

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

Abordagem terapêutica da gravidez não evolutiva no 1º Trimestre

Artigo de Revisão Bibliográfica

Ana Cristina Ramos da Silva
Orientador: Dr. Paulo Sarmento

Junho, Porto 2017

Abordagem terapêutica da gravidez não evolutiva no 1º Trimestre

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto – Artigo de Revisão Bibliográfica

Autor: Ana Cristina Ramos da Silva

Categoria: Aluna do 6º Ano do Mestrado Integrado em Medicina

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Rua de Jorge Viterbo Ferreira, nº 228, 4099-313, Porto, Portugal

Nº de Estudante: 201303557

Correio Eletrónico: anacrys_ramossilva@hotmail.com

Orientador: Paulo Miguel Pereira Sarmiento de Carvalho

Grau Académico: Licenciado em Medicina - Assistente Graduado Sénior de Obstetrícia e Ginecologia

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Agradecimentos

Destaco algumas pessoas a quem agradeço especialmente pelo acompanhamento na realização desta dissertação.

Ao meu tutor, Dr. Paulo Sarmiento por todo o apoio, disponibilidade, incentivo e auxílio nas dificuldades encontradas.

Aos membros do departamento de qualidade pela colaboração e disponibilidade dos dados relativos ao questionário que circulou no Centro Materno Infantil do Norte.

Aos meus familiares e amigos por toda a compreensão e apoio incondicional.

A todos, muito obrigada.

Índice

Resumo	6
Abstract.....	7
Abreviaturas:	8
Métodos	9
O Abortamento espontâneo	10
Definição, epidemiologia e classificação do abortamento espontâneo:.....	10
Etiologia:.....	11
Formas de apresentação:	12
Diagnóstico:	12
Abordagem terapêutica da perda gestacional:	14
Abordagem Médica:	14
Atitude Expectante:.....	17
Cirúrgico	19
Abordagem expectante vs médica vs cirúrgica.....	22
Follow-up:.....	22
Preferências e Satisfação das pacientes	24
Preferências das pacientes	24
Satisfação das pacientes.....	25
Terá a mulher papel na decisão da abordagem do abortamento espontâneo?	27
Procedimentos estatísticos	27

Resultados	28
Conclusão:	30
Referencias bibliográficas:	32
Anexos	40

Resumo

A gravidez não evolutiva é uma complicação frequente no primeiro trimestre da gravidez, ocorrendo em 10-20% das mulheres. Aproximadamente 80% destas ocorrências sucedem no primeiro trimestre.

A gravidez não evolutiva pode ter diversas etiologias, sendo as anomalias cromossômicas responsáveis por cerca de 50-60% no primeiro trimestre.

Os sintomas mais comuns, como as metrorragias e algias pélvicas também podem surgir numa gestação normal, na gravidez ectópica e na gravidez molar. Assim, antes de iniciar o tratamento, é fundamental distinguir um abortamento espontâneo das restantes complicações da gravidez.

Classicamente, as mulheres com gravidez não evolutiva eram sujeitas a evacuação uterina por intermédio de curetagem. Contudo, recentemente, tem-se verificado uma tendência para investir em orientações clínicas diversas, sob a forma de abstenção terapêutica ou de indução médica do esvaziamento uterino. Todas as formas de tratamento têm mostrado eficácia razoável e têm sido aceites pelas pacientes. Deste modo, mulheres sem complicações médicas ou sintomas que determinem evacuação cirúrgica, o plano de tratamento poderá corresponder às preferências da paciente. A paciente deve ser aconselhada dos riscos e benefícios de cada opção. Não há evidência de que alguma das abordagens obtenha diferentes resultados a longo prazo.

Esta dissertação consistirá numa revisão bibliográfica sobre abordagem terapêutica do abortamento espontâneo no primeiro trimestre, a partir da base Pubmed-Medline, com recurso aos dados de um questionário de satisfação que circulou entre Janeiro e Abril de 2017 no Centro Materno Infantil do Norte, com o objetivo de clarificar se previamente à abordagem da gravidez não evolutiva é tida em consideração a opinião da utente. Neste estudo, o parecer da maioria das mulheres foi positivo, porém dados os constrangimentos amostrais serão necessários estudos mais aprofundados para confirmar os resultados obtidos.

Abstract

Miscarriage is a frequent complication in the first trimester of pregnancy, occurring in 10-20% of women. Approximately 80% of all cases of pregnancy loss occur within the first trimester.

Early pregnancy loss may have several etiologies, with chromosomal abnormalities accounting for about 50-60% in the first trimester.

Common symptoms of early pregnancy loss, such as vaginal bleeding and uterine cramping, also are common in normal gestation, ectopic pregnancy, and molar pregnancy. Before initiating treatment, it is important to distinguish early pregnancy loss from other early pregnancy complications.

Historically, surgical management was the mainstay of management. However, recently there has been a tendency to invest in various clinical practices in the form of therapeutic abstention or medical induction of uterine evacuation. All forms of treatment have been showing effectiveness and have been accepted by patients. Thus, on women without medical complications or symptoms that determine surgical evacuation, the treatment plan corresponds to their preferences. The patient should be advised of the risks and benefits of each option. There is no evidence that any approach achieves different long term results.

This dissertation will consist on a bibliographical review of the therapeutic approach to spontaneous abortion, based on the Pubmed-Medline database, using data from a satisfaction questionnaire that circulated between January and April 2017, in order to clarify if the women opinion is taken into account before the approach to miscarriage. In this study, most women's feedback was positive, however due to sample constraints there is a need of further studies to proof the results obtained.

Abreviaturas:

OMS- Organização Mundial de Saúde

B-hCG- Beta subunit of human chorionic gonadotropin

ESHRE- European Society of Human Reproduction and Embryology

AER- Abortamento espontâneo recorrente

SG- Semana gestacional

GNE- Gravidez não evolutiva

AE- Abortamento espontâneo

AEP- Abortamento espontâneo precoce

PAPP-A- Proteína plasmática A associada à gravidez

D&C - Dilatação e curetagem

CMIN- Centro -Materno Infantil do Norte

Vs- versus

Métodos

Para a realização desta dissertação adquiri informação com recurso à internet, nomeadamente aos motores de busca “Pubmed”, “Medline”, “Medscape”, “Uptodate” e outros jornais e revistas médicas. A pesquisa incluiu artigos originais, artigos de revisão e artigos de investigação, na maioria publicados entre 2011 e 2017. Os artigos seleccionados encontravam-se sobretudo na língua inglesa, contudo também incluí artigos em Português e Francês.

As palavras-chave maioritariamente utilizadas foram: “spontaneous abortion”, “miscarriage”, “early pregnancy loss”, “expectant management”, “misoprostol”, “mifepristone”, “vacuum aspiration” e “dilatation and curettage”.

O Abortamento espontâneo

Definição, epidemiologia e classificação do abortamento espontâneo:

Segundo a Organização Mundial de Saúde, aborto refere-se ao término da gravidez antes do feto atingir a viabilidade, ou seja, ser capaz de ter uma vida extra uterina independente. Viabilidade é usualmente definida em termos de duração da gravidez e/ou peso do feto, ou ocasionalmente do comprimento do feto. Contudo as definições variam consoante o país (1). O Abortamento espontâneo (AE) é definido como a perda espontânea de uma gravidez intrauterina, antes do feto atingir uma idade gestacional viável (2).

O abortamento espontâneo pode ser classificado em AE clínico ou AE bioquímico. Uma “perda gestacional clínica” ocorre quando a gravidez foi identificada por exame ecográfico ou exame histológico, enquanto que a “perda gestacional bioquímica” ocorre quando a gravidez foi apenas identificada pelo aumento dos níveis séricos da *Beta subunit of human chorionic gonadotropin* (b-HCG) (3). A inclusão ou exclusão da “perda gestacional bioquímica” na definição do abortamento espontâneo pode causar muitas inconsistências ao estimar a incidência de aborto espontâneo(3).

