



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 1/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025	Próxima revisão: 18/03/2027
		Versão: 1.0	

SUMÁRIO

1. SIGLAS E CONCEITOS	02
2. OBJETIVOS	02
3. JUSTIFICATIVAS	03
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	03
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	04
6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO.....	07
7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS.....	09
8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO.....	11
9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO	15
10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA	16
11. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA.....	17
12. FLUXOGRAMA.....	19
13. MONITORAMENTO	20
14. REFERÊNCIAS	20
15. ANEXOS.....	23
16. HISTÓRICO DE REVISÃO	26



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 2/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025	Próxima revisão: 18/03/2027
		Versão: 1.0	

1. SIGLAS E CONCEITOS

AMIU – Aspiração manual intrauterina;

BCF – Batimentos cardíofetais;

CCN – Comprimento cabeça-nádega;

DIU – Dispositivo intrauterino;

DMS – Diâmetro médio do saco gestacional;

DND – Declaração Nascidos Vivos;

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares;

HULW - Hospital Universitário Lauro Wanderley;

ISG - Índice de saco gestacional;

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade;

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

UFPB - Universidade Federal da Paraíba;

VDRL - *Venereal Disease Research Laboratory*;

β-HCG - Gonadotrofina coriônica humana.

2. OBJETIVOS

Padronizar o diagnóstico e conduta nas pacientes com diagnóstico de abortamento atendidas na maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley – Universidade Federal da Paraíba/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HULW – UFPB/EBSERH) visando diminuir a morbidade e mortalidade materna.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 3/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025	Próxima revisão: 18/03/2027
		Versão: 1.0	

3. JUSTIFICATIVAS

O abortamento é a intercorrência obstétrica mais comum e apresenta maior incidência em países em desenvolvimento. A incidência de aborto diminui à medida que a idade gestacional avança, sendo mais frequente no primeiro trimestre da gestação.

Cabe destacar que no Brasil em 2023, 1319 óbitos maternos foram declarados e registrados no SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), sendo que entre os que decorreram de causas obstétricas diretas, destacam-se: hipertensão (238 óbitos), hemorragia (171 óbitos), infecção puerperal (67 óbitos) e aborto (59 óbitos) – dados disponíveis em: <http://plataforma.saude.gov.br/mortalidade/materna/>.

Na maternidade do HULW, durante o ano de 2024, foram registrados 1609 atendimentos sendo dentre esses 80 casos de abortos o que corresponde a cerca de 5%, não sendo registrado nenhum caso de morte materna devido aborto.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

4.1. Critérios de inclusão

Serão incluídas todas as pacientes que forem atendidas na maternidade do HULW com quadro clínico de sangramento vaginal e/ou dilatação do colo uterino em gestação com menos de 20 semanas, além das pacientes com laudo ecográfico que evidencie:

- Embrião sem batimentos cardíofetais;
- Saco gestacional sem evidência de embrião (anembrionada);
- Restos ovulares.

4.2. Critérios de exclusão

Serão excluídas desse protocolo as pacientes com idade gestacional maior que 20 semanas e os casos de abortamento previstos em Lei que são tratados no Protocolo [PRT.UMUL.OBST.039 - Abortamento previsto em lei](#).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 4/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025 Versão: 1.0	Próxima revisão: 18/03/2027

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Segue abaixo de forma generalizada as atribuições, competências e responsabilidades por equipe e detalhes e informações adicionais podem ser consultadas no Protocolo [PRT.UMUL.OBST.028 - Abordagem multiprofissional no Óbito fetal.pdf](#).

5.1 Equipe de enfermagem (triagem)

- Realizar o acolhimento da paciente;
- Fazer a classificação de risco;
- Verificar os sinais vitais (SSVV);
- Obter os dados antropométricos.

5.2 Equipe de enfermagem (enfermaria)

- Prestar assistência de enfermagem a paciente internada;
- Identificar sangramento excessivo, piora clínica e comunicar à equipe médica de plantão;
- Administrar as medicações conforme prescrição médica.

5.3 Equipe médica plantonista (obstetra e residente)

- Realizar anamnese e exame físico;
- Solicitar os exames complementares sejam laboratoriais ou de imagem necessários;
- Definir diagnóstico e orientar conduta de acordo com a classificação do tipo de abortamento;
- Prescrever tratamento na admissão;
- Providenciar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que deve ser oferecido e discutido com as pacientes no ato ou durante a internação hospitalar quando necessária para realização de Curetagem Uterina ou Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), conforme [TCLE.UMUL.OBST.007 REALIZAÇÃO DE CURETAGEM UTERINA /ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA \(AMIU\)](#);



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 5/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025 Versão: 1.0	Próxima revisão: 18/03/2027

