

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

SÉRIE **Tempos**
do aborto
Documento Nº 5

Tempos do aborto

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

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

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

Coordenação da publicação: Agustina Ramón Michel e Helena Paro

Assistência: Martín Pont Vergés e Mariana Vazquez

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

Por sua valiosa contribuição, agradecimentos a: Analía Banfi, Andrés Reyes, Beatriz Galli, Carmen Cecilia Martínez López, Cristina Rosero, Dana Repka, Daniel Crosta, 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 – Janeiro 2026

Depósito Legal na Biblioteca Nacional do Peru N° 2026-02429

Este documento se publica sob os termos e condições da licença Creative Commons - Atribuição - Não comercial - Sem Derivar 4.0 Internacional



Índice

Glossário	4
Resumo das orientações	5
Introdução	15
Por que uma guia de boas práticas?	17
Como foi elaborada?	17
Escopo e objetivos	18
Qual é a estrutura desta GBP?	19
Parte 1: Abordagem inicial das pessoas que solicitam um aborto a partir de 20 semanas de gravidez	20
1.1 Aconselhamento	21
1.2 Consentimento informado	29
1.3 Avaliação clínica	41
1.4 Avaliação complementar e laboratorial	42
Parte 2: Atenção para a expulsão dos produtos da gravidez	44
2.1 Indução de assistolia fetal	45
2.2 Indução do aborto com medicamentos	48
2.3 Dilatação e evacuação	51
2.4 Manejo da dor	54
2.5 Confirmação de esvaziamento completo	57
2.6 Profilaxia anti-D	59
Parte 3: Atenção depois da expulsão dos produtos da gravidez	60
3.1 Inibição da lactação	61
3.2 Aconselhamento contraceptivo	62
3.3 Antes da alta	64
3.4 Seguimento	65
Parte 4: Tratamento das complicações pós-aborto	66
4.1 Hemorragia pós-aborto	67
4.2 Perfuração ou ruptura uterina	69
4.3 4.3 Infecção pós-aborto	70
Anexos	
Anexo I. Documento com orientações para adaptação do consentimento informado em casos de aborto a partir de 20 semanas de gravidez	72
Anexo II. Sugestão de documento escrito para acompanhar o processo	76

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 por meios medicamentosos ou cirúrgicos, que não tem a intenção de resultar em um nascido vivo. Os abortos induzidos são diferentes dos casos de aborto espontâneo ou morte fetal¹.

Aborto com medicamentos: Aborto induzido mediante o uso de agentes farmacológicos².

Aborto por procedimento: Aborto induzido mediante uso de procedimentos transcervicais como aspiração a vácuo (manual ou elétrica) ou dilatação e evacuação³.

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)⁴.

Dilatação e evacuação (D&E): Procedimento para esvaziar o útero em gravidezes com mais de 12-14 semanas. Requer a preparação cervical e é caracterizado pela evacuação do útero com pinças fórceps e aspiração⁵.

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 amniótica⁶.

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.

¹ Organização Mundial da Saúde (OMS) (2024). CID-11. *Classificação Internacional de Doenças para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade. Guia de Referência 11ª, revisão*. <https://icdcdn.who.int/static/releasfiles/2024-01/ICD-11-Reference-Guide-2024-01-es.pdf>

² OMS (2025a). *Abortion care guideline, 2nd edition*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240104204>.

³ OMS, 2025a.

⁴ OMS, 2025a.

⁵ OMS, 2025a.

⁶ Paro, H., Ramón Michel, A., Ortiz, G. e Repka, D. (2024). *Los tiempos del aborto. Documento 2: Asistolia: Por una mejor calidad en la atención del aborto*. Red Jurídica del Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI).

Resumo executivo

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

1.1 Aconselhamento

Orientação 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.

Orientação 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

Orientação 1.1.3: Quem pode fazer parte do aconselhamento?

- Profissionais de saúde (sem exigência de uma formação específica) que possuam habilidades de escuta, ferramentas de 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 necessárias diferentes momentos de encontro com quem solicita o aborto.

Orientação 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.

Orientação 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.

Orientação 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 depois da expulsão. 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.
- A partir da 25ª semana, o procedimento ofertado é o aborto com medicamentos.

Orientação 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

Orientação 1.2 Consentimento

- 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.

Orientação 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.

Orientação 1.2.2.1: Considerações sobre o processo

- 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.

Orientação 1.2.2.2: Considerações sobre a documentação

- 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.

Orientação 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 determinam essa exigência.

Orientação 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, com respeito ao 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

Orientação 1.3

- 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

Orientação 1.4

- 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

Orientação 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 depois da expulsão.

Orientação 2.1.2: Medicamentos e técnicas

- A indução de assistolia fetal (IAF) com fármacos pode ser realizada por meio de injeção intracardíaca de cloreto de potássio (4–6 mEq) injeção intratorácica ou intracardíaca 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 Indução do aborto com medicamentos

Orientação 2.2

- 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 indução utilizando 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

Orientação 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.

Orientação 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.

2.4 Manejo da dor

Orientação 2.4

- 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.

2.5 Confirmação de esvaziamento completo

Orientação 2.5.1: Indução medicamentosa do aborto

- 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.

Orientação 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

Orientação 2.6

- 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

Orientação 3.1

- 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

Orientação 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.

Orientação 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

Orientação 3.3

- 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

Orientação 3.4

- 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

4.2 Hemorragia pós-aborto

Orientação 4.1

- 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).
- A administração endovenosa de 1 g de ácido tranexâmico está indicada em todos os casos de hemorragia pós-aborto, independentemente da causa do sangramento.

- 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

Orientação 4.1

- 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

Orientação 4.3

- 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.

Introdução

Esta guia de boas práticas (GPB) busca fortalecer e ampliar as condições para garantir o acesso de qualidade ao aborto seguro, integrando a iniciativa Los tiempos del aborto do Consórcio Latino-Americano Contra o Aborto Inseguro (CLACAI). Esta guia parte da necessidade de provisão de abortos a partir de 20 semanas de gravidez, bem como dos parâmetros de integralidade e qualidade que devem orientar a atenção, reconhecendo que essas práticas frequentemente geram tensões nas equipes e criam barreiras significativas para as pessoas usuárias.

As situações pelas quais meninas, adolescentes, mulheres e outras pessoas com possibilidade de engravidar podem requerer um aborto depois da 20ª semana de gravidez são diversas: violência sexual ou coerção⁷; tempos individuais necessários para a tomada de decisão; barreiras de acesso ao sistema de saúde; falta de informação; dificuldades de deslocamento; condições de extrema vulnerabilidade que afetam 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 outras⁸.

Embora as situações sejam diversas, nos países em que a legislação regula o acesso ao aborto a partir de 20 semanas e onde há registro sistemático dos procedimentos, observa-se que a imensa maioria ocorre antes da 12ª semana. Por exemplo, em 2021, nos Estados Unidos, antes da reversão da decisão *Roe vs. Wade*, o *Centers for Disease Control and Prevention* reportou 622.108 abortos, dos quais 93,5% ocorreram antes da 13ª semana; uma proporção muito menor (5,7%) foi realizada entre a 14ª e a 20ª semana; e um percentual ainda mais reduzido (0,9%) após a 21ª semana⁹. O Canadian Institute for Health Information registrou, em 2017, que 30,4% dos abortos ocorreram antes da 8ª semana, 35,6% entre a 9ª e a 12ª semana, e 3,2% a partir da 21ª semana¹⁰. A experiência recente da Argentina indica que, desde a aprovação da Lei 27.610, referente à interrupção voluntária da gravidez e ao cuidado pós-aborto, a maior parte dos abortos no subsistema público de saúde ocorre de forma ambulatorial. Em 2023, os serviços que acolhem, realizam ou conduzem o cuidado ao aborto relataram que entre 7 e 9 de cada 10 solicitações ocorreram antes da 12ª semana¹¹. Na Cidade do México, 9 de cada 10 pessoas chegaram aos serviços de aborto induzido antes da 12ª semana no período de 2008 a 2012¹².

Ainda que sua frequência seja baixa, abortos após 20 semanas de gravidez ocorrem e requerem um ambiente habilitador para que sejam assistidos com qualidade e com o cuidado necessário a todos os envolvidos no processo: a pessoa que aborta e as equipes ou profissionais de saúde responsáveis pela atenção.

⁷ Son niñas, no madres (2024). Embarazo de niñas y adolescentes, violencia sexual e impunidad en América Latina y el Caribe (LAC). <https://www.ninasnomadres.org/alza-la-voz/wp-content/uploads/2024/04/Embarazo-en-ni%C3%B1as-LAC.pdf>

⁸ Later Abortion Initiative (LAI) (s.f.). *Why do women need later abortion care?* Ibis Reproductive Health. <https://laterabortion.org/why-do-women-need-later-abortion-care>

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. <https://laterabortion.org/why-do-women-need-later-abortion-care>

Tiseyra, M. V., Vila Ortiz, M., Romero, M., Ábalos, E. e Ramos, S. (2022). Barreras de acceso al aborto legal en el sistema público de salud de dos jurisdicciones de Argentina: Rosario y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2019-2020. *Salud Colectiva*. <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/4059/2043>

Abortion Rights Coalition of Canada (ARCC) (2019). *Later Abortions (after 20 weeks)*. <https://www.arcc-cdac.ca/media/position-papers/22-Later-Abortions.pdf>

⁹ U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Abortion Surveillance Findings and Reports*. <https://www.cdc.gov/reproductive-health/data-statistics/abortion-surveillance-findings-reports.html>

¹⁰ ARCC, 2019.

¹¹ Romero, M., Keefe-Oates, B., Krause, M., Ramón Michel, A. e Ramos, S. (2024). *Reporte anual 2023: Logros de la política de acceso al aborto y amenazas actuales*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4787>

¹² Saavedra Avendano, B., Schiavon, R., Sanhueza, P., Ríos Polanco, R., García Martínez, L. e Darney, B. G. (2018). Who presents past the gestational age limit for first trimester abortion in the public sector in Mexico City? *Plos One*, 13(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192547>

Por que uma guia de boas práticas?

Uma guia de boas práticas (GBP) busca oferecer orientações baseadas na experiência de implementação de protocolos validados na prática por profissionais de saúde.

Esta GBP reúne um conjunto de recomendações conceituais e procedimentais para a atenção ao aborto induzido a partir de 20 semanas de gravidez. Neste documento convergem experiências, evidências e pesquisas produzidas por profissionais de distintas áreas que se dedicam e se comprometem com o tema, atuando em contextos em que as condições organizacionais do sistema de saúde, a legalidade, os aspectos socioculturais, as formações profissionais e a incidência comunitária variam. É precisamente essa diversidade que enriquece a elaboração deste documento.

Reconhecer a variedade de circunstâncias existentes na América Latina que afetam o acesso ao aborto a partir de 20 semanas de gravidez permite evidenciar a necessidade de estabelecer estas recomendações. Cientes de que elas são influenciadas por diversos fatores e condições, é fundamental identificar e destacar o conjunto comum de práticas de qualidade presentes na região. Isso estimula debates que enriquecem a formulação de políticas públicas e a tomada de decisões em diferentes níveis e âmbitos relacionados à saúde sexual e reprodutiva (ou não) das comunidades, promovendo assim a liberdade e a autonomia de quem decide abortar.

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 definidos uma agenda, uma metodologia e uma 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.

Trata-se de um documento resultante de debates e da busca por consensos. Além disso, longe de ser um documento final e unilateral, seguirá sendo aprimorado e enriquecido a partir de seu uso por um número crescente de profissionais dos serviços de saúde, responsáveis pela tomada de decisões e outros atores institucionais comprometidos com a garantia da saúde e do bem-estar de quem necessita abortar.

Em síntese, esta guia se dedica às boas práticas de profissionais que asseguram o acesso ao aborto. Espera-se que seja uma ferramenta de apoio e consulta que contribua para a construção de abordagens e intervenções mais compassivas e benéficas, protegendo a vida e a decisão de todas as pessoas que abortam — incluindo aquelas que o fazem após a 20ª semana de gravidez — assim como de quem oferece apoio a essas decisões.

Escopo e objetivos

Este documento reúne a evidência científica disponível, a experiência de grupos de profissionais de saúde de diferentes países da América Latina que atuam nos setores público e privado, assim como a experiência de acompanhantes do processo de aborto que articulam seu trabalho com profissionais dentro das instituições.

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 respeitadas 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.

Qual é a estrutura desta GBP?

Esta GBP está organizada em quatro partes, de acordo com as etapas do processo de atenção:

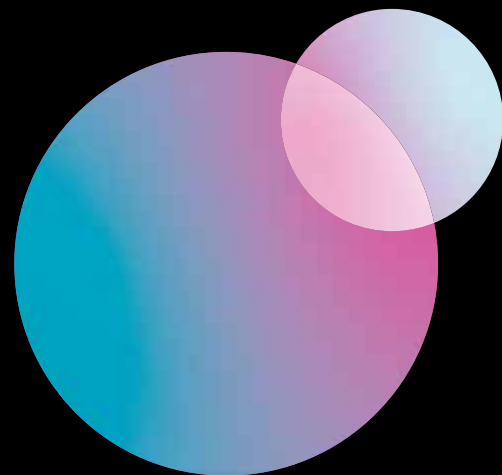
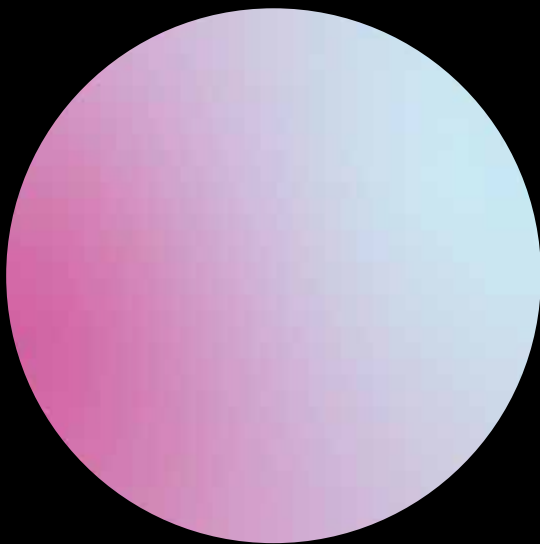
1. Abordagem inicial das pessoas que solicitam um aborto a partir de 20 semanas de gravidez
2. Atenção para a expulsão dos produtos da gravidez
3. Atenção após a expulsão dos produtos da gravidez
4. Tratamento das complicações pós-aborto

Profissionais de saúde e pessoas responsáveis pela tomada de decisões podem recorrer ao **Resumo executivo**, que se encontra no início desta GBP, para uma consulta rápida, e analisar em profundidade as evidências científicas que fundamentam as orientações de cada uma das quatro partes do documento. Cada parte está subdividida em temas específicos, e é possível encontrar o resumo das orientações sob cada subitem.

