

RESUMO EXECUTIVO

Guia de boas práticas
para a atenção
ao aborto induzido
a partir de 20 semanas
de gravidez

SÉRIE **Tempos**
do aborto

Documento Nº 5



clacai

CONSORCIO LATINOAMERICANO
CONTRA EL ABORTO INSEGURO

Tempos do aborto

Guia de boas práticas para a atenção ao aborto induzido a partir de 20 semanas de gravidez: resumo executivo

Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro - CLACAI
© Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro CLACAI
Secretaría Ejecutiva hosted by PROMSEX
Av. José Pardo 601, oficina 604, Miraflores, Lima - Perú
511 4478668
susana@promdsr.org
www.clacai.org

Autores: Helena Paro, Mariana Romero, Ruth Zurbriggen, Damián Levy, Sonia Ariza Navarrete, Natalia Acevedo Guerrero e Agustina Ramón Michel

Coordenação: Agustina Ramón Michel e Helena Paro

Assistentes: Martín Pont Vergés e Mariana Vazquez

Revisão Técnica: Guillermo Ortiz, Laura Gil, Alfonso Carrera, Nadya Scherbovsky e Renata Catani

Agradecimentos: Analía Banfi, Beatriz Galli, Carmen Cecilia Martínez López, Cristina Rosero, Dana Repka, Elizabeth Ruiz Hernández, Fausto Viteri, Graciela Lukin Mutov, Jennie Dador Tozzini, Jorge Eduardo Caro, Josefina Miró Quesada Gayoso, Julio César Camelo, Leonel Antonio Soto Restrepo, Linda Valencia, Malena Morales, Mara Zaragoza, Nina Zamberlin, Ninde MolRe, Rebeca Ramos Duarte, Ricardo Antonio Escalante, Silvina Ramos, Soledad Deza e Viviana Mazur.

1a. edição – Outubro 2025

Realizado Depósito Legal na Biblioteca Nacional do Peru N° 2025-11040

Este documento é publicado sob os termos e condições da licença Creative Commons - Atribuição - Não comercial - Sem derivação 4.0 Internacional



Série: Tempos do Aborto. Documento N° 5. Guia de boas práticas para a atenção ao aborto induzido a partir de 20 semanas de gravidez: resumo executivo. Consortio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro/CLACAI.

Sumário

Glossário	4
Introdução	5
Como foi elaborada?	5
Escopo e objetivos	5
Parte 1: Abordagem inicial das pessoas que solicitam um aborto a partir de 20 semanas de gravidez	7
Parte 2: Atenção para a expulsão dos produtos da gravidez	12
Parte 3: Atenção depois da expulsão dos produtos da gravidez	
Parte 4: Tratamento das complicações pós-aborto	17
Referências	18
Anexos	
<i>Tabla 1.</i> Informações necessárias para o aconselhamento e a escolha da técnica de aborto induzido a ser utilizada	22
<i>Tabla 2.</i> Medicamentos e técnicas utilizados para a IAF	23
<i>Tabla 3.</i> Aborto com medicamentos ou dilatação e evacuação (D&E) para tempos gestacionais a partir de 20 semanas	24
<i>Tabla 4.</i> Manejo não farmacológico e farmacológico da dor para tempos gestacionais a partir de 20 semanas	25
<i>Tabla 4.1.</i> Medicamentos utilizados para sedação moderada	26
<i>Table 4.2.</i> Medicamentos utilizados para sedação profunda	26
<i>Tabla 5.</i> Tratamento da hemorragia pós-aborto de acordo com a causa	27
<i>Tabla 6.</i> Sugestão de tratamento antimicrobiano para a infecção pós-aborto	28
Anexo I. Documento com orientações para adaptação do consentimento informado em casos de aborto a partir de 20 semanas de gravidez	29
Anexo II. Sugestão de documento escrito para acompanhar o processo	33

Glossário

Com a finalidade de facilitar a leitura e compreensão deste documento, apresentamos este glossário de termos.

Aborto induzido: Expulsão ou extração de um embrião ou feto (independentemente da duração da gravidez), depois de uma interrupção deliberada de uma gravidez em curso com medicamentos ou por procedimentos, que não tem a intenção de resultar em um nascido vivo. Os abortos induzido são diferentes dos casos de aborto espontâneo ou morte fetal.

Aborto com medicamentos: Aborto induzido mediante o uso de agentes farmacológicos.

Aborto por procedimento: Aborto induzido mediante uso de procedimentos transcervicais como aspiração a vácuo (manual ou elétrica) ou dilatação e evacuação.

Aspiração manual intrauterina (AMIU): Esvaziamento do conteúdo uterino mediante uso de cânulas plásticas conectadas a um aspirador a vácuo de plástico (seringa de 60 mL).

Dilatação e evacuação (D&E): Procedimento para esvaziar o útero em gravidezes com mais de 12-14 semanas. Requer o preparo cervical e é caracterizado pela evacuação do uterina com pinças fórceps e aspiração.

Guia de boas práticas (GBP): Conjunto de orientações para ajudar profissionais de saúde e pessoas da gestão em questões relacionadas ao diagnóstico adequado, tratamento, aconselhamento ou outros procedimentos clínicos para uma determinada condição clínica. É elaborada de maneira colaborativa e sua finalidade é orientar. Pode ser desenvolvida por agências governamentais de qualquer nível, instituições e organizações, ou por um grupo de especialistas em um tema. Reconhece a complexidade e a especificidade contextual das práticas relacionadas ao acesso ao aborto, e busca compartilhar e propor linhas de ação voltadas à promoção dos mais elevados padrões de bem-estar. Da mesma forma, reconhece a existência de práticas inadequadas, cuja erradicação é objetivo deste guia.

Indução de assistolia fetal (IAF): Procedimento para induzir a interrupção da atividade cardíaca fetal, podendo ser realizado por meio de métodos cirúrgicos, como a secção do cordão umbilical, ou com medicamentos, mediante injeção de fármacos pela cavidade amniótica.

Produtos da gravidez: Feto e placenta.

Tempo gestacional: Duração da gravidez, estimada a partir do primeiro dia da última menstruação ou por meio de medidas obtidas por ultrassonografia.

Introdução

Esta **guia de boas práticas** (GBP) parte do reconhecimento da necessidade de provisão de abortos a partir de 20 semanas de gravidez, bem como dos parâmetros de integralidade e qualidade que devem nortear o cuidado, considerando que essas práticas frequentemente geram tensões dentro das equipes e impõem barreiras significativas às pessoas usuárias.

As situações que levam meninas, adolescentes, mulheres e outras pessoas com possibilidade de engravidar a requerer um aborto após a 20ª semana de gravidez são diversas: violência sexual ou coerção; o tempo necessário para que cada pessoa tome sua decisão; barreiras de acesso ao sistema de saúde; falta de informação; dificuldades de deslocamento; situações de extrema vulnerabilidade que comprometem a autonomia; problemas de saúde que surgem ou se agravam com a progressão da gravidez; impossibilidade de sobrevivência fetal extrauterina identificada com o avanço da gravidez; entre outras.

Ainda que se possa afirmar que a frequência desses casos é baixa, os abortos com mais de 20 semanas de tempo gestacional ocorrem e demandam um ambiente acolhedor, que permita sua realização com qualidade e com o cuidado necessário a todas as pessoas envolvidas no processo: quem aborta e os profissionais ou equipes de saúde que prestam a assistência.

Como foi elaborada?

Esta GBP foi desenvolvida a partir de intercâmbios realizados durante um encontro regional presencial realizado em Bogotá, em abril de 2024. Participaram dessa reunião 32 especialistas de diferentes disciplinas, oriundos da Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, El Salvador, Honduras, México e Peru.

O encontro regional foi antecedido por três reuniões nacionais realizadas na Argentina, Colômbia e México, com grupos de composição similar. Para sua organização, foram definidas agenda, metodologia e coordenação de trabalho com o objetivo de fortalecer o encontro regional. Após essas reuniões presenciais, ocorreram encontros virtuais e webinários que ampliaram as discussões e que, de alguma forma, estão refletidos nesta GBP.

Escopo e objetivos

O principal objetivo desta GBP é oferecer orientações a **equipes e profissionais de saúde que realizam abortos seguros a partir de 20 semanas de gravidez**, fornecendo ferramentas que os capacitem a responder de forma mais qualificada e sensível às **expectativas e necessidades tanto das pessoas que solicitam o aborto quanto daquelas que prestam a assistência**.

