemzell-Danielsson et al. IJGO, 2007 d Sääv et al. Human Reproduction, 2015; Kapp et al. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010 e Dabash et al. IJGO, 2015 f Perritt et al. Contraception, 2013 g Mark et al. IJGO, 2015 h WHO recommendations for induction of labour, 2011 i FIGO Guidelines: Prevention of PPH with misoprostol, 2012 j Raghavan et al. BJOG, 2015 k FIGO Guidelines: Treatment of PPH with misoprostol, 2012 	<p>Notas</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Se a mifepristona estiver disponível (preferencial), siga o regime posológico prescrito para mifepristona + misoprostol 2 Incluído na Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS 3 No caso de aborto incompleto/ inevitável, a mulher deve receber um tratamento baseado em seu tamanho uterino e não na idade gestacional determinada por data da última menstruação (DUM) 4 Deixar surtir efeito durante 1 ou 2 semanas exceto no caso de hemorragia excessiva ou infecção 5 Pode ser administrada uma dose adicional caso a placenta não tenha sido expelida 30 minutos após a expulsão fetal 6 Vários estudos limitaram a dosagem a 5 doses; a maioria das mulheres apresentaram expulsão total antes da utilização das 5 doses, mas outros estudos continuaram para além das 5 doses e obtiveram uma taxa de sucesso total superior sem problemas de segurança 7 Incluindo rotura das membranas quando parto for indicado 8 Seguir o protocolo local no caso de cesárea prévia ou cicatriz uterina transmural 9 Se apenas estiverem disponíveis comprimidos de 200 µg, podem ser preparadas doses inferiores dissolvendo-os em água (ver www.misoprostol.org) 10 Se não estiver disponível oxitocina ou se as condições de conservação forem inadequadas 11 Opção para programas comunitários 	<p>Via de administração</p> <p>VV: via vaginal VSI: sublingual (por baixo da língua) VO: oral VB: bucal (entre a bochecha)</p> <p>[*] Evitar VV (via vaginal) no caso de hemorragia e/ou sinais de infecção</p> <p>A via retal não está incluída como via recomendada devido ao perfil farmacocinético não estar associado à melhor eficácia por esta via.</p>
--	--	--

Fonte: Morris, 2017.

Vale ressaltar as contraindicações ao uso do misoprostol elencadas na bula do medicamento. São elas: cicatriz uterina; cesárea anterior; doença vascular cerebral; doença coronariana; ingestão prévia, num período de 4 horas, de anti-inflamatórios não esteroides (AINES); hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula.

Outras contraindicações:

- A suspeita de gravidez ectópica, que pode ser fatal e para a qual o procedimento de aborto medicamentoso não é um tratamento indicado;
- Devido ao maior potencial de perda sanguínea durante o procedimento, pacientes com distúrbios hemorrágicos ou que estão em terapia anticoagulante devem ser preferencialmente direcionadas para o abortamento por aspiração;
- O aborto medicamentoso é contraindicado para pacientes em uso de dispositivo intrauterino. No caso de necessidade, o DIU deve ser removido previamente.

Observação importante: o uso de misoprostol não está contraindicado para pacientes asmáticas; embora algumas prostaglandinas resultem em broncoconstrição, o misoprostol tem ação broncodilatadora e, portanto, não está associado com o início ou exacerbação da asma.

C. Cirúrgica

O esvaziamento uterino cirúrgico é a escolha para mulheres com sangramento excessivo, instabilidade hemodinâmica, sinais de infecção, comorbidades cardiovasculares ou hematológicas. No caso de mulheres clinicamente estáveis, a cirurgia pode ser oferecida para aquelas que preferem resolver o quadro rapidamente ou cujo tratamento conservador não foi bem-sucedido. A conduta cirúrgica inclui a aspiração manual ou elétrica, com ou sem dilatação cervical, e a curetagem uterina para situações em que não estiver disponível a aspiração ou a critério médico.

Recomenda-se, sempre que possível, dar preferência para a aspiração do conteúdo uterino, se possível, pelos riscos de perfuração, maior perda sanguínea, dor, formação de aderências intrauterinas e necessidade de maior dilatação cervical com a curetagem. O trauma cervical pode ocorrer durante a tração para dilatação mecânica, principalmente em nulíparas e idade gestacional avançada. Pode ser prevenido com preparo cervical com misoprostol, sendo este preparo necessário nos casos de abortamentos tardios. A perfuração uterina e a infecção são outras possíveis complicações cirúrgicas. Aderências uterinas podem se desenvolver após a curetagem.

5.1.6 Cuidados após o abortamento

A prescrição da imunoglobulina anti-D tem sido tradicionalmente recomendada, na dose de 300 mcg, nos casos de abortamento, independentemente da idade gestacional.

No entanto, atualmente, há orientações divergentes quanto à indicação da profilaxia de aloimunização em casos de abortamentos antes da 12^a semana de gestação.

