

PROTOCOLO

HC-UFTM/HU BRASIL

ASSISTÊNCIA AO ABORTAMENTO

Versão 3 / 2026



Hospital de Clínicas



SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DO SETOR DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

IVONE APARECIDA VIEIRA DA SILVA

CHEFE DA UNIDADE DE SAÚDE DA MULHER

ROSEKEILA SIMÕES NOMEINI

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Alberto Borges Peixoto, Unidade de Saúde da Mulher

ANÁLISE

Rosekeila Simões Nomelini, Unidade de Saúde da Mulher

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Ivone Aparecida Vieira da Silva, Setor de Cuidados Especializados

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, Gerência de Atenção à Saúde

Data da emissão: 15/9/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UMUL.016

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2026, HU Brasil. Todos os direitos reservados

www.gov.br/hubrasil



Hospital de Clínicas



1. APRESENTAÇÃO

A maioria dos abortamentos espontâneos precoces é determinada por cromossomopatias. Dentre os fatores maternos que podem desencadear o abortamento, destacam-se: infecções, endocrinopatias, fatores imunológicos, trombofilias e fatores anatômicos relacionados ao trato genital feminino.

2. OBJETIVOS

O objetivo deste documento é estabelecer condutas uniformes na assistência ao abortamento, com padronização de condutas, baseados nas melhores evidências científicas e, desta forma, promovendo maior segurança às pacientes em processo de abortamento.

3. DESCRIÇÃO

3.1 Conceito

O abortamento é uma síndrome hemorrágica da primeira metade da gravidez, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a interrupção da gravidez antes de 22 semanas ou com um feto até 500 gramas (g) ou de 16,5 cm, ou seja, antes de atingida a viabilidade (World Health Organization, 1977).

3.2 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%).

3.3 Classificação

Precoce ou tardio

O abortamento é dividido em precoce e tardio, respectivamente, se ocorre antes ou após a 12ª semana de gestação.

Espontâneo ou provocado

O abortamento espontâneo é aquele que ocorre sem nenhuma intervenção externa e pode ser causado por doenças da mãe ou por anormalidades do embrião ou feto. Já o abortamento provocado refere-se à interrupção da gravidez causada por intervenção externa e intencional. Estima-se que são realizados em torno de 1 milhão de abortamentos provocados no Brasil por ano, a grande maioria de forma insegura.

Seguro e inseguro

Um aborto seguro é aquele realizado por médico bem treinado, com os meios necessários e em ambiente adequado, o que implica risco extremamente baixo para mulher.

Sendo realizado por indicação médica, óbito embrionário ou fetal ou ainda nas situações prescritas na legislação para interrupção da gravidez.



Hospital de Clínicas



Em contraste, o aborto inseguro é procedimento de risco para interromper uma gravidez indesejada, realizado por pessoas que não têm as habilidades necessárias ou em ambiente que não tem os padrões médicos mínimos, ou ambos. Diante de um caso de aborto inseguro ou provocado, do ponto de vista ético, não haja juízo de valor e nem julgamento, pois é dever de todos os profissionais de saúde acolher respeitosamente para não causar qualquer transtorno ou constrangimento.

3.4 Fatores de Risco

- Idade: 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.
- 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;
- Extremos de peso: índice de massa corporal (IMC) < 18,5 ou > 25.

3.5 Etiologia

- Alterações cromossômicas;
- Endócrinas;
- Infecções;
- Causas uterinas;
- Fatores imunológicos;
- Trombofilias hereditárias;
- Drogas e agentes nocivos;
- Trauma.

3.6 Diagnóstico

TIPO	ASPECTOS CLÍNICOS	ASPECTOS ULTRASSOGRÁFICOS	CUIDADOS ESPECIAIS	TRATAMENTO	SEGUIMENTO
Ameaça de aborto-mento	Sangramento vaginal leve. Cólicas abdominais ausentes ou discretas. OEI fechado BCF positivo	Achados de mau prognóstico: Frequência cardíaca < 100 Hematoma > 40% Saco gestacional pequeno para o CCN (comprimento cabeça-nádega) Desenvolvimento embrionário anormal Vesícula vitelínica anormal Descolamento central – Retrovular Malformação fetal ou marcadores de aneuploidia Desenvolvimento embrionário anormal	Repouso no leito não tem benefício Abstinência sexual durante período de sangramento	Conduta expectante Sintomáticos	Ambulatorial Retornar em casos de aumento do sangramento

