

Especialização em
**SAÚDE DA
FAMÍLIA**



Caso complexo
Maria do Socorro

Fundamentação teórica
Abortamento e pré-natal



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 tireoideanos 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 β -HCG. De modo geral, quando o β -HCG está maior que 1.500 a 2.000mUI/ml, deve haver saco gestacional intrauterino. Além disso, em uma gestação normal, os valores de β -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 β -HCG é positivo e não há achado de gestação intrauterina. Níveis de β -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.