

Especialização em  
**SAÚDE DA  
FAMÍLIA**



**Caso complexo**  
Maria do Socorro

**Fundamentação teórica**  
Abortamento e pré-natal



**MAIS MÉDICOS  
PARA O BRASIL**

**PROVAB**

## ABORTAMENTO

Évelyn Traina

O abortamento é definido como a interrupção da gravidez antes de atingida a viabilidade fetal. A Organização Mundial da Saúde estabelece como limite para caracterizá-lo a perda de conceitos de até 22 semanas ou 500 gramas.

Os termos “abortamento” e “aborto” algumas vezes são empregados como sinônimos, porém “abortamento” refere-se ao processo e “aborto”, ao produto eliminado.

### Incidência

O abortamento é a mais comum intercorrência obstétrica. Até 20% das gestações evoluem para aborto antes de 20 semanas, sendo que, destas, 80% são interrompidas até a 12ª semana. A perda de gestações subclínicas ou não diagnosticadas é ainda maior, podendo chegar a 30%. A frequência diminui com o avançar da idade gestacional, sendo que o risco geral de abortar depois da 15ª semana é baixo (0,6%). O abortamento é dividido em precoce e tardio, respectivamente, se ocorre antes ou após a 12ª semana de gestação.

### Fatores de risco

Numerosos fatores estão associados a maior risco de perda gestacional:

- **Idade:** o risco de aborto aumenta com o avançar da idade materna, chegando a 40% aos 40 anos e 80% aos 45 anos;
- **Antecedente de aborto espontâneo:** aumenta após duas ou mais perdas;
- **Tabagismo:** o consumo de mais de 10 cigarros por dia aumenta em cerca de 1,5 a 3 vezes a chance de abortar. O tabagismo paterno também pode ser prejudicial. Dessa forma, os casais devem ser encorajados a abandonar o hábito;
- **Consumo** de álcool e drogas;
- **Uso de anti-inflamatórios não hormonais:** pode aumentar o risco de abortar se usados próximos à concepção. O uso de acetaminofeno, no entanto, constitui opção segura;
- **Caféina:** alguns estudos mostram associação entre alto consumo de caféina (mais que quatro xícaras de café expresso por dia) e abortamento, mas os dados ainda são um pouco controversos;
- **Extremos de peso:** IMC < 18,5 ou > 25.

### Etiologia

**Anormalidades cromossômicas:** são as causas mais comuns, responsáveis por até 50% das perdas gestacionais precoces. Decorrem de gametas anormais, fertilização anômala ou irregularidades na divisão embrionária. A maioria acontece por acaso, não sendo decorrentes de “defeitos herdados” da mãe ou do pai. A alteração cromossômica mais frequente no aborto é a Trissomia do cromossomo 16. Só podem ser confirmadas quando o material de aborto é enviado para análise citogenética.

**Alterações uterinas:** podem ser congênitas ou adquiridas. Dentre as congênitas, temos as malformações uterinas – útero bicorno, septado, didelfo e unicorno. São alterações na forma do útero que podem piorar o sítio de implantação e a vascularização, aumentando o risco de perda gestacional. A mais comum delas é o útero septado, também o único passível de correção cirúrgica. Nos demais casos, devem ser oferecidos apenas orientação e segmento. Dentre as alterações adquiridas, temos os leiomiomas e as sinéquias (aderências). Sugere-se que sejam corrigidas cirurgicamente quando são de grande dimensão e deformam a cavidade uterina.

**Fatores endócrinos:** alterações na produção de progesterona e dos hormônios tireoídianos podem, a rigor, prejudicar o desenvolvimento de um embrião normal, mas sua relação exata com o abortamento ainda permanece controversa. O diabetes insulino-dependente mal controlado também aumenta o risco de perda.

**Fatores imunológicos:** são causas de abortamento de repetição, não devendo ser pesquisados na perda precoce eventual.

**Infecções:** os principais processos infecciosos que podem levar ao abortamento são rubéola, toxoplasmose, parvovirose, citomegalovírus, HIV, sífilis e listeriose.

**Sem causa aparente:** na maioria das vezes não se determina a etiologia da perda gestacional.

### Apresentações clínicas e condutas

**a) Ameaça de abortamento ou abortamento evitável:** assim classificado quando o conceito mantém a vitalidade. O quadro clínico é discreto, caracterizando-se por sangramento vaginal de pequena intensidade e pouca dor em cólica. O útero permanece aumentado e o orifício interno, fechado. O exame ginecológico é importante para afastar lesões, pólipos e vaginites agudas, que podem ocasionar sangramento vaginal, principalmente após o coito.