Uma em cada quatro mulheres experienciam este desfecho durante a sua vida reprodutiva(4). O AE é uma complicação frequente do primeiro trimestre da gravidez(5). Aproximadamente 30% de todas as gestações têm este desfecho, contudo a maioria ocorre antes da gravidez ser reconhecida(5). Assim, apenas cerca de 10-20% das gestações clinicamente identificadas têm por fim um abortamento. Entre a implantação e a sexta semana ocorrem 30% das perdas gestacionais e 80% ocorrem nas 12 primeiras semanas (2)(6)(7)(8)(9). A frequência deste acontecimento diminui com o aumento da idade gestacional(10).

Não existe consenso do número de perdas gestacionais necessárias para cumprir os critérios de aborto espontâneo recorrente (AER). As guidelines da *European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE) definem como três ou mais perdas gestacionais consecutivas antes das 22 semanas gestacionais(8)(11). A *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM) define AER quando ocorrem 2 ou mais perdas

gestacionais(6). É estimado que menos de 5% das mulheres experienciem 2 AE consecutivos e apenas 1% sofram 3 ou mais (12)(13). O risco de AER aumenta com a idade materna (6).

O abortamento espontâneo pode ainda ser classificado de acordo com o tempo de gestação em que ocorre: Sendo Precoce/ 1º trimestre se acontece antes das 12 semanas de gestação (SG) e Tardio se acontece entre as 12 e 20 SG (13).

Etiologia:

São várias as causas possíveis da perda gestacional espontânea. Nos abortamentos precoces dominam as anomalias intrínsecas do produto de concepção, com maior importância das cromossomopatias. Nas formas mais tardias, assumem maior relevo algumas causas maternas e aspetos relacionados com a patogenia do parto pré-termo.

As anomalias cromossômicas fetais são responsáveis por cerca de 50-60% de todos os casos de gravidez não evolutiva no primeiro trimestre (5)(7)(12)(13)(14)(6). Estas anomalias têm um peso maior na etiologia do AE esporádico relativamente ao AER (13). Outros fatores etiológicos relacionados com o abortamento espontâneo no primeiro trimestre incluem o síndrome anti-fosfolipídico, drogas teratogênicas, doenças maternas (nomeadamente fatores endócrinos e metabólicos) e anormalidades anatómicas do útero(14)(12)(6).

O espectro de patologias associadas ao aborto espontâneo tardio diferem um pouco das responsáveis pelo primeiro trimestre(14). As causas mais tardias incluem infeção (ex. *Chlamydia*, *Toxoplasma gondii*), anormalidades genéticas, incompetência cervical, anormalidades anatómicas uterinas e trombofílias (mutação do Fator V Leiden, mutação do gene da pro-trombina e deficiências de anticoagulantes naturais (proteína C, S e anti-trombina)) (14)(12)(6).

Acredita-se que as causas major do AER abrangem as anormalidades cromossômicas no feto/embrião, anormalidades anatómicas maternas (ex. septo uterino), defeitos na fase lútea e anticorpos anti-fosfolipídicos (11). Outros fatores como infeções e estados de hipercoagulabilidade também foram considerados mas em menor grau (11).

Contudo, mais de 50-75% dos casos de perdas recorrentes não têm etiologia claramente definida(6)(12).

Formas de apresentação:

A gravidez não evolutiva no 1º Trimestre pode ter várias formas de apresentação:

- Aborto retido, reconhecido por achados ecográficos mostrando ausência de crescimento do saco (saco gestacional intacto) ou não contendo embrião, ou contendo embrião sem atividade cardíaca (15)(16).
- Aborto incompleto, ocorre após quadro de metrorragias, e é reconhecido por achados ecográficos mostrando produtos de concepção retidos na cavidade uterina, sem saco gestacional bem definido (15) (17).
- Aborto inevitável, ocorre quando existe hemorragia com colo do útero aberto e o feto/embrião ainda se mantém na cavidade uterina(14).
- Abortamento completo, ocorre quando os produtos da concepção estão totalmente fora do útero e do colo do útero e, no exame objetivo, o colo do útero está fechado e o útero está pequeno e contraído(18). Este tipo de abortamento, teoricamente não requer tratamento, contudo é difícil distinguir com segurança um aborto completo de um aborto incompleto, quer clinicamente ou com ecografia(18). Como resultado, alguns clínicos realizam curetagem por sucção em todos estes pacientes(18). No entanto, outros autores defendem que só se deve seguir com curetagem quando existe hemorragia excessiva, sinais vitais instáveis ou sinais de infecção(18).

Diagnóstico:

Os sintomas mais comuns, como as metrorragias e algias pélvicas também podem surgir numa gestação normal, na gravidez ectópica e na gravidez molar. Assim, antes de iniciar o tratamento, é fundamental distinguir uma perda gestacional das outras complicações precoces da gravidez (7). Um diagnóstico de abortamento espontâneo falso positivo pode levar a intervenções que danem uma gravidez que poderia ter um percurso normal (19). Portanto, é importante fazer um correto diagnóstico, através da combinação da história clínica e exame físico, ecografia e níveis da B-hCG sérica.

O exame físico deve ser incluído por rotina, envolvendo palpação bi-manual e observação pelo espécuro. Este ultimo pode fazer o diagnóstico se forem visíveis produtos de concepção no colo do útero ou na vagina ou se o canal cervical se encontrar aberto (10)(5).

A forma mais confiável de diferenciar uma gravidez viável de uma não viável é a ecografia transvaginal (5). O diagnóstico baseado neste exame abrange alguns critérios, nomeadamente, a ausência de atividade cardíaca quando o embrião tiver atingido um determinado comprimento crânio-caudal, ausência de embrião visível quando o saco gestacional tiver atingido um certo diâmetro médio e ausência de embrião visível num certo momento da gestação (19). É de realçar que os critérios variam consoante a literatura. Segundo Bourne et all, o diagnóstico pode ser feito através dos seguintes critérios(20):

- Na ecografia, o diâmetro médio do saco gestacional deve ser superior a 25mm (sem embrião visível) ou comprimento crânio caudal ≥ 7 mm (sem evidência de atividade cardíaca fetal).
- Caso haja alguma dúvida no diagnóstico, a ecografia deve ser realizada com intervalo de pelo menos uma semana desde a anterior. Ausência de crescimento crânio-caudal ou no tamanho do saco gestacional é fortemente sugestivo de gravidez não evolutiva na ausência de estruturas embrionárias na ecografia de repetição.

A concentração da B-hCG isolada não é informativa para o diagnóstico do aborto espontâneo, contudo, pode ser útil se os achados da ecografia não forem diagnósticos ou se houver suspeita de gravidez ectópica(10). Esta suspeita ocorre quando os valores de B-hCG são superiores a 2000 mIU por mL (5).

Abordagem terapêutica da perda gestacional:

Considerando o impacto físico e psicológico da experiência de uma GNE, é importante ser capaz de oferecer às pacientes um método eficaz, seguro e não moroso (4). Após o diagnóstico definitivo do AE, as três opções de tratamento a seguir podem ser consideradas: Atitude Expectante, Abordagem Médica e Abordagem Cirúrgica (4)(18).

Classicamente, a abordagem cirúrgica foi o pilar do tratamento do AEP, oferecendo evacuação uterina imediata com uma alta taxa de sucesso superior a 95% (4). Mais recentemente, o tratamento médico tornou-se uma alternativa estabelecida para pacientes que desejam evitar a cirurgia e seus riscos operatórios associados (18)(2)(4).

Abordagem Médica:

A abordagem médica compreende o uso de misoprostol ou uma combinação de mifepristona e misoprostol.