Além das condutas validadas em diretrizes e publicações científicas, esta GBP incorpora a experiência de especialistas. Quando essa experiência não possui evidência científica que a sustente, a orientação é identificada com a indicação “opinião de especialistas”.

A GBP também disponibiliza materiais complementares nos **Anexos**.

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?

A pessoa que decidiu abortar é a protagonista indiscutível do processo de aborto, e este se inicia com a aconselhamento.

Esse espaço **constitui um momento fundamental no qual são discutidas decisões, necessidades, desejos, possibilidades, angústias, afetos, ambivalências e projetos**. A equipe de saúde tem a responsabilidade de oferecer segurança e tranquilidade a quem busca atendimento. Validar e acolher essa decisão implica um ato de profundo cuidado e respeito pela autonomia.

Quando se trata de um aconselhamento para abortos com 20 semanas ou mais de gravidez, o espaço adquire um significado singular. Essa singularidade é atravessada por tudo aquilo que, socialmente, envolve o aborto nessas semanas de gravidez. Inserir o aborto nas condições materiais de cada pessoa, em suas condições de saúde, nas relações de poder existentes e na complexidade que envolve a vida sexual de meninas, adolescentes, mulheres e outras pessoas com possibilidade de engravidar contribuirá para atravessar o processo de forma mais integral.

Quanto maior o tempo de gravidez, maior a relevância da conversa: é necessário dispor-se a ouvir sem gestos ou expressões que desestimulem ou questionem a decisão já tomada, ou aquela que ainda está sendo construída. As conversas também podem incluir a trajetória da gravidez, consultas realizadas em outros espaços e as dificuldades enfrentadas para encontrar ou acessar o serviço.

Esse momento, longe de ser um mero requisito, constitui um evento de vital importância, com implicações na forma como serão vivenciadas as etapas subsequentes do processo de aborto, e demanda tempo de dedicação da equipe.

Outro aspecto a ser considerado no aconselhamento é **a possibilidade de a pessoa grávida expressar a necessidade de se despedir do feto**, especialmente em situações de gravidez intencional. Isso implica respeitar crenças e cosmovisões. Ao mesmo tempo, é necessário considerar que os serviços de saúde podem ter limitações em relação ao que é solicitado, frequentemente impostas pela legislação vigente. Com sensibilidade diante da demanda, será possível construir alternativas que respeitem esse momento.

Orientação 1.1.1

- 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?

A seguir, apresenta-se uma série de tópicos projetados como parte das boas práticas para garantir o acesso ao aborto a partir de 20 semanas de gravidez. Eles constituem um continuum entre si e se articulam com as considerações anteriores:

- Considerar que todos os motivos para abortar são válidos, assim como nenhum motivo também. **Ouvir todas as razões apresentadas, dando-lhes validade**, mesmo que não possam ser expressas em palavras.
- **Buscar o bem-estar** nesse espaço de conversa, de escuta e de resolução de dúvidas, temores e inquietações de diferentes naturezas.
- **Estabelecer contato**, olhar nos olhos e dispor-se a oferecer tempo.
- Fortalecer a decisão da pessoa que decidiu abortar. Caso haja dúvidas, colaborar para esclarecê-las, de modo que a decisão seja autônoma e baseada em informação confiável.
- Contribuir para proporcionar segurança e tranquilidade, **reforçar a ideia de que abortar não é errado**.
- Transmitir confiança, **ressaltar que a pessoa não é a única nessa decisão**. Tanto não está, que a medicina desenvolveu técnicas seguras para viabilizá-la.
- **Mostrar e esclarecer o processo, os tempos e as diferentes etapas**. Descrever o que ocorrerá em cada momento, os locais onde ocorrerão essas etapas (caso não aconteçam todos no mesmo serviço de saúde em que ocorre o aconselhamento) e indicar quem participará em cada uma.
- **Utilizar linguagem compreensível**, ajustando-a conforme as necessidades da pessoa que solicita o aborto. Fornecer exemplos claros e frases precisas.
- Evitar linguagem estigmatizante, desvalorizadora ou preconceituosa. Frases como “por que esperou tanto?”, “vai doer como um parto”, “é uma gravidez muito avançada” ou “é um aborto tardio” causam dano e não contribuem para a promoção da saúde.

O **equilíbrio entre a quantidade de informação e o que a pessoa deseja, quer ou precisa saber** é uma sintonia fina que se aprende e se constrói. É importante realizar

pausas e verificar com a pessoa se suas necessidades e expectativas estão sendo atendidas. Para ajustar o ritmo da conversa, podem ser usados recursos como perguntar: “Como estamos até aqui?” ou “Quer que continuemos com a consulta?”. O objetivo é evitar burocratização, mecanicismo e rotinização da escuta.

Orientação 1.1.2

- 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?

Não existe um perfil profissional específico para conduzir o aconselhamento. No entanto, é fundamental trabalhar com quem integra a equipe de atenção, considerando as necessidades de habilitar a escuta, utilizar ferramentas de comunicação e respeitar os silêncios.

O aconselhamento requer treinamento progressivo, assim como espaços de reflexão entre os profissionais envolvidos no processo de atenção. Cada situação é particular, e as necessidades e habilidades exigidas são dinâmicas; por isso, **é importante que essa função não recaia sobre uma única pessoa.**

Para algumas equipes, pode ser útil definir os temas básicos que devem ser abordados inicialmente. Essa lista pode trazer certa segurança e contribuir para a integralidade do processo. Ainda assim, o aconselhamento não deve ser concebido como um momento único e limitado de encontro entre a pessoa que solicita o aborto e os profissionais que prestam a atenção, mas sim como um processo contínuo. Por isso, recomenda-se estabelecer algum nível de acordo e sistematização sobre os tópicos a serem tratados no primeiro momento.

Orientação 1.1.3

- Profissionais de saúde (sem exigência de uma formação específica) que possuam habilidades de escuta, ferramentas de 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 necessárias diferentes momentos de encontro com quem solicita o aborto.

1.1.4 Conversamos sobre dor?

O aconselhamento é o espaço para falar sobre a dor como experiência única de cada pessoa, sobre o direito de não sofrê-la e sobre a possibilidade de alterar estratégias para manejá-la durante o processo de aborto. É também o espaço para abordar opções de tratamento, procedimentos, tempos e alternativas para manejo da dor, tanto farmacológicas quanto não farmacológicas.

A equipe deve ser sensível às distintas circunstâncias que podem intensificar a percepção da dor e preparar-se para mitigá-la da maneira mais adequada para cada pessoa. Qualquer exemplo comparativo, como “dói como contrações” ou “dói como um parto”, deve ser evitado, pois contribui para a estigmatização e gera confusão sobre a experiência do aborto.

Deambulação, duchas, compressas quentes, massagens, exercícios de relaxamento e acompanhamento contínuo são opções a serem consideradas para reduzir a dor. Paralelamente, as equipes devem trabalhar com protocolos farmacológicos que contemplem cuidados progressivos, garantindo que a resposta seja adequada e assegurando o bem-estar da pessoa.

Caso a pessoa pergunte sobre a dor fetal, é importante orientar que é improvável que o feto possa vivenciar dor¹³.

Orientação 1.1.4

- 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 pessoa que decide abortar é quem possui a autoridade para avaliar se prefere ou não estar acompanhada durante o processo. No entanto, a equipe de saúde que oferece a atenção pode colaborar na identificação de pessoas

¹³ A evidência científica sobre a dor fetal não é conclusiva. Apesar de não haver indicação de anestesia ou analgesia fetal para procedimentos durante o trabalho de parto, como o uso de fórceps ou vácuo-extrator (ver RCOG, 2022), estudos recentes propõem técnicas anestésicas para cirurgias fetais (ver Bellieni e Anand, 2025; Thill, 2023). No entanto, a questão da dor fetal não se aplica às discussões sobre aborto induzido, sobretudo porque, para a atenção de qualidade em procedimentos a partir de 20 semanas de gravidez, recomenda-se a indução da anestesia fetal. Bellieni, C. V. e Anand, K. J.S. (2025). Direct evidence of fetal responses to noxious stimulations: A systematic review of physiological and behavioral reactions. *Early Human Development*, 201. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2025.106196>. Paro et al., 2024. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2022). *RCOG Fetal Awareness Evidence Review, December 2022*. <https://www.rcog.org.uk/media/gdtnncdk/rcog-fetal-awareness-evidence-review-dec-2022.pdf> Thill, B. (2023). The fetal pain paradox. *Frontiers in Pain Research*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpain.2023.1128530>

significativas em seu entorno que possam oferecer apoio. Caso a pessoa que aborta assim o deseje, a equipe facilitará essa companhia, criando um espaço para o intercâmbio de informações. Serão compartilhadas orientações e possibilitada a oportunidade de fazer perguntas e levantar dúvidas que possam surgir, com o objetivo de reforçar medidas de cuidado e bem-estar durante o processo de aborto.

Além disso, **a pessoa acompanhante deve ser informada sobre os tempos e implicações do aborto para que possa assumir seu papel em todas as suas dimensões.** Caso a pessoa que vai abortar tenha alguma deficiência, poderá necessitar de um sistema de apoio que permita exercer sua decisão de forma autônoma. Da mesma forma, a decisão sobre ter ou não acompanhamento durante o processo continua a ser da pessoa que aborta.

Orientação 1.1.5

- 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?

As técnicas utilizadas para o aborto induzido dependem das preferências da pessoa, do tempo de gravidez e da disponibilidade de medicamentos e de especialistas treinados para realizá-las. A equipe que assiste também considera a eficácia e a segurança de cada técnica, compartilhando essas informações com a pessoa como parte do aconselhamento. É importante informar que **a ecografia ou ultrassonografia é um exame necessário na provisão de abortos a partir de 20 semanas** e que se trata de uma avaliação na qual a pessoa não verá imagens nem ouvirá sons, salvo se voluntariamente decidir fazê-lo.

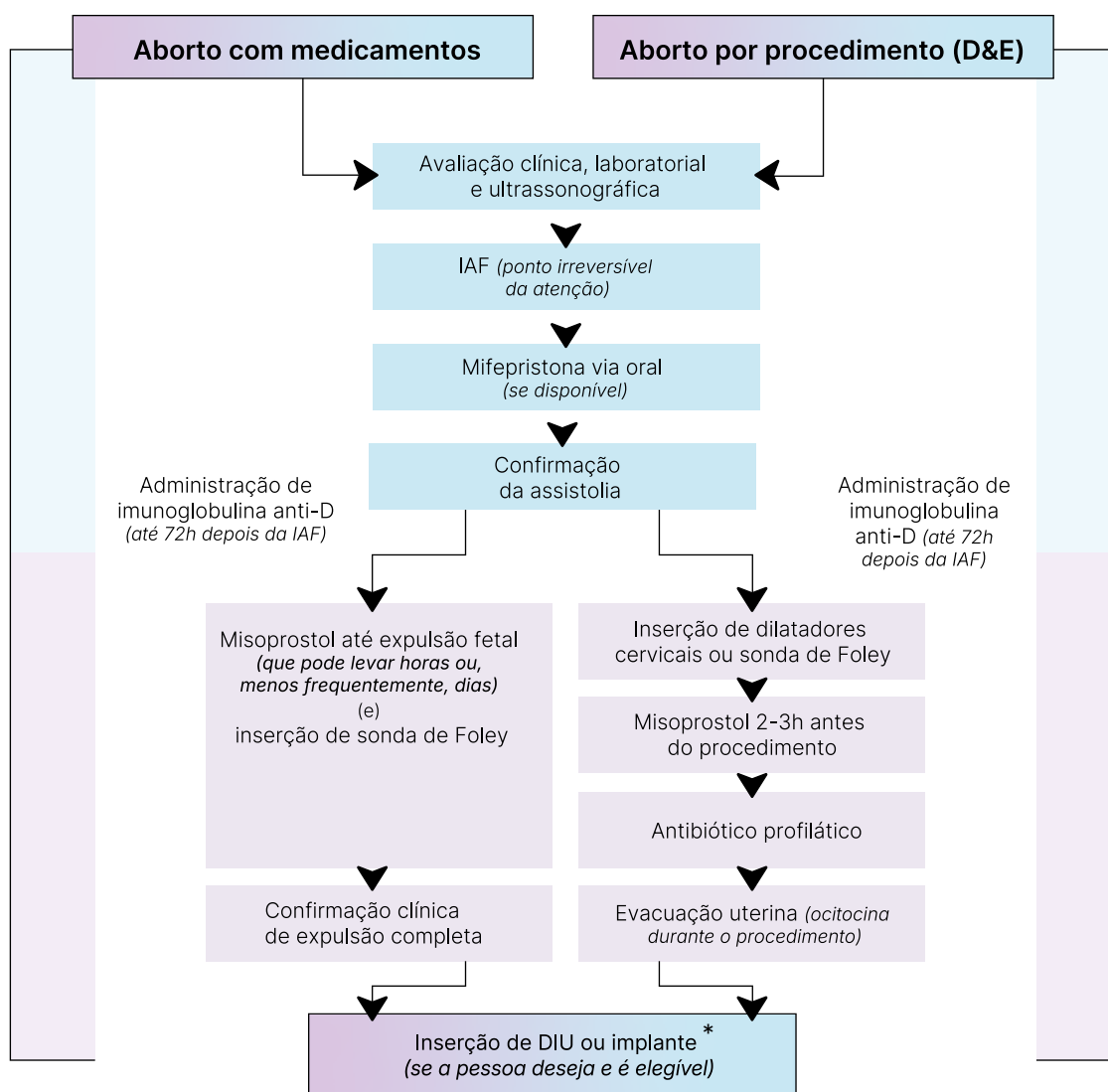
Para iniciar o procedimento do aborto induzido, está indicada a indução da assistolia fetal (IAF), que também pode requerer ultrassonografia para guiar a injeção. É importante informar à pessoa que a IAF é imprescindível para evitar a sobrevivência depois da expulsão. Em alguns casos selecionados de malformações fetais incompatíveis com a vida extrauterina, em que se prevê sobrevida nula ao nascimento, pode-se discutir com a pessoa a possibilidade de omitir este passo. Embora exista a possibilidade de mudança de decisão sobre o aborto induzido, é importante destacar que a IAF constitui um ponto irreversível no atendimento.

As etapas que seguem a IAF também são abordadas durante o processo de aconselhamento (*Figura 1*). Geralmente, o processo de aborto induzido a partir de 20 semanas requer pelo menos dois dias. No primeiro dia, realiza-se a IAF e administra-se

mifepristona (quando disponível). No segundo dia (ou terceiro, de acordo com a preferência da equipe de saúde), inicia-se a indução com misoprostol (que pode levar horas ou, menos frequentemente, dias até a expulsão fetal) ou realiza-se a dilatação e evacuação (D&E).