Abortamento inevitável	Sangramento vaginal variável. Cólicas abdominais geralmente intensas. OI dilatado. Pode ocorrer instabilidade hemodinâmica BCF Ausente	Pode ocorrer descolamento ovular/placentário e/ou saco gestacional irregular e em posição baixa.	Avaliar reposição volêmica/acesso venoso calibroso	Expectante, se paciente estável hemodinamicamente. Aguardar expulsão. Se instabilidade hemodinâmica, ou sangramento importante: >12sem: misoprostol para esvaziamento uterino seguido de curetagem <12sem: AMIU (aspiração manual intrauterina) ou curetagem	
Abortamento completo	História sangramento Cólicas abdominais Orifício interno do colo pode estar fechado. Eliminação integral do ovo.	Endométrio linear (ou homogêneo com espessura endometrial até 15 mm.)	Monitoramento da hemorragia Níveis de BHCG reduzem ½ em 24 horas	Sintomáticos (analgésicos antiespasmódicos)	Ambulatorial Anticoncepção
Abortamento incompleto	Sangramento vaginal importante ou intermitente Cólicas abdominais intensas Orifício interno do colo pérvio e/ou saída de restos ovulares.	Endométrio espessado, >15mm, desorganizado, sem definição das linhas endometriais.	Avaliar reposição volêmica acesso venoso calibroso	Sintomáticos (analgésicos e antiespasmódicos) Curetagem uterina/AMIU Para pacientes hemodinamicamente estáveis/sangramento discreto, com possibilidade de seguimento: -Expectante -Misoprostol: 800mcg dose única.	

Aborto retido	Morte embrionária / fetal com retenção do produto conceptual por tempo prolongado. (>28 dias) Sangramento vaginal ausente ou variável. Parada dos sintomas da gravidez. Útero de tamanho menor que o esperado para idade gestacional. Orifício interno do colo fechado.	Embrião com CCN maior ou igual a 7 mm, sem atividade cardíaca DMSG> 25mm sem embrião. Ausência de embrião 2 semanas após ultrassom prévio mostrando saco gestacional sem vv Ausência de embrião 11 dias após ultrassom prévio mostrando saco gestacional com vv	Caso embrião com CCN menor que 7 mm e sem atividade cardíaca repetir ultrassonografia transvaginal em 10 A 14 dias.	Para pacientes hemodinamicamente estáveis/sangramento discreto, com possibilidade de seguimento: -Expectante Avaliar a necessidade de Indução e/ou curetagem/ AMIU. Decidido por esvaziamento mecânico, utilizar 400 mcg de misoprostol, 3 a 6 horas, antes do procedimento. Se >12 sem: expulsão do feto com misoprostol 200mcg 4 a 6 h, para em seguida realizar esvaziamento mecânico, se necessário.	
Abortamento infectado	Sinais/Sintomas gerais: febre, taquicardia, anemia, abdome doloroso Orifício interno do colo com saída de restos ovulares e/ou secreção purulenta e fétida. Colo pérvio, útero doloroso Hemograma infeccioso	Retenção dos produtos da concepção. Endométrio espesso e irregular > 15mm	Internação Avaliar reposição volêmica/Acesso venoso calibroso	Antibioticoterapia imediata, conforme esquema abaixo Curetagem /AMIU preferencialment e após 1ª dose de antibiótico	

3.7 Exames Complementares

- Tipagem sanguínea;
- Coombs indireto: quando Rh negativo;
- VDRL;
- TR-HIV;



Hospital de Clínicas



- Hemograma;
- Coagulograma, se necessário;
- Ultrassonografia Obstétrica transvaginal.

3.8 Condutas

3.8.1 Conduta expectante

- Limitado para gestações de primeiro trimestre;
- Seguimento de até 4 semanas, a partir do diagnóstico;
- Retorno semanal para avaliação clínica;
- Avaliar necessidade de solicitar exames laboratoriais, a depender do quadro clínico;
- Paciente bem orientada;
- Prescrever antiespasmódicos e analgésicos;
- Buscar pronto atendimento se sinais de alarme, se sangramentos, dor abdominal, febre, mal estar geral;
- Orientar que procedimento cirúrgico pode ser necessário.

3.8.2 Conduta Ativa

Está indicado no abortamento incompleto, inevitável, retido ou infectado, gestação anembrionada, mola hidatiforme e interrupção legal da gestação. O esvaziamento uterino pode ser realizado de forma farmacológica ou mecânica (cirúrgica).

No segundo trimestre da gestação, o abortamento farmacológico é o método de escolha, complementado, quando necessário, com curetagem após a expulsão do feto.

