



Organização
Mundial da Saúde

Para más información se pueden poner en contacto con:

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas
Organización Mundial de la Salud
Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza
Fax: +41 22 791 4171
E-mail: reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 4 854843 7



9 789248 548437

Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud - Segunda edición

Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde

Segunda edição



Organização
Mundial da Saúde

Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde

Segunda edição



**Organização
Mundial da Saúde**

Agradecimentos

A OMS agradece pelas contribuições técnicas dos especialistas externos que participaram na consulta inicial on line, na consulta técnica e na revisão desta publicação (No Anexo 4 são apresentados os dados dos participantes e dos revisores externos adicionais).

A tradução para o português foi realizada por Silvia Piñeyro Trias.

A revisão médica da tradução foi realizada por Suzanne Serruya, Assessora Regional de Saúde Sexual e Reprodutiva e Ricardo Fescina, Chefe da Unidade e Diretor do CLAP/SMR (Centro Latinoamericano de Perinatologia/Saúde da Mulher e Reprodutiva).

Fonte de financiamento

O desenvolvimento desta publicação esteve apoiado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)-, pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Treinamento em Pesquisas em Reprodução Humana (HRP).

Catologação-na-fonte: Biblioteca da OMS:

Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde – 2ª ed.

1.Aborto induzido. 2.Cuidado pré-natal. 3.Bem-estar materno. 4.Política de saúde. 5.Guia. I.Organização Mundial da Saúde

ISBN 978 92 4 854843 7

(NLM classification: WQ 440)

© Organização Mundial da Saúde 2013

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde estão disponíveis no sitio web da OMS (www.who.int) ou podem ser compradas a Publicações da OMS, Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (Tel: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorder@who.int). Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir as publicações da OMS – seja para venda ou para distribuição sem fins comerciais - devem ser endereçados a Publicações da OMS através do sitio web da OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico ou as autoridades de qualquer país, território, cidade ou zona, nem tampouco sobre a demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas nos mapas representam de modo aproximativo fronteiras sobre as quais pode não existir ainda acordo total.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Salvo erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

Printed in Uruguay

Abreviaturas

D&C	dilatação e curetagem (cortante)
D&E	dilatação e evacuação
AEV	aspiração elétrica a vácuo
BPF	Boas Práticas de Fabricação
GRADE	Graduando a qualidade das evidências e força das recomendações
HCG	gonadotrofina coriônica humana
HIV	vírus da imunodeficiência humana
DAN	desinfecção de alto nível
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
DIU	dispositivo intrauterino
I.V.	administração por Via Intravenosa
KCI	cloreto de potássio
DUM	data da última menstruação
AMIU	aspiração manual intra-uterina
ONG	organização não governamental
PG	prostaglandina
Rh	Rhesus (grupo sanguíneo)
ITR	infecções do trato reprodutivo
DST	doenças sexualmente transmissíveis
ONU	Organização das Nações Unidas
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
EUA	Estados Unidos da América
OMS	Organização Mundial da Saúde

Definições utilizadas neste documento

- **Duração ou idade gestacional da gravidez (gestação):** a quantidade de dias ou semanas a partir da data do primeiro dia da última menstruação (DUM) nas mulheres com ciclos regulares (no caso das mulheres com ciclos irregulares, talvez seja necessário determinar a idade gestacional mediante um exame físico ou uma ultrassonografia). Em geral, considera-se que o primeiro trimestre constitui as primeiras 12 ou 14 semanas da gravidez (ver a Tabela 1)

Tabela 1. Idades gestacionais equivalentes em semanas e dias durante o primeiro trimestre

Semanas de gestação	Dias de gestação
<1	0 a 6
1	7 a 13
2	14 a 20
3	21 a 27
4	28 a 34
5	35 a 41
6	42 a 48
7	49 a 55
8	56 a 62
9	63 a 69
10	70 a 76
11	77 a 83
12	84 a 90
13	91 a 97
14	98 a 104

Adaptado de: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, 10.a revisão - ICD-10, Vol. 2, edição 2008. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2009.

- **Métodos médicos de abortamento (abortamento farmacológico):** utilização de fármacos para finalizar a gravidez. Às vezes, também são empregados os termos "abortamento não cirúrgico" ou "abortamento medicamentoso".

- **Regulação menstrual:** evacuação uterina sem confirmação da gravidez mediante laboratório ou ultrassonografia nas mulheres com atraso menstrual recente.
- **Dilatadores osmóticos:** bastonetes curtos e finos feitos com alga marinha (laminária) ou de material sintético. Depois de inseri-los no orifício do colo uterino, os dilatadores absorvem a umidade e se incham, dilatando o colo uterino em forma gradual.
- **Vias de administração de misoprostol:**
 - Oral: os comprimidos são imediatamente engolidos;
 - Bucal: os comprimidos são colocados entre as gengivas e as bochechas e são engolidos depois de 30 minutos;
 - Sublingual: os comprimidos são colocados debaixo da língua e engolidos depois de 30 minutos;
 - Vaginal: os comprimidos são aplicados no fórnice vaginal (fundos de saco laterais da vagina) e a mulher deve ficar deitada durante 30 minutos.
- **Métodos cirúrgicos de abortamento (abortamento cirúrgico):** utilização de procedimentos transcervicais para finalizar uma gravidez, entre os que se incluem a aspiração a vácuo intrauterina e a dilatação e evacuação (D&E). (ver o Capítulo 2, Seção 2.2.4 para obter uma maior descrição dos métodos do abortamento cirúrgico).

Terminologia relacionada com os direitos humanos

- **Tratado internacional de direitos humanos:** também denominado, às vezes, convênio ou convenção é um tratado adotado pela comunidade internacional dos Estados, em geral na Assembleia Geral das Nações Unidas. Cada tratado estabelece diversos direitos humanos e as obrigações correspondentes, que são juridicamente vinculantes para os Estados que ratificaram o tratado. No Anexo 7 é apresentada uma lista destes tratados.

- *Organismo de supervisão de um tratado:* cada tratado internacional de direitos humanos é fiscalizado por um organismo de supervisão do tratado (ver o Anexo 7). Tais organismos são comitês compostos por especialistas independentes. Sua função principal é supervisionar que os Estados cumpram o tratado em questão, e inclui uma revisão dos relatórios dos Estados.
- *Comentários/recomendações gerais:* a interpretação do organismo de supervisão do tratado com relação ao conteúdo das disposições referentes aos direitos humanos, sobre questões temáticas ou seus métodos de trabalho. Os comentários gerais têm por objetivo deixar claro quais as obrigações de notificação dos Estados com respeito a certas disposições e sugerem enfoques para implementar as disposições do tratado.
- *Observações finais:* depois da apresentação do relatório de um Estado e após um diálogo construtivo com o Estado que faz parte do convênio em particular, os organismos de supervisão de um tratado emitem suas observações finais ao Estado que apresentou o relatório, e estas são compiladas em um relatório anual que é enviado à Assembleia Geral das Nações Unidas.
- *Tratado regional de direitos humanos:* os Estados adotaram tratados de direitos humanos na África, América, Europa e Oriente Médio. Os organismos regionais de direitos humanos, como a União Africana, a Organização dos Estados Americanos, o Conselho da Europa, a União Europeia e a Liga dos Estados Árabes supervisionam o cumprimento dos tratados pelos Estados. Na atualidade, não existem tratados regionais de direitos humanos no Sudeste Asiático ou no Pacífico Ocidental. No Anexo 7 foi incluída uma lista de tratados regionais de direitos humanos.
- *Padrões de direitos humanos:* o significado e alcance dos direitos humanos conforme interpretação e aplicação pelos organismos de direitos humanos encarregados de tal tarefa, como por exemplo, os tribunais regionais, nacionais e internacionais e os comitês de direitos humanos.

ÍNDICE

Resumo executivo	1
Processo de elaboração do manual	10
Antecedentes	10
Métodos	10
Tomada de decisões durante a consulta técnica	12
Preparação do documento e revisão científica externa	12
Divulgação do manual	12
Atualização dos manuais	13
Capítulo 1	16
Atenção para um abortamento seguro: os fundamentos lógicos do ponto de vista da saúde pública e dos direitos humanos	17
1.1 Antecedentes	17
1.2 Saúde pública e direitos humanos	18
1.3 Gravidez e abortamento	19
1.4 Consequências sobre a saúde de um abortamento inseguro	19
1.5 Uso de anticoncepcionais, gravidez acidental e necessidades de planejamento familiar insatisfeitas	22
1.6 Contexto regulatório e político	23
1.7 Custos econômicos do abortamento inseguro	26
Capítulo 2	30
Atenção clínica para as mulheres em situação de abortamento	31
2.1 Cuidados prévios ao abortamento	32
2.2 Métodos de abortamento	37
2.3 Cuidados pós-abortamento e seguimento	52
Capítulo 3	62
Planejamento e gestão da atenção para um abortamento seguro	63
3.1 Introdução	64
3.2 Rede de serviços	64
3.3 Normas e padrões baseados em evidências	65
3.4 Equipamento dos centros de saúde e capacitação dos provedores de saúde	69
3.5 Monitoramento, avaliação e melhoria da qualidade	72
3.6 Financiamento	79
3.7 O processo de planejamento e gestão da atenção ao abortamento seguro	80

Capítulo 4	86
Aspectos jurídicos e políticos	87
4.1 A saúde da mulher e os direitos humanos	87
4.2 As leis e sua implementação no contexto dos direitos humanos	90
4.3. Criação de um ambiente propício	98
Anexo 1	
Lacunas na pesquisa identificadas durante a consulta técnica	105
Anexo 2	
Perguntas e resultados finais relacionados com o sistema GRADE	106
Anexo 3	
Critérios padrão do sistema GRADE para classificar a evidência	109
Anexo 4	
Participantes da consulta técnica	110
Anexo 5	
Recomendações da consulta técnica para a segunda edição de <i>Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde</i>	113
Anexo 6	
Critérios médicos de elegibilidade para o uso de anticoncepcionais pós-abortamento	120
Anexo 7	
Principais tratados regionais e internacionais de direitos humanos	122

RESUMO EXECUTIVO

Durante as últimas duas décadas, a evidência relacionada com a saúde, as tecnologias e os fundamentos lógicos dos direitos humanos para propiciar um atendimento seguro e integral para a realização de abortamentos avançou amplamente. Apesar desses avanços, estima-se que a cada ano são feitos 22 milhões de abortamentos em condições inseguras, acarretando a morte de cerca de 47.000 mulheres e disfunções físicas e mentais em outras 5 milhões de mulheres (7). Na prática, cada uma destas mortes e disfunções físicas e mentais poderia ter sido evitada através da educação sexual, do planejamento familiar e do acesso ao abortamento induzido de forma legal e segura, juntamente com uma atenção às complicações decorrentes do abortamento. Em praticamente todos os países desenvolvidos, os abortamentos em condições seguras têm amparo legal, por exclusiva solicitação da mulher ou sobre uma ampla base social e econômica, e é possível dispor e ter acesso facilmente aos serviços em geral. Nos países onde o abortamento induzido legal está sumamente restrito ou não está disponível, na maioria das vezes o abortamento seguro se torna um privilégio dos ricos, e as mulheres de baixa renda são mais suscetíveis a procurar métodos inseguros de abortamento, que provocam a morte e morbidades, gerando responsabilidade social e financeira para o sistema de saúde pública.

Em vista da necessidade de práticas recomendadas baseadas na evidência para oferecer atenção para um abortamento seguro e proteger a saúde das

mulheres, a Organização Mundial da Saúde (OMS) atualizou a sua publicação de 2003, denominada *Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde* (2). Neste processo, foram seguidos os padrões da OMS para o desenvolvimento da publicação, entre os que aparecem: identificação de perguntas e resultados prioritários; recuperação, avaliação e síntese da evidência; formulação de recomendações; e planejamento da divulgação, implementação, avaliação do impacto e sua atualização. Para as recomendações clínicas apresentadas no Capítulo 2, são preparados perfis de evidência relacionados com as perguntas prioritárias sobre a base das revisões sistemáticas recentes. A maior parte destas perguntas estão incluídas na *base de dados Cochrane de revisões sistemáticas*. Também foram revisados os Capítulos 1, 3 e 4 da publicação original de 2003 e atualizados para refletirem as estimativas mais recentes de abortamento inseguro em todo o mundo, a nova bibliografia sobre a prestação de serviços e os novos avanços nas leis regionais, nacionais e internacionais referentes aos direitos humanos. Um grupo encarregado de desenvolver o manual, composto por membros de um painel internacional de especialistas, conferiu e revisou o rascunho das recomendações sobre a base dos perfis de evidência, por meio de um processo participativo e impulsionado pelo consenso.

A audiência alvo deste manual são os formuladores de políticas, os diretores de programas e os profissionais

encarregados da atenção ao abortamento. O uso das recomendações clínicas deve adaptar-se a cada mulher, devendo enfatizar sua condição clínica e o método de abortamento específico a utilizar-se, ao mesmo tempo em que são consideradas as preferências de cada mulher com respeito a como espera ser atendida

Se por um lado, os contextos legais, regulatórios, políticos e da prestação de serviços podem variar de um país para outro, o objetivo das recomendações e práticas descritas neste documento é permitir que sejam tomadas decisões relacionadas com a atenção a um abortamento seguro baseadas na evidência. Na seção sobre Métodos, página 10, são apresentados os detalhes sobre o desenvolvimento e a aplicação da classificação da qualidade da evidência. No Quadro 1 são apresentadas as recomendações referidas aos métodos específicos para o abortamento cirúrgico, enquanto no Quadro 2 foram resumidas as recomendações para o abortamento farmacológico. No Quadro 3 estão as recomendações para os métodos cirúrgicos ou farmacológicos preferidos para gestações de 12 semanas. No Quadro 4 foram resumidas as recomendações relacionadas com o atendimento clínico prévio à indução do abortamento, incluída a preparação do colo uterino, o uso de uma ultrassonografia diagnóstica, a profilaxia antibiótica e as opções para o alívio da dor.

No Quadro 5 são resumidas as recomendações referidas ao atendimento pós-abortamento, incluído o início de métodos anticoncepcionais, o tratamento de um abortamento incompleto e se existe ou não a necessidade médica de realizar visitas de seguimento depois de um abortamento induzido. No Quadro 6 estão resumidas as recomendações mais importantes do Capítulo 3 com respeito à aplicação do manual clínico para estabelecer e fortalecer os serviços relacionados com o abortamento, onde são incluídos o desenvolvimento de padrões e normas nacionais; a capacitação e o equipamento dos prestadores de serviços; a avaliação, a priorização e o financiamento das necessidades do sistema sanitário; a introdução e ampliação das intervenções; e a supervisão e avaliação. Por último, no Quadro 7 estão resumidas as principais recomendações do Capítulo 4 em relação às dimensões legais, políticas e de direitos humanos.

Os membros do grupo de desenvolvimento do manual observaram importantes lacunas no conhecimento que devem ser solucionadas através de pesquisa primária. Em geral, o grupo deu um valor importante à pesquisa destinada a não tratar o abortamento de forma médica. No Anexo 1 são apresentadas observações com respeito à necessidade de pesquisas futuras

QUADRO 1

Métodos recomendados para o abortamento cirúrgico

A aspiração a vácuo intra-uterina é a técnica de escolha para a interrupção da gravidez com um máximo de 12 a 14 semanas de gestação. Este procedimento não deve completar-se mediante curetagem como procedimento de rotina. O método de dilatação e curetagem (D&C), se ainda for praticado, deverá ser substituído pela aspiração a vácuo.

(Força da recomendação: forte)
Qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados: baixa a moderada).

Ver também: Anexo 5, Recomendação 1, página 113.

Métodos recomendados para o abortamento farmacológico

O método de escolha para o abortamento farmacológico é mifepristone seguido de misoprostol.

Para gravidez com uma idade gestacional de até 9 semanas (63 dias)

O método recomendado para o abortamento farmacológico é mifepristone seguido de misoprostol 1 a 2 dias mais tarde. [Ver as notas a seguir para conhecer as posologias e as vias de administração].

(Força da recomendação: forte.

Qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados: moderada).

Posologias e vias de administração de mifepristone seguido de misoprostol

O **mifepristone** sempre deve ser administrado por via oral. A dose recomendada é de 200 mg.

Recomenda-se que a administração de **misoprostol** seja feita de 1 a 2 dias (24 a 48 horas) após o mifepristone

- No caso da via vaginal, bucal ou sublingual, a dose recomendada de misoprostol é de 800 µg.
- No caso de administração oral, a dose recomendada de misoprostol é de 400 µg.
- No caso de gestações com um máximo de **7 semanas** (49 dias), pode-se administrar o misoprostol por via vaginal, bucal, sublingual ou oral. Depois das 7 semanas de gestação, a administração oral de misoprostol não deve ser empregada.
- No caso de gestações de até **9 semanas** (63 dias), pode-se administrar o misoprostol por via vaginal, bucal ou sublingual.

Ver também: Anexo 5, Recomendação 2, página 113.

Para gravidez com uma idade gestacional de entre 9 e 12 semanas (63 a 84 dias)

O método recomendado para o abortamento farmacológico é de 200 mg de mifepristone administrado por via oral seguida de 800 µg de misoprostol administrado por via vaginal entre 36 e 48 horas mais tarde. As doses posteriores de misoprostol devem ser de 400 µg como máximo, e devem ser administradas por via vaginal ou sublingual, a cada três horas, com um máximo de quatro doses adicionais, até que o produto da concepção seja expulso.

(Força da recomendação: fraca.

Qualidade da evidência baseada em um ensaio aleatorizado controlado e em um estudo observacional: baixa).

Ver também: Anexo 5, Recomendação 3, página 114.

Para gravidez com uma idade gestacional maior a 12 semanas (84 dias)

O método recomendado para o abortamento farmacológico é 200 mg de mifepristone administrado por via oral acompanhada de doses repetidas de misoprostol entre 36 e 48 horas mais tarde.

[Ver as notas a seguir para conhecer as posologias e as vias de administração do misoprostol].

(Força da recomendação: forte.

qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados: baixa a moderada).

- No caso de gestações entre 12 e 24 semanas, a dose inicial de misoprostol depois da administração oral de mifepristone pode ser de 800 µg por via vaginal ou 400 µg por via oral. As doses posteriores de misoprostol devem ser de 400 µg, e devem ser administradas por via vaginal ou sublingual, a cada três horas com um máximo de quatro doses adicionais.
- No caso de gestações com mais de 24 semanas, é necessário reduzir a dose de misoprostol devido a uma maior sensibilidade do útero às prostaglandinas, porém a falta de estudos clínicos impede realizar recomendações específicas de posologia.

Ver também: Anexo 5, Recomendação 6, página 115.

Métodos recomendados para o abortamento farmacológico

No caso de não haver disponibilidade de mifepristone

Para gravidez com uma idade gestacional de até 12 semanas (84 dias)

O método de eleição para o abortamento farmacológico é o uso de 800 ug de misoprostol administrado por via vaginal ou sublingual. É possível administrar um máximo de três doses repetidas de 800 ug com intervalos de pelo menos três horas, porém, não durante mais de 12 horas

(Força da recomendação: forte.

Qualidade da evidência baseada em um ensaio aleatorizado controlado: alta).

Ver também: Anexo 5, Recomendação 4, página 115.

Para gravidez com uma idade gestacional maior que 12 semanas (84 dias)

O método de eleição para o abortamento farmacológico é o uso de 400 µg de misoprostol administrado por via vaginal ou sublingual, repetido cada três horas com um máximo de cinco doses

(Força da recomendação: forte.

Qualidade da evidência baseada em um ensaio aleatorizado controlado: de baixa a moderada).

- No caso de gestações com mais de 24 semanas, é necessário reduzir a dose de misoprostol devido à maior sensibilidade do útero às prostaglandinas, porém, a falta de estudos clínicos impede realizar recomendações específicas de posologia.

Ver também: Anexo 5, Recomendação 6, páginas 115 y 116.

QUADRO 3

Métodos recomendados para o abortamento em gestações entre 12 e 14 semanas

São recomendadas tanto a dilatação e a evacuação (D&E) como os métodos farmacológicos (mifepristone e misoprostol; misoprostol exclusivo) para o abortamento em gestações entre 12 e 14 semanas. Os centros médicos devem oferecer ao menos um destes métodos, e de preferência ambos, segundo a experiência do profissional e a disponibilidade de treinamento.

(Força da recomendação: forte.

Qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados: baixa).

Ver também: Anexo 5, Recomendação 5, página 115.

Recomendações para a atenção prévia a um abortamento induzido

Preparação do colo uterino

Antes de um abortamento cirúrgico, recomenda-se preparar o colo uterino no caso das mulheres com uma gravidez de 12 a 14 semanas de gestação. A prática pode ser considerada para mulheres com uma gravidez em qualquer idade gestacional.

(Força da recomendação: forte.

Qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados: baixa).

- Recomenda-se qualquer destes métodos de preparação do colo uterino antes de um abortamento cirúrgico durante o primeiro trimestre:
 - 200 mg de mifepristone oral (de 24 a 48 horas antes); ou
 - 400 µg de misoprostol administrado por via sublingual, de 2 a 3 horas antes do procedimento; ou
 - 400 µg de misoprostol administrado por via vaginal, 3 horas antes do procedimento; ou
 - colocação de laminária no colo uterino de 6 a 24 horas antes do procedimento.

(Força da recomendação: forte.

Qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados: de baixa a moderada).

Ver também: Anexo 5, Recomendação 7, página 116.

Todas as mulheres submetidas à dilatação e evacuação (D&E) com uma gravidez de mais de 14 semanas de gestação devem se submeter à preparação do colo uterino antes do procedimento.

(Força da recomendação: forte. .

Qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados: de baixa a moderada).

- Os métodos recomendados para a preparação do colo uterino antes da dilatação e evacuação (D&E) depois das 14 semanas de gestação são os dilatadores osmóticos ou o misoprostol.

(Força da recomendação: forte.

Qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados: moderada).

Ver também: Anexo 5, Recomendação 8, página 117.

Recomendações para a atenção prévia a um abortamento induzido

Exploração ecográfica

Não é necessário o uso de uma ultrassonografia de rotina previamente ao abortamento.

(Força da recomendação: forte.

Qualidade da evidência baseada em um ensaio randomizado controlado e em estudos observacionais: muito baixa).

Ver também: Anexo 5, Recomendação 12, página 118.