Quanto aos objetivos específicos, esta GBP busca:

- sistematizar e compartilhar práticas de atenção de qualidade na oferta de serviços de aborto a partir de 20 semanas de gravidez em diferentes países da região, com o intuito de combater práticas estigmatizantes, tecnicamente inadequadas ou abusivas;
- produzir uma ferramenta de referência que contribua para o desenvolvimento de políticas integrais de cuidado na prestação desses serviços, fundamentadas em evidências de práticas seguras e respeitosas das decisões de quem aborta;
- oferecer um instrumento técnico que fortaleça, dê segurança e amplie as equipes responsáveis por garantir o acesso ao aborto induzido a partir de 20 semanas de gravidez.

Parte 1: Abordagem inicial das pessoas que solicitam um aborto a partir de 20 semanas de gravidez

1.1 Aconselhamento

1.1.1: O que é? O que oferecer neste espaço?

- É um momento fundamental no processo de aborto, no qual são discutidas decisões, necessidades, desejos, possibilidades e ambivalências, entre outros aspectos. A pessoa que decidiu abortar é a protagonista do processo.
- A equipe de saúde tem a responsabilidade de oferecer informações, garantir segurança e tranquilidade, além de escutar com empatia e atenção, sem julgar ou questionar quem busca atendimento.
- É importante equilibrar a quantidade de informações fornecidas com aquilo que a pessoa deseja, solicita ou precisa saber.

1.1.2: Como criar um ambiente de confiança e segurança?

- Transmitir à pessoa que os motivos para decidir continuar ou interromper a gravidez são todos pessoais e válidos.
- Conversar sobre as diferentes etapas do processo e o que se espera que aconteça.
- Utilizar uma linguagem acessível, precisa, livre de estigmas ou julgamentos.

1.1.3: Quem pode fazer parte do aconselhamento?

- Profissionais de saúde (sem exigência de uma formação específica) que possuam habilidades de escuta e comunicação, e capacidade de respeitar os silêncios.
- Espera-se que o acolhimento e a escuta qualificada não recaia sobre uma única pessoa, uma vez que podem ser necessários diferentes momentos de encontro com quem solicita o aborto.

1.1.4: Conversamos sobre dor?

- No aconselhamento, deve-se abordar a dor como uma experiência única para cada pessoa, reconhecendo o direito de não senti-la e apresentando as opções disponíveis para seu manejo.
- Entre as opções, serão oferecidos tanto medicamentos quanto outras estratégias de cuidado.

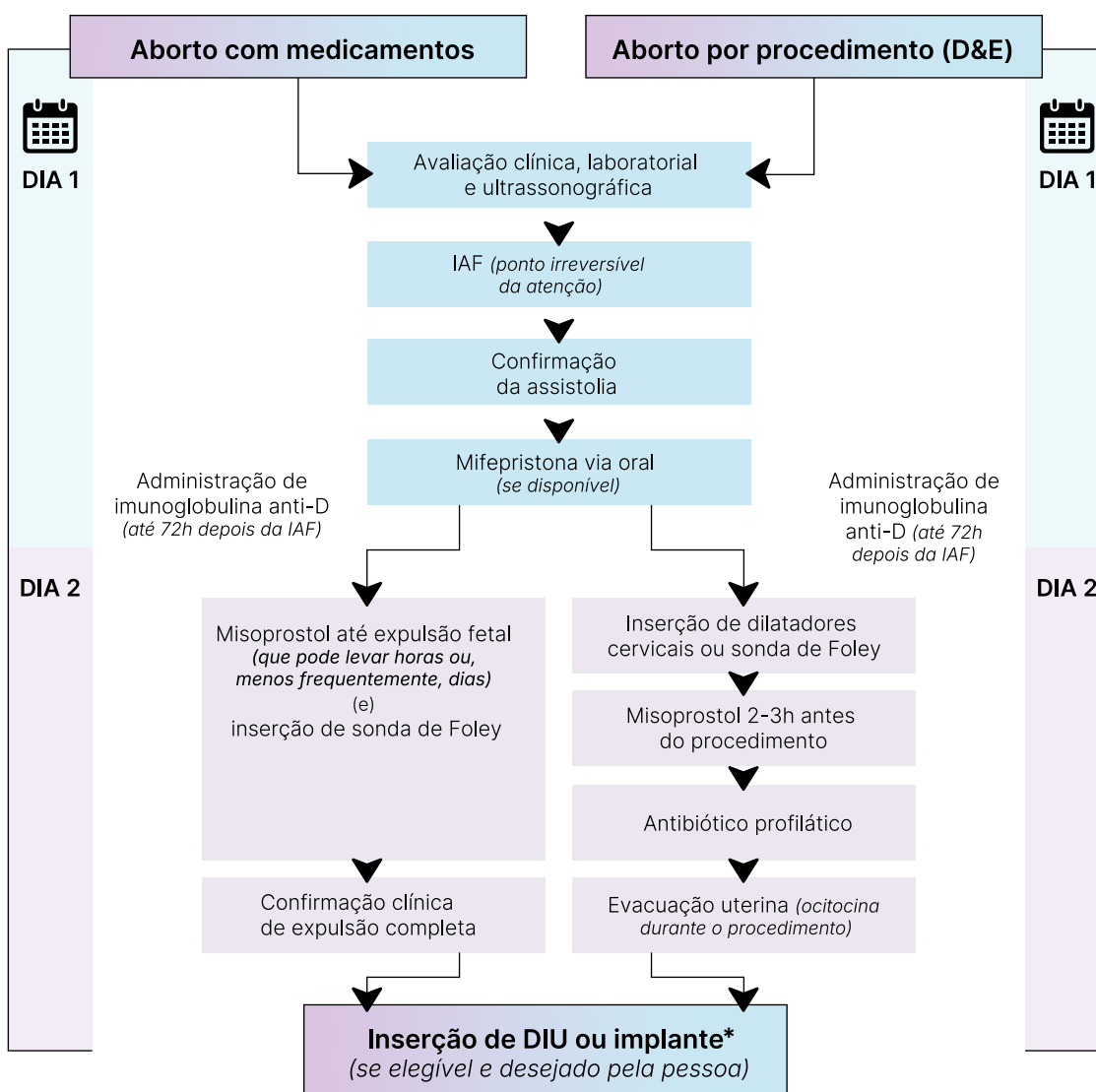
1.1.5: Quem acompanha?

- A decisão de transitar o processo na companhia de uma pessoa significativa cabe exclusivamente à pessoa que aborta.
- A equipe deve acolher quem acompanha como parte integrante do processo, compartilhando orientações e possibilitando que sejam feitas perguntas e levantadas dúvidas.

1.1.6: Quais técnicas oferecer?

- Durante o aconselhamento, é importante destacar que a indução de assistolia fetal (IAF) é um procedimento necessário indicado a partir da 20ª semana de gravidez para evitar a sobrevivência fetal. A IAF consiste em uma injeção abdominal guiada por ultrassonografia e representa um ponto irreversível no cuidado.
- Até a 24ª semana são oferecidas duas opções terapêuticas: o aborto com medicamentos ou a dilatação e evacuação (D&E). As vantagens e desvantagens de cada opção devem ser discutidas com a pessoa durante o aconselhamento (ver [Tabela 1](#) nos Anexos).
- A partir da 25ª semana, o procedimento ofertado é o aborto com medicamentos.

Figura 1



* O implante pode ser inserido no Dia 1

1.1.7: Conversamos sobre contracepção?

- O aconselhamento é uma oportunidade para, a partir de uma perspectiva integral, abordar a preferência e a adoção de um método contraceptivo.
- A equipe deve fornecer informações adequadas, considerando os critérios de elegibilidade e a disponibilidade de opções, respeitando as preferências, experiências e trajetórias da pessoa.
- É importante levar em conta os receios e ambivalências, assim como evitar estigmatizar ou desvalorizar a postergação ou a decisão da pessoa de desistir de um método contraceptivo.

1.2 Consentimento informado

- O consentimento informado é um processo que visa proteger diversos direitos fundamentais, baseado no respeito aos princípios bioéticos.
- É um direito das pessoas que recebem atendimento de saúde e uma obrigação dos profissionais de saúde garantir que as práticas sejam decididas de forma autônoma.
- O objetivo é que as pessoas possam tomar decisões informadas durante o atendimento, incluindo o direito de não consentir com um procedimento, independentemente de quão recomendável ele seja.
- Trata-se de um processo que não se limita à assinatura de um documento ou a uma autorização verbal. Envolve momentos de diálogo e construção conjunta de acordos, nos quais prevalece a vontade da pessoa que solicita o procedimento.
- É um ato pessoal; somente quem requer o procedimento pode concedê-lo.
- A garantia do respeito à confidencialidade e à privacidade é fundamental para o consentimento informado.