À ultrassonografia, não há alterações significativas: o saco gestacional encontra-se íntegro e, caso haja embrião maior que 5 mm, é possível visualizar batimentos cardíacos embrionários. Quando ainda não há achado ultrassonográfico, pode-se lançar mão da dosagem quantitativa de  $\beta$ -HCG. De modo geral, quando o  $\beta$ -HCG está maior que 1.500 a 2.000mUI/ml, deve haver saco gestacional intrauterino. Além disso, em uma gestação normal, os valores de  $\beta$ -HCG aumentam 66% (ou 1,8 vez) a cada 48 horas.

Os sinais ultrassonográficos de mau prognóstico são saco gestacional irregular, frequência cardíaca fetal abaixo de 100 batimentos por minuto entre cinco e sete semanas e hematomas subcoriônicos maiores que 25% do diâmetro do saco gestacional. Na vigência desses achados, a ultrassonografia deve ser repetida dentro de sete a dez dias.

A causa exata do sangramento raramente é determinada e frequentemente atribuída à migração da placenta. Imagens ultrassonográficas de hematomas retrocoriônicos podem explicar alguns casos.

Devem ser indicados repouso relativo, abstinência sexual (por até 15 dias depois de cessado o sangramento), prescrever analgésicos e antiespasmódicos. A administração de progesterona exógena é ainda controversa. A paciente deve receber orientações e apoio psicológico.

A evolução pode ser tanto para gravidez normal como para aborto inevitável, mas, na realidade, 90-95% das gestações entre 7 e 11 semanas que apresentam sangramento, mas em que são identificados batimentos cardíacos (>100/min), evoluem para gestação normal.

**b) Abortamento inevitável:** definido quando o produto conceptual perde a vitalidade e não existe possibilidade de evolução da gestação. A sintomatologia é mais intensa quanto à hemorragia e à dor. O colo do útero pode estar dilatado, embora o produto gestacional possa ou não ter sido eliminado total ou parcialmente. Os sinais da gravidez costumam sofrer atenuação. Pode ser completo ou incompleto.

**1b) Abortamento inevitável completo:** definido quando há eliminação total do conteúdo uterino. É mais frequente quando a perda gestacional acontece até oito semanas de gravidez. À ultrassonografia não se identificam imagens do produto conceptual, podendo haver apenas coágulos. Não é necessário nenhum tipo de tratamento, apenas analgésicos, se necessário.

**2b) Abortamento inevitável incompleto:** ocorre quando há somente eliminação parcial do conteúdo uterino. Geralmente apresenta sangramento ativo, embora na maioria das vezes não seja volumoso.

Em alguns casos, percebe-se a presença de material ovular ao exame físico ginecológico e o colo aberto, com sangramento e cólicas. É aquele caso em que a paciente chega ao atendimento eliminando o material, porém ainda não o fez por completo, também chamado por alguns de abortamento em curso.

Contrariamente, em alguns casos, ocorre a eliminação parcial dos produtos ovulares, as cólicas e o sangramento diminuem e o colo fecha. O diagnóstico é feito pelo encontro de restos ovulares à ultrassonografia.

Nesses casos, a conduta pode ser expectante, medicamentosa ou cirúrgica.

**Conduta cirúrgica:** o tratamento convencional para a perda gestacional é a dilatação e a curetagem uterina. O procedimento traz riscos anestésicos, de perfuração uterina ou formação de sinéquias, mas, em geral, os riscos são baixos e o procedimento é feito de maneira segura e eficaz. A curetagem é indicada para as pacientes que não querem aguardar a eliminação espontânea ou para aquelas que apresentam sangramento importante ou sinais de infecção. As opções são curetagem tradicional, com cureta fenestrada, ou aspiração manual a vácuo (AMIU).

**Tratamento medicamentoso:** nos casos de gestações maiores que 12 semanas, antes da curetagem recomenda-se indução com misoprostol, 200 a 400 mcg via vaginal, até a eliminação do conceito, seguida da curetagem. Também pode ser indicado nos casos em que se quer evitar a conduta cirúrgica em abortamentos precoces. Além de ser droga segura e eficaz, é de baixo custo e tem poucos efeitos colaterais. No entanto, seu uso é restrito a ambientes hospitalares.