Profilaxia antibiótica

Todas as mulheres que se submeterem a um abortamento cirúrgico, independentemente do risco de doença inflamatória pélvica, devem receber profilaxia antibiótica antes da cirurgia ou durante a mesma.

(Força da recomendação: forte.

Qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados: moderada).

Ver também: Anexo 5, Recomendação 11, página 118.

No caso das mulheres submetidas a um abortamento farmacológico, não se recomenda o uso de profilaxia antibiótica.

(Força da recomendação: forte.

Qualidade da evidência baseada em um ensaio observacional: muito baixa).

Ver também: Anexo 5, Recomendação 11, página 118.

Controle da dor

A todas as mulheres devem ser oferecidos medicamentos para aliviar a dor como parte da rotina (por exemplo, antiinflamatórios não esteroides) para a realização de um abortamento farmacológico ou cirúrgico.

Não se recomenda a anestesia geral em forma de rotina para o abortamento por aspiração a vácuo ou para dilatação e evacuação (D&E).

Força da recomendação: forte.

Qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados: baixa).

Notas: sempre devem ser oferecidos medicamentos para o alívio da dor no caso de um abortamento farmacológico ou cirúrgico, e devem ser administrados sem atrasos para todas as mulheres que assim o desejarem. Na maioria dos casos, os analgésicos, a anestesia local ou a sedação consciente complementada com umas palavras tranquilizadoras são suficientes. Contudo, a necessidade de controle da dor aumenta com a idade gestacional.

Ver também: Anexo 5, Recomendação 14, página 118.

QUADRO 5

Recomendações para a atenção pós-abortamento

Contracepção

As mulheres podem começar a utilizar anticoncepcional hormonal no momento do abortamento cirúrgico ou assim que lhe for administrado o primeiro comprimido de uma sequência em um abortamento farmacológico. Depois do abortamento farmacológico, pode ser inserido um dispositivo intrauterino (DIU) após ser claramente confirmado que a mulher não está mais grávida

(Força da recomendação: forte.

Qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados: muito baixa).

Ver também: Anexo 5, Recomendação 13, página 118.

Seguimento

Não existe uma necessidade médica estabelecida para realizar uma visita de seguimento de rotina depois de um abortamento cirúrgico sem complicações ou de um abortamento farmacológico com mifepristone seguido de misoprostol. Contudo, é preciso informar as mulheres que contam com serviços adicionais disponíveis caso precisem ou se assim o desejarem

(Força da recomendação: forte.

Qualidade da evidência baseada em estudos observacionais e evidência indireta: baixa).

Ver também: Anexo 5, Recomendação 9, página 117.

Abortamento incompleto

Se o tamanho do útero no momento do tratamento for equivalente a uma gravidez com uma idade gestacional de 13 semanas ou menos, é recomendada a aspiração a vácuo intra-uterina ou o tratamento com misoprostol para as mulheres com um abortamento incompleto. O regime recomendado com misoprostol é uma dose única administrada por via sublingual (400 µg) ou oral (600 µg).

(Força da recomendação: forte.

Qualidade da evidência baseada em ensaios randomizados controlados: baixa).

Ver também: Anexo 5, Recomendação 10, página 117.

Recomendações para sistemas de saúde

Na medida em que a lei permitir, todas as mulheres devem contar com serviços de abortamento seguro acessíveis e disponíveis facilmente. Isto significa que os serviços devem estar disponíveis em nível do atendimento primário, com sistemas de encaminhamento implementados para todo tipo de atendimento requerido em um nível superior.

As medidas para fortalecer as políticas e os serviços relacionados com o abortamento devem ter como base as necessidades sanitárias e os direitos humanos das mulheres, uma compreensão rigorosa do sistema de prestação de serviços e o contexto social, cultural, político e econômico mais amplo possível.

Os padrões e as normas nacionais referidos à atenção para um abortamento seguro devem se basear na evidência e devem ser atualizados periodicamente, com o oferecimento da orientação necessária, visando à obtenção do acesso igualitário ao atendimento de boa qualidade. As novas políticas e intervenções programáticas devem refletir as práticas recomendadas baseadas na evidência. As intervenções complexas de prestação de serviços requerem evidência local com relação à sua viabilidade e eficácia através de testes piloto a uma escala menor de abrangência antes de serem investidos recursos para expandir e institucionalizar as práticas .

A capacitação dos profissionais que realizam abortamentos garante a sua competência para propiciar um atendimento de boa qualidade de acordo com os padrões e as normas nacionais. Garantir um atendimento de boa qualidade relacionado ao abortamento requer supervisão, garantia da competência e avaliação constante.

O financiamento de serviços para o abortamento deve considerar os custos para o sistema de saúde, garantindo, ao mesmo tempo, que os serviços sejam acessíveis e facilmente disponíveis para todas as mulheres que deles precisarem. É provável que os custos para incorporar o atendimento de um abortamento seguro aos serviços sanitários existentes sejam baixos se comparados com os custos que recaem no sistema de saúde pelo tratamento das complicações decorrentes de um abortamento inseguro.

A ampliação bem sucedida precisa de planejamento, de gestão, de orientação e de apoio sistemático ao processo, mediante o qual as intervenções piloto serão expandidas e institucionalizadas. Também são precisos recursos humanos e financeiros suficientes para apoiar o processo.

Ver o Capítulo 3 para obter mais detalhes.

QUADRO 7

Recomendações relacionadas com considerações regulatórias, políticas e de direitos humanos

As leis e políticas referidas ao abortamento devem proteger a saúde e os direitos humanos das mulheres.

É preciso eliminar as barreiras regulatórias, políticas e programáticas obstaculizadoras do acesso à realização oportuna de abortamento bem como de atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento.

É preciso haver um arcabouço regulatório e político propício para garantir a cada mulher (com amparo legal para ser acolhida) o acesso simples aos serviços de provisão de abortamento em condições seguras. As políticas devem estar orientadas a respeitar, proteger e cumprir os direitos humanos das mulheres para alcançar resultados de saúde positivos, oferecer informação e serviços relacionados com anticoncepcionais de boa qualidade e satisfazer as necessidades particulares das mulheres de baixa renda, das adolescentes, das vítimas de estupro e das mulheres portadoras de HIV.

Ver o Capítulo 4 para obter mais detalhes.

Processo de elaboração do manual

Antecedentes

Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde é uma publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2003 (2) e foi o primeiro manual global sobre cuidados relacionados com o abortamento e questões referidas às respectivas políticas. Desde então, o manual foi traduzido para o francês, russo, espanhol e para vários idiomas não oficiais da Organização das Nações Unidas (ONU), sendo amplamente utilizado por governos, organizações não governamentais (ONGs), profissionais que prestam serviços de saúde para a mulher e defensores dos direitos humanos.

Desde a publicação do manual em 2003, gerou-se e publicou-se uma quantidade significativa de dados novos associados com os aspectos epidemiológicos, clínicos, legais, de prestação de serviços e dos direitos humanos relacionados com os cuidados para um abortamento seguro. Portanto, a preparação deste manual revisado incluiu uma exaustiva revisão da literatura e uma atualização das recomendações referidas à prestação de serviços, às questões políticas e legais e à realização de novas revisões sistemáticas e de atualização das antigas revisões, visando a oferecer evidências para as recomendações relacionadas com perguntas clínicas cuja prioridade era estabelecida por uma equipe internacional de especialistas. As revisões desta atualização refletem as mudanças nos métodos de abortamento e nos cuidados com ele relacionados, bem como na prestação de serviços de acordo com a disponibilidade e o uso de métodos novos, juntamente com a aplicação dos direitos humanos para a formulação de políticas e a legislação referida ao abortamento, entre outros temas. Não foram modificadas as recomendações do manual de 2003 por não ter surgido evidência nova

Paralelamente à revisão desta publicação, também foi desenvolvido um documento afim denominado *Manual da prática clínica para os cuidados de um abortamento seguro* focado nos profissionais que

realizam abortamentos, oferecendo-lhes informação adicional sobre os detalhes na hora de implementar as recomendações do manual para os cuidados clínicos.

Métodos

Este documento foi preparado de acordo com os padrões da OMS e os requerimentos para elaboração do manual de orientação. Em resumo, este processo incluiu o seguinte: a identificação de perguntas e de resultados prioritários; a recuperação, avaliação e síntese da evidência; a formulação de recomendações; e o planejamento da divulgação, implementação, avaliação do impacto e atualização. O quadro profissional do Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da OMS (Secretaria da OMS) iniciou a identificação de perguntas prioritárias para as recomendações e elaborou o rascunho de uma lista de perguntas e resultados relacionados com os cuidados para um abortamento seguro, considerando os dados novos a partir da publicação inicial do manual em 2003 (2), fornecendo também respostas às opiniões solicitadas aos usuários do manual.

Foi organizado um painel global de partes interessadas internacionais, dentre as quais estavam profissionais da saúde, diretores de programas sanitários, pesquisadores, metodólogos, advogados de direitos humanos e defensores da saúde da mulher e dos direitos humanos com o fim de revisar e estabelecerem as prioridades das perguntas e os resultados do rascunho, que incluíam questões clínicas, técnicas e programáticas. A consulta inicial foi realizada por meios eletrônicos e os membros da Secretaria da OMS se ocuparam de revisar todas as respostas. Neste documento são incluídas as perguntas e os resultados considerados críticos para serem classificados segundo o enfoque do sistema Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE), sistema que fornece informação clara e concisa tanto sobre a qualidade da evidência, quanto sobre a força da recomendação. A lista das perguntas finais, consideradas para as tabelas e os resultados segundo o sistema GRADE, é apresentada no Anexo 2.

As revisões sistemáticas da Cochrane de ensaios clínicos randomizados foram a fonte primária da evidência para as recomendações. Sobre a base da lista de perguntas prioritárias, identificadas conforme a descrição anterior, foram reconhecidas as revisões sistemáticas da Cochrane pertinentes (3-74) e estas foram executadas ou atualizadas usando as estratégias de pesquisa padrão. Também foram realizadas três revisões sistemáticas por fora das *bases de dados Cochrane de revisões sistemáticas* e publicadas em revistas com revisão científica externa (75-77). As estratégias de pesquisa e os critérios específicos para a inclusão e exclusão dos ensaios identificados mediante a pesquisa foram apresentados nas revisões sistemáticas correspondentes. Foi avaliada e qualificada a evidência disponível conforme o enfoque do sistema GRADE (78-22), para refletir as comparações e os resultados prioritários. Foram excluídas as comparações e os resultados não pertinentes. Como resultado, foram preparados perfis de evidência (tabelas de acordo com o GRADE) (disponíveis em www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/rhr_2_10). No Anexo 3, são apresentados os critérios padronizados para classificar a evidência conforme o GRADE. Para cada comparação selecionada, foram avaliados os dados disponíveis para os resultados prioritários e apresentados nos perfis de evidência (se os resultados prioritários não estavam disponíveis em comparações específicas, foram omitidos das tabelas do GRADE). De acordo com os perfis de evidência, a Secretaria da OMS elaborou um rascunho das recomendações.

Para o Capítulo 3, que se refere a estabelecer e fortalecer os serviços de provisão de abortamento seguro, foram identificadas duas questões: indicadores de um abortamento seguro e competências para oferecer um abortamento sem riscos, para os quais já se dispunha de um manual recente da OMS. Em consequência, os passos para tratar das questões do Capítulo 3 foram adotar e consultar o manual recente da OMS e realizar uma revisão exaustiva da literatura sobre as questões apresentadas para as recomendações existentes na primeira edição do documento, e atualizar as referências.

Para o Capítulo 4, que se refere às considerações legais e políticas, a OMS contratou o Programa Internacional de Direito em Saúde Sexual e Reprodutiva da Faculdade de Direito da Universidade de Toronto, em Toronto, Canadá, para ajudar com a revisão, e inclusive para propor mudanças no conteúdo existente, tendo como base as disposições dos tratados regionais e internacionais de direitos humanos e o trabalho dos organismos regionais e internacionais de direitos humanos. A equipe do programa também elaborou uma série de escopos de pesquisa onde foram apresentadas pesquisas e análises dos direitos humanos e as leis sobre questões de interesse particular (por exemplo, a elaboração da indicação sanitária para um abortamento seguro, as objeções de consciência e os obstáculos legais e regulatórios).

A fim de revisar a minuta das recomendações e a evidência sustentatória, foi organizada uma consulta técnica na sede da OMS em Genebra, Suíça. Foram convidados os membros do grupo de elaboração do manual, um subgrupo da equipe internacional que participou na consulta online inicial e outros especialistas, para participarem desta consulta (ver o Anexo 4 para obter uma lista dos participantes). Foram entregues o rascunho das recomendações, os capítulos revisados e os documentos respaldatórios aos participantes antes da consulta para a revisão correspondente.

Foram obtidas as declarações de interesse dos participantes da consulta técnica por meio de um formulário padrão da OMS antes de participarem da reunião. A Secretaria da OMS revisou estas declarações e, nos casos necessários, também foram revisadas pela Sede do Conselho Jurídico da OMS antes da consulta. Dois participantes da consulta (a Dra. Laura Castleman e a Dra. Helena von Hertzen) declararam ser funcionárias de organizações que tinham, ou poderiam ter, conflitos de interesses comerciais. Então, quando as recomendações diretamente relevantes para o trabalho de suas organizações foram abordadas, ambas saíram da sala, não tendo participado, portanto,

da elaboração final da recomendação. Nenhum outro participante declarou ter conflitos de interesses reais ou potenciais.

Tomada de decisões durante a consulta técnica

Para cada recomendação, os participantes da consulta técnica analisaram o texto do rascunho preparado pela Secretaria da OMS para chegar a um consenso. Tal consenso foi definido como o acordo entre a maioria dos participantes, sem que ninguém estivesse fortemente em desacordo. Durante a consulta não houve desacordos importantes e, em consequência, não foi necessário um sistema alternativo, como a votação. Além da evidência científica e da sua qualidade, foram consideradas as questões de aplicabilidade, custos e outras opiniões de especialistas na formulação das recomendações finais.

A força das recomendações foi determinada através da avaliação de cada intervenção sobre a seguinte base: (i) os efeitos desejáveis e não desejáveis; (ii) a qualidade da evidência disponível; (iii) os valores e as preferências relacionadas com as intervenções em diferentes ambientes; e (v) a probabilidade percebida de alterar a recomendação devido a pesquisas adicionais. Em geral, uma recomendação forte com evidência de qualidade moderada ou alta indica que as pesquisas adicionais não devem ser consideradas uma prioridade. O texto completo das recomendações da consulta técnica está no Anexo 5.

Os temas não identificados como objeto de uma revisão sistemática nova, por já existirem recomendações da OMS, estão na consulta técnica para análise grupal. As recomendações consideradas pertinentes e atuais pelo grupo foram confirmadas e adotadas. Estes assuntos incluíram: indicadores de um abortamento seguro, uso de anticoncepcionais depois de um abortamento; e as recomendações em torno a estabelecer e fortalecer os serviços de abortamento, incluídas as competências para oferecer um abortamento em condições seguras, apresentadas no Capítulo 3.

Preparação do documento e revisão científica externa

Três semanas antes da reunião, foi preparado e compartilhado entre os participantes da consulta técnica um documento preliminar que continha o rascunho das recomendações. Durante a reunião, o rascunho das recomendações foi modificado conforme as análises. Depois da reunião, a Secretaria da OMS revisou a minuta. A versão revisada foi enviada por e-mail a todos os participantes, para que dessem a sua aprovação e formulassem comentários. Foram identificados os revisores primários para cada capítulo conforme seu campo de experiência. Por último, foi enviado o documento completo para uma avaliação crítica externa e para a revisão científica externa. Durante este processo de revisão, muitas sugestões importantes foram incorporadas ao documento. Não obstante, a Secretaria da OMS se absteve de realizar alterações com relação ao alcance (como por exemplo, ampliar o alcance da publicação) ou às recomendações estipuladas durante a consulta.

Divulgação do documento

Da mesma forma como ocorreu com a primeira edição da publicação, sua divulgação será feita com a distribuição da versão impressa e com uma série de oficinas regionais organizadas para aplicar à questão do abortamento inseguro o *Enfoque Estratégico da OMS para fortalecer as políticas e os programas de saúde sexual e reprodutiva (23)*. O objetivo das oficinas será desenvolver propostas baseadas no manual que sirvam para fortalecer os cuidados para um abortamento seguro dentro dos programas de saúde sexual e reprodutiva. As oficinas vão incluir equipes nacionais pré-selecionadas formadas por representantes de ministérios/departamentos de saúde, vários profissionais de saúde, diretores de programas, e representantes de ONGs, de associações profissionais e de organismos da ONU.

Avaliar o impacto dos manuais publicados é uma tarefa desafiante. Com esta intenção, planejamos supervisionar a quantidade de pedidos feitos pelos países para obter ajuda com

a implementação da orientação técnica, instruir o acompanhamento nos países que aplicarem o Enfoque Estratégico e naqueles que modificarem a supervisão de seu programa nacional de abortamento com vistas a refletir os indicadores para um abortamento seguro apresentados na Tabela 3.2 (página 75) deste documento. Também continuaremos com a supervisão da quantidade de downloads do documento e a quantidade de cópias do manual em papel, solicitadas e distribuídas.

Atualização dos manuais

A Secretaria da OMS prevê que este manual será novamente revisado, quatro anos após sua publicação para avaliar a necessidade de uma nova revisão, à luz das novas evidências disponíveis e das opiniões dos usuários.

Referências

1. 1. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 2008*, 3rd ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
2. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
3. Kulier R et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, (4):CD002900.
4. Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, (4):CD002900.
5. Say L et al. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (1):CD003037, updated 2010.
6. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (1):CD006714.
7. Wildschut H et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (1):CD005216.
8. Kapp N et al. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD007207.
9. Promsonthi P, Preechaponprasert D, Chanrachakul B. Nitric oxide donors for cervical ripening in first-trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (4):CD007444.
10. Newmann SJ et al. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (8):CD007310.
11. Neilson JP et al. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD007223.
12. Tunçalp O, Gülmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (9):CD001993.
13. Mueller M et al. Antibiotic prophylaxis for medical and surgical first trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, (3):CD005217.
14. Renner RM et al. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (2):CD006712.
15. Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception*, 2011, 83:30–33.
16. Grossman D, Grindlay K. Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83(6):504–510.
17. Jackson E, Kapp N. Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83:116–126.
18. Guyatt GH et al. Incorporating considerations of resources use into grading recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:1170–1173.
19. Guyatt GH et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:924–926.
20. Guyatt GH et al. What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *British Medical Journal*, 2008, 336:995–998.
21. Guyatt GH et al. Going from evidence to recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336:1049–1051.
22. Schünemann HJ et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *British Medical Journal*, 2008, 336:1106–1110.
23. *The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes*. Geneva, World Health Organization, 2007.

CAPÍTULO 1

Atenção para um abortamento seguro: os fundamentos lógicos do ponto de vista da saúde pública e dos direitos humanos

Resumo

- Cada ano, calcula-se que são realizados 22 milhões de abortamentos inseguros. Quase todos os abortamentos inseguros (98 %) ocorrem em países em desenvolvimento. A quantidade total de abortamentos inseguros aumentou de 20 milhões em 2003 para aproximadamente 22 milhões em 2008, embora a taxa global de abortamentos inseguros não tenha se modificado desde o ano 2000.
- Aproximadamente 47 000 mortes relacionadas com a gravidez são provocadas por complicações derivadas de um abortamento inseguro. Estima-se também que 5 milhões de mulheres passam a sofrer de disfunções físicas e/ou mentais como resultado das complicações decorrentes de um abortamento inseguro.
- Os impressionantes avanços no uso de anticoncepcionais acarretaram uma redução na quantidade de gravidezes não desejadas, porém, não eliminaram a necessidade de se ter acesso a um abortamento seguro. Prevê-se que umas 33 milhões de usuárias de anticoncepcionais, isto é, usando métodos anticoncepcionais, fiquem anualmente grávidas acidentalmente. Algumas destas gravidezes acidentais são finalizadas mediante abortamentos induzidos, e as restantes irão gerar bebês não planejados
- Independentemente de o abortamento ser feito com todas as restrições legais ou estar absolutamente disponível, a probabilidade de uma mulher engravidar de forma não desejada e, por isto, tentar um abortamento induzido é praticamente a mesma. Entretanto, as restrições legais, bem como outras barreiras, fazem com que muitas mulheres induzam o abortamento ou façam um abortamento com profissionais não especializados. O abortamento ser ou não legal não produz nenhum efeito sobre a necessidade de praticá-lo, porém, afeta dramaticamente o acesso das mulheres a um abortamento em condições seguras.
- Nos lugares onde a legislação permite abortamentos segundo indicações amplas, a incidência e as complicações de um abortamento inseguro em geral são menores do que nos lugares onde o abortamento legal está mais restrito.
- Em quase todos os países, a lei permite o abortamento para salvar a vida da mulher e na maioria dos países o abortamento está permitido para preservar a saúde física ou mental da mulher. Portanto, é necessário oferecer acesso ao abortamento seguro, conforme indicado por lei.
- O abortamento inseguro, a morbidade e a mortalidade associadas às mulheres podem ser evitados. Consequentemente, todas as mulheres devem contar com serviços de abortamento disponíveis e acessíveis na medida em que a lei permitir.

1.1 Antecedentes

O abortamento induzido tem sido documentado através de toda a história (1). Em tempos passados, os abortamentos eram inseguros e exerciam uma grande pressão nas vidas das mulheres. Os avanços na prática médica em geral, e o advento de tecnologias seguras e eficazes, bem como a capacidade para realizar principalmente abortamentos induzidos, podem eliminar em sua totalidade os abortamentos inseguros e as mortes a eles relacionadas, desde que exista um acesso universal a estes serviços. Ainda assim, estima-se que

a cada ano continuam sendo realizados 22 milhões de abortamentos inseguros, provocando a morte de cerca de 47 000 mulheres (2).

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), um abortamento inseguro é um procedimento para finalizar uma gravidez não desejada, realizado por indivíduos sem as habilidades necessárias e/ou em ambiente abaixo dos padrões médicos exigidos.