1.2.1: Características e regras gerais para o consentimento informado

- O consentimento informado deve atender aos elementos de ser prévio (não pode ser dado retroativamente após um procedimento), livre, pleno e informado.
- A informação que é compartilhada deve ser precisa, atualizada e compreensível.
- Deve conter informações sobre os procedimentos, efeitos, riscos, benefícios, alternativas e direitos.

1.2.2.1 Considerações sobre o processo	1.2.2.2 Considerações sobre a documentação
<ul style="list-style-type: none"> • A informação específica para as práticas de aborto induzido a partir de 20 semanas deve necessariamente incluir os riscos e vantagens associados à técnica que será utilizada em cada etapa do processo; detalhes sobre o procedimento, os prazos envolvidos e a forma como cada passo será realizado; sintomas normais ou esperados em cada fase e sinais de alerta; assim como o que pode ser esperado após o tratamento. • É importante manter uma boa comunicação entre os profissionais, considerando que os abortos a partir de 20 semanas geralmente envolvem múltiplos momentos de atendimento e a intervenção de diferentes profissionais ou até mesmo de distintos serviços de saúde. • Mudanças de opinião ou possível ambivalência da pessoa devem ser compreendidas como parte do processo de consentimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deve ser incentivada a assinatura de um documento único. Quando forem necessários documentos diferentes, por exemplo, devido à participação de várias equipes de saúde ou centros de atendimento, é preferível limitar a documentação a, no máximo, dois documentos. • Embora o diálogo entre a equipe de saúde e a pessoa que solicita o aborto deva ocorrer durante todo o atendimento, ele deve ser especialmente estimulado no momento da assinatura do documento. • Além da cópia do documento assinado, podem ser fornecidos anexos explicativos em formatos acessíveis sobre o procedimento, orientações sobre sinais de alerta e dados de contato, entre outros temas. • O documento deve ser sucinto, claro e preciso, contemplando o seguinte conteúdo mínimo: detalhes do procedimento consentido, técnica e modalidade escolhidas; confirmação de que a pessoa recebeu e compreendeu as informações; informação sobre a possibilidade de revogar o consentimento e o prazo para fazê-lo, conforme a técnica escolhida; assinatura da pessoa que consente; assinatura do profissional de saúde que acompanhou o processo de tomada de decisão.

*****Exemplos de documentos com pautas de adaptação para o consentimento informado encontram-se nos Anexos deste guia.*****

1.2.3: Considerações para o consentimento informado na infância e adolescência

- Não se deve permitir nem promover a substituição da vontade da pessoa que está na infância ou adolescência. É necessário evitar que decisões sejam tomadas por terceiros sem considerar sua opinião. A decisão de continuar ou interromper uma gravidez é um direito personalíssimo.
- Recomenda-se a criação de um ambiente de confiança, que ofereça segurança para que a pessoa possa expressar suas necessidades, dúvidas, medos e decisões.

- A equipe de saúde deve adaptar o processo de consentimento com ajustes de linguagem, tempo e uso de ferramentas de comunicação (como ilustrações), a fim de garantir a compreensão do procedimento.
- Nas faixas etárias em que a legislação exige a participação de representantes legais, é fundamental garantir a participação significativa da pessoa e o direito de ter sua voz ouvida.
- É importante assegurar que as informações fornecidas não serão compartilhadas sem o seu consentimento, exceto em situações de risco iminente ou de violência sexual, nos casos em que a legislação assim exigir.
- Recomenda-se garantir que a pessoa conte com uma rede de apoio durante e após o processo, incentivando a presença de alguém de sua confiança, sem que isso seja uma condição obrigatória quando as normas locais não determinem essa exigência.

1.2.4: Modelo de tomada de decisão com apoio para o acesso ao aborto induzido por pessoas com deficiência

- As pessoas com deficiência têm o direito de tomar decisões sobre seus direitos reprodutivos e o direito de contar com apoios e ajustes que lhes permitam expressar sua vontade de acordo com seus desejos e preferências.
- Os serviços de saúde devem realizar ajustes razoáveis em suas estruturas físicas e práticas assistenciais para garantir acessibilidade às pessoas com deficiência.
- É fundamental perguntar diretamente à pessoa com deficiência se ela deseja ou necessita de apoio para a tomada de decisão ou para expressar/comunicar sua vontade. Isso pode exigir adaptações no atendimento, mas o contato direto com a pessoa com deficiência é indispensável.
- As pessoas que podem apoiar a tomada de decisão sobre o aborto induzido ou ajudar na comunicação devem ser escolhidas pela própria pessoa com deficiência e identificadas dentro de sua rede de confiança.
- A expressão da vontade pode ocorrer por diferentes meios: por escrito, por imagens, em língua de sinais (Libras), por vocalização de sons, gestos ou expressões corporais.
- A equipe de saúde deve sempre estar atenta à vontade da própria pessoa com deficiência, e não à vontade de seus familiares ou ao que terceiros consideram ser "o melhor" para ela.
- Devem ser assegurados, em todas as situações, espaços de confidencialidade e privacidade durante a consulta. Não se deve presumir que a pessoa com deficiência deseja ser acompanhada por familiares ou cuidadores.
- Nos casos em que, após esgotadas todas as possibilidades de ajustes e apoios, não seja possível identificar a vontade e as preferências da pessoa com deficiência em relação à realização do aborto induzido, recomenda-se a adoção da "melhor interpretação de sua vontade". Nesses casos, um grupo interdisciplinar, com a participação de pessoas de sua rede próxima, deve orientar-se por critérios como sua trajetória de vida e história conhecida, manifestações anteriores de vontade em outros contextos e quaisquer outras informações pertinentes que ajudem na decisão do caso concreto.

1.3 Avaliação clínica

- A avaliação clínica completa é fundamental para a identificação de fatores de risco relacionados ao aborto induzido a partir de 20 semanas, e deve incluir, além da anamnese completa, a investigação da história obstétrica, ginecológica, sexual, social, cirúrgica, do uso de medicamentos e da presença de alergias.

1.4 Avaliação complementar e laboratorial

- A partir da 20ª semana de gravidez, está indicada a realização de ultrassonografia para a avaliação das medidas fetais, da localização da placenta e da identificação de possíveis malformações fetais.
- É importante explicitar os motivos da realização da ultrassonografia e o que se pode esperar desse exame, bem como respeitar a preferência da pessoa em ser ou não informada sobre o diagnóstico ou resultado.
- A dosagem de hemoglobina e hematócrito está indicada rotineiramente a partir da 20ª semana. O fator Rh deve ser testado em pessoas com tipagem sanguínea desconhecida.
- O coagulograma e a creatinina sérica estão indicados na presença de qualquer fator de risco para hemorragia (como duas ou mais cesarianas anteriores, cesariana anterior com placenta anterior, ou suspeita/diagnóstico de placenta acreta), e conforme o tempo gestacional.
- Deve ser ofertado o rastreamento para infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV, sífilis, hepatites B e C, gonorréia e clamídia.

Parte 2: Atenção para a expulsão dos produtos da gravidez

2.1 Indução de assistolia fetal

2.1.1: Quando realizar a IAF?

- A indução de assistolia fetal (IAF) está indicada a partir da 20ª semana de gravidez, antes da realização da dilatação e evacuação ou do aborto com medicamentos, embora nada impeça que o procedimento seja realizado antes da 20ª semana por diferentes razões.
- A ausência de recursos para a realização da IAF não pode constituir uma barreira de acesso ao aborto quando o tempo gestacional ou a condição fetal forem incompatíveis com a sobrevivência do nascido vivo.

2.1.2 Medicamentos e técnicas (ver [Tabela 2](#) nos Anexos)

- A indução de assistolia fetal (IAF) com fármacos pode ser realizada por meio de injeção intracardíaca de cloreto de potássio (4–6 mEq) ou de lidocaína (200–240 mg), ou ainda por injeção intra-amniótica ou intrafetal de digoxina (1–2 mg).
- A confirmação da assistolia deve ser feita por ultrassonografia — poucos minutos após a injeção, nos casos de cloreto de potássio e lidocaína, ou entre 24 e 48 horas após a administração de digoxina (opinião de especialistas).