O misoprostol é um análogo sintético da Prostaglandina E1 e tem 4 efeitos major: proteção gastro intestinal, aumento da tonicidade do útero e como efeitos laterais, dor abdominal e diarreia (21)(22)(23). Este fármaco, liga-se seletivamente aos recetores prostanoídes EP-2/EP-3 estimulando contrações uterinas e conseqüentemente remove os produtos da concepção para o exterior (21). Além disso, também provoca amolecimento e dilatação do colo do útero. O misoprostol é rapidamente absorvido quer por via oral quer por via vaginal (21). Nesta última, podem ser mediados efeitos locais e os níveis séricos do fármaco são mais prolongados (24)(25). O seu uso tem sido explorado em obstetrícia e ginecologia, especialmente na indução do aborto no primeiro e segundo trimestre da gravidez, indução do trabalho de parto e prevenção da hemorragia pós-parto (21)(26). Os efeitos estimuladores do misoprostol no útero de uma gravidez precoce, podem, em teoria, auxiliar na expulsão dos tecidos retidos no útero após o abortamento espontâneo (21). A sua segurança e eficácia foram asseguradas por múltiplos ensaios randomizados (18). O Misoprostol tem várias vantagens sobre outros fármacos uma vez que é de baixo custo, tem uma baixa incidência de efeitos laterais e é estável à temperatura ambiente (18).

A Mifepristona (ou RU-486) é um antagonista sintético competitivo da progesterona com alta afinidade para os recetores de progesterona e glucocorticoides e fraca afinidade para os recetores de androgénios (4)(23)(9). Este fármaco atua ligando-se aos recetores de progesterona no útero, com duas vezes mais afinidade do que a ligação desta, inibindo os seus efeitos no endométrio e miométrio (ex. interrompendo a interação trofoblasto-decídua) (4)(23). Durante a gravidez, a mifepristona também induz ação das prostaglandinas promovendo a contração do miométrio (23). Administração da mifepristona no primeiro trimestre da gravidez resulta em contrações uterinas regulares, aumento da sensibilidade às prostaglandinas e também ajuda na dilatação do colo do útero (23). Alguns estudos revelaram que o uso de 600mg de mifepristona é superior a 200 mg de mifepristona (89% vs 63%), não se verificando diferenças relativamente aos efeitos laterais (9). Assim, para atingir ótimos efeitos, 600 mg de mifepristona deve ser a dose preferida nos futuros ensaios (9). Alguns, mas não todos os clínicos, administram mifepristona 24-48h antes do misoprostol para aumentar a taxa de sucesso. No entanto, os resultados dos estudos são contraditórios. Enquanto alguns estudos demonstram resultados promissores que excedem uma taxa de sucesso de 85-90% com o uso adicional de mifepristona, outros não encontraram vantagem adicional com a administração quer de 200 mg quer de 600 mg, tendo em conta o custo-benefício (4)(27).

Foram analisados alguns estudos relativos ao tratamento médico da perda gestacional precoce que avaliam a eficácia deste tratamento, comparam as diferentes doses utilizadas e as vias de administração.

Petersen et al, comparam a eficácia e os efeitos laterais do uso de 400 µg com 800 µg de misoprostol intravaginal. Este estudo concluiu que a taxa de evacuação completa foi equivalente em ambos os estudos (81% e 85%), contudo, com 400µg de misoprostol a taxa de febre é inferior. Assim, 400µg de misoprostol intravaginais podem ser recomendados na abordagem médica do AE 1º Trimestre(28).

Um estudo realizado no Hospital Royal em Muscat, Oman, avaliou o sucesso do misoprostol, onde pacientes com abortamento incompleto receberam 600 µg de misoprostol oral e pacientes com abortamento retido receberam 800 µg de misoprostol

vaginal, com máximo de 3 doses em 24 horas(2). A eficácia global do uso do misoprostol foi de 61, 38% e a maioria dos pacientes não sofreu efeitos laterais (89, 66%) (2).

Uma revisão sistemática comparou o uso de 600 µg com 1200 µg de misoprostol oral, concluindo que a única diferença significativa identificada foi o aumento da diarreia com a dose mais alta, não contrapesando assim o uso de 1200 µg (21). Essa mesma revisão comparou misoprostol sublingual com misoprostol oral, não havendo diferença significativa entre os dois grupos (21).

Khooshideh et al compararam o uso de 400 µg de misoprostol sublingual com 200 µg de misoprostol sublingual + colocação de laminaria no colo do útero, 4 horas antes da abordagem cirúrgica. Este estudo concluiu que a combinação das duas atitudes foi mais efetiva, com dilatação cervical mais rápida, menor necessidade de dilatação mecânica, menos dor abdominal e desconforto durante o período de espera e melhor satisfação das pacientes (29).

Segundo Neilson et al, não foram identificadas diferenças significativas em termos de eficácia relativamente ao uso de misoprostol vaginal versus misoprostol oral (21). A incidência de diarreia foi significativamente menor com o misoprostol vaginal, quando comparado com a via oral (21). No entanto, alguns autores defendem que o uso de misoprostol por via vaginal é mais eficaz, podendo ser devido ao efeito local do misoprostol sobre o colo uterino, à alta concentração de fármaco alcançada no tecido uterino e ao aumento da biodisponibilidade com administração vaginal (18)(30). Estes mesmos autores concordam que administração bucal possa ser tão efetiva quanto a via vaginal, estando a primeira associada a mais efeitos laterais provavelmente relacionados com as diferenças na farmacocinética (18).

Após análise dos diferentes estudos, é possível concluir que a taxa de sucesso global da abordagem médica citada na literatura é altamente variável, variando de 61-83% na prática clínica, e até mesmo tão alta como 95% em pequenos estudos de pesquisa(4). A razão para esta discrepância é provavelmente devido à grande variabilidade institucional nos medicamentos, suas dosagens, vias de administração e intervalos de tempo de administração usados para o tratamento(4). Contudo, também não existe consenso quanto à

opção ideal (18). Além disso, a definição de tratamento bem-sucedido varia muito de estudo para estudo(4). As evidências disponíveis mostram que o tratamento médico parece ser uma alternativa segura à evacuação cirúrgica(9). Representa uma opção de tratamento menos invasivo e dá às mulheres mais controle. Este tipo de tratamento é especialmente adequado para mulheres que não querem admissão hospitalar ou procedimentos cirúrgicos(9).

Infelizmente, o tratamento médico com o misoprostol por si só pode não atingir a evacuação completa em alguns casos (9). A adição de mifepristona aos regimes de tratamento não cirúrgicos atuais pode aumentar as taxas de sucesso e assim reduzir o número de intervenções cirúrgicas(9). No entanto, a evidência da literatura existente é insuficiente para tirar conclusões firmes sobre o valor acrescentado da mifepristona(9).

Atitude Expectante:

A atitude expectante significa esperar que o produto de concepção se expulse por si próprio, sem qualquer intervenção (31). Esta abordagem é uma alternativa para mulheres com gravidez não evolutiva no 1º trimestre que desejam evitar a intervenção cirúrgica e anestesia e possuem sinais vitais estáveis e ausência de infecção evidente. Uma das dificuldades deste método baseia-se na ausência de critérios robustos em prever com confiança a probabilidade de expulsão completa (32). A taxa de sucesso pode variar desde 25% a 100% (33). Vários fatores contribuem para esta variabilidade, nomeadamente o tipo de abortamento, a duração do follow-up e o método de diagnóstico (ecografia ou clínico) usado na avaliação (33). É de realçar que a taxa de sucesso da atitude expectante é superior no abortamento incompleto ou inevitável, nomeadamente em mulheres sintomáticas, comparativamente ao aborto retido (33). Outros estudos concluem que o sucesso desta técnica numa mulher assintomática com aborto retido é muito baixa para justificar o uso na prática clínica de rotina(33). Esta atitude também foi analisada e comparada com os outros tipos de abordagem.