Em quase todos os países desenvolvidos (segundo a classificação do Fundo de População das Nações Unidas), os abortamentos seguros são oferecidos sem restrição legal, por exclusiva solicitação da mulher ou sobre uma ampla base social e econômica, sendo possível para a maior parte das mulheres dispor e ter acesso facilmente aos serviços em geral. Entretanto, o acesso a um abortamento seguro nos países em desenvolvimento está limitado a uma quantidade restrita de condições (3). Nos países com restrição legal, é possível que se dê um acesso desigual a um abortamento seguro. Nestes contextos, os abortamentos que cumprem com os requisitos de segurança passam a ser um privilégio dos ricos, ao passo que as mulheres de baixa renda acabam recorrendo a práticas tecnicamente não recomendáveis, operadas por pessoas sem as habilidades necessárias que provocam incapacidades ou mesmo a morte (4).

Neste capítulo é apresentada uma resenha do contexto sanitário, demográfico, legal e político do abortamento induzido com dados atualizados a partir da publicação do documento da *Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde* em 2003 (5).

1.2 Saúde pública e direitos humanos

Durante muito tempo tem havido consenso sobre o impacto do abortamento inseguro na saúde pública. Em 1967, a Assembleia Mundial da Saúde identificou o abortamento inseguro como um problema sério de saúde pública em muitos países (6). A estratégia de saúde reprodutiva da OMS *visando a acelerar o avanço na consecução dos objetivos e das metas*

internacionais de desenvolvimento, adotada pela Assembleia Mundial da Saúde em 2004, observa o seguinte:

“O abortamento inseguro, uma causa evitável de mortalidade e morbidade maternas, deve ser abordado como parte do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio relativo à melhoria da saúde materna e de outros objetivos e metas internacionais de desenvolvimento“ (7).

A quantidade de declarações e de resoluções assinadas pelos países nas últimas duas décadas (como exemplo, ver as referências 8 a 11) indica que existe um consenso cada vez maior sobre o abortamento inseguro ser uma causa importante de mortalidade materna, podendo, e devendo, ser prevenido mediante a educação sexual, medidas de expansão do planejamento reprodutivo, acesso a um abortamento seguro nos casos previstos em lei e cuidados pós-abortamento em todos os casos. Também há consenso em relação ao fato da necessidade de ampliar o acesso a métodos contraceptivos modernos para prevenir a gravidez não desejada e os abortamentos inseguros. Em consequência, a justificativa lógica do ponto de vista da saúde pública para evitar o abortamento inseguro é clara e inequívoca.

As análises surgidas a partir da Conferência Internacional de Direitos Humanos de 1968 em Teerã, República Islâmica do Irã levaram a um novo conceito sobre os direitos reprodutivos, que posteriormente foram definidos e aceitos na Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento (CIPD) de 1994 no Cairo, Egito (8). Eliminar o abortamento inseguro é um dos componentes chaves da estratégia de saúde reprodutiva global da OMS (12). A estratégia se baseia nos tratados internacionais de direitos humanos e em declarações globais de consenso que demandam o respeito, a proteção e o cumprimento dos direitos humanos, entre os que se encontram o direito de todas as pessoas de ter acesso ao maior padrão de saúde possível; o direito básico de todos os casais e indivíduos de decidir livre e responsavelmente o número, espaçamento e o momento de terem filhos, e o direito de receberem

informação e os meios necessários para que alcancem a mais elevada qualidade de saúde sexual e reprodutiva; o direito das mulheres de ter controle e decidir livre e responsabilmente sobre temas relacionados com sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, sem coerção, discriminação nem violência; o direito de os homens e as mulheres escolherem o seu parceiro e de se casar por livre e pleno consentimento; o direito de ter acesso à informação relevante sobre saúde; e o direito de cada pessoa de usufruir dos benefícios dos avanços científicos e suas aplicações (12). Com o objetivo de cumprir estes direitos, e de salvar as vidas das mulheres, é necessário tratar adequadamente dos aspectos programáticos, legais e políticos para assim oferecer um abortamento seguro, como descrito nos capítulos a seguir.

1.3 Gravidez e abortamento

Cada ano estima-se que 208 milhões de mulheres ficam grávidas. Entre elas, 59 % (ou 123 milhões) têm uma gravidez planejada (ou desejada) levando a um nascimento com vida, ou a um abortamento espontâneo ou a uma morte fetal intrauterina (4). 41 % restante (ou 85 milhões) das gravidezes não são desejadas.

Devido ao aumento no uso de anticoncepcionais, a taxa de gravidezes em todo o mundo diminuiu de 160 mulheres grávidas a cada 1000 mulheres de entre 15 e 44 anos em 1995 para 134 mulheres grávidas a cada 1000 mulheres em 2008 (4). As taxas de gravidezes desejadas e não desejadas caíram, respectivamente, de 91 e 69 a cada 1000 mulheres entre 15 e 44 anos em 1995 a 79 e 55 a cada 1000 mulheres entre 15 e 44 anos em 2008. O que é mais significativo, verificou-se decréscimo na taxa de abortamentos induzidos que caiu de 35 a cada 1000 mulheres de entre 15 e 44 anos em 1995 para 26 a cada 1000 mulheres de entre 15 e 44 anos em 2008. Esta diminuição foi consequência, principalmente, da queda na taxa de abortamentos seguros, enquanto que o abortamento inseguro se manteve relativamente constante desde 2000, com aproximadamente 14 de cada 1000 mulheres

de entre 15 e 44 anos (13). Estimou-se que a quantidade absoluta de abortamentos inseguros era de aproximadamente 20 milhões em 2003 e de 22 milhões em 2008. A proporção de todos os abortamentos que são inseguros aumentou de 44 % em 1995 e 47 % em 2003 para 49 % em 2008 (13). Quase todos os abortamentos inseguros ocorrem nos países em desenvolvimento, onde as taxas de mortalidade materna são altas e o acesso a um abortamento em condições seguras é limitado.

1.4 Consequências sobre a saúde de um abortamento inseguro

As consequências sobre a saúde de um abortamento inseguro dependem dos centros de saúde onde é realizado o abortamento, a capacidade do profissional que o realiza, o método empregado, a saúde da mulher e a idade gestacional da gravidez. Os procedimentos do abortamento inseguro podem implicar na inserção de uma substância ou objeto (uma raiz, um galho, um cateter) no útero, a dilatação e a curetagem feitos de forma incorreta por um profissional não capacitado, a ingestão de preparados caseiros, nocivos à saúde ou a aplicação de uma força externa. Em alguns contextos, os profissionais tradicionais espancam fortemente a socos a parte inferior do abdômen da mulher para interromper a gravidez, o que pode causar a ruptura do útero e a morte da mulher (14). As consequências de usar certos medicamentos, como o misoprostol (um análogo da prostaglandina), em doses incorretas para induzir o abortamento são mistas, embora exista certa evidência de que inclusive uma dose incorreta pode produzir igualmente uma redução na quantidade de complicações graves e mortes maternas (15-17).

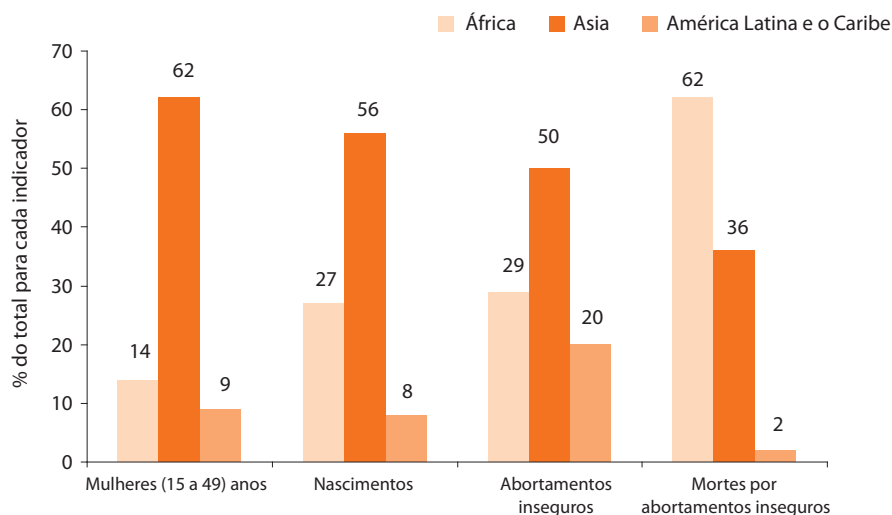
É difícil medir as mortes e as disfunções relacionadas com o abortamento inseguro. Devido a que estas mortes ou complicações se produzem após um procedimento clandestino ou ilegal, o estigma e o medo ao castigo impedem que o incidente se notifique de forma confiável. É especialmente difícil obter dados confiáveis sobre os óbitos maternos provocados por abortamentos inseguros no segundo trimestre da gravidez (18). Além disso, as

mulheres talvez não relacionem sua condição com uma complicação de um abortamento prévio (19). Portanto, existe subnotificação dos óbitos maternos por abortamentos inseguros. As complicações do abortamento inseguro incluem a hemorragia, a septicemia, a peritonite e o traumatismo do colo do útero e os órgãos abdominais (20). Cerca de 20 % a 30 % dos abortamentos inseguros provocam infecções do trato reprodutivo, e entre 20 % e 40 % destas acabam com uma infecção do trato genital superior (21). Uma em cada quatro mulheres submetidas a um abortamento inseguro provavelmente irá desenvolver sequelas temporais ou permanentes que requerem atenção médica oportuna (22). Por cada mulher que solicita atendimento posterior ao abortamento em um hospital, existem várias que se submeteram a um abortamento inseguro, porém não procuraram atendimento médico, pela dificuldade de reconhecer possíveis complicações, por carecer dos meios econômicos necessários ou por temer o abuso, o maltrato ou uma represália legal (23-30). A evidência aponta que os principais custos fisiológicos,

financeiros e emocionais são arcados pelas mulheres que sofrem um abortamento inseguro.

O peso do abortamento inseguro e as mortes maternas dele decorrentes são desproporcionalmente maiores para as mulheres na África que em qualquer outra região em desenvolvimento (31). Por exemplo, se por um lado a África representa apenas 27 % dos nascimentos anuais em todo o mundo, e só 14 % das mulheres de entre 15 e 49 anos do mundo são africanas, sua participação nos abortamentos inseguros globais em 2008 foi de 29 % e, o que é mais sério, 62% de todas as mortes em decorrência de abortamento inseguro aconteceram na África nesse ano (ver a Figura 1.1). O risco de morte por um abortamento inseguro varia entre as regiões em desenvolvimento. A taxa de mortalidade por procedimentos de abortamento inseguro é de 460 a cada 100000 na África e de 520 a cada 100 000 na África Subsaariana, em comparação com 30 a cada 100 000 na América Latina e no Caribe e com 160 a cada 100 000 na Ásia (2).

Figura 1.1 Distribuição percentual de mulheres, nascimentos, abortamentos inseguros e mortes relacionadas, por região em desenvolvimento, 2008



Reproduzido a partir da referência 31

Quando o abortamento induzido é realizado por profissionais capacitados que aplicam técnicas médicas e fármacos adequados e em condições higiênicas, o abortamento torna-se um procedimento médico de elevada segurança. Por exemplo, nos Estados Unidos da América (EUA), a taxa de

mortalidade é 0,7 a cada 100 000 abortamentos legais (32). A taxa de mortalidade do abortamento legal tardio durante o segundo trimestre (33) é muito mais baixa do que a taxa mais baixa dos procedimentos de abortamento inseguro (ver as Figuras 1.2 e 1.3).

Figura 1.2 Taxas de mortalidade decorrentes de abortamentos induzidos legais, abortamentos espontâneos ou partos a termo, cada 100 000 procedimentos, EE. UU.

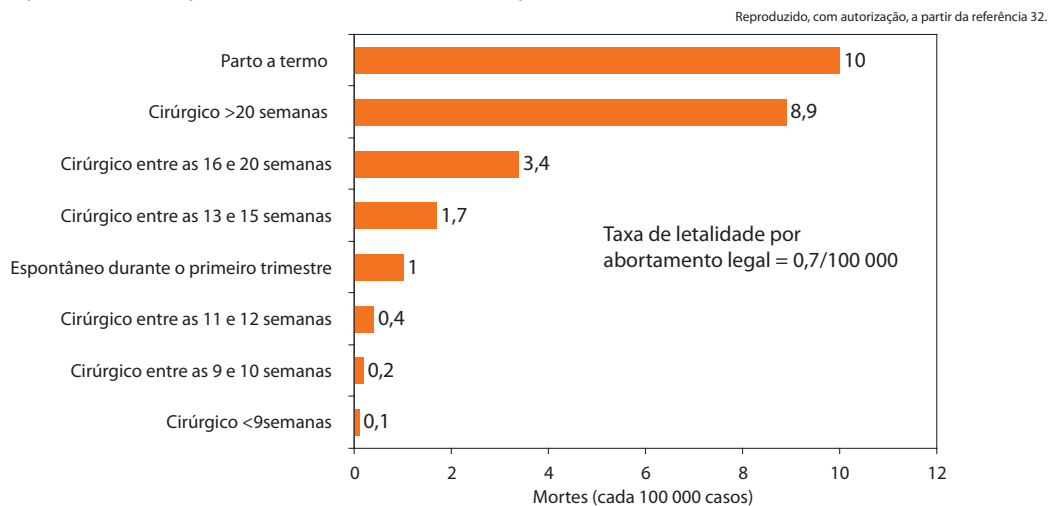
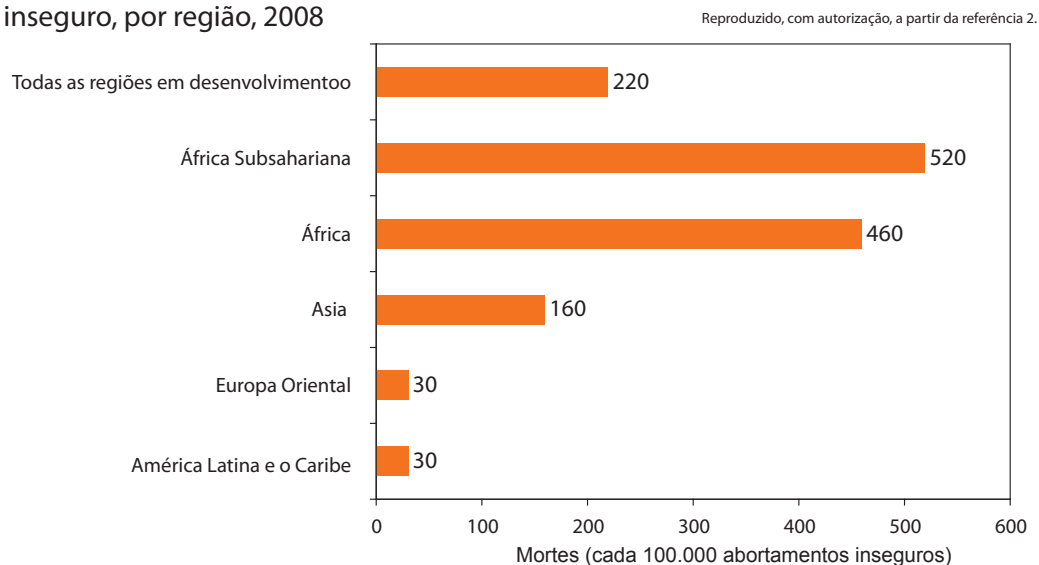


Figura 1.3 Taxas de mortalidade cada 100 000 procedimentos de abortamento inseguro, por região, 2008



1.5 Uso de anticoncepcionais, gravidez acidental e necessidades de planejamento familiar insatisfeitas

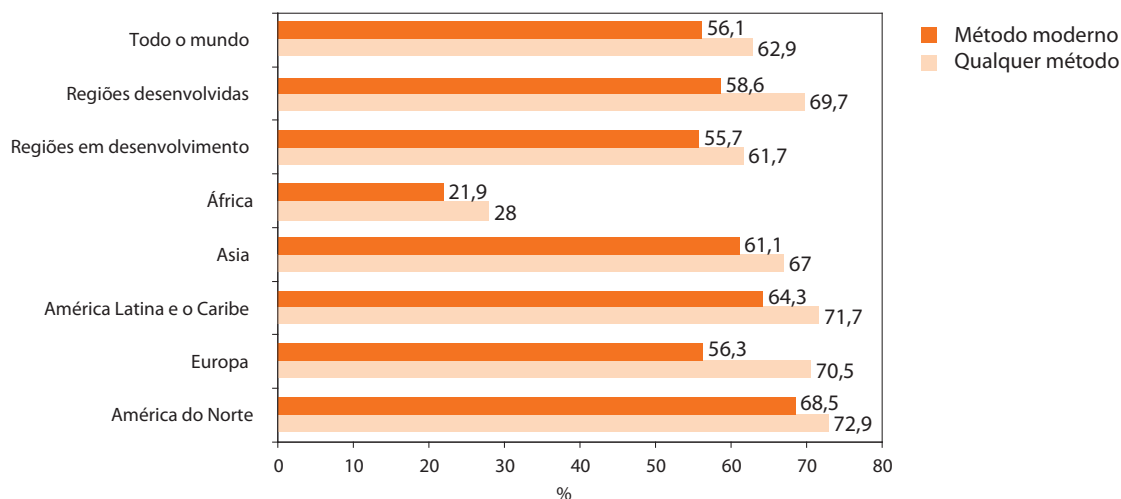
O predomínio do uso de qualquer método anticoncepcional entre as mulheres em idade fértil (de 15 a 49 anos) casadas ou em união estável foi de 63 % no plano mundial em 2007 (34). O uso de um método moderno foi aproximadamente 7 % mais baixo, com 56 %. O predomínio de métodos anticoncepcionais aumentou em todo o mundo e em todas as regiões, e ainda assim continua sendo baixo na África, com 28 % considerando todos os métodos e 22 % considerando apenas os métodos modernos (ver a Figura 1.4). O predomínio é inclusive inferior na África Subsaariana, onde o uso de qualquer método anticoncepcional foi de 21 % em 2007, já o uso de métodos modernos foi de 15 %. Pelo contrário, o predomínio do uso de qualquer método foi maior a 66 % na Europa, América do Norte, Ásia e América Latina e o Caribe.

O uso de métodos anticoncepcionais modernos provocou uma redução na incidência e no predomínio de abortamentos induzidos, inclusive nos lugares

onde o abortamento está disponível sem qualquer restrição. Vários autores examinaram a queda do predomínio do abortamento e o aumento do predomínio do uso de anticoncepcionais (35, 36). Os dados recentes, obtidos dos EUA e de 12 países de Europa Oriental e Ásia Central, onde o abortamento induzido costumava ser o método principal para regular a fertilidade, demonstram que quando o uso de métodos anticoncepcionais modernos é alto, a incidência do abortamento induzido é baixa (37). As taxas de abortamento induzido são as mais baixas na Europa Ocidental, onde o uso de anticoncepcionais modernos é elevado e o abortamento legal, em geral, está disponível quando necessário. Portanto, responder à necessidade insatisfeita de planejamento familiar constitui uma intervenção eficaz para reduzir a gravidez não desejada e o abortamento induzido.

Entretanto, o uso exclusivo de anticoncepcionais não consegue eliminar a necessidade de as mulheres terem acesso a serviços para um abortamento sem riscos. O anticoncepcional não desempenha papel algum nos casos de relações sexuais forçadas, que podem provocar uma gravidez não desejada.

Figura 1.4 Porcentagem de mulheres casadas ou em união estável que usam qualquer método anticoncepcional ou um método anticoncepcional moderno, 2007



Reproduzido a partir da referência 34.

Além disso, nenhum método é 100 % eficaz na prevenção da gravidez. A partir dos dados de 2007 sobre o predomínio dos métodos anticoncepcionais (34) e das taxas de fracasso típico dos métodos anticoncepcionais (51), estima-se que, a cada ano, aproximadamente 33 milhões de mulheres de todo o mundo tenham uma gravidez acidental enquanto usam um método anticoncepcional (ver a Tabela 1.1). Diante da falta de serviços para um abortamento seguro, algumas recorrem a profissionais não capacitados e outras talvez terão bebês não desejados. Não foram estudadas adequadamente as conseqüências dos nascimentos não desejados: porém, os efeitos podem ser nocivos e duradouros para as mulheres e para os bebês nascidos não sendo desejados (38).

Ainda persiste a necessidade insatisfeita de planejamento familiar, definida em geral como a quantidade de mulheres que querem evitar ou atrasar uma gravidez, mas não utilizam nenhum método anticoncepcional, embora as estatísticas apontem uma tendência ao declínio (39). Em conjunto, 11 % das mulheres dos países em desenvolvimento informam que têm uma necessidade insatisfeita em relação ao planejamento familiar. Na África Subsaariana e nos países menos desenvolvidos, uma em cada quatro mulheres no grupo de idade fértil de entre 15 e 49 anos declara uma necessidade insatisfeita de planejamento familiar (39). As mulheres continuarão enfrentando gravidezes não desejadas enquanto não forem respondidas as suas necessidades de planejamento reprodutivo.

Diferentemente da necessidade insatisfeita em relação ao planejamento reprodutivo, a falta de acesso a um abortamento seguro não está documentada. Contudo, os dados confirmam a magnitude do problema: estima-se que 22 milhões de mulheres se submetem a um abortamento inseguro a cada ano (2), e 47000 delas morrem por causa das complicações dele decorrentes. Mesmo um abortamento inseguro de "baixo risco" em um contexto com restrição legal expõe as mulheres a um risco excessivo caso o processo derive em uma emergência. Nestes casos, as restrições legais e o estigma vinculado ao aborto inibem as mulheres a procurarem atenção médica pós procedimento.

1.6 Contexto regulatório e político

Nos lugares onde as leis e as políticas permitem realizar um abortamento conforme indicações amplas, a incidência e as complicações de um abortamento inseguro se reduzem a um mínimo (2). Apenas em 16 % dos países em desenvolvimento o abortamento é permitido por razões sociais ou econômicas, em comparação com 80 % dos países desenvolvidos (ver a Tabela 1.2). Três em cada quatro abortamentos induzidos nos países em desenvolvimento (exceto a República Popular da China) ocorrem em condições inseguras (13). Nestes países, poucas mulheres cumprem as condições legais, ou conhecem seu direito, para ter acesso a um abortamento seguro, mesmo tendo amparo legal. Talvez os profissionais não estejam informados sobre as disposições legais ou não estejam dispostos a prestar serviços para um abortamento legal. Aliás, em alguns países as leis nem sequer são aplicadas (40).