2.2 Aborto com medicamentos

- Para gravidezes de até 24 semanas, recomenda-se a administração oral de 200 mg de mifepristona seguida, após um intervalo de 24 a 48 horas, por 400 mcg de misoprostol por via vaginal, sublingual ou bucal a cada 3 horas, até a expulsão dos produtos da gravidez. Na ausência de mifepristona, utilizam-se 400 mcg de misoprostol por via vaginal, sublingual ou bucal a cada 3 horas até a expulsão.
- Para gravidezes entre 25 e 27 semanas, recomenda-se a administração oral de 200 mg de mifepristona seguida, após um intervalo de 24 a 48 horas, por 200 mcg de misoprostol a cada 4 horas por via vaginal, sublingual ou bucal. Na ausência de mifepristona, utilizam-se 200 mcg de misoprostol a cada 4 horas por via vaginal, sublingual ou bucal.
- Para gravidezes a partir de 28 semanas, recomenda-se a administração oral de 200 mg de mifepristona seguida, após um intervalo de 24 a 48 horas, por 25 a 50 mcg de misoprostol a cada 4 horas por via vaginal. Na ausência de mifepristona, utilizam-se 25 a 50 mcg de misoprostol a cada 4 horas por via vaginal.
- A mifepristona pode ser administrada concomitantemente à indução de assistolia fetal (IAF), aguardando-se entre 24 e 48 horas para iniciar a indução com misoprostol. Em esquemas que não utilizam mifepristona e empregam apenas misoprostol, pode-se inserir a sonda de Foley transcervical e administrar a primeira dose de misoprostol após a confirmação do sucesso da IAF, com o objetivo de reduzir o tempo de indução do aborto (opinião de especialistas).
- Para pessoas com gravidez entre 24 e 27 semanas e histórico de duas ou mais cesáreas, recomenda-se a redução da dose de misoprostol e a oferta de acompanhamento clínico estreito. A inserção da sonda de Foley transcervical pode ser considerada em conjunto com a administração de misoprostol.
- Para pessoas com gravidez acima de 28 semanas e histórico de cesárea, pode-se utilizar a sonda de Foley transcervical em associação com altas doses de ocitocina.
- Após a expulsão fetal, devem ser administradas 10 UI de ocitocina por via intramuscular.
- Na ausência de sinais de infecção ou hemorragia, pode-se aguardar até 4 horas para a expulsão da placenta.
- A evacuação cirúrgica não deve ser realizada de rotina, assim como a ultrassonografia de controle também não deve ser utilizada de rotina após o aborto com medicamentos.

2.3 Dilatação e evacuação

2.3.1: Preparo cervical para a D&E

- O preparo cervical para a dilatação e evacuação (D&E) é realizado com uma combinação de dilatadores cervicais e medicamentos (mifepristona + misoprostol, ou apenas misoprostol).
- Os dilatadores cervicais geralmente são inseridos no dia anterior ao procedimento, com anestesia local por meio de bloqueio paracervical.
- A mifepristona, quando disponível, deve ser administrada por via oral entre 24 e 48 horas antes do procedimento.
- O misoprostol é administrado por via sublingual ou vaginal entre 1 e 3 horas antes do procedimento.

2.3.2: Evacuação uterina

- Para a prevenção de hemorragia pós-aborto, utiliza-se lidocaína com vasopressina no bloqueio paracervical e a administração de 30 UI de ocitocina diluída em 500 mL de solução fisiológica por via endovenosa durante a dilatação e evacuação (D&E).
- O uso da ultrassonografia durante a D&E está indicado.
- A profilaxia antibiótica em dose única, antes ou durante a D&E, também está indicada.

***** Para informações resumidas sobre o aborto com medicamentos e a D&E, ver Tabela 3 *****

2.4 Manejo da dor

- Para o alívio da dor no tratamento com medicamentos, utilizam-se de forma profilática e rotineira anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), como o ibuprofeno. Métodos adicionais para o manejo da dor incluem opioides, antieméticos e anestesia peridural.
- O tratamento escalonado, iniciado com ibuprofeno (400–800 mg), seguido de outros AINEs por via endovenosa (cetorolaco, tenoxicam) e, por fim, opioides (tramadol, morfina), sempre associado a medidas não farmacológicas, é útil no manejo da dor durante o aborto com medicamentos (opinião de especialistas).
- O uso de opioides e seus derivados é uma alternativa para o alívio da dor na ausência de anestesia peridural.
- Para o aborto por procedimento (dilatação e evacuação – D&E), são oferecidos rotineiramente os AINEs (como ibuprofeno), o bloqueio paracervical e a sedação consciente.
- A sedação profunda com propofol ou a anestesia geral também podem ser utilizadas para o alívio da dor durante a D&E.

***** Para informações resumidas sobre o manejo não farmacológico e farmacológico da dor, ver Tabelas 4, 4.1 e 4.2 *****

2.5 Confirmação de esvaziamento completo

2.5.1: Indução aborto com medicamentos

- Durante o processo de expulsão fetal, recomenda-se o acompanhamento e a supervisão da equipe de saúde, bem como o manejo cuidadoso do feto após a expulsão.
- O esvaziamento completo no aborto com medicamentos deve ser confirmado por meio da inspeção visual dos produtos da gravidez e do monitoramento dos sinais e sintomas da pessoa (sinais vitais estáveis, redução do sangramento vaginal e da dor abdominal).
- A intervenção cirúrgica e a ultrassonografia após o aborto com medicamentos não estão indicadas de rotina.
- A aspiração uterina após o aborto com medicamentos está indicada apenas quando há evidência clínica de aborto incompleto.

2.5.2: Dilatação e evacuação

- A inspeção visual dos produtos da gravidez e os sinais de esvaziamento completo durante a aspiração final do procedimento de dilatação e evacuação (D&E) são utilizados para confirmar a evacuação completa do útero.
- A ultrassonografia durante a D&E pode ser utilizada para confirmar o esvaziamento completo do útero.
- A curetagem uterina não deve ser utilizada para verificar o sucesso do aborto.

2.6 Profilaxia anti-D

- A imunoglobulina anti-D deve ser oferecida a todas as pessoas Rh negativas com 20 semanas ou mais de gravidez, dentro de até 72 horas após o aborto induzido, na dose de 300 mcg por via intramuscular.

Parte 3: Atenção depois da expulsão dos produtos da gravidez

3.1 Inibição da lactação

- A inibição da lactação com 1 mg de cabergolina por via oral, em dose única, está indicada após um aborto induzido com mais de 20 semanas de gravidez.
- Na indisponibilidade da cabergolina, podem ser oferecidos métodos mecânicos para a inibição da lactação.

3.2 Aconselhamento contraceptivo

3.2.1: Quais métodos contraceptivos oferecer?

- Se a pessoa que realizou o aborto deseja iniciar algum método contraceptivo, a equipe deve oferecer todos os métodos elegíveis e orientar quanto ao seu uso, riscos, benefícios e taxas de falha.

3.2.2: Quando iniciar os métodos?

- Para os métodos hormonais (orais, injetáveis, anel, adesivo transdérmico ou implante), a contracepção pode ser iniciada no mesmo dia do procedimento de dilatação e evacuação (D&E).
- No caso do aborto com medicamentos, os métodos hormonais podem ser iniciados no mesmo dia da administração da primeira dose de mifepristona ou de misoprostol, com exceção do anel vaginal, cuja recomendação é aguardar a expulsão dos produtos da gravidez (opinião de especialistas).
- Para o dispositivo intrauterino (DIU), a inserção pode ser realizada imediatamente após o procedimento de D&E ou no momento em que se confirma o sucesso do aborto com medicamentos, exceto nos casos de hemorragia ou infecção pós-aborto.

3.3 Antes da alta

- A pessoa que realizou o aborto pode receber alta após o período de observação (de 2 a 12 horas), desde que apresente quadro clínico estável (capacidade de deambular, pressão arterial e pulso estáveis, sangramento vaginal e dor controlados).
- As orientações de alta devem ser fornecidas de forma verbal e escrita.
- Aumento das cólicas ou da dor abdominal, sangramento vaginal excessivo (mais de dois absorventes noturnos encharcados por hora, durante 2 horas consecutivas) e febre são sinais de alerta que indicam a necessidade de retorno imediato ao serviço de saúde.
- Antes da alta, também devem ser oferecidas orientações sobre o que esperar nas semanas subsequentes: o sangramento vaginal pode persistir por até duas semanas e a atividade sexual pode ser retomada assim que o sangramento mais intenso cessar ou quando a pessoa sentir-se pronta.