- Realizar internação da paciente caso seja necessário;
- Oferecer o dispositivo intrauterino (DIU) pós aborto caso seja desejo da paciente e não haja contraindicação, no ato da internação, explicando os benefícios e riscos do método;
- Solicitar parecer da equipe de psicologia, serviço social e/ou outras especialidades se necessário;
- Solicitar/reservar vaga de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em casos de choque hipovolêmico, choque séptico e outras complicações, caso necessário;
- Realizar os procedimentos AMIU, curetagem e/ou outros conforme indicado. Cabe destacar que a curetagem uterina deve ser realizada apenas quando a aspiração não estiver disponível ou não for indicada (AMIU apresenta menores taxas de complicações e reduzida necessidade de dilatação cervical).
- Preencher corretamente a Declaração de Óbito (DO) quando a criança nascer viva e morrer logo após o nascimento, INDEPENDENTEMENTE da duração da gestação, do peso do recém-nascido e do tempo enquanto tenha permanecido vivo, pois não se trata de óbito fetal, dado que existiu vida extrauterina. Ressalta-se que o hospital (equipe neonatologia) deve providenciar também a emissão da Declaração de Nascido Vivo (DNV), para que a família promova o registro civil do nascimento e do óbito. A legislação atualmente existente permite que, na prática, mesmo em óbitos fetais com menos de 20 semanas, a emissão da DO seja facultativa para os casos em que a família queira realizar o sepultamento do produto de concepção. No caso de óbito fetal em que a paciente não expresse desejo de sepultar, deve preencher o Termo de Consentimento informado para destinação de produtos de fecundação sem sinal de vida (Aborto), conforme contido em [TCLE.UMUL.OBST.004 – DESTINAÇÃO DE PRODUTO SEM SINAL DE VIDA](#), autorizando o hospital a dar a destinação final, conforme legislação vigente e normas institucionais.
- Encaminhar o material abortado para estudo anatomopatológico;
- Atender as intercorrências hemorrágicas durante internação e outras conforme necessidade e/ou comunicado da equipe de enfermagem;
- Prescrever cabergolina, imunoglobulina Rh, antibióticos e outras medicações se necessário. Observar a tipagem sanguínea e o VDRL. Se a paciente for Rh negativo com parceiro Rh positivo ou desconhecido e teste de Coombs Indireto negativo deve-se prescrever a imunoglobulina Rh (300 µg) idealmente até 72 horas após o evento;
- Planejar alta hospitalar que deve ser dada logo após o procedimento, desde que sem complicações, pelo médico residente que realizou o procedimento. Nas gestações com mais de 12 semanas a alta pode ser entre 12 e 24h;
- Fornecer à paciente receituário com a prescrição de sintomáticos, orientações sobre contracepção naquelas que não inseriram DIU de cobre, além de licença médica para repouso domiciliar pelo período de 14 (quatorze dias) a contar da data do abortamento, em formulário próprio ou no receituário da instituição;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 6/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025	Próxima revisão: 18/03/2027
		Versão: 1.0	

- Planejar e determinar seguimento após a alta.

5.4 Equipe médica evolucionista (obstetra visitador e residente)

- Acompanhar o paciente durante o internamento na enfermaria (inclusive na UTI) para evolução da conduta;
 - Realizar anamnese e exame físico diariamente;
 - Solicitar os exames complementares necessários;
 - Identificar sinais de piora clínica e determinar conduta;
 - Solicitar parecer da equipe de psicologia, serviço social e/ou outras especialidades se necessário;
 - Solicitar/reservar vaga de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em casos de choque hipovolêmico, choque séptico e outras complicações, caso necessário;
 - Prescrever cabergolina, imunoglobulina Rh, antibióticos e outras medicações se necessário. Observar a tipagem sanguínea e o VDRL. Se a paciente for Rh negativo com parceiro Rh positivo ou desconhecido e teste de Coombs Indireto negativo deve-se prescrever a imunoglobulina Rh (300 µg) idealmente até 72 horas após o evento;
 - Planejar alta hospitalar das pacientes internadas. Nas gestações com mais de 12 semanas a alta pode ser entre 12 e 24h;
 - Fornecer à paciente receituário com a prescrição de sintomáticos, orientações sobre contracepção naquelas que não inseriram DIU de cobre, além de licença médica para repouso domiciliar pelo período de 14 (quatorze dias) a contar da data do abortamento, em formulário próprio ou no receituário da instituição;
 - Planejar e determinar seguimento após a alta.

5.5 Equipe de psicologia

- Realizar atendimento à paciente conforme solicitação da equipe médica;
- Acompanhar a paciente durante o internamento na enfermaria (inclusive na UTI) para evolução da conduta da equipe de psicologia.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 7/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025	Próxima revisão: 18/03/2027
		Versão: 1.0	

5.6 Equipe do serviço social

- Realizar atendimento à paciente com vulnerabilidade social conforme solicitação do parecer da equipe médica;

- Acompanhar a paciente durante o internamento na enfermaria (inclusive na UTI) para evolução da conduta da equipe do Serviço Social.