Independentemente de o abortamento estar ou não restrito por lei, a probabilidade de uma mulher se submeter a um abortamento por uma gravidez não desejada é praticamente a mesma (13). As restrições legais levam muitas mulheres a procurarem serviços em outros países, ou profissionais não capacitados ou em condições não higiênicas, o que as expõe a um risco significativo de morte ou de disfunções físicas ou mentais. A proporção de mortalidade materna a cada 100 000 nascidos vivos devido a um abortamento inseguro costuma ser mais alta nos países com restrições importantes e mais baixa nos países onde as mulheres têm livre acesso a serviços seguros (41, 42). A evidência acumulada aponta que a eliminação das restrições sobre o abortamento acarreta uma redução da mortalidade materna causada pelo abortamento inseguro e, em conseqüência, uma diminuição no nível global de mortalidade materna (43, 44, 45, 46).

Em uma pequena quantidade de países, onde a mortalidade materna é baixa apesar das leis restritivas referidas ao abortamento, muitas mulheres têm acesso a um abortamento seguro ou relativamente seguro através do atendimento em países vizinhos,

onde são feitos abortamentos seguros, ou através do uso pessoal de misoprostol (47-49).

Além das restrições legais, outras barreiras ao abortamento seguro incluem a impossibilidade de pagar, a falta de apoio social, os atrasos em procurar atendimento médico, as atitudes negativas dos profissionais e a qualidade deficiente dos serviços. As mulheres jovens são especialmente vulneráveis nos lugares onde os métodos anticoncepcionais eficazes estão disponíveis só para as mulheres casadas ou onde a incidência de relações

sexuais não consensuais é alta. Quase 14 % de todos os abortamentos inseguros nos países em desenvolvimento são praticados em mulheres menores de 20 anos. Na África, as mulheres jovens menores de 25 anos representam praticamente dois terços de todos os abortamentos inseguros da região (50). Uma porcentagem maior de mulheres jovens, em comparação com as mulheres adultas, tende a praticar abortamentos durante o segundo trimestre da gravidez, os mais arriscados.

Tabela 1.1 A quantidade estimada de mulheres que utilizam um método anticoncepcional e a quantidade de mulheres com uma gravidez não desejada durante o primeiro ano do uso do método anticoncepcional, por tipo de método anticoncepcional, dados globais, 2007

Método anticoncepcional	Taxa estimada de falha do método (uso típico), % ^a	Número de usuárias, em milhares ^b	Número de mulheres com uma gravidez acidental (uso típico), em milhares ^c
Esterilização feminina	0,5	232 564	1163
Esterilização masculina	0,15	32 078	48
Injetáveis	0,3	42 389	127
Dispositivo intrauterino (DIU)	0,8	162 680	1301
Pílulas	5,0	100 816	5041
Preservativo masculino	14	69 884	9784
Barreira vaginal	20	2291	458
Abstinência periódica	25	37 806	9452
Coito interrompido	19	32 078	6095
Total	4,7	712 586	33 469

^a Os cálculos de Trussell (51) estão baseados em dados dos EUA. As taxas de falha estimadas no uso típico cobrem o fracasso do método e o fracasso do usuário que utiliza o método anticoncepcional em condições típicas.

^b Sobre a base da quantidade estimada de mulheres de entre 15 e 49 anos, casadas ou em união estável em 2007, e da porcentagem pelo uso de um método anticoncepcional específico (34).

^c Coluna (4) = Coluna (3) x (Coluna (2)/100)

Tabela 1.2 Circunstâncias nas quais o abortamento é permitido (% de países) por região e subregião, 2009

País ou área	Para salvar a vida da mulher	Para preservar a saúde física	Para preservar a saúde mental	Estupro ou incesto	Anomalia fetal grave	Motivos sociais ou econômicos	Exclusiva solicitação da mulher	Quantidade de países
Todos os países	97	67	63	49	47	34	29	195
Países desenvolvidos	96	88	86	84	84	80	69	49
Países em desenvolvimento	97	60	55	37	34	19	16	146
África	100	60	55	32	32	8	6	53
África Oriental	100	71	65	18	24	6	0	17
África Central	100	33	22	11	11	0	0	9
África Septentrional	100	50	50	33	17	17	17	6
África Meridional	100	80	80	60	80	20	20	5
África Ocidental	100	63	56	50	44	6	6	16
Ásia ^a	100	63	61	50	54	39	37	46
Ásia Oriental	100	100	100	100	100	75	75	4
Ásia Centromeridional	100	64	64	57	50	50	43	14
Sudeste asiático	100	55	45	36	36	27	27	11
Ásia Ocidental	100	59	59	41	59	29	29	17
América Latina e o Caribe	88	58	52	36	21	18	9	33
O Caribe	92	69	69	38	23	23	8	13
América Central	75	50	38	25	25	25	13	8
América do Sul	92	50	42	42	17	8	8	12
Oceania ^a	100	50	50	14	7	0	0	14

^a Foram excluídos o Japão, a Austrália e a Nova Zelândia da recontagem regional, porém foram incluídos no total dos países desenvolvidos.

Adaptado a partir da referência 3.

1.7 Custos econômicos do abortamento inseguro

O abortamento seguro é uma forma de reduzir custos. O gasto incorrido pelos sistemas de saúde no tratamento das complicações de um abortamento inseguro sobrecarregam e oneram os sistemas de saúde, especialmente nos países de escassos recursos. O custo geral médio do gasto incorrido pelo governo, por caso, foi estimado (segundo o valor do dólar em 2006) em USD 114 na África e USD 130 na América Latina (52). Entretanto, os custos econômicos indiretos decorrentes do abortamento inseguro sobre o sistema de saúde de um país vão além dos custos diretos por oferecer cuidados médicos pós procedimento. Em um estudo recente (52) foi calculado o custo anual de USD 23 milhões pelo tratamento de complicações menores causadas por abortamento inseguro no nível de atendimento médico primário; USD 6 bilhões pelo tratamento da infertilidade posterior ao abortamento; e USD 200 milhões por ano pelos gastos diretos dos indivíduos e de seus grupos familiares na África Subsaariana

pelo tratamento das complicações posteriores ao abortamento. Adicionalmente, há que se considerar os custos anuais indiretos estimados em USD 930 milhões (52), devidos à mortalidade e morbidade da mulher para os indivíduos e a suas sociedades, envolvendo a perda de produtividade, desagregação familiar e deficiências crônicas provocadas pelo abortamento inseguro.

Calculou-se que o abortamento inseguro custou ao sistema sanitário da Cidade do México USD 2,6 milhões em 2005, antes da legalização do aborto (53). Se existisse livre acesso a um abortamento sem riscos, o sistema poderia poupar potencialmente USD 1,7 milhões a cada ano. Deste modo, seria possível conservar uma grande quantidade de dinheiro e destiná-la a cobrir outras necessidades urgentes, entre elas, oferecer serviços de qualidade mediante padrões e normas atuais, profissionais capacitados e tecnologias adequadas, se fossem evitadas as gravidezes não desejadas com contraceptivos eficazes e o abortamento seguro fosse acessível. As bases econômicas fortalecem ainda mais os fundamentos lógicos da saúde pública e dos direitos humanos para prover abortamentos em condições seguras.

Referências

1. Joffe C. Abortion and medicine: a sociopolitical history. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Oxford, Wiley-Blackwell, 2009:1–9.
2. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
3. United Nations, Department for Economic and Social Affairs, Population Division. *World abortion policies*. New York, United Nations, 2011 (ST/ESA/SER.A/302).
4. Singh S et al. *Abortion worldwide: a decade of uneven progress*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
5. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
6. Resolution WHA20.41. Health aspects of population dynamics. In: *Twentieth World Health Assembly, Geneva, 23 May 1967*. Geneva, World Health Organization, 1967 (WHA20/1967/REC/1).
7. Resolution WHA57.12. Reproductive health: strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. In: *Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, 17–22 May 2004*. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHA57/2004/REC/1).
8. *International Conference on Population and Development – ICPD – Programme of Action*. New York, United Nations Population Fund, 1995 (A/CONF171/13/Rev.1 (http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_eng.pdf, accessed 31 August 2011)).
9. Resolution S-21.2. Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and development. In: *Twenty-first special session of the United Nations General Assembly New York, 30 June–2 July 1999*. New York, United Nations, 1999 (A/RES/S-21/2).
10. *Plan of action on sexual and reproductive health and rights (Maputo Plan of Action)*. Addis Ababa, The African Union Commission, 2006 (http://www.unfpa.org/africa/newdocs/maputo_eng.pdf, accessed 31 August 2011).
11. *Access to safe and legal abortion in Europe*. Strasbourg, Council of Europe, 2008 (Resolution 1607 of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe; <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta08/ERES1607.htm>, accessed 31 August 2011).
12. *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*. Geneva, World Health Organization, 2004.
13. Sedgh G, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 2012, 379:625–632.
14. Ugboma HA, Akani CI. Abdominal massage: another cause of maternal mortality. *Nigerian Journal of Medicine*, 2004, 13:259–262.
15. Harper CC et al. Reducing maternal mortality due to elective abortion: potential impact of misoprostol in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 98:66–69.
16. Miller S et al. Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1291–1296.
17. Sherris J et al. Misoprostol use in developing countries: results from a multicountry study. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005, 88:76–81.
18. Walker D et al. Deaths from complications of unsafe abortion: misclassified second trimester deaths. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:27–38.
19. Benson J. Evaluating abortion-care programs: old challenges, new directions. *Studies in Family Planning*, 2005, 36:189–202.
20. Grimes D et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908–1919.

21. *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2004.
22. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 2006, 368:1887–1892.
23. Singh S, Wulf D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *International Family Planning Perspectives*, 1994, 20:4–13.
24. Singh S, Wulf D, Jones H. Health professionals' perceptions about induced abortion in South Central and Southeast Asia. *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23:59–67 and 72.
25. Singh S et al. Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh. *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23:100–107 and 144.
26. Juarez F et al. Incidence of induced abortions in the Philippines: current level and trends. *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31:140–149.
27. Singh S et al. The incidence of induced abortion in Uganda. *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31:183–191.
28. Huntington D. Abortion in Egypt: official constraints and popular practices. In: Makhoul Obermeyer C, ed. *Cross-cultural perspectives on reproductive health*. New York, Oxford University Press, 2001:175–192.
29. Ferrando D. *El aborto clandestino en el Perú: hechos y cifras*. [Clandestine abortion in Peru, facts and figures.] Lima, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán and Pathfinder International, 2002.
30. *Unwanted pregnancy and postabortion complications in Pakistan. Findings from a national study*. Islamabad, The Population Council, 2002.
31. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2009, 1149–1158.
32. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729–737.
33. Lichtenberg E, Grimes D. Surgical complications: prevention and management. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Oxford, Wiley-Blackwell, 2009:224–251.
34. United Nations, Department for Economic and Social Affairs, Population Division. *World contraceptive use (wallchart)*. New York, United Nations, 2009 (ST/ESA/SER.A/285).
35. Bongaarts J, Westoff C. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning*, 2000, 31:193–202.
36. Marston C, Cleland J. Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence. *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29:6–13.
37. Westoff CF. *Recent trends in abortion and contraception in 12 countries*. Washington, DC, ORC Macro, 2005, No. 8.
38. David HP. Born unwanted, 35 years later: the Prague study. *Reproductive Health Matters*, 2006, 14:181–190.
39. *The Millennium Development Goals report 2010: statistical annexes*. New York, United Nations, 2010.
40. Schuster S. Women's experiences of the abortion law in Cameroon: "What really matters". *Reproductive Health Matters*, 2010, 18:137–144.
41. *World Health Report 2008 – primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
42. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009.
43. David HP. Abortion in Europe, 1920–91 – a public-health perspective. *Studies in Family Planning*, 1992, 23:1–22.
44. Jewkes R et al. Prevalence of morbidity associated with abortion before and after legalisation in South Africa. *British Medical Journal*, 2002, 324:1252–1253.
45. Jewkes R and Rees H. Dramatic decline in abortion mortality due to the Choice on Termination of Pregnancy Act. *South African Medical Journal*, 2005, 95[4]:250.

46. Pradhan A et al., Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009: Summary of Preliminary Findings, Kathmandu, Nepal: Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health, 2009.
47. Kulczycki A. Abortion in Latin America: changes in practice, growing conflict, and recent policy developments. *Studies in Family Planning*, 2011, 42(3):199–220.
48. Briozzo L et al. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2006, 95(2):221–226.
49. Payne D. More British abortions for Irish women. *British Medical Journal*, 1999, 318(7176):77.
50. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, 5th ed. Geneva, World Health Organization, 2007.
51. Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, et al. eds. *Contraceptive technology*, 17th revised ed. New York, Ardent Media, 1998:779–884. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.
52. Vlassoff M et al. *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges*. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (IDS Research Reports 59).
53. Levin C et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reproductive Health Matters*, 2009, 17:120–132.

CAPÍTULO 2

Atenção clínica para mulheres em situação de abortamento

Resumo

Neste capítulo é abordada, em forma breve, a atenção clínica para as mulheres antes, durante e depois de se submeterem a um abortamento. No documento da OMS *Manual de atenção clínica ao abortamento seguro* indica-se de forma detalhada como oferecer cuidados clínicos às mulheres em situação de abortamento.

A base da evidência das seguintes recomendações está disponível em forma de tabelas, de acordo com a graduação da qualidade das evidências e força das recomendações (GRADE), com acesso *on line*. A descrição da metodologia do sistema GRADE é apresentada na seção sobre Métodos deste documento (páginas 10-11). As tabelas do GRADE estão disponíveis em: www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/rhr_12_10.

Cuidados prévios ao abortamento

- Determinar a idade gestacional é um fator crítico na escolha do método de abortamento mais apropriado. Em geral, o adequado é fazer o exame pélvico bimanual, o exame abdominal e o reconhecimento dos sinais de gravidez. Também podem ser feitos testes laboratoriais ou uma ultrassonografia, caso necessário.
- O uso de profilaxia antibiótica como procedimento de rotina no momento do abortamento cirúrgico diminui o risco de infecções posteriores ao abortamento. Entretanto, a não disponibilidade de antibióticos profiláticos não deve constituir motivo para negar-se a realizar o abortamento (tabelas do GRADE 66-70).
- Informações claras, completas e de forma acessível devem ser oferecidas para a mulher. Elas devem ser esclarecidas sobre

os procedimentos técnicos que serão adotados e o que esperar durante e após o abortamento, para ajudá-las a tomar uma decisão informada. Também é necessário oferecer orientação sobre o uso de métodos contraceptivos posteriores ao abortamento.

Métodos de abortamento

- A seguir os métodos recomendados para o abortamento durante o primeiro trimestre:
 - Aspiração a vácuo intrauterina manual ou elétrica, para gravidezes de até 12 a 14 semanas de gestação (tabelas do sistema GRADE 36 e 37);
 - Método de abortamento farmacológico, especificamente, mifepristone por via oral seguido de uma dose única de misoprostol, para gravidezes de até 9 semanas de gestação (63 dias) (tabelas do sistema GRADE 30-32);
 - método de abortamento farmacológico para gravidez de mais de 9 semanas de gestação (63 dias): mifepristone por via oral seguido de doses repetidas de misoprostol (tabelas do sistema GRADE 94-121); ou
 - na ausência de mifepristone: administração de misoprostol exclusivo, em doses repetidas (tabela do sistema GRADE 113).
- A dilatação e curetagem (D&C) é um método obsoleto de abortamento cirúrgico e deve ser substituído pela aspiração a vácuo ou pelos métodos farmacológicos (tabela do sistema GRADE 35).
- No caso de uma gravidez com mais de 12 a 14 semanas de gestação, é recomendável seguir os seguintes métodos:

- Dilatação e evacuação (D&E), aplicando aspiração a vácuo e tenáculo (tabelas do sistema GRADE 33 e 34); ou
- mifepristone seguido de doses repetidas de misoprostol (tabelas do sistema GRADE 71-92); ou
- alternativamente, na ausência de mifepristone, administração exclusiva de misoprostol, em doses repetidas (tabelas do sistema GRADE 71-92).
- Recomenda-se a preparação do colo uterino para todas as mulheres com uma gravidez de mais de 12 a 14 semanas de gestação, embora seja possível considerar o uso da preparação para qualquer idade gestacional, em especial para as mulheres com um risco alto de lesão do colo uterino ou de perfuração do útero (tabelas do sistema GRADE 1-19).
- Devem-se oferecer medicamentos para alívio da dor a todas as mulheres submetidas a um abortamento farmacológico ou cirúrgico, devendo ser administrados sem atrasos quando a mulher assim o solicitar (tabelas do sistema GRADE 38-60, 125-132). Na maior parte dos procedimentos, é suficiente o uso de analgésicos, anestesia local ou uma sedação consciente complementada com apoio verbal. A necessidade de tratamento da dor aumenta com a idade gestacional.
- Quando se requer de uma dilatação mecânica do colo uterino para um abortamento cirúrgico, é possível utilizar anestésicos locais, tal como a lidocaína, para aliviar o desconforto da mulher. Não se recomenda anestesia geral para procedimentos de rotina, já que está associada a taxas mais altas de complicações, comparativamente com os analgésicos e anestésicos locais (tabelas do sistema GRADE 38-60).
- Devem ser tomadas as precauções habituais para o controle das infecções, da mesma forma que é feito o atendimento para todos os pacientes, sempre visando a reduzir o risco de infecções transmitidas pelo sangue (http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf).

Cuidados pós-abortamento e seguimento

- Depois de um abortamento cirúrgico, a mulher pode deixar o centro de saúde assim que se sentir com capacidade, desde que os sinais vitais se encontrem estáveis.
- Não são requeridas visitas de acompanhamento de rotina depois de um abortamento cirúrgico sem complicações ou de um abortamento farmacológico com mifepristone seguido de misoprostol. No caso das mulheres que desejarem retornar ao serviço de saúde, é possível agendar uma visita para seguimento entre 7 e 14 dias após o procedimento (tabelas do sistema GRADE 93).
- Antes de se retirar do centro de saúde depois do abortamento cirúrgico ou farmacológico, todas as mulheres devem receber orientação sobre planejamento reprodutivo e, se desejarem, devem receber o contraceptivo escolhido ou serem encaminhadas para serviços de contracepção (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/em/index.html).
- Antes de se retirarem do centro de saúde, é preciso orientar as mulheres, tanto oralmente como por escrito, sobre sinais e sintomas comuns ao período de recuperação e os cuidados que devem ter em casa. Estas instruções devem incluir o seguinte: o volume de sangramento que pode ocorrer e por quantos dias, como reconhecer as complicações potenciais e como e onde obter ajuda, caso necessário. Se for possível, oferecer um número telefônico para as mulheres poderem telefonar, perguntar ou expressar suas dúvidas, reduzindo com isso a necessidade de retornar ao serviço médico.

2.1 Cuidados prévios ao abortamento

Os primeiros passos na hora de prover atenção clínica ao abortamento são estabelecer se a mulher está de fato grávida e, em caso positivo, confirmar o tempo de gestação e confirmar que seja intrauterina. Os riscos associados com o abortamento induzido,

apesar de serem mínimos em abortamentos feitos adequadamente, aumentam com o avanço da idade gestacional (1, 2). Portanto, a determinação da idade gestacional é um fator crítico para escolher o método de abortamento adequado, e determinar o conteúdo da informação e o aconselhamento oferecido às mulheres previamente ao procedimento. Todo serviço de saúde deve contar com pessoal capacitado e competente para solicitar a história clínica da mulher e realizar um exame pélvico bimanual e um exame abdominal para avaliar com precisão a idade gestacional. Aqueles centros de saúde que não contarem com uma equipe nem com equipamento adequado para realizar um abortamento induzido, deverão contar com a possibilidade de encaminhar as mulheres ao serviço mais próximo, com a maior celeridade possível. A equipe também deve ser competente para oferecer orientação que ajude a mulher a considerar suas opções, caso necessário (ver a Seção 2.1.8).

2.1.1 História clínica da mulher

A maioria das mulheres começa a suspeitar que está grávida quando há atraso no período menstrual. É preciso perguntar à mulher qual foi o primeiro dia da data de sua última menstruação (DUM), isto é, o primeiro dia de sangramento, e se a menstruação foi normal, além de seus antecedentes de menstruação, entre eles, a regularidade dos ciclos. As mulheres podem ter amenorreia por outras razões além da gravidez. Entretanto, algumas mulheres que estão grávidas podem não perceber a ausência de um ciclo menstrual. Por exemplo, mulheres que estão amamentando podem ficar grávidas antes da primeira menstruação pós-parto, e uma mulher com amenorreia enquanto usa anticoncepcionais hormonais injetáveis pode ficar grávida depois de se esquecer de tomar uma injeção. Algumas mulheres podem ter sangramento não menstrual no início da gravidez, o que pode levar a não diagnosticar a gravidez ou a estabelecer a data equivocadamente. Outros sintomas que as mulheres podem relatar no início da gestação incluem mastalgia e congestão nos seios, náuseas, às vezes acompanhadas de vômitos, fadiga, mudanças de apetite e aumento da frequência de urinar.

Além de permitir fazer uma estimativa da idade gestacional da gravidez, os antecedentes clínicos também servem para identificar as contraindicações dos métodos de abortamento farmacológico ou cirúrgico e para identificar os fatores de risco associados às complicações do tratamento. Quando forem solicitados os dados dos antecedentes, é preciso incluir: antecedentes pessoais e familiares de doenças relevantes; antecedentes ginecológicos e obstétricos, dentre eles, uma gravidez ectópica prévia; a tendência a sofrer hemorragias ou transtornos relacionados; antecedentes de doenças de transmissão sexual (DST) ou a presença destas; uso atual de medicamentos; alergias conhecidas; e avaliação de risco de violência ou coerção. O profissional de saúde deve ficar alerta sobre a possibilidade de que exista violência ou coerção no contexto de uma gravidez não desejada (ver a Seção 2.1.8.1).

Do ponto de vista clínico, a presença de infecção por HIV em uma mulher que se submete a um abortamento requer as mesmas precauções que para qualquer outra intervenção médica ou cirúrgica (ver a Seção 2.2.7.1). Existe a possibilidade de oferecer a realização de testes sorológicos anti-HIV. Entretanto, a realização desses testes não deve constituir obstáculo nem retardar o procedimento

2.1.2 Exame físico

As observações básicas de rotina (pulso, pressão arterial e, em alguns casos, temperatura) levam a medições basais úteis. Os profissionais de saúde também devem confirmar o diagnóstico da gravidez e estimar a idade gestacional mediante a realização de um exame pélvico bimanual e um exame abdominal. Se por um lado muitos profissionais de saúde estão capacitados para estimar a idade gestacional para poderem prestar atendimento pré-natal, muitos outros não têm experiência em diagnosticar uma gravidez no seu início nem de estimar a idade gestacional com precisão durante o primeiro trimestre. Portanto, freqüentemente são necessários treinamentos adicionais na realização de exames pélvicos bimanuais para a equipe que irá prover serviços de abortamento (ver o Capítulo 3).