O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG), em seu boletim de 2018, orienta a favor do uso profilático de imunoglobulina anti-D em casos de mulheres Rh negativas que forem submetidas a procedimentos cirúrgicos no manejo de perda gestacional precoce, especialmente em idades gestacionais mais próximas do final do primeiro trimestre.

Já o Colégio Europeu de Ginecologia e Obstetrícia (RCOG) e a OMS não orientam a profilaxia com imunoglobulina anti-D, em nenhum tipo de manejo de perda gestacional (medicamentoso ou cirúrgico) antes de 12 semanas de gestação.

Quanto ao abortamento após o início da 12^a semana, a orientação é única: administração de imunoglobulina anti-D em mulheres Rh negativas, independentemente da existência de intervenções (5,6,11).

Em mulheres que optam pelo esvaziamento uterino cirúrgico, o material é rotineiramente enviado para exame histológico, para confirmar ou excluir uma gestação molar. No caso de conduta expectante ou medicamentosa, recomenda-se a realização de beta-hCG sérico 30 dias após a eliminação, a fim de documentar a resolução do quadro e minimizar a possibilidade de um diagnóstico de doença trofoblástica passar despercebido. Os períodos menstruais normais voltam em um ou dois meses após o abortamento. É seguro para as mulheres retomarem atividade sexual quando o sangramento parar.

O abortamento geralmente é um evento estressante para as mulheres e seus parceiros. Para muitos, representa a perda de um bebê, mesmo em gestações iniciais, e isso pode ser exacerbado por problemas anteriores de fertilidade ou gestacionais. Os sentimentos de perda e de luto são comuns, mas geralmente autolimitados. Tratar mulheres que abortam com respeito e sensibilidade, explicar os procedimentos e as opções, e dar a elas tempo para tomar decisões, quando clinicamente possível, podem fazer diferença na experiência do abortamento. Quando as mulheres desenvolvem ansiedade ou depressão após uma perda gestacional, elas podem se beneficiar de aconselhamento e suporte psicológico.

5.2 ABORTAMENTO ESPONTÂNEO DE REPETIÇÃO

O conceito clássico de abortamento espontâneo de repetição (AER) é de três ou mais perdas gestacionais espontâneas e consecutivas. No entanto, atualmente se recomenda a pesquisa da causa das perdas em casais com dois ou mais abortamentos, desde que tenham sido gestações clínicas e intrauterinas (ou seja, quando há sinais clínicos ou ultrassonográficos de gestação, e não apenas detecção do beta-hCG), principalmente quando a mulher tem 35 anos ou mais ou tem história de infertilidade prévia.

O AER é uma das áreas mais difíceis da medicina reprodutiva, pois traz sentimentos de tristeza e frustração para o casal. Infelizmente, dificilmente se estabelece uma causa para as perdas, e há poucas estratégias de tratamento comprovadas cientificamente. Por isso, é comum que muitas intervenções caras e ineficazes sejam adotadas em razão do desespero do casal, mas que não melhoram o prognóstico.

5.2.1 Diagnóstico clínico de AER

Para estabelecer uma linha de pensamento sobre a causa das perdas, a anamnese é fundamental e deve conter os seguintes elementos:

- Antecedentes obstétricos: detalhar as características das perdas gestacionais. Verificar se houve gestações evolutivas, natimortos, malformados prévios e as características dos abortamentos: idade gestacional em que ocorreram, se houve aparecimento de embrião e batimentos cardíacos à ultrassonografia, como foi o quadro clínico da perda e se foi feito algum exame subsidiário no material de abortamento.
- Antecedentes pessoais: devemos interrogar sobre doenças, eventos tromboembólicos prévios e hábitos.
- Antecedentes familiares: pesquisar eventual história, em parentes próximos, de natimortos, anomalias congênitas, retardo de desenvolvimento e eventos tromboembólicos.
- Antecedentes reprodutivos em relação ao parceiro: idade, doenças, filhos de outros relacionamentos. Infertilidade e consanguinidade com a parceria sexual.

5.2.2 Fatores de risco de AER

Existem fatores de risco bem conhecidos, embora muitas vezes não consigamos estabelecer a causa:

- Idade materna: quanto maior a idade, maior o risco de abortamento. Assim, de 20 a 30 anos, a mulher tem risco de 10% a 17%; de 31 a 35 anos, o risco é de 20%; de 36 a 40 anos, o risco é de 40%; de 41 a 45 anos, aumenta para 80%.
- Tabagismo.
- Consumo de álcool e drogas.
- Cafeína: dose-dependente.
- Baixo índice de folato.
- Extremos de peso: IMC <18 ou >35.

5.2.3 Fatores causais - diagnóstico - tratamento

I. Cromossomopatias

São a causa mais frequente dos abortamentos precoces esporádicos. Quanto maior o número de abortamentos ou a idade gestacional em que ocorrem, menor a chance de serem decorrentes de alterações cromossômicas. Por essa razão, a partir do segundo abortamento, sempre que possível, deve-se propor ao casal o estudo do cariótipo do material de abortamento por cultura por banda G ou por estudo por técnicas moleculares do produto da concepção (POC) (CGH – array).