6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

6.1 Ameaça de Abortamento

Ocorre quando o conceito mantém a vitalidade. O quadro clínico é discreto, caracterizando-se por sangramento vaginal de pequena a média intensidade e pouca dor em cólica. O útero permanece aumentado e o orifício interno fechado.

O exame ginecológico (especular) é importante para afastar lesões, pólipos e vaginites agudas, que podem ocasionar sangramento vaginal, principalmente após o coito.

6.2 Abortamento Inevitável

Considerado como uma progressão da ameaça de aborto com dilatação cervical, possibilitando a protusão do saco gestacional. As cólicas são mais intensas e o sangramento profuso com coágulos.

Ao exame percebe-se útero compatível com a idade gestacional e saco gestacional em processo de expulsão pelo colo uterino.

6.3 Abortamento Incompleto

É a forma clínica mais frequente e ocorre quando há 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.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 8/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025	Próxima revisão: 18/03/2027
		Versão: 1.0	

6.4 Abortamento 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.

6.5 Abortamento 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, tais como:

- dor local importante à palpação do abdome e à mobilização uterina;
- útero amolecido;
- eliminação de material com odor fétido;
- comprometimento do estado geral;
- febre;
- taquicardia.

6.6 Abortamento Retido

Existem dois tipos de abortamento retido, o ovo morto ou *missed abortion* (presença de embrião sem vida no saco gestacional íntegro) ou o ovo anembrionado/ovo cego (ausência de embrião no saco gestacional íntegro).

6.7 Abortamento Habitual

Ocorre quando há **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 inter gestacional para pesquisa de possível causa. Será discutido em capítulo à parte.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 9/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025 Versão: 1.0	Próxima revisão: 18/03/2027

7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

7.1. Ameaça de Abortamento

- **Ultrassonografia** - não há alterações significativas: o saco gestacional encontra-se íntegro e, caso haja embrião maior que 7 mm, é possível visualizar batimentos cardíacos embrionários.

Os sinais ultrassonográficos de mau prognóstico são:

- Saco gestacional irregular;
- Frequência cardíaca fetal abaixo de 90 batimentos por minuto;
- Hematomas subcórionicos maiores que 25% do diâmetro do saco gestacional;
- Índice de saco gestacional (ISG) menor que 5 mm.

O ISG é a diferença entre o diâmetro médio do saco gestacional (DMS) e o comprimento cabeça-nádegas do embrião (CCN). ISG menor que 5mm demonstra importante oligoidramnia de primeiro trimestre, o que na maior parte dos casos é secundário a grave e precoce insuficiência placentária, devido à mal adaptação do trofoblasto, ou alguma aneuploidia. Na vigência desses achados, a ultrassonografia deve ser repetida dentro de 7 a 10 dias.

- **β -HCG** - A depender do 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 normalmente os valores de β -HCG aumentam 66% (ou 1,8 vez) a cada 48 horas.

7.2. Abortamento Inevitável

- Classificação sanguínea e fator Rh / VDRL;
- Hemograma (se necessário) para monitorar anemia e rastrear a infecção;
- Ultrassonografia.

7.3 Abortamento Incompleto

- Classificação sanguínea e fator Rh / VDRL;
- Hemograma (se necessário) para monitorar anemia e rastrear a infecção;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 10/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025	Próxima revisão: 18/03/2027
		Versão: 1.0	

- Ultrassonografia – Produtos retidos (abortamento incompleto) caracterizam-se por endométrio espessado, desorganizado, heterogêneo, sem definição das camadas mucosas e da linha cavitária, com ou sem saco gestacional em seu interior.

7.4 Abortamento Completo

- Classificação sanguínea e fator Rh / VDRL;
- Hemograma (se necessário) para monitorar anemia e rastrear a infecção;
- Ultrassonografia - Espessura endometrial inferior a 15 mm, sem evidência de importante heterogeneidade endometrial associada à ausência de dor abdominal e à cessação do sangramento vaginal deve ser interpretada como abortamento completo, sem sinais de produtos retidos.

7.5 Abortamento Infectado

- Classificação sanguínea e fator Rh / VDRL;
- Hemograma para monitorar anemia e rastrear a infecção;
- Classificação sanguínea, VDRL.
- Ultrassonografia transvaginal.
- Nos casos complicados (sepse) solicitar função hepática, renal, hemocultura, gasometria, lactato, ultrassonografia de abdome total.

7.6 Abortamento Retido

- Classificação sanguínea e fator Rh / VDRL;
- Hemograma para monitorar anemia e rastrear a infecção;
- O coagulograma se impõe quando a retenção é maior que 4 semanas;
- Ultrassonografia.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 11/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025	Próxima revisão: 18/03/2027
		Versão: 1.0	

Figura 1: Achados diagnósticos de aborto em ultrassom inicial.