Os sinais da gravidez detectáveis durante o exame pélvico bimanual entre as 6 e 8 semanas da gestação incluem a maciez do istmo cervical e a maciez e aumento de tamanho do útero. Se o útero de uma mulher grávida é menor do que o previsto pode ser devido a uma gravidez menos avançada do que a calculada a partir da DUM, a uma gravidez ectópica ou a um abortamento retido. Se o útero é maior que o esperado poderia indicar uma gravidez mais avançada do que a calculada a partir da DUM, uma gravidez múltipla, uma bexiga cheia, presença de fibromas uterinos ou outros tumores pélvicos ou uma gravidez molar. Um exame físico costuma ser, em geral, mais preciso e confiável se a mulher urinar antes do exame.

Durante o exame físico, o profissional de saúde deve avaliar se o útero está antevertido, retrovertido ou em outra posição que possa alterar a estimativa da idade gestacional ou complicar um abortamento cirúrgico. Os profissionais de saúde devem estar capacitados para reconhecer os signos das DST e outras infecções do trato reprodutivo (ITR), além de fatores como a anemia ou o paludismo, que poderiam requerer procedimentos ou serviços adicionais ou uma derivação a serviços apropriados

2.1.3 Testes laboratoriais

Na maioria dos casos, os profissionais de saúde só precisam da informação obtida através dos antecedentes da mulher e do exame físico para confirmar a gravidez e estimar a idade gestacional. Os testes laboratoriais para corroborar a gravidez podem não ser necessários, a menos que os sinais típicos de gravidez não estejam claramente presentes e o profissional não tenha certeza do diagnóstico. Entretanto, a realização desses testes não deve obstaculizar nem atrasar a evacuação uterina.

Os testes laboratoriais de rotina não constituem um pré-requisito para os serviços relacionados com o abortamento. A detecção de anemia mediante a medição dos níveis de hemoglobina ou hematócrito pode ser útil ao começar um tratamento nos casos isolados de hemorragia no momento do abortamento ou depois do procedimento. Sempre que for

possível, deve-se realizar a prova para determinar o grupo sanguíneo e o fator Rh, para administrar imunoglobulina Rh quando for indicado (ver a Seção 2.1.7).

2.1.4 Ultrassonografia

para realizar um abortamento (3-5) (tabelas do GRADE 122-124). Estando disponível, uma ultrassonografia pode ajudar a identificar uma gravidez intrauterina e descartar uma gravidez ectópica a partir das seis semanas de gestação (6). Também pode servir para determinar a idade gestacional e diagnosticar patologias ou a inviabilidade da gravidez. Alguns profissionais de saúde consideram a tecnologia útil antes de uma D&E ou depois dela. Onde as ultrassonografias são utilizadas, os centros de saúde devem contar, se possível, com áreas separadas para que o exame seja realizado em local diferente daquele reservado para as mulheres em acompanhamento pré-natal.

2.1.5 Infecções do trato reprodutivo

A existência de infecção no trato genital inferior no momento do abortamento representa importante fator de risco para ITR's pós procedimento (7). Relata-se que o uso de profilaxia antibiótica no momento do abortamento cirúrgico reduz pela metade o risco de infecção do trato reprodutivo no período posterior ao procedimento (8, 9). Entretanto, os abortamentos também podem ser realizados naqueles lugares onde os antibióticos não estiverem disponíveis para uso profilático. Em todos os casos, é preciso exercer uma estrita observação dos procedimentos de limpeza e desinfecção (ver a Seção 2.2.7.1).

Depois de um abortamento farmacológico, o risco de infecção intrauterina é muito baixo, não sendo necessária profilaxia antibiótica (10) (tabela do sistema GRADE 70).

Na presença de sinais clínicos sugestivos ou indicativos de infecção, a mulher deverá receber tratamento antibiótico imediatamente, antes de ser realizado o abortamento. Naqueles lugares

onde são realizados testes laboratoriais como procedimento de rotina para detectar Infecções do trato reprodutivo (doravante ITR), e não havendo sinais visíveis de infecção, o abortamento não deve ser adiado à espera dos resultados.

2.1.6 Gravidez ectópica

A gravidez ectópica é incomum, porém, potencialmente mortal, ocorrendo em 1,5 % a 2 % das gravidezes. Os sinais e sintomas sugestivos ou indicativos de uma gravidez extrauterina incluem tamanho uterino menor do que o previsto para a idade gestacional; dor ao mover o colo uterino, dor abdominal inferior, especialmente se está acompanhada de hemorragia vaginal ou de metrorragia; tonturas ou desmaios; palidez; e, em algumas mulheres, massa anexial. Se houver suspeita de uma gravidez ectópica, é essencial confirmar imediatamente o diagnóstico e iniciar o tratamento ou transferir a mulher, o mais rápido possível, para um serviço que tenha a capacidade de prover o tratamento. (11). A inspeção do tecido aspirado depois de um abortamento cirúrgico praticamente elimina o risco de não detectar uma gravidez ectópica (ver a Seção 2.2.4.5).

Deve destacar-se que o diagnóstico de uma gravidez ectópica é mais difícil durante um método de abortamento farmacológico, ou depois deste, devido à similaridade dos sintomas (12). Mesmo assim, o mifepristone ou o misoprostol não são tratamentos para a gravidez ectópica, que, se fosse o caso, continuaria avançando. Portanto, a equipe de atendimento médico deve estar especialmente atenta para detectar os sinais de uma gravidez ectópica durante o exame pélvico, observando se o útero está menor do que o previsto de acordo com a DUM da mulher, de dor ao mover o colo uterino ou de presença de massa anexial (13). Deve-se orientar às mulheres no sentido de procurar assistência médica de imediato na presença de sintomas indicativos de uma gravidez ectópica, como dor abdominal severa e cada vez mais intensa, principalmente quando se produz de um lado só.

Se as características clínicas (por exemplo, antecedentes de gravidez ectópica prévia ou doença inflamatória pélvica, discrepância entre as datas

de menstruação e a avaliação da idade gestacional, hemorragia vaginal, gravidez em presença de um dispositivo intrauterino [DIU], ou dor pélvica) geram a suspeita de uma gravidez ectópica, deverão ser feitos exames adicionais (14). Entre eles, uma ultrassonografia pélvica e a medição seriada da coriogonadotropina humana (hCG). Se não for possível realizar os exames, ou se for diagnosticada ou houver forte suspeita de uma gravidez ectópica, será preciso derivar a mulher a um centro adequado para o tratamento

2.1.7 Isoimunização Rh

Em 1961, nos EUA, a recomendação era que todas as mulheres com fator Rh negativo recebessem imunização passiva com imunoglobulina Rh dentro das 72 horas posteriores ao abortamento (15). Entretanto, ainda não existe evidência conclusiva sobre a necessidade de ser aplicada esta medida depois de um abortamento induzido precocemente (16). Nos centros de saúde onde existe um predomínio alto de mulheres com fator Rh negativo, e a imunoglobulina Rh é proporcionada como procedimento de rotina, ela deve ser administrada no momento do abortamento. É possível reduzir a dose de imunoglobulina Rh de 300 µg (a dose administrada depois de um parto a termo) a 50 µg na gravidez com menos de 12 semanas de gestação (17). A determinação do fator Rh não constitui um pré-requisito para os serviços de abortamento onde não estiver disponível ou onde o predomínio de mulheres com fator Rh negativo for baixo.

Na gravidez com uma idade gestacional de até 9 semanas (63 dias), o risco teórico de sensibilização Rh com um abortamento farmacológico é muito baixo (17). Em consequência, a determinação do fator Rh e a administração de profilaxia anti-D não são considerados pré-requisitos para um abortamento farmacológico precoce (12). Se houver disponibilidade de imunoglobulina Rh, recomenda-se sua administração às mulheres com fator Rh negativo submetidas a um abortamento farmacológico no mesmo momento em que for administrada a prostaglandina (18). No caso das mulheres que utilizem misoprostol em sua residência, a imunoglobulina Rh pode ser administrada juntamente com o mifepristone.

2.1.8 Informação e aconselhamento

Fornecer informação é parte essencial da atenção ao abortamento de boa qualidade (19). Cada mulher grávida que pensa em fazer um abortamento deve receber informação pertinente e adequada e deve receber assessoria de um profissional de saúde capacitado, com conhecimentos integrais e experiência nos diferentes métodos de abortamento. É importante fornecer informação a cada mulher, independentemente de sua idade ou das circunstâncias, de uma forma que possa ser compreendida, para lhe permitir tomar suas próprias decisões com relação ao abortamento e, sobre qual método aplicar.

A informação, o aconselhamento e o procedimento de abortamento devem ser oferecidos assim que possível sem atrasos indevidos. No Capítulo 3 são apresentados os detalhes sobre a capacitação e outros requerimentos do profissional de saúde relacionados com o fornecimento de informação e aconselhamento, incluídos os padrões éticos.

2.1.8.1 Informação e aconselhamento para a tomada de decisões

O assessoramento e a informação podem ser muito importantes para ajudar a mulher a considerar suas opções e garantir que é possível tomar uma decisão sem nenhum tipo de pressão. Muitas mulheres tomaram a decisão de fazer um abortamento antes de procurar atendimento, e esta decisão deve ser respeitada sem submeter a mulher a um assessoramento obrigatório. O assessoramento para as mulheres que o desejarem deve ser voluntário, confidencial, imparcial e oferecido por uma pessoa capacitada (19, 20).

Se a mulher optar por fazer um abortamento, o profissional de saúde deverá lhe explicar todos os requerimentos legais necessários para poder fazê-lo. Deve-se dar à mulher todo o tempo necessário para tomar sua decisão, mesmo se isto significar que deverá voltar ao consultório mais tarde. Entretanto, deve ser explicada a vantagem de um abortamento em uma idade gestacional inicial, por ser um abortamento mais seguro do que no caso de um abortamento com uma gravidez mais avançada.

Uma vez que a mulher tomou uma decisão, o abortamento deve ser feito o mais rápido possível (19). O profissional de saúde também deve oferecer informação para as mulheres que decidam levar a gravidez a termo ou que considerem a possibilidade de adoção, incluindo o encaminhamento apropriado para receberem acompanhamento pré-natal.

Em algumas circunstâncias, a mulher pode estar sob a pressão de seu parceiro, um membro da família, um profissional de saúde ou outra pessoa para fazer um abortamento. As adolescentes solteiras, as mulheres em relações abusivas e as mulheres portadoras de HIV podem ser especialmente vulneráveis a este tipo de pressão. Se os profissionais de saúde suspeitarem de coerção, deverão falar com a mulher a sós, ou derivá-la para que obtenha assessoria adicional. Se o profissional souber ou suspeitar que a mulher tenha sido vítima de violência ou de abuso sexual, deverá derivá-la aos serviços de aconselhamento e tratamento especializado. Os diretores dos centros de saúde devem garantir que toda a equipe esteja ciente da disponibilidade de tais recursos no sistema de saúde e na comunidade (ver Capítulo 3).

2.1.8.2 Informação sobre os procedimentos de abortamento

A informação mínima que a mulher deve receber inclui:

- O que será feito durante e após o procedimento;
- O que é provável que sinta (por exemplo, cólicas de tipo menstrual, dor e sangramento);
- A duração do procedimento;
- Que tipo de tratamento para alívio da dor estará disponível para ela;
- Riscos e complicações associados com cada método de abortamento;
- quando ela estará em condições de reassumir suas atividades normais, incluindo relações sexuais; e
- cuidados e seguimento

Caso estejam disponíveis diferentes métodos de abortamento, os profissionais de saúde deverão estar capacitados para dar à mulher informação

clara sobre quais os métodos mais apropriados, baseado na idade gestacional, a condição clínica da mulher, os potenciais fatores de risco e as vantagens e desvantagens de cada método disponível. As mulheres têm mais probabilidades de considerar um método de abortamento aceitável se ela mesma o escolher (21, 22). Contar com diferentes métodos é muito importante para a maioria das mulheres que se submetem a um abortamento. Entretanto, diversos estudos apontam que as mulheres que optam pelo abortamento farmacológico, o consideram mais aceitável durante as primeiras etapas da gestação em comparação com as mais avançadas (21, 23-25).

2.1.8.3 Informação e serviços de contracepção

O objetivo do aconselhamento sobre contracepção e do fornecimento de métodos anticoncepcionais no contexto do atendimento ao abortamento é iniciar o método escolhido imediatamente, depois de garantir que é o método mais adequado e aceitável para a mulher. Isto aumentará a probabilidade de que continue usando-o corretamente e constantemente. Propiciar informação sobre contracepção, oferecer assessoria sobre planejamento reprodutivo, métodos e serviços relacionados é parte essencial do atendimento ao abortamento, pois ajuda a mulher a evitar uma gravidez não planejada no futuro. Originalmente, o aconselhamento prévio ao abortamento inclui uma análise das necessidades futuras de contracepção. É preciso informar a toda mulher que a ovulação pode retornar duas semanas após o abortamento (26), colocando-a em risco de gravidez, a menos que utilize um método anticoncepcional eficaz. A mulher deve receber informação precisa que a ajude a escolher o método anticoncepcional mais apropriado para suas necessidades. Para ajudá-la a escolher o método anticoncepcional mais adequado para o futuro, poderia ser útil conhecer as circunstâncias em que a gravidez não planejada aconteceu. Se a mulher solicitar um abortamento após o que ela considera ser uma falha contraceptiva, o profissional de saúde deve analisar se é possível ela ter usado o método incorretamente e como seria o uso adequado, ou se

poderia ser apropriado que ela mude para um método diferente (para obter uma análise mais aprofundada, ver a Seção 2.3 e o Anexo 6). Entretanto, a escolha final do método deve ser feita pela própria mulher.

Nunca se deve colocar a aceitação de um método contraceptivo por parte da mulher como condição prévia para realizar um abortamento. Algumas mulheres talvez prefiram analisar suas opções de métodos contraceptivos após terem feito o abortamento.

2.2 Métodos de abortamento

Resumo

Os métodos de abortamento mais adequados diferem conforme o estágio da gravidez. Os métodos que se apresentam no resumo são mais indicativos do que prescritivos em relação aos limites de tempo. Por exemplo, a maioria dos profissionais treinados pode praticar uma aspiração a vácuo até as 12 semanas de gravidez, enquanto que outros com experiência suficiente e acesso a cânulas de tamanho adequado podem usar este procedimento de maneira segura para finalizar uma gravidez de até 15 semanas (3).

Foi ampliada a disponibilidade de métodos farmacológicos seguros e eficazes para induzir o abortamento devido a um aumento do registro e do uso do mifepristone e do misoprostol (mapas globais de registro de mifepristone e misoprostol disponíveis em: www.gynuity.org). O conhecimento sobre estes fármacos, e seu uso correto, incluído o uso exclusivo de misoprostol quando não se pode ter acesso ao mifepristone, é importante para quem planeja e dirige programas, para os profissionais de saúde e os farmacêuticos, já que estes fármacos fazem parte dos sistemas de saúde.

Métodos que podem ser aplicados até as 12 ou 14 semanas desde a data da última menstruação

Os métodos recomendados são a aspiração a vácuo manual ou elétrica, ou os métodos farmacológicos que utilizam uma combinação de mifepristone seguido de misoprostol.

Foi demonstrado que utilizar mifepristone seguido de um análogo da prostaglandina é seguro e eficaz até as 9 semanas (63 dias) de gravidez (4, 19). Existe também evidência limitada que indica que um regime de doses repetidas de misoprostol entre as semanas 9 e 12 de gestação é seguro e eficaz (3, 4, 27, 28); entretanto, o uso exclusivo de misoprostol é menos eficaz do que quando se usa em combinação com mifepristone.

O uso de métodos farmacológicos de abortamento requer que exista a possibilidade de aspiração a vácuo intrauterina no local ou de encaminhamento a outro centro de saúde, em caso de falha ou de abortamento incompleto.

Os diretores de programas e os formuladores de políticas devem envidar esforços para substituir a D&C por aspiração a vácuo e pelos métodos farmacológicos de abortamento.

Métodos que podem ser aplicados depois das 12 ou 14 semanas desde a data da última menstruação

O método cirúrgico de escolha é a D&E, aplicando aspiração a vácuo e tenáculos. O método farmacológico recomendado para o abortamento após 12 semanas completas desde a DUM é mifepristone seguido de doses repetidas de misoprostol.

Considerações prévias ao procedimento

2.2.1 Preparação do colo uterino

Normalmente se prepara o colo uterino utilizando dilatares osmóticos, como a laminária, ou agentes

farmacológicos antes de um abortamento cirúrgico durante o primeiro trimestre porque faz com que o procedimento seja mais rápido e simples ao reduzir a necessidade de uma dilatação mecânica do colo uterino (29, 30). A preparação do colo uterino antes de um abortamento cirúrgico é especialmente vantajosa para as mulheres que apresentam anomalias ou uma cirurgia prévia no colo uterino, para as adolescentes e nos casos de gravidez avançada, já que representam um risco alto de lesão do colo uterino ou perfuração do útero podendo levar a uma hemorragia (31, 32). Também poderia facilitar o procedimento para os profissionais que não têm muita experiência. Porém, a preparação do colo uterino têm certas desvantagens, entre elas, um desconforto adicional para a mulher, além do custo e do tempo adicional para realizá-la de forma eficaz. Recomenda-se, portanto, para todas as mulheres com gravidezes de mais de 12 a 14 semanas de gestação (29, 30, 33), embora a prática também possa ser considerada em mulheres com qualquer idade gestacional, principalmente aquelas com risco alto de lesão no colo uterino ou perfuração do útero.

A preparação do colo uterino com dilatadores osmóticos requer, pelo menos, 4 horas para que seja eficaz. As pesquisas apontam que, para os abortamentos cirúrgicos durante o primeiro trimestre, o colo do útero pode ser preparado de forma eficaz com a administração de 400 µg de misoprostol por via vaginal entre 3 e 4 horas antes do procedimento ou com 400 µg de misoprostol por via sublingual entre 2 e 3 horas antes do procedimento (29). Outro regime farmacológico eficaz é a administração oral de 200 mg de mifepristone, 36 horas antes de uma aspiração a vácuo (29, 34). Para a preparação do colo uterino antes de uma D&E, a eficácia do misoprostol é inferior a uma dilatação de um dia para o outro com laminária. Diferentemente da laminária, não foi estudado o uso exclusivo de misoprostol para a preparação do colo uterino depois das 20 semanas de gestação. O uso de misoprostol combinado com dilatadores osmóticos de um dia para o outro não produz um benefício adicional para dilatar o colo do útero antes das 19 semanas de gestação (30).

2.2.2 Alívio e manejo da dor

A maioria das mulheres sente dor com o abortamento em diferentes intensidades. Os fatores associados à dor durante o abortamento cirúrgico realizado com anestesia local têm sido avaliados em vários estudos observacionais. A intensidade da dor varia conforme a idade da mulher, a paridade, os antecedentes de dismenorreia e o nível de ansiedade ou medo da mulher (35-37). Foi comprovado que um parto vaginal anterior e maior experiência do profissional constituem fatores de diminuição da dor durante o abortamento (35, 38). A relação entre a dor e a idade gestacional bem como a dilatação cervical requerida para realizar o abortamento, exibem resultados conflitantes (35, 36, 38), apesar de que um procedimento mais breve está associado a menos dor (35).

Um tratamento adequado da dor não implica em um grande investimento em drogas, equipamento ou treinamento. Não adotar medidas para o alívio da dor aumenta desnecessariamente a ansiedade e o desconforto da mulher, comprometendo a qualidade do atendimento e aumentando potencialmente a dificuldade do procedimento.

Orientação e tratamento amigável e tranquilizador poderiam reduzir os temores e a percepção de dor na mulher, como informado no caso das mulheres tratadas por abortamento incompleto (39). As técnicas de relaxamento não farmacológicas podem conduzir a procedimentos mais breves e a uma menor necessidade de medicamentos para a dor (40, 41), e escutar música poderia reduzir a dor durante o procedimento (37). A pessoa que fizer o procedimento e todo a equipe presente devem mostrar uma atitude amigável e transmitir segurança. Em lugares onde for possível, e se a mulher o desejar, também pode ser útil uma pessoa que a apóie, como por exemplo que o seu marido ou parceiro, um membro da família ou uma amiga, permaneça com ela durante o procedimento. Entretanto, essa abordagem não farmacológica não deve ser considerada como um substituto para o alívio farmacológico da dor.

2.2.2.1 Medicamentos para a dor

Sempre devem ser oferecidos medicamentos para o tratamento da dor no caso de um abortamento

farmacológico ou cirúrgico, devendo ser fornecidos sem atrasos a toda mulher que assim o desejar. Para o alívio da dor durante o abortamento, são usados três tipos de fármacos, únicos ou em combinação: analgésicos, que aliviam a sensação de dor; tranquilizantes, que reduzem a ansiedade; e anestésicos, que apagam a percepção física durante o abortamento cirúrgico. Na maioria dos casos, os analgésicos, a anestesia local ou uma sedação leve complementada com apoio verbal são suficientes. A maioria destes fármacos são comparativamente baratos.

Os analgésicos não narcóticos incluídos na *Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS*, a exemplo de antiinflamatórios não esteroides como o ibuprofeno, aliviam a dor, incluindo as cólicas uterinas, associada a métodos de abortamento farmacológicos e cirúrgicos (42, 43). Em três ensaios controlados randomizados, percebeu-se que o paracetamol não era eficaz para aliviar a dor depois de um abortamento cirúrgico (44-46) e foi igualmente ineficaz para reduzir a dor durante um abortamento farmacológico (47). Portanto, não se recomenda o uso de paracetamol para reduzir a dor durante o abortamento.