3.4 Seguimento

- Pode ser oferecida uma consulta de seguimento (presencial ou por telemedicina) entre 7 e 14 dias após a intervenção, com o objetivo de oferecer serviços de contracepção, apoio emocional e manejo de quaisquer dúvidas que a pessoa possa apresentar nesse período.

Parte 4: Tratamento das complicações pós-aborto

4.1 Hemorragia pós-aborto

- O uso profilático de ocitocina após a expulsão fetal no aborto com medicamentos (10 UI por via intramuscular) ou durante a dilatação e evacuação – D&E (30 UI em 500 mL de solução fisiológica), assim como o bloqueio paracervical com vasopressina ou adrenalina durante a D&E, podem prevenir a hemorragia pós-aborto.
- Diante da suspeita de hemorragia pós-aborto, estão indicados: exame bimanual para detecção de atonia uterina, inspeção do colo do útero para identificar lacerações, repetição da aspiração ou realização de exame ultrassonográfico para verificar presença de restos ovulares ou hematometra.
- O tratamento da hemorragia pós-aborto depende da causa do sangramento (atonia uterina, retenção de tecidos, laceração cervical ou vaginal, perfuração ou ruptura uterina, ou coagulopatias) (ver Tabela 5).
- A administração endovenosa de 1 g de ácido tranexâmico está indicada em todos os casos de hemorragia pós-aborto, independentemente da causa do sangramento (ver Tabela 5).
- Pessoas com diagnóstico de hemorragia pós-aborto devem receber acesso venoso, oxigênio suplementar, reposição volêmica com líquidos e transfusão de hemoderivados, conforme a indicação clínica.

4.2 Perfuração ou ruptura uterina

- Na maioria das vezes, a perfuração uterina durante a dilatação cervical pode ser manejada de forma conservadora.
- Nos casos de perfuração causada pelo uso de pinças cortantes durante a dilatação e evacuação (D&E), está indicada a realização de laparoscopia para investigar e reparar possíveis lesões em outros órgãos.
- Medidas como realizar o exame de toque bimanual antes do início do procedimento, evitar o fundo uterino e utilizar a ultrassonografia durante o procedimento podem reduzir o risco de perfuração uterina na D&E.
- A ruptura uterina durante o aborto com medicamentos requer intervenção cirúrgica tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento.

4.3 Infecção pós-aborto

- Diante da suspeita de infecção pós-aborto, é necessária a avaliação para verificação de retenção dos produtos da gravidez.
- A (re)evacuação uterina por aspiração está indicada diante do diagnóstico de restos placentários e deve ser realizada antes da finalização do tratamento antimicrobiano em pacientes com instabilidade clínica.

- A maioria dos quadros típicos de endometrite pode ser tratada em regime ambulatorial com ceftriaxona associada à doxiciclina, com ou sem metronidazol (*ver Tabela 6*).

Referências

Allen, R. H. e Singh, R. (2018). Society of Family Planning clinical guidelines pain control in surgical abortion. Part 1: local anesthesia and minimal sedation. *Contraception: an international reproductive health journal*, 97(6), pp. 471-477. [https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824\(18\)30036-2/fulltext](https://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824(18)30036-2/fulltext)

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2013). Practice Bulletin N° 135: Second-trimester abortion. *Obstetrics and gynecology*, 121(6), pp. 1394-1406. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000431056.79334.cc>

Chandrasekaran, S., Paul, M., Ruggiero, S., Monschauer, E., Blanchard, K. e Robinson, Y. (2021). Foley catheter and misoprostol for cervical preparation for second-trimester surgical abortion. *Contraception: an international reproductive health journal*, 104(4), pp. 437-441. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.06.015>

Costescu, D. e Guilbert, É. (2018). SOGC Clinical Practice Guideline N° 360. Induced Abortion: Surgical Abortion and Second Trimester Medical Methods. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada*, 40(6), pp. 750-783. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.12.010>

Dickinson, J. E. e Doherty, D. A. (2009). Optimization of third-stage management after second-trimester medical pregnancy termination. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 201(3), p. 303. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.05.044>

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) (2021). *FIGO Position Statement: Improving Access to Abortion Beyond 12 Weeks of Pregnancy*. https://www.figo.org/sites/default/files/2021-09/FIGO_Statement_Abortion_Beyond_12Weeks_EN.pdf

FIGO (2023). FIGO Mifepristone & Misoprostol and Misoprostol Only Dosing Charts 2023. <https://www.figo.org/figo-mifepristone-misoprostol-and-misoprostol-only-dosing-charts-2023>

Foster, D. G. e Kimport, K. (2013). Who Seeks Abortions at or After 20 Weeks? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(4), pp. 210-218.

Guerrero, A., Acevedo Guerrero, N. e López Turconi, P. (2024). El secreto médico profesional e la salud reproductiva desde una perspectiva bioética e legal. En P. Lugo, A. B. Salinas Cerrillo, A. Guerrero, N. Acevedo-Guerrero, P. López Turconi, M. E. Batres Morales, S. M. Tecún León, G. L. Reyes Vásquez, N. Mejía, L. Velásquez, P. Capdevielle e J. A. Mejía Rivera (Eds.), *Una mirada regional a los Derechos Sexuales e Reproductivos* (pp. 61-100). Optio. https://optio.org/wp-content/uploads/2025/01/E-Book_Una-mirada-regional-a-los-derechos-sexuales-y-reproductivos-2.pdf

Guilbaud, L., Maurice, P., Dhombres, F., Maisonneuve, É., Rigouzzo, A., Darras, A. M. e Jouannic, J. M. (2020). Geste d'arrêt de vie fœtale: techniques pour les interruptions médicales de grossesse des deuxième et troisième trimestres. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 48(9), pp. 687-692. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468718920300738?via%3Dihub>

Goyal, V. (2009). Uterine Rupture in Second-Trimester Misoprostol-Induced Abortion After Cesarean Delivery: A Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology*, 113(5), pp. 1117-1123. https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2009/05000/uterine_rupture_in_second_trimester.22.aspx

Harris, L. H. e Grossman, D. (2020). *Complications of Unsafe and Self-Managed Abortion*. *The New England journal of medicine*, 382(11), pp. 1029-1040. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1908412>

Henkel, A., Johnson, S. A., Reeves, M. F., Cahill, E. P., Blumenthal, P. D. e Shaw, K. A. (2023). Cabergoline for Lactation Inhibition After Second-Trimester Abortion or Pregnancy Loss: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and gynecology*, 141(6), pp. 1115-1123. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005190>

Ipas (2023). *Clinical updates in reproductive health*. <https://www.ipas.org/resource/clinical-updates-in-reproductive-health/>

Jackson, E. e Kapp, N. (2011). Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception: an international reproductive health journal*, 83(2), pp. 116-126. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2010.07.014>

Jackson, E. e Kapp, N. (2020). Pain management for medical and surgical termination of pregnancy between 13 and 24 weeks of gestation: a systematic review. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(11), pp. 1348-1357. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32162427/>

Kerns, J. L., Brown, K., Nippita, S. e Steinauer, J. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Management of hemorrhage at the time of abortion. *Contraception: an international reproductive health journal*, 129. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110292>

Lohr, P. A., Hayes, J. L. e Gemzell-Danielsson, K. (2008). Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido del segundo trimestre. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006714.pub2/full/es>

López Caballero, A. (2020). *Confidencialidad en la atención médica, aborto y derechos humanos*. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2020/10/Confidencialidad-en-la-atencion-medica-aborto-y-derechos-humanos.pdf>

National Abortion Federation (NAF) (2024). *Clinical Policy Guidelines for Abortion Care 2024*. <https://prochoice.org/wp-content/uploads/2024-CPGs-FINAL-1.pdf>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e RCOG (2019). *Abortion care*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140>

Reeves, M. F., Goldfarb, C. N., Rubin, S. L., Kuperstock, J. L., DiBianco, L. e Picciotto, A. (2022). Transabdominal lidocaine to induce fetal demise: a cohort study. *BMJ Sex Reprod Health*, 48(4):275-280. <http://doi.org/10.1136/bmjsex-2021-201350>.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2022). *Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in England, Scotland and Wales*. <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/other-guidelines-and-reports/termination-of-pregnancy-for-fetal-abnormality-in-england-scotland-and-wales/>