**Conduta expectante:** indicada nos casos de aborto precoce para mulheres sem alterações hemodinâmicas nem sinais de infecção. Na maioria das vezes, a eliminação acontece dentro de duas semanas após o diagnóstico, mas intervalos de até quatro semanas não são incomuns. Apesar de a conduta expectante apresentar chance de eliminação incompleta e necessidade de medicação ou curetagem, não está associada a maior risco de infecção. O tempo recomendado para resolução espontânea costuma ser de um mês. Pode-se indicar ultrassonografia de controle após a resolução.

**Aborto infectado:** situação em que há restos intrauterinos e infecção. Na maioria das vezes é resultado de abortamentos provocados de forma ilegal. A paciente apresenta quadro clínico de aborto incompleto associado a sinais de infecção, como dor local importante, útero amolecido, eliminação de material com odor fétido, comprometimento do estado geral, febre e taquicardia. Nos casos não complicados a infecção está restrita ao útero. Nos casos complicados, a infecção pode se estender aos anexos, peritônio ou se generalizar e evoluir para septicemia. Geralmente são infecções polimicrobianas a partir da ascensão de germes que fazem parte da flora vaginal e intestinal, como cocos anaeróbios, gram-negativos, bacteroides e *Clostridium perfringens* (ou *welchii*). Nesse último caso, a paciente evolui rapidamente com quadro de icterícia cianótica e hemoglobinúria. Os índices de mortalidade são altos.

O tratamento deve ser iniciado pela internação da paciente, tentativa de isolar o agente etiológico pela coleta de material cervical e hemocultura, correção do estado hemodinâmico, administração de ocitocina e antibioticoterapia endovenosa. Os esquemas propostos são: (1) Ampicilina + Gentamicina + Clindamicina ou (2) Penicilina Cristalina + Gentamicina + metronidazol. Após a instituição da antibioticoterapia, deve-se proceder ao esvaziamento uterino, sempre com administração de ocitocina antes e durante o procedimento, para diminuir o risco de perfuração. Caso haja abscessos, esses devem ser drenados.

Em casos graves sem melhora após 48 horas e com comprometimento dos tecidos uterinos, pode ser necessária a histerectomia.

**Abortamento retido:** também conhecido como *missed abortion*, é assim definido quando há morte do produto conceptual e retenção da gravidez por um período maior que 30 dias. Há regressão dos sintomas da gravidez, exceto pela amenorreia persistente. O volume uterino se estabiliza ou involui. A conduta é o esvaziamento uterino por curetagem ou AMIU.

**Abortamento habitual:** definido pela ocorrência de três abortos espontâneos consecutivos, sendo classificado em primário ou secundário caso seja ou não antecedido por parto. Acomete de 0,5 a 1% dos casais. Nesse caso, o casal deve ser encaminhado para investigação no intervalo intergestacional para pesquisa de possível causa.

### Diagnóstico diferencial

Os principais diagnósticos diferenciais do abortamento são as outras síndromes hemorrágicas do primeiro trimestre da gravidez: gestação ectópica e doença trofoblástica gestacional. No caso de gravidez ectópica, a suspeita diagnóstica é feita quando o  $\beta$ -HCG é positivo e não há achado de gestação intrauterina. Níveis de  $\beta$ -HCG maiores que 1.500 a 2.000 mUI/ml obrigatoriamente devem cursar com achado de saco gestacional tópico. A gestação molar é caracterizada por sangramento, útero habitualmente maior do que o esperado para idade gestacional e achado de vesículas à ultrassonografia. O diagnóstico é confirmado pelo anátomo-patológico do material de abortamento.

### Abortamento legal (interrupção da gravidez)

O Código Penal Brasileiro só permite o aborto no Brasil nas seguintes situações:

**Artigo 128:** Não se pune o aborto provocado por médico:

- I. Se não há outro meio de salvar a vida da gestante;
- II. Se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido do consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu responsável legal.

Do ponto de vista jurídico, a lei não estabelece limites para a idade gestacional.

No primeiro caso, é dispensável o consentimento da gestante. Somente o médico pode avaliar essa necessidade. A intervenção independe de autorização judicial ou policial. Nesse caso, deve estar caracterizado o “estado de necessidade”, sendo ideais a anuência por escrito de dois médicos e a notificação ao Comitê de Ética da instituição onde será realizado.