Nos abortamentos cirúrgicos, a administração de tranquilizantes pré procedimento, a exemplo, do diazepam, pode reduzir o medo e induzir relaxamento, facilitando a intervenção tanto para a mulher como para o profissional. Estes fármacos podem provocar amnésia, que algumas mulheres podem desejar, mas eles podem também induzir sonolência e atrasar a deambulação (37). O uso suplementar de analgésicos narcóticos também pode ser apropriado; porém, devido à possibilidade de complicações, tal como a depressão respiratória, é necessário dispor de equipamento para ressuscitação e de antagonistas narcóticos.

2.2.2.2 Anestesia

Quando é preciso dilatar o colo uterino para um abortamento cirúrgico, aplica-se, normalmente, um bloqueio paracervical com anestesia local, como a lidocaína de ação rápida, injetada por debaixo da mucosa cervical, em torno do colo uterino. As vantagens de se aplicar anestesia local ao invés de anestesia geral incluem a redução dos riscos e as complicações do procedimento, um tempo de recuperação mais rápido e um maior sentido

de controle para a mulher, que permanece consciente e capaz de comunicar-se com o profissional. A injeção de anestesia local deve ser aplicada com habilidade para evitar a introdução endovenosa do fármaco. O uso de anestesia local com a aspiração a vácuo é seguro; entretanto, não foi estudado adequadamente o grau de redução da dor, apesar de seu uso frequente (37).

Não se recomenda a anestesia geral como procedimento de rotina para os abortamentos por aumentar os riscos clínicos (1, 48-50). Foi associada a taxas mais elevadas de hemorragia do que a anestesia local (1, 2). O uso de anestesia geral aumenta os custos, não só para o centro de saúde como também para a mulher, particularmente porque alguns hospitais impõem desnecessariamente a permanência mínima de uma noite às mulheres que recebem anestesia geral. Entretanto, uma vez que é o método de controle da dor mais eficaz, algumas mulheres preferem a anestesia geral e seu uso também pode ser preferido pelo profissional durante procedimentos difíceis. Todo centro de saúde que ofereça anestesia geral deve contar com pessoal e equipamento especializados para administrar e tratar qualquer complicação.

2.2.3 Indução da morte fetal antes do procedimento

Quando são usados métodos farmacológicos de abortamento depois das 20 semanas de gestação, deve ser considerada a indução da morte fetal antes do procedimento. Os métodos farmacológicos modernos, como a combinação de regimes de mifepristone e misoprostol ou de uso exclusivo de misoprostol, não produzem diretamente a morte do feto; a incidência de sobrevida transitória do feto depois da expulsão está relacionada com o aumento da idade gestacional e a diminuição do intervalo do abortamento (51, 52). Entre os regimes utilizados frequentemente prévios ao procedimento para induzir a morte do feto estão incluídos (53):

- Injeção de cloreto de potássio (KCl) intracordal ou intracárdica, que é sumamente eficaz; porém, requer experiência para sua aplicação de forma

segura e a interrupção cardíaca precisa ser observada através de ultrassonografia.

- Injeção intra amniótica ou intra fetal de digoxina. A digoxina têm uma taxa de fracasso mais alta do que o KCl para provocar a morte fetal; não obstante, é tecnicamente mais fácil de usar, não requer uma ecografia se administrada por via intra amniótica, e sua segurança foi demonstrada (os níveis de soro maternos permanecem nos níveis terapêuticos ou subterapêuticos de digoxina) (51). A digoxina requer tempo para a absorção fetal; em consequência, costuma ser administrada no dia anterior à indução do abortamento juntamente com o misoprostol (33, 54).

2.2.4 Métodos cirúrgicos de abortamento

2.2.4.1 Aspiração a vácuo intrauterina

A técnica cirúrgica de escolha para o abortamento de uma gravidez de menos de 15 semanas de gestação é a aspiração a vácuo intrauterina (57). A alta eficácia da aspiração a vácuo tem sido estabelecida em vários ensaios controlados randomizados. São notificados índices de abortamento completo de entre 95 % a 100 % (55, 56). Tecnologias de aspiração a vácuo manual ou elétrica parecem ser igualmente efetivas; entretanto, o uso da aspiração a vácuo manual associa-se com menos dor na gravidez de menos de 9 semanas de gestação e com uma maior dificuldade durante o procedimento quando já transcorreram as 9 semanas (57). A aspiração a vácuo com menos de 14 semanas de gestação é mais eficaz e está associada a menos e menores complicações do que o abortamento farmacológico (56, 58).

A aspiração a vácuo envolve a evacuação do conteúdo uterino através de uma cânula plástica ou de metal, acoplada a uma fonte de vácuo. A aspiração a vácuo elétrica (AEV) consiste em uma bomba de vácuo que utiliza fonte elétrica. Na aspiração manual intrauterina (AMIU), o vácuo é gerado utilizando um aspirador plástico de 60 ml, sustentado e ativado com a mão (também chamado seringa). Os aspiradores disponíveis se ajustam a diversos tamanhos de cânulas de plástico,

e variam entre 4 mm e 16 mm de diâmetro. Para cada procedimento, é preciso escolher a cânula de tamanho adequado conforme a idade gestacional e a dilatação do colo uterino; em geral, o diâmetro da cânula corresponde à idade gestacional em semanas. Algumas cânulas e a maioria dos aspiradores podem ser novamente usados, depois de serem limpos, desinfetados e esterilizados em alta intensidade. Também estão disponíveis bombas mecânicas para serem operadas com o pé.

Dependendo da idade gestacional, o abortamento mediante aspiração a vácuo leva de 3 e 10 minutos e pode ser feito de maneira ambulatoria, utilizando analgésicos ou anestesia local. Examina-se o tecido aspirado para verificar que se completou o abortamento. Em gravidez muito recente, a cânula pode ser introduzida sem dilatação prévia do colo uterino. Entretanto, em forma habitual se requer dilatação mecânica ou com dilatadores osmóticos ou agentes farmacológicos como o misoprostol ou o mifepristone antes de inserir a cânula (ver a Seção 2.2.1). Em geral, os procedimentos de aspiração a vácuo podem completar-se com total segurança e sem o uso de curetas ou outros instrumentos em nível intrauterino. Não existem dados indicando que realizar uma curetagem depois da aspiração a vácuo diminua o risco de reter o produto (59).

A maioria das mulheres cujo abortamento ocorre durante o primeiro trimestre com anestesia local se sentem suficientemente bem e conseguem deixar o centro de saúde depois de haver permanecido cerca de 30 minutos em observação em uma sala de recuperação. Em geral, são requeridos períodos mais longos de recuperação quando é feito o abortamento em uma gravidez mais avançada ou quando foi aplicada sedação ou anestesia geral.

A aspiração a vácuo é um procedimento muito seguro. Um estudo de 170.000 abortamentos durante o primeiro trimestre realizados na cidade de Nova Iorque, mediante aspiração a vácuo revelou que menos de 0,1 % das mulheres experimentaram complicações sérias precisando ser hospitalizadas (60). Mesmo sendo raras, complicações da aspiração a vácuo podem incluir infecção pélvica, sangramento

excessivo, dilatação cervical, evacuação incompleta, perfuração do útero, complicações anestésicas e continuação da gravidez (1, 2). Com qualquer procedimento de abortamento se produzem cólicas abdominais e sangramento semelhante ao menstrual.

2.2.4.2 Dilatação e curetagem

A D&C implica dilatar o colo uterino com dilatadores mecânicos ou agentes farmacológicos e usar curetas afiadas de metal para raspar as paredes do útero.

A D&C é menos segura do que a aspiração a vácuo (61) e é consideravelmente mais dolorida para a mulher (62). Portanto, a aspiração a vácuo deve substituir a D&C. As taxas de complicações importantes com a D&C são duas a três vezes mais altas do que com a aspiração a vácuo (3). Um ensaio controlado randomizado que comparou a D&C com a aspiração a vácuo revelou que, até as 10 semanas desde a DUM, a aspiração a vácuo é mais rápida e está associada a menor perda de sangue que a D&C (63, 64).

Onde ainda for praticada, devem-se evitar esforços para substituir a D&C por aspiração a vácuo, a fim de melhorar a segurança e qualidade do atendimento às mulheres. Nos lugares onde não são oferecidos serviços de abortamento, deve ser introduzida a aspiração a vácuo e não a D&C. Nos lugares onde ainda não foi introduzida a aspiração a vácuo, os diretores devem garantir a observação dos protocolos correspondentes para o tratamento da dor e que o procedimento de D&C esteja em mãos de pessoal bem capacitado e sob supervisão adequada.

2.2.4.3 Dilatação e evacuação

A D&E se aplica depois das 12 ou 14 semanas de gravidez. Naqueles lugares onde se dispõe de profissionais capacitados e experientes é a técnica cirúrgica mais eficaz e segura para gravidez avançada (3). A D&E requer a preparação do colo uterino com dilatadores osmóticos ou agentes farmacológicos (ver a Seção 2.1) e a evacuação do útero mediante AEV com uma cânula de 12 a 16 mm de diâmetro e tenáculos longos. Dependendo

da duração da gravidez, a preparação para chegar a uma dilatação adequada do colo uterino pode levar de duas horas a dois dias. Muitos profissionais consideram que a realização de uma ultrassonografia facilita o procedimento de D&E, embora isto não seja essencial. (65).

Um ensaio randomizado controlado comparando D&E com a instalação intraamniótica de prostaglandina PGF2a encontrou que a D&E é mais rápida, segura e aceitável, ao menos, até as 18 semanas de gravidez (66). Comparando a D&E com o uso de mifepristone com doses repetidas de misoprostol em um ensaio pequeno, descobriu-se estar associada a menos dor e eventos adversos (67). Como qualquer procedimento médico, os profissionais requerem a capacitação, os aparelhos e as habilidades necessárias para realizar a D&E de forma segura (68).

O procedimento de D&E em geral pode ser feito de forma ambulatoria com um bloqueio paracervical e com anti-inflamatórios não esteroides ou sedação consciente. Anestesia geral não é necessária e pode aumentar os riscos (ver a Seção 2.2.2.2). Usualmente, o procedimento de D&E não leva mais de 30 minutos. Tanto os profissionais do consultório como a mulher que se submete a este procedimento deve esperar mais sangramentos vaginais durante o pós-operatório do que em abortamentos do primeiro trimestre. Também é fundamental capacitar o pessoal para oferecer assessoria e informação específica sobre o abortamento durante o segundo trimestre.

2.2.4.4 Outros métodos cirúrgicos de abortamento para gravidez avançada

Não devem ser realizadas cirurgias maiores como métodos principais de abortamento. A histerectomia não tem indicação na prática abortiva contemporânea, dado que sua morbimortalidade e custos são marcadamente mais altos que os da D&E ou de outros métodos farmacológicos de abortamento. Da mesma forma, a histerectomia apenas deve utilizar-se em mulheres que apresentem condições que sejam indicação dessa cirurgia de forma independente (19).

2.2.4.5 Avaliação dos tecidos pós-abortamento cirúrgico

Posteriormente aos métodos cirúrgicos de abortamento, é importante examinar o produto da concepção para descartar a possibilidade de gravidez ectópica e avaliar se o abortamento foi completo. Com a aspiração a vácuo, a partir das 6 semanas de gravidez, os profissionais capacitados podem identificar visualmente os produtos da concepção, principalmente vilosidade coriônica e o saco gestacional (59). Se a aspiração não contém os produtos da concepção, deve-se suspeitar de uma gravidez ectópica e a mulher deve ser avaliada mais profundamente (ver a Seção 2.1.6). Os profissionais também devem estar alerta para detectar tecidos indicativos de uma gravidez molar, em especial nos países onde esta for frequente. Se entre os conteúdos da aspiração há menos tecidos do que o previsto, devem considerar a possibilidade de um abortamento incompleto e o tratamento com uma nova aspiração. Não é necessário realizar um exame de rotina dos produtos da concepção mediante um exame patológico no laboratório quando o exame dos tecidos for realizado por profissionais capacitados.

2.2.5 Métodos farmacológicos de abortamento (ver o Quadro 2.1)

Ficou provado que os métodos farmacológicos de abortamento são seguros e eficazes (4, 19, 24, 69-71). Os regimes mais utilizados se baseiam no antiprogesterogênio, mifepristone, que se une aos receptores de progesterona e inibe a ação da progesterona e, assim, interfere na continuação da gravidez. Os esquemas de tratamento levam a uma dose inicial de mifepristone seguido da administração de um análogo sintético da prostaglandina, em geral o misoprostol, que aumenta as contrações uterinas e ajuda a expulsar o produto da concepção (72). O gemeprost é um análogo da prostaglandina similar ao misoprostol, porém, é mais caro, requer refrigeração e pode ser usado só para administração por via vaginal (12).

QUADRO 2.1

Dose, intervalo e vias de administração de mifepristone seguido de misoprostol

Para gravidez com uma idade gestacional de até 9 semanas (63 dias)

- 200 mg de **mifepristone** por via oral.
- Recomenda-se que a administração de **misoprostol** ocorra entre 1 e 2 dias (24 a 48 horas) depois do mifepristone.
- Em caso de via vaginal, bucal ou sublingual, a dose recomendada de misoprostol é de 800 µg.
- Em caso de administração oral, a dose recomendada de misoprostol é de 400 µg.
- Em caso de gestações de até **7 semanas** (49 dias), o misoprostol pode ser administrado por via vaginal, bucal, sublingual ou oral. Depois da 7^a semana de gestação, não deve ser empregada a administração oral de misoprostol.
- Em caso de gestações de até **9 semanas** (63 dias), o misoprostol pode ser administrado por via vaginal, bucal ou sublingual.

Para gravidez com uma idade gestacional entre 9 e 12 semanas (63 a 84 dias)

- 200 mg de **mifepristone** por via oral, seguido, 36 a 48 horas depois, de:
- 800 µg de **misoprostol** por via vaginal administrado em um centro de saúde. É possível administrar um máximo de quatro doses adicionais de 400 µg de misoprostol com intervalos a cada três horas, por via vaginal ou sublingual.

Para gravidez com uma idade gestacional maior a 12 semanas (>84 dias)

- 200 mg de mifepristone por via oral, seguido, 36 a 48 horas depois, de,:
- 400 µg de misoprostol por via oral ou 800 µg por via vaginal seguido de 400 µg de misoprostol por via vaginal ou sublingual a cada três horas com um máximo de cinco doses, administradas em um centro de saúde. No caso de gravidez com uma idade gestacional superior às 24 semanas, é necessário reduzir a dose de misoprostol devido a uma maior sensibilidade do útero às prostaglandinas, porém, a falta de estudos clínicos impede realizar recomendações de posologia específicas.

Em consequência, se por um lado o gemeprost possui uma eficácia semelhante ao misoprostol, este último é o análogo da prostaglandina escolhido para o atendimento relacionado com o abortamento (73). Existem diversas prostaglandinas utilizadas no passado, como o sulprostone e a prostaglandina F_{2α}, que já não são usadas devido aos seus efeitos adversos ou a uma relativa falta de eficácia (74).

Os efeitos dos métodos farmacológicos de abortamento são semelhantes àqueles associados a um abortamento espontâneo e incluem cólicas e sangramento semelhante a uma menstruação prolongada. O sangramento se produz, em média, durante 9 dias, porém, pode durar até 45 dias

em casos bem pouco frequentes (75). Os efeitos colaterais incluem náuseas, vômitos e diarreia. Entre as contraindicações para o uso de mifepristone e um análogo da prostaglandina estão a insuficiência hepática ou suprarrenal crônica ou aguda, a porfiria herdada e a alergia a qualquer dos fármacos utilizados. O mifepristone não é um tratamento eficaz para a gravidez ectópica. A suspeita deste tipo de gravidez exige uma pesquisa adicional e, se confirmada, um tratamento imediato (11). É importante haver precaução e a opinião clínica no caso das mulheres que usam corticosteróides por longo prazo e nas mulheres que têm transtornos hemorrágicos, anemia grave, cardiopatias preexistentes ou fatores de risco cardiovascular (12).

Os métodos farmacológicos de abortamento provaram ser bem aceitos em muitos contextos, inclusive os contextos de baixos recursos (76-78). Os medicamentos estão cada vez mais disponíveis em todo o mundo, e a combinação de mifepristone e misoprostol para o abortamento farmacológico agora faz parte da *Lista padrão de medicamentos essenciais da OMS* (73, 79). Na medida em que estes fármacos estiverem cada vez mais disponíveis, os diretores dos programas devem estar atentos aos requerimentos para incorporar os métodos farmacológicos de abortamento aos serviços de saúde existentes (ver o Capítulo 3).

2.2.5.1 Mifepristone e análogo da prostaglandina

Para gravidezes de até 9 semanas de gestação (63 dias)

Tem-se demonstrado que o mifepristone com o misoprostol são sumamente eficazes, seguros e confiáveis para os abortamentos antes das 9 semanas a partir da DUM. Foram notificados índices de eficácia de até 98 % (70, 80). Aproximadamente de 2 % a 5 % das mulheres tratadas com a combinação de mifepristone e misoprostol irão requerer uma intervenção cirúrgica para resolver um abortamento incompleto, finalizar uma gravidez que continuou ou controlar o sangramento (81).

Os esquemas originais para o uso de mifepristone recomendavam uma dose oral de 600 mg de mifepristone seguida de 1 mg de gemeprost por via vaginal após 36 -48 horas. Entretanto, diversos estudos têm demonstrado que 200 mg de mifepristone é a dose apropriada, pois demonstrou ser tão efetiva quanto uma dose de 600 mg, e pode reduzir muito os custos quando se continua com um análogo da prostaglandina adequada (4, 81-83). Alguns estudos afirmaram que o mifepristone pode-se dividir em cinco ou seis doses de 25 mg em três dias, com uma dose total de 125 mg a 150 mg (84), um esquema amplamente utilizado na República Popular da China. Entretanto, visando a prestar o serviço e para conforto da mulher, recomenda-se uma dose única de mifepristone. Uma dose de 50 mg de mifepristone é menos eficaz que os 200 mg, quando

administrada em combinação com gemeprost (85). Em um ensaio se informou que uma dose de 100 mg de mifepristone, em combinação com 800 µg de misoprostol por via vaginal, foi tão eficaz como os 200 mg; porém, a eficácia em ambos os grupos do estudo foi menor do que a prevista (86).

O misoprostol é um análogo da prostaglandina eficaz que é consideravelmente menos dispendioso do que o gemeprost, e não requer refrigeração. Portanto, é o escolhido como análogo da prostaglandina. Um regime eficaz para o abortamento farmacológico é uma dose oral de 200 mg de mifepristone seguida de 800 µg de misoprostol administrado por via vaginal, sublingual ou bucal (4). Em comparação com a administração vaginal, o misoprostol sublingual parece estar associado com índices mais altos de efeitos colaterais gastrointestinais, e a administração bucal parece estar associada com índices mais altos de diarreia (4). O misoprostol vaginal é mais eficaz e mais bem tolerado do que o misoprostol oral (87). O misoprostol administrado por via oral em uma dose de 400 µg deve restringir-se aos casos de gravidez de até 7 semanas (49 dias) de gestação como máximo, devido ao seu alto índice de fracasso, quando administrado por esta via à medida que a idade gestacional aumenta (12, 81).

Alguns protocolos requerem que a mulher tome mifepristone e um análogo da prostaglandina sob supervisão clínica, o que implica uma segunda visita ao centro de saúde um ou dois dias depois de receber o mifepristone, para receber o análogo da prostaglandina. O uso em casa do misoprostol é uma opção segura para as mulheres (80, 88). Cada vez mais, depois de receber o mifepristone no consultório, as mulheres se autoadministram o misoprostol em casa, 24 a 48 horas após a administração do mifepristone. Algumas mulheres preferem utilizar o misoprostol sob supervisão médica (89). As mulheres que utilizem o misoprostol em sua casa podem se retirar do centro de saúde pouco tempo depois de tomar o mifepristone. Devemos lhes informar o que esperar com relação ao sangramento vaginal e à expulsão do produto da concepção depois de usar o misoprostol, e

como reconhecer as complicações e com quem se comunicar caso ocorram. Deve-se explicar que a dose de misoprostol deve ser tomada sempre, mesmo que se produza sangramento depois de receber o mifepristone, o que irá acontecer com muito poucas mulheres.

Depois da administração do misoprostol, até 90 % das mulheres expulsarão o produto da concepção nas 4 a 6 horas posteriores. A maioria das mulheres provavelmente precisará de medicamentos para as cólicas durante este período (ver a Seção 2.2.2.1).

No caso de uma falha no abortamento, quando a gravidez não for interrompida, será preciso oferecer novamente misoprostol à mulher ou submetê-la a um abortamento cirúrgico (12). Em geral, é possível examinar as mulheres com abortamentos incompletos, a não ser que o sangramento seja intenso, ou lhes podemos oferecer uma nova administração de misoprostol ou completar o abortamento em forma cirúrgica. Os centros de saúde que oferecem métodos farmacológicos de abortamento devem ser capazes de garantir que poderão realizar uma aspiração a vácuo, caso necessário. Se o próprio centro não dispuser desta possibilidade, podem fazer convênios com outros centros de saúde que façam a aspiração a vácuo. Em todos os casos, os profissionais de saúde devem garantir que a mulher chegue a tais serviços no caso de uma emergência. As mulheres tendem a estar mais satisfeitas com o procedimento quando têm expectativas mais realistas sobre o processo de abortamento (90). Portanto, devem receber informação completa sobre o que esperar e os possíveis efeitos colaterais dos métodos farmacológicos de abortamento. Os profissionais de saúde devem assegurar-se de que a mulher entenda a importância de cumprir o protocolo, especialmente se ela própria for administrar os fármacos, e também saber como reconhecer e o que fazer em caso de surgirem complicações.

Para gravidezes com uma idade gestacional entre 9 e 12 semanas (63 a 84 dias)

Os dados limitados indicam que, durante este período, o esquema medicamentoso mais eficaz é de 200 mg de mifepristone administrado por via oral, acompanhado de 800 µg de misoprostol vaginal entre 36 e 48 horas

depois, administrado em um centro de saúde. É possível administrar um máximo de quatro doses adicionais de 400 µg de misoprostol com intervalos a cada três horas, por via vaginal ou sublingual (27, 28). Os regimes durante este período da gravidez e o ambiente em que podem ser administrados são objeto de pesquisas em curso.