Schuck, P. H. (1994). Rethinking Informed Consent. *The Yale Law Journal*, 103(4), pp. 899-959. <https://www.jstor.org/stable/797066>

Sium, A. F., Prager, S., Wolderufael, M., Abubeker, F. A., Tufa, T. H. e Grentzer, J. M. (2022). Foley catheter for cervical preparation prior to second trimester dilation and evacuation: A supply-based alternative for surgical abortion: A case series. *Contraception: X*, 4. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2022.100085>

Tufa T. H., Prager, S., Lavelanet, A. F. e Kim, C. (2020). Drugs used to induce fetal demise prior to abortion: a systematic review. *Contraception: X*, 2. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100046>

Tufa, T. H., Lavelanet, A. F., Belay, L., Seboka, B. e Bell, J. (2020). Feasibility of intra-amniotic digoxin administration by obstetrics and gynecology trainees to induce fetal demise prior to medical abortion beyond 20 weeks. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 46(4). <https://doi.org/10.1136/bmjsex-2019-200396>

United Nations (UN) (1989). *Convention on the Rights of the Child*. <https://www.refworld.org/legal/agreements/unga/1989/en/18815>

UN (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities: resolution / adopted by the General Assembly*. <https://www.refworld.org/legal/resolution/unga/2007/en/49751>

UN's Convention on the Rights of the Child (CRC) (2003). *General comment No. 4 (2003): Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child*. <https://www.refworld.org/legal/general/crc/2003/en/18641>

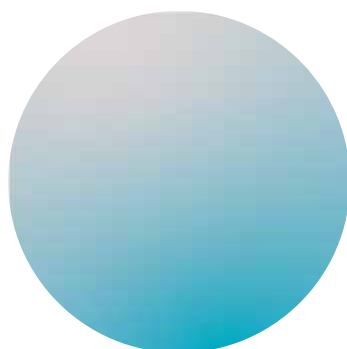
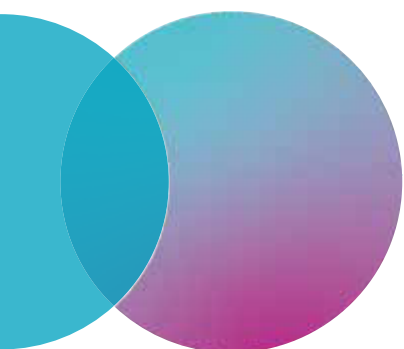
WHO (2022). *Family planning: a global handbook for providers* (4th ed.). <https://www.who.int/publications/m/item/family-planning--a-global-handbook-for-providers--4th-ed>

WHO (2023). *Clinical practice handbook for quality abortion care*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369488/9789240075207-eng.pdf?sequence=1>

WHO (2020). *WHO recommendation on routes of oxytocin administration for the prevention of postpartum haemorrhage after vaginal birth*. <http://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336308/9789240013926-eng.pdf?sequence=1>

Whitehouse, K., Tschann, M., Soon, R., Davis, J., Micks, E., Salcedo, J., Savala, M. e Kaneshiro, B. (2019). Effects of Prophylactic Oxytocin on Bleeding Outcomes in Women Undergoing Dilation and Evacuation: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*, 133(3), pp. 484-491. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003104>

Zwerling, B., Edelman, A., Jackson, A., Burke, A. e Prabhu, M. (2023). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Medication abortion between 14 0/7 and 27 6/7 weeks of gestation. *Contraception: an international reproductive health journal*, 129. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110143>



Anexos

Tabela 1.

Informações necessárias para o aconselhamento e a escolha da técnica de aborto induzido a ser utilizada

	Aborto com medicamentos	Aborto por procedimento (D&E)
 Preferível se a pessoa deseja	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar uma cirurgia • Ter contato com o feto depois da expulsão 	<ul style="list-style-type: none"> • Um procedimento mais rápido (10-30 minutos) • Menor sangramento vaginal, menos dor, náuseas e vômitos
 Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> • Possível depois da 24ª semanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimento rápido • DIU pode ser inserido no momento do procedimento
 Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo imprevisível (pode levar horas ou dias) • Pequeno risco de ruptura uterina em pessoas com cicatriz uterina prévia (<3%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Requer preparo cervical um dia (pelo menos) antes do procedimento • Pequeno risco de laceração cervical ou perfuração uterina (<1%) • Não pode ser realizado depois da 24ª semana (aproximadamente) • Requer especialista com treinamento

Tabela 2.

Medicamentos e técnicas utilizados para a IAF

Medicamento	Eficácia	Segurança	Dose	Via de administração	Confirmação da assistolia (ultrassonografia)
Cloreto de potássio (KCl) (injeção intracardíaca)	100%	Os eventos cardíacos na gestante são raros	4 - 6 mEq	Intracardíaca. A injeção precisa requer especialista com treinamento	Imediatamente depois da injeção
Digoxina (injeção intracardíaca ou intrafetal ou intra-amniótica)	92% (injeção intra-amniótica) 100% (injeção intracardíaca) ¹	Os níveis séricos na gestante são seguros (abaixo dos níveis terapêuticos para a gestante)	1 - 2 mg	Intracardíaca, intrafetal ou intra-amniótica. As vias intrafetal e intra-amniótica são mais fáceis tecnicamente. A via intra-amniótica não requer ultrassonografia	1 hora depois da injeção intracardíaca 12 a 48 horas depois da injeção intra-amniótica
Lidocaína (injeção intracardíaca ou intratorácica)	100% (injeção intracardíaca) ²	As doses utilizadas são seguras para a gestante	200 - 240 mg	Intratorácica ou intracardíaca. A injeção precisa requer especialista com treinamento	2 a 5 minutos depois da injeção

Fonte: OMS, 2023a

¹ Embora não existam estudos que avaliem a eficácia da injeção intrafetal de digoxina, especialistas observam que a taxa de sucesso encontra-se entre 92% e 100%.

² Cerca de 98% das injeções intracardíacas de lidocaína resultam em assistolia sem necessidade de uma segunda aplicação. Caso a atividade cardíaca persista após a confirmação ultrassonográfica realizada 5 minutos após a injeção, uma segunda dose deve ser administrada. Reeves et al., 2022.

Tabela 3.

Aborto com medicamentos ou dilatação e evacuação (D&E) para tempos gestacionais a partir de 20 semanas

	20-21 sem ^{6d}	22-24 sem ^{6d}	25-27 sem ^{6d}	≥ 28 sem
Aborto com medicamentos				
IAF	recomendável	necessária		
Mifepristona + misoprostol	200 mg mifepristona VO			
	400 mcg misoprostol BU/PV/SL+ 3/3h		200 mcg misoprostol BU/PV/SL+ 4/4h	25-50 mcg misoprostol PV+ 4/4h
Misoprostol§	400 mcg misoprostol BU/VV/SL+ 3/3h		200 mcg misoprostol BU/PV/SL+ 4/4h	25-50 mcg misoprostol PV+ 4/4h
Prevenção de hemorragia	10 UI ocitocina por via intramuscular depois da expulsão fetal			
Profilaxia antibiótica	não está indicada			
Dilatación y evacuación (DyE)				
IAF	recomendável			
Preparación cervical	dilatadores cervicais 24 horas antes do procedimento + 200 mg de mifepristona por via oral 24-48 horas antes do procedimento, se disponible + 400 mcg de misoprostol por via sublingual ou vaginal 1-3 horas antes do procedimento ou catéter de Foley transcervical 24 horas antes do procedimento + 200 mg de mifepristona por via oral 24-48 horas antes do procedimento, se disponible + 400 mcg de misoprostol por via sublingual ou vaginal 1-3 horas antes do procedimento			
Evacuación uterina	fórceps tipo Sopher ou Bierer co orientação ultrassonográfica			
Prevenção de hemorragia	30 UI de ocitocina em 500 mL de solução fisiológica no momento de colocação do espéculo vaginal			
Profilaxia antibiótica	dose única de metronidazol (500 mg) ou doxiciclina (200 mg) ou azitromicina (500 mg) antes ou durante o procedimento			

Fonte: elaboração própria

IAF: indução de assistolia fetal; BU: via bucal; VO: via oral; VV: via vaginal; SL: via sublingual

§ Regimes para países sem disponibilidade de mifepristona

[†] 24-48 horas depois da administração de mifepristona

Tabela 4.

