



BOLETIM DA REPÚBLICA

PUBLICAÇÃO OFICIAL DA REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

IMPrensa Nacional de Moçambique, E.P.

AVISO

A matéria a publicar no «Boletim da República» deve ser remetida em cópia devidamente autenticada, uma por cada assunto, donde conste, além das indicações necessárias para esse efeito, o averbamento seguinte, assinado e autenticado: **Para publicação no «Boletim da República».**

SUMÁRIO

Ministério da Saúde:

Diploma Ministerial n.º 60/2017:

Aprova as Normas clínicas sobre Aborto Seguro, Cuidados Pós-Aborto e define as condições em que a interrupção voluntária da gravidez deve ser efectuada nas Unidades Sanitárias do Serviço Nacional.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Diploma Ministerial n.º 60/2017

de 20 de Setembro

Havendo necessidade de assegurar o cumprimento dos Direitos da Mulher, consagrados no Direito Interno e no Direito Internacional de que Moçambique é parte, legislando sobre os dispositivos do Código Penal aprovado pela Lei n.º 34/2014, de 31 de Dezembro, nos termos do previsto no diploma legal em referência, conjugado com o Decreto Presidencial n.º 34/2015, de 23 de Novembro, determino:

Artigo 1. São aprovadas as normas clínicas sobre Aborto Seguro, Cuidados Pós-Aborto e define as condições em que a interrupção voluntária da gravidez deve ser efectuada nas Unidades Sanitárias do Serviço Nacional, em anexo que é parte integrante do presente diploma ministerial.

Art. 2. Nos termos do presente Diploma Ministerial, a gravidez só pode ser interrompida numa Unidade Sanitária acreditada e certificada por um médico ou profissional de Saúde capacitado para o efeito, nos casos em que:

- a) Ponha em risco a vida da mulher;
- b) Coloque em risco a saúde física da mulher;
- c) Constitua um risco para a saúde mental da mulher;
- d) Resulte de violência sexual, incluindo violação ou incesto;
- e) Resulte de falência de método contraceptivo moderno;
- f) A mulher esteja infectada pelo vírus do HIV/SIDA;

- g) A gravidez seja indesejada em menores não preparadas sob ponto de vista biológico, social e psicológico;
- h) Constitua um risco para a saúde do feto;
- i) O feto seja portador de uma malformação congénita;
- j) Haja motivos seguros e se preveja que o nascituro pode vir a sofrer de forma incurável de alguma doença grave ou malformação congénita, comprovada por ecografia ou por outro meio adequado, segundo as normas da profissão e da ciência médica, cuja interrupção deve ser efectuada nas primeiras (24) vinte e quatro semanas de gravidez, à excepção de situações de fetos inviáveis, em que o aborto pode ser feito em qualquer momento da gravidez.

Art. 3. Constituem requisitos para a realização do Aborto, os seguintes:

- a) Idade gestacional máxima de 12 semanas;
- b) Em caso de doença crónica degenerativa ou malformação congénita, clinicamente comprovada, ou por doença infecto-contagiosa no período referido no n.º 1, estendido até 16 a 24 semanas;
- c) Fetos inviáveis, cuja interrupção da gravidez pode ocorrer em qualquer momento de gestação;
- d) Violação sexual ou incesto directamente confirmada pela mulher ou rapariga, ou comprovada através de denúncia ou por queixa policial.

Art. 4 – 1. O Aborto só se pode realizar com o consentimento informado da mulher grávida, excepto quando a mulher não seja capaz de dar este consentimento.

2. Em caso de menor de idade, o Aborto só pode ter lugar a pedido e com o consentimento dos progenitores, tutores, representante legal, ou uma outra pessoa que seja reconhecida como tendo a guarda legal da mulher grávida, quando o guardião natural ou legal não possa ser encontrado ou se recuse a dar o seu consentimento ou ainda, por uma outra pessoa adulta, mesmo que sem responsabilidade legal, mas que actue como confidente.

3. Em caso de situações omissas, deve ser o comité de US a analisar caso-a-caso, desde que se garanta o acesso e os direitos sexuais e reprodutivos da mulher grávida.

4. O consentimento para a interrupção da gravidez deve ser expresso na forma escrita.

5. Nos casos em que o consentimento tiver que ser prestado pela mulher grávida que não saiba assinar, este poderá ser prestado, utilizando os meios apropriados aplicáveis para situações similares.

6. É dispensado o consentimento da mulher grávida, quando esta não se encontre em condições de o fazer.

ARTIGO 5

Objecção de Consciência

1. O médico ou profissional de Saúde competente, que tenha objecções de consciência contra a interrupção da gravidez não é obrigado a realizá-la, excepto quando necessária para impedir

o risco de morte da mulher grávida, salvando a vida da mulher ou impedindo riscos sérios ou danos à saúde da mulher grávida.

2. O direito à objecção de consciência pode ser exercido por qualquer médico ou profissional de Saúde capacitado para prestar serviços de interrupção de gravidez.

3. O médico ou profissional de Saúde competente, que tenha objecções de consciência contra a interrupção da gravidez deve indicar, à mulher grávida, um outro médico ou profissional de Saúde competente que esteja disposto a realizar a interrupção da gravidez.

4. Nos casos de objecção de consciência prevista no número anterior, compete à direcção da Unidade Sanitária, indicar um outro médico ou profissional de Saúde para realizar a interrupção da gravidez. Caso não seja possível ter outro médico ou profissional de Saúde disponível para o acto, a utente é transferida para outra unidade sanitária, seguindo os procedimentos existentes para a transferência de qualquer outro utente (grávida, em situação de emergência, etc) e sem ónus para a mulher.

5. Caso o (a) objector(a) de consciência seja uma autoridade de Saúde, na qual recaia a responsabilidade de autorizar a realização do acto médico de interrupção voluntária da gravidez, ela(a) deve ser permanentemente substituída(o) por outro médico(a) ou profissional de Saúde capacitado e indigitado como substituto para este efeito.

Art. 6. Os médicos e outros profissionais de Saúde ficam vinculados ao dever de segredo profissional, relativamente a todos os actos, factos ou informações de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, sem prejuízo do disposto no Estatuto Geral dos Funcionários e Agentes do Estado (EGFAE).

Art. 7. Compete à Inspeção de Saúde, às Direcções Nacional de Saúde Pública e de Assistência Médica e às Unidades Sanitárias credenciadas, acompanhar e fiscalizar o processo de implementação do presente Diploma Ministerial, para evitar que a interrupção voluntária da gravidez possa constituir um meio de controlo de nascimentos, nomeadamente:

- a) Estabelecendo e executando acções de consolidação e desenvolvimento do programa de Planeamento Familiar e de protecção materno-infantil;
- b) Criando condições para a oferta de serviços de aborto seguro e fornecendo equipamento, material médico-cirúrgico, medicamentos, treinamento e formação do pessoal.

Art. 8. Os Serviços Clínicos do Aborto Seguro e Cuidados Pós-Aborto nos termos do presente diploma ministerial são oferecidos de forma gratuita nas Unidades Sanitárias.

Art. 9. O presente Diploma Ministerial entra em vigor na data da sua publicação.

Ministério da Saúde, em Maputo, aos 7 de Julho de 2017. —
A Ministra da Saúde, *Nazira Karimo Vali Abdula*.

Normas clínicas sobre Aborto Seguro, Cuidados Pós-Aborto

Introdução

Aborto é muito mais que uma questão médica, ou uma questão ética ou uma questão legal. É, acima de tudo, uma questão humana, que envolve o homem e a mulher como indivíduos, como casal e como membros das sociedades. (Tietze, 1978)

Contexto Internacional

As Conferências das Nações Unidas reconhecem os direitos sexuais e reprodutivos. A IV Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, Viena (1993) definiu que os direitos das

mulheres e raparigas são parte inalienável, integral e indivisível dos Direitos Humanos universais, e a violência de género, inclusive a gravidez forçada, é incompatível com a dignidade e o valor da pessoa humana.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD), Cairo (1994) e Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing (1995): definiram que os direitos reprodutivos são constituídos por Direitos Humanos reconhecidos nos diversos tratados e convenções internacionais e incluem o direito de toda pessoa a ter controlo e decisão sobre as questões relativas à sua sexualidade e reprodução, livres de coerção, discriminação e violência, e de dispor de informações e meios adequados que lhes garantam o mais elevado padrão de saúde sexual e saúde reprodutiva; deste modo o tema do aborto inseguro deve ser tratado de forma humana e solidária.

As Conferências de População e Desenvolvimento (ICPD) em Cairo (1994) e a IV Conferência Internacional sobre a Mulher em Beijing (1995) definem como **Saúde Reprodutiva: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de enfermidade ou doença, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos”**¹.

Assim, a saúde reprodutiva inclui o direito de mulheres e homens:

- a) A desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco;
- b) A procriar, com liberdade para decidir fazê-lo ou não, quando e com que frequência;
- c) À informação e ao acesso a métodos seguros, eficientes e exequíveis de contracepção e planeamento familiar de sua escolha;
- d) Ao acesso a serviços de acompanhamento na gravidez e no parto sem riscos, garantindo-lhes as melhores possibilidades de terem filhos são.

Pela magnitude dos efeitos sobre a saúde da mulher incluindo da rapariga dos abortos realizados em condições inadequadas, os governos foram instados a desenvolver acções para tratá-los, a considerar o aborto inseguro como um importante problema de saúde pública, e reduzir sua prática mediante a prestação de serviços de contracepção e planeamento familiar. E ainda, “em circunstâncias em que o aborto não é contra a lei, o sistema de saúde deve treinar e equipar os provedores de serviços de saúde e deve tomar outras medidas para assegurar-se de que tais abortos sejam seguros e acessíveis”. (Cairo +5, artigo 63, inciso 3).

O Protocolo da Carta Africana sobre os Direitos das Mulheres em África (conhecido como Protocolo de Maputo) ratificado por Moçambique e em vigor desde 2005, que no seu artigo 14, afirma o papel dos Estados Parte em garantir o respeito e promoção da saúde sexual e reprodutiva, incluindo menção ao aborto realizado no Serviço Nacional de Saúde.

O Relatório Especial das Nações Unidas, 5 de Janeiro de 2016, sobre tortura e outros maus tratos e castigos desumanos e degradantes refere que a criminalização e proibição de acesso ao aborto seguro e os entraves que são colocados constituem formas de tortura, tratamentos cruéis, ou tratamentos desumanos e degradantes.

No decurso da Assembleia das Nações Unidas, Outubro de 2011, ficou evidente que as mulheres que necessitem ou escolham fazer um aborto, não deveriam ser punidas pelos seus Governos; o relatório deste evento menciona que as mulheres devem ter informação sobre os métodos de contracepção e planeamento familiar assim como sobre o funcionamento destes serviços, pois estes constituem um direito humano à saúde.

¹ Item 7.2, Cairo; parágrafo 94, Beijing.

Contexto Nacional

Moçambique é signatário dos documentos das conferências acima citados e de tratados internacionais de Direitos Humanos.

Por todo o país, as estatísticas intra-hospitalares, mostram que o aborto inseguro é uma das 10 causas principais de admissões de mulheres nos hospitais. Em Moçambique a taxa de mortalidade materna devida ao aborto é cerca de 11%. Contudo, devido a natureza dos serviços clandestinos do aborto, esta percentagem representa só a “ponta do iceberg” escondendo de certo modo a magnitude do problema.

Alguns estudos mostraram que os custos hospitalares com o tratamento das complicações do aborto são enormes. No relatório da “Avaliação das necessidades em saúde materna e neonatal”, publicado pelo MISAU em 2013, a taxa de letalidade por complicações do aborto é de 2.8%, estando na quarta posição em relação as causas de morte materna. Nenhuma morte é aceitável, mas as taxas de letalidade acima de 1% consideram-se um sinal de alarme. Também, nesta avaliação ao analisar a distribuição numérica e percentual de causas de todas as mortes maternas, por tipo de Unidade Sanitária (US), as mortes devidas às complicações do aborto estão concentradas nos Hospitais Gerais, Rurais e Distritais com 3% e Hospitais Centrais com 2%. Isto sugere que a capacidade de diagnóstico e resposta atempada nos centros de saúde ainda é deficiente, embora que tenha sido referido que existe pelo menos um profissional de saúde treinado para os cuidados relacionados com o aborto².

A Legislação Moçambicana incorpora os Direitos Humanos e prevê princípios e normas éticas e jurídicas relacionadas à prevenção da gravidez indesejada e ao aborto.

O novo Código Penal foi aprovado pelo Parlamento de Moçambique em Julho de 2014 tendo sido promulgado em Dezembro de 2014 (Lei n.º 35/2014). O Código Penal descreve o aborto não punível no artigo 168 como se segue: “*É o aborto efectuado por médico ou outro profissional de saúde habilitado, em um estabelecimento de saúde oficial e com consentimento da mulher grávida, quando for praticado nas primeiras doze semanas de gravidez. Em casos particulares o aborto não é punível até as 16 semanas de gravidez (violação sexual, incesto) ou até as 24 semanas (em caso de malformação congénita grave).*” Além disso a lei específica as circunstâncias que tornam não punível o aborto.

O consentimento informado da mulher é necessário para o aborto em quaisquer circunstâncias, salvo em caso de eminente risco de vida estando a mulher impossibilitada para expressar seu consentimento (Art 168, alínea 4).

No que respeita à ética profissional, o sigilo perante o/um aborto quer seja espontâneo ou provocado, não permite o médico ou qualquer profissional de saúde de comunicar o facto à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, pois o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é um dever legal e ético, salvo para proteção da paciente e com o seu consentimento.

Diante de um caso de aborto inseguro, o profissional de saúde deve adotar uma conduta ético-profissional adequada. “Não fazer juízo de valor e não julgar”, pois o dever de todos os profissionais de saúde é acolher condignamente e envidar esforços para garantir a sobrevivência da mulher e não causar quaisquer transtornos e constrangimentos.

Em consonância com a ética médica, o médico/profissional de saúde:

- Deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais que o coloquem em conflito com suas crenças religiosas,

culturais, e morais, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis a saúde da paciente;

- Deve sempre indicar o procedimento mais adequado ao paciente observando as boas práticas reconhecidas pela classe e respeitando as normas legais vigentes.
- Não deve realizar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios da paciente ou de seu responsável legal, exceptuando, quando há iminente perigo de vida da paciente.

O médico e outros profissionais de saúde que se considerem objectores de consciência podem recusar a realização de actos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência, exceptuando nos seguintes casos:

- a) Quando a não realização do aborto põe em risco a vida da mulher;
- b) No atendimento das complicações do aborto.

Assim, é dever do médico e todo profissional de saúde **informar à mulher sobre suas condições e direitos e, no caso que caiba a objeção de consciência, garantir a atenção ao aborto por outro profissional da instituição.**

Não se pode negar o pronto atendimento à mulher em qualquer caso de aborto, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que violem os direitos humanos das mulheres.

É obrigação da instituição (MISAU), garantir aos usuários do sistema de saúde a oferta de serviços previstos para a saúde reprodutiva que abrangem os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, incluindo a interrupção voluntária da gravidez nos casos cobertos pela Lei. Assim é importante que os directores clínicos estejam preparados para a implementação destes serviços nos hospitais e centros de saúde do SNS do País.

A atenção humanizada às mulheres em aborto pressupõe o respeito aos princípios fundamentais da Bioética (ética aplicada à vida):

- a) **Autonomia:** direito da mulher de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida;
- b) **Beneficência:** obrigação ética de se maximizar o benefício e minimizar o dano (fazer o bem);
- c) **Não maleficência:** a ação deve sempre causar o menor prejuízo à paciente, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis de suas ações (não prejudicar) e
- d) **Justiça:** o(a) profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher.

À luz da Lei Moçambicana 7/2008, de Promoção e Proteção dos Direitos da Criança, “criança” é toda pessoa menor de 18 anos e goza de todos os direitos fundamentais da pessoa inerentes à pessoa humana com especial protecção e preferência. Isto inclui o direito à vida e integridade física, moral e mental, interpretando-se tendo em conta os superiores interesses da criança.

Estas normas são aplicáveis a crianças e adolescentes considerando de forma preferencial a especial atenção às suas necessidades em conformidade com as especificidades que estabelece a nova lei do aborto no caso de menores de idade assim como o Regulamento para sua operacionalização.

A assistência à saúde de crianças ou adolescentes com qualquer tipo de aborto deve submeter-se ao princípio da protecção integral da paciente e a revelação do facto pode acarretar prejuízos ainda mais graves, como o seu afastamento do serviço de saúde, perda da confiança nos profissionais que a assistem, pelo que o sigilo quanto ao processo clínico da adolescente deve ser assegurado.

² “Avaliação das necessidades em saúde materna e neonatal”, publicado pelo MISAU em 2013.

A **Atenção Humanizada** às mulheres com qualquer tipo de aborto é DIREITO de toda mulher e DEVER de todo profissional de saúde.

A Lei n.º 35/2014, de revisão do Código Penal que despenaliza o aborto entrou em vigor em Julho de 2015, e estas Normas Clínicas foram adequadas para orientar os profissionais de saúde a prestar uma atenção humanizada nos Cuidados Compreensivos ou Completos (CCA) de Aborto Electivo ou Interrupção Voluntária da Gravidez e Pós-Aborto.

A provisão legal dos serviços de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG).

Os provedores de saúde habilitados para prestar estes Cuidados devem ter conhecimentos destas Normas. É importante realçar que o conhecimento da Lei pelos provedores é essencial, não só para saber como esta o protege e se aplica mas também para poder educar as mulheres e toda a comunidade da sua área de saúde.

Definições

Gravidez não Planeada: é uma gravidez que aparece num momento imprevisto e que pode ser não intencional ou indesejada;

Gravidez não Intencional: pode ser uma gravidez cujo momento da concepção seja numa altura imprópria para mulher, como por exemplo na adolescência.

Gravidez Indesejada: é uma gravidez não desejada quer pela mulher ou pela rapariga ou pode ser fruto de violência sexual, etc.

Duração da Gravidez ou Idade Gestacional: é o número de semanas desde o primeiro dia da última menstruação (DUM) da mulher com ciclos regulares. Para mulheres com ciclos irregulares provavelmente a idade gestacional deverá ser determinada pelo exame bimanual do útero ou, onde for possível, por ecografia.

Primeiro Trimestre da Gravidez: geralmente considera-se até 12 semanas, no entanto um grande número de autores considera até 14 semanas de gravidez.

Segundo Trimestre da Gravidez: considera-se entre mais de 12 ou 14 semanas até 28 semanas de gravidez.

Métodos Abortivos Médicos (Aborto Médico): uso de fármacos para terminar ou interromper a gravidez. Também se usam termos como “aborto não cirúrgico” ou “aborto medicamentoso”.

Métodos Abortivos Cirúrgicos (Aborto Cirúrgico): uso de procedimentos transcervicais para terminar ou interromper a gravidez. Ela inclui a aspiração intrauterina a vácuo, quer seja manual (AMIU) ou eléctrica (AEIU) ou dilatação cervical e evacuação por aspiração ou curetagem (D&E).