Para gravidezes com uma idade gestacional maior a 12 semanas (>84 dias)

Um esquema de 200 mg de mifepristone oral seguido de doses repetidas de misoprostol é seguro e eficaz quando administrado em um centro de saúde (3, 91). Uma dose oral de 200 mg de mifepristone seguida por uma dose inicial de misoprostol, entre 36 e 48 horas mais tarde, de 400 µg por via oral ou 800 µg por via vaginal, com doses adicionais de 400 µg de misoprostol vaginal ou sublingual a cada três horas, até o máximo de quatro doses adicionais, tem sido extremamente efetiva (91). No caso de gravidez superior às 24 semanas de gestação, é necessário reduzir a dose de misoprostol devido à maior sensibilidade do útero às prostaglandinas, porém, a falta de estudos clínicos impede realizar recomendações de posologia específicas.

Uma dose vaginal de 1 mg de gemeprost utilizada depois de 200 mg de mifepristone, e repetida caso necessário a cada 6 horas e até quatro doses, também pode ser eficaz (92). O tratamento com gemeprost pode continuar com 1 mg de gemeprost a cada três horas até o máximo de quatro doses adicionais, se necessário (93, 94).

2.2.5.2 Uso exclusivo de Misoprostol

Para gravidezes com uma idade gestacional menor a 12 semanas (84 dias)

O uso exclusivo do misoprotol tem sido estudado para os abortamentos farmacológicos em termos de efetividade e segurança. A eficácia do misoprostol é inferior, o tempo para completar o abortamento é mais prolongado e o processo do abortamento é mais dolorido, estando associado com índices mais altos de efeitos colaterais gastrointestinais, se comparado como o tratamento combinado de misoprostol com mifepristone (4, 95).

Devido à ampla disponibilidade e o baixo custo do misoprostol, e considerando que em certos contextos foi relatado que seu uso generalizado contribui para reduzir as complicações de um abortamento inseguro (96), o uso exclusivo de misoprostol parece ser frequente quando não se dispõe de mifepristone.

Os esquemas recomendados de misoprostol são 800 µg administrados por via vaginal ou sublingual, com uma dose repetida em um intervalo não menor a 3 horas e durante não mais de 12 horas com três doses no máximo. Este regime é de 75 % a 90 % eficaz para completar o abortamento. A administração sublingual é menos eficaz que a administração vaginal, salvo que se administre a cada 3 horas, porém, este esquema têm altas taxas de efeitos colaterais gastrointestinais (4, 96, 97). Não se recomenda a administração oral por demonstrar uma eficácia inferior.

Para gravidezes com uma idade gestacional maior a 12 semanas (84 dias)

O misoprostol é eficaz para induzir o abortamento depois das 12 semanas de gravidez, entretanto, o tempo para completar o abortamento não é tão breve como quando utilizado em combinação com o mifepristone. O regime recomendado é 400 µg de misoprostol por via vaginal ou sublingual a cada 3 horas até o máximo de cinco doses (91, 98). A administração de misoprostol por via vaginal é mais eficaz para as mulheres nulíparas que a administração sublingual. No caso de gravidez superior às 24 semanas de gestação, é necessário reduzir a dose de misoprostol devido à maior sensibilidade do útero às prostaglandinas; entretanto, a falta de estudos clínicos impede realizar recomendações posológicas.

O uso exclusivo de gemeprost, por via vaginal, foi registrado, em vários países, para finalizar a gravidez de segundo trimestre. A dose recomendada é de 1 mg administrada a cada 3 horas, até cinco vezes durante o primeiro dia, repetindo-se no dia seguinte, se necessário. Com este tratamento, 80 % a 95 % das mulheres abortam dentro das 24 horas e 48 horas (99).

2.2.5.3 Outros agentes farmacológicos para realizar um abortamento

Metotrexato, um fármaco citotóxico utilizado para tratar de certos tipos de câncer, artrite reumatoide, psoríase e outras doenças, tem sido utilizado em combinação com o misoprostol como um método farmacológico para abortamentos precoces (com uma idade gestacional de até 7 semanas) em alguns países onde o mifepristone não está disponível. Quando combinado com misoprostol, é eficaz: vários ensaios clínicos relataram uma taxa de sucesso geral maior a 90 % com 50 mg de metotrexato administrado por via oral ou intramuscular, seguido de 800 µg de misoprostol vaginal entre 3 e 7 dias depois (4). No entanto, um Painel sobre Toxicologia da OMS deliberou contra o uso de metotrexato para induzir o abortamento, baseado em evidências sobre teratogenicidade, caso o abortamento não se complete com sucesso (100). Apesar dos riscos reais serem ainda desconhecidos, há relatos sobre defeitos dos membros e anomalias no crânio e no rosto no caso de gravidez que continuou após fracasso de tentativa de indução de abortamento com metotrexato (101-103). Em consequência, recomenda-se que os serviços que desejarem introduzir métodos farmacológicos de abortamento utilizem regimes combinados de mifepristone e misoprostol.

Existem outros agentes utilizados para estimular as contrações uterinas e induzir o abortamento depois das 12 semanas, porém os dados disponíveis sobre sua segurança são limitados. Entre estes agentes está a solução salina hipertônica, ou ureia hiperosmolar, injetada por via intra-amniótica; lactato de etacridina administrado por via intra-amniótica ou extra-amniótica; administração parenteral, intra-amniótica ou extra-amniótica de análogos da prostaglandina, e oxitocina injetada por via intravenosa ou intramuscular (91, 104). Não obstante, estes métodos e vias de administração são invasivos e provavelmente menos seguros, e o tempo para completar o abortamento é mais prolongado quando comparados com o uso de métodos como a combinação de mifepristone e misoprostol.

2.2.6 Manejo das complicações do abortamento

Quando o abortamento é realizado por pessoal devidamente treinado, em condições médicas modernas, é extremamente raro surgirem complicações e o risco de morte é insignificante (em contraste com o abortamento inseguro, ver o Capítulo 1). Entretanto, todo serviço em todos os níveis do sistema de saúde deve estar equipado e contar com pessoal treinado para reconhecer complicações decorrentes do abortamento e propiciar uma atenção rápida ou derivar a mulher para receber atendimento imediato, 24 horas por dia (104). As instalações e as habilidades necessárias para tratar as complicações do abortamento são similares àquelas necessárias para o tratamento de uma mulher que teve um abortamento espontâneo.

2.2.6.1 Continuação da gravidez

É possível que o abortamento fracasse e a gravidez continue nas mulheres submetidas a um abortamento cirúrgico ou farmacológico, sendo, entretanto mais frequente depois dos procedimentos farmacológicos. É preciso oferecer às mulheres que continuam com os sintomas de gravidez ou que apresentem sinais clínicos de falha de abortamento a opção de se submeterem a um procedimento de evacuação uterina assim que possível (19).

2.2.6.2 Abortamento incompleto

O abortamento incompleto não é comum quando o procedimento é realizado mediante a aspiração a vácuo por um profissional devidamente treinado. É mais comum que ocorra com métodos farmacológicos de abortamento (56). Os sintomas frequentes incluem sangramento vaginal e dor abdominal, e é possível que haja sinais de infecção. Também devemos suspeitar de abortamento incompleto se, ao examinar visualmente o tecido aspirado, durante o abortamento cirúrgico, o mesmo não estiver de acordo com a idade gestacional estimada. O pessoal de todos os serviços de saúde deve estar treinado e equipado para tratar um abortamento incompleto evacuando novamente o útero, prestando especial atenção a possíveis hemorragias que poderiam causar anemia ou infecção e que requereriam um tratamento antibiótico.

O abortamento incompleto pode ser solucionado com uma aspiração a vácuo ou com doses adicionais de misoprostol. Para a evacuação uterina, a aspiração a vácuo é o procedimento de escolha, já que está associada com menor perda de sangue, menos dor e é um procedimento mais breve do que a D&C (105). O abortamento incompleto também pode ser tratado com misoprostol: não foram encontradas diferenças nos índices de abortamento completo ou de eventos adversos entre a aspiração do útero e o misoprostol nas mulheres com abortamentos espontâneos incompletos com uma gestação de até 13 semanas, entretanto, houve mais intervenções cirúrgicas não planejadas com misoprostol (106). A dose recomendada e a via de administração do misoprostol para esta indicação é de 600 µg por via oral ou 400 µg por via sublingual (106, 107). A presença de sangramento excessivo pode diminuir a absorção de misoprostol quando o fármaco for administrado por via vaginal (108). Portanto, em geral prefere-se a administração não vaginal, mesmo que a posologia de 400 µg a 800 µg por via vaginal tenha sido eficaz (106). Os abortamentos espontâneos incompletos também podem ser tratados utilizando a conduta expectante, no caso das mulheres que estiverem clinicamente estáveis e desejarem evitar um tratamento farmacológico ou cirúrgico, porém; o processo toma mais tempo (106). A decisão sobre o tratamento do abortamento incompleto deve-se basear na condição clínica da mulher e no tratamento de sua preferência.

2.2.6.3 Hemorragia

A hemorragia pode ser resultado da retenção do produto da concepção, trauma ou dilaceração do colo uterino, uma coagulopatia ou, raramente, de perfuração uterina. Dependendo da causa, o tratamento adequado pode incluir repetição de esvaziamento uterino e administração de fármacos uterotônicos para deter o sangramento, administração intravenosa de líquidos e, em casos graves, transfusões de sangue, substituição dos fatores de coagulação, laparoscopia ou laparotomia exploratória. Devido à baixa incidência de hemorragia usando aspiração a vácuo, em geral, não são necessários fármacos oxitócicos, entretanto, talvez possam ser necessários em caso de D&E. É esperado que

se produza uma hemorragia prolongada do tipo menstrual com os métodos farmacológicos de abortamento. Em média, o sangramento vaginal diminui gradualmente ao longo de, aproximadamente, as duas semanas posteriores ao abortamento farmacológico, porém, excepcionalmente, a hemorragia e a metrorragia podem durar até 45 dias. Este tipo de hemorragia raramente é intensa o suficiente para constituir uma emergência. A evacuação cirúrgica pode ser feita por solicitação da mulher, nos casos onde a hemorragia for intensa ou prolongada e causar anemia, bem como quando há evidência de infecção. Entretanto, todo serviço deve ter a capacidade de estabilizar e tratar uma mulher com hemorragia ou encaminhá-la o mais rápido possível (19).

2.2.6.4 Infecção

As infecções raramente ocorrem se o abortamento for realizado apropriadamente. Entretanto, o trato genital é mais sensível às infecções ascendentes quando o colo do útero está dilatado depois de um abortamento ou parto. Sinais e sintomas frequentes de infecção incluem febre ou calafrios, corrimento vaginal ou cervical com odor fétido, dor abdominal ou pélvica, metrorragia ou sangramento vaginal por período prolongado, sensibilidade uterina ou leucocitose. Sempre que uma infecção é diagnosticada, os profissionais de saúde devem administrar antibióticos e, se a provável causa da infecção for retenção do produto da concepção, deve-se esvaziar o útero novamente. Mulheres com infecções graves podem requerer hospitalização. Como analisamos na Seção 2.1.5, tem-se verificado que a prescrição de profilaxia antibiótica para mulheres submetidas a abortamento cirúrgico reduz o risco de infecções posteriores ao abortamento (9) e devem ser administrados sempre que possível.

Existem poucos dados sobre a incidência de infecção pélvica clinicamente significativa depois de um abortamento farmacológico. Entretanto pode-se produzir de forma isolada e possivelmente com menos frequência que depois de uma aspiração a vácuo. Muitos dos sintomas de infecção pélvica, como a dor, são um tanto inespecíficos, sendo difícil seu diagnóstico preciso. As mulheres com

dor pélvica, sensibilidade abdominal ou anexial, corrimento vaginal e febre devem receber tratamento com antibióticos de amplo espectro.

Foram informados casos isolados de infecção por anaeróbios sem febre no Canadá e nos EUA depois de um abortamento farmacológico (10, 12, 109). Este tipo de casos não foi informado em nenhuma outra parte. Nestes casos, as mulheres apresentaram febre leve ou nada de febre; náuseas variáveis, vômitos, fraqueza e certa dor abdominal; uma deterioração rápida em horas ou dias; taquicardia e hipotensão refratária; derrames múltiplos; aumento do hematócrito e leucocitose neutrofílica. Todas as mulheres padeceram de Síndrome de choque tóxico associado ao *Clostridium*. Também foram notificados casos por fora do atendimento relacionado com o abortamento, como por exemplo, durante o pós-parto de um parto normal (110). Não existe evidência sobre o fato de a profilaxia antibiótica durante um abortamento farmacológico eliminar estes índices de casos mortais de infecção grave; portanto, não se recomenda a administração de profilaxia antibiótica para as mulheres submetidas a um abortamento farmacológico.

2.2.6.5 Perfuração uterina

Em geral, a perfuração uterina não se detecta e se resolve sem necessidade de intervenção. Um estudo com mais de 700 mulheres que se submeteram a um abortamento, seguido de esterilização por laparoscopia no primeiro trimestre, revelou que 12 de 14 perfurações do útero eram tão pequenas que não poderiam ter sido diagnosticadas se não tivesse sido feita a laparoscopia (111). Quando se suspeita de perfuração uterina, a simples observação e o uso de antibióticos podem ser suficientes. Sempre que estiver disponível e for necessária, a laparoscopia é o método de investigação adequado. Se a laparoscopia ou o estado da paciente levantarem alguma suspeita de lesão ao intestino, aos vasos sanguíneos ou a outra estrutura, uma laparotomia para reparar os tecidos danificados pode ser necessária.

2.2.6.6 Complicações relacionadas com a anestesia

A anestesia local é mais segura do que a geral, tanto para a aspiração a vácuo durante o primeiro trimestre como para a D&E durante o segundo trimestre (1, 49, 50). Se for utilizada anestesia geral,

os profissionais devem estar treinados para lidar com convulsões, para ressuscitação cardiopulmonar e ter antagonistas narcóticos à disposição.

2.2.6.7 Ruptura uterina

A ruptura uterina é uma complicação isolada. Está associada com uma idade gestacional tardia e com a cicatrização uterina, no entanto; também ocorreu em mulheres que não apresentavam estes fatores de risco. Uma metanálise revelou que o risco de ruptura uterina nas mulheres já com um parto anterior por cesariana, submetidas a um abortamento induzido por misoprostol durante o segundo trimestre, era de 0,28 % (112).

2.2.6.8 Sequelas a longo prazo

A grande maioria das mulheres que têm um abortamento induzido adequadamente não sofrerá nenhum tipo de sequelas a longo prazo para sua saúde geral e reprodutiva (113-115). Em tempos modernos, o risco de morte a partir de um abortamento induzido em condições seguras é menor do que tomar uma injeção de penicilina (116) ou levar uma gravidez a termo (1).

As pesquisas não revelam uma associação entre um abortamento induzido sem riscos durante o primeiro trimestre e reações adversas em gravidezes subsequentes (117). Embora não existam pesquisas suficientes sobre os abortamentos durante o segundo trimestre, não há evidência de aumento de risco de resultados adversos em gravidezes subsequentes (114, 118). Dados epidemiológicos sólidos revelam que não há aumento de risco de câncer de mama em mulheres depois de um abortamento espontâneo ou induzido (119, 120). Observam-se sequelas psicológicas negativas apenas em um pequeno número de mulheres, e nesses casos as sequelas parecem ser a continuação de condições preexistentes, e não o resultado da experiência do abortamento induzido (121, 122).

2.2.6.9 Outras complicações

Depois de um abortamento inseguro, podem surgir outras complicações diversas decorrentes da forma ou do método de indução do abortamento. Entre

outras, estão intoxicação, traumatismo abdominal ou presença de corpos estranhos no trato genital. Se uma mulher apresentar estas complicações, é preciso estabilizar e tratar ou encaminhá-la para que receba um tratamento adequado, além de tratar as complicações relacionadas com o abortamento (ver as Seções 2.2.6.1-2.2.6.6), devendo receber todos os cuidados necessários após o procedimento (ver a Seção 2.3).

2.2.7 Outras questões relacionados com os procedimentos de abortamento

2.2.7.1 Prevenção e controle de infecções

Uma vez que os procedimentos e atendimento relativos ao abortamento envolvem o contato com sangue e outros fluídos corporais, toda a equipe de saúde e de apoio, em todos os centros de saúde onde são oferecidos estes serviços deverão entender e aplicar as precauções padrão para prevenção e controle de infecções, tanto para seu próprio cuidado quanto para a proteção de suas pacientes.

Precauções padrão são práticas simples para controle das infecções para serem usadas no atendimento de todas as pacientes, em todo momento, para minimizar o risco de transmissão de infecções por via sanguínea. Entre elas, estão incluídas: lavar as mãos com água e sabão antes e depois de todos os procedimentos; o uso de barreiras protetoras, tais como luvas, jalecos, aventais, máscaras e óculos de proteção para evitar o contato direto com sangue ou outros fluídos corporais; mecanismos seguros de despejo dos resíduos com material contaminado com sangue ou com outros fluídos corporais; manipulação adequada das roupas sujas; manuseio e remoção de resíduos perfurocortantes de forma segura e desinfecção apropriada dos aparelhos e outros equipamentos contaminados (123).

Lavar as mãos e usar barreiras protetoras

Todos os membros da equipe devem lavar as mãos perfeitamente antes e depois de qualquer contato com a mulher, e imediatamente após qualquer contato com sangue, fluídos corporais ou membranas

mucosas (124). É preciso usar luvas esterilizadas ou com alto grau de desinfecção, devendo ser trocadas em cada contato com as diferentes pacientes e em cada avaliação vaginal (ou retal) na mesma mulher. Ao concluir o atendimento a uma mulher e de tirar as luvas, o profissional de saúde deve sempre lavar as mãos, já que as luvas podem ter furos imperceptíveis (124). Cabe destacar que o uso de acessórios auxiliares, tais como botas esterilizadas, não faz uma diferença significativa na taxa de infecções, e aumenta os custos.

Limpeza

O uso de detergente e de água quente é adequado para a limpeza de rotina de pisos, camas, revestimentos de borracha, banheiros e paredes. Se forem derramados fluídos corporais, devem ser usadas luvas de borracha para o trabalho pesado e removida a maior quantidade possível de fluídos corporais com um material absorvente. Só então poderá haver a remoção usando um recipiente à prova de vazamento, para depois ser incinerado ou enterrado em uma fossa profunda. A área do derramamento deve ser primeiramente limpa com um desinfetante à base de cloro, para depois ser muito bem lavada com água quente e sabão.

Os lençóis sujos devem ser manipulados o menos possível, devendo ser ensacados no local de coleta e não devem ser classificados nem enxaguados em áreas onde as pacientes estiverem sendo atendidas. Se possível, os tecidos com grande quantidade de fluídos corporais devem ser transportados em sacolas à prova de vazamento. Se estas sacolas não estiverem disponíveis, os lençóis devem ser dobrados com as partes manchadas para dentro e manipulados cuidadosamente, sempre usando luvas.

Eliminação segura de material contaminado com fluídos corporais

Lixo sólido contaminado com sangue, fluídos corporais, amostras para laboratório ou tecido corporal deve ser considerado resíduo hospitalar, devendo ser eliminado de forma adequada e conforme as normas locais (123). Os resíduos líquidos, como sangue ou outros fluídos corporais, devem ser despejados através de um cano com conexão direta a um esgoto adequadamente tratado ou numa fossa.

Manipulação e remoção de objetos perfurocortantes de forma segura

O maior risco de transmissão de HIV nos centros de saúde é através de lesões cortantes e perfurantes, como agulhas ou objetos cortantes contaminados. Isto também se aplica à transmissão de hepatite B e C. A maioria dos ferimentos com objetos cortantes envolvidos neste tipo de transmissão ocorrem através de lesões profundas com agulhas ocas. Este tipo de lesões geralmente ocorre quando se recoloca a proteção plástica nas agulhas, quando são limpas ou descartadas de forma inapropriada. Sempre que possível, deve-se evitar reencapar as agulhas (124) mas às vezes é necessário. Quando este for o caso, devemos usar técnica de re encapar a agulha com uma mão (método da colher). Deve haver recipientes coletores resistentes à ruptura e vazamento, disponíveis e acessíveis para descarte adequado. Esses recipientes podem ser queimados em um incinerador fechado ou serem enterrados em uma fossa profunda. Outras precauções para prevenir ferimentos com materiais perfurocortantes incluem a utilização de luvas, ter uma fonte de luz apropriada durante o tratamento da mulher, colocar o recipiente coletor de materiais perfurocortantes tão próximo quanto possível da área de uso destes materiais, nunca descartar materiais perfurocortantes jogando-os no lixo comum e sempre mantê-los fora do alcance das crianças. Sempre que possível, deve ser utilizado um porta-agulha para suturar.

Limpeza segura dos equipamentos após uso

Todos os instrumentos cirúrgicos reutilizáveis usados durante o abortamento devem ser enviados para limpeza e esterilização imediatamente após o uso. Os aparelhos e insumos médicos para uso único não devem ser reutilizados (124). Naqueles lugares onde não se dispuser de serviços para esterilizar os instrumentos ou em lugares de baixos recursos, são recomendados os seguintes procedimentos.

O passo mais importante para garantir uma apropriada descontaminação final dos instrumentos é a limpeza física (123). Os instrumentos devem ser mantidos úmidos até sua limpeza. Deixar secar os dispositivos poderia dificultar a remoção completa de todos os

contaminantes. Pode ser usado um desinfetante como a solução de cloro a 0,5 %. Os aspiradores devem ser desmontados antes de serem limpos, ou antes de ser feito algum procedimento adicional. Os adaptadores desmontáveis devem ser separados das cânulas.

Precaução: não é seguro manipular os aspiradores, as cânulas e os adaptadores com as mãos sem proteção até que estejam limpos.

Depois de colocar os instrumentos de molho, lavar todas as superfícies a fundo com água e detergente. É preferível usar detergente em lugar de sabão, já que este pode deixar resíduos. É preciso e preferível esterilizar todo os instrumentos ou então desinfetar com um desinfetante de alta efetividade (quando não for possível ou viável contar com um

processo de esterilização). A esterilização mata todos os microrganismos, incluindo os endósporos bacterianos como os causadores de tétanos e gangrena gasosa. Uma desinfecção de alto nível (DAN) destrói todos os microrganismos, incluídos o vírus da hepatite B e o do HIV, porém, não mata de maneira confiável os endósporos bacterianos.

A melhor forma de esterilização é obtida com vapor pressurizado (autoclave) ou deixando o objeto de molho durante várias horas (+ de 5 horas) em uma solução de glutaraldeído de preparação recente (125). É possível chegar a uma Desinfecção de Alto Nível, colocando os objetos de molho durante um tempo menor se for em soluções de glutaraldeído ou cloro (hipoclorito sódico) (125).