- DMS $\geq 25\text{mm}$ (sem embrião ou vesícula vitelínica)
- Embrião com CCN $\geq 7\text{mm}$ sem batimento cardíaco
- DMS $\geq 18\text{mm}$ sem embrião, **70 dias ou mais** após DUM
- Embrião $\geq 3\text{mm}$ sem batimento cardíaco, **70 dias ou mais** após DUM

Situações limite, um segundo operador deve rever os achados ou repetir o exame 7 dias depois

Fonte: ISUOG, 2025.

Figura 2: Achados diagnóstico de aborto nas ultrassom de seguimento.

- Ausência de embrião com BCF ≥ 14 dias após US demonstrando saco gestacional sem VV
- Ausência de embrião com BCF ≥ 11 dias após US demonstrando saco gestacional com VV
- Ausência de embrião com BCF 7 dias após US que demonstrou:
 - Embrião
 - Saco gestacional com DMS $\geq 12\text{mm}$ (com ou sem VV)
- DMS menor que o dobro 14 dias após US com saco vazio e DMS $< 12\text{mm}$

Fonte: ISUOG, 2025.

8. TRATAMENTO INDICADO PLANO TERAPÊUTICO

8.1 Ameaça de abortamento

A conduta na ameaça de abortamento deve ser expectante, não existindo indicação de internação hospitalar, mesmo na presença de hematoma retroplacentário.

Não há conduta médica a ser tomada para alterar a evolução ou não de um quadro de abortamento a não ser o acompanhamento ambulatorial.

Deve-se orientar repouso relativo, abstinência sexual e realizar ultrassonografia seriada em intervalos dependentes da evolução do quadro. Pode ainda ser prescrito hioscina + paracetamol 1 comprimido via oral de 6/6 horas em caso de cólicas.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 12/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025	Próxima revisão: 18/03/2027
		Versão: 1.0	

8.2 Abortamento Inevitável

A conduta quando não eliminado totalmente é semelhante à do aborto incompleto.

8.3 Abortamento Incompleto

- Internação da paciente
- Acesso venoso, com correção da volemia, se necessário
- Sinais vitais devem ser verificados a cada seis horas: temperatura axilar, frequência cardíaca e pressão arterial.

Nas gestações de primeiro trimestre:

- Misoprostol 400 a 800mcg 3h antes do esvaziamento se colo impérvio.
- AMIU (preferencialmente) ou dilatação do colo e curetagem uterina.

Obs.: No AMIU é possível a substituição da anestesia geral por analgésicos ou, ainda, por bloqueio paracervical, visando o encurtamento da permanência hospitalar pela maior agilidade no atendimento e precocidade da alta, o que contribuiria para a redução dos custos hospitalares para a instituição e do custo social para a paciente que, muitas vezes, tem pressa para retornar ao seu domicílio. Tal conduta deve ser discutida e oferecida caso a paciente deseje, sempre após assinatura do termo de consentimento.

Nas gestações do segundo trimestre:

- Esvaziamento da cavidade uterina. AMIU ou curetagem, por técnica convencional, após a expulsão do feto.
- Misoprostol 400 a 800mcg em dose única se colo impérvio
- Inibição da lactação - cabergolina: 1 mg (2 comprimidos de 0,5 mg) VO em dose única (se necessário)

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 13/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025	Próxima revisão: 18/03/2027
		Versão: 1.0	

8.4 Abortamento Completo

- Orientar a paciente;
- Prescrever sintomáticos;
- Monitorar sangramento;

8.5 Abortamento Infectado

- Hidratação venosa;
- Avaliar necessidade de hemotransfusão;
- Solicitar exames laboratoriais listados no item 7
- A antibioticoterapia recomendada é:

8.5.1 Sem sepse:

- Clindamicina 600mg + SF 0,9% 100ml EV 6/6h +
- Gentamicina 240mg + SF 0,9% 100ml EV / dia.

8.5.2 Com sepse:

- Ampicilina 01g EV 6/6h +;
- Clindamicina 600mg + SF 0,9% 100ml EV 6/6h +
- Gentamicina 240mg + SF 0,9% 100ml EV / dia.

Deve-se proceder ao esvaziamento uterino após início da antibioticoterapia (utilizar ocitocina – 10UI em 500 ml de SF 0.9% - para diminuir risco de perfuração).

Nos casos sem sepse, suspender ATB 48h após ausência de evidência clínico-laboratorial de infecção. Nos casos com sepse a duração típica do tratamento é de 7 a 10 dias.

Solicitar parecer do SCIRAS sempre que desejável e em casos de não haver melhora em 48 a 72 horas.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 14/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025	Próxima revisão: 18/03/2027
		Versão: 1.0	

8.6 Abortamento Retido

8.6.1 Conduta expectante

A conduta expectante pode ser uma opção nessas pacientes uma vez que nas três semanas que seguem ao decesso do ovo, a grande maioria evolui em trabalho de abortamento com expulsão do produto da concepção.