Figura 1.

Etapas do aborto induzido a partir de 20 semanas



* O implante pode ser inserido no início do tratamento

Até 24 semanas, existem duas opções terapêuticas: o aborto com medicamentos ou a dilatação e evacuação (D&E). O aborto com medicamentos, embora demande menor intervenção médica, está associado a maior sangramento vaginal, dor e imprevisibilidade do tempo até a expulsão dos produtos da gravidez. Em comparação com o aborto com medicamentos, a D&E apresenta menor frequência de eventos adversos e de dor, é mais

rápida, tem menores custos e apresenta maior índice de satisfação entre as pessoas que realizaram o tratamento¹⁴.

No entanto, a D&E está menos disponível na América Latina, pois requer profissionais com treinamento específico. As vantagens e desvantagens de cada opção terapêutica devem ser discutidas durante o aconselhamento (Tabela 1).

Em gravidezes de mais de 24 semanas, a única alternativa terapêutica é o aborto com medicamentos. É importante informar à pessoa que as doses são ajustadas de acordo com o tempo de gravidez e a avaliação clínica realizada.

Tabela 1.

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

	Aborto com medicamentos	Procédure d'avortement (D&E)
 Preferível se a pessoa deseja	• Evitar uma cirurgia • Ter contato com o feto depois da expulsão	• Um procedimento mais rápido (10-30 minutos) • Menor sangramento vaginal, menos dor, náuseas e vômitos
 Vantagens	• Possível depois da 24ª semana	• Procedimento rápido • DIU pode ser inserido no momento do procedimento
 Desvantagens	• Tempo imprevisível (pode levar horas ou dias) • Pequeno risco de ruptura uterina em pessoas com cicatriz uterina prévia (<3%)	• 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

¹⁴ Atrio, J. M., Sonalkar, S., Kopp Kallner, H., Rapkin, R. B., Gemzell-Danielsson, K., Lohr, P. A. (2025). Surgical versus medical methods for second-trimester induced abortion. Cochrane Database Syst Rev. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006714.pub3/epdf/full>.

Orientação 1.1.6

- 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 depois da expulsão. 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.
- A partir da 25ª semana, o procedimento ofertado é o aborto com medicamentos.

1.1.7 Conversamos sobre contracepção?

Frequentemente, meninas, adolescentes, mulheres e outras pessoas com possibilidade de engravidar encontram obstáculos para acessar métodos contraceptivos que sejam de sua escolha, acessíveis e oportunos. Os desafios incluem requisitos desnecessários, custos elevados e atrasos injustificados. Por isso, o aconselhamento se apresenta como uma oportunidade para abordar, de forma integral, a preferência e adoção de um método contraceptivo.

No entanto, é importante que a equipe esteja atenta para não iniciar a conversa sobre contracepção com pessoas que buscam o aborto de uma gravidez intencional e que manifestam intenção de tentar engravidar novamente em breve.

Assim como no processo de aborto, a pessoa continua sendo protagonista de suas decisões. Isso implica oferecer informações adequadas e estruturadas¹⁵, considerando critérios de elegibilidade¹⁶, diferenças de eficácia no uso típico, vantagens e desvantagens de cada método, bem como a disponibilidade de opções, respeitando preferências, experiências e trajetórias da pessoa¹⁷. É essencial que esta oportunidade não se transforme em uma situação de pressão para adotar um método. Na prática cotidiana dos serviços, evidencia-se que a preferência e aceitabilidade de um método são pilares para a continuidade de uso. Por isso, deve-se ter um exercício ativo de atenção aos medos e ambivalências, sem estigmatizar ou desvalorizar a postergação ou a decisão de não uso.

Caso a pessoa que abortou deseje iniciar algum método, a equipe deve oferecer todos os métodos elegíveis e orientar sobre seus usos, riscos, benefícios e taxas de falha no uso típico.

¹⁵ Bizjak, I., Envall, N., Emtell Iwarsson, K., Kopp Kallner, H. e Gemzell-Danielsson, K. (2024). Contraceptive uptake and compliance after structured contraceptive counseling - secondary outcomes of the LOWE trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 103(5), pp. 873-883. <https://doi.org/10.1111/aogs.14792>

¹⁶ OMS (2025b). *Medical eligibility criteria for contraceptive use (6th ed.)*. <https://www.who.int/publications/item/9789240115583>

¹⁷ OMS (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>

Orientação 1.1.7

- 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 direito que garante que todos os atos no contexto da atenção à saúde sejam realizados de forma voluntária. Trata-se de um processo dinâmico e individual, que abrange toda a atenção em saúde e ocorre de maneira contínua em cada ato clínico. Esse processo centra-se em uma comunicação efetiva e exige a troca de informações completas, atualizadas, verídicas e pertinentes, apresentadas de forma compreensível e acessível, assegurando que todas as pessoas envolvidas compreendam plenamente o necessário para garantir a autenticidade das decisões. O objetivo é que as pessoas usuárias dos serviços de saúde possam tomar decisões informadas sobre cada procedimento durante a atenção, incluindo o direito de não consentir uma prática, independentemente de quão aconselhável ela possa parecer. **O resultado desse processo é a decisão, livre de coerção, ameaças, indução ou incentivos indevidos, de aceitar ou recusar uma prática ou intervenção de cuidado à saúde.**

O consentimento informado é essencial para a garantia de direitos humanos, como autonomia, liberdade pessoal para tomar decisões informadas sobre a saúde e o próprio corpo, dignidade e não discriminação¹⁸. Sob uma perspectiva bioética, está principalmente associado à proteção do princípio da autonomia, pois promove a não interferência nas decisões das pessoas e a criação de condições que possibilitem e habilitem processos de decisão autônoma e informada¹⁹. O consentimento informado também está vinculado aos princípios de beneficência, não maleficência e justiça²⁰. Além disso, favorece espaços que fortalecem a confiança das pessoas nos sistemas e profissionais de saúde²¹. Trata-se de um processo central, que se insere na garantia dos direitos à confidencialidade e à privacidade das pessoas na atenção à saúde²².

¹⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso I.V. vs. Bolivia, Sentencia de 30 de noviembre de 2016. https://www.corteidh.or.cr/ver_expediente.cfm?nld_expediente=254&lang=es

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador, Sentencia de 26 de marzo de 2021. https://www.corteidh.or.cr/ver_expediente.cfm?nld_expediente=294&lang=es

¹⁹ Beauchamp, T. e Childress, J. (2009). *Principles of Biomedical Ethics* (6th ed.). Oxford University Press.

²⁰ Beauchamp e Childress, 2009, p. 103.

²¹ Guerrero, A., Acevedo Guerrero, N. e López Turconi, P. (2024). El secreto médico profesional y la salud reproductiva desde una perspectiva bioética y 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 y 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.

²² 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>

Orientação 1.2

- 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 cumprir os critérios de ser prévio, livre, pleno e informado. Esses elementos estão inter-relacionados: **um consentimento livre e pleno exige compreensão adequada das informações, as quais devem ser claras e relevantes para as preferências e planos de vida da pessoa.**

É importante ressaltar que **não é possível consentir de forma retroativa após a realização de um procedimento.** A Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) reconheceu exceções apenas em casos de urgência ou emergência médica, ou quando se tratar de uma situação de saúde pública que justifique uma ação coativa²³. Essas exceções devem ser interpretadas de forma restritiva e registradas na história clínica, detalhando os motivos e as medidas adotadas.

O consentimento também deve ser inequívoco e refletir de forma precisa a vontade da pessoa. Isso implica que a pessoa deve receber informações corretas, atualizadas e compreensíveis sobre os procedimentos, efeitos, riscos, benefícios, alternativas e direitos envolvidos. Da mesma forma, a pessoa deve fornecer informações relevantes sobre seus antecedentes biopsicossociais e preferências, para que a equipe de saúde possa elaborar estratégias de atenção adequadas.

A simples assinatura do documento de consentimento informado não elimina nem isenta a equipe de saúde de responsabilidade legal ou ética em caso de eventuais

²³ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso I.V. vs. Bolivia, Sentencia de 30 de noviembre de 2016. https://www.corteidh.or.cr/ver_expediente.cfm?nld_expediente=254&lang=es
Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador, Sentencia de 26 de marzo de 2021. https://www.corteidh.or.cr/ver_expediente.cfm?nld_expediente=294&lang=es

condutas inadequadas. Deve-se sempre assegurar um processo transparente, com diferentes momentos e espaços para esclarecimento, documentação adequada na história clínica, além da assinatura do documento de consentimento informado.

Orientação 1.2.1

- 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 Especificidades do consentimento informado em abortos induzidos a partir de 20 semanas

Nos abortos induzidos a partir de 20 semanas de gravidez, a proteção do processo de consentimento informado torna-se especialmente relevante, uma vez que se trata de escolhas altamente privadas, que podem envolver de forma mais intensa a integridade, a autoconsciência e a dignidade da pessoa. Por essa razão, devem ser adotadas salvaguardas adicionais para assegurar sua proteção²⁴.

1.2.2.1 Considerações sobre o processo

Deve-se fornecer informação suficiente no contexto do aborto com medicamentos. Da mesma forma, **a informação específica para práticas de aborto com medicamentos a partir de 20 semanas de gravidez deve necessariamente incluir:**

- **riscos e benefícios associados à técnica** que será utilizada em cada etapa do procedimento;
- **detalhes** sobre o procedimento, **os tempos estimados e a forma como cada etapa será realizada;**
- **sintomas esperados** ou normais em cada fase do processo, assim como **sinais de alerta** que devem ser considerados durante o procedimento;
- o que se pode esperar após o tratamento, incluindo aspectos como retorno à fertilidade, cuidados pós-procedimento e métodos contraceptivos, entre outros²⁵.

²⁴ Schuck, P. H. (1994). Rethinking Informed Consent. *The Yale Law Journal*, 103(4), pp. 899-959. <https://www.jstor.org/stable/797066>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-850/02, 2002. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-850-02.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-1031/04, 2004. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-1031-04.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-063/12. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-063-12.htm>

²⁵ Canadian Medical Protective Association (CMPA) (2006). *Consent: A guide for Canadian physicians*. <https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/handbooks/consent-a-guide-for-canadian-physician>

O consentimento informado é um processo de troca de informações. Para que seja considerado válido, deve resultar de um processo compreendido pelas partes e refletir a vontade autônoma da pessoa que tomará a decisão. Assim, **o consentimento deve ser o resultado da interação adequada entre a equipe de saúde e a pessoa que requer a prática e, se ela desejar, com pessoas de seu círculo de apoio**, sem que isso implique submeter-se à indicação dessa pessoa, conforme indicava a visão paternalista da medicina tão prevalente no passado²⁶.

É fundamental prevenir qualquer forma de coação, pressão ou interferência indevida na tomada de decisão da pessoa. Como parte do processo de consentimento informado para aborto induzido, **é essencial garantir que a pessoa tome decisões livres de influências externas**. Isso é especialmente relevante em contextos de vulnerabilidade ou situações de violência de gênero. Deve-se assegurar que a pessoa não seja pressionada por sua parceria, familiares ou terceiros. Para isso, é crucial manter espaços de confidencialidade e privacidade entre a equipe de saúde e a pessoa que realizará o aborto. Apoios ou acompanhantes do círculo de confiança devem ser autorizados e solicitados exclusivamente pela própria pessoa. Diante de qualquer sinal de pressão indevida, devem ser acionados os protocolos vigentes e aplicáveis em cada país.

Considerando que os abortos a partir de 20 semanas podem envolver diferentes etapas de atenção e, eventualmente, a participação de profissionais ou estabelecimentos distintos, **é importante manter comunicação eficaz entre os profissionais**. A comunicação adequada garante que a pessoa receba as informações necessárias e possa expressar dúvidas ou preocupações a qualquer momento, sem que se presuma que o requisito do consentimento informado já foi “cumprido”. Da mesma forma, a comunicação entre os profissionais permite identificar situações que possam comprometer a característica livre e informada do consentimento.

Mudanças de opinião ou possível ambivalência por parte da pessoa devem ser compreendidas como parte natural do processo de consentimento. Caso surjam sinais de ambivalência, não se deve presumir recusa automática ou incapacidade de decisão. Mudanças de opinião são frequentes em procedimentos irreversíveis e podem decorrer de dúvidas ou de processos psicoemocionais. Reconhecer a responsabilidade e a agência moral da pessoa implica compreender que a tomada de decisão pode ser não linear, exigindo tempo e múltiplos encontros até a decisão final. Por outro lado, decisões rápidas não devem ser interpretadas automaticamente como influência indevida, a menos que haja sinais claros nesse sentido. Recomenda-se, para essas situações:

- disponibilizar espaços ou tempo para que a pessoa faça perguntas sobre o procedimento;
- validar a decisão em diferentes momentos da atenção, oferecendo tempo adicional para reflexão;
- incentivar a consulta a pessoas de confiança, apenas se a pessoa desejar;
- caso a pessoa decida recusar ou desistir do procedimento, manter a possibilidade de retorno aos serviços se assim decidir.

²⁶ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso I.V. vs. Bolivia, Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Serie C Nº 329, párr. 166. https://www.corteidh.or.cr/ver_expediente.cfm?nld_expediente=254&lang=es

É imprescindível manter documentação detalhada na história clínica. **Como boa prática, recomenda-se registrar a condução do processo de consentimento informado antes e durante o aborto**, incluindo os diferentes espaços de troca de informações, alterações de decisão, desistências, sinais de coação ou pressão indevida e as medidas adotadas para mitigar riscos identificados.

Orientação 1.2.2.1

- 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.

1.2.2.2 Considerações sobre a documentação

Deve-se promover a assinatura de um documento único. Para o aborto induzido, apesar de se tratar de um procedimento de baixo risco, **a maioria dos países exige consentimento informado por escrito**, assegurando que a pessoa foi devidamente informada e tomou uma decisão livre e autônoma.

Embora o processo de consentimento seja contínuo ao longo de toda a atenção, recomenda-se a utilização de um único documento de consentimento que abranja todo o procedimento, garantindo que a pessoa compreenda que cada etapa é parte inseparável do tratamento, inclusive para gravidezes a partir de 20 semanas, que podem requerer procedimentos como indução de assistolia fetal.

Recomenda-se que o documento seja único, conciso, sintetizando as decisões da pessoa em relação às técnicas para cada etapa, à modalidade de atenção em cada uma e à disposição dos produtos da gravidez. Para complementar, podem ser incluídos anexos contendo informações-chave e pertinentes à decisão da pessoa, evitando fragmentações do procedimento ou que se sobredimensione documentos extensos com informações desnecessárias para cada situação.