Classificação e Aspectos Clínicos do Aborto:

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aborto é a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana e com produto da concepção pesando menos que 500g, classificação esta para Países Desenvolvidos. Em Países Subdesenvolvidos como o nosso, considera-se aborto até as 28 semanas de gravidez. Isto é devido as nossas condições de atenção neonatal aos fetos com menos de 28 semanas que são considerados inviáveis.

Diagnóstico e Tratamento Consoante o Tipo Clínico:

Os abortos podem ser **espontâneos**, quando acontece a perda natural de uma gravidez, ou **induzidos**, quando é resultado de um processo de interferência externa no qual a gravidez é interrompida antes que o feto se torne viável (28 semanas de gestação).

Também podem ser classificados como **seguros**, caso seja praticado numa US e por pessoal credenciado ou **inseguro** quando o procedimento foi feito ou por uma pessoa não capacitada ou num lugar sem condições higiénicas e de biossegurança.

Clinicamente podem ser classificados em:

- Ameaça de aborto;
- Aborto electivo ou interrupção voluntária da gravidez (IVG);
- Aborto completo;
- Aborto inevitável;
- Aborto incompleto;
- Aborto retido;
- Aborto habitual;
- Aborto séptico ou infectado.

Ameaça de Aborto

O quadro clínico apresenta sangramento genital de pequena a moderada intensidade, podendo existir dores, tipo cólicas, geralmente pouco intensas.

Ao exame ginecológico o colo uterino (orifício interno) encontra-se fechado, tamanho uterino é compatível com o esperado para a idade gestacional, e não apresentam sinais de infecção.

Conduta:

Não necessita de internamento hospitalar, orientar a mulher a repousar, utilizar analgésico se apresentar dor, evitar relações sexuais, retornar a US, se melhorar à consulta pré-natal de rotina ou se não melhorar, para nova avaliação.

Aborto Electivo Incluindo a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)

Nos casos em que exista indicação de interrupção da gravidez, obedecida a legislação vigente e, por solicitação da mulher ou de seu representante, deve ser oferecida à mulher a opção de escolha da técnica a ser empregada:

Aborto Médico ou farmacológico, aborto cirúrgico por aspiração da cavidade uterina que pode ser manual (AMIU) ou eléctrica (AEIU) precedida da dilatação do colo uterino com Misoprostol ou dilatadores e posterior esvaziamento (D e E).

Tal escolha deve ocorrer depois de adequados esclarecimentos das vantagens e desvantagens de cada método, suas taxas de complicações e efeitos adversos (mais detalhes nos capítulos seguintes).

Aborto Completo

Geralmente ocorre em gravidezes com menos de 8 semanas e na história pregressa, a paciente refere sangramento e cólicas que diminuíram ou cessaram após a expulsão do material ovular.

Ao exame ginecológico, apresenta colo uterino fechado, útero menor que o esperado para a idade gestacional, sangramento ausente ou sinal no dedo da luva.

Onde houver disponibilidade o diagnóstico pode ser confirmado através de ecografia, que não é imprescindível.

Conduta:

No geral a conduta é expectante, isto é de observação, com atenção ao sangramento e/ou sinais de infecção uterina, actuando nesses casos em conformidade (Misoprostol ou aspiração manual intrauterina/AMIU com cânula fina).

Aborto em Curso ou Inevitável

Clinicamente a paciente apresenta sangramento vaginal que é maior que na ameaça de aborto e que diminui com a saída de coágulos ou de restos ovulares e dor pélvica tipo cólica (ambos de intensidade variável).

Ao exame ginecológico: o tamanho ou fundo uterino é compatível com idade gestacional, colo uterino aberto ou dilatado, tocando-se por vezes partes ovulares. A ecografia confirma o diagnóstico, embora não seja imprescindível.

Conduta:

Internamento, exames laboratoriais, analgesia e repor perdas. Aguardar evolução ou acelerar o trabalho abortivo, realizando o esvaziamento uterino após a expulsão do concepto ou se a hemorragia vaginal for muito intensa pondo em risco a paciente.

Aborto Incompleto

Clinicamente a paciente apresentará hemorragia uterina e dor tipo cólica (ambos de intensidade variável).

Ao exame ginecológico: o colo uterino está aberto, identifica-se a presença de restos ovulares na vagina e ao toque encontramos que a altura do fundo uterino é menor que ao esperado para a idade gestacional.

Conduta:

Internamento, se tiver sinais de choque ou anemia grave e proceder ao esvaziamento uterino com uso do Miso-prostol ou AMIU.

Aborto Retido

Em geral a paciente pode referir desaparecimento abrupto dos sinais e sintomas próprios da gravidez.

Ao exame ginecológico o útero pode se apresentar menor que o esperado para a idade gestacional, o colo uterino encontra-se fechado e sangramento se presente, é discreto e na maioria dos casos não há hemorragia.

Na maioria das vezes, constitui um achado ecográfico.

Conduta:

Trata-se inicialmente de preferência com o Misoprostol podendo ser por vezes necessário realizar a posteriori AMIU para completar a expulsão. Note que por vezes as mulheres não conhecem correctamente a DUM, pelo que podemos confundir com a presença de uma gravidez incipiente e se estiver disponível se aconselha a realização de ecografia.

Aborto Habitual

Caracteriza-se pela perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações no segundo trimestre da gravidez.

Conduta:

Estas mulheres devem ser encaminhadas para tratamento especializado. Se estiver novamente grávida é recomendado uma ciclorrafia por volta das 16 semanas de gestação.

Aborto Séptico / Infectado

Com muita frequência está associado a manipulações da cavidade uterina com o uso de técnicas inadequadas e inseguras. São casos graves que envolvem infecções polimicrobianas e devem ser atempadamente tratados independentemente da vitalidade do feto.

As manifestações clínicas mais frequentes são:

Febre, sangramento genital com odor fétido acompanhado de dores abdominais ou eliminação de secreção purulenta através do colo uterino.

Ao exame ginecológico, ao toque vaginal apresenta dor à mobilização do colo uterino, nos fundos de saco e na palpação do útero. Deve-se pensar na possibilidade de haver uma perfuração uterina.

Para melhor avaliação da mulher, havendo condições no laboratório, poderemos solicitar os seguintes exames: hemograma completo; exame bioquímico básico e urina tipo II. Nos hospitais provinciais e central, consoante o estado clínico da paciente poder-se-á solicitar hemocultura; cultura da secreção vaginal; raios-x do abdómen de pé e ecografia pélvica.

Conduta:

É fundamental o restabelecimento das condições vitais com soluções parenterais (por ex. lactato de ringer) e se necessário transfusões sanguíneas, principalmente se ela estiver anémica.

Iniciar de imediato antibioticoterapia parenteral, associando Ampicilina 1g IV a cada 6 horas+ Metronidazol 500mg IV, a cada 8 horas + gentamicina 1,5mg/Kg/dose IV ou IM, a cada 8h, manter terapia endovenosa por 24 a 48 horas após o último pico febril. A duração da antibioticoterapia deveser entre 7 a 10 dias.

Efectuar o esvaziamento uterino, deve ser feito após o início da antibioticoterapia, preferencialmente, por aspiração manual intrauterina (AMIU) ou eléctrica (AEIU), por apresentar menores taxas de complicações.

Quadro febril persistente: pensar em complicações clínicas (antibiototerapia inadequada, tromboflebite pélvica) e cirúrgicas (perfuração uterina, abscessos).

A laparotomia deve ser reservada para casos graves (massas anexiais, perfuração uterina, sepsis, gangrena uterina, peritonite).

Outras Definições em Relação à Provisão de Serviços de Aborto

Há 2 tipos de cuidados relacionados com o aborto, nomeadamente cuidados de aborto seguro e cuidados pós-aborto. Todos os cuidados prestados deverão ser de elevada qualidade e centrados na atenção integral da mulher.

Cuidados de Aborto Seguro: é uma forma abrangente e integrada de interrupção da gravidez que é oferecida às utentes no âmbito permitido pela legislação vigente.

Cuidados Pós-Aborto: é um serviço abrangente e integrado para tratar mulheres que se apresentam na US após ter ocorrido um aborto espontâneo, ou tenha tentado interromper a gravidez.

Cuidados de Aborto Centrados na Mulher: significa, ter uma abordagem integrada e completa na provisão de serviços relativos ao aborto que tem em conta vários factores que afectam as necessidades mentais e físicas da mulher, assim como as circunstâncias pessoais que a levaram a procura destes cuidados e a sua habilidade de ter acesso aos serviços. Estes cuidados incluem um largo espectro de actividades médicas e de saúde que permite à mulher exercer os seus direitos sexuais e reprodutivos, tais como acesso ao PF imediato/no momento e após o aborto, avaliação de risco para o HIV, violência, de entre outros.

Cuidados de aborto centrados na mulher têm 3 elementos essenciais:

- **Escolha:** inclui o direito de determinar livremente quando ficará grávida, de continuar ou interromper a gravidez, o direito e a oportunidade de escolher entre as diferentes opções após ter recebido uma informação cuidadosa e completa.
- **Acesso ao Aborto:** inclui ter disponível um serviço de interrupção voluntária da gravidez, equipado e com pessoal treinado, competente e actualizado nas tecnologias clínicas modernas e recentes, de fácil acessibilidade e não discriminatório.
- **Serviços de qualidade:** quer dizer serviços integrados que respeitem a mulher, com condições de confidencialidade, desenhado para atender as necessidades desta e que use normas padrão aprovadas e tenha um sistema de referência adequado.

Cuidados Compreensivos ou Completos de Aborto

Cuidados Compreensivos do Aborto: engloba o aborto seguro, os cuidados pós-aborto e a contracepção pós-aborto.

Objectivos dos Cuidados Compreensivos ou Completos do Aborto (CCA)

Constituem objectivos dos CCA para a mulher os seguintes:

- **Reduzir** a morbilidade e mortalidade devido ao aborto inseguro através da disseminação da informação ao público-alvo sobre a existência de serviços seguros de aborto e dos perigos na prática de aborto inseguro;
- **Assegurar** que os serviços de aborto disponibilizados à mulher sejam seguros, acessíveis, não onerosos e de acordo com a legislação existente;
- **Reduzir** mortes e deficiências permanentes decorrentes das complicações graves do aborto através do manejo efectivo e ou estabilização da paciente e posterior referência para outra US mais elevada;
- **Assegurar** que toda mulher em Moçambique possa exercer os seus direitos reprodutivos ao acesso ao aborto seguro;
- **Prevenir** a gravidez indesejada através dos serviços de planeamento familiar onde receberão aconselhamento, escolha e provisão dum método de PF;
- **Ajudar** a mulher a tomar livre e informada decisão em relação a sua gravidez, estar melhor informada sobre os serviços oferecidos incluindo visitas de seguimento com vista a que se senta cada vez mais emocionalmente confortável e segura nas suas decisões através do aconselhamento geral de suporte;
- **Melhorar** a saúde reprodutiva da mulher integrando os serviços de aborto nas outras componentes de saúde sexual e reprodutiva com particular destaque ao planeamento familiar.

Elementos Essenciais dos Cuidados Compreensivos ou Completos do Aborto Seguro e Pós-Aborto:

1. **Aconselhamento:** Onde a mulher deve receber informação correcta e completa sobre os riscos do aborto inseguro ou mesmo seguro, métodos disponíveis para IVG e manejo da dor, mas também sobre outros assuntos de sua saúde reprodutiva tais como PF, aconselhamento e testagem para o HIV, violência baseada no género e outras que a preocupam e se julgue ser pertinente.

Durante o aconselhamento, especial atenção deve ser dada às adolescentes, às suas necessidades e características específicas. A procura de aborto seguro pode ser o 1.º contacto com um serviço em Saúde Sexual e Reprodutiva. O profissional deve aproveitar ao máximo esta oportunidade para ser empático/a, solidário/a, abordando diversas necessidades de SSR. Tempo, cuidado, paciência, criação de vínculo com o provedor(a), comunicação bidireccional é de extrema importância durante este processo.

2. **Tratamento de Emergência:** para o aborto e suas complicações.
3. **Oferta de serviços de Planeamento Familiar:** baseado na escolha livre e informada, assim como na disponibilidade de métodos mistos no momento da sua alta na US.
4. **Ligação e Provisão de outros serviços:**
 - **De saúde reprodutiva:** tais como avaliação de risco para ITS/HIV e Violência, como diagnóstico e tratamento das ITS, despiste de HIV, de *sfilis*,

de tumores do trato reprodutivo (Ca do colo), informação sobre a amamentação, vacinação e nutrição da criança, etc.

- **Parceria entre os serviços e a comunidade:** envolvendo os diferentes actores da comunidade como os APEs, PTs, etc. para realizar acções de sensibilização para o reconhecimento de sinais e sintomas de uma complicação da gravidez, mobilização de recursos (por exemplo transporte), apoio social e económico a nível comunitário, implementação de grupos de suporte como forma de superação e de adesão à contracepção no pós aborto.

Actualmente existem vários métodos disponíveis para a interrupção de gravidez. **O método mais adequado para cada mulher depende da idade gestacional e do estado geral de saúde da mesma, da disponibilidade dos métodos, distância para o hospital de referência, conhecimentos e habilidades do provedor, o nível de cuidados prestados na US e da preferência da paciente.**

Papel do Profissional de Saúde

Devemos considerar que o papel de cada profissional de saúde na promoção do acolhimento e da orientação está relacionado com a sua formação profissional.

É fundamental considerar a atenção psicossocial às mulheres em aborto, integrando quando for possível, assistentes sociais e psicólogos no atendimento, com suas respectivas especificidades na atenção à saúde.

A enfermagem é em geral o primeiro contacto da mulher com os provedores de cuidados de aborto tendo deste modo um papel importante e diferenciado, uma vez que estão presentes durante o acto médico e na fase de recuperação clínica da mulher na unidade de saúde.

Importa incluir neste grupo de primeiro contacto, os técnicos administrativos que podem receber a mulher e rapariga durante a submissão dos pedidos formais/consentimento para a realização do aborto, estes devem também ser alvo de sensibilização para atendimento correcto e humanizado, sem pré-julgamento de valores.

Podem estar incluídas no roteiro de conversa questões como: a maternidade e o desejo de ser ou não ser mãe, sexualidade, relacionamento com o parceiro, e a compreensão dos significados do aborto no contexto de vida de cada mulher ou rapariga.

Por envolver questões subjectivas de quem atende e quem é atendida, o tema do aborto pressupõe sensibilização da equipe de saúde, visando à mudança de postura, de forma continuada. Nesse sentido, podem ajudar: discussões colectivas, supervisões clínicas, troca de preocupações, o confrontar de atitudes e convicções implícitas no atendimento, exercício contínuo sobre clarificação de valores, reuniões e oficinas de sensibilização e capacitação sobre sexualidade e práticas reprodutivas.

É responsabilidade da equipa de profissionais de saúde:

- Saber ouvir e respeitar a fala e os sentimentos da mulher e rapariga, auxiliando-a a buscar a autoconfiança.
- Identificar e avaliar as necessidades e riscos para saúde em cada caso, resolvendo-os, conforme a capacidade técnica do serviço, ou encaminhando para serviços de referência.
- Dar encaminhamentos aos problemas apresentados pelas mulheres, oferecendo soluções possíveis e priorizando o seu bem-estar e comodidade.
- Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações, como forma de fortalecer os vínculos com qualquer mulher mas principalmente com as adolescentes.

- Realizar os procedimentos técnicos de forma humanizada e informando às mulheres sobre as intervenções necessárias.

Cuidados Pré-Aborto

Quando as mulheres chegam aos serviços de saúde em situação de aborto espontâneo, induzido ou provocado estão passando por um momento difícil e podem ter sentimentos de solidão, angústia, ansiedade, culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, sensação de incapacidade de engravidar novamente. Elas sentem-se afectadas física, emocional e socialmente. Todos esses sentimentos se misturam no momento da decisão pela interrupção, sendo que para a maioria das mulheres, no momento do pós-aborto, sobressai o sentimento de alívio.

O acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção de qualidade e humanizada às mulheres em situação de aborto.

Acolhimento é o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres assim como o acesso e a resoluibilidade da assistência à saúde.

Orientação pressupõe o repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da acção de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado, em consonância com as normas do SNS. É muito importante que o profissional certifique-se de que cada dúvida e preocupação da mulher sejam devidamente esclarecidas para garantir uma decisão informada.

A capacidade de escuta, sem pré-julgamentos e imposição de valores, a capacidade de lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos básicos do acolhimento que pode incentivar as mulheres a falarem de seus sentimentos e necessidades. Cabe ao profissional de saúde adotar uma “atitude terapêutica”, buscando desenvolver uma escuta activa e uma relação de empatia, que é a capacidade de criar uma comunicação sintonizada a partir das demandas das mulheres, assim como a possibilidade de se colocar no lugar do outro.

Promover o acolhimento, a informação, a orientação e o suporte emocional no atendimento favorece a atenção humanizada por meio da interação da equipe com a clientela, o que determina as percepções desta quanto à qualidade da assistência, melhora a relação profissional de saúde e usuária, aumenta a capacidade de resposta do serviço e o grau de satisfação das mulheres com o serviço prestado, assim como influencia na decisão pela busca de um futuro atendimento. Cobrir estes aspectos no caso de uma adolescente é crucial para o retorno desta aos outros cuidados de saúde, como a Contracepção.

Nos casos de aborto por estupro, o profissional deve actuar como facilitador do processo de tomada de decisão, respeitando-a.

Caso a US possua um atendimento amigo para Adolescente e Jovem incluindo SAAJ, todo o processo de pré-aborto (aconselhamento, orientação sobre o processo legal, preparação da solicitação, a orientação ou até a administração do miso) em caso de Interrupção Voluntária da Gravidez deve ser feito neste serviço como garantia de privacidade das utentes.

Os profissionais de saúde deve ter uma particular atenção às necessidades específicas das adolescentes, que deverão ser atendidas sem discriminação, salvaguardando a sua dignidade e intimidade, e mantendo a confidencialidade e privacidade em todo o momento. Os profissionais, em todos os estágios dos cuidados compreensivos de aborto devem mostrar empatia com as particulares situações que enfrentam as adolescentes, considerando as suas barreiras de acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e percebendo as suas vulnerabilidades que podem aumentar as probabilidades de procurarem serviços clandestinos/formas inseguras de aborto.

Questões Críticas Durante os Cuidados Pré-Aborto

1. Diagnóstico da Gravidez

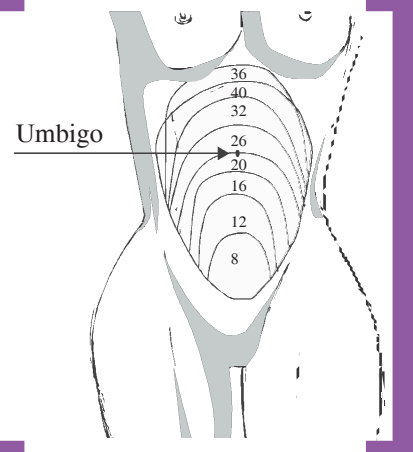
Antes de qualquer procedimento, deve ser colhida história clínica detalhada, confirmar a gravidez e determinar a idade gestacional. A anamnese também deve servir para identificar a existência de contra indicações para os quais não se indica algum método de aborto cirúrgico ou médico e para identificar factores de risco de complicações.

História Clínica	
	▪ Pergunte e registe o seguinte:
Dados Pessoais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nome. ▪ Idade. ▪ Contacto / morada (se for possível).
Motivo da Procura da Ajuda Médica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Circunstâncias relativas a gravidez atual, incluindo os sintomas de gravidez ou possíveis queixas.
História Reprodutiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de gravidezes, partos, abortos, gravidezes ectópicas, nascidos vivos, mortes fetais, filhos vivos atuais, tipo de partos anteriores e outros antecedentes de doença de foro reprodutivo.
Antecedentes Ginecológicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primeiro dia da última menstruação (DUM) e se a última menstruação foi normal. ▪ Padrão dos ciclos menstruais. ▪ Problemas do foro ginecológico, como cirurgia prévia, patologias já conhecidas ou outras anomalias físicas.
Antecedentes do Uso de Anticoncetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de métodos anticoncetivos utilizados no passado, sua experiência (positiva ou negativa).
Antecedentes Sexuais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parceiros sexuais. ▪ História de sintomatologia de alguma ITS/HIV/SIDA.
Idade Gestacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baseada na data da última menstruação (lembre-se que uma mulher que esteja a amamentar pode não se dar conta da falha da menstruação).

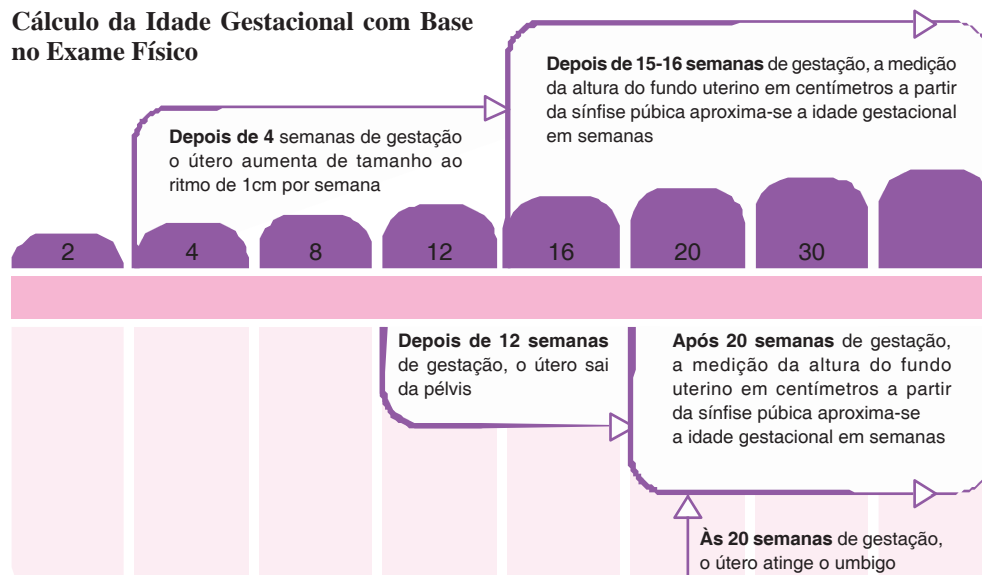
Antecedentes Médicos e Cirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doenças crónicas como hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, asma, anemia das células falciforme, doença hepática, distúrbios psiquiátricos, transtornos de coagulação.
História de Internamentos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Internamentos anteriores incluído detalhes sobre intervenção cirúrgica anterior
Medicação Atual e Alergias a Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de medicamentos recentemente, se houve tentativa de aborto com uso de algum remédio e se já teve alguma alergia a medicamentos no passado e qual foi o medicamento que provocou alergia
Antecedentes Sociais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado civil ▪ Ocorrência de violência ou coerção por parte do companheiro ou familiares ▪ Uso actual de drogas ilícitas ou álcool
<p>Realizar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exame físico geral, abdominal e ginecológico 	
Exame Físico Geral: Para Estabelecer o Estado de Saúde da Mulher	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspecto geral, sinais vitais (pulso, tensão arterial, frequência respiratória, cardíaca e temperatura) ▪ Sinais de debilidade, de anemia, de desnutrição ▪ Sinais ou marcas de violência física (agressão)
Exame Abdominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Palpar todos quadrantes do abdómen para presença de tumorações abdominais e visceromegalia (fígado, baço, etc.) e zonas dolorosas ▪ Palpar o útero tendo em conta o tamanho e dor ▪ Verificar existência de cicatrizes abdominais de cirurgias prévias
<p>Exame Ginecológico ou da Pélvis (Exame com Espéculo Vaginal e Bimanual):</p> <p><i>Antes de iniciar a observação ginecologia é necessário dar uma explicação clara a mulher como o exame é feito e o que se espera encontrar de forma que haja uma boa colaboração da paciente.</i></p>	
Examinar os Genitais Externos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descartar anomalias, sinais de patologia ou sinais de infecção
Exame Especular: Inspeção do Colo e da Vagina para Verificar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coloração; ▪ Descartar anomalias ou presença de corpos estranhos; ▪ Corrimento vaginal ou cervical (tipo, odor, etc); ▪ Sinais de sangramento uterino; ▪ Em determinadas US poder-se-á fazer a colheita do exsudado vaginal e rastreio do carcinoma do colo se houver indicação.
Exame Pélvico Bimanual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permite-nos avaliar a consistência do colo uterino, tamanho, posição e mobilidade do útero; ▪ Avaliar os fundos de saco vaginais, em particular do saco de Douglas (ocupação e dor); ▪ Confirmar a presença de gravidez e avaliar a idade gestacional.

O crescimento uterino Permite Determinação da Idade Gestacional. Em Geral, Usar Como Linhas de Orientação:

- Após as 4 semanas gestacionais (SG), o útero cresce de 1cm por semana;
- Após as 12 SG, o útero sobe acima da zona pélvica;
- Depois das 15-16 SG, o útero está a metade entre a sínfise púbica e o umbigo;
- Às 20 SG, o útero chega ao umbigo;
- Após as 20 SG, a altura uterina medida da sínfise púbica em centímetros corresponde a idade gestacional.



Cálculo da Idade Gestacional com Base no Exame Físico



*Baseada nas normas clínicas do aborto seguro da OMS

<p>Continuando no Exame Pélvico Bimanual</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presença de outra patologia ginecológica, por exemplo miomas, massas anexiais. ▪ Em caso de tamanho uterino maior que previsto pela DUM, considerar a hipótese de existência de miomas, gravidez molar, gravidez múltipla, datação baseada na última menstruação imprecisa. ▪ Em caso de tamanho uterino menor que o previsto pela DUM, considerar a hipótese que a mulher não esteja grávida, que a datação seja imprecisa, ou que tenha ocorrido aborto espontâneo ou retido, ou que tenha uma gravidez ectópica.
<p>Exames Complementares</p> <p>A não existência de determinados testes laboratoriais não deve ser razão para não se oferecer o serviço de aborto seguro. Assim havendo disponibilidade poderemos solicitar os seguintes testes tendo em conta os achados da história clínica (factores de risco, achados do exame físico):</p>	
<p>Exames Laboratoriais</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teste de gravidez se ela não estiver confirmada; ▪ Hemograma; ▪ Grupo sanguíneo e fator RH; ▪ Teste rápido para o HIV e a <i>sífilis</i> (Não se esqueça que deverão ser precedidos de um aconselhamento pré-teste); ▪ Urina tipo II.
<p>Ecografia:</p> <p>não é necessário o seu uso de rotina antes do aborto, exceptuando em casos de dúvidas sobre o estado de gravidez ou idade gestacional, ou alguma suspeita de gravidez ectópica.</p>	

Segundo Normas actualizadas da OMS, não se requer ecografia nem os exames laboratoriais para a provisão de aborto seguro. A DUM e a avaliação do tamanho uterino por meio de exame físico é suficiente.

Excluir Gravidez Ectópica / Extrauterina - SEMPRE

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:

- Amenorreia, sintomas e sinais de gravidez;

- Dor ao mover o colo uterino, forte dor no baixo-ventre, dor à palpação na região inferior do abdómen;
- Hemorragia vaginal ou de metrorragia, tonturas ou desmaios e palidez;
- Ao toque vaginal, o útero é menor que o tamanho esperado para a idade gestacional, e tempo da amenorreia e palpa-se uma massa anexial ao exame pélvico bimanual e geralmente apresentam o fundo de Douglas ocupado e abaulado e com intensa dor ao toque; ou
- Se for realizada uma ecografia não houver saco gestacional intrauterino, e identificarmos um saco gestacional com presença de embrião fora da cavidade uterina;
- Onde for possível aconselha-se sempre fazer um teste imunológico da gravidez, que é particularmente

importante nos casos de útero vazio e com presença de uma massa anexial palpável.

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 uma US de nível superior, que tenha um bloco operatório funcionante para assegurar o tratamento adequado.

Presença de Infecção Vaginal

A existência de infecção no tracto genital inferior no momento do aborto representa importante factor de risco para infecções do tracto reprodutivo (ITR's) pós procedimento.

- Se houver suspeita de infecção, onde houver capacidades, deve ser colhida uma amostra da secreção e enviar para o laboratório.
- Iniciar a administração de antibióticos para as infecções activas antes de realizar o aborto.
- As infecções comuns, tais como candidíase e vaginose bacteriana podem eventualmente ser tratadas na altura da evacuação uterina.
- Cervicite aguda purulenta pode ser resultado de uma ITS. Administre antibióticos e depois de mais ou menos uma hora faça a evacuação do útero.
- Passar para procedimento.

Informação

A oferta de informação é uma componente essencial de qualquer cuidado médico tanto para a mulher ou adolescente que perante uma gravidez indesejada procura os serviços de saúde para a opção de interromper a gravidez, ou aquela que já esteja no processo de interrupção voluntária.

Nos cuidados pré-aborto as mulheres devem ser informadas de forma clara sobre as opções disponíveis, os riscos, e o procedimento. A mulher tem que ser informada sobre:

- As opções de continuar com a gravidez ou interrompê-la;
- Da existência de um suporte legal para IVG;
- Os métodos de aborto disponíveis e a selecção do método adequado para ela respeitando a sua escolha;
- De acordo com o método escolhido pela utente, as opções para o manejo da dor, o tempo que pode durar o procedimento e sintomatologia que ela pode ter;
- O que se é feito antes, durante e depois do procedimento, incluindo os exames que eventualmente será necessário realizar;
- Os riscos de complicações para cada método, incluindo os riscos comparativos entre manter a gravidez ou interrompê-la e os potenciais riscos associados a prática de um aborto inseguro;
- Como reconhecer as complicações após o procedimento do aborto e quando voltar à unidade de saúde;
- Quando ela pode voltar as suas actividades normais incluindo a actividade sexual;
- Quando é que reaparece a menstruação;
- Os cuidados pós-aborto, incluindo a contracepção e o planeamento familiar. Necessidade de iniciar a contracepção e a oferta de método à escolha da mulher, de modo a evitarem-se gravidezes indesejadas;
- A consulta de controlo entre o 7.º e 14.º dia, nos casos de aborto médico;
- Que o aborto seguro é um dos procedimentos mais seguros não tendo nenhum efeito nocivo a longo prazo (por exemplo: resultados adversos nas gravidezes seguintes, consequências psicológicas negativas, câncer de mama) sobre a sua saúde em geral, sexual ou reprodutiva;
- A consulta médica para determinar a idade gestacional (incluindo ecografia onde for possível) e requisitos para ter acesso à IVG tais como a necessidade do consentimento sem encargos financeiros na US, para além de rastreio de outras situações de risco.

Aconselhamento Pré-Aborto

O aconselhamento é um procedimento interactivo, dirigido e centrado num problema específico, durante o qual uma pessoa recebe voluntariamente o apoio, informação adicional e a orientação de uma outra pessoa que foi treinada para proporcionar este serviço. Num processo de procura de serviços de Aborto Seguro, este deve englobar e ser antecedido por uma etapa de Aconselhamento Pré-Aborto.

O aconselhamento deve acontecer num lugar privado e num contexto que favorece a partilha de pensamentos, sentimentos e percepções.

- A informação proporcionada deve ser clara, objectiva, não coerciva e numa linguagem que a mulher compreenda;
- É fundamental manter a privacidade, confidencialidade e disponibilizar o tempo suficiente para apoiar e dar uma resposta adequada as perguntas e necessidades da mulher;
- Forneça informação suficiente e clara sobre os riscos comparativos entre manter a gravidez ou interrompê-la e os potenciais riscos associados a um aborto inseguro;
- Durante o aconselhamento não se deve impor à mulher valores, opiniões e crenças;
- A informação deve ser reforçada por material escrito ou com imagens sempre que possível, principalmente para as adolescentes;
- A mulher deve repetir a informação, a fim de que tenhamos certeza que esta entendeu tudo o que lhe dissemos;
- Forneça o contacto de linhas de saúde abertas informativas para apoio à tomada de decisão principalmente das adolescentes devem estar disponíveis, tais como o *MoBiz*, *mHealth*, *Mana Nweti*, *Alô Vida*.

Tomada de Decisão Informada

- Depois do fornecimento de informações e do aconselhamento, a mulher pode escolher fazer a interrupção da gravidez, pois ela está dentro dos limites da lei nacional vigente.
- A mulher deve eleger entre os métodos disponíveis na US que lhe sejam apropriados com base na informação adequada e cientificamente exacta sobre factores de riscos, vantagens e desvantagens de cada um dos métodos disponíveis, que lhe foi prestada pelo provedor de serviços.
- Fazer um requerimento à comissão de aprovação/autorização ou Direcção Clínica da US ou Departamento de Ginecologia (onde houver) solicitando a Autorização para realização da IVG.
- Depois que tenha sido autorizada, esta deve dar o seu consentimento (assinado ou com impressão digital)
- A US e o provedor que ofereceu o serviço têm a obrigação ética de não divulgar qualquer informação relativa a este processo, a menos que a mulher o permita.

Escolhendo as Técnicas de Esvaziamento Uterino

O aborto seguro constitui um direito da mulher que deve ser respeitado e garantido pelos serviços de saúde. Para o exercício pleno desse direito, é fundamental que a escolha do tipo de método para o aborto faça parte de um processo de decisão compartilhada entre a mulher e os profissionais de saúde.

Os diferentes métodos disponíveis devem ser igualmente oferecidos de forma apropriada, garantindo que a decisão seja a mais livre, consciente e informada possível. Além disso, todo o processo de escolha deve estar fundamentado no respeito aos princípios de autonomia e autodeterminação da mulher.

Durante o *primeiro trimestre* da gravidez consideram-se métodos aceitáveis a aspiração intrauterina (manual ou eléctrica), o aborto médico ou farmacológico e a aspiração intra uterina após prévia dilatação cervical.

A ordem de escolha para os diferentes métodos depende das condições do serviço e da preferência da mulher, além da avaliação do risco-benefício de cada procedimento.

Deve-se adoptar critérios que considerem e respeitem:

- a) A disponibilidade de métodos em cada serviço de saúde;
- b) A capacitação, habilidade e rotinas dos serviços de saúde para cada método;
- c) As condições clínicas, sociais e psicológicas da mulher.

No *segundo trimestre*, o aborto farmacológico constitui método de eleição, podendo ser complementado, após a expulsão fetal, caso esteja clinicamente indicado com aspiração intra uterina.

A interrupção da gravidez por meio de microcirurgia ou microcesariana deve ser reservada para condições excepcionais.

Métodos de Aborto Recomendados

De acordo com o tempo de gestação

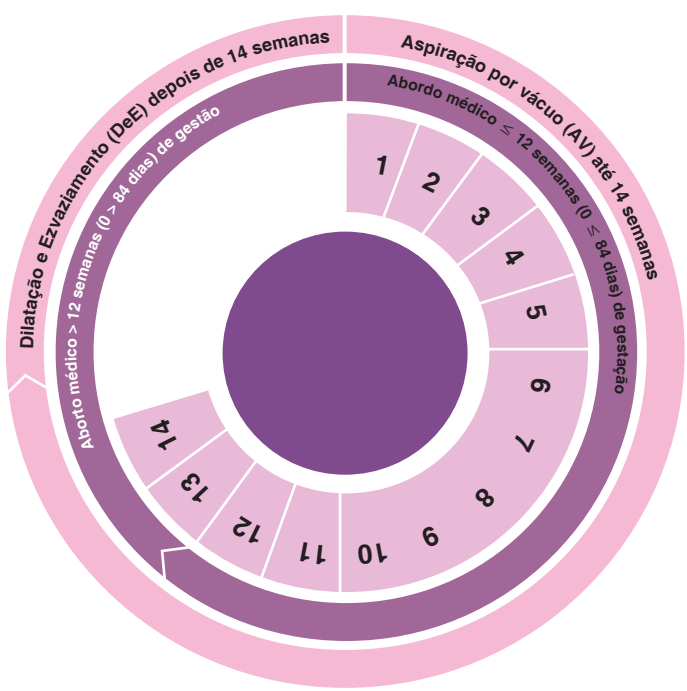


Tabela 1. Características dos Procedimentos de Aborto (Gravidez Até 14 Semanas)

Gravidez Até 14 Semanas	
Aborto Médico	Aborto Cirúrgico / DeE / AMIU
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evita a cirurgia; ▪ Simula o processo natural de perda da gravidez; ▪ É controlado pela mulher e pode-se realizar em casa (IG <9 semanas); ▪ Tem uma duração mais prolongada (horas a dias) para consumir o aborto, e talvez o tempo não possa ser previsível; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimento rápido; ▪ Confirma-se facilmente o aborto completo ao avaliar o material aspirado ▪ Tem lugar nas Unidades Sanitárias; ▪ A esterilização (laqueação tubar) ou colocação dum dispositivo intrauterino (DIU) pode realizar-se ao mesmo tempo que o procedimento;

Aborto Médico	Aborto Cirúrgico / DeE / AMIU
<ul style="list-style-type: none"> ▪ As mulheres apresentam sangramento e cólicas, e possivelmente outros efeitos colaterais (náuseas, vômitos); ▪ Sem risco de lesão cervical ou uterina; ▪ Talvez pode necessitar de mais visitas a US do que a Aspiração a Vácuo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Requer manipulação (instrumentação) do útero; ▪ Tem um baixo risco de lesão cervical ou uterina; ▪ Os tempos do aborto são controlados pela clínica e pelo provedor / profissional de saúde.
<p>Pode ser preferível nas seguintes situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mulheres com severa obesidade; ▪ Presença de malformações uterinas ou miomas, ou, cirurgia cervical prévia; ▪ Se a mulher quer evitar uma intervenção cirúrgica; ▪ Se o exame bimanual da pélvis não se pode realizar ou seja indesejável pela mulher. 	<p>Pode ser preferível nas seguintes situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se há contraindicações ao aborto médico; ▪ Se há constrangimentos para o momento do aborto.

Contraindicações	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reacção alérgica prévia a um dos medicamentos a ser usado; ▪ Porfiria hereditária; ▪ Insuficiência suprarrenal crónica; ▪ Confirmação ou suspeita de gravidez ectópica (para o tratamento das gravidezes ectópicas não se utilizam nem Misoprostol nem Mifepristone). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não se conhecem contraindicações absolutas.

Aborto Médico	Aborto Cirúrgico / DeE / AMIU
<p>Se recomenda cautela e basear-se na avaliação e critério clínico nos seguintes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Corticoterapia prolongada (incluindo a presença de asma brônquica severa não controlada); ▪ Transtornos hemorrágicos; ▪ Anemia severa; ▪ C a r d i o p a t i a preexistente ou fatores de risco cardiovascular; ▪ Tem um DIU colocado (retirar antes de começar o esquema de tratamento). 	<p>Se recomenda cautela e basear-se na avaliação e critério clínico nos seguintes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tem um DIU colocado (retirar antes de começar o esquema de tratamento).

Tabela 2. Características dos Procedimentos de Aborto (Gravidez de 12 A 14 Semanas)

Gravidez de 12 A 14 Semanas	
Aborto Médico	Aborto Cirúrgico / DeE / AMIU
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evita a cirurgia; ▪ Simula o processo natural de perda da gravidez; ▪ É realizado na US (internamento é mandatório); ▪ Tem uma duração mais prolongada (horas a dias) para consumir o aborto, e talvez o tempo não possa ser previsível; ▪ As mulheres apresentam sangramento e cólicas, e possivelmente outros efeitos colaterais (náuseas, vômitos); ▪ A mulher fica internada na US até a expulsão completa da gravidez; ▪ A mulher com cicatriz de cesariana ou miomectomia prévia tem um muito baixo risco (0.28%) de ter uma rutura uterina (respeitando corretamente as dosagens recomendadas). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimento rápido; ▪ Confirma-se facilmente aborto completo ao avaliar o material aspirado ▪ Tem lugar nas unidades sanitárias; ▪ A esterilização (laqueação tubar) ou colocação dum dispositivo intrauterino (DIU) pode realizar-se ao mesmo tempo que o procedimento; ▪ Requer preparação cervical antes de se iniciar o procedimento; ▪ Requer instrumentação do útero; ▪ Tem um baixo risco de lesão cervical ou uterina; ▪ Os tempos do aborto são controlados pela clínica e pelo provedor / profissional de saúde.
Aborto Médico	Aborto Cirúrgico / DeE / AMIU
<p>Pode ser preferível nas seguintes situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mulheres com severa obesidade; ▪ Presença de malformações uterinas ou miomas, ou cirurgia cervical prévia; ▪ Se a mulher quer evitar uma intervenção cirúrgica; ▪ Se não existir um provedor treinado para realizar dilatação e evacuação (DeE). 	<p>Pode ser preferível nas seguintes situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se há contraindicações ao aborto médico; ▪ Se há constrangimentos para o momento do aborto.
Contraindicações	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reacção alérgica prévia a um dos medicamentos a ser usado; ▪ Porfíria hereditária; ▪ Insuficiência suprarrenal crónica; ▪ Confirmação ou suspeita de gravidez ectópica (para o tratamento das gravidezes ectópicas não se utilizam nem Misoprostol nem Mifepristone). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não se conhecem contraindicações absolutas.

<p>Se recomenda cautela e basear-se na avaliação e critério clínico nos seguintes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Corticoterapia prolongada (incluindo a presença de asma brônquica severa não controlada); ▪ Transtornos hemorrágicos; ▪ Anemia severa; ▪ Cardiopatia preexistente ou fatores de risco cardiovascular; ▪ Tem um DIU colocado (retirar antes de começar o esquema de tratamento). 	<p>Se recomenda cautela e basear-se na avaliação e critério clínico nos seguintes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tem um DIU colocado (retirar antes de começar o esquema de tratamento).
---	---

*Baseada nas normas clínicas do aborto seguro da OMS

Aborto no Primeiro Trimestre de Gravidez

Considerações clínicas e sobre o procedimento do Aborto Médico

O **aborto médico** é um procedimento que envolve várias etapas que combina dois fármacos (Mifepristone e Misoprostol), ou múltiplas doses de um só fármaco (Misoprostol). Mifepristone usado junto com o Misoprostol é mais efectivo e tem menos efeitos secundários do que o Misoprostol usado isoladamente.

- Permitindo-se a utilização em casa do Misoprostol após a toma de Mifepristone na US pode melhorar a privacidade, a conveniência e a aceitabilidade dos serviços, sem comprometer a segurança;
- Cuidados de aborto intra hospitalares devem ser reservados para lidar com o aborto médico de gravidezes acima de 9 semanas e para o manejo de complicações graves de aborto;
- No caso de complicações, se necessário, as mulheres devem ter acesso ao aconselhamento e atendimento de emergência na US mais próxima;
- Antes de administrar o Mifepristone, a mulher tem que ser aconselhada a tomar o Misoprostol em casa ou na US 36-48 horas depois da toma do Mifepristone;
- Uma mulher com gravidez < 9SG aconselhá-se a tomar Misoprostol em casa após a toma de Mifepristone na US, se ela tiver percebido bem como usar o Misoprostol em casa, e se tiver condições para ela voltar e acessar cuidados médicos urgentes em caso de complicações. Para gravidezes entre 9 e 12 SG, as tomas do Misoprostol e o aborto devem acontecer na US;
- Não há nenhuma necessidade de insistir em terminar uma gravidez que foi exposta à medicação; os dados actuais sobre teratogenicidade são limitados e inconclusivos. No entanto, devido ao risco potencial, é importante fazer o seguimento e acompanhamento da gravidez nesta situação;
- Depois de administrar o Misoprostol se a expulsão dos produtos de concepção não acontecer, a mulher deve ser aconselhada a voltar entre 7 a 14 dias para confirmar se o aborto aconteceu ou não e que foi completo. Se por esta altura o aborto não tiver acontecido, deve inicialmente oferecer nova dose de Misoprostol ou usar um método cirúrgico para completar o processo (evacuação do útero);

- O Misoprostol e o Mifepristone não têm nenhum efeito sobre as gravidezes ectópicas;
- Ausência de sangramento é uma possível indicação de que pode ser uma gravidez ectópica, mas também pode significar que uma gravidez intra-uterina não abortou;
- Mesmo se a gravidez é ectópica, a mulher pode ter algum sangramento depois de tomar o Mifepristone e Misoprostol porque a decídua pode responder aos medicamentos;
- Reavaliar a mulher para detectar gravidez ectópica se ela apresentar sintomas ou sinais de gravidez em evolução após um aborto médico;
- O Mifepristone pode ser tomado somente por via oral;
- O Misoprostol pode ser tomado por via sublingual, bucal, oral, vaginal; cada via de administração tem diferentes efeitos colaterais possíveis (ver Tabela 2);
- Não é necessário indicar antibióticos profilaticamente;
- Dependendo da necessidade de controlar a dor, podem ser administrados Analgésicos Não Narcóticos durante ou depois do aborto médico:
 - AINEs – por exemplo Ibuprofeno 400-800mg.
 - O Paracetamol não é recomendado para o manejo da dor durante o aborto.
 - Em caso de gravidez >12 semanas oferecer narcóticos por via oral, intramuscular ou endovenosa; ou anestesia epidural.
- A dor e o sangramento causados pelo aborto médico

têm que ser discutidos em detalhe com a mulher antes da toma de fármacos. A mulher tem que ser informada também sobre a expulsão dos produtos de concepção. Ela tem que perceber que é necessário procurar atenção médica imediata em caso de:

- Sangramento prolongado ou abundante (em geral – mais de dois pensos higiênicos embebidos em uma hora durante duas horas consecutivas).
- Febre de duração maior que 24 horas.
- Sensação de mal-estar geral durante mais de 24 horas após a toma de Misoprostol.

Considerações sobre o uso do Misoprostol em casa:

- Certificar que a mulher percebe quando e como usar os comprimidos de Misoprostol antes de ter alta para casa.
- Certificar que a mulher percebe quando e como auto-administrar a medicação para a dor. Outras medidas para alívio da dor devem ser discutidas com cada mulher para que ela as use como melhor preferir.
- Certificar que a mulher sabe como entrar em contacto com um provedor de cuidados de saúde em caso de dúvidas, preocupações ou complicações.
- O aconselhamento sobre os sinais de perigo e a necessidade de estar perto de uma US para qualquer emergência deve ser e sempre enfatizada a todas as mulheres principalmente para a adolescente.

Tabela 3. Características das Diferentes Vias de Administração do Misoprostol

Via	Instruções Para Uso	Notas
Oral	Os comprimidos são engolidos;	Recomendado só até as 7 semanas (49 dias) e depois das 12 semanas (84 dias); Efeitos colaterais incluem diarreia e náusea, febre e arrepios de frio;
Bucal	Os comprimidos são colocados na bochecha e depois engolidos passados 30 minutos;	Mais febre e arrepios de frio que quando comparado com a via vaginal;
Sublingual	Os comprimidos são colocados debaixo da língua e depois engolidos passados 30 minutos;	Mais febre, arrepios de frio, diarreia e vômitos quando comparado com a via vaginal; Acção mais rápida e maiores concentrações plasmáticas;
Vaginal	Os comprimidos são colocados no fórnices-fundo de saco de Douglas (parte mais profunda da vagina) e a mulher é aconselhada a ficar deitada durante 30 minutos.	Fragmentos de comprimidos podem ser visíveis Menor taxa de efeitos colaterais.

Tabela 4. Manejo dos Efeitos Secundários e Complicações

Descrição	Conduta / Manejo
Dor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicação respeitosa e sem juízo de valores; ▪ Dar apoio verbal e transmitir calma; ▪ Explicação detalhada do que pode se esperar; ▪ Presença de uma pessoa que pode ficar com ela para apoiá-la durante o processo (só se ela o desejar); ▪ Bolsa ou Pachos de água quente, AINEs, tal como Ibuprofeno.
Hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar uma ideia razoável sobre a quantidade e duração do sangramento; ▪ Se houver evidência de comprometimento hemodinâmico, começar infusão de fluidos EV;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspiração a vácuo se houver sangramento profuso; ▪ Transfusão sanguínea se necessário (raro).
Febre *doses repetidas de Misoprostol podem originar elevação da temperatura	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Drogas antipiréticas, tais como Paracetamol; ▪ Se a febre persistir por mais de 24 horas depois do Misoprostol deve-se fazer uma reavaliação mais detalhada.
Naúsea e Vômitos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auto limitante. Reconfortar, dar antieméticos se desejado.
Diarreia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auto limitante. Reconfortar, dar medicação antidiarréica se desejado; ▪ Encorajar a hidratação oral.
Infecção Pélvica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se houver suspeita de infecção, fazer exame físico; ▪ Se a infecção for confirmada, dar antibióticos e fazer a evacuação uterina e hospitalizar se necessário.

*Baseada nas normas clínicas do aborto seguro OMS

Regimes aconselhados de utilização dos fármacos na gravidez:

	Gravidez <12 Semanas	Gravidez >12 Semanas
Só Misoprostol	<ul style="list-style-type: none"> • Misoprostol 800 µg por via vaginal ou sublingual; • Repetir a cada 3 a 12 horas até um máximo de 3 doses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Misoprostol 400 µg via vaginal ou sublingual de 3 em 3 horas até 5 doses. • Em caso de gravidez >24 semanas reduzir a dose de Misoprostol porque o útero tem maior sensibilidade as prostaglandinas, mas a falta de pesquisas clínicas nesta área impede a OMS de recomendar regimes específicos. • Segundo a tabela FIGO nos casos de morte fetal intrauterina em gravidezes entre 18 a 26 semanas, usa-se 100 µg via vaginal a cada 6 horas até ao máximo de 4 doses.
Mifepristone + Misoprostol	<ul style="list-style-type: none"> • Mifepristone 200 mg via oral dose única + Misoprostol 800 µg por via vaginal, bucal ou sublingual dose única (24-48 horas após a toma de Mifepristone); ou • Mifepristone 200 mg via oral dose única + Misoprostol 400 µg por via oral dose única 24-48 horas após a toma de Mifepristone (só em caso de gravidez < 7 semanas); ou • Mifepristone 200 mg via oral dose única + Misoprostol 800 µg via vaginal, repetindo o Misoprostol 400 µg por via vaginal ou sublingual, 3 em 3 horas até 5 tomas (1ra toma de Misoprostol 36-48 horas após a toma de Mifepristone) – só em caso de gravidez entre 9-12 semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mifepristone 200mg via oral dose única + Misoprostol 800µg via vaginal 36-48 horas após a toma do Mifepristone, seguindo-se Misoprostol 400 µg via vaginal/sublingual de 3 em 3 horas até 5 tomas totais de Misoprostol. • Mifepristone 200mg via oral dose única + Misoprostol 400µg via oral 36-48 horas após a toma do Mifepristone, seguindo-se Misoprostol 400 µg via vaginal/sublingual de 3 em 3 horas até 5 tomas totais de Misoprostol. • Em caso de gravidez >24 semanas reduzir a dose de Misoprostol porque o útero tem maior sensibilidade as prostaglandinas, mas a falta de pesquisas clínicas nesta área impede a OMS de recomendar regimes específicos. • Expulsão fetal e da placenta nas gravidezes com mais de 12 semanas é em geral completa; • A menos que haja evidência clínica de aborto incompleto, a evacuação uterina não é necessária; • O uso de métodos modernos de aborto médico (Misoprostol com ou sem Mifepristone) resulta em taxas baixas (10%) de retenção de placenta. <u>A evacuação uterina pela aspiração a vácuo para remover a placenta só deve ser realizada em mulheres com sangramento intenso, febre ou com uma retenção de placenta de mais de 3 horas.</u>

Consulta de controlo / seguimento do aborto médico:

Medicação efectuada: Mifepristone e Misoprostol

- Não há necessidade obrigatória para uma consulta de controlo de rotina. Contudo se as mulheres quiserem podem ter a consulta. Se for marcada uma consulta de controlo, esta deve ser entre 7 e 14 dias depois da administração dos medicamentos para o aborto médico.

Medicação efectuada: Misoprostol

- Uma consulta de controlo entre 7 e 14 dias é recomendada para assegurar que o aborto foi completo (este regime é menos efectivo que o regime combinado).
- Confirme que o aborto foi completo pelo exame pélvico bimanual ou pela ecografia (se houver disponível) ou através dos níveis de βhCG.

- Outra avaliação para o aborto completo pode ser necessária se:
- A mulher continuar a referir os sintomas de gravidez e/ou se ainda tiver sangramento vaginal mínimo após a toma correcta da medicação, considere a possibilidade de continuar grávida, assim:
 - √ Deve-se fazer um exame pélvico, para verificar o crescimento uterino ou uma ecografia para confirmar existência da gravidez em evolução.
 - √ Ofereça a possibilidade de repetir a administração de Misoprostol ou fazer aspiração por vácuo para completar o aborto.
- Se a mulher refere um sangramento prolongado ou excessivo para o esperado e com cólicas, mas que não se suspeita de uma gravidez intra uterina em evolução:
 - § Descartar a possibilidade de uma gravidez ectópica e tratar apropriadamente.
 - § Ofereça a possibilidade de repetir a administração de Misoprostol ou fazer aspiração por vácuo para completar o aborto.
- Se a mulher refere um sangramento ligeiro para o esperado ou nenhum sangramento e que não se suspeita de uma gravidez intra uterina em evolução:
 - √ Descartar a possibilidade de uma gravidez ectópica e tratar apropriadamente.
- Assegure a mulher que o procedimento está concluído e que ela não está mais grávida
- Nos casos de aborto com mais de 12 semanas, que permanecem internadas, antes da alta, devemos:
 - √ Assegurar a mulher que o procedimento está concluído e que ela não está mais grávida.
 - √ Manifestar a disponibilidade para resolver qualquer necessidade emocional que a mulher possa ter imediatamente após o aborto.
 - √ Monitorar para qualquer complicação e manejar conforme necessário.
 - √ Ela pode deixar a US logo que se sentir estável e tenha critérios para a alta.
 - √ Garantir que a mulher tenha toda informação e medicamentos necessários antes de sair da enfermaria.
 - √ Documentar todos os resultados do tratamento, incluindo quaisquer efeitos adversos e complicações.

Nota:

- A febre pode ser um efeito colateral frequente da toma das doses repetidas de Misoprostol.
- Febre que persiste por mais de 24 horas após a última dose de Misoprostol deve ser avaliada.
- A administração de Paracetamol ou Ibuprofeno ou Diclofenac vai diminuir o desconforto da mulher.
- Dor intensa e persistente deve ser cuidadosamente avaliada para descartar ruptura uterina, uma complicação rara.

Atenção: Se a mulher referir dor intensa, sangramento abundante e febre prolongada — ela não deve esperar pelos 10-14 dias para o controlo. Ela deve ir imediatamente a US para assistência.

Aborto Cirúrgico

Não havendo indicações para o aborto médico, o método para a interrupção da gravidez (IVG) é o cirúrgico usando a aspiração manual por vácuo (AMIU) ou aspiração por vácuo eléctrico

(AEIU) antecedido pela prévia preparação farmacológica do colo uterino. Alguns autores consideram este método como primeira escolha em gravidezes com 12 a 14 semanas ou mais, calculadas a partir da DUM.

Preparação do colo

A preparação do colo é um passo importante e recomendada para todos casos de aborto cirúrgico nas mulheres que tenham uma idade gestacional de 12 a 14 ou mais semanas e não é recomendado de forma rotineira nas gravidez com menos de 12 semanas, mas pode ser considerada em mulheres que tenham fatores de alto risco de complicações, como as nulíparas, as de menor idade (≤ 18 anos), assim como, a experiência do provedor de saúde capacitado.

É importante entender que uma boa preparação do colo diminui a morbidade associada ao aborto cirúrgico do segundo trimestre da gravidez evitando particularmente as lacerações do colo, perfuração uterina e a evacuação incompleta dos produtos do aborto (restos ovulares).

Existem na literatura duas formas para providenciar a dilatação do colo que são:

- a) Dilatadores mecânicos (velas)
- b) Agentes farmacológicos.

Em Moçambique, nas US, dilatadores osmóticos (velas), não se encontram disponíveis, mas sim agentes farmacológicos como o Misoprostol ou Mifeprestone.

Dosagens recomendadas do Misoprostol / Mifeprestone:

Gravidez ≤ 12 A 14 Semanas	Gravidez ≥ 12 A 14 Semanas
<ul style="list-style-type: none"> • Misoprostol 400 microgramas (μg) por via vaginal três a quatro horas antes do procedimento ou 400 microgramas via sublingual duas a três horas antes do procedimento; ou • Mifeprestone 200 miligramas (mg) oral 24 a 48 horas antes do procedimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Misoprostol 400 microgramas (μg) por via vaginal três a quatro horas antes do procedimento

Note que o Misoprostol:

- Usado pela via vaginal tem menos efeitos secundários do que por via sublingual e providencia a mesma dilatação efectiva do colo;
- Poderá provocar algum sangramento e cólicas em algumas mulheres;
- Se não ocorrer a dilatação poder-se-á repetir a dose após quatro horas;
- Assegure um local condigno onde a mulher possa esperar confortavelmente até que o procedimento se efectue;
- Se durante o período da preparação do colo a mulher tiver uma hemorragia profusa, torna-se necessário iniciar o procedimento de evacuação imediatamente.

Aspiração Intra Uterina por Vácuo (Manual ou Eléctrico)

A aspiração por vácuo é uma alternativa e um método seguro para a interrupção de uma gravidez não complicada e com idade gestacional até 12 a 14 semanas.

Gravidez com idade gestacional ≤ 12 a 14 semanas - Primeiro trimestre

Passos para o Procedimento AMIU

A redução da infecção após a realização de uma aspiração intra uterina por vácuo quer seja manual ou eléctrica é acompanhada

pelo uso adequado dos instrumentos esterilizados, pela administração profilática de antibióticos e usando a técnica de não-tocar antes de inserir os instrumentos.

A técnica do “não-tocar”

Assim, durante o procedimento de aspiração, o provedor:

- Só agarra e toca no meio dos dilatadores, evitando as pontas.
- Conecta a cânula para a fonte de vácuo, sem tocar a ponta da cânula.
- Mantém instrumentos usados longe do resto dos instrumentos esterilizados da bandeja.
- Subjacente a esta técnica é o reconhecimento de que, mesmo com aplicação de solução anti-séptica no colo do útero, é impossível esterilizar a vagina.
- Faça o aconselhamento para PF mesmo antes do procedimento, enfatizando o método escolhido pela mulher. Prepare o método, tendo-o disponível para oferta imediata no pós aborto.

1. Peça a mulher para esvaziar a bexiga, em seguida ajude-a a deitar-se na marquês na posição de litotomia.

2. Lave as mãos e coloque o equipamento de protecção, incluindo as luvas.

- Prepare os instrumentos (certifique-se que o aspirador retém o vácuo, tenha sempre disponível mais do que uma seringa).
- Prepare a mulher (certifique-se que foi administrado um analgésico: 400-600 mg de Ibuprofeno ou Diclofenac por via oral, pelo menos 30 minutos antes do procedimento).

3. Faça o exame bi-manual para confirmar ou acrescentar algum achado se um exame tiver sido feito antes; o provedor deve ter uma avaliação correcta do tamanho e posição do útero antes de iniciar a evacuação.

4. Insira o espéculo na vagina e garanta uma boa visualização do colo.

5. Faça a assepsia da vagina e do colo uterino limpando com uma solução anti-séptica não alcoólica, começando no orifício do colo e em espiral de dentro para fora até que o colo esteja completamente coberto pela solução anti-séptica.

- Administre Diazepam 5 mg IM se houver disponibilidade e estiver clinicamente indicado ou se existir um técnico ou médico anestesista poder-se-á administrar gases anestésicos (óxido nitroso ou halotano).

6. Faça bloqueio paracervical, sempre que houver disponibilidade. Note que é geralmente recomendado para todas as aspirações intra uterinas quer seja manual ou eléctrica. Proceda como abaixo explicado:

- Prepare 20mL de lidocaína simples a 1.0% ou 40 ml a 0.5%

Injecte 1–2 ml de anestésico no local do colo onde se coloca o tenáculo / pinça de Pozzi. Isto pode ser na hora 12 ou 6, dependendo da preferência do provedor ou da apresentação do colo uterino.

- Após a colocação da pinça do colo, tracione e mova levemente o colo por forma à expôr e identificar a transição do epitélio liso cervical ao tecido vaginal, para determinar correctamente a zona de administração do anestésico.
- Injecte lentamente 2–5 ml de lidocaína a uma profundidade de 1.5-3 cm em 2-4 pontos na união cervical/vaginal (a hora 2 e 10 e/ou 4 e 8).

- Tenha sempre em atenção que deve mover a agulha e aspirar antes de injectar para evitar injectar dentro de um vaso sanguíneo.
- A dose máxima de lidocaína usada para o bloqueio paracervical é 4,5 mg/kg/dosis ou geralmente 200-300 mg (aproximadamente 20 ml a 1% ou 40 ml a 0,5%).

7. Dilate o colo (se não tiver usado o Misoprostol para preparar o colo. Pode usar “velas” dilatadores mecânicos). Dilatação não é necessária quando o colo do útero permite a passagem de uma cânula de tamanho adequado através do orifício cervical. A dilatação cervical é um passo essencial se o colo do útero estiver fechado ou insuficientemente dilatado. Mulheres com prévia preparação do colo apresentam-se muitas vezes com o colo do útero adequadamente dilatado, como geralmente acontece nos casos de aborto incompleto.

- A técnica de dilatação do colo do útero é a seguinte:

- Cuidadosamente examinar a posição do útero e do colo do útero e coloque a pinça no lábio cervical anterior ou posterior. Com a pinça no lugar, aplicar tração contínua para endireitar (rectificar) o canal cervical;
- Inicialmente usar o dilatador mais pequeno para localizar o canal cervical;
- Dilatar suavemente, nunca usando força, aplicando a técnica de não tocar com dilatadores mecânicos, enquanto mantém o colo do útero sob tracção suave usando a pinça de colo.

8. Insira a cânula, quando se tenha conseguido a dilatação apropriada, insira a cânula através do canal cervical, exercendo uma tração suave no colo, até atingir o fundo do útero.

- Selecione a cânula em função da idade gestacional:
 - √ Cânula número: 4-7 mm para gravidez de 4-6 semanas
 - √ Cânula número: 5-10 mm para gravidez de 7-9 semanas
 - √ Cânula número: 8-12 mm para gravidez de 9-12 semanas)

▪ Não faça força para inserir a cânula, para evitar traumatismo do colo ou do útero.

▪ Páre o procedimento se notar sinais ocorrência de perfuração uterina.

9. **Aspire** o conteúdo uterino:

- Conecte o aspirador ou a seringa com vácuo á cânula, segurando pinça e a extremidade da cânula em uma mão e o tubo do aspirador ou a seringa com a outra mão.
- Iniciar a sucção, quando a ponta da cânula estiver á meio do útero; a medida que o útero se for contraindo, as paredes, as paredes uterinas ficaram mais duras e o fundo vai descer.
- Evacuar o conteúdo do útero girando suave e lentamente a cânula em 180° em cada direcção. Sangue e tecido serão visíveis através da cânula. Não retire a abertura da cânula para além do orifício do colo do útero, ou a sucção é perdida.
- Se a seringa de AMIU ficar cheia, retire-a da cânula, deixando a cânula no útero e esvazie a seringa num recipiente apropriado e restabelecer o vácuo. Repita este procedimento até que o útero esteja vazio.
- Os seguintes sinais indicam que o útero está vazio:
 - Aparecimento de uma espuma vermelha ou rosa, e não tecido na cânula;
 - Uma sensação áspera é sentida a medida que a cânula passa pela superfície do útero evacuado;

- Útero contrai ao redor da cânula;
- A mulher sente cólicas fortes ou dor, indicando que o útero está se contraindo.
- Quando o processo estiver concluído, **remover a cânula e a pinça** de colo, limpe o colo do útero com uma bola de algodão ou compressa e avalie a quantidade de sangramento uterino ou cervical.

10. **Inspecionar os tecidos/RESTOS** é importante, para certificar-se que o procedimento foi completo e assim garantir um aborto completo.

▪ Para inspecionar os tecidos, esvazie o conteúdo aspirado do útero num recipiente apropriado (não empurrar o conteúdo aspirado através da cânula), e procurar por:

▪ Quantidade e a presença de RESTOS: vilosidades, decídua e membranas em quantidades correspondentes as esperadas, com base na idade gestacional; em gravidezes de de 9 semanas, partes fetais são visíveis;

▪ A presença de vilosidades semelhantes a cachos de uvas, sugerem uma gravidez molar.

▪ Se a inspeção visual for inconclusiva, o tecido deve ser esticado, colocado em um recipiente transparente, imerso em água ou vinagre e visualizado com luz por baixo. Se for observado algo anormal, a amostra de tecido deve ser enviada para um laboratório de patologia.

▪ Se nenhuns RESTOS forem visíveis, ou menos tecido do que o esperado for retirado do útero, ou a amostra do tecido é inconclusiva, isto pode indicar:

- √ Aborto incompleto: cavidade uterina ainda contém POC, mesmo que parecesse estar vazia no fim do procedimento;
- √ Um aborto espontâneo que já estava completo antes do procedimento;
- √ Um aborto (procedimento falhado): todos os RESTOS permanecem dentro da cavidade uterina;
- √ Gravidez ectópica se: não houver vilosidades visíveis, a gravidez ectópica é uma possibilidade e deve ser investigada;
- √ Anomalia anatómica: um útero bicórneo ou septado, a cânula pode ter sido inserida no lado do útero que não continha a gravidez.

▪ Se não é absolutamente claro que as membranas e vilosidades estão presentes no tecido avaliado, então deve assumir que não estão e tente aspirar de novo e/ ou avalie para a existência de uma gravidez ectópica.

▪ Quando terminar a aspiração faça qualquer outro procedimento que precise de ser executado, como por exemplo inserção de um DIU, laqueação tubar ou sutura de laceração do colo, se necessário).

11. **Limpe com segurança o equipamento depois do uso:** imediatamente depois de usado, o equipamento cirúrgico reutilizável, incluindo a seringa de aspiração e as cânulas devem ser lavadas e enviadas para esterilização segundo o procedimento de PCI (esterilização pelo autoclave ou desinfecção de alto nível).

12. **Descarte com segurança os materiais contaminados com fluidos corporais:** guarde-os em reservatórios a prova de perdas (por ter furos), e a seguir mande incinerar. Pode-se deitar numa fossa biológica ou enterrar numa cova com pelo menos 2 metros de profundidade e pelo menos 9 metros de distância de uma fonte de água.

▪ Prescreva antibióticos profilático (por exemplo, Doxiciclina 100 mg duas vezes ao dia por três dias) a todas as mulheres, pelo menos 30 minutos antes do procedimento.

A seringa de aspiração só pode ser usada no máximo para 50 aspirações!

Gravidez com idade gestacional de 12 a 14 semanas - Segundo trimestre

A técnica de aborto cirúrgico no segundo trimestre da gravidez é essencialmente a mesma, isto é os passos 1 a 8, citados anteriormente para o primeiro trimestre, mas tem algumas particularidades para os quais devemos ter sempre em conta, que:

- O procedimento exige obrigatoriamente um internamento na US.
- Os abortos cirúrgicos só podem ser efectuados se o colo estiver adequadamente dilatado. Isto é especialmente importante para os abortos feitos acima das 14 semanas de gravidez.

9a. Ao verificar a dilatação exacta do colo com a introdução do dilatador de maior calibre ou cânula de aspiração grande (12–16 mm) e se não conseguir passar, torna-se necessário promover a dilatação do colo mecanicamente ou repetindo a preparação cervical. Lembre-se que para este procedimento é necessário fazer uma boa tração do colo e aproximá-lo a entrada da vagina.

10a. Faça a amniotomia e aspire o líquido amniótico, inserindo uma cânula de 14–16 mm ajustada na seringa de AMIU, ou ao tubo de aspiração AEIU, através do colo até dentro da cavidade uterina e aspire o líquido amniótico.

- Faça a sucção como seria feita para abortos do primeiro trimestre, rodando a cânula durante o procedimento para aspirar o líquido amniótico. Se a cânula deslizar facilmente de trás para frente, o órfico desta poderá estar fechado. Neste caso, remova a cânula de dentro do útero e remova o tecido que esteja bloquear a cânula com cuidado para manter a técnica do não tocar. Se mais nada estiver a ser aspirado, geralmente depois de 1 ou 2 minutos, remova a cânula de dentro do útero.

11a. Evacuação do útero

▪ Sempre que possível, complete a evacuação do útero pela aspiração da parte inferior da cavidade do útero, evitando ir até ao fundo do útero, particularmente com os instrumentos na posição horizontal.

▪ Evite ir muito alto no útero, onde o risco de perfuração é mais alto. Em vez disso, reintroduza a cânula logo para além do colo e traga o tecido do fundo para o orifício cervical.

▪ Interrompa o procedimento se verificar algum sinal de perfuração.

▪ Em caso de dificuldade, a ecografia pode ser útil para a localização de partes fetais. No caso pouco provável de por alguma razão se não conseguir remover as partes fetais, considere a administração de um agente uterotónico, tal como um dos seguintes:

- √ 400–600 µg Misoprostol sublingual, oral ou bucal;
- √ 0.2 mg Metilergometrina oral ou IM;
- √ Altas doses de Oxitocina 20 unidades em 500 mL de Soro Fisiológico ou Lactato de Ringer, a correr 30 gotas por minuto;
- √ Reavalie depois de 3–4 horas e repita o procedimento de evacuação uterina.

12a. Inspecione os tecidos: Proceda a verificação para certificar que o aborto esta completo: Os seguintes componentes da gravidez devem ser identificados:

- As quatro extremidades.
- Tórax/coluna.
- Aboveda craniano.
- Placenta.

▪ Se a inspecção dos tecidos mostrar que o aborto não foi completo, re-evacue o útero ou faça uma ecografia para confirmação.

13a. Quando terminar a aspiração faça qualquer outro procedimento que precise de ser executado, como por exemplo inserção de um DIU, laqueação tubar ou sutura de laceração do colo, se necessário.

Recobro e alta da US:

- Reassegure a mulher de que o procedimento está concluído e que já não está mais grávida.
- Fale e discuta com a mulher necessidades emocional ou outras, que a mulher possa ter imediatamente depois do procedimento, em especial com as adolescentes.
- Monitore-a para qualquer complicação que possa vir a ocorrer e maneje conforme recomendado.
- A mulher pode deixar a US quando estiver estável e de acordo com os critérios de alta.
- Garanta que a mulher tem toda a informação e medicamentos necessários antes de deixar a US.
- Documente tudo o que aconteceu durante o tratamento, incluindo qualquer evento adverso.

Manejo da Dor Durante o Aborto

Quase todas mulheres com aborto podem sentir alguma dor e cólicas.

No entanto a intensidade da dor pode variar de mulher para mulher. Por isso, é necessário individualizar a avaliação das necessidades de manejo da dor de cada mulher.

Ao descuidar o elemento DOR aumenta desnecessariamente a ansiedade e desconforto da mulher, o que poderia alongar o procedimento e comprometer seus cuidados.

Métodos farmacológicos ou não farmacológicos pode ser úteis para reduzir a dor associada ao aborto.

Para otimizar o uso seguro de todos medicamentos para alívio da dor, deve se ter uma atenção redobrada aos antecedentes médicos da mulher, suas alergias e o uso concomitante de medicamentos que pode interagir com qualquer dos agentes analgésico ou anestésico disponível.

Compreendendo a dor relacionada ao aborto:

- Uma mulher a quem se faça um aborto pode sentir ansiedade, medo ou apreensão.
 - A ansiedade pode aumentar a sua sensibilidade a dor.
 - É possível que uma mulher que está muito ansiosa não possa conseguir ficar quieta na marquesa tornando o procedimento mais difícil, mais doloroso e acarretando maior risco de complicações. No caso das adolescentes, embora, os procedimentos clínicos com a utilização da AMIU, AEIU, ou Misoprostol sejam, geralmente, similares àqueles realizados em mulheres adultas, a falta de conhecimento sobre o que esperar e apoio emocional limitado por parte da família podem ocasionar um aumento da ansiedade e da dor durante os procedimentos.
- A dor relacionada com a dilatação cervical fisiológica ou mecânica e as contrações uterinas é comum entre as mulheres submetidas ao aborto.
- Note que é importante assegurar a oferta à todas mulheres, de um apropriado manejo da dor antes do aborto médico ou cirúrgico. Apesar da necessidade de manejo humanizado da dor em qualquer mulher, atenção especial deve ser dada às adolescentes neste estágio

Tabela 5. Opções de Conduta da Dor No Aborto

	Aborto Cirúrgico / AMIU	Aborto Médico
Métodos não Farmacológicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicação respeitosa sem juízos de valor ▪ Apoiar e acalmar verbalmente ▪ Técnica operatória suave e delicada ▪ Antes de realizar manter a paciente informada de cada passo do procedimento, se for desejo da mulher ▪ Permitir a presença de uma pessoa de apoio que fica com ela durante todo o procedimento, se for desejo da mulher ▪ Encorajar respirações profundas e controladas ▪ Escutar música ▪ Bolsa de água quente ou almofada térmica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicação respeitosa sem juízos de valor ▪ Apoiar e acalmar verbalmente ▪ Explicação minuciosa sobre o que se espera ▪ Permitir a presença de uma pessoa de apoio que fica com ela durante todo o procedimento, se for desejo da mulher ▪ Bolsa de água quente ou almofada térmica
Métodos Farmacológicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sedantes e ansiolíticos, por exemplo: Diazepam 5 a 10 mg ▪ Analgesia (agentes anti-inflamatórios não esteróides) por exemplo: Ibuprofeno 400 a 800 mg ▪ Anestesia local, bloqueio para cervical: lidocaína 0,5 a 1%, 20 ml ▪ Anestesia geral ou sedação consciente. <p>Não usar rotineiramente, uso em casos excepcionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sedantes e ansiolíticos, por exemplo: Diazepam 5 a 10 mg ▪ Analgesia (agentes anti-inflamatórios não esteróides) por exemplo: Ibuprofeno 400 a 800 mg ▪ Também pode-se usar medicamentos coadjuvantes, quando indicados, para tratamento dos efeitos colaterais do Misoprostol (por exemplo a loperamida para diarreia) ▪ Se a gravidez for ≥ 12 a 14 semanas ▪ Para além dos AINES, oferecer pelo menos um dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Opiáceos orais ▪ Opiáceos IM ou IV ▪ Analgesia epidural
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não se recomenda o uso do Paracetamol para reduzir a dor durante o aborto ▪ Para assegurar que as medicações orais tenham o seu maior efeito no momento do procedimento, devemos administrá-los cerca de 30 a 45 minutos antes do procedimento 	

* Baseada nas normas clínicas do aborto seguro OMS

Nota:

Não se recomenda o uso de anestesia geral de rotina para o procedimento de Aspiração ao Vácuo ou Dilatação e Esvaziamento.

▪ Os medicamentos usados para anestesia geral são um dos poucos aspectos dos cuidados de aborto que pode ameaçar a vida da mulher.

▪ Qualquer US que ofereça anestesia geral deve ter equipamento adequado, funcionante e peçoal especializado em anestesia (médicos ou técnicos licenciados) com capacidades adquiridas para o manejo do procedimento e suas complicações.

▪ Quando controlada a dor por via intravenosa, sedação consciente ou anestesia geral, deve estar presente um clínico especializado em anestesia (médicos ou técnicos licenciados) para vigiar os parâmetros respiratórios, cardiovasculares e neurológicos, incluindo o nível de consciência. Também deve estar preparado para dar suporte respiratório perante uma paragem respiratória.

▪ É necessário lembrar que estas condições somente as temos nas salas de operações dos Hospitais Rurais e Distritais (alguns), Gerais, Provinciais e Centrais.

Tratamento do Aborto Incompleto

O Aborto incompleto é uma condição clínica do aborto na qual há uma expulsão parcial do produto de concepção, havendo deste restos ovulares na cavidade uterina.

Qualquer paciente com aborto incompleto poderá apresentar uma ou mais complicações como: choque hipovolémico, hemorragia vaginal severa ou infecção e sepsis.

O tratamento oportuno de abortos incompletos é um elemento essencial de atenção obstétrica, que deve estar disponível em todos Hospitais e Centros de Saúde tipo I de Nível Distrital. O tratamento de abortos incompletos sem complicações pode também ser fornecido ao nível das outras Unidades Sanitárias Periféricas, Centros de Saúde do tipo II (Urbano ou Rural), quer pelo tratamento medicamentoso ou pela utilização da aspiração manual intrauterina (AMIU). Deve estar assegurado os vínculos entre serviços de emergência pós-aborto e o sistema de atenção em saúde reprodutiva.

Elementos de Atenção Pós-Aborto

Serviços integrados de pós-aborto devem incluir a atenção à saúde clínica e preventiva. Os elementos chave de atenção pós-aborto são:

- a) Tratamento de emergência de abortos incompletos e complicações potencialmente ameaçadoras da vida.
- b) Orientação e prestação de serviços de Planeamento Familiar / Contraceção pós-aborto.

Tratamento de Emergência

O tratamento de emergência de complicações pós-aborto frequentemente é oferecido em Unidades Sanitárias de nível secundário e terciário em áreas urbanas e Centros de Saúde tipo I nas zonas rurais. A centralização deste serviço contribui para que o seu acesso seja limitado para mulheres que vivem nas zonas rurais e longe dos Centros Urbanos e em particular as mulheres pobres.

O aumento da disponibilidade de serviços de atenção de emergência em todo o SNS requer a descentralização de serviços de tratamento, e a melhoria da qualidade e atenção a todos os níveis.

O tratamento de emergência para complicações pós-aborto inclui:

- Uma avaliação inicial da mulher sobre sua condição clínica (história clínica resumida, exame físico e pélvico limitados) para confirmar a presença de complicações de aborto e plano de tratamento.
- Internamento, se tiver sinais de choque ou anemia grave.
- Estabilização das condições de emergência.
- Evacuação uterina para remover produtos remanescentes da concepção (PDC) que pode ser: farmacológico ou cirúrgico, dependendo da sua condição clínica e preferência da paciente.
- Tratamento de quaisquer complicações (tanto as complicações presentes antes do tratamento e complicações que ocorrerem durante ou depois do procedimento de tratamento).
- Encaminhamento e transferência oportuna se a mulher requer tratamento além da capacidade do estabelecimento onde está sendo atendida.
- Tipagem sanguínea, Hemograma.
- Se a paciente for Rh Negativo, administrar Imunoglobulina Anti-D, se estiver disponível na US.

Os métodos de evacuação uterina consistem no uso de fármacos ou procede-se a evacuação cirúrgica, nomeadamente:

- a) Tratamento medicamentoso: uso do Misoprostol.
- b) Tratamento cirúrgico: AMIU ou AEIU para evacuação da cavidade uterina.

Importa recordar, que todos os passos anteriormente citados sobre a atenção humanizada e cuidados compreensivos ou completos para o aborto também se aplicam nos casos de aborto incompleto.

Antes do procedimento, é necessário explicar a mulher as opções de tratamento que incluem:

- a) Tratamento medicamentoso: uso de Misoprostol.
- b) Aconselhamento sobre o tratamento proposto.
- c) Aconselhamento sobre uso de anticonceptivos.

Nota:

Os procedimentos para salvar a vida não devem ser adiados por causa do aconselhamento. Se a mulher estiver em risco de vida, deve-se tomar todas as medidas necessárias (canalizar uma veia, administrar oxitócicos, evacuar o útero) e só depois fazer o aconselhamento.

Tratamento Médico ou Farmacológico:

Misoprostol para tratamento do aborto incompleto:

Os regimes e a eficácia do tratamento de Misoprostol para o aborto incompleto foi demonstrado em vários estudos, assim como as vias de administração.

A administração de Misoprostol através das vias oral e sublingual apresentam uma mais rápida acção.

O Misoprostol 400µg por via sublingual e o Misoprostol 600µg por via oral apresentam perfis de segurança e eficácia semelhantes quando utilizados em casos onde o tamanho uterino é menor ou igual a 12 semanas contados a partir da DUM (data de última menstruação).

Tabela 6. Misoprostol Para Aborto Incompleto - Doses E Regimes

Tamanho Uterino	Dose de Misoprostol	Via de Administração	Frequência	Sucesso	Referências
Até 12 Semanas	600mcg	Oral	Três (3) comprimidos de 200mcg tomados simultaneamente	91-99%	Bique et al. 2007, Dao et al. 2007, Diop et al. 2009, Shwekerela et al. 2007, Taylor et al. 2011, Weeks et al. 2005)
	400mcg	Sublingual	Dois (2) comprimidos de 200mcg debaixo da língua durante 30 min, depois engulir os restantes resíduos dos comprimidos	95-98%	Dabash et al. 2010, Diop et al. 2009)

*Misoprostol for treatment of incomplete abortion:Gynuity Health Projects.

Crítérios para a selecção das pacientes

▪ Elegibilidade:

São elegíveis para o uso de Misoprostol as mulheres com as seguintes condições:

- 1) Orifício do colo do útero aberto.
- 2) Hemorragia vaginal ou historial de hemorragia vaginal durante esta gravidez.
- 3) Tamanho uterino de ≤ 12 semanas (primeiro trimestre).

▪ Contraindicações:

- 1) Alergia conhecida ao Misoprostol ou outras Prostaglandinas.
- 2) Confirmação ou suspeita de gravidez ectópica.
- 3) Sinais de septicemia ou doença inflamatória pélvica activa.
- 4) Instabilidade hemodinâmica ou choque.

▪ Precauções:

(Tratamento dependente da opinião clínica e opções disponíveis para cuidados pós-aborto seguros)

- 1) DIU no lugar: remover antes de iniciar o regime.
- 2) Doença hemorrágica ou terapia anticoagulante actual.
- 3) Tamanho uterino maior do que 12 semanas.
- 4) Anemia grave.
- 5) As mulheres que amamentam podem tomar Misoprostol.

Nota:

Em geral, pode ser mais seguro para mulheres com perturbação hemorrágica ou que estão a tomar anticoagulantes receber cuidados num estabelecimento de saúde onde possam ser observadas e monitorizadas; a aspiração intrauterina (se disponível) poderá ser a opção de tratamento mais segura.

Historial clínico e exames

Obter história clínica sobre:

- Medicamentos utilizados actualmente.
- Alergias conhecidas a medicamentos e outros.
- Doenças ou condições agudas ou crónicas.
- Breve historial obstétrico e contraceptivo.
- Historial da gravidez actual
 - DUM.
 - Quando teve início o sangramento, padrões de sangramento e quantidade de sangramento
 - Dores/espasmos na região pélvica.
- Hemoglobina ou hematócrito.
- Ecografia: não é necessária a ecografia de rotina para diagnosticar o aborto incompleto.

Realizar exame físico

- Obter sinais vitais: pressão sanguínea, temperatura, pulso.
- Avaliar aspecto geral: palidez, nível de energia e atenção, ambulatório, sem sinal de dor aguda.
- Realize um exame pélvico e avalie:
 - Tamanho/sensibilidade uterina.
 - Hiperalgia do movimento do colo do útero.
 - Massa anexial que sugere gravidez ectópica.
- Realize um exame com espéculo e avalie:
 - Orifício do colo do útero (aberto ou fechado).
 - PDC salientes no colo do útero.
 - Secreção do orifício do colo do útero.
 - Sangue no prolapso da cúpula vaginal (cor e quantidade).

Avaliação

- Avalie se a mulher se encontra numa condição estável.
- Determine se é garantido um diagnóstico de aborto incompleto.
- Avalie se a mulher é uma candidata elegível para o tratamento com Misoprostol.

Tratamento

Explique o que pode esperar:

- Eficácia do tratamento (91-99%).
- Como é usado o Misoprostol.
- Amplitude da experiência normal.
- Potenciais efeitos secundários e complicações.
- Sinais de alerta para procurar ajuda.
- Acesso a cuidados de urgência, se necessário.
- Necessidades de contraceção.

Forneça Misoprostol

Consoante o espaço disponível no estabelecimento, a condição da mulher e a sua preferência, esta pode tomar os medicamentos na Unidade de Sanitária e então regressar a casa, ou pode tomar o Misoprostol em casa, ou (se o estabelecimento assim o permitir e se for esta a preferência da mulher), pode permanecer na Unidade de Saúde durante várias horas para observação.

Escolha um dos seguintes regime:

a) Misoprostol oral: 600mcg OU b) Misoprostol sublingual: 400mcg

Forneça medicamentos adicionais:

- Para a dor: AINEs, tal como Ibuprofeno 400-600mg por via oral de 6 em 6 hora, conforme necessário.
- Outros medicamentos (por exemplo, antieméticos), conforme a necessidade.

Sinais de alerta para os quais as mulheres deverão procurar ajuda médica imediata:

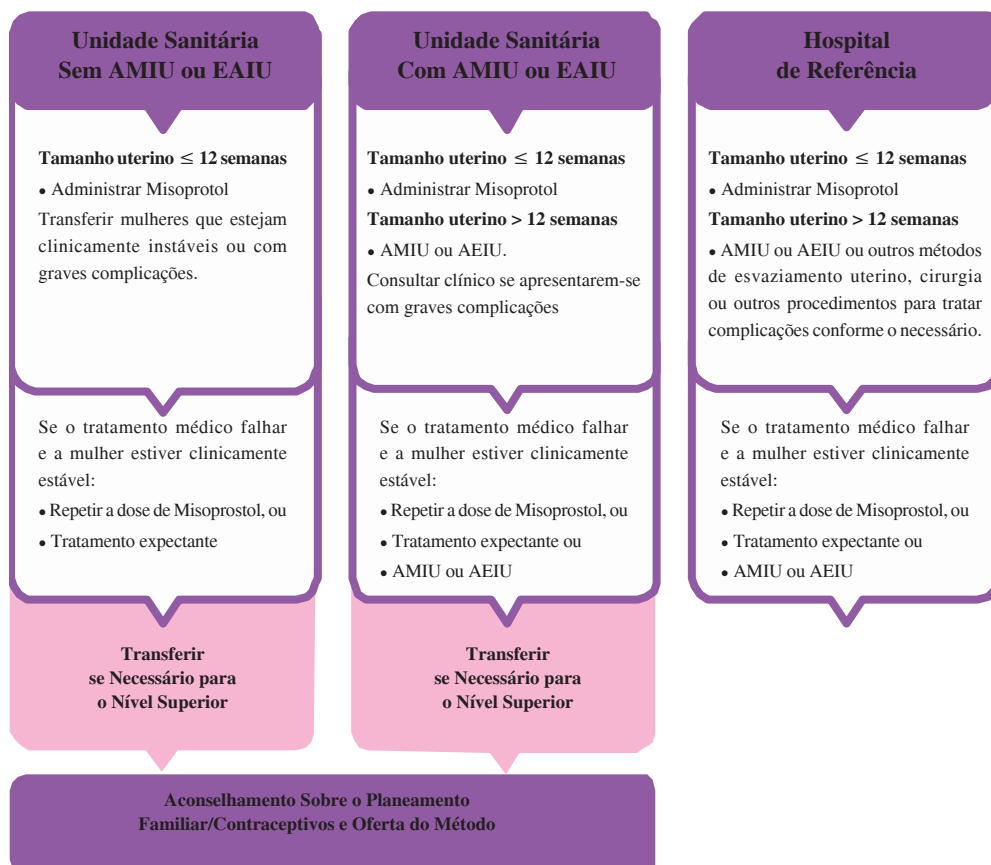
- **Hemorragia abundante**
 - Ensopar dois pensos higiénicos de máxima absorção por hora durante duas horas consecutivas.
 - Hemorragia abundante que ocorre depois de a hemorragia ter abrandado ou terminado.
 - Sensação de desorientação, tontura ou fraqueza à medida que o sangramento continua.

- **Febre** que dura mais do que um dia ou tem início em qualquer dia depois da toma do Misoprostol.
- **Dor forte**, mesmo no dia da toma do Misoprostol, que não melhora com a medicação, descanso ou compressa quente.
- **Mal-estar geral**

Consulta de seguimento após o procedimento

- Marque uma consulta de seguimento entre uma a duas semanas após a administração de Misoprostol.
- História sugestiva de tratamento bem sucedido:
 - A mulher sofre de sangramento que vai desde uma intensidade mais leve do que a menstruação até uma intensidade mais forte após ter tomado Misoprostol, normalmente com o surgimento de coágulos ou tecido.
 - Os sintomas da gravidez diminuem ou desaparecem; já não se sente grávida.
 - Exame físico que demonstra tratamento bem sucedido:
 - Sangramento mínimo ou ausente.
 - Tamanho uterino normal (pequeno, firme).
 - Útero e anexos não sensíveis e sem hiperalgesia ao movimento cervical.
 - Orifício do colo do útero fechado.
- Se for detectado que o aborto possa estar incompleto e se a mulher estiver clinicamente estável, esta poderá receber:
 - Observação com tratamento expectante (de uma a duas semanas).
 - Uma dose adicional de Misoprostol. Se a mulher for tratada com uma dose adicional de Misoprostol, é aconselhável que seja avaliada novamente no período de uma a duas semanas para se ter a certeza de que o aborto está completo.
 - Se a paciente solicitar que se complete o aborto, ou no caso de infecção ou de sangramento significativo, deverá ser realizada a aspiração intrauterina.

Figura 1. Diagrama de Conduta Nos Casos de Aborto Incompleto



Tratamento Cirúrgico: AMIU OU AEIU

Todos os passos para evacuação da cavidade uterina por sucção a vácuo, quer seja manual ou eléctrica foram descritos no capítulo anterior (página 44). Deve ser seguidos minuciosamente, observando alguns passos diferenciados no caso de aborto incompleto, tais como:

1. Introduza o espéculo gentilmente e verifique o colo uterino para ferimentos ou protrusão de fragmentos. Se fragmentos de tecido (placenta ou membranas) estiverem presentes na vagina ou colo uterino, remova-os usando uma pinça. Ainda, se fios de DIU são visíveis no colo, remova o DIU depois de preparar o colo uterino.

- Pelo quadro clínico estas mulheres apresentam um colo aberto, isto é, com dilatação pelo que geralmente não requiere a aplicação de anestesia paracervical. Assim introduza a cânula gentilmente.

- Considerando que a paciente está acordada durante o procedimento AMIU, provedores/as precisam prestar atenção às necessidades emocionais da mulher. O Diálogo com Pacientes e a Utilização de *Verbocaína* (anestesia verbal) têm um papel chave para ajudar pacientes neste procedimento.

2. Evacue qualquer conteúdo remanescente da cavidade uterina.

- Verifique os sinais que confirmam que o procedimento está completo.

- Rapidamente examine o tecido removido do útero:

- para verificar a quantidade e presença de PDC, para assegurar uma evacuação completa, e para verificar gravidez molar (rara).

- **Se não for detectado PDC:**

- Todo PDC pode ter saído antes da realização da AMIU (aborto completo).
- A cavidade uterina pode parecer vazia mas pode não ter sido esvaziada completamente por causa da falta de experiência do/da clínico/a.
- O sangramento vaginal pode ter sido por uma outra causa que não era aborto incompleto (hemorragia por estrógeno ou progesterona, como pode ocorrer com o uso de anticoncepcionais hormonais, ou fibromas uterinas); ou o útero pode ser anormal (isto é, a cânula podia estar no lado sem gravidez de um útero duplo).
- A ausência de PDC em uma paciente com sintomas de gravidez levanta uma forte possibilidade de gravidez ectópica, que deve ser avaliada e descartada.

3. Depois de ter certeza que o procedimento está completo, remova o tenáculo e o espéculo.

4. Descontamine todos os instrumentos (seringa AMIU, cânulas, tenáculo e espéculo) pela imersão em 0,5% de solução clorada. Deixe os *itens* imersos por pelo menos 10 minutos, seguindo criteriosamente as instruções do PCI.

Para tratamento cirúrgico de aborto incompleto de meio a final do segundo trimestre, os métodos disponíveis são condução ou aceleração com Oxitocina, 10 UI diluídos em 500 ml de Lactato de Ringer (ou solução equivalente) EV durante 4 horas para completar, com segurança, a expulsão de PDC retido seguido da evacuação pela aspiração a vácuo da cavidade uterina.

No segundo trimestre o risco aumenta pela maior perda de sangue e perfuração uterina como consequência do tratamento. Assim, o tratamento de aborto incompleto no meio ou final do segundo trimestre precisa ser realizado por um habilitado e experiente provedor. Além disso, na evacuação pode-se utilizar antes da aspiração, a pinça em anel (restos) para a remoção manual de PDC retido.

Geralmente, a placenta ou fragmentos placentários são expulsos e se parecer ser completa e a mulher não estiver com sangramento anormal, não necessitará de realizar aspiração da cavidade uterina, mas se ela não está estável (continua a ter sangramento vaginal), pode ser necessária a aspiração a vácuo com a maior cânula disponível.

Permita que a paciente descanse em conforto, onde sua recuperação pode ser observada, monitorizada e pode receber alta assim que estiver estável. Deve receber a informação necessária sobre o seguimento e marcação do dia para sua visita de seguimento, caso se julgue necessário.

Os sinais de uma recuperação normal são os seguintes:

- Algumas cólicas uterinas que podem ser aliviadas com analgésicos suaves
- Algum sangramento ou manchas, que não devem exceder um período menstrual comum.
- Um período menstrual comum que deve ocorrer dentro de 4 a 8 semanas.
- A paciente deve receber instruções para tomar quaisquer prescrições de medicamentos.
- Deve saber que:
 - Não deve ter relações sexuais ou colocar qualquer objeto na vagina (não deve fazer duchas ou usar tampões) até que o sangramento pare (5 a 7 dias).
 - A sua fertilidade pode voltar em menos de 2 semanas depois do procedimento, pelo que necessita de orientação anticoncepcional e começar a usar um método imediatamente se não desejar outra gravidez.
 - O que fazer e onde ir para atenção de emergência caso ocorram complicações. Os sinais de perigo e sintomas que requerem atenção de emergência imediata incluem:
 - Cólicas prolongadas
 - Sangramento prolongado (mais do que 2 semanas)
 - Sangramento em excesso mais que sangramento menstrual
 - Dor severa ou aumentada
 - Febre, calafrios ou mal-estar
 - Desmaio (síncope)

Contraceção e Planeamento Familiar Pós-Aborto

Toda a mulher que teve uma gestação interrompida, voluntária ou espontaneamente, deve receber aconselhamento e oferta de métodos contraceptivos que melhoram a adesão aos mesmos e quebra o ciclo de gravidezes indesejadas.

Existem factores que limitam a provisão de serviços de Contraceção e PF para mulheres no pós-aborto, nomeadamente:

- Falta de reconhecimento do problema de abortos em condições de risco e a necessidade subsequente de serviços de contraceção;
- Separação dos serviços pós-aborto de emergência e serviços de PF nas US;
- Fraca disponibilidade de serviços funcionais para determinados grupos de mulheres (ex. adolescentes, solteiras e trabalhadoras de sexo);
- Fraca compreensão e atenção às necessidades de saúde reprodutiva da mulher por parte dos provedores;
- Informação equivocada entre provedores sobre métodos modernos de PF apropriados para mulher no pós-aborto.

É essencial e lógica a ligação entre os serviços de atenção pós-aborto e outros serviços de saúde reprodutiva, porém estes serviços continuam distintamente separados em grande parte das

US. Esta separação deixa a mulher com acesso limitado à atenção em saúde reprodutiva e influencia de maneira significativa, o seu estado geral de saúde.

Assim, é importante identificar os serviços de saúde reprodutiva que cada mulher possa necessitar e oferecer-lhe uma gama mais ampla possível de serviços de forma integrada. Por exemplo, provedores/as precisam estar alertas aos sintomas de infecções do trato genital (ITG) e ITS tais como tricomoníase ou cervicite mucopurulenta, e fornecer o tratamento apropriado. Para mulheres acima de 30 anos é a oportunidade para oferecer uma avaliação para despitte do cancro do colo do útero.

Orientações para oferta de contraceptivos no pós-aborto:

- 1) Informar que a completa recuperação da mulher após um aborto é relativamente rápida, assim como a recuperação da fertilidade pode ser quase que imediata, pois a ovulação pode ocorrer ao fim de 2 semanas após o aborto colocando a mulher em risco de uma gravidez, por conseguinte, a contracepção deve iniciar-se também de imediato, mesmo que a mulher não deseje, tão logo, ter relações sexuais;
- 2) Avaliar a elegibilidade médica da mulher para iniciar contracepção. Todos os métodos modernos de contracepção são apropriados para o uso no pós-aborto, contanto que o provedor avalie a mulher para as precauções padronizadas para um método e forneça informação adequada;
- 3) Garantir disponibilidade de todos os métodos modernos de contracepção no local onde se atende à mulher em aborto, dando oportunidade à mulher de iniciar de imediato o seu uso antes da alta;
- 4) Assegurar a referência da mulher para os serviços de saúde reprodutiva e PF mais próximos, por forma que ela dê continuidade ao método escolhido.

O provedor deve dar:

- Atenção especial ao aconselhamento e à escolha de um método contraceptivo de resposta às intenções reprodutivas da mulher, ressaltando a necessidade de esperar seis meses pós-aborto antes de uma nova gravidez;
- Privacidade aquando da escolha do método;
- Apoio a mulher para aprender como negociar o uso do preservativo, considerando que as adolescentes e jovens, com frequência, não possuem habilidades de comunicação e a experiência de vida necessárias para negociar com o parceiro o uso do preservativo.
- Informações sobre todos os métodos, inclusive sobre a eficácia de cada método para evitar a gravidez.

A segurança e eficácia dos métodos contraceptivos no pós-aborto

O DIU de cobre, o Implante subdérmico e os contraceptivos hormonais injectáveis trimestrais (Depo-Provera) têm-se demonstrado mais eficientes por não haver o risco de esquecimento. No entanto, a preferência e escolha da mulher também pode recair nos contraceptivos orais como a pílula combinada ou

progestínica e nos métodos de barreira (preservativos masculino e feminino).

Considerando que existe um grupo de mulheres que não usam métodos contraceptivos com regularidade, visto que estão convictas de que não volta a ter relações sexuais num curto espaço de tempo, a oferta de contracepção hormonal de emergência (pílula do dia seguinte) é uma alternativa eficaz. Estas mulheres podem estar expostas a relações sexuais inesperadas, e não protegidas ao risco de gravidez e de aborto, pelo que este método ao estar disponível pode evitar a gravidez nesses casos.

No aconselhamento pós aborto e no momento da alta, dever-se-à oferecer pelo menos uma dose de pílula contraceptiva de emergência à mulher, particularmente a adolescente, para que seja utilizada nos casos de falha do método contraceptivo ou relação sexual desprotegida.

Se for possível e se a mulher assim desejar, envolva os parceiros, principalmente das adolescentes no aconselhamento contraceptivo.

A mulher deve ter absoluta liberdade de aceitar ou não método contraceptivo. Se o método escolhido não for recomendado ou se não estiver disponível no momento, a mulher deverá ser aconselhada a usar um método alternativo e referida à US mais próxima para iniciar ou continuar com o método escolhido.

Se eleito o DIU como método, este deve ser inserido no fim do esvaziamento uterino (AMIU ou curetagem) quando não existe sinal ou suspeita de infecção. A sua inserção pode ainda ocorrer na alta hospitalar ou no retorno à US dentro dos primeiros 15 dias pós- aborto ou ainda logo depois da 1.^a menstruação após o esvaziamento.

Os DIUs podem ser inseridos imediatamente a seguir a um aborto do 1.^o e 2.^o trimestres, contudo o risco de expulsão é ligeiramente mais elevado no 2.^o em relação ao 1.^o. Este método pode ser inserido depois de um aborto médico desde que se tenha certeza de que houve expulsão completa.

Os métodos hormonais (incluindo Pílulas, Injecções, Implantes, Adesivos e Anéis Vaginais) podem ser iniciados imediatamente depois de qualquer aborto, incluindo o aborto séptico.

O progestínico injectável trimestral, a Depoprovera, pode ser administrado entre o dia do esvaziamento e o 5.^o dia pós-aborto, da mesma forma que o contraceptivo hormonal oral.

A possibilidade de muitas mulheres apresentarem dificuldades em consultar uma US dentro desses prazos é relativamente alta, pelo que, é necessário que os métodos estejam disponíveis no serviço que atende o aborto, para que as mulheres possam ter a oportunidade de iniciar o método escolhido antes da alta.

Qualquer dos métodos contraceptivos pode ser usado depois do aborto do 1.^o trimestre. Contudo, é preciso obedecer aos critérios de elegibilidade médica para cada método.

É importante lembrar que os métodos destacados acima não protegem contra as ITS e HIV. Pelo que, deve-se prover informação adicional e completa sobre o uso de preservativos e sobre como obtê-los, promovendo o conceito de dupla proteção (protecção contra a gravidez e ao mesmo tempo contra as ITS e HIV).

Tabela 7. Critérios de Elegibilidade dos Métodos Contraceptivos no Aborto

Condição No Pós-Aborto	Primeiro Trimestre	Segundo Trimestre	Imediatamente Pós-Aborto Séptico
Anticonceptivos orais combinados - AOC	1	1	1
Anticonceptivos injectável combinados - AIC	1	1	1
Adesivos & anel vaginal	1	1	1

Anticoncepcionais orais Progestinicos - AOP	1	1	1
Anticoncepcionais injectável Progestinicos - DMPA/NET-EN (Medroxiprogesterona/Nortestiterona)	1	1	1
Implantes progestinicos - LNG/ETG	1	1	1
DIU de Cobre	1	2	4
DIU com progestínico LNG (Levonorgestrel)	1	2	4
Preservativos	1	1	1
Espermicida	1	1	1
Diafragma	1	1	1
Definição das categorias:			
<i>1: Condição para a qual não existe nenhuma restrição para uso do método contraceptivo.</i>			<i>3: Condição na qual o risco teórico ou provado geralmente sobrepõe-se as vantagens de usar o método</i>
<i>2: Condição na qual as vantagens geralmente sobrepõem-se ao risco teórico ou provado</i>			<i>4: Condição em que se o método contraceptivo for usado representa um risco de saúde inaceitável.</i>

*Baseado nos critérios de elegibilidade médica para o uso de contraceptivos, 5ª ed. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2015.

Aspectos essenciais da Contraceção Pós-aborto:

Os provedores de saúde devem seguir os seguintes passos para um bom aconselhamento:

- Estabelecer uma empatia (bom relacionamento);
- Avaliar as necessidades da mulher ou da adolescente;
- Explicar os aspectos da reprodução humana;
- Perguntar se a mulher quer espaçar ou prevenir a gravidez;
- Avaliar a situação individual de cada mulher;
- Explicar as características dos métodos disponíveis;
- Ajudar a mulher a escolher o método mais adequado para ela;
- Certificar-se de que a mulher compreendeu como funciona o método que escolheu;
- Explicar à mulher onde se dirigir, na sua comunidade, em caso de necessidade de apoio.

Fornecimento do método anticoncepcivo

- Qualquer dos métodos modernos pode ser fornecido desde que:
 - Não haja complicações que exijam tratamento adicional;
 - A mulher tenha recebido o aconselhamento necessário e tenha dado o seu consentimento informado;
 - O provedor deve verificar se não existe nenhuma precaução especial para o uso de determinado método.

Planeamento Familiar no aborto não complicado

- Qualquer dos métodos pode ser usado.

Planeamento Familiar no aborto complicado – Infecção

Se existe suspeita de infecção, os seguintes métodos não estão recomendados:

- Laqueação tubar porque a operação pode precipitar uma infecção pélvica ou uma peritonite.
- Dispositivo Intra-uterino (DIU) porque a sua inserção na presença de infecção pode agravar a condição e o tratamento pode não ser fácil.

Avaliação das Complicações e Tratamento

Choque

Sinais e sintomas

O choque ocorre por perda de sangue e/ou sepsis, com o agravamento da dor. Verifica-se uma interrupção no aporte de oxigénio aos tecidos, sendo uma condição grave e muito instável com alto risco de morte.

Alguns sinais que apresentam são: pulso rápido (>110/minuto) e filiforme; baixa tensão arterial; palidez em volta da boca ou nas palmas das mãos; conjuntiva pálida; rápida respiração (>30/minuto); ansiedade; confusão; tonturas; perda da consciência.

Trate imediatamente e inicie duas vias intravenosa de imediato. Primeiro trate o choque e depois a sua causa.

Tratamento inicial

Comece o tratamento imediatamente e transfira, se for necessário, de acordo com as capacidades locais, mas é importante que:

- Assegure-se a permeabilidade das vias aéreas.
- Avalie os sinais vitais (Pulso, TA, FR e Temp.).
- Insira cateteres de calibre 16-18, para garantir duas vias intravenosa e administre 1 litro de Lactato de Ringer ou Soro Fisiológico isotónico durante 15-20 minutos. Para poder estabilizar a uma paciente em choque poderá necessitar 1-3l. Não administre líquidos pela boca.
- Mantenha a mulher aquecida.
- Coloque a paciente em decúbito lateral (se vomitar, haverá menos probabilidade de aspirar).
- Eleve as pernas da mulher.
- Coloque oxigénio 6-8l/minuto se estiver disponível (máscara ou cânula nasal).
- Se a hemoglobina for <5g/dl ou hematocrito <15%, será necessário realizar uma transfusão de concentrado de glóbulos.
- Monitore a quantidade de líquidos/sangue que se é (é conveniente ter uma tabela ou ficha de registo de entradas e saídas de líquidos).
- Algalie a paciente e monitore a diurese. Se a urina for muito concentrada ou tiver oligúria e ou anúria providenciar a transferência para outra US de nível superior.

Note que oligúria ou anúria podem estar presentes no choque devido uma redução do volume plasmático (devido a hemorragia ou diarreia severa), sepsis e lesão uterina, que necessita uma correção rápida do volume circulante, assim como a eliminação da causa.

Deve-se infundir rapidamente 50-200ml de Soro Fisiológico ou Lactato de Ringer ao longo de um período de 10 minutos.

- Se houver infecção (febre, arrepios de frio, secreção purulenta ou pus) administre antibióticos de largo

espectro, por via Endovenosa, ou Intramuscular. Não faça medicação por via oral, exceptuando se não tiver disponível formulas EV ou IM.

- Realizar análises de laboratório é sempre útil, mas não devem retardar o início do tratamento. Solicite hemoglobina, hematócrito, grupo sanguíneo (tipo e compatibilidade), plaquetas, e se for possível, electrólitos plasmáticos (Na e K), Ureia e Creatinina.
- Retire qualquer produto de concepção que seja visível na vagina ou no colo uterino.

Tabela 8. Sinais Iniciais e Tardios do Choque

Sinais	Sinais Iniciais (podem-se tratar as mulheres no Centro de Saúde primário)	Sinais Tardios (devem-se transferir as mulheres para US de referência)
Pulso	>110/minuto	Rápido e filiforme
Tensão Arterial	Sistólica <90mmHg	Muito baixa ou inaudível
Palidez	Interior das pálpebras, palmas das mãos, à volta da boca	Muito pálida
Respiração	>30/minuto	Muito rápida e superficial
Consciência	Desperta e ansiosa	Confusão ou inconsciência
Pulmões	Limpos	Crepitações
Hemoglobina	≥ 8g/dl	<8g/dl
Hematocrito	≥ 26%	<26%
Diurese (Urina)	≥ 30ml/h	<30ml/h
Pele	Pálida	Fría, húmida, sudorosa

Tratamento continuado para choque

- Durante os próximos passos prepare rapidamente para efectuar uma transferência para US de nível superior; se a condição da paciente piorar deve se transferir sem demora.
- Se a paciente não se estabiliza ao fim de 20-30 minutos:
- Continue monitorando, com oxigénio e líquidos por via intravenosa.
- Reavalie a necessidade de antibióticos.
- Inicie rapidamente o tratamento contra as causas do choque.
- Se a paciente não está estabilizada ao fim de duas horas, transfira imediatamente.
- Se estiver estabilizando:
 - Retire o oxigénio gradualmente. Entretanto, se voltar a piorar relativamente aos sinais da tabela acima, reinicie o oxigénio a 6-8l/minuto.
 - Diminua a administração de líquidos por via intravenosa para 1litro/6-8h.
 - Continue com antibióticos se foram administrados previamente.
 - **Trate a causa do choque.**

Hemorragia Genital (Vaginal / Uterina) Severa

Sinais e sintomas

- A hemorragia vaginal moderada a leve caracteriza-se pela existência de sangue fresco misturado com muco e sem coágulos e que o penso higiénico que não fica empapado ao fim de 5 minutos.
- A hemorragia severa pode ser causada por um trauma (na vagina, colo uterino,

Sinais de estabilização

- Tensão arterial que está elevando, onde a tensão sistólica é $\geq 100\text{mmHg}$.
- Frequência cardíaca <90/minuto.
- Paciente consciente, estados de ansiedade e confusão reduzida.
- Melhora na cor da pele com redução da palidez.
- Diminuição da frequência respiratória ou se mantém <30 ciclos/minuto.
- Aumenta a diurese ou eliminação da urina e se mantém >100ml/4h

- útero), retenção de produtos de concepção, miomas ou atonia uterina. Sinais desta são:
 - Abundante sangue vermelho vivo com ou sem coágulos.
 - Pensos higiénicos, lençóis, ou roupas empapadas de sangue.
 - Palidez (interior das palpebras, nas palmas das mãos, a volta da boca).
 - Tonturas, síncope, hipotensão.
 - Existe risco de choque se a hemorragia continuar.

Tratamento inicial para hemorragia genital severo

- Se entrar em choque inicie o seu tratamento como citado anteriormente.
- Assegure-se a permeabilidade das vias aéreas.
- Avalie os sinais vitais (Pulso, TA, Frequencia Respiratoria e Temperatura).
- Tenha inserido um cateter (calibre 16-18) para garantir uma via intravenosa
- Mantenha aquecida a mulher.
- Eleve as pernas da mulher.
- Controle o sangramento, mediante o uso de oxitócicos/ Misoprostol, tamponamento uterino com compressas, massagem uterina, esvaziamento do útero preferivelmente aspiração, suturando ou com compressão bimanual do útero ou inserção de balão de tamponamento intrauterino (algália ou sonda MAIS preservativo) na cavidade uterina; DEPOIS insuflar com cerca de 60 ml de soro fisiológico.
- Se houver disponibilidade, administrar 6-8L/minuto de oxigénio (máscara ou cânula nasal)

- Administre 1 litro de Lactato de Ringer ou Soro Fisiológico isotônico durante 15-20 minutos. Para estabilizar a uma mulher em choque pode necessitar de 1 a 3 litros. Não administre líquidos pela boca.
- Se a hemoglobina for <5g/dl ou hematócrito <15%, é necessário realizar uma transfusão de concentrado de glóbulos vermelhos.
- Monitore a quantidade de líquidos/sangue que se dá (é conveniente ter uma tabela ou ficha de registo de entradas e saídas de líquidos).
- Algalie a paciente e monitore a diurese. Urina concentrada indica uma diminuição na sua eliminação. Aumento da urina é um bom sinal.
- Administre analgésicos por via intravenosa ou intramuscular para acalmar a dor.
- Se houver infecção (febre, arrepios de frio, secreção purulenta ou pus) administre antibióticos de largo espectro, por via EV, ou via IM. Não administre medicação por via oral, exceptuando se não tiver disponível formulas IV ou IM.
- Se for necessário, administre toxóide antitétano.
- Realizar análises de laboratório é sempre útil, mas não devem retardar o início do tratamento. Solicite hemoglobina, hematócrito, grupo sanguíneo (tipo e compatibilidade), plaquetas, e se for possível, electrólitos plasmáticos (Na e K), ureia e creatinina.
- Tenha em atenção que uma queda da hemoglobina e do hematócrito pode estar atrasada umas 6-8 horas em relação a perda de sangue (o tempo requerido para entrar em equilíbrio).

Sinais de estabilização

- Tensão arterial que está elevando, onde a tensão sistólica ≥ 100 mmHg.
- Frequência cardíaca <90/minuto.
- Melhora na cor da pele com redução da palidez.
- Aumenta a diurese ou eliminação da urina e se mantem a >100ml/4h

Tratamento continuado para hemorragia vaginal severa

- Continue monitorando, com oxigénio e líquidos por via intravenosa enquanto a paciente se mantiver instável.
- Se a mulher estiver estabilizando:
- Retire o oxigénio gradualmente. Entretanto, se voltar a piorar relativamente aos sinais da tabela acima, reinicie o oxigénio a 6-8l/minuto.
- Diminua a administração de líquidos por via intravenosa para 1 litro/6-8h.
- Continue com antibióticos se foram administrados previamente.
- Reavalie e continue com os antibióticos, manejo da dor, medidas preventivas do tétano.

Assegure o tratamento adequado da causa de hemorragia.

Perfuração Uterina

Sinais e sintomas: Suspeite de lesão (perfuração) uterina se o instrumento passa para além da distância prevista ou perda de vácuo na seringa.

Conduta:

- Se a perfuração for pequena e não detectável, ela pode fechar sem necessidade de intervenção cirúrgica. Administre Oxitocina 10 unidades IM e a seguir 20 UI em 1000ml de Soro, comece antibióticos e controle os sinais vitais por um período longo (pelo menos um dia). Se os sinais vitais estiverem dentro dos

parâmetros normais, pode dar alta à paciente e pedir para que volte logo, se tiver dor abdominal.

- Se a perfuração for grande ou se o estado geral da mulher deteriorar, transfira para laparotomia ou prepare para laparotomia se a sua unidade tiver condições cirúrgicas. Avise o cirurgião. Coloque um Soro com Oxitocina ou administre Oxitocina ou Methergine por via EV ou IM e administre também antibióticos por via EV.

Lesão de Órgão Abdominal

A perfuração e lesão de um órgão abdominal pode acontecer e conduz a um risco acrescido de infecção e sepsis.

Diagnóstico diferencial: ruptura de gravidez ectópica, ruptura de abcesso, ruptura de um quisto de ovário, apendicite aguda.

Sinais e sintomas:

Imediatos

- Presença de gordura na cânula
- Presença de ansa intestinal

Tardios

- Dor abdominal, cólicas
- Abdomen tenso, duro, distendido, dor a descompressão (sinal de Blomberg+)
- Ruidos intestinais reduzidos
- Náuseas e vômitos
- Dor nos ombros
- Febre
- Choque
- Sepsis

Conduta:

- Controle os sinais vitais (pulso, tensão arterial, frequência respiratória).
- Se tiver sinais de choque, proceda como descrito acima (Choque, página 71).
- Inserção de catéter endovenoso e iniciar a administração de fluídos parenterais como Lactato de Ringer ou Soro Fisiológico. De preferência devemos cateterizar duas veias.
- Iniciar antibióticos de largo espectro por via intravenosa de preferência ou por via intramuscular, imediatamente. Use antibióticos que sejam efectivos contra Gram negativos e positivos, organismos anaeróbicos, e Clamídia. Por exemplo o regime: Ampicilina 1g IV a cada 6 horas+ Metronidazol 500g – 1g IV, a cada 6 horas + gentamicina 1,5mg/Kg/dose IV ou IM, a cada 8h.
- Transfira para uma US com bloco cirúrgico para laparotomia ou prepare para laparotomia se a sua unidade tiver condições para realizar cirurgia.

Retenção de Produtos de Concepção (PDC)

Sinais e Sintomas:

Imediatos

- Sangramento vaginal abundante, quantidade de tecido menor que a esperada, dor abdominal severa (embora não seja um sinal consistente no primeiro trimestre).

Tardios

- Sangramento vaginal persistente, que pode ser abundante, dor supra púbica (baixo ventre), febre e corrimento com cheiro fétido. O estado geral vai depender da quantidade e sangue perdida e da severidade da infecção.

Conduta

- Administração de Soros
- Antibióticos (Ampicilina 1grama + Metronidazol 500mg) por via endovenosa (EV)
- Evacuação uterina por aspiração manual ou eléctrica intrauterina

Hematómetra Agudo

O hematómetra agudo pode ocorrer dentro de poucas horas ou até alguns dias após o aborto completo.

O útero está distendido e doloroso devido a acumulação de sangue, causando pressão na ampola rectal. A mulher apresenta cólicas, juntamente com sintomas vagais (tendência ao desmaio, palidez, bradicardia, tensão arterial baixa, respiração lenta, sudorese).

O sangramento vaginal pode ser muito escasso ou geralmente está ausente.

Para o diagnóstico o auxílio da ecografia é importante pois permite visualizar a ocupação da cavidade uterina com uma imagem de líquidos, neste caso sangue.

O tratamento consiste numa rápida aspiração intrauterina do sangue, o qual permite uma rápida resolução.

Administra-se um oxitócico (Misoprostol ou Metilergometrina ou Oxitocina) imediatamente após a aspiração e agregam-se antibióticos.

Infecções, Sepsis e Aborto Séptico

O Aborto séptico é aquele que pode ser espontâneo ou provocado em que a paciente sofre de uma complicação infecciosa e evolui para um quadro de sepsis, que pode ser localizado ao sistema ginecológico (endometrite) ou generalizar-se.

Pode estar relacionado ou não com retenção de produtos de concepção. A infecção pode estar limitada ao cérvix ou ao útero, ou pode ainda haver uma sepsis generalizada. Em todos os casos é necessário tratamento imediato.

- Monitore cuidadosamente para detectar sinais de choque séptico.
- Administre antibióticos de largo espectro de preferência IV imediatamente.
- Colha sangue para hemocultura se for possível.
- Qualquer mulher que apresente uma infecção após um aborto também pode estar apresentando uma ou mais complicações fatais, como choque, hemorragia vaginal severa ou septicemia.
- Se o aborto se realizou em condições assépticas, as infeções são raras.

Realize um exame físico geral a mulher.

Sinais e sintomas:

- Calafrios, febre alta, sudorese, sintomas parecidos com a gripe
- Hipotensão arterial ligeira.
- Corrimento vaginal muco-purulento e com mau cheiro.
- Dor abdominal/pélvico, abdómen distendido, dor a descompressão ou sensibilidade anormal perante a palpação bimanual do útero.
- Sub-involução do útero.
- Dor a mobilização do colo uterino.
- Pode haver uma massa pélvico ou anexial palpável (pode ser um abscesso).

- Dor referida nos ombros que pode ser um sinal de hemoperitoneu devido a uma gravidez ectópica ou uma lesão intra-abdominal ou presença de pús.
- Hemorragia vaginal prolongada (verifique se há coágulos ou sinais de anemia).
- Análises laboratoriais: leucocitose elevada.
- Perante o quadro clínico de infecção é importante avaliar se há um risco elevado ou baixo da mulher desenvolver um choque séptico.
 - Baixo risco de desenvolver choque séptico: febre leve/moderada ($<38,5^{\circ}\text{C}$ e $>36,5^{\circ}\text{C}$), sinais vitais estáveis (pulso, tensão arterial, respiração), nenhuma evidência de lesões intra-abdominal.
 - Alto risco de desenvolver choque séptico: temperatura alta ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ ou $\leq 36,5^{\circ}\text{C}$), ou aborto do segundo trimestre, ou sinais de lesão intra-abdominal (abdómen distendido e rígido, ruidos hidroaéreos intestinais diminuídos, dor a descompressão do abdómen ou reacção peritoneal positiva, náuseas, vômitos), ou qualquer evidência de choque (tensão arterial baixa, ansiedade, confusão, inconsciência, palidez, respiração rápida, pulso débil).
- Estabilizar a mulher;
- Administrar Soros EV para corrigir a hipovolemia;
- Iniciar imediatamente a administração de antibióticos de largo espectro por via endovenosa (ex: Ampicilina 1 grama EV de 6/6 horas; Metronidazol 500 mg EV de 8/8 horas e se necessário Gentamicina 80 mg EV de 8/8 horas);
- A evacuação uterina só deve ser feita depois que a paciente tenha recebido pelo menos uma dose de antibióticos e tenham decorridos pelo menos 2 horas. Contudo, se a mulher estiver a sangrar profusamente, a evacuação uterina pode ser feita imediatamente tendo o cuidado de fazê-la suavemente e devagar para evitar perfuração uterina;
- Solicitar exames laboratoriais: Hemograma completo (hgb, htc, GB, plaquetas) se possível um esfregaço vaginal e outros que estiverem disponíveis na US.

Consequências a Longo Prazo de Uma IVG (Aborto Seguro)

Imediatamente após um aborto sem complicações, não há evidências de consequências adversas sobre a fertilidade, gravidezes seguintes, risco de cancro da mama, enfermidades psicológicas ou psiquiátricas.

ANEXO 1. Equipamento Essencial, Insumos e Medicamentos

As Unidades Sanitárias que ofereçam serviços de aborto seguro devem estar apetrechadas com os equipamentos básicos necessários, instrumentos e consumíveis que devem ser reabastecidos com regularidade (tais como analgésicos, antibióticos, soros, desinfetantes, etc.)

À seguir apresenta-se a lista desses insumos básicos que devem sempre estar disponíveis em todas as Unidades Sanitárias que ofereçam este tipo de serviço. Responsáveis de programas, directores das Unidades Sanitárias e outro pessoal responsável devem incluir estes itens no seu sistema de distribuição.

Tabela 9. Lista de Equipamento Essencial, Insumos e Medicamentos Por Procedimento

Medicamentos para o Aborto Médico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mifepristone 200mg. ▪ Misoprostol 200mcg. ▪ Pacote combinado de Mifepristone 200 mg (1 comprimido) + Misoprostol 200 mcg (4 comprimidos).
Procedimento Para Avaliação Clínica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Farmacos, Insumos. ▪ Fármacos e Insumos: Luvas de exame limpas e descartáveis. ▪ Equipamentos: Aparelho de tensão arterial. Estetoscópio.
Para Procedimento de Aspiração	<p>Fármacos e Insumos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Água limpa. ▪ Detergente ou sabão líquido. ▪ Medicamentos para preparação do colo: Misoprostol. ▪ Dilatadores mecânicos para dilatação do colo. ▪ Medicamentos para acalmar a dor, tais como analgésicos (Ibuprofeno, Diclofenac, Paracetamol) e ansiolíticos (Diazepam) ▪ Luvas cirúrgicas estéreis. ▪ Batas e campos cirúrgicos, máscaras e barretes estéreis. ▪ Agulhas usadas para punção lombar (diâmetro 22) para bloqueio paracervical e agulhas curtas de diâmetro 21 para administração de outros medicamentos. ▪ Seringas de 5, 10 e 20 mL. ▪ Lidocaína a 1% para bloqueio paracervical. ▪ Gaze ou compressas esterilizadas ou bolas de algodão. ▪ Solução antisséptica sem álcool para desinfectar a vagina e o colo uterino (iodo, cetrimida, etc.). ▪ Solução para descontaminar os instrumentos. ▪ Solução para desinfecção de alto nível do material ou envio para esterilização. ▪ Silicone para lubrificação das seringas. <p>Equipamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Espéculos de tamanho diferentes de preferência de boca ampla para aumentar a exposição do colo uterino ou um espéculo de Sims (afastador vaginal) se tiver a ajuda de um assistente. ▪ Pinça de colo “POZZI” ou Tenáculo. ▪ Dilatadores cónicos desde número 6 a 12 (Kit de AMIU). ▪ Cánulas de diferentes tamanhos até 12 o 14 mm (Kit de AMIU). ▪ Seringas de aspiração manual à vácuo (Kit de AMIU) ou. ▪ Aspirador eléctrico à vácuo. ▪ Pinças para evacuação de restos ovulares (grande e pequena). ▪ Pinça porta esponja. ▪ Cureta pós-parto flexível grande. ▪ Cuvete inoxidável para preparar soluções. ▪ Bandeja de instrumentos. ▪ Bandeja de vidro transparente para inspecção de tecidos ou restos ovulares.
Para o Recobro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Luvas de exame limpas. ▪ Analgésicos. ▪ Panfletos com informação sobre os cuidados pessoais a ter após o procedimento. ▪ Métodos contraceptivos pós-aborto.
No Caso de Complicações	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mecanismos claros para transferências para Unidades Sanitárias de referência, quando necessário. ▪ Antagonistas apropriados para medicações usadas para acalmar a dor. ▪ Uterotónicos (Oxitocina, Misoprostol ou Metilergometrina). ▪ Soros (Fisiológico, Lactato de Ringer, Dextrose a 5%). ▪ Aparelho de tensão arterial. ▪ Estetoscópio.

No Caso de Complicações	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oxigénio e ambú. ▪ Porta agulhas comprido e pinças. ▪ Material de sutura. ▪ Tesoura. ▪ Material para tamponamento uterino (algália semi rígida + preservativo). ▪ Algália. ▪ Material para intubação orotraqueal. ▪ Ecógrafo da US (opcional).
--------------------------------	---

ANEXO 2. Serviços de Aborto Por Nível de Cuidados

A organização de serviços de aborto nas US deve considerar o seguinte:

- Serviço de Emergência para cuidados Pós-Aborto que funcionem durante 24-horas, 7 dias da semana sem interrupção.
- Serviço de Aborto Electivo.

As tabelas abaixo resumem os elementos de serviços de aborto e tipo de provedores para os diferentes níveis de cuidados, harmonizados com a regulamentação da Lei em vigor.

Tabela 10. Serviços de Aborto Por Categoria de Cuidados

Nível de Cuidado	Tipo de Provedores de Saúde Disponíveis	Serviços de Aborto a Serem Prestados
Comunidade	Parteira Tradicional, trabalhadores de saúde comunitária, Agentes Polivalentes Elementares	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconhecer sinais e sintomas de gravidez; ▪ Reconhecer sinais e sintomas de aborto e suas complicações; ▪ Oferecer educação sobre SR, incluindo PF e riscos do aborto inseguro; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Distribuir contraceptivos apropriados, incluindo contracepção de emergência; ▪ Transferir a mulher para um local onde possa ter cuidados pós aborto e serviços de aborto seguro.
Centros de saúde tipo II / III	Enfermeiros e parteiras elementares e básicos e enfermeira de SMI básico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar sinais vitais; ▪ Exame físico e ginecológico básico; ▪ Dar medicação para a dor; ▪ Tratamento do aborto incompleto em gravidezes <12 semanas que sejam elegíveis para uso do Misoprostol.
Centros de Saúde do tipo I	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicos ▪ Técnicos de Medicina ▪ Enfermeiras de SMI (básico/médio) 	<p>As actividades acima mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aconselhamento; ▪ Exame físico geral e exame pélvico; ▪ Oferta de serviço de aborto electivo até 12 semanas; ▪ Uso do Misoprostol ou Aspiração; ▪ Manual intra-uterina para gravidezes até 12 semanas; ▪ Administração de antibióticos e Soros por via EV.
Hospitais Distritais/Rurais	<p>Os mesmos que em cima, mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Técnicos de Cirurgia, Licenciados em Cirurgia, Enfermeiras Licenciadas em Saúde Materna, Médico de Clínica Geral 	<p>As actividades acima mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evacuação uterina para abortos do Segundo trimestre; ▪ Tratamento da maioria das complicações ▪ Transfusão de sangue; ▪ Anestesia Local e Geral; ▪ Laparotomia e cirurgia que seja indicada ▪ Diagnóstico e transferência de complicações sérias tais como peritonite ou insuficiência renal; ▪ Treinar outros profissionais de saúde (<i>pré-</i> e <i>em-serviço</i>);

Nível de Cuidado	Tipo de Provedores de Saúde Disponíveis	Serviços de Aborto a Serem Prestados
Hospitais de Referência (Provinciais, Gerais e Centrais)	Os mesmos que em cima, mais: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicos Gineco/ Obstetra 	As actividades acima mais: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamento de complicações severas (incluindo lesão de intestino, tétano, insuficiência renal, gangrena gasosa, infecção grave, etc.); ▪ Tratamento da coagulopatia.
Unidades Privadas:		
Clínicas pequenas	Com enfermeiras e técnicos de medicina	Fazer as tarefas descritas para Centro de Saúde tipo III
Clínicas Médias	Com técnicos de Cirurgia/ Medicina ou Clínico Geral, com uma equipa de outros provedores de saúde	Fazer as tarefas descritas para Centro de Saúde tipo I
Clínicas de Nível Alto	Com um Médico Especialista ou um Clínico Geral com uma equipa de outros trabalhadores de saúde	Fazer as tarefas descritas para Centro de Saúde tipo I
Hospitais	Com um médico especialista (gineco/ obstetra), Clínico Geral e uma equipa de outros trabalhadores de saúde	Fazer as tarefas descritas para hospitais distritais e hospitais de referência

Tabela 11. Tarefas Sobre Cuidados de Aborto Por Categoria de Provedor

Tarefa	Clínico Geral	Técnico de Cirurgia/ ESM Licenciada	Enfermeira de Smi	Técnico de Medicina Geral
Avaliação da Doente				
História Clínica	√	√	√	√
Exame Físico	√	√	√	√
Exame Pélvico Bimanual				
Determinação da Idade gestacional	√	√	√	√
Aconselhamento	+	+	√	√
Evacuação Uterina				
AMIU	√	√	√	√
Aborto Médico	√	√	√	√
Medicação para a Dor				
Analgésicos	√	√	√	√
Narcóticos/sedativos	√	√	√	X
Bloqueio Paracervical	√	√	√	X
Tratamento das Complicações				
Identificação	√	√	√	√
Antibióticos	√	√	√	√
Administração de Soros	√	√	√	√
Transfusão de Sangue ¹	√	√	X	X
Manutenção das vias aéreas livres	√	√	√	√
Reparação de lesões mínimas	√	√	√	X
Cirurgia Abdominal	√	√		

¹ Embora a decisão de fazer ou não uma transfusão deve ser tomada por um provedor senior (ex: médico/técnico de cirurgia), todas as categorias de enfermeiras podem administrar e monitorar as transfusões.

Tarefa	Clínico Geral	Técnico de Cirurgia/ ESM Licenciada	Enfermeira de Smi	Técnico de Medicina Geral
Cuidados Pós-procedimento	√	√	√	√
Seguimento (controlo)	√	√	√	√
Cuidados Universais (Biossegurança)	√	√	√	√
Contraceção Pós-Aborto				
Informação	√	√	√	√
Aconselhamento	+	+	√	√
Escolha de Método	√	√	√	√
Escolha Informada/transferência	√	√	√	√
Ligação Com Outros Serviços de SR				
Aconselhamento	√	√	√	√
Seleção	√	√	+	+
Tratamento	√	√	√	√
Transferência	√	√	√	√
Processamento dos Instrumentos	√	√	√	√
Educação Sobre				
Riscos sobre Aborto Inseguro	√	√	√	√
Prevenção de Gravidez não desejada	√	√	√	√
Conhecimento sobre Situação Legal	√	√	√	√
Treino de profissionais de saúde e trabalhadores de saúde comunitária	√	√	√	√
Manutenção de registos e envio de relatórios	√	√	√	√

Chave: √ = Tarefa que pode ser executada por esta categoria de profissionais
 X = Tarefa não autorizada para esta categoria de profissionais
 + = Membro desta categoria podem iniciar e/ou parcialmente executar a tarefa

Bibliografia

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, 2013

Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011

Gana – prevention & management of unsafe abortion: comprehensive abortion care services, standards and protocols. Second edition, March 2012

Guías clínicas y protocolos para abortos de primer trimestre: procedimientos quirúrgicos y médicos. IPPF, 2012

Ipas and Venture Strategies Innovations. 2011. Utilização do Misoprostol no cuidado pós- aborto: Um conjunto de ferramentas para prestação do serviço Chapel Hill, NC: Ipas.

Manual de práctica clínica para un aborto seguro. 1. Aborto Inducido - métodos. 2. Aborto Inducido – normas. 3. Guía de Práctica Clínica. I. Organización Mundial de la Salud, 2014

National Norms & Guidelines for Safe Abortion Services in Ethiopia second edition, 2014

Preço — 112,00 MT