Um estudo recente avaliou o papel dos marcadores bioquímicos disponíveis diariamente nos laboratórios clínicos, na predição do sucesso da atitude expectante após aborto retido ou incompleto no 1º trimestre(17). Foram analisados no plasma materno os

seguintes marcadores: Gonadotrofina coriônica humana, progesterona, proteína plasmática A associada à gravidez (PAPP-A) e proteína C reativa de alta sensibilidade (17). O estudo concluiu que o aumento da idade materna foi associado a maior sucesso, com um aumento de sucesso de 75% por cada aumento de 5 anos na idade materna (17). Altos valores de PAPP-A e progesterona foram associados a hipóteses reduzidas de sucesso da atitude expectante. As baixas concentrações séricas de progesterona maternas foram o parâmetro mais fortemente associado ao sucesso de expulsão completa(17). Assim, a combinação da idade materna e dos níveis de progesterona, podem ajudar os clínicos e as pacientes a tomar uma decisão informada sobre as opções de tratamento(17). Existem outros marcadores bioquímicos que melhoram a predição, contudo, devido ao seu custo e disponibilidade, é impossível utiliza-los na prática clínica (17).

A sintomatologia parece ser um preditor consistente de outcome para a atitude expectante de aborto espontâneo (32). A hemorragia vaginal na apresentação foi associada ao aumento do sucesso do tratamento expectante de GNE incompleta (32). A presença ou ausência de dor na apresentação não foi um preditor para os vários tipos de aborto espontâneo (32).

Estudos que compararam o tratamento sequencial (atitude expectante durante uma semana e, caso não tivesse sucesso, uso de mifepristona e misoprostol) com tratamento imediato com mifepristona e misoprostol, concluem que o grupo de tratamento sequencial exigiu taxas superiores de aspiração por vácuo de emergência, maior número de visitas ginecológicas de emergência e necessidade de mais tempo para evacuação completa. Assim sendo, o tratamento sequencial é menos recomendado comparativamente ao tratamento imediato (34)(18).

Bagratee et all concluem que o uso de 600µg de misoprostol vaginal é mais efetivo do que a atitude expectante (88,5% vs 44,2%)(35), não existindo diferenças relativamente aos efeitos laterais(35).

A atitude expectante é uma opção viável e segura, contudo, está associada a alto risco de AE incompleto, necessidade de evacuação cirúrgica adicional ou não planeada, hemorragia e necessidade de transfusão (17) (36). A taxa de complicações são comparáveis

ao cirúrgico e não tem efeitos a longo termo na fertilidade(33). Além disso, atitude expectante é o método mais barato(33).

Abordagem Cirúrgica:

Durante muitos anos, a evacuação cirúrgica era a opção de escolha no tratamento da gravidez não evolutiva do primeiro trimestre, sendo associada a taxas de evacuação completa de 93-98% (9). Contudo, esta abordagem está associada a altos custos e pode acarretar riscos de complicações tais como infecção pélvica, lesão do colo do útero, endometrite, perfuração uterina, hemorragia abundante, síndrome de Asherman, insuficiência cervical nas gestações seguintes e riscos relacionados com anestesia. A incidência destas complicações varia na literatura entre 0,01% e 1,2%. Recentes revisões sistemáticas revelaram uma alta prevalência de adesões intra-uterinas após evacuação cirúrgica (19,1%), podendo interferir com a fertilidade futura (37)(2)(4)(18). Uma meta-análise também demonstrou que a dilatação e curetagem estão associadas ao aumento do risco de parto pré-termo subsequente(38).

A dilatação e curetagem (D&C) é um método obsoleto de abortamento cirúrgico que implica dilatar o colo do útero com dilatadores mecânicos ou agentes farmacológicos e usar curetas afiadas de metal para raspar as paredes do útero. Atualmente, a aspiração a vácuo intrauterina é a técnica cirúrgica de escolha para o abortamento de uma gravidez com menos de 15 semanas de gestação (39). Esta envolve a evacuação do conteúdo uterino através de uma cânula plástica ou de metal, acoplada a uma fonte de vácuo(39).A alta eficácia da aspiração a vácuo tem sido estabelecida em vários ensaios controlados randomizados sendo notificados índices de abortamento completo entre 95% a 100%. Tecnologias de aspiração a vácuo manual ou elétrica parecem ser igualmente efetivas e são consideradas um procedimento seguro (39). A D&C é menos segura do que esta e é consideravelmente mais dolorosa para a mulher. As taxas de complicações major com a D&C são duas a três vezes mais altas do que com a aspiração a vácuo (39)(40).

Alguns autores sugerem que abordagem cirúrgica deve ser efetuada pelas mulheres que não querem esperar pela passagem espontânea ou evacuação após tratamento médico ou expectante e que desejam evitar a experiência de dor e hemorragia que acompanha a

passagem dos produtos de concepção(18). Além disso, a evacuação cirúrgica é necessária para mulheres com contraindicações ao misoprostol, com hemorragia abundante, sépsis, ou que têm co-morbilidades médicas e precisam de um método controlado de evacuação uterina num ambiente hospitalar (ex. coagulopatia) (18).

Evacuação uterina cirúrgica tem várias vantagens sobre os outros métodos, além de ser o método mais eficaz, tem um menor tempo até a conclusão do tratamento (18)(41). Revisões sistemáticas de ensaios randomizados descobriram que evacuação completa dentro de 48 horas é mais provável com a cirurgia do que com a abordagem médica e mais provável com o tratamento médico do que com a atitude expectante(18). O tratamento cirúrgico também reduz o risco de internamentos não planejados e a necessidade de tratamento subsequente, comparativamente aos outros dois métodos (18).

Diversos estudos compararam a atitude expectante com a abordagem cirúrgica no abortamento espontâneo. Lemmers et al compararam a eficácia destes dois métodos após administração do misoprostol, concluindo que a curetagem foi efetiva em 95% das mulheres e a atitude expectante foi efetiva em 85% (42). Alguns autores concluem que a eficácia do método expectante é de 71% versus 97% com o cirúrgico (43). Ambos os procedimentos apresentam taxas de fertilidade semelhantes (44). Porém, as dores abdominais, admissões não planejadas, evacuações emergentes e limitação da atividade física foram superiores no expectante(43). A maioria dos autores conclui que apesar das taxas de sucesso serem superiores com o método cirúrgico (não sendo na maioria estatisticamente significativas), como a atitude expectante foi segura, eficaz e com taxa de sucesso aceitável, e as complicações são comparáveis ao cirúrgico, com algumas exceções já referidas anteriormente, este deveria ser o tratamento de 1ª linha em mulheres com AEP evitando a necessidade da cirurgia e os seus riscos associados (42)(43)(44)(45)(46). Adicionalmente, o tratamento expectante tem custos bastantes inferiores (31). Todavia, outros autores alertam para o alto risco de AE incompleto com a atitude expectante, a necessidade de esvaziamento cirúrgico não planejado, hemorragia e necessidade de transfusão(31).

Estudos que compararam o uso de misoprostol com o tratamento cirúrgico concluíram que: Quando comparado com misoprostol vaginal (3 doses de 400 µg em

intervalos de 1h), a eficácia do misoprostol foi de 91,3% vs 96% com o cirúrgico, não havendo diferenças significativas nas perdas hemorrágicas e dores relacionadas com os procedimentos (47). Outros autores chegaram à conclusão que quando o misoprostol é administrado oralmente, este é ligeiramente menos eficaz do que a cirurgia, não sendo esta diferença clinicamente relevante, uma vez que a taxa de sucesso é alta para ambos (21). Estes autores defendem que com o misoprostol oral ocorrem mais perdas hemorrágicas, náuseas e vômitos, mas menos danos cervicais, comparativamente com o método cirúrgico (21).

Devido à falta de clareza de superioridade de alguma das técnicas, a preferência da mulher deve ser um fator importante na decisão a tomar(45)(31).