É possível que, na prática ou conforme a normativa local, sejam exigidos diferentes documentos, por exemplo, quando atuam múltiplas equipes de saúde ou diferentes estabelecimentos. Mesmo assim, recomenda-se limitar a documentação a, no máximo, dois documentos, para evitar confusão, fragmentação do procedimento ou superestimação do risco da prática.

Deve haver uma instância de troca de informações no momento da assinatura. As informações exigidas para o consentimento informado devem ser fornecidas verbalmente sempre que possível (ou no formato mais acessível para a pessoa), em ambiente adequado que assegure privacidade e condições apropriadas para a interação. Somente após esse processo o documento que formaliza o consentimento informado pode ser assinado.

O documento pode ser complementado com anexos escritos em linguagem simples (ou vídeos em língua de sinais local), com ilustrações e contatos de emergência, para garantir apoio contínuo.

Tanto o documento principal quanto os anexos devem estar disponíveis em diferentes modalidades (física ou virtual) e formatos (escrito, áudio, vídeo, pictograma) e, se necessário, em vários idiomas, garantindo linguagem clara e compreensível.

O documento deve ser conciso, claro e preciso, contendo, no mínimo:

- Detalhes da prática consentido, incluindo técnica e modalidade escolhidas;
- Confirmação de que a pessoa recebeu e compreendeu informações sobre as alternativas disponíveis relevantes ao seu caso;
- Informação sobre a possibilidade de revogação do consentimento e até qual momento isso pode ser feito, de acordo com a técnica escolhida;
- Assinatura da pessoa que consente, que é insubstituível mesmo no caso de menores de idade ou pessoas com deficiência, podendo ser acompanhada da assinatura de quem prestou apoio ou assistência na decisão;
- Assinatura do profissional de saúde que acompanhou o processo de tomada de decisão, garantindo espaço para escuta e esclarecimento de dúvidas.

Orientação 1.2.2.2

- 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.

1.2.3 Considerações para o consentimento informado na infância e adolescência

Em geral, considera-se que crianças e adolescentes não possuem autonomia plena para decidir de forma responsável sobre si mesmos e, portanto, em muitos países, suas decisões ainda não são reconhecidas como válidas. Por meio de um modelo de substituição, é necessário que outra pessoa (adulta e capaz) tome decisões em seu nome. No entanto, desde a aprovação da Convenção sobre os Direitos da Criança, houve uma mudança de paradigma baseada no reconhecimento de todas as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, e não meros objetos de proteção²⁷.

Essa mudança implica reconhecer sua autonomia e assegurar que possam tomar decisões com a assistência necessária, de acordo com suas condições e capacidades individuais. O processo de consentimento informado e a atenção à saúde devem estar alinhados a esse paradigma. Conforme o artigo 12 da Convenção: “os Estados Partes garantirão à criança, que esteja em condições de formar sua própria opinião, o direito de expressá-la livremente em todos os assuntos que a afetem, sendo devidamente consideradas suas opiniões, em função de sua idade e maturidade”²⁸.

A determinação da maturidade e da capacidade para “formar sua própria opinião” representa um desafio para as equipes de saúde. *As equipes de saúde devem focar nas estratégias necessárias para assegurar condições que permitam à criança ou adolescente expressar seu consentimento de forma livre e efetiva.* No caso do aborto induzido, especialmente a partir de 20 semanas, isso envolve não apenas as condições para consentir a prática, mas também estratégias para sua realização.

Para que esse modelo seja adequadamente aplicado no processo de consentimento informado, as equipes e profissionais de saúde devem:

- **Reconhecer sua autonomia progressiva:** garantir que a pessoa possa tomar decisões com a assistência necessária, de acordo com suas capacidades individuais.
- **Não permitir ou promover a substituição de sua vontade:** evitar que decisões sejam tomadas por terceiros sem considerar sua opinião, assegurando que ela seja central nas decisões²⁹.
- **Criar um ambiente de confiança e privacidade:** promover um espaço seguro para expressão de necessidades, dúvidas e receios.
- **Adaptar o processo de consentimento:** ajustar linguagem, tempo e ferramentas de comunicação (como ilustrações) para garantir a compreensão do procedimento e suas implicações.

²⁷ Organización de Naciones Unidas (ONU) (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. <http://www.refworld.org/es/docid/50ac92492.html>

²⁸ ONU, 1989, art. 12.

²⁹ Comité de los Derechos del Niño (CRC) de la ONU (2003). *Observación General N° 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre Los Derechos del Niño*. <https://www.refworld.org/es/leg/coment/crc/2003/es/18641>

- **Considerar sua opinião e seus valores:** incorporar preferências e valores individuais na organização do cuidado.
- **Garantir confidencialidade:** assegurar que informações não sejam compartilhadas sem consentimento, exceto em situações de risco iminente ou violência sexual, conforme normas locais.
- **Facilitar o acesso sem intervenção parental:** possibilitar o cuidado em saúde sexual e reprodutiva sem necessidade de consentimento de pais ou responsáveis.
- **Questionar sobre a rede de apoio:** promover que a pessoa conte com suporte durante e após o processo, incentivando a presença de alguém de confiança sem tornar isso obrigatório.
- **Aplicar o interesse maior da pessoa:** priorizar sempre seu bem-estar e seus direitos durante a tomada de decisão, respeitando o direito à participação, à expressão e à autonomia progressiva.
- **Desenvolver políticas e protocolos institucionais:** implementar diretrizes que permitam aplicar o enfoque de direitos de maneira individualizada e adequada a cada situação.

Orientação 1.2.3

- 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 Considerações para o consentimento informado de pessoas com deficiência

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) reconhece explicitamente o direito das pessoas com deficiência a serem reconhecidas e protegidas em igualdade de condições perante a lei, bem como o reconhecimento de sua agência e capacidade legal, incluindo o direito de exercer direitos e deveres³⁰. A CDPD reconhece o direito de receber os apoios e ajustes razoáveis necessários para que qualquer pessoa com deficiência possa expressar sua vontade, acessar informações e tomar decisões informadas³¹.

Da mesma forma, o artigo 23 da CDPD reconhece que **pessoas com deficiência têm direitos sexuais e reprodutivos, incluindo o direito de tomar decisões sobre reprodução e fertilidade**. Por isso, a CDPD recomenda que os Estados adotem medidas que apoiem a tomada de decisão das pessoas com deficiência, prevendo salvaguardas para prevenir abusos, conflitos de interesse e influências indevidas³². O reconhecimento pleno do direito à capacidade legal, especialmente em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, incentiva a adoção de um modelo de tomada de decisão com apoios no contexto da saúde, repensando os modelos de substituição da vontade e evitando qualquer procedimento em saúde que não seja consentido.

Por fim, é importante destacar que o artigo 2 da CDPD estabelece que a recusa de fornecer ajustes razoáveis e apoios necessários para que uma pessoa com deficiência possa expressar sua vontade ao acessar um serviço de saúde (independentemente do tipo de deficiência ou do nível de apoio requerido) pode constituir “discriminação por motivo de deficiência”³³.

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

Este modelo, derivado do modelo social da deficiência, é entendido como uma alternativa ao modelo de substituição da vontade, que era historicamente utilizado nos contextos de saúde. Ele reconhece que pessoas com deficiência podem tomar decisões sobre seus direitos reprodutivos, contando com apoios e ajustes que lhes permitam expressar sua vontade, respeitando seus desejos e preferências em relação a procedimentos específicos de aborto induzido³⁴. Para que esse modelo seja adequadamente aplicado no processo de

³⁰ ONU (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.refworld.org/es/leg/resol/agonu/2007/es/49751>

³¹ ONU, 2006, art. 9 e 12.

³² ONU, 2006, art. 23 e 12.

³³ ONU, 2006, art. 2.

³⁴ Acevedo Guerrero, N. (2022). Una aproximación al modelo de autonomía con apoyos para la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad. Em: Dirección General de Derechos Humanos, Igualdad de Género y Asuntos Internacionales del Consejo de la Judicatura Federal de México (CJF) e Instituto O'Neill para el Derecho de Salud Nacional y Global de la Universidad de Georgetown (Eds.), *Los Derechos Sexuales y Reproductivos y el Poder Judicial en América Latina* (p. 108). <https://www.cjf.gob.mx/micrositios/dgdhigai/resources/publicaciones/derechosSexualesReproductivosPoderJudicialAmericaLatina.pdf>

consentimento informado, recomenda-se que os profissionais e equipes de saúde adotem as seguintes boas práticas:

- **Serviços que realizem aborto induzido devem adaptar instalações e práticas para garantir acessibilidade às pessoas com deficiência.** Isso inclui modificações em espaços de consulta, adaptação da linguagem e dos formatos de comunicação³⁵.
- **É fundamental estabelecer contato com a pessoa com deficiência para identificar se ela necessita e deseja apoios para a tomada de decisão ou para expressar sua vontade.** A implementação de sistemas de apoio não pode ser imposta como requisito nem restringir o acesso ao serviço. Independentemente do histórico clínico ou diagnósticos associados, recomenda-se sempre avaliar individualmente o tipo e a intensidade de apoio necessários³⁶.
- **Pessoas que auxiliam na tomada de decisão ou na comunicação devem ser escolhidas pela própria pessoa com deficiência, dentro de seu círculo de confiança.** A pessoa de apoio pode ser parte da família, da comunidade, da equipe de profissionais de saúde ou de outras áreas, ou integrantes de organizações da sociedade civil ou de proteção de direitos, entre outras³⁷. Não é necessário que sejam as mesmas pessoas que prestam apoio em outros contextos da vida da pessoa. As pessoas de apoio devem respeitar a vontade e preferências da pessoa com deficiência, garantindo confidencialidade e privacidade³⁸.
- **As pessoas com deficiência podem solicitar recursos audiovisuais, imagens, vídeos e outras ferramentas que facilitem o consentimento informado.** Da mesma forma, as pessoas com deficiência também podem requerer apoios para comunicação, como uso de aparelhos auditivos, quadros de comunicação alternativa ou aumentativa, pictogramas, língua de sinais, intérpretes ou outros mecanismos familiares à pessoa³⁹. O uso dessas ferramentas não exige um formato de consentimento informado diferente, apenas formas de apoio adaptadas.
- **As pessoas com deficiência podem requerer tempos adicionais ou espaços de consulta de maior duração com a equipe de saúde.** Isso permitirá que as pessoas com deficiência possam compreender a informação e tenham a oportunidade de realizar as perguntas necessárias. Diferentes intercâmbios podem ajudar as pessoas com deficiência a fortalecer a confiança com a equipe de saúde.

³⁵ Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2022). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE)*. Ministerio de Salud de Argentina. https://redaas.org.ar/wp-content/uploads/1.-Protocolo-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-derecho-IVE-ILE-.Actualizacion-2022.-Res.-1063_2023.pdf

³⁶ Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2022, p. 33.
Resolução 1904/2017 sobre a adoção do regulamento encaminhado para garantir que as pessoas com deficiência acessem a informação adequada e suficiente sobre seus direitos sexuais e reprodutivos. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1904-de-2017.pdf>

³⁷ Resolución 1904/2017 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

³⁸ Resolución 1904/2017 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

³⁹ Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria y Oficina de Promoción Social (s.f.). *Orientaciones técnicas para la implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos* (p. 10). Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/orientaciones-tecnicas-consentimiento-pcd3.pdf>

- **As pessoas com deficiência podem expressar sua vontade de forma diversa.** É importante considerar outras formas de comunicação que não necessariamente são verbais, como a expressão escrita ou por meio de imagens, vocalização de sons, gestos e expressões corporais que podem significar aprovação, conforto ou desaprovação, a comunicação mediante dispositivos como celulares e computadores, entre outros. Para isso, os atores dos sistemas de saúde devem capacitar seu pessoal na provisão de apoios e ajustes razoáveis para pessoas com deficiência⁴⁰.
- **As equipes interdisciplinares podem apoiar a tomada de decisões das pessoas com deficiência.** Por isso, uma boa prática é apoiar-se em profissionais de psicologia, serviço social, enfermagem, entre outras áreas, que possam acompanhar o processo de comunicação e de tomada de decisões das pessoas com deficiência.
- É importante garantir salvaguardas para proteger a vontade e as preferências das pessoas com deficiência. Isso implica que **a equipe de saúde sempre deverá estar atenta ao que quer a pessoa com deficiência e não ao que querem seus familiares ou ao que se considera que é “melhor” para ela.** O registro adequado na história clínica, a garantia da confidencialidade e da privacidade durante a consulta, assim como um processo de consentimento informado adequado, são considerados salvaguardas da autonomia da pessoa com deficiência.
- Sempre se devem garantir espaços de confidencialidade e privacidade durante a consulta. **Não se deve assumir que a pessoa com deficiência deseja ser apoiada por seus familiares ou pessoas cuidadoras.**
- **Nos casos em que, após terem sido utilizados os ajustes e apoios para conhecer a vontade da pessoa com deficiência, não seja possível conhecer seus desejos e preferências para um procedimento de aborto, recomenda-se o uso do padrão da “melhor interpretação da vontade da pessoa com deficiência”⁴¹.** Isso implica guiar-se por critérios como sua trajetória de vida, sua história conhecida, manifestações prévias de sua vontade em outros contextos, o conhecimento das pessoas de seu círculo de confiança, entre outros. Este processo implica responder o que a pessoa teria desejado no caso de poder expressar sua vontade⁴².

Orientação 1.2.4.1

- As pessoas com deficiência têm o direito de tomar decisões sobre seus direitos reprodutivos, com respeito ao 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.

⁴⁰ Acevedo Guerrero, 2022, p. 108.

⁴¹ Resolución 1904/2017 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, art. 8.

⁴² Lei 1996 de 2019 por meio da qual se estabelece o regime para o exercício da capacidade legal das pessoas com deficiência maiores de idade, art. 4, par. 3. Congreso de la República de Colombia. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=99712>

- 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

Após a decisão pelo aborto induzido é importante proceder à avaliação clínica da pessoa gestante. **Além de estimar o tempo gestacional, a avaliação clínica também busca identificar fatores de risco para complicações do tratamento.** Diante da presença de fatores de risco, a equipe de saúde deve estar preparada para as possíveis intervenções e encaminhamentos necessários.