Em condições excepcionais, nas quais os demais procedimentos falhem, é possível a realização de uma microcesariana, como último recurso

3.8.3 Tratamento medicamentoso

Primeiro trimestre <13 semanas:

- Internar paciente e solicitar exames (vide abaixo);
- 800mcg misoprostol, via vaginal, se necessário pode ser administrado segunda dose, 4 a 6 horas;
- Medicação sintomática, analgésicos;
- Ultrassonografia após 7-14 dias, dosagem de Bhcg pode ser usada;
- Se falha: optar por tratamento expectante ou cirúrgico.

Segundo trimestre (13- 26 semanas):

- A dose preconizada de misoprostol é de 200 µg via vaginal a cada 4 a 6 horas, com um máximo de cinco doses.
- Em caso de cicatriz uterina anterior (cesárea ou miomectomia), a dose de misoprostol não deve ser maior que 200 µg vaginal a cada 6 horas.

Para preparação cervical para o aborto mecânico (cirúrgico):

Usar 400 µg via vaginal 3 horas antes do procedimento.



Hospital de Clínicas



Quadro 1: Regimes de misoprostol recomendados pela Figo (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*), para morte fetal e abortamento.

< 13 semanas de gestação	13-26 semanas de gestação
Aborto retido 800mcg vv 3/ 3 horas (2x)	Morte fetal 200 mcg 4-6 horas vv
Aborto incompleto 400-800mcg vv 1x	Aborto inevitável 200mcg a cada 6h vv
Preparação cervical para procedimento cirúrgico: 400mcg vv 3 horas antes do procedimento	Preparação cervical para o aborto cirúrgico 13-19 sem: 400mcg 3-4 h antes do procedimento

3.8.4 Conduta Cirúrgica

- AMIU;
- Aspirador acoplado a cânula;
- Curetagem;
- Inicialmente, se necessário, promove-se o preparo cervical com 400mcg de misoprostol por via vaginal, e após quatro horas, realiza-se o esvaziamento uterino.

Antibiótico profilaxia cirúrgica:

- Cefazolina 2g IV, na indução anestésica.

3.8.5 Complicações

- Cólicas abdominais;
- Náuseas e vômitos;
- Dor e sangramento;
- Reação vagal a dor;
- Esvaziamento incompleto;
- Lesão cervical;
- Perfuração uterina;
- Embolia gasosa sepse e hemorragia.

3.8.6 Efeitos colaterais do misoprostol

- Náuseas;
- Vômitos;
- Diarreia;
- Hipertermia e
- Tremor.

3.8.7 Contraindicações ao misoprostol

- Sangramento abundante;

- Sintomas ou sinais de infecção genital e/ou sepse;
- Mau estado geral, com sintoma de instabilidade hemodinâmica ou choque;
- Alergia a prostaglandinas;
- Suspeita de gravidez ectópica;
- Antecedentes de transtorno de coagulação, ou que estejam tomando anticoagulantes;
- Asma descompensada.

**** Pacientes com cicatriz uterina anterior devem ser monitorizadas rigorosamente**

3.8.8 Cuidados na conduta cirúrgica

- Todo material retirado deve ser encaminhado para estudo anátomo-patológico.
- Nos casos de perfuração uterina, suspender curetagem, iniciar contraturante uterino e cuidados necessários, e realizar antibiótico profilaxia com cefazolina 2 g.
- Se sinais de peritonite, individualizar, solicitar hemograma, pcr, hidratação, avaliação de cirurgia geral e antibiótico terapia.
- **Em casos de suspeita de aborto infectado, encaminhar fragmento do material para cultura.**

3.9 Antibioticoterapia no abortamento infectado

Antibioticoterapia intravenosa:

- Ceftriaxona 1 g 12/12h + Clindamicina 600 mg 6/6h + Gentamicina 3-5 mg/kg/dia dose única diária
Ou
- Ampicilina 2 g de 6/6 horas + Gentamicina 3-5 mg/kg/dia dose única diária + Metronidazol 500mg de 8/8horas.

Tratamento oral:

- Amoxicilina/clavulonato, 500/125 mg de 8/8 horas ou ciprofloxacino 500mg 12/12 horas associado ao metronidazol 500mg de 8/8 horas ou cefuroxima 500mg 12/12h associado ao metronidazol 500mg de 8/8horas.
- ✓ A terapia intravenosa deve continuar até 72 horas após o último pico febril e manter antibioticoterapia via oral para completar 7-10 dias de tratamento. Nos casos de resposta clínica inadequada, reavaliar conduta.
 - ✓ Em pacientes com comprometimento renal pode-se substituir gentamicina por ceftriaxona.
 - ✓ O esvaziamento uterino pode ser realizado logo após a administração de antibióticos, não havendo vantagem em atrasar o procedimento a fim de aguardar ação do agente antimicrobiano.
 - ✓ Solicitar cultura do material.
 - ✓ A histerectomia está indicada nas formas disseminadas, localizadas e propagadas, refratárias ao tratamento clínico, sempre que as condições técnicas existirem, deve ser total e se necessário radical, com retirada dos anexos e paramétrios comprometidos.