Orienta-se esperar duas semanas para que o aborto se complete, mas a conduta pode ser mantida por mais tempo se não houver sinais de infecção. É necessária a observação da paciente a cada uma ou duas semanas. A possibilidade de mudança de conduta deve sempre ser considerada, especialmente se houver.

Embora bastante raro, a conduta expectante prolongada tem o potencial de induzir alterações na coagulação materna. Quatro semanas após o diagnóstico, o risco de coagulação intravascular disseminada (CIVD) é de aproximadamente 10%, e aumenta com o passar do tempo. assim, o coagulograma se impõe.

8.6.2 Conduta ativa (Esvaziamento uterino)

- **Abortamento com idade gestacional ultrassonográfica < 12 semanas**
 - Misoprostol 400 a 800 mcg a cada 3h (até 2x) ou 400mcg 3 a 6h antes do procedimento (AMIU - método de escolha ou dilatação e curetagem).
- **Abortamento com idade gestacional ultrassonográfica ≥ 12 semanas**
 - Misoprostol 200mcg a cada 4 ou 6h ou 400 mcg via vaginal, repetida cada três horas com um máximo de cinco doses.
 - Perfusão venosa de ocitocina em solução glicosada na velocidade de 40 mUI/min (20 UI do fármaco em 500 ml de soro glicosado a 5% a 20 gotas/min).
 - No caso de histerotomia prévia, há um risco de 0,28% de rotura uterina com o uso de misoprostol, por isso a dose não deve ser maior que 200mcg via vaginal a cada 6 horas.
 - Esvaziamento da cavidade uterina - AMIU ou curetagem, por técnica convencional, após a expulsão do feto.
 - Inibição da lactação com cabergolina: 1mg (2 comprimidos de 0,5 mg) VO em dose única caso a paciente apresente lactação ou mamas túrgidas.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 15/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025	Próxima revisão: 18/03/2027
		Versão: 1.0	

9 CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

9.1 Ameaça de Abortamento

Não há necessidade de internação

9.2 Abortamento Inevitável

Internar para realização de esvaziamento uterino.

9.3 Abortamento Incompleto

Internar para realização de esvaziamento uterino.

9.4 Abortamento Completo

Não há necessidade de internação.

9.5 Abortamento Infectado

Internar para iniciar antibioticoterapia e esvaziamento uterino.

9.6 Abortamento Retido

Internar nos casos de desejo da paciente pela conduta ativa.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 16/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025 Versão: 1.0	Próxima revisão: 18/03/2027

10 CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

10.1 Ameaça de Abortamento

Se evolução para abortamento inevitável ou incompleto realizar internação.

Se evolução para abortamento infectado iniciar antibióticos.

10.2 Abortamento Inevitável

Se evolução para abortamento completo, realizar orientações ou alta hospitalar.

Se evolução para abortamento incompleto internar para esvaziamento.

Se evolução para abortamento infectado iniciar antibióticos.

10.3 Abortamento Incompleto

Se evolução para abortamento completo, realizar alta hospitalar.

Se evolução para abortamento infectado iniciar antibióticos.

10.4 Abortamento Completo

Não há necessidade de internação.

10.5 Abortamento Infectado

Sempre internar devido à necessidade de antibioticoterapia e esvaziamento uterino.

Reavaliar se persistência de febre após 48 horas de antibioticoterapia, piora clínica ou sinais de sepse. Pensar em abscessos pélvicos ou tromboflebite. Nesse caso indica-se a utilização da heparina (vide protocolo de infecção puerperal).

Solicitar parecer do SCIRAS sempre que desejável e em casos de não haver melhora em 48 a 72 horas.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 17/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025	Próxima revisão: 18/03/2027
		Versão: 1.0	

10.6 Abortamento Retido

Se evolução para abortamento completo, realizar orientações ou alta hospitalar.

Se evolução para abortamento incompleto internar para esvaziamento.

Se evolução para abortamento infectado iniciar antibióticos.

11. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

11.1 Ameaça de Abortamento

Não há necessidade de internação, seguimento ambulatorial, encaminhar ao pré-natal.

11.2 Abortamento Inevitável

Alta após esvaziamento

11.3 Abortamento Incompleto

Alta após esvaziamento

11.4 Abortamento Completo

Não há necessidade de internação

11.5 Abortamento Infectado

Manter internação para antibioticoterapia após esvaziamento.

Nos casos sem sepse, suspender ATB 48h após ausência de evidência clínico-laboratorial de infecção.

Nos casos com sepse a duração típica do tratamento é de 7 a 10 dias. Alta hospitalar após suspensão do ATB. Encaminhar ao ambulatório de egressos da maternidade.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 18/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025	Próxima revisão: 18/03/2027
		Versão: 1.0	

As pacientes com diagnóstico de abortamento infectado ou que tenham alguma intercorrência durante a internação recebem orientações para marcação de consulta no ambulatório de egressos do HULW. As demais recebem orientação de retorno à Unidade Básica de Saúde.