A avaliação clínica da pessoa que busca um aborto induzido a partir de 20 semanas de gravidez inclui⁴³:

Motivo pelo qual busca a atenção em saúde	• Circunstâncias da gravidez (especialmente quando a informação é necessária para fins de notificação, por exemplo, em casos de gravidez resultante de violência sexual; gravidez intencional ou não), sintomas da gravidez e possíveis complicações, como sangramento vaginal. • Uso recente de métodos físicos (como inserção de objetos) para tentativa de autoaborto.
Antecedentes obstétricos	• Informações e desfecho de gravidezes anteriores, incluindo gravidez ectópica, gravidez molar, aborto espontâneo ou induzido, hemorragia pós-parto ou pós-aborto, morte fetal, nascidos vivos e via de nascimento.
Antecedentes ginecológicos	• Primeiro dia da última menstruação (data da última menstruação – DUM) e padrão dos ciclos menstruais. • Cirurgias ginecológicas prévias. • Uso e experiência atual ou prévia com métodos contraceptivos. • Malformações uterinas.
Antecedentes sexuais	• Histórico ou sintomas de infecções sexualmente transmissíveis (IST).
Antecedentes clínicos e cirúrgicos	• Doenças crônicas, como hipertensão, epilepsia, coagulopatias, doenças hepáticas ou cardíacas, diabetes, anemia falciforme, asma, transtorno psiquiátrico grave. • Internações prévias, cirurgias prévias.
Uso de medicamentos e alergias	• Medicamentos de uso diário. • Uso recente de medicamentos ou ervas para tentativa de autoaborto (dose, via e tempo). • Alergia a medicamentos.
Antecedentes sociais	• Redes de apoio. • Violência ou coerção de parceria ou de membro da família. • Outros fatores sociais que possam impactar o cuidado. • Uso prévio ou atual de álcool e drogas (lícitas e ilícitas).

Adaptado de: OMS, 2023a

⁴³ OMS (2023a). *Clinical practice handbook for quality abortion care*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369488/9789240075207-eng.pdf?sequence=1>

Orientação 1.3

- 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 de 20 semanas, o uso da ultrassonografia está indicado para a determinação das medidas fetais, o diagnóstico da localização da placenta⁴⁴, e a detecção de malformações fetais que possam incidir no processo de evacuação uterina⁴⁵.

A ecografia é, entre os exames complementares, provavelmente o que mais pode impactar a pessoa gestante devido às imagens, à corporeidade e à carga simbólica que normalmente lhe são associadas. Por esse motivo, é importante explicitar as razões para sua realização, o que se pode esperar do exame, e evitar a descrição do que está sendo visualizado. A pessoa não deve sentir que se espera que observe as imagens e/ou escute o som dos batimentos cardíacos. Da mesma forma, é importante que ela manifeste sua preferência sobre ser informada ou não do diagnóstico ou resultado.

Se a pessoa que realiza a ecografia não faz parte da equipe responsável pelo processo de aborto, deve receber treinamento para atuar com sensibilidade e respeito, de forma a proporcionar um momento de cuidado que não agrave mal-estares ou circunstâncias.

Além disso, a investigação do fator Rh deve ser oferecida a todas as pessoas com Rh desconhecido⁴⁶. Essa investigação é necessária para a administração de imunoglobulina anti-D em pessoas Rh negativas com 20 semanas ou mais de gravidez.

A avaliação de rotina também inclui o rastreamento de anemia com exames de hemoglobina e hematócrito⁴⁷, dado que o tempo gestacional de 20 semanas ou mais representa um fator de risco moderado para hemorragia, ainda que esse risco seja

⁴⁴ Se a localização da placenta for anterior, prévia ou de inserção baixa em pessoas com cesariana prévia, deve-se suspeitar de placenta acreta e incluir uma ultrassonografia transvaginal e Doppler para confirmar ou descartar o diagnóstico. Diante do diagnóstico de placenta acreta, o aborto deve ser induzido em um serviço hospitalar.

Premkumar, A., Huysman, B., Cheng, C., Einerson, B. D. e Moayedi G. (2025). Placenta accreta spectrum in the second trimester: a clinical conundrum in procedural abortion care. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 232(1), pp. 92-101. [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(24\)00820-2/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(24)00820-2/abstract)

⁴⁵ National Abortion Federation (NAF) (2024). *Lineamientos sobre Políticas Clínicas para la Atención del Aborto 2024*. <https://prochoice.org/wp-content/uploads/2024-CPGs-FINAL-1.pdf>

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>

⁴⁶ OMS, 2023a.

A documentação do fator Rh pode ser realizada por fontes externas, pelo relato da própria pessoa ou por exames laboratoriais realizados na instituição (NAF, 2024).

⁴⁷ Kerns et al., 2024.

NAF, 2024.

inferior a 1%.

Diante da presença de qualquer outro fator de risco para hemorragia após o aborto, o coagulograma e a dosagem sérica de creatinina também estão indicados⁴⁸.

São fatores de risco para hemorragia após o aborto⁴⁹:

- **duas ou mais cesarianas prévias;**
- **uma cesariana prévia e placenta de localização anterior;**
- **suspeita ou diagnóstico de placenta acreta.**

As sorologias para HIV, hepatites virais (B e C) e sífilis podem ser oferecidas como oportunidade de rastreamento, mas não devem atrasar o tratamento para o aborto induzido. Do mesmo modo, o rastreamento para gonorreia e clamídia está indicado, preferencialmente por testes de amplificação de ácidos nucleicos (TAANs) com amostras de urina ou swab vaginal⁵⁰.

Caso a pessoa recuse o rastreamento para infecções sexualmente transmissíveis, sua decisão deve ser respeitada.

Orientação 1.4

- 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, gonorreia e clamídia.

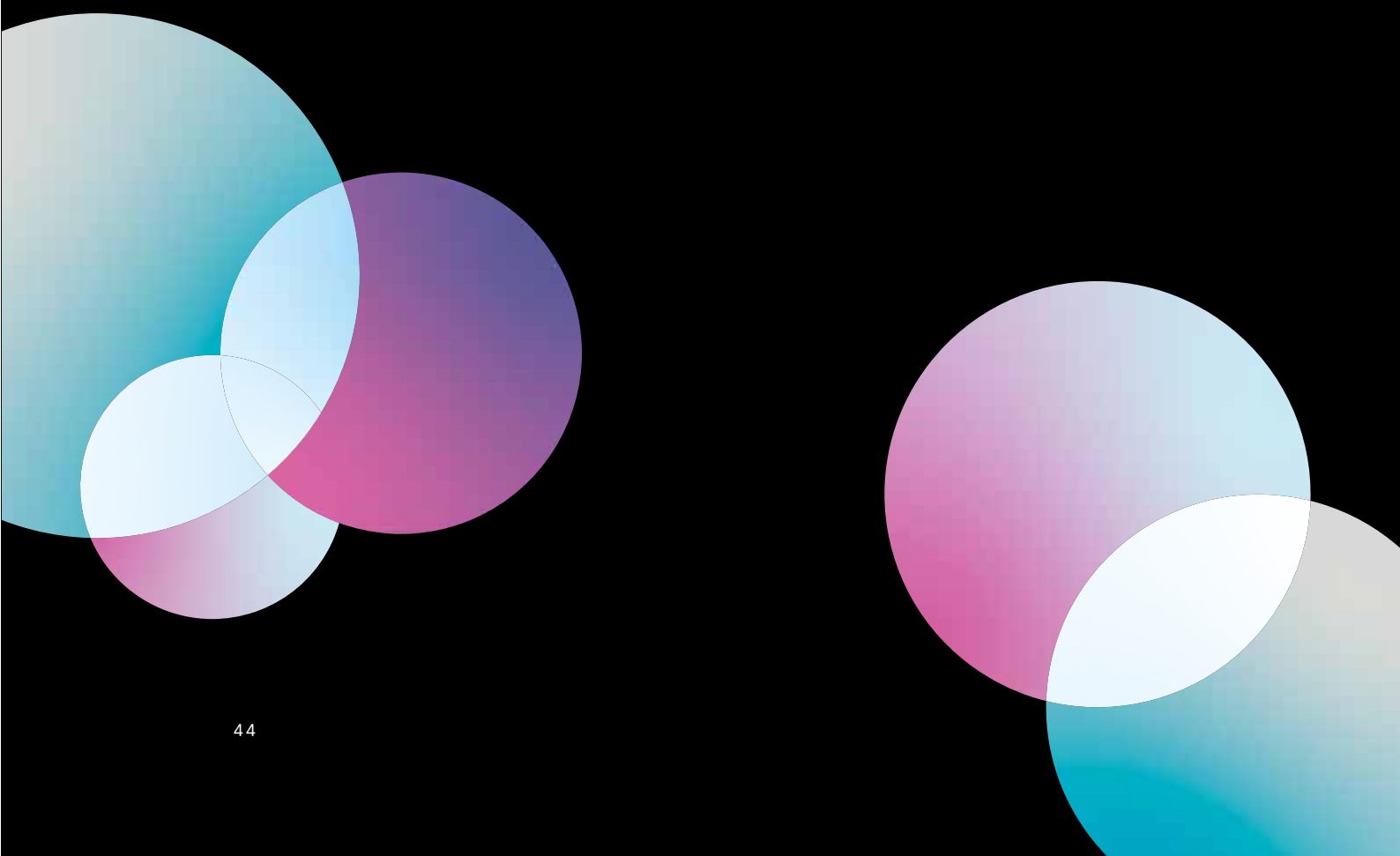
⁴⁸ Kerns et al., 2024.

⁴⁹ Kerns et al., 2024.

⁵⁰ NAF, 2024.

OMS (2023b). *Laboratory and point-of-care diagnostic testing for sexually transmitted infections, including HIV*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374252/9789240077089-eng.pdf?sequence=1>

2. Atenção para a expulsão dos produtos da gravidez



2.1 Indução de assistolia fetal

A indução de assistolia fetal (IAF) consiste em induzir a parada da atividade cardíaca fetal para assegurar que os abortos induzidos não resultem em nascido vivo⁵¹.

2.1.1 Quando realizar a IAF?

A IAF pode ser considerada antes de 20 semanas por preferência da pessoa que solicita o procedimento ou da equipe de saúde, por questões legais ou para evitar equívocos nas estatísticas de mortalidade perinatal e a necessidade de emissão de um certificado de nascido vivo⁵².

A maioria das diretrizes clínicas recomenda realizar a IAF em gravidezes a partir de 20–22 semanas, antes da indução medicamentosa do aborto⁵³ ou da dilatação e evacuação, já que nesse tempo gestacional a possibilidade de expulsão do feto com sinais de vida aumenta significativamente.

Isso implica que a IAF constitui o padrão de qualidade do cuidado em abortos de mais de 20 semanas. No entanto, em serviços onde não existem os recursos para a IAF, continua sendo possível prosseguir com o aborto induzido se o tempo de gravidez ou a condição fetal não forem compatíveis com a sobrevivência depois da expulsão.

Orientação 2.1.1

- 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 depois da expulsão.

⁵¹ Paro, H. (2023). *Los tiempos del aborto. Documento 1: Términos y otros asuntos clave*. Red Jurídica del Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI). <https://clacaidigital.info/handle/123456789/3184>

⁵² Paro, 2023.

⁵³ Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) (2021). Declaración de la FIGO: Mejora del acceso al aborto después de las 12 semanas de embarazo. https://www.figo.org/sites/default/files/2021-09/FIGO_Statement_Abortion_Beyond_12Weeks_ES.pdf

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/>

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>

2.1.2 Medicamentos e técnicas

A IAF é realizada preferencialmente com fármacos: digoxina injetável (intra-amniótica, intrafetal ou intracardíaca), cloreto de potássio injetável (intracardíaco) ou lidocaína (intracardíaca ou intratorácica)⁵⁴. A injeção intra-amniótica de digoxina apresenta a vantagem de ser facilmente administrável sem a necessidade de especialistas em medicina fetal na equipe de saúde. No entanto, a injeção intracardíaca de cloreto de potássio ou de lidocaína é mais eficaz do que a injeção intra-amniótica de digoxina⁵⁵.

O tempo necessário para confirmar a assistolia depende do fármaco e da via de administração utilizados. **A assistolia fetal é confirmada por ultrassonografia.** No caso do cloreto de potássio intracardíaco, a assistolia pode ser verificada imediatamente após o procedimento. Já a injeção intracardíaca ou intratorácica de lidocaína geralmente induz a assistolia em um período de até 5 minutos (*Tabela 2*)⁵⁶.

Segundo a opinião de especialistas, o tempo de espera necessário após a administração de digoxina intra-amniótica varia entre 12 e 48 horas, sem aumento significativo na taxa de falhas após a injeção. A maioria dos serviços que utilizam digoxina intra-amniótica costuma confirmar a assistolia após 24 horas; no entanto, em alguns contextos, a confirmação pode levar até 48 horas após a primeira injeção. A injeção intracardíaca de digoxina geralmente age em menos de 1 hora, enquanto a administração intratorácica ou intrafetal pode demorar entre 6 e 12 horas para fazer efeito.

Se a atividade cardíaca fetal não se interromper após o primeiro procedimento de IAF, a injeção deve ser repetida⁵⁷.

⁵⁴ 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>

⁵⁵ A eficácia da injeção intra-amniótica de digoxina é de 92%, enquanto a eficácia da injeção intracardíaca de cloreto de potássio ou lidocaína é de 100%.
Jackson, R. A., Teplin, V. L., Drey, E. A., Thomas, L. J. y Darney, P. D. (2001). Digoxin to Facilitate Late Second-Trimester Abortion: A Randomized, Masked, Placebo-Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*, 97(3), pp. 471-476. https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2001/03000/digoxin_to_facilitate_late_second_trimester.29.aspx
Pasquini, L., Pontello, V. e Kumar, S. (2008). Intracardiac injection of potassium chloride as method for fetocide: experience from a single UK tertiary centre. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(4), pp. 528-531. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01639.x>

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 Sexual & Reproductive Health*, 48(4). <https://doi.org/10.1136/bmjshr-2021-201350>

⁵⁶ OMS, 2023a.

Tufa et al., 2020.

Reeves et al., 2022.

⁵⁷ 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/bmjshr-2019-200396>
Reeves et al., 2022.

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) ⁵⁸	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) ⁵⁹	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

* Não existem estudos que assegurem a possibilidade de utilizar uma combinação de medicamentos para a IAF. Por isso, não se recomenda a IAF com mais de um medicamento fora de contextos de pesquisa.

Fonte: OMS, 2023a

Orientação 2.1.2

- A indução de assistolia fetal (IAF) com fármacos pode ser realizada por meio de injeção intracardíaca de cloreto de potássio (4–6 mEq) ou injeção intratorácica ou intracardíaca 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).

⁵⁸ 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%.

⁵⁹ 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.

2.2 Indução do aborto com medicamentos

O tratamento farmacológico de preferência para a indução medicamentosa do aborto em pessoas sem antecedentes de cesarianas é a associação de mifepristona e misoprostol. Quando a mifepristona não estiver disponível, o tratamento pode ser realizado apenas com misoprostol.