Está indicada a pesquisa do cariótipo de sangue periférico do casal no caso de AER. Em torno de 3% a 5% desses casais terão alteração do cariótipo, o que significa seis a dez vezes mais que na população geral. As alterações mais frequentes são as anomalias balanceadas: translocações recíprocas e robertsonianas em 2% a 6% (dez vezes mais que na população geral). Em dois terços das vezes, a alteração estará na mulher.

O tratamento dessas condições, até o momento, baseia-se no aconselhamento genético. Há possibilidade de oferecer reprodução assistida com teste genético pré-implantacional, mas há chance razoável de recém-nascido vivo com concepção espontânea. O casal deve ser aconselhado sobre os riscos e as probabilidades de sucesso.

II. Fatores anatômicos

Os defeitos uterinos congênitos ou adquiridos estão mais associados a abortamentos tardios ou a partos prematuros, mas, eventualmente, podem ser causa de abortamentos precoces. Assim, a investigação da cavidade uterina em pacientes com abortamento habitual é amplamente recomendada.

A investigação deve ser feita com exames de imagem. A ultrassonografia tridimensional pélvica e transvaginal, quando disponível, mostra-se o método de escolha. Quando não disponível,

sugere-se a associação de dois métodos, que podem ser a ultrassonografia e a histerossalpingografia ou a ultrassonografia e a histeroscopia. A ressonância nuclear magnética pode ser aventada aos casos de diagnóstico diferencial ou quando um melhor detalhamento da alteração é necessário.

Nos defeitos adquiridos – pólipos, sinéquias, leiomiomas –, o tratamento é controverso. Porém, em defeitos importantes, deve-se considerar correção cirúrgica. No caso de leiomiomas submucosos maiores que 4,5 cm, a literatura mostra um benefício na ressecção. Não há indicação de cirurgia em mulheres com miomas intramurais ou subserosos que não distorcem a cavidade.

Os defeitos congênitos, alterações da anatomia uterina resultantes do desenvolvimento anormal dos ductos de Müller ou paramesonéfricos, são frequentemente assintomáticos e subdiagnosticados até se associarem a problemas reprodutivos. Podem ser causa de AER, e os que mais se associam à perda gestacional são o útero bicorno e o septado. A fisiopatologia se baseia na distensão uterina deficiente, vascularização diminuída, menos sensibilidade a esteroides e maior atividade inflamatória. O tratamento, geralmente restrito ao útero septado, baseia-se em restaurar a anatomia e preservar a fertilidade, ressecando o septo por histeroscopia. Deve-se lembrar que os defeitos congênitos são frequentemente associados a anomalias do trato geniturinário e insuficiência istmocervical. Vale solicitar ultrassonografia de rins e vias urinárias e sugere-se seguimento transvaginal de colo a partir de 14 semanas de gestação, independentemente da correção prévia do defeito.

A insuficiência istmocervical também pode ser uma causa de abortamentos tardios ou partos prematuros, com história de cervicodilatação precoce. Nesses casos, o tratamento preconizado será a cerclagem por via transvaginal durante a gestação.

III. Trombofilias

Atualmente, só se aceita que a trombofilia adquirida se associe à morbidade obstétrica. As hereditárias não se associam a maior risco obstétrico e não devem ser investigadas

ou tratadas. A trombofilia adquirida relacionada ao AER é a síndrome dos anticorpos antifosfolípides (SAF), que se caracteriza por morbidade obstétrica e presença de anticorpos antifosfolípides. Os anticorpos que definem a síndrome são anticardiolipina (IgG ou IgM), lúpus anticoagulante e beta-2-glicoproteína 1 autoanticorpos. Ressalta-se que os anticorpos devem estar presentes em títulos altos, e a positividade repetida e confirmada em 12 semanas, e devem ser dosados fora do período gestacional. Frente ao diagnóstico de SAF, a paciente com abortamento de repetição deve ser medicada com ácido acetilsalicílico 100 mg/dia e heparina de baixo peso molecular com dose profilática ou intermediária. Recomenda-se que o ácido acetilsalicílico seja iniciado assim que programada a gestação, e a heparina, quando feito o diagnóstico de gravidez.

IV. Fatores infecciosos

A correlação dos fatores infecciosos com o AER é controversa, mas sua pesquisa não é habitualmente recomendada.

V. Fatores endócrinos

Para as pacientes com abortamento espontâneo de repetição, recomenda-se a pesquisa de glicemia de jejum e TSH. Pacientes com diabetes descontrolado apresentam maior risco de perda gestacional, mas a associação da perda recorrente com a hiperglicemia leve ou a intolerância à glicose não é comprovada. Tem-se valorizado também os extremos de peso, principalmente a obesidade, com desfecho obstétrico desfavorável, inclusive com o abortamento. Portanto, as mulheres devem ser orientadas a manter o peso adequado.