Abordagem expectante vs médica vs cirúrgica

Existem escassos estudos recentes que comparam as 3 abordagens da GNE. Estes concluíram que o método cirúrgico é mais eficaz, com taxa de sucesso de 95-98% para a cirurgia, 85-90% para o uso de misoprostol e 50% para a atitude expectante após duas semanas(41). Por outro lado, os outcomes em termos de infecção, fertilidade futura e satisfação da paciente foram semelhantes entre si (41) (48). Conquanto, o tratamento médico e expectante requerem maior tempo de follow-up no ambulatório, levando a hemorragia mais prolongada e procedimentos cirúrgicos não planejados(48).

A maioria dos autores defende que a abordagem farmacológica é atualmente considerada uma alternativa eficaz à evacuação cirúrgica (2)(6). Administração do misoprostol reduz significativamente a taxa de evacuação cirúrgica com efeitos laterais mínimos. Esta taxa pode ainda ser melhorada com adição de mifepristona (9). Apesar do método cirúrgico ser o procedimento mais rápido e eficaz, evitar a cirurgia tem benefícios consideráveis em termos de redução dos efeitos adversos e é particularmente benéfico a nível económico (2)(21). A atitude expectante também pode ser oferecida como uma abordagem natural e não invasiva, contudo, há risco de abortamento espontâneo incompleto e necessidade de esvaziamento cirúrgico não planejado (43).

Porém, é difícil tirar conclusões concretas uma vez que o sucesso relativo dos métodos depende de vários fatores, incluindo o tipo de aborto, as dimensões dos produtos de concepção retidos visíveis na ecografia, diferenças na duração da atitude expectante antes de iniciar o tratamento médico ou cirúrgico (9)(45) (49). A definição de tratamento bem-sucedido também varia muito de estudo para estudo(4). No tratamento médico são usadas diferentes dosagens, diferentes vias de administração e diferentes intervalos de tempo de administração, não existindo consenso quanto à opção ideal (4)(18). Todos estes fatores devem ser tidos em consideração no momento da decisão juntamente com a preferência do paciente, sendo este último o fator mais preditivo de satisfação(49).

Follow-up:

Nas guidelines atuais, não existem recomendações relativas ao follow-up após abordagem da gravidez não evolutiva, sendo a literatura também limitada (9). A taxa de

declínio da b-hCG não garante que a evacuação seja completa(9). Sendo assim, o follow-up deve basear-se na história clínica, exame físico e nos achados da ecografia(50). O período de follow-up mais apropriado também não está definido, contudo, o usado em alguns países é de uma semana(9). A espessura do endométrio não deve ser medida uma vez que não prediz a retenção de produtos retidos ou a necessidade de evacuação cirúrgica(50). Porém outros autores defendem que o critério mais comumente usado no diagnóstico de expulsão completa é ausência de saco gestacional e espessura do endométrio inferior a 30 mm(7).

Preferências e Satisfação das pacientes

Preferências das pacientes

As preferências das pacientes relativamente ao tratamento da perda gestacional são diversas. Estas dependem de vários fatores, nomeadamente, do desejo de privacidade, da relutância de serem submetidas a cirurgia e das expectativas sobre cada tipo de tratamento (50). Nestas expectativas, as mulheres valorizam a eficácia de cada método, a sua segurança, o risco de complicações, o número de dias de sangramento, o tempo até à finalização do processo e o número de dias necessário para voltar às atividades diárias (51)(52). O nível socioeconómico, a opinião das pessoas mais próximas (incluindo os profissionais de saúde e familiares) e as suas experiências com a gravidez atual ou passadas também foram fatores que influenciaram a escolha do tipo de tratamento (53) (54).

Algumas pacientes optam pelo método médico ou expectante uma vez que desejam evitar a cirurgia e os seus riscos associados ou então porque desejam a expulsão por um processo mais “natural” (51). Embora tanto as pacientes como os obstetras valorizem as qualidades menos invasivas destas abordagens, as preocupações com a probabilidade de aborto incompleto, limitam muito a sua utilização (54). Pelo contrário, outras ficam incomodadas com o conceito de “manter o produto de conceção dentro de seu corpo” e desejam uma opção menos morosa para voltar rapidamente à sua rotina, e nesses casos optam pelo método cirúrgico (51) (54). Diversos estudos concluem que, de facto, mais de metade das pacientes optam pelo método cirúrgico, seguido do médico e por último o expectante (52) (54).

A opinião dos profissionais de saúde tem um grande peso na opção tomada por algumas pacientes. Apesar das preferências bem definidas, muitas continuam a fazer escolhas de acordo com a recomendação do médico (51). Pesquisas demonstraram que metade das mulheres mudava a sua decisão de tratamento quando era aconselhada por profissionais de saúde(51). Contudo, um estudo demonstrou que após aconselhamento por

profissionais de saúde, as preferências não tiveram alterações muito significativas: Cirúrgico 55% para 62%; Médico: 33% para 35% e expectante 23% para 4% (54).

Cada tipo de abordagem deve ser bem esclarecido às pacientes, tendo em conta as vantagens e desvantagens associadas. O sucesso da abordagem depende de uma série de fatores que devem ser levados em consideração ao aconselhar as mulheres com aborto espontâneo(51). Infelizmente, na prática clínica, muitas vezes as mulheres não são informadas detalhadamente antes de uma abordagem da GNE (55). Esta atitude deve ser mudada, para que forneçam às mulheres informações oportunas e compreensíveis e estas possam tomar a sua própria decisão de acordo com o método de tratamento que preferem (55) (56). Portanto, o aconselhamento é uma parte essencial de todo o processo, e deve ajudar a paciente a tomar uma decisão informada num ambiente apropriado(51).

Satisfação das pacientes

Existem conclusões diferentes relativas à satisfação das pacientes após abordagem do AE. Enquanto alguns estudos concluem que as mulheres ficam mais satisfeitas com a cirurgia, a maioria conclui que não existem diferenças significativas relativamente à satisfação de cada um dos métodos (57)(58)(59). A satisfação das mulheres sujeitas ao tratamento do abortamento espontâneo é na maioria baseada nos cuidados recebidos durante o procedimento, se o procedimento foi realizado de acordo com as suas preferências ou se o método foi eficaz (58)(51)(54)(60)(4)(56)(33). As pacientes valorizam mais os cuidados recebidos (particularmente a eficiência dos cuidados, confiança na qualidade do atendimento, sensibilidades dos prestadores de cuidados de saúde e boa comunicação) do que propriamente o tipo de tratamento (54)(60). Elas relatam baixa satisfação quando não lhes é fornecida informação suficiente ou ausência de cuidados focados no bem estar emocional (60). Alguns ensaios avaliaram as preferências das pacientes no futuro, após o tratamento da perda gestacional. Estudos concluem que mais de metade das pacientes que foram sujeitas ao tratamento pretendido, escolheriam novamente esse tratamento (51)(4)(56). Mulheres com evacuação completa de sucesso ficaram mais satisfeitas com o seu tratamento(58)(59).

Wallace et al concluíram que “não existe forma ideal” de tratar mulheres com GNE que se adeque a todos os indivíduos (51). Uma vez que todas as opções disponíveis são similares em termos de eficácia e segurança, a opção da paciente deve ser tida em consideração(50).

Terá a mulher papel na decisão da abordagem do abortamento espontâneo?

Com o objetivo de perceber se previamente à abordagem da perda gestacional é tida em consideração a opinião da utente, foi analisado um questionário que circulou na Unidade de primeiro trimestre do Centro Materno Infantil do Norte no decorrer dos meses de Janeiro a Abril de 2017 (Anexo 1). Este questionário avalia o grau de satisfação das utentes que recorrem à unidade, sendo utilizados apenas os relativos à GNE. Nestes quatro meses foram referenciadas a esta unidade 114 gravidezes não evolutivas, contudo, após anuência para a participação no estudo foram incluídos os dados de 24 mulheres. A taxa de participação no estudo foi de 21,053%. Para esta dissertação, apenas algumas perguntas do questionário são relevantes, sendo analisadas as questões número 1, 4, 5, 6 e 7.