A opinião de especialistas indica que o número necessário de doses de misoprostol é menor quando a IAF é realizada concomitantemente à administração de 200 mg de mifepristona por via oral, com tempo de latência de 24 a 48 horas para iniciar a indução com misoprostol. Nos esquemas apenas com misoprostol, pode-se inserir a sonda de Foley e iniciar a primeira dose de misoprostol após a confirmação do sucesso da IAF⁶⁰.

Para gravidezes de até 24 semanas, o regime preferencial consiste em administrar 200 mg de mifepristona por via oral, com retorno da pessoa ao serviço de saúde após 24 a 48 horas para indução com 400 mcg de misoprostol por via vaginal, sublingual ou bucal a cada 3 horas, sem limite de doses, até a expulsão⁶¹.

No entanto, quando não há disponibilidade de mifepristona, o tratamento apenas com misoprostol é a única opção medicamentosa para pessoas em situação de aborto com mais de 20 semanas. Nesse caso, a dose recomendada é de 400 mcg de misoprostol por via vaginal, sublingual ou bucal a cada 3 horas, sem limite de doses, até a expulsão⁶².

Para gravidezes entre 25 e 27 semanas, o esquema de preferência é um comprimido de 200 mg de mifepristona por via oral, seguido, após 24 a 48 horas, por 200 mcg de misoprostol a cada 4 horas por via vaginal, sublingual ou bucal⁶³. Se não houver disponibilidade de mifepristona, o esquema alternativo é a administração de 200 mcg de misoprostol por via vaginal, sublingual ou bucal a cada 4 horas, sem limite de doses, até a expulsão⁶⁴.

Embora existam poucos estudos sobre a indução farmacológica do aborto exclusivamente em gravidezes a partir de 28 semanas, recomenda-se a dose de 25–50 mcg de misoprostol a cada 4 horas por via vaginal, antecedida em 24 a 48 horas

⁶⁰ 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>

Rezk, M. A. A., Sanad, Z., Dawood, R., Emarh, M. e Masood, A. (2014). Comparison of intravaginal misoprostol and intracervical Foley catheter alone or in combination for termination of second trimester pregnancy. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 28(1), pp. 93–96. <https://doi.org/10.3109/14767058.2014.905909>

⁶¹ OMS, 2025a.

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

⁶² OMS, 2025a.

FIGO, 2023.

⁶³ FIGO, 2023.

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

⁶⁴ FIGO, 2023.

NICE e RCOG, 2019.

por 200 mg de mifepristona por via oral⁶⁵. Quando não há mifepristona, o esquema alternativo é a administração de 25–50 mcg de misoprostol por via vaginal a cada 4 horas, sem limite de doses, até a expulsão⁶⁶.

O misoprostol pode ser utilizado de forma segura em gravidezes de até 28 semanas com antecedentes de cesariana, já que o risco de ruptura uterina é similar ao risco em pessoas sem cicatriz uterina⁶⁷. Em pessoas com mais de uma cesariana prévia, o maior risco de ruptura uterina não contraindica o uso de misoprostol após a mifepristona, mas a opinião de especialistas sugere reduzir a dose de misoprostol em gravidezes acima de 24 semanas⁶⁸ e oferecer acompanhamento rigoroso. Nesses casos, também é possível associar a sonda de Foley transcervical para reduzir o tempo de indução⁶⁹.

Para gravidezes com mais de 28 semanas e histórico de cesariana, pode-se utilizar a sonda de Foley transcervical e indução com altas doses de ocitocina⁷⁰. O regime escalonado com 5 UI de ocitocina em 500 mL de solução glicose a 5% em bomba de infusão a 167 mL/h (por 3 horas), pausa de 1 hora com solução glicose e aumentos de 5 UI de ocitocina a cada esquema, até 30 UI de ocitocina ou expulsão fetal, pode ser considerado. Esse regime apresenta tempo médio de expulsão de 12 horas e 97% de expulsão em 48 horas⁷¹.

Após a expulsão fetal, administram-se 10 UI de ocitocina por via intramuscular⁷². Se a pessoa estiver com acesso venoso, a via endovenosa é preferível⁷³. A conduta expectante para a expulsão da placenta no aborto medicamentoso não está associada a maior risco de retenção placentária ou hemorragia pós-aborto quando comparada à dilatação e evacuação⁷⁴. Portanto, se não houver sinais de infecção ou hemorragia, pode-se aguardar até 4 horas para a expulsão placentária⁷⁵.

⁶⁵ FIGO, 2023.

⁶⁶ FIGO, 2023.

NICE e RCOG, 2019.

⁶⁷ Zwerling et al., 2023.

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://doi.org/10.1097/aog.0b013e31819dbfe>

⁶⁸ Zwerling et al., 2023.

⁶⁹ El Sharkwy, I. A. E., Elsayed, M. L., Ahmed, M. A., Alnemer, A. A. A. (2019). Low-dose vaginal misoprostol with or without Foley catheter for late second-trimester pregnancy termination in women with previous multiple cesarean sections. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 32(22). <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1470236>

⁷⁰ Premkumar, A., Manthena, V., Vuppalahadham, L., Van Etten, K., McLaren, H. e Grobman, W. A. (2024). The use of adjunctive mechanical dilation at the time of induction termination and adverse health outcomes: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 6(2). <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2023.101263>.

⁷¹ Yapar, E. G., Senöz, S., Urkütür, M., Batioglu, S. e Gökmen, O. (1996). Second trimester pregnancy termination including fetal death: comparison of five different methods. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (EJOG)*, 69(2), pp. 97–102. [https://www.ejog.org/article/0301-2115\(95\)02548-0/abstract](https://www.ejog.org/article/0301-2115(95)02548-0/abstract)

⁷² 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>

⁷³ OMS (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>.

⁷⁴ Jacques, L., Heinlein, M., Ralph, J., Pan, A., Nugent, M., Kaljo, K. e Farez, R. (2024). Complication rates of dilation and evacuation and labor induction in second-trimester abortion for fetal indications: A retrospective cohort study. *Contraception: an international reproductive health journal*, 102(2), pp. 83–86. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.018>

⁷⁵ Zwerling et al., 2023.

Não há indicação de evacuação cirúrgica de rotina após o aborto com medicamentos, apenas quando há evidência clínica de aborto incompleto⁷⁶. Também não está indicada ultrassonografia de rotina para rastrear a persistência de tecidos placentários (*Tabela 3*)⁷⁷.

Para o tratamento farmacológico, **não há indicação de profilaxia antibiótica**⁷⁸.

Orientação 2.2

- 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 indução utilizando 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.

⁷⁶ NICE e RCOG, 2019. Zwerling et al., 2023.

⁷⁷ 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>

⁷⁸ OMS, 2025a.

- 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 é realizado com dilatadores cervicais e com métodos farmacológicos. A inserção de dilatadores cervicais geralmente ocorre um dia antes do procedimento, em ambiente ambulatorial. Uma vez alcançada a dilatação máxima dos dilatadores osmóticos, geralmente em um período de 6 a 24 horas, é possível realizar o preparo cervical no mesmo dia do procedimento de evacuação⁷⁹.

Se os dilatadores cervicais não estiverem disponíveis, é possível realizar o preparo cervical com sonda de Foley transcervical⁸⁰.

Para a inserção de dilatadores cervicais (laminárias ou dilatadores osmóticos), utiliza-se bloqueio paracervical com anestésico (bupivacaína ou lidocaína). A quantidade de dilatadores depende do tempo gestacional.

A pessoa pode receber alta com prescrição de anti-inflamatórios (analgésicos orais) e orientações sobre a possibilidade de expulsão dos dilatadores antes do procedimento. Deve-se orientar que retorne ao serviço de saúde antes da data do procedimento caso apresente qualquer um dos seguintes sintomas ou sinais⁸¹:

- sangramento vaginal, com fluxo semelhante ou maior que o da menstruação;
- cólicas que não melhoram com o uso de anti-inflamatórios;
- ruptura de membranas, com saída de líquido transparente pela vagina, em quantidade suficiente para manchar roupas e pernas;
- febre (temperatura corporal superior a 37,5 °C);
- saída dos dilatadores: nesse caso, a pessoa deverá contar a quantidade de dilatadores para informar ao profissional de saúde.

Para o preparo farmacológico do colo uterino, utilizam-se 200 mg de mifepristona por via oral entre 24 e 48 horas antes do procedimento e 400 mcg de misoprostol

⁷⁹ OMS, 2023a.

⁸⁰ 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>
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>

⁸¹ OMS, 2023a.

entre 1 e 2 horas antes do procedimento por via sublingual ou entre 2 e 3 horas antes do procedimento por via vaginal⁸².

Orientação 2.3.1

- 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

Antes do início da evacuação uterina, recomenda-se o bloqueio paracervical com lidocaína associado à vasopressina para redução do risco de sangramento cervical⁸³.

Após a retirada dos dilatadores cervicais, verifica-se a dilatação cervical pelo toque vaginal. Caso a dilatação cervical seja menor que 4 cm, recomenda-se a utilização de dilatadores mecânicos (dilatadores de Pratt) sob orientação ultrassonográfica.

A evacuação uterina com pinças do tipo Sopher ou Bierer é realizada com orientação ultrassonográfica. Durante a evacuação uterina, utilizam-se 30 UI de ocitocina diluídas em 500 mL de solução fisiológica por via endovenosa para prevenção de hemorragia pós-aborto⁸⁴. Também é utilizada profilaxia antibiótica em dose única antes ou durante a dilatação e evacuação (Tabela 3)⁸⁵.

Orientação 2.3.2

- 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.

⁸² OMS, 2023a.

⁸³ Kerns et al., 2024.

⁸⁴ 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 Dilatation and Evacuation: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*, 133(3), pp. 484-491. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003104>

⁸⁵ OMS, 2023a.

Ipas (2023). *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2024/01/Actualizaciones-clinicas-en-salud-reproductiva-CURHS23b.pdf>

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			
Dilatação e evacuação (D&E)				
IAF	recomendável			
Preparo cervical	dilatadores cervicais 24 horas antes do procedimento + 200 mg de mifepristona por via oral 24-48 horas antes do procedimento, se disponível + 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 disponível + 400 mcg de misoprostol por via sublingual ou vaginal 1-3 horas antes do procedimento			
Esvaziamento uterino	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 ⁸⁶			

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

Fonte: elaboração própria

⁸⁶ Ipas, 2023.

2.4 Manejo da dor

O manejo da dor deve estar centrado nas necessidades individuais da pessoa que busca cuidados de aborto. Para avaliar essas necessidades, escalas numéricas verbais ou visuais podem ser úteis, especialmente em pessoas menores de 15 anos, situação em que também podem ser utilizadas as faces de Wong-Baker para essa avaliação⁸⁷.

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor estão indicados tanto para o aborto com medicamentos quanto para o procedimento de dilatação e evacuação⁸⁸.

- comunicação respeitosa e sem preconceitos;
- apoio verbal e segurança, com explicação detalhada do que esperar (se a pessoa desejar);
- presença de uma pessoa de apoio que possa permanecer com a pessoa durante o processo (se ela desejar);
- música;
- bolsa de água quente ou almofada térmica;
- disponibilização de um ambiente não compartilhado com pessoas em trabalho de parto (desde que isso não constitua uma barreira de acesso).

Para alívio da dor no tratamento medicamentoso, utilizam-se de forma profilática e rotineira os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)⁸⁹, seguidos por métodos adicionais como opioides, antieméticos (metoclopramida) e analgesia epidural⁹⁰. A combinação de metoclopramida (10 mg) 10 minutos antes e 4 horas após a primeira dose de morfina é capaz de reduzir o tempo de indução do aborto e a quantidade acumulada de morfina necessária⁹¹.

Em locais com disponibilidade de analgesia epidural, essa opção deve sempre ser oferecida à pessoa que aborta. Na ausência de analgesia epidural, o uso de opioides, como morfina (2 mg em bolo, injeção lenta) ou fentanil (25 mcg em bolo, injeção lenta), é uma alternativa para o alívio da dor (*Tabela 4*)⁹². Em casos de crianças, adolescentes ou pessoas com peso corporal inferior a 50 kg, deve-se considerar o ajuste das doses por quilo de peso⁹³.

O tratamento escalonado da dor – começando com AINEs por via oral, depois AINEs por via endovenosa, em seguida analgesia com opioides e, por último, analgesia epidural (quando disponível), sempre associado a medidas não farmacológicas – é considerado por especialistas como um esquema com boa tolerância em relação à dor e ao conforto da pessoa.

⁸⁷ Ortiz, G. (2020). Guía técnica. *Atención integral del aborto en menores de 15 años*. Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI) e Ipas. https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1333/GUIA%20TEC_ATE%20ABORTO_FINAL.pdf

⁸⁸ OMS, 2023a.

⁸⁹ OMS, 2023a.

⁹⁰ OMS, 2023a.

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>

⁹¹ Jackson e Kapp, 2011.

⁹² Jackson e Kapp, 2011.

⁹³ Ortiz, 2020.

Para o aborto por procedimento (D&E), também são oferecidos rotineiramente AINEs (ibuprofeno)⁹⁴. A OMS recomenda ainda o uso de bloqueio paracervical e sedação consciente, desaconselhando a anestesia geral de rotina. No entanto, uma revisão sistemática que incluiu quatro estudos sobre manejo da dor em D&E concluiu que o uso de sedação profunda (propofol) ou anestesia geral foi eficaz para o alívio da dor sem aumento da frequência de complicações, efeitos adversos ou secundários (*Tabela 4*)⁹⁵.

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 ⁹⁶ ; 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) ⁹⁷		—
Sedação mínima	—	—	—
Bloqueio paracervical	lidocaína 0,5%-1,0% ou bupivacaína 0,25% ⁹⁸	—	—
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 ⁹⁹	
Sedação moderada (<i>Tabela 4.1</i>)	—	0,1-0,2 mg/kg morfina (EV) + 50-100 mcg fentanil (EV) ¹⁰⁰ (<i>Tabela 4.1</i>)	
Sedação profunda (<i>Tabela 4.2</i>)	propofol + fentanil	(pode ser utilizada durante o período de expulsão, para extração fetal) propofol + opioide (<i>Tabela 4.2</i>)	(pode ser utilizada durante o período de expulsão, para extração fetal) propofol + opioide (<i>Tabela 4.2</i>)
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 geral¹⁰¹.

⁹⁴ OMS, 2023a.

⁹⁵ 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/>

⁹⁶ OMS, 2023a.

⁹⁷ OMS, 2023a.

⁹⁸ OMS, 2023a.

⁹⁹ Jackson e Kapp, 2011.

¹⁰⁰ Jackson e Kapp, 2011.

¹⁰¹ Jackson e Kapp, 2020.

Tabela 4.1.