Existe controvérsia se a ocorrência de tireopatias se associa a maior frequência de abortamentos. De qualquer forma, sugere-se rastrear e tratar o hipotireoidismo clínico ou subclínico, mantendo os níveis de TSH <2,5.

Quanto ao uso de progesterona natural por via vaginal, os estudos mostram que não há benefício em usá-la em paciente que apresenta sangramento em um abortamento esporádico, mas parece haver benefício em seu uso na dose de 200 mg por via vaginal nas pacientes com AER até 12 semanas.

VI. Fatores imunológicos

Estes já foram muito pesquisados, mas, até o momento, não existem evidências de estarem associados à perda gestacional, e os tratamentos propostos até hoje não se mostraram eficazes na redução da perda gestacional e são financeiramente caros e, muitas vezes, não seguros para a mulher. Por enquanto, não há recomendação de sua pesquisa e/ou tratamento na prática assistencial de rotina.

VII. Fatores emocionais

Sempre estão presentes no quadro e devem ser cuidadosamente pesquisados e assistidos. No entanto, parecem ser mais consequência do quadro de perdas gestacionais do que sua causa.

VIII. Fatores masculinos

A fragmentação dos espermatozoides parece estar implicada como causa de maior número de abortamentos, embora essa associação não esteja comprovada. Da mesma forma que para as mulheres, os homens devem ser orientados a manter o peso adequado, corrigir distúrbios metabólicos e evitar o fumo e o consumo de álcool e drogas.

5.2.4 Prognóstico

Mesmo após investigação, a chance de determinar uma causa para as perdas gestacionais chega a no máximo 50%-60%. Os casais devem ser orientados de que o objetivo maior da avaliação é afastar e não exatamente definir uma causa para as perdas. O prognóstico reprodutivo é bom e depende fundamentalmente da idade da mulher e do número de abortamentos prévios, e a chance de o casal ter um filho vivo geralmente ultrapassa 60%. A mulher deve ser orientada a manter o peso adequado e não adiar a gravidez. O aconselhamento e o suporte emocional ainda constituem o tratamento mais efetivo para casais com abortamento espontâneo de repetição sem causa aparente, com bons índices de sucesso gestacional.

6

PLANEJAMENTO FAMILIAR PÓS-ABORTAMENTO

A mulher com complicações de abortamento, espontâneo ou por decisão pessoal, tem necessidade de cuidados destinados a protegê-la das consequências físicas e psicológicas do processo que está sofrendo, assim como a evitar que volte a ser acometida do mesmo problema no futuro.

Sabe-se que o risco de ter novo abortamento é maior entre as mulheres que já tiveram um abortamento, e aumenta com o número de abortamentos anteriores. Nos casos de abortamento espontâneo de repetição, as mulheres precisam proteger-se de nova gravidez até serem encaminhadas a um serviço especializado que as ajude no diagnóstico e no tratamento de seu problema.

Nos casos de abortamento provocado, a adoção imediata de contracepção tem-se mostrado medida eficaz para reduzir o risco de novos abortamentos.

A mulher precisa da orientação dos provedores de serviço e de disponibilidade de métodos eficazes e aceitáveis na redução do risco de gravidez não desejada. Portanto, o atendimento da mulher com complicações de abortamento só será completo se acompanhado de orientação sobre anticoncepção e de oferta de métodos no pós-abortamento imediato.

6.1 ORIENTAÇÃO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR

As orientações devem começar por informar que a recuperação da fertilidade pode ser quase que imediata após o abortamento e que, portanto, a anticoncepção deve iniciar-se também de imediato, ainda que a mulher não deseje, tão logo, ter relações sexuais. A experiência mostra que a possibilidade de o abortamento se repetir é maior justamente entre as mulheres que acham que não estarão expostas a uma gravidez nos meses ou anos seguintes e, por isso mesmo, não se protegem adequadamente. Esse maior risco deve ser comunicado às mulheres atendidas por abortamento para motivá-las a se proteger contra uma gravidez não desejada.

Deve-se informar sobre todos os métodos aceitos no Brasil, inclusive sobre a eficiência de cada um deles para evitar a gravidez. Nesse sentido, o dispositivo intrauterino com cobre e os hormonais injetáveis trimestrais ou mensais têm-se demonstrado mais eficientes por menor risco de esquecimento. Nos casos de não aceitação ou impossibilidade de utilização desses métodos, a pílula e os métodos de barreira ganham lugar de destaque.

Por outro lado, é necessário lembrar que os métodos destacados acima não protegem contra as infecções sexualmente transmitidas. Nesse sentido, não se pode deixar de prover informação completa sobre o uso de preservativos e sobre como obtê-los, promovendo o conceito de dupla proteção, contra a gravidez e as infecções de transmissão sexual.