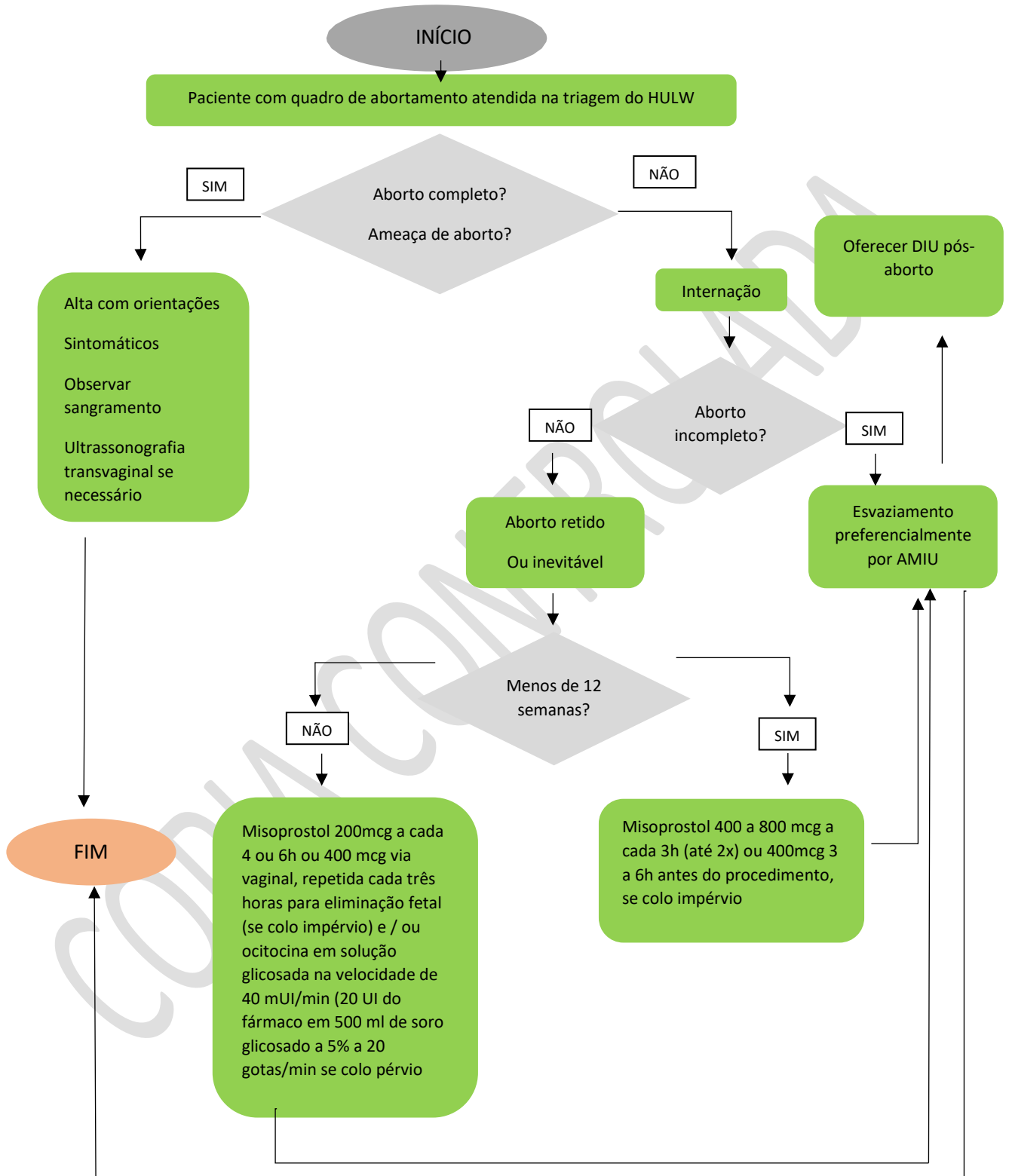
11.6 Abortamento Retido

Internar nos casos de desejo da paciente pela conduta ativa.

CÓPIA CONTROLADA

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 19/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025	Próxima revisão: 18/03/2027
		Versão: 1.0	

12. FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À PACIENTE COM QUADRO DE ABORTAMENTO



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 20/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025	Próxima revisão: 18/03/2027
		Versão: 1.0	

13. MONITORAMENTO

Serão registrados diariamente o número de atendimentos por abortamento em planilha específica de Excel e em planilha da Rede Cegonha os procedimentos realizados (AMIU, curetagem) e pacientes que inseriram DIU pós aborto. A alimentação das planilhas é realizada pela equipe da secretaria da maternidade e os registros compõem a base para monitoramento e obtenção de dados estatísticos tipo incidência, prevalência e outros diante do total de atendimentos e procedimentos realizados no HULW.