Procedimentos estatísticos

A análise de dados foi realizada em ambiente SPSS. Para as estatísticas descritivas foram calculadas frequências absolutas e relativas, apresentadas sob o formato de tabela (Tabela I). A relação entre as variáveis em jogo foi medida com o coeficiente de correlação de Spearman, uma vez que a natureza das variáveis era ordinal. A comparação por período da primeira consulta no CMIN foi realizada com o teste Mann-Whitney pelo mesmo motivo. Foram considerados resultados estatisticamente significativos para $p < .05$ e marginalmente significativos para $p < .10$, considerando o tamanho reduzido da amostra (61).

Resultados

Frequências absolutas e relativas:

Tabela I: Frequências absolutas e relativas

Questões	Respostas	Frequência absoluta	Frequência relativa
Quantas semanas de gravidez tinha quando teve a primeira consulta no CMIN?	4-7 semanas	15	65,22%
	8-10 semanas	7	30,43%
	Outra	1	4,35%
Ao longo das suas consultas considera ter-lhe sido dado tempo suficiente para colocar as suas dúvidas?	Sim, sempre	23	95,83%
	Sim, por vezes	1	4,17%
	Não	0	0%
Considera que o profissional de saúde tomou em consideração a sua opinião / atendeu às suas dúvidas?	Sim, sempre	13	54,17%
	Sim, por vezes	10	41,67%
	Não	1	4,17%
Considera que falaram consigo de forma que pudesse compreender?	Sim, sempre	22	91,67%
	Sim, por vezes	1	4,17%
	Não	0	0%
Considera ter-lhe sido dada informação suficiente para decidir?	Sim, de certeza	23	95,83%
	Sim, em alguns aspetos	1	4,17%
	Não	0	0%

Relação entre variáveis

As mulheres que consideraram ter tido tempo suficiente na consulta para expor as suas dúvidas consideraram também que o médico falou consigo de forma que pudesse compreender. O resultado estatisticamente significativo positivo da correlação entre as referidas variáveis ($r_s=.999$, $p<.01$) sugere que a perceção, por parte das mulheres, de que

têm tempo para expor convenientemente as suas questões se relaciona de forma positiva no modo como recebem e compreendem a informação (Anexo 2).

Foram encontradas diferenças marginalmente significativas por período da primeira consulta no CMIN, na variável relativa à consideração da opinião da grávida/ atendeu às suas dúvidas por parte do profissional de saúde ($p=.091$), com resultados mais elevados nas grávidas com 8-10 semanas, comparativamente com as grávidas com gravidez entre 4-7 semanas (Anexo 3 e 4).

De acordo com as respostas obtidas, a maioria das mulheres que recorreram ao CMIN por GNE teve uma resposta positiva. Porém, dados os constrangimentos amostrais serão necessários estudos mais aprofundados para confirmar os resultados.

De facto, este é um assunto relevante, dado que a maioria dos estudos recomenda realizar a abordagem do AE de acordo com as preferências da mulher, uma vez que todas as técnicas de abordagem têm eficácia aceitável. Assim, é pertinente perceber se isto é o que realmente acontece na prática clínica, devendo dar-se continuidade ao estudo.

Conclusão:

Em suma, as três formas de abordagem (cirúrgica, médica e expectante) têm eficácia razoável para a evacuação uterina em mulheres com gravidez não evolutiva no primeiro trimestre. Deste modo, mulheres sem complicações médicas ou sintomas que determinem evacuação cirúrgica, o plano de tratamento poderá corresponder às preferências da paciente. Para confirmar se isto sucede na prática clínica, foi analisado um questionário que circulou na Unidade de 1º Trimestre do Centro Materno Infantil do Norte, concluindo que, a maioria das mulheres se encontra satisfeita com a informação que lhes foi fornecida, com o tempo que disponibilizaram para colocar as suas dúvidas e por terem em consideração a sua opinião. Todavia, dados os constrangimentos amostrais este estudo deveria ser prolongado para confirmar os resultados obtidos.

As preferências das pacientes relativamente ao procedimento do abortamento espontâneo diversificam e são determinadas por diversos fatores, dependendo daquilo que cada mulher valoriza. Tem-se verificado que mais de metade das pacientes optam pelo método cirúrgico, seguido do médico e por último o expectante. Após a realização do tratamento, a maioria dos estudos conclui que não existem diferenças significativas relativamente à satisfação de cada um dos métodos, contudo esta é na maioria baseada na eficácia do procedimento realizado, nos cuidados recebidos durante o procedimento e se este foi realizado de acordo com as suas preferências. Dado o impacto psicológico causado por esta experiência, o apoio emocional é essencial no acompanhamento deste processo, e é um dos pontos que a mulher valoriza para se sentir satisfeita com a abordagem a que foi submetida.

Atualmente, o tratamento médico é considerado uma alternativa eficaz à evacuação cirúrgica e possivelmente será o método preferencial no futuro, apesar do método cirúrgico ser o procedimento mais rápido e eficaz. A atitude expectante também pode ser oferecida como uma abordagem natural e não invasiva.

Por fim, o sucesso de cada tipo de tratamento depende de vários fatores que variam conforme o estudo, daí ainda não existir consenso relativamente às taxas de eficácia e de

efeitos adversos para o mesmo tipo de abordagem. Desta forma, também há dificuldade em comparar os vários tipos de tratamento de forma equitativa.

Referencias bibliográficas:

1. Akinla O, Bernischke K, Ehteshamazeh T, Geijerstam G, Gulkevic J, Hirschler I, et al. Spontaneous and induced abortion: report of a WHO Scientific Group. 1970. 52 p.
2. Ambusaidi Q, Zutshi A. Effectiveness of misoprostol for induction of first-trimester miscarriages: Experience at a single tertiary care centre in Oman. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2015;15(4):e534–8.
3. Saravelos SH, Li TC. Unexplained recurrent miscarriage: How can we explain it? *Hum Reprod*. 2012;27(7):1882–6.
4. V. C, T. N, T. B, C. B, A. C-K, L. W, et al. Marked improvement in the success rate of medical management of early pregnancy failure following the implementation of a novel institutional protocol and treatment guidelines: a follow-up study. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2016;294(6):1265–72. Available from: <http://link.springer.de/link/service/journals/00404/index.htm%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed18b&NEWS=N&AN=611841820>
5. Prine LW, Macnaughton H. Office management of early pregnancy loss. *Am Fam Physician*. 2011;84(1):75–82.
6. Jeve YB DW. Evidence-based management of recurrent miscarriages. *J Hum Reprod Sci* [Internet]. 2014;7(3):159–69. Available from: <http://www.jhrsonline.org/article.asp?issn=0974-1208;year=2014;volume=7;issue=3;spage=159;epage=169;aulast=Jeve>
7. Prager S, Dalton V, Allen R. Early pregnancy loss. 2015;
8. Larsen EC, Christiansen OB, Kolte AM, Macklon N. New insights into mechanisms behind miscarriage. *BMC Med* [Internet]. 2013;11(1):154. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/154>