No caso de abortamento após violência sexual, o procedimento só é permitido com o prévio consentimento da gestante ou de seu representante legal, caso seja menor ou incapaz. Não há necessidade de sentença condenatória ou de autorização judicial. De acordo com o Decreto-Lei no 2848, de 7 de setembro de 1940, art. 128, inciso II, do Código Penal, o aborto é permitido quando a gravidez resulta de estupro ou outra forma de violência sexual. O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do aborto, a não ser o consentimento da mulher. A mulher não tem o dever legal de notificar o fato à polícia. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas caso ela não o faça, não lhe deve ser negado o abortamento. O objetivo do serviço de saúde é garantir o direito à saúde, e seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à polícia ou à justiça. Se o médico for induzido ao erro pela gestante ou por terceiros quanto à ocorrência de violência sexual, ele não responderá pelo crime (art. 20, parágrafo 1º do Código Penal).

A Portaria nº 1.508, de 01/09/2005, dispõe que o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez é composto de quatro fases: (1) relato da gestante perante dois profissionais da saúde; (2) parecer técnico do médico após anamnese, exame físico e exames subsidiários; (3) assinatura da gestante ou de seu representante legal; (4) termo de consentimento livre e esclarecido.

Apesar da não obrigatoriedade do Boletim de Ocorrência, existe alguma discussão quanto a isso no Poder Executivo, sendo recomendado, portanto, que se apresente tal documento. Além disso, deve o médico valer-se dos elementos a respeito do estupro, quais sejam: declaração da mulher, anamnese e exame físico, atestados, laudo do IML, se houver, laudo ultrassonográfico comparativo com a data de ocorrência, entre outros.

Ainda hoje não é permitido no Brasil o aborto no caso de fetos com malformações graves ou incompatíveis com a vida, apesar de essa questão estar sendo cada vez mais debatida e discutida. Nos últimos anos, centenas de alvarás judiciais têm sido concedidos. Portanto, diante de grave anomalia fetal, o médico somente poderá proceder à interrupção da gravidez após autorização por alvará judicial.

### **Métodos para esvaziamento uterino**

**AMIU – aspiração manual intrauterina:** consiste na aspiração do material intrauterino com cânulas flexíveis de plástico e descartáveis. É seguro e de fácil realização, apresentando menor risco de perfuração quando comparado aos métodos tradicionais. Eventualmente pode ser realizado com anestesia local ou sedação leve.

**Aspiração a vácuo:** realizado com sistema a vácuo e cânulas rígidas. Não tem grande indicação nos casos de abortamento.

**Curetagem uterina tradicional:** realiza-se a dilatação cervical, se necessário, com velas de Hegar, e a retirada do material uterino com curetas fenestradas. Deve-se ter cuidado para não perfurar o útero, e a administração concomitante de ocitócitos é rotineira. Recomenda-se também histerometria indireta no início e ao final do procedimento.

**Tratamento medicamentoso:** infusão de ocitocina até expulsão do conteúdo uterino, seguida de curetagem uterina ou AMIU. Ou utilização de misoprostol no fundo de saco vaginal, 200 a 400 mcg a cada 8 horas até a eliminação. Também costuma ser necessária curetagem posterior. A medicação é sempre indicada nos casos de abortos tardios ou úteros maiores que 12 semanas. Nota-se que ambas têm uso apenas hospitalar.

### **Para todos**

Sempre se deve encaminhar o material abortado para estudo anátomo-patológico. Deve-se sempre verificar o tipo sanguíneo materno. Se a paciente for Rh negativo com parceiro Rh positivo ou desconhecido, deve-se prescrever a imunoglobulina Rh idealmente até 72 horas após o evento.

### **Complicações**

São raras. Mas mais frequentes são permanência de restos, hemorragia e infecção, sendo mais comuns nos casos de abortamento provocado. Tardiamente, pode ocorrer formação de sinéquias uterinas.

### **Considerações finais**

O abortamento é a mais frequente intercorrência obstétrica. Apesar disso, costuma ser acontecimento isolado. As mulheres devem receber orientações e apoio psicológico para superar a dor da perda e partir para nova tentativa. Não há

consenso entre o período de tempo ideal recomendado entre o abortamento e a nova gravidez. De modo geral, sugere-se um intervalo de três meses, ou dois a três ciclos menstruais normais.