6.2 OFERTA DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Idealmente, todos os métodos mencionados acima devem estar disponíveis no local onde se atende a mulher em abortamento, dando-lhe oportunidade de iniciar o uso antes de receber alta. Em que pese a obrigatoriedade da orientação e da oferta de métodos contraceptivos, as mulheres devem ter absoluta liberdade de aceitar ou não os métodos acima citados.

Nos casos em que a mulher aceita um método, este pode ser iniciado de imediato. No caso do DIU, deve-se oferecer a inserção no fim do esvaziamento uterino (AMIU ou curetagem) nas mulheres sem nenhum sinal ou suspeita de infecção, na alta hospitalar ou no retorno ao hospital ou à unidade de saúde dentro dos primeiros 15 dias pós-abortamento ou logo depois da primeira menstruação após o esvaziamento.

O injetável mensal ou trimestral pode ser administrado entre o dia do esvaziamento e o 5º dia pós-abortamento, da mesma forma que o anticoncepcional hormonal oral. Como muitas mulheres terão dificuldades em consultar na unidade de saúde dentro desses prazos, é necessário que os métodos estejam disponíveis no hospital que atende o abortamento para que as mulheres possam iniciar o método escolhido dentro do prazo recomendado. Reitera-se que a mulher pode engravidar caso reinicie sua vida sexual no primeiro mês pós-abortamento e não esteja protegida por algum método anticoncepcional.

6.3 ABORTAMENTO ESPONTÂNEO E ORIENTAÇÃO CONCEPCIONAL

Apesar de ser difícil distinguir se um abortamento é espontâneo ou provocado, sempre há que se considerar que a mulher tem direito à opção de ter um filho algum tempo após o abortamento. Por essa razão, é necessário que a mulher também receba orientação sobre o planejamento de uma nova gravidez.

A completa recuperação da mulher após um abortamento é relativamente rápida, sendo mais demorada se o abortamento ocorreu no 2º trimestre da gestação. Relações sexuais após abortamento não complicado podem ocorrer tão logo a mulher deseje, portanto, ela deve ser orientada a usar um método contraceptivo por três meses para iniciar uma próxima gravidez em melhores condições físicas e emocionais.

REFERÊNCIAS

ASSOCIATION FOR EUROPEAN PAEDIATRIC CARDIOLOGY; GERMAN SOCIETY FOR GENDER MEDICINE. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). **Eur. Heart J.**, v. 32, n. 24, p. 3147-3197, 2011. DOI 10.1093/eurheartj/ehr218. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21873418/>. Acesso em: 23 fev. 2022.

ATWELL K. *et al.* Selection Bias and Outcomes for Preterm Neonates. **Pediatrics**, v. 142, n. 1, e20180470, 2018.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 23 fev. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992**. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Brasília, DF, 1992. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm. Acesso em: 8 mar. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002**. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm. Acesso em: 8 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 8 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018**. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal

dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais). Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13718.html. Acesso em: 8 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: MS, 2003.

BRIOZZO, L.; FAÚNDES, A. The medical profession and the defense and promotion of sexual and reproductive rights. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 100, issue 3, p. 291-294, Mar. 2008.

COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS—GYNECOLOGY. Practice Bulletin nº. 150. Early pregnancy loss. **Obstet. Gynecol.**, v. 125, n. 5, p. 1258-1267, 2015.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DIREITOS HUMANOS. **Declaração e Programa de Ação e Viena**. 1993. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_viena.pdf. Acesso em: 8 mar.2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Brasília, DF: CFM, 2019.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. **Convenção de Belém do Pará**. 1994. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convencaobelem1994.pdf>. Acesso em: 8 mar.2022.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Aborto: classificação, diagnóstico e conduta**. São Paulo: FEBRASGO, 2021. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, nº 1/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Tratado de Obstetrícia**. Rio de Janeiro, Elsevier, 2019.

MORRIS, J. L. *et al.* FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v. 138, n. 3, p. 363-366, 2017.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Ectopic pregnancy and miscarriage**: diagnosis and initial management. London: NICE, 2019. Disponível em: www.nice.org.uk/. Acesso em: 17 abr. 2019.

RYSAVY, M. A. *et al.* An Immature Science: Intensive Care for Infants Born at ≤ 23 Weeks of Gestation. **J. Pediatr.**, v. 233, p. 16-25.e1, Jun. 2021. DOI 10.1016/j.jpeds.2021.03.006. Epub 2021 Mar 7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33691163/>. Acesso em: 23 fev. 2022.

RYSAVY M. A. *et al.* Between-hospital variation in treatment and outcomes in extremely preterm infants. **N. Engl. J. Med.**, v. 372, p. 1801, 2015.

SHUCHI, K. *et al.* Normal and Abnormal US Findings in Early First-Trimester Pregnancy: Review of the Society of Radiologists in Ultrasound 2012 Consensus Panel Recommendations. **RadioGraphics**, v. 35, n. 7, p. 2135-2148, 2015.

BIBLIOGRAFIA

ACOG Committee opinion number 764 – Medically indicated latepreterm and early-term deliveries. **Obstet. Gynecol.**, v. 133, n. 2, p. e151-e155, Feb. 2019.

AMERICAN College of Obstetricians and Gynecologists's Committee on Practice Bulletins — Ginecologia. Boletim prática ACOG nº 200: perda precoce da gravidez. **Obstet. Gynecol.**, v. 132, e197, 2018.

BACKES, Carl H. *et al.* Proactive neonatal treatment at 22 weeks of gestation: a systematic review and meta-analysis. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 224, n. 2, 158-174, Feb. 2021.

BOLETIM de Prática nº 181: Prevenção da Aoinmunização Rh D. **Obstet. Gynecol.**, v. 130, e57, 2017.

BOURKE, J. *et al.* Prevendo a sobrevivência a longo prazo sem maiores incapacidade para bebês nascidos prematuros. **J. Pediatra**, v. 215, p. 90, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília, DF: MS, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRUMBAUGH, J. E. *et al.* Resultados de bebês extremamente prematuros com peso ao nascer inferior a 400 g. **JAMA Pediatra**, v. 173, p. 434, 2019.

CASAS, L. **Invoking conscientious objection in reproductive health care**: evolving issues in Latin America. Toronto: University of Toronto, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Reproductive Health**: CDCs Abortion Surveillance System FAQs. Atlanta: CDC, 2021. Disponível em: https://www.cdc.gov/reproductivehealth/data_stats/abortion.htm. Acesso em: 23 fev. 2022.

COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS–GYNECOLOGY. Practice Bulletin nº 150. Early pregnancy loss. **Obstet. Gynecol.**, v. 125, n. 5, p. 1258-1267, 2015.

HORVATH S. *et al.* A concentração de glóbulos vermelhos fetais em gestantes do primeiro trimestre submetidas à aspiração uterina está abaixo do limiar calculado para a sensibilização de Rh. **Contracepção**, v. 102, p. 1, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM SAÚDE E CUIDADO. **Diretriz do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidado (NICE) sobre o Cuidado ao Aborto**. ©2022. Disponível em: www.nice.org.uk/guidance/ng140. Acesso em: 24 ago. 2022.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Abortion care**. London: NICE, 2019. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140>. Acesso em: 23 fev. 2022.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management**. London: NICE, 2019. Disponível em: www.nice.org.uk/. Acesso em: 17 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretriz de cuidados de aborto**. Genebra: OMS, 2022.

ROYAL AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. **Diretrizes para o uso de Imunoglobulina Rh(D) (Anti-D) em obstetrícia**. Melbourne: RANZCOG, 2019.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS. **Melhores práticas em cuidados com o aborto**. London: RCOG, mar. 2022.

RYSAVY, M. A. *et al.* Variação intra-hospitalar no tratamento e resultados em prematuros extremos. **N. Engl. J Med.**, v. 372, p. 1801, 2015.

SAY, L. *et al.* Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **Lancet Glob. Health**, v. 2, p. e323-333, 2014.

ŞIK, Aytek *et al.* Does feticide shorten termination duration in second trimester pregnancy terminations? **Afr. Health Sci.**, v. 19, n. 1, p. 1544-1553, Mar. 2019.

SILVA, Luciana V.; CECATTI, J. Medical termination of pregnancy with lethally abnormal fetuses: Resumo de Tese. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, n. 9, Set. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000900014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/wbqpMwPtJwycpJ8rH8ZFy5H/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2022.

SILVA, Luciana Vivas *et al.* Feticide does not modify duration of labor induction in cases of medical termination of pregnancy. **Fetal Diagn. Ther.**, v. 23, n. 3, p. 192-197, 2008. DOI 10.1159/000116740. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18417977/>. Acesso em: 23 fev. 2022.

TULANDI, T.; AL-FOZAN, H. M. **Overview of the etiology and evaluation of vaginal bleeding in pregnancy**. 2022. Disponível em: www.uptodate.com. Acesso em: 18 mar. 2022.

TULANDI, T.; AL-FOZAN, H. M. **Pregnancy loss (miscarriage): clinical presentations, diagnosis, and initial evaluation**. 2022. Disponível em: www.uptodate.com. Acesso em: 1 jun. 2022.

TULANDI, T.; AL-FOZAN, H. M. **Pregnancy loss (miscarriage): comparison of treatment options and discussion of related care**. 2022. Disponível em: www.uptodate.com. Acesso em: 9 fev. 2022.

TULANDI, T.; AL-FOZAN, H. M. **Pregnancy loss (miscarriage): management techniques**. 2022. Disponível em: www.uptodate.com. Acesso em: 20 jun. 2022.

TYSON, J. E. *et al.* Cuidados intensivos para prematuridade extrema - indo além da idade gestacional. **N. Engl. J. Med.**, v. 358, p. 1672, 2008.

YOUNGE, N. *et al.* Resultados de Sobrevivência e Neurodesenvolvimento em Bebês Perecíveis. **N. Engl. J. Med.**, v. 376, p. 617, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Abortion**. Geneva: WHO, ©2022. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/abortion#tab=tab_1. Acesso em: 23 fev. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Abortion care guideline**. Geneva: WHO, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations for induction of labor**. Geneva: WHO, 2011.

ANEXO - DADOS DE ÓBITO POR ABORTAMENTO

Causa	CID10 4C Cap 15	2015	2016	2017	2018	2019	*2020	*2021	Total por CID	Total por causa
Infeção do trato geniturinário por órgãos pélvicos	O03.0 Incompleto complicações infecções trato genital ou órgãos pélvicos	3	1	1	5	2	1	3	16	130
	O03.5 Compl. ou NE Complic inf. trato genital ou órgãos pélvicos	0	1	2	4	3	1	1	12	
	O04.5 Complicações ou NE Complic. infecções trato genital ou órgãos pélvicos	2	0	0	0	0	0	0	2	
	O05.0 Incompleto complicações infecções trato genital ou órgãos pélvicos	0	3	2	2	1	1	0	9	
	O05.5 Complicações ou não especificado por complicações infecções do trato genital órgãos pélvicos	2	3	2	2	1	1	0	11	
	O06.0 Incompleto complicações infecções trato genital órgãos pélvicos	7	1	5	0	1	5	2	21	
	O06.5 Complicações ou NE complicações infecções trato genital órgãos pélvicos	11	5	8	7	7	3	3	44	
	O07.5 Out for NE falha aborto completo infecções do trato genital órgãos pélvicos.	5	2	1	3	2	1	1	15	

continua

continuação

Complicações hemorrágicas excessivas ou tardias	O03.1 Incompleto complicado por hemorragia excessiva ou tardia	0	0	4	1	0	0	0	5	35
	O03.6 Complicado ou NE complicações hemorrágicas excesso ou tardia	1	0	0	1	1	0	1	4	
	O04.1 Incompleto complicações hemorrágicas excessiva ou tardia	0	1	0	0	0	1	1	3	
	O05.1 Incompleto I complicações hemorrágicas excessiva ou tardia	0	0	0	0	0	1	0	1	
	O06.1 Incompleto por complicações hemorrágicas excessiva ou tardia	0	0	1	2	0	3	3	9	
	O06.6 Completo ou NE complicações hemorrágicas g excessivas ou tardia	0	2	1	3	0	1	1	8	
	O07.6 Out forma NE falha aborto complicado hemorragias tardia excessiva	0	1	0	2	2	0	0	5	
Outras formas não especificadas sem complicações	O03.4 Incompleto s/complicado	1	0	1	0	0	0	0	2	83
	O03.9 Completo ou NE s/ complicado	3	4	5	3	2	6	2	25	
	O04.9 Completo ou NE s/ complicado	1	0	1	0	0	2	0	4	
	O05.9 Completo ou NE s/ complicado	1	1	0	0	0	1	0	3	
	O06.4 Incompleto s/complicado	0	0	0	1	1	0	0	2	
	O06.9 Completo ou NE s/ complicado	6	5	8	7	7	7	5	45	
	O07.9 Outr form e NE falha prov aborto s/complicado	0	0	1	0	0	0	1	2	

continua

continuação

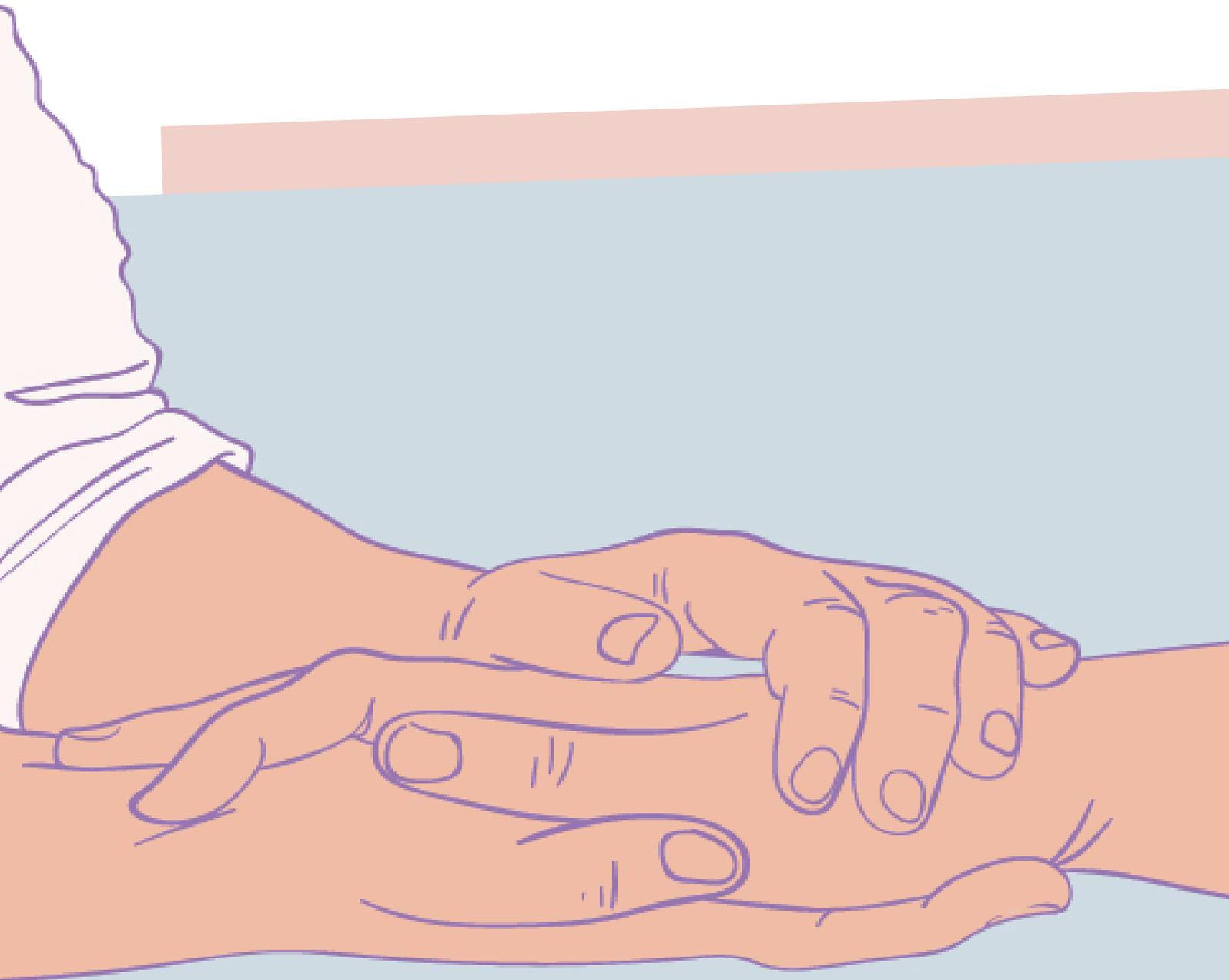
Gravidez ectópica e molar	O08.0 Infecções trato genital ou órgãos pélvicos cons. aborto gravidez ectópica molar	0	0	0	0	3	1	0	4	7
	O08.3 Choque consequência ao aborto gravidez ectópica molar	0	1	0	0	0	0	0	1	
	O08.6 Lesão órgãos tec. Pélvicos consequência aborto gravidez ectópica molar	0	0	1	0	0	0	0	1	
	O08.9 Complicações consequências q aborto gravidez ectópica molar NE	0	0	0	0	1	0	0	1	
Outras formas não especificadas com complicações	O03.3 Incompleto c/outra complicações ou c/complicações NE	0	1	1	2	1	1	2	8	139
	O03.8 Completo ou NE c/outras complicações ou c/complicações NE	8	4	5	7	1	4	3	32	
	O04.8 Completo ou NE c/outras complicações ou c/complicações NE	0	0	0	2	0	0	0	2	
	O05.3 Incompleto c/outras complicações ou c/complicações NE	1	3	0	2	1	1	2	10	
	O05.8 Completo ou NE c/outras complicações ou c/complicações NE	1	5	1	2	2	1	1	13	
	O06.3 Incompleto c/outras complicações ou c/complicações NE	4	1	3	1	1	4	2	16	
	O06.8 Completo ou NE c/outras complicações ou c/complicações NE	4	6	8	5	6	7	5	41	
	O07.8 Outras formas e NE falhas prov. aborto outras completo NE	8	4	2	2	1	0	0	17	

continua

conclusão

Complicações por embolia	O03.7 Completo ou NE complicado p/embolia	0	0	3	0	0	0	0	3	15
	O06.2 Incompleto complicado p/embolia	1	0	0	0	0	1	0	2	
	O06.7 Completo ou NE complicado p/embolia	1	1	0	1	0	1	0	4	
	O07.7 Outras formas e NE falhas prov. Aborto completo embolia	0	0	1	0	0	0	1	2	
	O03.2 Incompleto complicado p/embolia	0	0	1	1	0	2	0	4	
Por razões médicas	O07.0 Falha aborto por razões médicas complicadas infecções do trato genital e órgãos pélvicos	1	0	0	0	0	0	0	1	2
	O07.2 Falha por aborto provocado por razões médicas complicado p/embolia	0	1	0	0	0	0	0	1	
TOTAL		72	57	69	68	47	58	40	411	

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.
[Clique aqui](#) e responda à pesquisa.



DISQUE **136**
SAÚDE

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmis.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