9. Van Den Berg J, Gordon BBM, Sniijders MPML, Vandebussche FPHA, Coppus SFPJ. The added value of mifepristone to non-surgical treatment regimens for uterine evacuation in case of early pregnancy failure: A systematic review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015;195:18–26.
10. Tulandi T, Al-Fozan HM. Spontaneous Abortion: Risk Factors, Etiology, Clinical Manifestations, and Diagnostic Evaluation. *UpToDate.* 2017. p. 1–24.
11. Brezina PR, Kutteh WH. Classic and Cutting-Edge Strategies for the Management of Early Pregnancy Loss. *Obstet Gynecol Clin North Am [Internet].* 2014;41(1):1–18. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2013.10.011>
12. Practice T, Medicine R. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: A committee opinion. *Fertil Steril [Internet].* 2012;98(5):1103–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.06.048>
13. Alijotas-Reig J, Garrido-Gimenez C. Current Concepts and New Trends in the Diagnosis and Management of Recurrent Miscarriage. *Obstet Gynecol Surv.* 2013;68(6):445–66.
14. Bottomley C, Bourne T. Diagnosing miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet].* 2009;23(4):463–77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2009.02.004>
15. Huchon C, Deffieux X, Beucher G, Capmas P, Carcopino X, Costedoat-Chalumeau N, et al. Pregnancy loss: French clinical practice guidelines. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;201:18–26.
16. Knez J, Day A, Jurkovic D. Ultrasound imaging in the management of bleeding and pain in early pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet].* 2014;28(5):621–36. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521693414000601>
17. Memtsa M, Jauniaux E, Gulbis B, Nyrhinen NC, Jurkovic D. Maternal serum markers in predicting successful outcome in expectant management of missed

- miscarriage. *Reprod Biomed Online* [Internet]. 2016; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbmo.2016.09.004>
18. Tulandi T, Al.Fozan H. Spontaneous abortion : Management. *UpToDate*. 2016. p. 1–23.
 19. Champion EW, Doubilet PM, Benson CB, Bourne T, Blaivas M. Diagnostic Criteria for Nonviable Pregnancy Early in the First Trimester. *N Engl J Med* [Internet]. 2013;369(15):1443–51. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMra1302417>
 20. Bourne T, Bottomley C. When is a pregnancy nonviable and what criteria should be used to define miscarriage? *Fertil Steril* [Internet]. 2012;98(5):1091–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.09.017>
 21. Neilson JP, Gyte GML, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2013;(3):CD007223. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23543549>
 22. Davies NM, Longstreth J, Jamali F. Misoprostol therapeutics revisited. *Pharmacotherapy* [Internet]. 2001;21(1):60–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11191738>
 23. T J V, A S, W HRG. Off-label use of misoprostol in gynaecology. 2015;7(4):261–4.
 24. Zieman M, Fong SK, Benowitz NL, Banskter D, Darney PD. Absorption kinetics of misoprostol with oral or vaginal administration. *Obstet Gynecol*. 1997;90(1):88–92.
 25. Aubert J, Bejan-Angoulvant T, Jonville-Bera AP. Pharmacologie du misoprostol (donnees pharmacocinetiques, tolerance et effets teratogenes). *J Gynecol Obstet Biol la Reprod* [Internet]. 2014;43(2):114–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.11.006>
 26. Norman JE, Thong KJ, Baird DT. Uterine contractility and induction of abortion in early pregnancy by misoprostol and mifepristone. *Lancet*. 1991;338(8777):1233–6.

27. Berg J Van Den, Bent JM Van Den, Snijders MP, Heus R De, Coppus SF, Vandenbussche FP. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology Sequential use of mifepristone and misoprostol in treatment of early pregnancy failure appears more effective than misoprostol alone : a retrospective study. Eur J Obstet Gynecol [Internet]. 2014;183:16–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.10.010>
28. Petersen SG, Perkins A, Gibbons K, Bertolone J, Devenish-Meares P, Cave D, et al. Can we use a lower intravaginal dose of misoprostol in the medical management of miscarriage? A randomised controlled study. Aust New Zeal J Obstet Gynaecol. 2013;53(1):64–73.
29. Khooshideh M, Yarmohammadi N, Shahriari A, Sheikh M. Sublingual misoprostol plus laminaria for cervical preparation before surgical management of late first trimester missed abortions, a randomized controlled trial. J Matern Neonatal Med [Internet]. 2017;30(3):317–22. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14767058.2016.1171838>
30. Khan R-U, El-Refaey H, Sharma S, Sooranna D, Stafford M. Oral, Rectal, and Vaginal Pharmacokinetics of Misoprostol. Obs Gynecol. 2004;103:866–70.
31. Nanda K, Lopez LM, Grimes DA, Peloggia A, Nanda G. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2012;3(3):CD003518. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22419288>
32. Casikar I, Lu C, Reid S, Condous G. Does symptomatology at presentation correlate with successful expectant management of first trimester miscarriage: A prospective observational study. Aust New Zeal J Obstet Gynaecol. 2013;53(2):178–83.
33. El-Sayed MM, Mohamed SA, Jones MH. Expectant management of first-trimester miscarriage. J Obstet Gynaecol [Internet]. 2009;29(8):681–5. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=19821656>

34. Torre A, Huchon C, Bussieres L, MacHevin E, Camus E, Fauconnier A. Immediate versus delayed medical treatment for first-trimester miscarriage: A randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2012;206(3):215.e1-215.e6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2011.12.009>
35. Bagratee JS, Khullar V, Regan L, Moodley J, Kagoro H. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. *Hum Reprod*. 2004;19(2):266–71.
36. Casikar I, Bignardi T, Riemke J, Alhamdan D, Condous G. Expectant management of spontaneous first-trimester miscarriage: Prospective validation of the “2-week rule.” *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2010;35(2):223–7.
37. Hooker AB, Lemmers M, Thurkow AL, Heymans MW, Opmeer BC, Broilman HAM, et al. Systematic review and meta-analysis of intrauterine adhesions after miscarriage: Prevalence, risk factors and long-term reproductive outcome. *Hum Reprod Update*. 2014;20(2):262–78.
38. Lemmers M, Verschoor MAC, Hooker AB, Opmeer BC, Limpens J, Huirne JAF, et al. Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth: A systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod*. 2015;31(1):34–45.
39. Organização Mundial de Saúde. Aborto seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. Vol. WHO.
40. Yonke N, Leeman LM. First-trimester surgical abortion technique. *Obstet Gynecol Clin North Am* [Internet]. 2013;40(4):647–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2013.08.006>
41. Mcgee TM, Diplock H, Lucewicz A. Sublingual misoprostol for management of empty sac or missed miscarriage: The first two years experience at a metropolitan Australian hospital. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*. 2016;56(4):414–9.
42. Lemmers M, Verschoor MAC, Oude Rengerink K, Naaktgeboren C, Opmeer BC, Bossuyt PM, et al. MisoREST: Surgical versus expectant management in women

- with an incomplete evacuation of the uterus after misoprostol treatment for miscarriage: A randomized controlled trial. *Hum Reprod* [Internet]. 2017;31(11):2421–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.01.019>
43. Sajjan R. Expectant Versus Surgical Management of Early Pregnancy Miscarriages- A Prospective Study. *J Clin Diagnostic Res* [Internet]. 2015; Available from: http://jcd.r.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2015&volume=9&issue=10&page=QC06&issn=0973-709x&id=6613
 44. Lemmers M, Verschoor MAC, Overwater K, Bossuyt PM, Hendriks D, Hemelaar M, et al. Fertility and obstetric outcomes after curettage versus expectant management in randomised and non-randomised women with an incomplete evacuation of the uterus after misoprostol treatment for miscarriage. *Eur J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017;211:78–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.01.055>
 45. Al-Ma'ani W, Solomayer EF, Hammadeh M. Expectant versus surgical management of first-trimester miscarriage: A randomised controlled study. *Arch Gynecol Obstet*. 2014;289(5):1011–5.
 46. Nadarajah R, Quek YS, Kuppanan K, Woon SY, Jeganathan R. A randomised controlled trial of expectant management versus surgical evacuation of early pregnancy loss. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2014;178:35–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.02.021>
 47. Patua B, Dasgupta M, Bhattacharyya SK, Bhattacharya S, Hasan SH, Saha S. An approach to evaluate the efficacy of vaginal misoprostol administered for a rapid management of first trimester spontaneous onset incomplete abortion, in comparison to surgical curettage. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;288(6):1243–8.
 48. Beucher G, Dolley P, Stewart Z, Carles G, Dreyfus M. Fausses couches du premier trimestre : bénéfices et risques des alternatives thérapeutiques. *Gynécologie, Obs Fertil*. 2014;42(9):608–21.