AGENTE	DOSE, INTERVALO, VIA DE ADMINISTRAÇÃO
AMPICILINA	1-2g 6/6 h, EV
GENTAMICINA	1,5mg /kg 8/8 h, EV ou 3-5mg/kg 24/24h EV
CEFTRIAXONA	1-2g 12/12h, EV
METRONIDAZOL	500mg 8/8h, EV
CLINDAMICINA	600mg 6/6h ou 900mg 8/8h EV

Figura 1 – Medicação, doses, intervalo e via de administração

3.10 Seguimento

- **Checar tipo sanguíneo e fator RH**
- Imunoglobulina Anti-Rh D: mãe Rh (-) e Coombs indireto (-);
- Recomenda a dose de 300 µg, IM;
- Orientar anticoncepção;
- Suportes específicos e dirigidos para a causa do abortamento;
- Retorno em ambulatório para checar anatomopatológico.

3.11 Critérios e cuidados de alta hospitalar

- Avaliar condição clínica da paciente;
- Verificar presença de alterações fisiológicas;
- Orientações da equipe multiprofissional;
- Receituário médico contendo os medicamentos necessários para recuperação;
- Encaminhar ao ambulatório em 30 dias após a alta para reavaliação, resultado do estudo anatomopatológico e reorientação de anticoncepção;
- Retorno ao pronto atendimento se febre, dor abdominal intensa ou sangramento aumentado.

3.12 Planejamento reprodutivo pós abortamento

- Acolhimento;
- Contracepção entre o primeiro e o quinto dia após abortamento;
- Abortamento sem nenhuma complicação, não há restrições para uso de métodos contraceptivos;
- DIU pode ser inserido imediatamente após AMIU ou curetagem nas mulheres sem nenhum sinal ou suspeita de infecção antes da alta hospitalar, no retorno à unidade, nos primeiros dias após abortamento.
- A esterilização cirúrgica poderá ser realizada após abortamento, obedecendo aos demais pressupostos legais da lei nº 1443/2022.

4. REFERÊNCIAS

- Tratado de obstetrícia Febrasgo / editores Cesar Eduardo Fernandes, MarcosFelipe Silva de Sá; coordenação Corintio Mariani Neto. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
- Protocolo: Manejo De La Pérdida Gestacional De Primeiro Trimestre, Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona.

- ACOG –Practice Bulletin nº 150, Maio/2015, Society Of Radiologists In Ultrasound Guidelines Or Transvaginal Ultrasonographic Diagnosis Of Early Pregnancy Loss
- Protocolos Assistenciais, clínica obstétrica, FMUSP/ Marcelo Zugaib, Roberto Eduardo Bittar, Rossana Pulcinelli Vieira Francisco, -5ª ed.—São Paulo: Editora Atheneu, 2015

5. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	8/11/2021	Elaboração da 1ª versão do Protocolo (PRT)
2	6/6/2024	Revisão do documento
3	15/9/2026	Atualização e inserção em novo modelo

6. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração da versão atual (versão 3) – data: 26/5/2026

Alberto Borges Peixoto, médico da Unidade de Saúde da Mulher (UMUL)

Análise – data: 26/5/2026

Rosekeila Simões Nomelini, chefe da UMUL

Validação técnica – data: 27/5/2026 a 7/8/2026

Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe do Setor de Cuidados Especializados

Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Aprovação – data: 25/8/2026

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde

Registro, validação de forma e revisão – data: 15/9/2026

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

Elaboração da versão 2 – data: 6/6/2024

Rosekeila Simões Nomelini, chefe da UMUL

Mario Sergio Silva Gomes Caetano, médico da UMUL

Validação

Larissa Christina Pires Barrientto, membro validador da Comissão de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais

Avaliação

Luciana Paiva Romualdo, chefe do Setor de Gestão da Qualidade

Rodrigo Juliano Molina, médico infectologista

Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos

Aprovação

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde

Elaboração da versão 1 – data: 8/11/2021

Daniela Rodrigues Siqueira, Marina Carvalho Paschoini

Validação

Alberto Borges Peixoto, Fernanda Cristina da Silva Alves Ribeiro, João Ulisses Ribeiro, Marina Carvalho Paschoini, Mário Sérgio Silva Gomes Caetano

Caetano Galvão Petrini, chefe da Unidade Materno Infantil

Rodrigo Juliano Molina, chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento

Aprovação

Andreia Duarte de Resende, gerente de atenção à saúde