Manejo não farmacológico e farmacológico da dor na atenção ao aborto a partir de 20 semanas

Regime	≤ 24 semanas		> 24 semanas
	D&E	Aborto com medicamentos	Aborto com medicamentos
Não farmacológico	comunicação respeitosa e livre de julgamentos; apoio verbal e sensação de segurança; explicação detalhada sobre o que esperar (se for do desejo da pessoa); presença de uma pessoa de apoio que possa permanecer durante o processo (caso a pessoa deseje); música; bolsa de água quente ou almofada térmica; oferta de um ambiente não compartilhado com pessoas em trabalho de parto.		
Analgesia oral	800 mg ibuprofeno (VO) + 30 mg codeína (VO) ou 10 mg morfina (VO)		
Sedação mínima			
Bloqueio paracervical	lidocaína 0,5%-1,0% ou bupivacaína 0,25%		
Bloqueio regional			epidural em bolus ou contínua
Analgesia endovenosa			(quando bloqueio epidural indisponível) 10 mg metoclopramida (EV) + 0,1-0,2 mg/kg morfina (EV) 10 minutos depois e de acordo com a necessidade + 10 mg metoclopramida 4 horas depois†
Sedação moderada (Tabela 4.1)			0,1-0,2 mg/kg morfina (EV) + 50-100 mcg fentanil (EV) (Tabela 4.1)
Sedação profunda (Tabela 4.2)	propofol + fentanil	(pode ser utilizada durante o período de expulsão, para extração fetal) propofol + opioide (Tabela 4.2)	(pode ser utilizada durante o período de expulsão, para extração fetal) propofol + opioide (Tabela 4.2)
Anestesia geral§	propofol		

EV: via endovenosa; VO: via oral

† Esse regime apresenta as seguintes vantagens: menor necessidade de morfina, menos dor nas primeiras 6 horas e menor tempo para expulsão fetal.

§ A OMS não recomenda o uso de anestesia geral para a dilatação e evacuação, apesar de uma revisão sistemática publicada em 2020 ter demonstrado que não há diferenças significativas na prevalência de complicações, efeitos colaterais e adversos de acordo com os diversos regimes de manejo da dor, incluindo a anestesia geral.

Tabela 4.1.

Medicamentos utilizados para sedação moderada

	Medicamento	Dose habitual	Dose inicial máxima	Dose adicional
Analgésicos opioides				
	Fentanil	50-100 mcg (EV)	200 mcg (EV)	50-100 mcg (EV)
	Petidina	25-100 mg (EV/IM)		
	Tramadol	50-100 mg (EV/IM)		
	Morfina	0,1-0,2 mg/kg (EV)		
Ansiolíticos				
	Midazolam	1-3 mg (EV)	4 mg (EV)	1-2 mg (EV)
	Diazepam	5-10 mg (EV)		
	Lorazepam	1 mg (EV)		

EV: via endovenosa; IM: via intramuscular

Tabela 4.2.

Medicamentos utilizados para sedação profunda

	Medicamento	Dose inicial habitual
Analgésicos opioides		
	Propofol + fentanil	0,5 - 1,0 mg/kg + 100-300 mcg (EV)
	Ketamina + fentanil	10 mg + 50-100 mcg (EV)
Ansiolíticos		
	Midazolam	1-2 mg (EV)
	Diazepam	5-10 mg (EV)
	Lorazepam	1 mg (EV)

EV: vía endovenosa

Tabela 5.

Tratamento da hemorragia pós-aborto de acordo com a causa

Causa	Frequência relativa*	Tratamento
Atonia uterina	50%	Massagem uterina. Ácido tranexâmico 1 g por via endovenosa. Uterotônicos (ocitocina 10-40 UI por via endovenosa, ergotamina 0,2 mg por via intramuscular, misoprostol 800-1000 mcg por via sublingual). Compressão uterina com balão de Bakri ou cateter de Foley. Transfusão sanguínea.
Retenção de tecidos	28%	(Re)aspiração uterina com AMIU ou aspiração elétrica. Ácido tranexâmico 1 g por via endovenosa.
Laceração cervical ou vaginal	10%	Pressão direta com gaze ou esponja. Aplicação de agentes coagulantes tópicos (como nitrato de prata ou solução de sulfato férrico). Ácido tranexâmico 1 g por via endovenosa. Sutura das lacerações.
Perfuração ou ruptura uterina	7%	Laparoscopia (preferível) ou laparotomia (preferível se instabilidade hemodinâmica). Ácido tranexâmico 1 g por via endovenosa.
Coagulopatia	5%	Reposição dos fatores de coagulação. Ácido tranexâmico 1 g por via endovenosa.

* do total de casos de hemorragia pós-aborto (frequência aproximada).

Tabela 6.

Sugestão de tratamento antimicrobiano para a infecção pós-aborto

Esquema	Dose e via de administração	Regime de tratamento
Ceftriaxona + doxiciclina com ou sem metronidazol	250 mg ceftriaxona (IM) em dose única + 100 mg doxiciclina (VO) duas vezes ao dia por 14 dias, com ou sem 500 mg metronidazol (VO) duas vezes ao dia por 14 dias	ambulatorial
Clindamicina + gentamicina	900 mg clindamicina (EV) a cada 8 horas + 2 mg/kg gentamicina (EV) (dose de ataque) e depois 1,5 mg/kg a cada 8 horas ou 3-5 mg/kg gentamicina (EV) uma vez ao dia	hospitalar
Cefoxitina + doxiciclina	2 g cefoxitina (EV) a cada 6 horas + 100 mg doxiciclina (EV ou VO) a cada 12 horas	hospitalar

Adaptado de: Harris y Grossman, 2020

Anexos

Anexo I

Documento com orientações para adaptação do consentimento informado em casos de aborto a partir de 20 semanas de gravidez

O documento de consentimento informado para abortos a partir de 20 semanas deve incluir, no mínimo, as quatro seções descritas a seguir. Pode ser complementado com anexos contendo informações clínicas e o fluxo de atendimento, permitindo que a pessoa que solicita o aborto possa consultá-los novamente ou compartilhá-los com pessoas de sua confiança, conforme o contexto e os costumes locais.

PRIMEIRA PARTE: Deve conter uma seção na qual a pessoa forneça dados de identificação inequívocos, registrando que é ela própria quem solicita a realização da prática e autoriza sua execução nos termos descritos no documento.

SEGUNDA PARTE: Nesta seção, é importante que conste de forma clara e em primeira pessoa a solicitação, indicando que a decisão de realizar um aborto induzido foi tomada. Deve-se esclarecer que, para essa decisão, foram fornecidas as informações necessárias com o apoio da equipe de saúde e, se for o caso, de pessoas de sua confiança.

Anexo I

TERCEIRA PARTE: O documento deve registrar que a pessoa foi informada sobre a possibilidade de revogar o consentimento até o momento em que a prática se torne irreversível. Sempre que possível, o documento deverá conter um espaço destinado ao registro formal da revogação. Em qualquer circunstância, a revogação deve ser anotada no prontuário, com a data, o contexto e as medidas adotadas após a revogação.

QUARTA PARTE: O documento de consentimento informado deve incluir, principalmente, a assinatura (ou meio equivalente) da pessoa que solicita a prática. Também deve conter a assinatura de um(a) profissional da equipe de saúde que tenha acompanhado o processo — ou seja, que tenha fornecido as informações, respondido às dúvidas e apresentado as alternativas disponíveis de atenção.

Além disso, quando for solicitado pela própria pessoa ou exigido pela normativa local, o documento poderá incluir a assinatura de pessoas que tenham prestado apoio ou assistência no processo de tomada de decisão (por exemplo, em casos de pessoas menores de idade ou com deficiência).

Caso seja pertinente, também podem ser registrados dados sobre atendimentos anteriores, com o objetivo de verificar o cumprimento de prazos e outros requisitos legais e de qualidade da atenção estabelecidos pelo serviço.

Exemplo 1

Por meio deste documento, eu, _____, portadora do documento de identificação tipo _____ Nº _____, declaro minha decisão livre, consciente e informada de solicitar e acessar um aborto induzido.

Declaro ter recebido informações sobre os procedimentos que serão adotados durante o aborto induzido, bem como sobre os possíveis riscos à saúde, e sobre as formas de assistência e acompanhamento posteriores por parte da equipe de saúde responsável.