49. Black KI, de Vries BS, Moses F, Pelosi M, Cong A, Ludlow J. The impact of introducing medical management on conservative and surgical management for early pregnancy miscarriage. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2017;57(1):93–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/ajo.12573>
50. Gariepy A, Stanwood N. Medical management of early pregnancy failure: Efficacy [Internet]. *Contemporary OB/GYNO*. 2013. Available from: http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L352547625%5Cnhttp://www.thieme-connect.com/ejournals/pdf/srm/doi/10.1055/s-0028-1087107.pdf%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1055/s-0028-1087107%5Cnhttp://sfx.ub.rug.nl:9003/sfx_local?sid=EM
51. Wallace RR, Goodman S, Freedman LR, Dalton VK, Harris LH. Counseling women with early pregnancy failure: Utilizing evidence, preserving preference. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2010;81(3):454–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.10.031>
52. Levine K, Cameron ST. Women’s preferences for method of abortion and management of miscarriage. *J Fam Plan Reprod Heal Care*. 2009;35(4):233–5.
53. Wijesinghe PS, Herath RP, Abeyundara IDHPK. A qualitative study on patients’ perceptions of expectant management of first trimester incomplete miscarriage. *Ceylon Med J*. 2012;57(4):145–9.
54. Schreiber CA, Chavez V, Whittaker PG, Ratcliffe SJ, Easley E, Barg FK. Treatment Decisions at the Time of Miscarriage Diagnosis. *Obs Gynecol*. 2016;128(6):1347–56.
55. Smith LF, Frost J, Levitas R, Bradley H, Garcia J. Women’s experiences of three early miscarriage management options: a qualitative study. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2006;56(524):198–205. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1828263&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
56. Wieringa-De Waard M, Bindels PJE, Vos J, Bonsel GJ, Stalmeier PFM, Ankum

- WM. Patient preferences for expectant management vs. surgical evacuation in first-trimester uncomplicated miscarriage. *J Clin Epidemiol.* 2004;57(2):167–73.
57. Niinimäki M, Jouppila P, Martikainen H, Talvensaari-Mattila A. A randomized study comparing efficacy and patient satisfaction in medical or surgical treatment of miscarriage. *Fertil Steril.* 2006;86(2):367–72.
58. Kong GWS, Lok IH, Yiu AKW, Hui ASY, Lai BPY, Chung TKH. Clinical and psychological impact after surgical, medical or expectant management of first-trimester miscarriage - A randomised controlled trial. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol.* 2013;53(2):170–7.
59. Lee DT, Cheung LP, Haines CJ, Chan KP, Chung TK. A comparison of the psychologic impact and client satisfaction of surgical treatment with medical treatment of spontaneous abortion: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2001;185(4):953–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11641684>
60. Geller PA, Psaros C, Kornfield SL. Satisfaction with pregnancy loss aftercare: Are women getting what they want? *Arch Womens Ment Health.* 2010;13(2):111–24.
61. Field A. *Discovering Statistics Using SPSS.* 2^a. London; 2005.

Anexos

Anexo 1: Questionário- Avaliação do Grau de satisfação dos Utentes

Centro Materno Infantil do Norte

centro hospitalar
do Porto

Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes

UNIDADE DO PRIMEIRO TRIMESTRE

A sua opinião é muito importante para nós! Responda, por favor, a estas perguntas para podermos corrigir o que está mal.

Este inquérito é ANÓNIMO e CONFIDENCIAL. Não assine.

Face ao seu processo de tratamento (leitura óptica), este inquérito deve ser preenchido utilizando **caneta ou esferográfica preta ou azul** e preenchido como mostra o exemplo.

1	2		
---	---	--	--

Preencha assim assim não

No grupo de questões abaixo, escolha em cada pergunta a opção de resposta que considera mais apropriada.

- Quantas semanas de gravidez tinha quando teve a primeira consulta no CMIN?
 - 4 - 7 semanas
 - 8 - 10 semanas
 - Outra
- Qual foi o motivo para recorrer a esta Unidade
 - Gravidez não evolutiva
 - Interrupção da gravidez por opção
 - Outro
- Qual foi a razão de ter recorrido ao CMIN?
 - É o hospital da minha área de residência
 - Não é o hospital da minha área de residência, mas foi-me aconselhado
 - Outro motivo
- Ao longo das suas consultas considera ter-lhe sido dado tempo suficiente para colocar as suas dúvidas?
 - Sim, sempre
 - Sim, por vezes
 - Não
- Considera que o profissional de saúde tomou em consideração a sua opinião / atendeu às suas dúvidas?
 - Sim, sempre
 - Sim, por vezes
 - Não
- Considera que falaram consigo de forma que pudesse compreender?
 - Sim, sempre
 - Sim, por vezes
 - Não
- Considera ter-lhe sido dada informação suficiente para decidir?
 - Sim, de certeza
 - Sim, em alguns aspectos
 - Não
- Como classifica a qualidade de atendimento dos **médicos na primeira consulta**? Muito bom Bom Suficiente Mau
- Como classifica a qualidade de atendimento dos **médicos nas consultas de revisão**?
 - Muito bom
 - Bom
 - Suficiente
 - Mau
- Como classifica a qualidade de atendimento da **equipa de enfermagem** em geral? Muito bom Bom Suficiente Mau
- Como classifica a qualidade de atendimento dos **administrativos** em geral? Muito bom Bom Suficiente Mau
- Como classifica quanto ao cumprimento dos horários? Muito bom Bom Suficiente Mau
- Recomendaria esta Unidade? Sim Não

Tem alguma sugestão para a melhoria do nosso Serviço?

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Pag. 1 de 1

17368

Anexo 2:

Tabela II: Correlações de Spearman

	1	2	3	4
1 Foi-lhe dado tempo suficiente para colocar as suas dúvidas	1	.20 6	.999* *	- .043
2 O profissional de saúde tomou em consideração a sua opinião		1	.221	- .189
3 Considera que falaram consigo de forma que pudesse compreender			1	- .045
4 Considera ter-lhe sido dada informação suficiente				1

*p<.05; ** p<.01

Anexo 3:

Tabela III

Ranks				
	Semanas_gravidez	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Foi-lhe dado tempo suficiente para colocar as suas dúvidas	4 - 7 semanas	15	11,27	169,00
	8 - 10 semanas	7	12,00	84,00
	Total	22		
O profissional de saúde tomou em consideração a sua opinião	4 - 7 semanas	15	9,87	148,00
	8 - 10 semanas	7	15,00	105,00
	Total	22		
Considera que falaram consigo de forma que pudesse compreender	4 - 7 semanas	14	10,75	150,50
	8 - 10 semanas	7	11,50	80,50
	Total	21		
Considera ter-lhe sido dada informação suficiente	4 - 7 semanas	15	11,27	169,00
	8 - 10 semanas	7	12,00	84,00
	Total	22		

Anexo 4:

Tabela 1

Test Statistics ^a				
	Foi-lhe dado tempo suficiente para colocar as suas dúvidas	O profissional de saúde tomou em consideração a sua opinião	Considera que falaram consigo de forma que pudesse compreender	Considera ter-lhe sido dada informação suficiente
Mann-Whitney U	49,000	28,000	45,500	49,000
Wilcoxon W	169,000	148,000	150,500	169,000
Z	-,683	-1,967	-,707	-,683
Asymp. Sig. (2-tailed)	,495	,049	,480	,495
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,837 ^b	,091 ^b	,799 ^b	,837 ^b

a. Grouping Variable: Semanas_gravidez

b. Not corrected for ties.