Medicamentos utilizados para sedação moderada¹⁰²

	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 profunda¹⁰³

	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: via endovenosa

Orientação 2.4

- 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.

¹⁰² OMS, 2023a.

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)

¹⁰³ OMS, 2023a.

- 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.

2.5 Confirmação de esvaziamento completo

2.5.1 Indução medicamentosa do aborto

Durante o processo de expulsão fetal, sugere-se o acompanhamento e a supervisão por parte da equipe de saúde, bem como o manejo cuidadoso do feto após a expulsão.

O esvaziamento completo do útero no aborto com medicamentos é confirmado por meio da inspeção visual do feto e da placenta, além do monitoramento dos sinais e sintomas da pessoa (sinais vitais estáveis, sangramento vaginal e dor abdominal reduzidos)¹⁰⁴.

Menos de 10% dos abortos com medicamentosos necessitam de intervenção cirúrgica (aspiração uterina) para remoção de tecidos placentários¹⁰⁵. Por isso, não se deve utilizar a ultrassonografia de rotina para rastrear a persistência de tecidos placentários¹⁰⁶ e a aspiração uterina após o aborto medicamentoso está indicada apenas quando há evidência clínica de aborto incompleto (sangramento abundante, febre, placenta retida por mais de 3 a 4 horas após a expulsão fetal)¹⁰⁷.

Orientação 2.5.1

- 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.

¹⁰⁴ OMS, 2023a.

¹⁰⁵ Green, J., Borgatta, L., Sia, M., Kapp, N., Saia, K., Carr-Ellis, S. e Vragovic, O. (2007). Intervention rates for placental removal following induction abortion with misoprostol. *Contraception: an international reproductive health journal*, 76(4), pp. 310–313. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2007.06.010>

¹⁰⁶ Costescu e Guilbert, 2018.

¹⁰⁷ NICE e RCOG, 2019.
Zwerling et al., 2023.

- 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 (quatro extremidades, tórax/coluna vertebral, calvário e placenta) **é utilizada para confirmar o esvaziamento completo do útero durante a D&E¹⁰⁸. Quando a D&E é guiada por ultrassonografia, esta também pode ser utilizada para confirmar a evacuação completa do útero.**

Durante a aspiração final na D&E, o esvaziamento completo do útero pode ser confirmado pelos seguintes sinais¹⁰⁹:

- aparecimento de espuma vermelha ou rosada, sem passagem adicional de tecido pela cânula;
- sensação arenosa quando a cânula percorre a superfície do útero evacuado;
- contração do útero ao redor da cânula;
- intensificação das cólicas ou da dor, indicando que o útero está se contraindo.

Não se deve utilizar a curetagem uterina para verificar o sucesso do aborto¹¹⁰.

Orientação 2.5.2

- 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.

¹⁰⁸ OMS, 2023a.

¹⁰⁹ OMS, 2023a.

¹¹⁰ OMS, 2023a.

2.6 Profilaxia anti-D

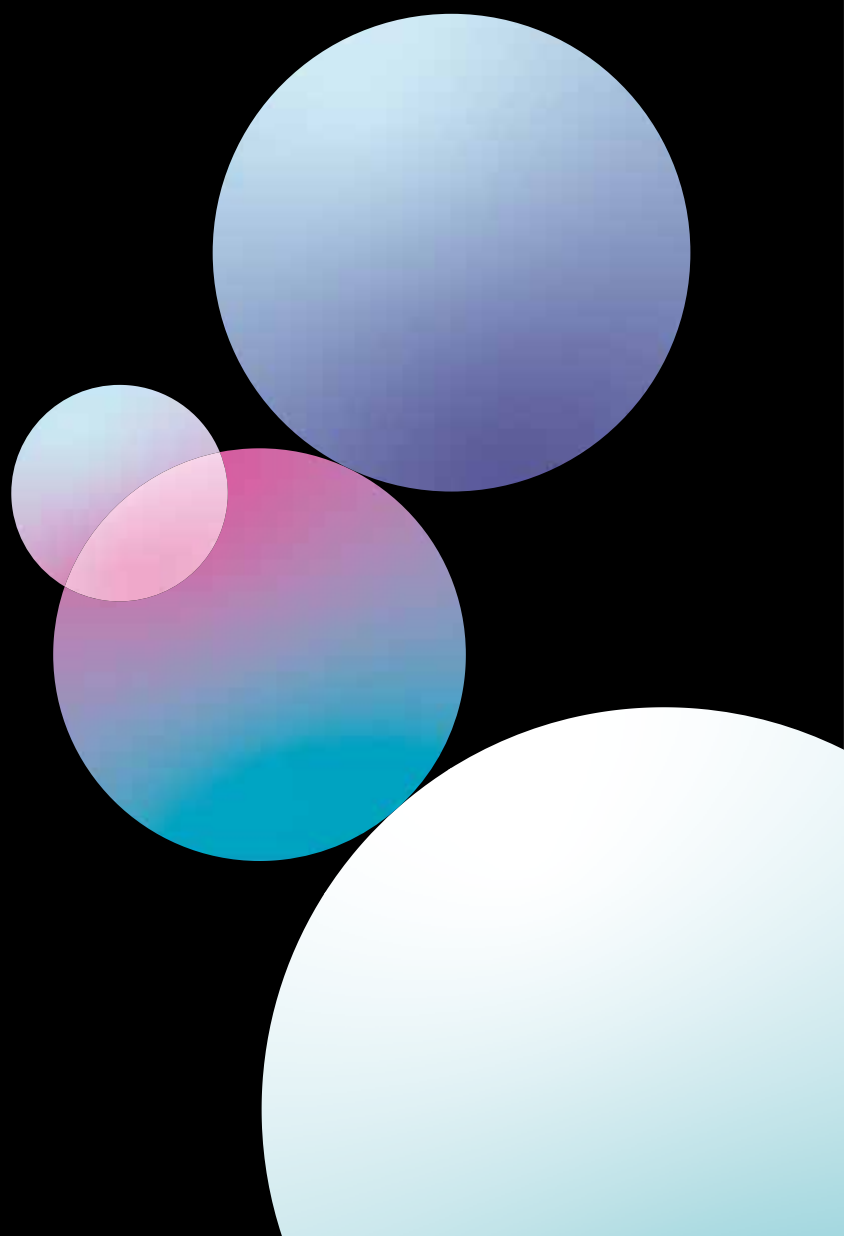
A profilaxia anti-D é oferecida a todas as pessoas Rh negativas com 20 semanas ou mais de gravidez durante o processo de aborto induzido ou dentro de 72 horas após o tratamento, na dose de 300 mcg de imunoglobulina anti-D por via intramuscular¹¹¹.

Orientação 2.6

- 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.

¹¹¹ Qureshi, H., Massey, E., Kirwan, D., Davies, T., Robson, S., White, J., Jones, J., Allard, S. e British Society for Haematology (2014). BCSH guideline for the use of anti-D immunoglobulin for the prevention of haemolytic disease of the fetus and newborn. *Transfusion medicine (Oxford, England)*, 24(1), pp. 8-20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25121158/>

3. **Atenção depois da expulsão dos produtos da gravidez**



3.1 Inibição da lactação

Mais de 90% das pessoas apresentarão sintomas mamários, como ingurgitamento e mastalgia, após um aborto induzido com mais de 20 semanas¹¹². **Para a inibição da lactação após o aborto induzido (com medicamentos ou por procedimento), está indicada a administração de 1 mg de cabergolina por via oral em dose única**¹¹³. Quando a cabergolina não estiver disponível, podem ser utilizados métodos mecânicos (como o uso de sutiã de sustentação e compressas frias)¹¹⁴.

Orientação 3.1

- 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.

¹¹² Henkel, A., Reeves, M. F. e Shaw, K. A. (2024). The experience of breast symptoms after second-trimester abortion or pregnancy loss. *American journal of obstetrics and gynecology*, 230(3), pp. e3-e5. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.10.025>

¹¹³ 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>

A cabergolina deve ser utilizada com cautela em pessoas com hipertensão ou pré-eclâmpsia, pois pode elevar os níveis de pressão arterial e está associada à hemorragia intracraniana.

¹¹⁴ OMS, 2023a.

Resultados de ensaios clínicos demonstram que os métodos farmacológicos são superiores aos métodos mecânicos para a inibição da lactação. No entanto, os métodos mecânicos podem ser oferecidos quando a cabergolina estiver indisponível. Oladapo, O. T. e Fawole, B. (2012). Treatments for suppression of lactation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2012(9). https://www.cochrane.org/CD005937/PREG_treatments-for-suppression-of-lactation

A bromocriptina deve ser evitada, pois, além de sua posologia de difícil adesão (14 dias), seus efeitos adversos graves (infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral) contraindicam seu uso para a inibição da lactação.

Bernard, N., Jantzen, H., Becker, M., Pecriaux, C., Bénard-Larivière, A., Montastruc, J. L., Descotes, J., Vial, T. e French Network of Regional Pharmacovigilance Centres (2015). Severe adverse effects of bromocriptine in lactation inhibition: a pharmacovigilance survey. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 122(9), pp. 1244-1251. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25761676/>

3.2 Aconselhamento contraceptivo

3.2.1 Quais métodos contraceptivos oferecer?

Se a pessoa que realizou o aborto desejar iniciar algum método, a equipe deve oferecer todos os métodos elegíveis e orientar sobre seus usos, riscos, benefícios e taxas de falha ([Tabela 5](#)).

[Tabela 5.](#)

Taxas de gravidez indesejada no primeiro ano de uso do método contraceptivo muito eficaz e eficaz

Método contraceptivo	Taxa de gravidez a cada 1000 pessoas
Implante	1
Esterilização feminina	5
DIU de levonorgestrel	7
DIU de cobre	8
Injetável mensal	30
Injetável de progestágeno	40
Combinados oral	70
Oral de progestágeno	70
Adesivo combinado	70
Anel combinado	70

DIU: dispositivo intrauterino

Fonte: OMS, 2022

Orientação 3.2.1

- 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?

Se houver desejo de contracepção, qualquer método contraceptivo pode ser oferecido à pessoa para início imediato após o aborto, seguindo os critérios de elegibilidade para anticoncepção¹¹⁵.

Se forem escolhidos métodos hormonais (orais, injetáveis, anel, adesivo ou implante), a anticoncepção pode ser iniciada no mesmo dia do procedimento de D&E ou no dia da primeira dose de mifepristona ou de misoprostol no tratamento com medicamentos¹¹⁶.

Para quem optar pelo dispositivo intrauterino (DIU), a inserção pode ser realizada imediatamente após o procedimento de D&E ou no momento em que for determinado o sucesso do tratamento com medicamentos¹¹⁷. No entanto, em casos de hemorragia pós-aborto ou de infecção, a inserção do DIU deve ser adiada¹¹⁸.

Orientação 3.2.2

- 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.

¹¹⁵ OMS, 2025.
OMS, 2022.
Zwerling et al., 2023.

¹¹⁶ OMS, 2022.

¹¹⁷ OMS, 2025a.

¹¹⁸ OMS, 2022.
Zwerling et al., 2023.

3.3 Antes da alta

A pessoa que realizou o aborto pode receber alta após o período de observação (2 a 12 horas) se apresentar quadro clínico estável (capacidade de deambular de forma autônoma, pressão arterial e pulso estáveis, e sangramento vaginal e dor controlados)¹¹⁹.

Antes da alta, a pessoa deve ser orientada quanto aos sinais de alerta que indicam a necessidade de retorno imediato ao serviço de saúde: aumento das cólicas ou da dor abdominal, sangramento vaginal excessivo (mais de dois absorventes noturnos totalmente encharcados por hora, durante 2 horas consecutivas) e febre¹²⁰.

A orientação sobre sinais comuns também é importante: o sangramento vaginal é mais intenso no aborto com medicamentos e pode durar, em média, 10 dias (em casos raros, podendo persistir por até 45 dias), e a atividade sexual pode ser retomada assim que cessar o sangramento mais abundante ou quando a pessoa se sentir pronta. Essas orientações devem ser fornecidas, preferencialmente, de forma verbal e escrita¹²¹.

Orientação 3.3

- 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.

¹¹⁹ OMS, 2023a.

¹²⁰ OMS, 2025a.

¹²¹ OMS, 2023a.
NICE e RCOG, 2019.

3.4 Seguimento

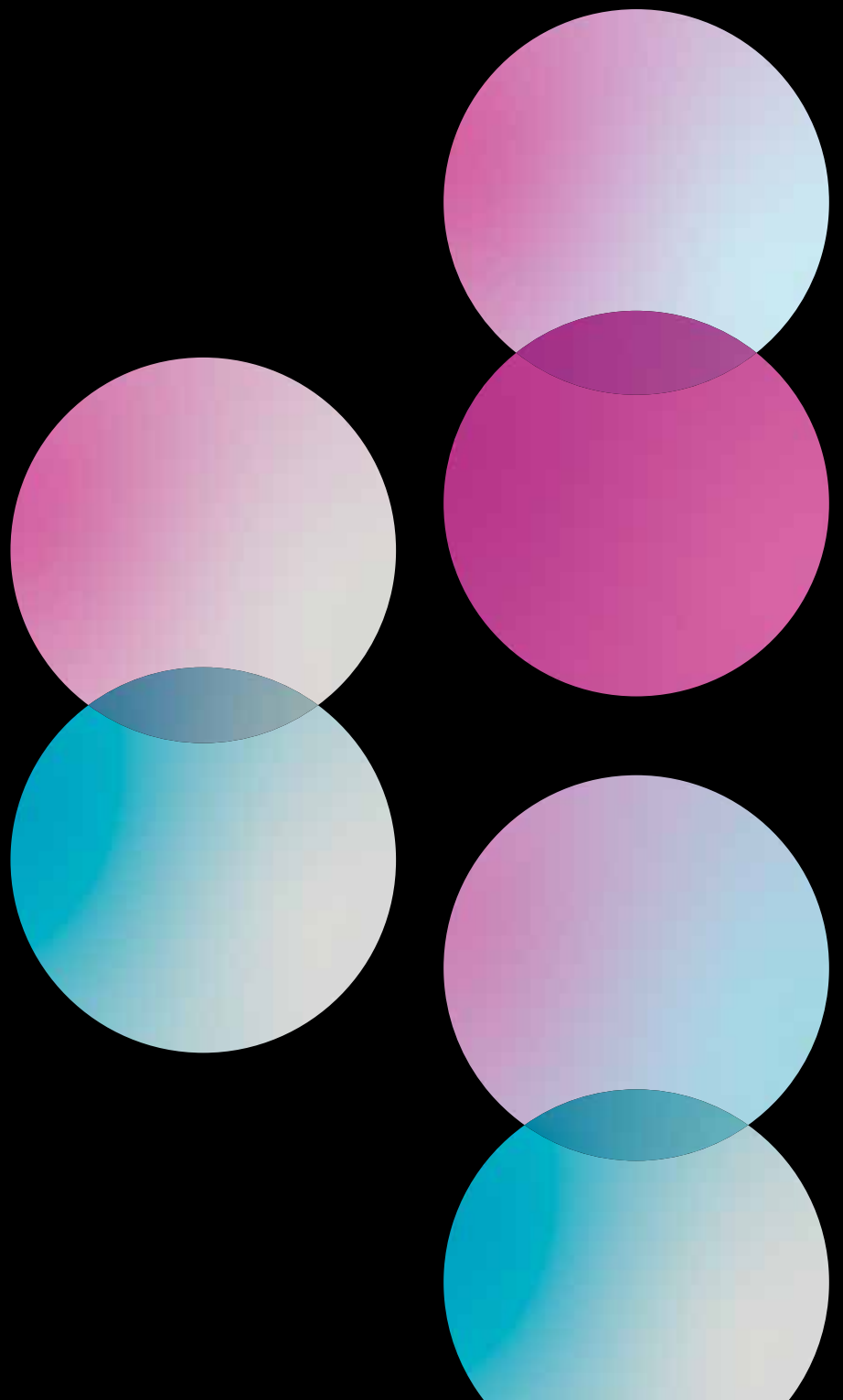
Embora não haja evidências sobre a necessidade de acompanhamento após um aborto sem complicações, **pode-se oferecer uma consulta de acompanhamento (presencial ou por telemedicina) entre 7 e 14 dias após a intervenção**, a fim de fornecer serviços de contracepção, apoio emocional e manejo de quaisquer dúvidas que a pessoa possa apresentar nesse período¹²².

Orientação 3.4

- 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.

¹²² OMS, 2023a.

4. Tratamento das complicações pós-aborto



4.1 Hemorragia pós-aborto

Toda pessoa que busca cuidados de aborto deve ser questionada sobre os aspectos de seu histórico clínico associados a um risco elevado de sangramento. Isso inclui uma revisão de complicações obstétricas, especialmente hemorragia, antecedentes de duas ou mais cesarianas, presença de distúrbio hemorrágico, diagnóstico de morte fetal, obesidade, idade avançada da pessoa gestante e placenta prévia ou acreta¹²³.

A equipe de saúde pode considerar medidas para evitar e reagir a um aumento do sangramento, tais como avaliar a hemoglobina ou o hematócrito antes do aborto, utilizar ultrassonografia durante a D&E, assegurar a pronta disponibilidade de medicamentos uterotônicos, preparar-se para uma possível transfusão ou para encaminhar a pessoa a um estabelecimento de saúde de nível superior, embora haja pouca evidência para guiar a prática¹²⁴.

Outras medidas preventivas incluem o uso profilático de ocitocina após a expulsão fetal no aborto com medicamentos (10 UI por via intramuscular) ou durante a D&E (30 UI em 500 mL de solução fisiológica)¹²⁵, e o bloqueio paracervical com lidocaína com adrenalina ou 4 UI de vasopressina durante a D&E¹²⁶.

Quando se suspeita de hemorragia pós-aborto, a avaliação e o tratamento devem ser instituídos de maneira rápida e sistemática. A avaliação inicial consiste em um exame bimanual para detectar atonia uterina, uma inspeção do colo uterino para detectar laceração, a repetição da aspiração ou a realização de exame ultrassonográfico para detectar tecidos ovulares retidos ou hematometra¹²⁷.

Uma laceração cervical pode ser tratada com pressão direta, usando gaze ou pinça com esponja, aplicação de agentes coagulantes tópicos (como nitrato de prata ou solução de sulfato férrico) ou realizando suturas absorvíveis¹²⁸.

A atonia uterina requer uma resposta sequencial rápida, começando com massagem uterina, seguida por medicamentos uterotônicos, (re)aspiração, tamponamento uterino e, finalmente, medidas cirúrgicas. A equipe de saúde deve avançar rapidamente para o próximo passo se o sangramento não for controlado. Quando se utilizam medicamentos uterotônicos, podem ser administradas doses adicionais ou repetidas se o sangramento não diminuir após a primeira dose (*Tabela 6*)¹²⁹.

¹²³ Kerns et al., 2024.

¹²⁴ Kerns et al., 2024.

¹²⁵ Whitehouse et al., 2019.

¹²⁶ Kerns et al., 2024.

¹²⁷ Kerns et al., 2024.

¹²⁸ Kerns et al., 2024.

¹²⁹ Kerns et al., 2024..

Tabela 6.

Tratamento da hemorragia pós-aborto de acordo com a causa¹³⁰

Causa	Frequência relativa*	Tratamento ¹³¹
Atonia uterina	50%	Massagem uterina. Ácido tranexâmico 1 g por via endovenosa ¹³² . Uterotônicos (oxitocina 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 AMEIU ou aspiração elétrica. Ácido tranexâmico 1 g por via endovenosa ¹³³ .
Laceração cervical ou vaginal	10%	Pressão direta com gaze ou esponja. Aplicação de agentes coagulantes tópicos (como nitrato de prata ou uma solução de sulfato férrico). Ácido tranexâmico 1 g por via endovenosa ¹³⁴ . Sutura das lacerações.
Perfuração ou ruptura uterina	7%	Laparoscopia (preferível) ou laparotomia (preferível se instabilidade hemodinâmica). Ácido tranexâmico 1 g por via endovenosa ¹³⁵ .
Coagulopatia	5%	Reposição dos fatores de coagulação. Ácido tranexâmico 1 g por via endovenosa ¹³⁶ .

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

¹³⁰ 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>

¹³¹ OMS, 2023a.

¹³² OMS (2017). *WHO recommendation on tranexamic acid for the treatment of postpartum haemorrhage*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493081/pdf/Bookshelf_NBK493081.pdf

¹³³ OMS, 2017.

¹³⁴ OMS, 2017.

¹³⁵ OMS, 2017.

¹³⁶ OMS, 2017.

Quando o sangramento continua após ter certeza de que a evacuação uterina foi completa e não há lacerações visíveis, outras complicações, tais como perfuração, coagulopatia ou placenta acreta, devem ser consideradas¹³⁷. Se houver presença de coagulopatia, como coagulação intravascular disseminada, pode ser necessária transfusão sanguínea. Medidas cirúrgicas, como histerectomia, suturas de compressão uterina, ligadura das artérias uterinas ou embolização das artérias uterinas, podem ser realizadas para tratar um sangramento grave que não possa ser controlado com outras medidas¹³⁸.

Pessoas com diagnóstico de hemorragia pós-aborto necessitam da colocação de via intravenosa, oxigênio suplementar, reanimação com líquidos e reposição de produtos sanguíneos, conforme indicado¹³⁹.

Orientação 4.1

- 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).
- A administração endovenosa de 1 g de ácido tranexâmico está indicada em todos os casos de hemorragia pós-aborto, independentemente da causa do sangramento.
- 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

A perfuração uterina deve ser investigada quando ocorre uma súbita perda de resistência durante a dilatação cervical, permitindo que o instrumento ultrapasse o comprimento previsto do útero. Em muitas ocasiões, **a perfuração durante a dilatação cervical pode ser manejada de forma conservadora, observando-se mudanças no quadro clínico.**

¹³⁷ NAF, 2024.

Kerns et al., 2024.

¹³⁸ Kerns et al., 2024.

¹³⁹ Kerns et al., 2024.

A perfuração uterina também pode ocorrer durante a evacuação uterina. **Em casos de perfuração durante o uso de pinças cortantes (por exemplo, a pinça de Bierer) durante a D&E, recomenda-se realizar laparoscopia** (se indisponível, laparotomia) para investigar e reparar possíveis lesões em outros órgãos¹⁴⁰.

As seguintes medidas podem reduzir o risco de perfuração uterina durante a D&E¹⁴¹:

- realizar o toque bimanual antes de iniciar o procedimento;
- obter dilatação cervical suficiente;
- dilatar gentilmente, nunca usando força;
- evitar o fundo uterino durante o procedimento;
- realizar a evacuação uterina guiada por ultrassonografia, sempre que possível.

A ruptura uterina durante o aborto com medicamentos requer intervenção cirúrgica tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento¹⁴².

Orientação 4.2

- 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

A infecção pós-aborto pode ocorrer em até 4% dos casos de abortos a partir de 20 semanas¹⁴³. Os seguintes sinais e sintomas são sugestivos de infecção pós-aborto: febre ou calafrios após 24 horas da última dose de misoprostol, secreção vaginal ou cervical fétida, dor abdominal ou pélvica após 24 horas da última dose de misoprostol, dor à palpação uterina¹⁴⁴.

¹⁴⁰ OMS, 2023a.

¹⁴¹ OMS, 2023a.

¹⁴² OMS, 2023a.

¹⁴³ ACOG, 2013.

¹⁴⁴ ACOG, 2013.

Diante da suspeita de infecção pós-aborto, é necessária a avaliação para verificar a retenção de produtos da gravidez. Caso haja retenção de tecidos, a (re)evacuação uterina (por aspiração) está indicada. Em pacientes instáveis, não se deve aguardar a conclusão do tratamento antimicrobiano para realizar a evacuação cirúrgica dos restos placentários¹⁴⁵.

O regime de tratamento antimicrobiano depende da gravidade do quadro clínico. A maioria dos casos típicos de endometrite pode ser tratada ambulatorialmente. O tratamento hospitalar deve ser reservado para os casos mais graves, caracterizados por taquicardia, hipotensão, insuficiência respiratória, icterícia, redução da diurese ou alteração do estado mental (*Tabela 7*)¹⁴⁶.

Tabela 7.

Sugestão de tratamento antimicrobiano para a infecção pós-aborto¹⁴⁷

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 e Grossman, 2020¹⁴⁸

EV: via endovenosa; VO: via oral

Orientação 4.3

- 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.

¹⁴⁵ OMS, 2023a.

¹⁴⁶ OMS, 2023a.

¹⁴⁷ O tratamento antimicrobiano pode ser ajustado conforme os protocolos regionais.

¹⁴⁸ 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/NEJMra1908412>

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.

Anexos | Anexo I

TERCEIRA PARTE: possibilidade de revogação	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: Signatures	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).

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 _____, [country] _____, 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 ____ / Mês ____ / Ano ____

Observações sobre o atendimento (preencher apenas se necessário):

Pessoa que solicita a prática

Profissional

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 ____

Anexos

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 gestação para evitar a sobrevivência depois da expulsão fetal e aumentar a segurança das etapas seguintes do processo de interrupção da gravidez.

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.

Anexos | Anexo II

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 medicamentosa do aborto

1. 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.

Anexos | Anexo II

2. Indução com medicamentos

A indução do aborto com medicamentos é a realização do esvaziamento uterino com o uso de medicamentos.

Consiste na 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 medicamentosa, 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.

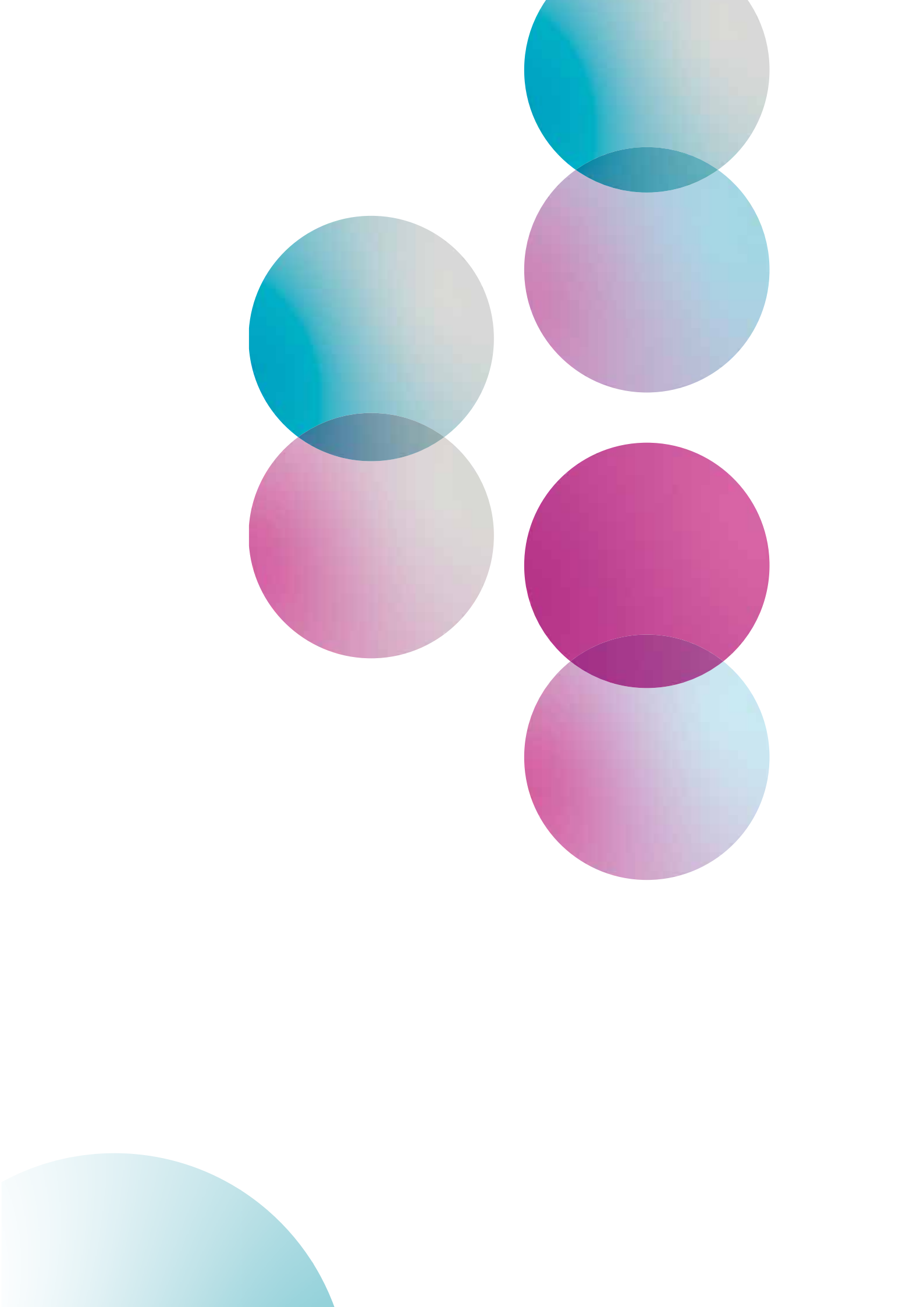
Efeitos esperados e colaterais da indução medicamentosa incluem:

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

Risks associated with induced abortion methods

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