Outro indicador utilizado para monitorar esse protocolo será o *near miss* materno. Os casos de abortamento atendidos na maternidade do HULW com critério de *near miss* materno terão busca ativa que será realizada pelos enfermeiros e médicos obstetras com informação à Comissão de Boas Práticas Obstétricas e Neonatais via e-mail (cbpo.hulw@ebserh.gov.br) para notificação e monitoramento semestral conforme descrito no Plano de Estratégia de Identificação e Abordagem dos Casos de Near Miss Materno.

14. REFERÊNCIAS

ACOG. Practice Bulletin No. 200 Summary: Early Pregnancy Loss. **Obstetrics & Gynecology**, November 2018 - Volume 132 - Issue 5 - p 1311-1313.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2024. Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde. **Ministério da Saúde**, 2024. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/mortalidade/materna/>. Acesso em 10 de março de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. A declaração de óbito: documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – 3. ed. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2009.38 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da saúde, Secretaria de atenção à saúde, Área técnica de saúde da mulher. – 2. ed. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2011. 60 p. – (Série a. Normas e manuais técnicos) (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos); Caderno nº 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para Utilização de Misoprostol em Obstetrícia, Área técnica da Saúde da Mulher: **Ministério da Saúde**, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_utilizacao_misoprostol_obstetricia.pdf. Acesso em 10 de março de 2025.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 21/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025	Próxima revisão: 18/03/2027
		Versão: 1.0	

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2011.54p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

DOUBILET P. M. et al. Diagnostic Criteria for Nonviable Pregnancy Early in the First Trimester. **New England Journal of Medicine**. 2013;369(15):1443-51.

EBSERH. Norma Operacional NO. SGQVS.001. Trata da elaboração e controle de documentos institucionais. **Norma Operacional EBSERH**, 2019.

EBSERH. Protocolo PRT.UMUL.OBST.028 - Abordagem multiprofissional no Óbito fetal. **Protocolo EBSERH**, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hulw-ufpb/acao-a-informacao/gestao-documental/protocolos/2023/umul-unidade-da-mulher/prt-umul-obst-028-abordagem-multiprofissional-no-obito-fetal.pdf/@download/file>. Acesso em 10 de março de 2025.

EBSERH. Protocolo PRT.UMUL.OBST.039 - Abortamento previsto em lei, 2024. **Protocolo EBSERH**. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hulw-ufpb/acao-a-informacao/gestao-documental/protocolos/2024/umul-unidade-de-saude-da-mulher/prt-umul-obst-039_abortamento-previsto-em-lei.pdf/view. Acesso em 10 de março de 2025.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Aborto: classificação, diagnóstico e conduta. São Paulo: FEBRASGO; 2021. **Protocolo FEBRASGO** - Obstetrícia, nº 1/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Abortamento espontâneo: classificação, diagnóstico e conduta. 3a ed. São Paulo: FEBRASGO; 2024. **Protocolo FEBRASGO**-Obstetrícia, n. 17/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 22/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025 Versão: 1.0	Próxima revisão: 18/03/2027

Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia - FIGO. Mifepristone & Misoprostol and Misoprostol Only Dosing Charts 2023. **FIGO**, 2023. Disponível em: https://www.figo.org/sites/default/files/2024-01/FIGO-MifeMiso-Chart-11-2023-FINAL_0%20%281%29.pdf. Acesso em 10 de março de 2025.

International Society of Ultrasound in Obstetrics & Gynecology - ISUOG. Achados normais e anormais de gestações únicas e gemelares entre 4ª - 10ª semana. **ISUOG**. Disponível em: <https://www.isuog.org/uploads/assets/uploaded/09dcaad9-0f4d-4c48-ac11f98254da45ec.pdf>. Acesso em 10 de março de 2025.

MORAES FILHO O. B. Aborto: Classificação, diagnóstico e conduta. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. **Protocolo FEBRASGO** – Obstetrícia n°21/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-natal.

MORRIS J.L.; WINIKOFF B.; DABASH R. et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. **Int J Gynaecol Obstet**. 2017;138(3):363-6.

PREISLER J.; KOPEIKA J.; ISMAIL L. et al. Defining safe criteria to diagnose miscarriage: prospective observational multicentre study. **BMJ**, 2015; 351:h4579.

RIOS, L. T. M. et al. Anormalidades do primeiro trimestre da gravidez: ensaio iconográfico. **Radiol Bras**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 125-132, Apr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842010000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 de março de 2025.

STEINAUER J.; PTIL R. Overview of pregnancy termination. **Uptodate**, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-pregnancy-termination?search=Overview%20of%20pregnancy%20termination&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em 10 de março de 2025.

CÓPIA



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 23/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025 Versão: 1.0	Próxima revisão: 18/03/2027

15. ANEXOS

Anexo 01- Termo de Consentimento Informado para realização de curetagem uterina pós-aborto / aspiração manual intrauterina (AMIU) – FRENTE.