Tabela 2.1 Processamento dos instrumentos

Método	Agente	Tempo	Notas
Esterilização	Vapor pressurizado (autoclave)	20 minutos a 121 °C e pressão de 103,5 kPa a 140 kPa	Supõe-se que o vapor pode ter acesso às áreas do aparelho que se tenta descontaminar. Deve-se aumentar o tempo para 30 minutos no caso de objetos embrulhados.
	Solução de glutaraldeído a 2 %	5 horas de contato em uma formulação alcalina ativada a 2 % (pH = 7,5-9) a uma temperatura entre 20 °C e 25 °C	Algumas fontes ou fabricantes recomendam 10 horas para a esterilização.
Desinfecção de alto nível (DAN)	Cloro (hipoclorito sódico)	5 minutos de contato a uma temperatura entre 20 °C e 25 °C com solução tampão de hipoclorito (pH = 7-8) em uma concentração de 5000 ppm de cloro disponível (uma diluição de, aproximadamente, 10 % do cloro caseiro, já que pode ser corrosivo para os metais)	Algumas fontes recomendam 20 minutos em uma diluição a 5 %, se preparada com água da torneira ou uma diluição a 1 % se preparada com água fervida.
	Solução de glutaraldeído a 2 %	30 minutos de contato em uma formulação alcalina ativada a 2 % (pH = 7,5-9) a uma temperatura entre 20 °C e 25 °C	Algumas fontes ou fabricantes recomendam 20 horas para chegar a uma DAN.
	Fervido	20 minutos em "ebulição constante"	É importante cobrir o recipiente; não é necessário mergulhar completamente os objetos que bóiam.

Nota: A eficácia de todas as técnicas de esterilização e da DAN depende da limpeza prévia para eliminar toda matéria orgânica que tenha secado e aderido ao instrumento (123, 125, 126)

Não ocorre a mesma coisa com o fenol ou os antissépticos, que não garantem uma desinfecção de alto grau. Os instrumentos processados em frio (colocados de molho em soluções) devem ser perfeitamente enxaguados depois do processamento. Os instrumentos submetidos a uma DAN podem ser enxaguados com água fervida, enquanto que os instrumentos esterilizados devem ser enxaguados com água estéril (ver a Tabela 2.1 para obter os detalhes sobre o processamento dos instrumentos).

Alguns fabricantes produzem aspiradores e cânulas em plásticos de qualidade superior desenhados para serem esterilizados por autoclave, enquanto que outros instrumentos de plástico se racham e derretem quando expostos a uma temperatura alta para esterilização. Os profissionais de saúde sempre devem consultar as instruções de uso de todos os materiais que forem desinfetados, para garantir o uso do método apropriado de desinfecção. Além disso, devem seguir as instruções do fabricante para todos os produtos empregados no processo de desinfecção.

2.3 Cuidados pós abortamento e seguimento

Depois de um abortamento induzido ou espontâneo, as mulheres devem receber atendimento adequado pós abortamento. No caso das mulheres submetidas a abortamentos inseguros, o atendimento posterior deve constituir uma estratégia para atenuar a morbimortalidade associada com as complicações, incluída a aspiração do útero quando produzido um abortamento incompleto (ver a Seção 2.2.6.2); e elas devem ser oferecidos métodos anticoncepcionais para evitar uma gravidez não desejada no futuro e devem ser colocadas em contato com outros serviços necessários dentro da comunidade. Depois de um abortamento induzido seguro, o pós-atendimento talvez não requeira uma visita de seguimento, se a mulher contar com informação adequada sobre quando procurar atendimento devido a complicações e se recebeu informação necessária sobre todos os métodos anticoncepcionais ou informação que cubra suas necessidades contraceptivas.

Antes de deixarem o centro de saúde, todas as mulheres devem receber informação sobre

planejamento reprodutivo e ser oferecido aconselhamento, bem como os métodos anticoncepcionais para utilizar depois do abortamento, incluídos anticoncepcionais de emergência. Depois de um abortamento farmacológico ou cirúrgico, pode ser iniciado o uso de qualquer método anticoncepcional, entre eles, dispositivos intrauterinos e anticoncepcionais hormonais, desde que se preste atenção ao perfil de saúde de cada mulher e às limitações associadas com certos métodos (ver o Anexo 6). Existem poucos métodos que não devem ser iniciados imediatamente depois de um abortamento: não deve ser usado um diafragma ou capuz cervical até aproximadamente 6 semanas após um abortamento de segundo trimestre, e o método que considera o período fértil da mulher só deve começar a ser aplicado depois de a menstruação regular voltar (127). Os DIU's colocados imediatamente depois do abortamento oferecem uma melhor proteção contra a gravidez não desejada. (128-130). Se por um lado é seguro, o risco de expulsão de um dispositivo intrauterino é maior se for inserido no momento da prática de um abortamento feito durante o segundo trimestre (137). No caso de um abortamento farmacológico, é possível iniciar o uso de anticoncepcionais hormonais depois de tomar o primeiro comprimido do esquema de abortamento farmacológico; entretanto, é necessário confirmar que o abortamento foi completado antes de inserir o DIU ou de realizar uma esterilização. Além disso, é preciso prestar especial atenção aos casos em que as mulheres solicitam uma esterilização a fim de garantir que sua decisão não esteja indevidamente influenciada pelo momento crítico que está passando.

Os centros onde são praticados abortamentos devem ter a possibilidade de oferecer já no próprio centro o método anticoncepcional escolhido pela mulher. Se não for possível oferecer no próprio centro o método anticoncepcional escolhido pela mulher (por exemplo, a esterilização raramente pode ser feita no nível de atendimento primário), é preciso propiciar informação à mulher sobre onde e como ter acesso ao método escolhido, bem como oferecer a ela um método temporário. No caso dos métodos não disponíveis no centro, o centro de saúde onde foi feito o abortamento deve desenvolver um sistema de derivação direta para garantir que as mulheres sejam capazes de obter o método anticoncepcional escolhido. É importante informar a todas as mulheres

sobre os anticoncepcionais de emergência e deve ser considerada a possibilidade de oferecê-los para serem guardados em casa e usados no futuro, se for necessário, considerando principalmente as mulheres cujo método primário de anticoncepcional é o preservativo e aquelas que decidiram não começar a utilizar um método anticoncepcional de rotina imediatamente.

Os profissionais devem analisar a prevenção das DST, incluído HIV, e a importância de usar preservativos com aquelas mulheres que escolherem métodos anticoncepcionais outros que não os preservativos (127). É preciso enfatizar particularmente a informação sobre a prevenção de infecções para aquelas pessoas com maior risco e nas áreas com um predomínio alto de HIV e de outras DST. Deve-se dispor de aconselhamento e de testes de detecção de HIV no centro de saúde ou através de uma derivação a outros centros. Deve-se promover a dupla proteção ou o uso de um método como o preservativo ou uma combinação de métodos que protejam tanto contra gravidezes como contra as DST.

As mulheres que se submetem a um abortamento devem receber instruções claras, simples, verbalmente e por escrito, sobre como se cuidar depois de deixar o centro de saúde e como reconhecer complicações que possam requerer atendimento médico. Estas instruções devem incluir o seguinte: abster-se de ter relações sexuais e de inserir qualquer elemento na vagina até o cessa da hemorragia; a disponibilidade de métodos anticoncepcionais, incluídos os de emergência, evitar a gravidez (a fertilidade já pode retornar duas semanas depois do abortamento) e a necessidade de voltar ao centro de saúde em caso de aumento da dor pélvica, sangramento excessivo ou febre (19). Enquanto as mulheres esperam a conclusão de um abortamento farmacológico, devem ter a possibilidade de se comunicar com um médico ou um profissional de saúde que possa responder às suas perguntas e prestar a ajuda necessária.

2.3.1 Métodos cirúrgicos de abortamento

Durante o período de observação posterior a um abortamento cirúrgico, a equipe de saúde deve propiciar à mulher conforto e apoio, e monitorar sua recuperação. Os profissionais de saúde devem prestar especial atenção à manifestação de dor por

parte da mulher, já que a dor pode dever-se a uma perfuração uterina (que poderia requerer observação ou tratamento mediante laparotomia) ou pela presença de hematometra aguda (sangue retido no útero, podendo ser tratado com uma nova aspiração da cavidade uterina). Em consequência, em especial com os abortamentos em uma etapa tardia, é importante confirmar manualmente o tamanho do útero através da parede abdominal. Se não surgirem complicações, a maioria das mulheres pode deixar o centro de saúde assim que se sentirem capazes e seus sinais vitais estiverem normais (19). Depois de abortamentos praticados em etapas tardias da gravidez, e depois de uma sedação importante ou anestesia geral, os períodos de recuperação podem ser mais prolongados e a mulher poderia requerer uma observação mais cuidadosa.

Depois de um abortamento cirúrgico, a mulher pode experimentar uma hemorragia de tipo menstrual ou metrorragia durante várias semanas. Com um método farmacológico de abortamento, é preciso informar à mulher que talvez apresente um sangramento semelhante ou mais intenso do que uma menstruação abundante. Os sintomas que requerem atenção clínica incluem sangramento excessivo, febre que dura mais de um dia, agravamento da dor pélvica ou, raras vezes, sinais de continuação da gravidez. As náuseas, às vezes acompanhadas de vômitos, em geral se acalmam dentro das 24 horas posteriores a um abortamento cirúrgico. A equipe médica deve indicar às mulheres que poderão vir a ter cólicas, e que costumam diminuir com antiinflamatórios não-esteroides de venda livre, como o ibuprofeno. A informação para reconhecer as complicações e de como procurar ajuda deve estar disponível visualmente para aquelas mulheres que não sabem ler.

Depois de abortamentos realizados durante o primeiro trimestre, a maioria das mulheres pode retomar suas atividades e responsabilidades habituais dentro de horas ou de dias (19). Para aquelas mulheres submetidas a um abortamento cirúrgico é importante indicar que devem retornar para uma visita de seguimento com um profissional capacitado dentro das duas semanas posteriores ao procedimento. Esta visita é uma oportunidade

para que o profissional fale com as mulheres sobre suas experiências, caso necessário. Por exemplo, as mulheres que têm um abortamento por razões médicas ou como produto de um estupro podem sentir necessidade de falar sobre a sensação de perda ou de ambivalência, ou talvez desejem aconselhamento adicional.

2.3.2 Métodos farmacológicos de abortamento

Devido à eficácia superior da combinação de mifepristone com misoprostol para o abortamento farmacológico antes das 9 semanas (63 dias) de gestação, não há necessidade de realizar um acompanhamento médico para confirmar que o abortamento foi concluído. Porém, é preciso indicar às mulheres que retornem para um seguimento, caso apresentem sinais de continuação da gravidez ou por outros motivos médicos, como sangramento intenso prolongado ou febre. Quem se submeter a um abortamento farmacológico com esquema de misoprostol só deve retornar para seguimento e confirmação de que o abortamento foi completo entre 7 e 14 dias depois da administração do misoprostol.

Os protocolos de tratamento com mifepristone seguido de misoprostol usados até as 9 semanas de gravidez, exigindo das mulheres a permanência em observação clínica durante 4 a 6 horas depois de receber o misoprostol, requerem a confirmação do abortamento durante este período, se for possível. A confirmação costuma ocorrer mediante inspeção das toalhas sanitárias e do urinol durante o período de observação para determinar a expulsão do produto da concepção.

O abortamento completo pode ser confirmado por meio do exame pélvico, uma ecografia pélvica ou repetição da medição do hCG. Se forem usadas medições do hCG, cabe lembrar que, em alguns casos, é possível detectar níveis baixos de hCG até 4 semanas depois de uma expulsão com êxito. A ecografia é útil para detectar a continuação da gravidez; porém, medir a espessura do endométrio não é útil para diagnosticar um abortamento

incompleto e poderia levar a intervenções cirúrgicas imprecisas (132). É provável que as mulheres que continuem apresentando sintomas de gravidez ou que tenham uma hemorragia mínima continuem grávidas.

Para as mulheres com falha no procedimento de abortamento (continuação da gravidez) deve ser oferecida a oportunidade de fazerem uma aspiração a vácuo ou repetir a administração de misoprostol. Os dados disponíveis sobre o risco potencial de anomalias fetais depois de um abortamento sem êxito são limitados e inconcludentes; portanto, se uma mulher desejar continuar com a gravidez, não é necessário insistir em finalizá-la. Entretanto, deve-se informar às mulheres que é importante o acompanhamento devido ao risco desconhecido para o feto por conta dos fármacos abortivos (12, 133).

Em geral, é possível deixar em observação as mulheres com abortamentos incompletos, exceto no caso de hemorragia intensa, ou então oferecer a elas uma nova administração de misoprostol ou até mesmo completar o abortamento de forma cirúrgica. Devido a um maior risco de hemorragia e de abortamentos incompletos associados com os procedimentos realizados depois das 12 semanas de gravidez, todas as mulheres nestas situações deveriam permanecer em observação clínica até o feto e a placenta terem sido expulsos. Os abortamentos farmacológicos depois das 9 semanas de gestação também devem ser praticados em um centro de saúde. Entretanto pesquisas estudam a possibilidade de determinar se um abortamento caseiro neste subgrupo de idade gestacional é seguro e adequado.

Referências

1. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729–737.
2. Grimes DA, Cates W, Jr. Complications from legally-induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 1979, 34(3):177–191.
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline no. 7*. London, RCOG Press, 2004.
4. Kulier R et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (1):CD002855.
5. Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception*, 2010, 83:30–33.
6. Laing FD, Frates MC. Ultrasound evaluation during the first trimester of pregnancy. In: Callen P, ed. *Ultrasonography in obstetrics and gynecology*, 4th ed. Philadelphia, WB Saunders, 2010:118–119.
7. Penney GC et al. A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:599–604.
8. Low N et al. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, (3):CD005217.
9. Sawaya GF et al. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a metaanalysis. *Obstetrics and Gynecology*, 1996, 87:884–890.
10. Shannon C et al. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*, 2004, 70:183–190.
11. *Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2003.
12. *Frequently asked clinical questions about medical abortion*. Geneva, World Health Organization, 2006.
13. Majhi AK et al. Ectopic pregnancy-an analysis of 180 cases. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2007, 105:308–312.
14. Barnhart KT et al. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies. *Fertility and Sterility*, 2006, 86:36–43.
15. Finn R et al. Experimental studies on prevention of Rh haemolytic disease. *British Medical Journal*, 1961, 1(523):1486–1490.
16. Naik K et al. The incidence of fetomaternal haemorrhage following elective termination of first-trimester pregnancy. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 1988, 27:355–357.
17. Fiala C, Fux M, Gemzell DK. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2003, 82:892–903.
18. Urquhart DR, Templeton A. Reduced risk of isoimmunisation in medical abortion. *Lancet*, 1990, 335:914.
19. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
20. Baker A, Beresford T. Informed consent, patient education and counseling. In: Paul M et al. eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009:48–62.
21. Henshaw RC et al. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *British Medical Journal*, 1993, 307:714–717.
22. Slade P et al. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:1288–1295.
23. Honkanen H, von Hertzen H. Users' perspectives on medical abortion in Finland. *Contraception*, 2002, 65:419–423.
24. Winikoff B et al. Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone–misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 176:431–437.

25. Honkanen H et al., WHO Research Group on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 111:715–725.
26. Cameron IT, Baird DT. The return to ovulation following early abortion – a comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinológica*, 1988, 118:161–167.
27. Hamoda H et al. A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112(8):1102–1108.
28. Tang OS et al. Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Human Reproduction*, 2002, 17:654–658.
29. Kapp N et al. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (2):CD007207.
30. Newmann SJ et al. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (8):CD007310.
31. Grimes DA, Schulz KF, Cates WJ. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *Journal of the American Medical Association*, 1984, 251:2108–2112.
32. Schulz KF, Grimes DA, Cates W. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet*, 1983, 1(8335):1182–1185.
33. Borgatta L, Kapp N. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*, 2011, 84(1):4–18.
34. World Health Organization, Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. *Cervical ripening with mifepristone (RU 486) in late first trimester abortion*. Geneva, World Health Organization, 1994 (Report No. 50).
35. Smith G et al. Pain of first trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1979, 133:489–498.
36. Belanger E, Melzack R, Lauzon P. Pain of first-trimester abortion: a study of psychosocial and medical predictors. *Pain*, 1989, 36:339–350.
37. Renner RM et al. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009;(2):CD006712.
38. Borgatta L, Nickinovich D. Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine*, 1997, 42:287–293.
39. Solo J. Easing the pain: pain management in the treatment of incomplete abortion. *Reproductive Health Matters*, 2000, 8:45–51.
40. Faymonville ME et al. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain*, 1997, 73:361–367.
41. Marc I et al. The use of hypnosis to improve pain management during voluntary interruption of pregnancy: an open randomized preliminary study. *Contraception*, 2007, 75:52–58.
42. Suprpto K, Reed S. Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1984, 150:1000–1001.
43. Matambo J, Moodley J, Chigumadzi P. Analgesia for termination of pregnancy. *South African Medical Journal*, 1999, 89:816.
44. Cade L, Ashley J. Prophylactic paracetamol for analgesia after vaginal termination of pregnancy. *Anaesthesia and Intensive Care*, 1993, 21:93–96.
45. Hein A, Jakobsson J, Ryberg G. Paracetamol 1 g given rectally at the end of minor gynaecological surgery is not efficacious in reducing postoperative pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 1999, 43:248–251.
46. Dahl V, Fjellanger F, Raeder JC. No effect of preoperative paracetamol and codeine suppositories for pain after termination of pregnancies in general anaesthesia. *European Journal of Pain*, 2000, 4:211–215.

47. Jackson E, Kapp N. Pain control in first and second trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 2011, 83:116–126.
48. Lawson HW et al. Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1994, 171:1365–1372.
49. Mackay H, Schulz KF, Grimes D. Safety of local versus general anaesthesia for second trimester dilation and evacuation abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 1985, 66:661–665.
50. Osborn JF et al. General-anesthesia, a risk factor for complication following induced-abortion. *European Journal of Epidemiology*, 1990, 6:416–422.
51. Drey E et al. Safety of intra-amniotic digoxim administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 182:1063–1066.
52. Lalitkumar S et al. Mid-trimester induced abortion: a review. *Human Reproduction Update*, 2007, 13:37–52.
53. Hammond C. Recent advances in second-trimester abortion: an evidence-based review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, 200:347–356.
54. Nucatola D, Roth N, Gatter M. A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafetally prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception*, 2010, 81:67–74.
55. Greenslade F et al. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care*, 1993, 3:1–4.
56. Niinimaki M et al. Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114:795–804.
57. Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, (4):CD002900.
58. Creinin MD. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*, 2000, 62:117–124.
59. Paul M et al, eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009.
60. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics and Gynecology*, 1990, 76:129–135.
61. Cates W, Grimes DA, Schulz KF. Abortion surveillance at CDC – creating public health light out of political heat. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19:12–17.
62. Grimes DA et al. The Joint Program for the Study of Abortion/CDC – a preliminary report. Abortion in the seventies. In: Hern WM, Andrikopoulos B, eds. *Abortion in the seventies: proceedings of the Western Regional Conference on Abortion*. New York, National Abortion Federation, 1977:41–54.
63. Lean T et al. A comparison of D&C and vacuum aspiration for performing first trimester abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1976, 14:481–486.
64. Say L et al. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (1):CD003037.
65. Darney PD, Sweet RL. Routine intraoperative ultrasonography for second trimester abortion reduces incidence of uterine perforation. *Journal of Ultrasound Medicine*, 1989, 8:71–75.
66. Grimes DA, Hulka JF, McCuthen ME. Midtrimester abortion by dilatation and evacuation versus intra-amniotic instillation of prostglandin F2 alpha: a randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1980, 137:785–790.
67. Grimes DA, Smith MS, Witham AD. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 111(2):148–153.
68. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (1):CD006714.
69. Ashok PW et al. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction*, 1998, 13:2962–2965.

70. Trussell J, Ellertson C. Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception*, 1999, 60:119–135.
71. Urquhart DR et al. The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in termination of pregnancy of less than 63 days gestation; UK multicentre study – final results. *Contraception*, 1997, 55:1–5.
72. Swahn ML, Bygdeman M. The effect of the antiprogesterin RU 486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1988, 95:126–134.
73. *WHO model list of essential medicines*, 16th ed. Geneva, World Health Organization, 2010.
74. Sang G, He C, Shao Q. A large-scale introductory trial on termination of early pregnancy by mifepristone in combination with different prostaglandins. *Chinese Journal of Clinical Pharmacology*, 1999, 15:323–329.
75. Creinin MD, Aubeny E. Medical abortion in early pregnancy. In: Paul M et al, eds. *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York, Churchill Livingstone, 1999:91–106.
76. Elul B et al. Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion – data from a trial in China, Cuba, and India. *Contraception*, 1999, 59:107–114.
77. Ngoc NTN et al. Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25:10–14 and 33.
78. Tran NT et al. Feasibility, efficacy, safety and acceptability of mifepristone-misoprostol for medical abortion in the Democratic People's Republic of Korea. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2010, 109:209–212.
79. *Essential medicines: WHO model list*, 12th ed. Geneva, World Health Organization, 2002.
80. Fjerstad M et al. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361:145–151.
81. World Health Organization, Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2000, 107:524–530.
82. Mckinley C, Thong KJ, Baird DT. The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*, 1993, 8:1502–1505.
83. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone. *British Medical Journal*, 1993, 307:532–537.
84. World Health Organization. Pregnancy termination with mifepristone and gemeprost: a multicenter comparison between repeated doses and a single dose of mifepristone. *Fertility and Sterility*, 1991, 56:32–40.
85. World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Lowering the doses of mifepristone and gemeprost for early abortion: a randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:738–742.
86. von Hertzen H et al. Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: a randomised factorial controlled equivalence trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2009, 116:381–389.
87. Elrefaey H et al. Induction of abortion with mifepristone (Ru-486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:983–987.
88. Ngo TD et al. *Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review*. Geneva, World Health Organization, 2011 (Report no. 89).
89. Hajri S et al. Expanding medical abortion in Tunisia: women's experiences from a multi-site expansion study. *Contraception*, 2004, 70:487–491.
90. Breitbart V. Counseling for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 183(2 Suppl.):S26–S33.