Recebi informações sobre as diferentes etapas do processo de atenção ao aborto induzido, incluindo a indução da assistolia fetal como primeiro passo, e as técnicas seguintes disponíveis para a expulsão dos produtos da gravidez. Foram-me explicados os benefícios, riscos e diferenças de cada uma, e tive a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas até o momento. Escolhi a alternativa que considero mais adequada com base nas informações recebidas, a qual está registrada em anexo por escrito e que me foi entregue.

Diante das informações fornecidas, escolhi como opção inicial para o aborto induzido:

() Aborto com medicamentos

() Dilatação e evacuação (D&E)

Declaro, ainda, ter recebido informações suficientes sobre a possibilidade de revogar este consentimento até antes da realização da indução da assistolia fetal, momento a partir do qual a prática se torna irreversível e a equipe de saúde não pode interromper o processo.

Por todo o exposto, registro minha decisão livre e informada de interromper a gravidez nos termos descritos neste documento.

Cidade:

Data da assinatura do consentimento informado (DD/MM/AAAA):

Data da primeira consulta neste serviço (DD/MM/AAAA):

Observações sobre o atendimento (preencher apenas se necessário):

Pessoa que solicita a prática

Profissional de saúde

Assinatura
Nome completo

Assinatura
Nome completo
Profissão e cargo
Registro profissional

Pessoa que acompanhou o processo de consentimento informado (quando pertinente)

Assinatura
Nome completo
Papel desempenhado no processo

Exemplo 2

Eu, _____, portadora do documento tipo _____ Nº _____ e residente na cidade de _____, [país] _____, por meio deste documento, declaro minha decisão de exercer meu direito ao aborto induzido de forma livre, consciente e informada.

Confirmo que recebi informações claras, precisas e adequadas, de maneira compreensível para mim, sobre os seguintes temas:

- Os diferentes métodos disponíveis para interromper uma gestação após a 20ª semana.
- O funcionamento das diferentes técnicas necessárias para completar o procedimento solicitado, seus efeitos e características, incluindo benefícios, desvantagens e riscos.
- Meu direito a receber um tratamento digno e atenção de qualidade, a ter acesso à informação, a exercer minha autonomia de vontade, e a preservar minha privacidade e confidencialidade.

Compreendi as informações recebidas e tive a oportunidade de fazer perguntas que foram respondidas. Sei que posso fazer todas as perguntas adicionais que surgirem mesmo após a assinatura deste consentimento.

Tive a oportunidade de consultar pessoas da minha confiança para tomar minha decisão, sem que isso representasse qualquer tipo de pressão indevida. Entendo que essas pessoas podem me acompanhar durante o atendimento, caso seja possível e eu assim deseje.

As informações que me foram fornecidas verbalmente também estão disponíveis por escrito, em um folheto que recebi neste mesmo momento.

Estou ciente de que posso mudar minha decisão a qualquer momento antes do início do procedimento, mesmo que já tenha assinado este consentimento. Também me foram explicadas as possíveis consequências dessa decisão.

Dessa forma, consinto livremente à interrupção da gravidez por meio de:

() Aborto com medicamentos

() Dilatação e evacuação (D&E)

Data da primeira consulta neste serviço de saúde:

Dia _____, Mes _____, Ano _____

Observações sobre o atendimento (preencher apenas se necessário):

Pessoa que solicita a prática

Profissional de saúde

Assinatura
Nome completo (por extenso)
Data: Dia / Mês / Ano

Assinatura
Nome completo (por extenso)
Registro profissional
Data: Dia / Mês / Ano

Registro da presença de pessoa de apoio afetivo ou representante legal (em caso de menores de idade)

Assinatura
Nome completo (por extenso)
Tipo e número do documento
Relação com a pessoa que solicita a prática
Data: Dia / Mês / Ano

Registro de apoio para o consentimento de pessoa com deficiência

Assinatura
Nome completo (por extenso)
Tipo e número do documento
Relação com a pessoa que solicita a prática
Data: Dia / Mês / Ano

Anexo II

Sugestão de documento escrito para acompanhar o processo

ASSISTOLIA FETAL

Primeira fase do processo de interrupção da gravidez

A primeira etapa do aborto induzido a partir da 20ª semana de gravidez é a indução da assistolia fetal (IAF).

A IAF consiste em um procedimento que utiliza uma injeção abdominal no útero para a aplicação de cloreto de potássio, lidocaína ou digoxina, com o objetivo de provocar a parada da atividade cardíaca fetal.

Este procedimento é recomendado por sociedades de especialistas e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para abortos induzidos com mais de 20 semanas, sendo parte da atenção segura e de qualidade ao aborto.

O procedimento é geralmente realizado com o auxílio de ultrassonografia para guiar o local da injeção e tem duração aproximada de 10 a 15 minutos.

A indução da assistolia fetal é necessária antes da realização do aborto induzido com mais de 20 semanas de gravidez para evitar a sobrevivência fetal e aumentar a segurança das etapas seguintes do processo de aborto induzido.

A injeção representa um ponto irreversível no aborto induzido, pois, uma vez aplicada, o medicamento leva à parada da atividade cardíaca do feto, sem possibilidade de reversão.

A parada pode ocorrer de forma imediata ou até 48 horas após a aplicação, sem necessidade de qualquer outra intervenção por parte da equipe de saúde ou da pessoa que está realizando o procedimento de IAF.

Os riscos associados à indução de assistolia fetal são mínimos e incluem:

- Dor no local da injeção (mais comum)
- Infecção no local da aplicação
- Arritmia cardíaca (mais rara).

Eventos cardíacos graves são extremamente raros, ocorrendo em menos de 8 a cada 100.000 procedimentos.

Após a aplicação do medicamento, é necessário aguardar a confirmação da parada da atividade cardíaca fetal para prosseguir com as próximas etapas do aborto.

Se a assistolia não for confirmada após 48 horas, a injeção deve ser repetida, sem aumento dos riscos já mencionados.

Evacuação uterina – Segunda fase do aborto induzido

Existem dois métodos para a evacuação uterina após a 20ª semana de gravidez:

- Dilatação e evacuação (D&E)
- Indução aborto com medicamentos

Dilatação e evacuação (D&E):

A D&E é um procedimento que utiliza cânulas plásticas para aspiração do conteúdo uterino, associadas ao uso de fórceps (pinças cirúrgicas) para a remoção dos tecidos por via vaginal.

Antes do procedimento, é necessário realizar a dilatação do colo do útero com medicamentos ou bastonetes que são inseridos no colo uterino pela vagina, geralmente um dia antes da intervenção.

Também pode ser utilizada uma dose de mifepristona no dia da assistolia fetal para facilitar o procedimento cirúrgico posterior.

Durante a D&E, é feita uma ultrassonografia para assegurar que todo o conteúdo da gravidez foi removido, reduzindo o risco de complicações. O procedimento é realizado em ambiente hospitalar, em centro cirúrgico ou sala equipada, com anestesia regional, geral ou endovenosa. Podem ser usados também analgésicos orais ou intravenosos e sedação leve.

2. Indução com medicamentos:

Consiste na realização do esvaziamento uterino com o uso de medicamentos.

É realizado com a administração de uma dose oral de mifepristona no dia da IAF e, após 24 a 48 horas, na aplicação do medicamento misoprostol, via vaginal ou sublingual, que provoca contrações uterinas até a expulsão completa da gravidez.

Esse processo pode durar algumas horas ou, em casos menos frequentes, alguns dias.

Na indução com medicamentos, geralmente não são utilizados instrumentos cirúrgicos. No entanto, é necessário que a pessoa permaneça internada para acompanhamento contínuo da equipe de saúde.

Em alguns casos, pode ser necessário complementar com aspiração uterina, caso a expulsão não ocorra completamente.

Efeitos esperados e colaterais da indução medicamentosa incluem:

- Dor tipo cólica;
- Sangramento vaginal mais intenso que uma menstruação;
- Febre leve associada ao uso do misoprostol (sem relação direta com infecção).

Riscos

Os riscos associados aos métodos de aborto induzido incluem:

COMUNS (até 1 caso em 100):

- Lesão do colo do útero;
- Infecção (reduzida com o uso profilático de antibióticos).

POUCO COMUNS:

- Hemorragia (1 a 4 casos em cada 1.000);
- Perfuração uterina (1 caso em cada 1.000);
- Ruptura uterina (3 casos em cada 1.000 – mais frequente em pessoas que passaram por cirurgias uterinas prévias).

www.clacai.org