Tipo do Documento	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	TCLC.UMUL.OBST.007 – Página 1/2	
Título do Documento	Realização de Curetagem Uterina/ Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU)	Emissão: 26/12/2021 Versão: 1*	Próxima revisão: 26/12/2023

Identificação do Médico Assistente:
Nome: _____ CRM: _____

Identificação da Paciente:
Nome: _____ Data Nascimento: _____
Endereço: _____ Prontuário: _____
Nome da mãe: _____ CPF: _____ Telefone: _____

Identificação do Responsável Legal do Paciente:
Nome: _____ Idade: _____
Endereço: _____
CPF: _____ RG: _____ Telefone: _____
Grau de Parentesco: _____

Indicação:

Considerando o art. 59 do código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39º VI da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor, que garantem ao paciente a plena informação sobre seu estado de saúde, eu, acima identificado, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, **AUTORIZO** o médico supracitado e os demais profissionais vinculados à minha assistência, a realizar o(s) procedimento **CURETAGEM UTERINA / AMIU**. Fui esclarecida que:

- O principal objetivo da curetagem/AMIU obstétrica é limpar a cavidade endometrial de restos ovulares. Às vezes pode ser necessário uma segunda curetagem/AMIU para completar esta evacuação, sobre todos os casos de aborto;
- A curetagem / AMIU obstétrica só pode ser praticada por via vaginal e necessita de anestesia, a qual tipo será avaliada pela Equipe de Anestesia;
- A intervenção consiste em dilatar o colo uterino, se o mesmo não estiver aberto e a seguir extrair restos ovulares com pinças de Winter ou curetas (rombas ou cortantes) ou com um aspirador manual a vácuo (AMIU) por aspiração.
- Todo material obtido será enviado para estudo anatomopatológico (biopsia);
- Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade) traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto médicos como cirúrgicos, assim como um mínimo percentual de mortalidade;
- As complicações da curetagem obstétrica por ordem de frequência podem ser: a) infecções com a possibilidade de evolução febril (urinárias, endometrites, salpingites, etc); b) hemorragias com a necessidade de transfusão (intra ou pós-operatória); c) perfuração do útero, podendo ocorrer lesões de alças intestinais, com necessidade de tratamento específico, muitas vezes por cirurgia; d) persistência de restos com necessidade de nova curetagem; e) formação de fistulas; f) formação de sinéquias, especialmente nos casos de mais de uma curetagem ou procedimentos de repetição. Estou ciente também que cólicas abdominais são frequentes após a curetagem ou AMIU. Em casos extremos poderá haver a necessidade de remoção do útero implicando nas complicações de eventual histerectomia e sem a possibilidade de mais engravidar, mesmo numa paciente jovem que deseje ter mais filhos.
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão realizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital em busca do melhor resultado. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos, e que me foi dada a oportunidade de anular qualquer espaço em branco, palavras ou parágrafos com o qual não concordasse.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 24/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025	Próxima revisão: 18/03/2027
		Versão: 1.0	

Anexo 01- Termo de Consentimento Informado para realização de curetagem uterina pós-aborto / aspiração manual intrauterina (AMIU) – VERSO.



Tipo do Documento	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	TCLE.UMUL.OBST.007 – Página 2/2	
Título do Documento	Realização de Curetagem Uterina/ Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU)	Emissão: 26/12/2021	Próxima revisão: 26/12/2023
		Versão: 1ª	

<hr/> Assinatura do Declarante (Paciente ou Responsável Legal)	
Testemunha:	RG ou CPF:
Hora:	Local e Data:
DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO	
() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por tratar-se de situação de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.	
<hr/> Carimbo e Assinatura do Médico/ CRM	
Hora:	Local e Data:
Revogação (Local e Data):	



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 26/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025	Próxima revisão: 18/03/2027
		Versão: 1.0	

16.HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	06/09/2020	Elaboração do Protocolo
2	18/03/2025	Atualização do misoprostol conforme FIGO 2023, citação dos protocolos 2024 PRT.UMUL.OBST.039 - Abortamento previsto em lei e 2023 PRT.UMUL.OBST.028 - Abordagem multiprofissional no Óbito fetal, referência do Manual de Gestão de Ato Risco do Ministério da Saúde de 2022, Uptodate 2024 e Protocolos da Febrasgo 2021 e 2024.

CÓPIA CONTROLADA



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.OBST.003 - Página 27/27	
Título do Documento	ABORTAMENTO	Emissão: 18/03/2025	Próxima revisão: 18/03/2027
		Versão: 1.0	

Elaboração Renata de Medeiros Wanderley Gadelha Sabina Bastos Maia Aureliana Barboza da Silva Nóbrega	Data: 10/03/2025
Revisão Renata de Medeiros Wanderley Gadelha Sabina Bastos Maia Aureliana Barboza da Silva Nóbrega Luciano Canuto de Oliveira	Data: 18/03/2025
Validação Virginia de Araújo Pôrto – Enfermeira Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	Data: 15/08/2025
Aprovação	Data: