



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

NORMAS CLÍNICAS SOBRE O ABORTO SEGURO & CUIDADOS PÓS-ABORTO

Maio 2026

Ficha Técnica:

Título: Normas Clínicas Sobre o Aborto Seguro & Cuidados Pós-Aborto

2ª Edição

Propriedade: Ministério da Saúde

Ministério da Saúde, Janeiro de 2026

Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende, 1008 – Maputo, Moçambique

www.misau.gov.mz

Índice

	1
Prefácio	6
Lista de Acrónimos	8
Agradecimentos	9
PARTE I:	10
ASPECTOS SOBRE A PROVISÃO DO ABORTO SEGURO E CUIDADOS PÓS-ABORTO	10
1.1. INTRODUÇÃO	11
1.2 ASPECTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS E JURÍDICOS DO ABORTO	12
1.3. OBJECÇÃO DE CONSCIÊNCIA	13
1.4. CUIDADOS COMPLETOS DE ABORTO	15
1.4.1 Objectivos dos Cuidados Completos do Aborto	15
1.4.2. Elementos essenciais dos cuidados completos do aborto :	16
1.4.3. Papel do Profissional de Saúde nos CCA:	17
1.5 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DO ABORTO:	18
1.5.1. Ameaça de Aborto	19
1.5.2. Aborto Electivo Incluindo A Interrupção Voluntária Da Gravidez (IVG)	19
1.5.3. Aborto Completo	19
1.5.4. Aborto em Curso ou Inevitável	20
1.5.5. Aborto Incompleto	20
1.5.6. Aborto Retido	20
1.5.7. Aborto de repetição / Recorrente	21
1.5.8. Aborto Séptico / Infectado	21
PARTE 2:	23
MÉTODOS E PROCEDIMENTOS PARA O ABORTO	23
2.1 CUIDADOS PRÉ-ABORTO	24
2.1.1. Diagnóstico da Gravidez	24
PROTOLO 1-1	29
2.1.2 Informação e aconselhamento pré-aborto	29
2.1.3. Tomada de Decisão Informada	30
2.2. PROCEDIMENTOS DE INTERRUPTÃO DE GRAVIDEZ	31
2.2.1 Aborto Médico	31
A. Utilização dos fármacos no Aborto Médico	34
B. <i>Consulta de controlo / seguimento do aborto médico:</i>	36
2.2.2 Aborto Cirúrgico	37
A. PREPARAÇÃO DO COLO	37
B. ASPIRAÇÃO INTRA-UTERINA POR VÁCUO (MANUAL OU ELÉCTRICO)	38
GRAVIDEZ COM IDADE GESTACIONAL \leq A 14 SEMANAS	38
GRAVIDEZ COM IDADE GESTACIONAL $>$ 14 SEMANAS-	41
2.3 MANEJO DA DOR DURANTE O ABORTO	42
PARTE 3:	46

MANEJO DO ABORTO INCOMPLETO E CUIDADOS PÓS-ABORTO	46
3.1. TRATAMENTO DO ABORTO INCOMPLETO	47
3.1.1 Tratamento Médico ou Farmacológico:	47
3.1.2. Consulta de seguimento após o procedimento	49
3.1.3. Tratamento Cirúrgico: AMIU ou AEIU	49
3.1.4 Tratamento de Emergência (aborto incompleto complicado)	52
3.2 CONTRACEPÇÃO PÓS-ABORTO	53
PARTE 4:	57
OPÇÕES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DO ABORTO, ABORDAGENS DE AUTOGESTÃO E SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA	57
4.1 OPÇÕES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DO ABORTO E ABORDAGENS DE AUTOGESTÃO	58
4.1.1 Auto-avaliação de elegibilidade	60
4.1.2. Auto-administração de medicamentos para o aborto e tratamento da dor	60
4.1.3. Auto-avaliação do sucesso do aborto	61
4.2. GESTÃO DE ABORTO NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA HUMANITÁRIA E EM OUTRAS SITUAÇÕES	61
4.2.1. Gestão do aborto no contexto de emergência	63
PARTE 5:	65
AVALIAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES E TRATAMENTO DO ABORTO	65
5.1 CHOQUE	66
5.2 HEMORRAGIA GENITAL (VAGINAL / UTERINA) SEVERA	68
5.3 PERFURAÇÃO UTERINA	70
5.4 LESÃO DE ÓRGÃO ABDOMINAL	71
5.5 RETENÇÃO DE PRODUTOS DE CONCEPÇÃO (PDC)	72
5.6 HEMATÓMETRA AGUDO	72
5.7 INFECÇÕES, SÉPSIS E ABORTO SÉPTICO	72
BIBLIOGRAFIA	75
BIBLIOGRAFIA ADICIONAL CONSULTADA	75
ANEXOS	76
ANEXO 1: Equipamento Essencial, Insumos e Medicamentos	77
ANEXO 2: Serviços de Aborto por Nível de Cuidados de Saúde	79
ANEXO 3: Definições	83
ANEXO 4. Termo de Consentimento Informado	88

Índice das Tabelas e Figuras

Tabela 1. Fatores de risco associados a gravidez ectópica em gestantes	29
Tabela 2. Características das diferentes vias de administração do Misoprostol.....	32
Tabela 3. Manejo dos efeitos secundários do Misoprostol.....	32
Tabela 4. Utilização dos fármacos na interrupção da gravidez	35
Tabela 5. Dosagens recomendadas do Misoprostol / Mifepristone	37
Tabela 6 Opções da conduta da dor no aborto	44
Tabela 7 Misoprostol para Aborto Incompleto - Doses e Regimes	48
Tabela 8 Critérios de elegibilidade dos Métodos Contraceptivos do Aborto.....	55
Tabela 9 Sinais Iniciais e Tardios do Choque	67
Tabela 10. Lista de equipamento essencial, insumos e Medicamentos por procedimento	77
Tabela 11. Serviços de Aborto por Categoria de Cuidados	79
Tabela 12. Tarefas sobre Cuidados de Aborto por Categoria de Provedor.....	82
Figura 1. Crescimento do tamanho do útero durante a gravidez	27
Figura 2. Diagrama da conduta nos casos de aborto incompleto	51

Prefácio

O acesso universal à informação e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva é um direito humano fundamental e crucial para a saúde dos indivíduos bem como comunitária.

A nível mundial, o aborto é um procedimento comum sendo que 6 em cada 10 gravidezes não planeadas e três em cada 10 de todas as gravidezes, terminam em aborto induzido. Estima-se que em todos os anos e em todo o mundo, realizam-se cerca de 73 milhões de abortos induzidos. Todavia, 45% de todos os abortos realizados não são seguros, o que representa um grave problema global de saúde pública.

Em todo o mundo, o aborto não seguro é uma das principais causas de mortalidade materna e morbidade e responsável por 4.7%-13.2% de mortes maternas, principalmente nos países de baixa e média renda. No nosso País, o aborto não seguro também representa um grave problema de saúde pública, sendo que as estatísticas intra-hospitalares, mostram que este constitui uma das 10 causas principais de admissões de mulheres nos hospitais, correspondendo a 8% das causas directas de mortes maternas.

Moçambique é signatário dos documentos das várias conferências e de tratados internacionais de direitos humanos, com destaque para a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW).

Em 2014 através da revisão da Lei do Código Penal (Lei 35/2014, promulgada em Dezembro de 2014), Moçambique aprovou a despenalização do aborto que entrou em vigor em Julho de 2015. Esta reforma legal constitui um avanço importante na promoção dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva de mulheres e adolescentes. Desde então, o país tem reportado uma redução significativa da mortalidade materna devido ao aborto não seguro.

A Organização Mundial da Saúde incluiu os Cuidados Completos do Aborto na lista de serviços essenciais de saúde. Os Cuidados Completos do Aborto consistem na prestação de informação, manejo do aborto (incluindo aborto induzido e cuidados relacionados com a perda da gravidez) e cuidados pós-aborto. A promoção do acesso aos Cuidados Completos do Aborto no Sistema Nacional de Saúde é fundamental para cumprir os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados com a boa saúde e o bem-estar (ODS3) e a igualdade dos géneros (ODS5).

O aborto é uma intervenção de saúde segura e não complexa que pode ser eficazmente gerida usando medicamentos (Aborto Médico) ou através de um procedimento cirúrgico (Aborto Cirúrgico) em vários contextos. Quando o aborto médico como o cirúrgico são realizados de forma segura, adequado à idade gestacional, e por um provedor de saúde

treinado, raramente resultam em complicações. Contudo, a existência de barreiras de âmbito legal e outras barreiras estruturais implica que muitas mulheres têm dificuldade ou estão impossibilitadas de aceder aos cuidados de aborto com qualidade, podendo recorrer a métodos não seguros ou procurando o aborto junto de provedores não qualificados, desta forma aumentando o seu risco de complicações e mortalidade.

Como Ministério da Saúde compete-nos a operacionalização da Lei 35/2014 no Sistema Nacional de Saúde. Depois da elaboração da primeira edição, esta segunda edição das Normas Clínicas do Aborto Seguro e Cuidados Pós-aborto constituem o fundamento técnico para organizar os serviços de saúde e estabelecer as directrizes para orientar os profissionais de saúde na prestação de serviços de aborto seguro e cuidados pós-aborto de qualidade, incluindo uma atenção humanizada.

A presente edição das normas foi actualizada em alinhamento com as directrizes dos cuidados de aborto da Organização Mundial da Saúde 2022 e conforme permitido pelo Código Penal da República de Moçambique. Estas normas abrangem as directrizes para a provisão dos cuidados completos do aborto incluindo a disponibilização de informação, manejo do aborto e os cuidados pós-aborto, bem como a provisão de serviços de aborto em contextos de emergências.

Maputo, Janeiro de 2026

O Ministro da Saúde

Dr. Ussene Hilário Isse

Lista de Acrónimos

AEIU	Aspiração Eléctrica Intrauterina
AINES	Anti-Inflamatórios Não-Esteróides
AMIU	Aspiração Manual Intrauterina
AJ	Adolescente e Jovem
APS	Agente Polivalente de Saúde
CCA	Cuidados Completos do Aborto
DIU	Dispositivo Intra-uterino
DUM	Data da Última Menstruação
EV	Endovenoso
IG	Idade Gestacional
IM	Intramuscular
ITS	Infecção de Transmissão Sexual
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
ITG	Infecções do Trato Genital
ITR	Infecção do Tracto Reproductivo
MISAU	Ministério da Saúde
MISP	Pacote de Serviços Iniciais Mínimos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCI	Prevenção e Controlo de Infecção
PDC	Produtos de Concepção (Restos Placentares)
PF	Planeamento Familiar
PT	Parteira Tradicional
SAAJ	Serviço Amigo do Adolescente e Jovem
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SMI	Saúde Materno Infantil
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SR	Saúde Reprodutiva
mcg	Microgramas
US	Unidade Sanitária

Agradecimentos

O Ministério da Saúde endereça seus agradecimentos as individualidades a seguir mencionadas, das quais sem seu apoio técnico e colaboração, não seria possível a elaboração das presentes Normas Clínicas sobre o Aborto Seguro e Cuidados Pós-Aborto:

Ministério da Saúde:

Quinhas Fernandes
Alenny Couto
Gizela Azambuja
Vânia Benzane
Alia Nalá
Alda Govo
Dalmázia Cossa
Nelson Talhada
Isabel Uamusse
Benilde Homo

AMOG:

Eliana Coelho (Consultora)
Zara Manhique (Consultora)
Nafissa Osman
Hermingarda Pequenino
Joana Churana

APARMO:

Otília Tualufo

Parceiros:

Marilena Urso	UNFPA
Ausenda Domingos	UNFPA
Ivete Meque	UNFPA (Consultora)
Ivone Zilhão	ICRH/Rede dos Direitos Sexuais Reprodutivos
Alicia Carbonell	OMS
Ivânia Euadaba	Pathfinder
Nilza Munambo	Pathfinder
Alice Mukhamana	IPAS
Julânia Langa	IPAS

Instituições colaboradoras:

Associação de Moçambicana de Obstetras e Ginecologistas (AMOG), Associação de Parteiras de Moçambique (APARMO), Pathfinder International, Organização Mundial da Saúde (OMS), United Nations Population Fund (UNFPA), Rede dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (RDSR), ICRH-Moçambique, IPAS.

PARTE I:

ASPECTOS SOBRE A
PROVISÃO DO ABORTO
SEGURO E CUIDADOS PÓS-
ABORTO

1.1. 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).

Três em cada 10 (29%) gravidezes e 6 em cada 10 (61%) de gravidezes indesejadas terminam em aborto induzido¹. Estima-se que todos os anos e em todo o mundo, realizam-se cerca de 73 milhões de abortos induzidos. Todavia, 45% de todos os abortos realizados não são seguros, o que representa um grave problema de saúde pública². A nível global, o aborto não seguro é uma das principais causas de mortalidade materna e morbidade e responsável por 4.7% - 13.2% de mortes maternas, principalmente nos países de baixa e média renda².

No nosso País, o aborto inseguro representa um grave problema de saúde pública, sendo que as estatísticas intra-hospitalares, mostram que este constitui uma das 10 causas principais de admissões de mulheres nos hospitais. Estima-se que o aborto em Moçambique corresponde a 8% das causas directas de mortes maternas³.

O governo de Moçambique está acometido a envidar esforços para redução da morbilidade e mortalidade materna e tem cumprido os seus compromissos de maneira a melhorar a saúde e o bem-estar das mulheres, homens e famílias, adoptando e implementando uma série de políticas e estratégias nacionais para garantir que todos os moçambicanos tenham acesso a serviços básicos de saúde. Este fortalecimento do sistema de saúde ocorre em grande parte através da expansão da infraestrutura de saúde, mas também por meio de capacitação do pessoal de saúde para oferecer serviços de saúde reprodutiva com alto padrão de qualidade.

Ciente da magnitude do problema do aborto inseguro, e com o devido reconhecimento da necessidade de uma abordagem integrada para reduzir a morbimortalidade materna, o Ministério da Saúde desenvolveu com base na Lei da Revisão do Código Penal (Lei n° 35/2014, promulgada em Dezembro de 2014), a primeira edição das Normas clínicas do Aborto e Cuidados Pós-aborto em 2016. Desde então, Moçambique tem reportado uma redução significativa da mortalidade materna devido ao aborto inseguro. O Relatório Anual de Auditoria de Mortes Maternas e Neonatais de 2016 reportou que em 2016, as mortes maternas como resultado do aborto constituíram 10% de todas as causas directas de

mortes maternas⁴. Em 2017 e em 2018, esta percentagem reduziu para 9%⁵ e 8%³, respectivamente .

É obrigação do Ministério da Saúde, garantir aos usuários do sistema nacional de saúde (SNS) 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 profissionais de saúde estejam preparados para a implementação destes serviços nos hospitais e centros de saúde do SNS do País.

Esta segunda edição das normas clínicas do aborto seguro e cuidados pós-aborto constituem um documento de trabalho sobre as técnicas e procedimentos que devem ser observados para proporcionar a interrupção segura da gravidez, em alinhamento com as directrizes dos cuidados de aborto da Organização Mundial da Saúde 2022² e actualizadas conforme permitido pelo código penal da República de Moçambique. Abrangem as directrizes para a provisão dos cuidados completos do aborto incluindo a disponibilização de informação, manejo do aborto e os cuidados pós-aborto, bem como a provisão de serviços de aborto em contextos de emergências.

O objectivo destas normas é garantir que as mulheres moçambicanas que desejam ou que precisem da interrupção segura da gravidez tenham acesso a serviços de alto padrão, de qualidade, completos e seguros.

1.2 ASPECTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS E JURÍDICOS DO ABORTO

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 aprovado (Lei 35/2014), 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 especifica 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 iminente risco de vida estando a mulher impossibilitada para expressar seu consentimento (Art 168, alínea 4). A atenção humanizada às mulheres

que procuram os serviços do 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 Protecção 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 as suas necessidades em conformidade com as especificidades que a nova lei do Código Penal estabelece em relação aos menores de idade assim como o Regulamento para sua operacionalização.

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

A atenção humanizada às mulheres com qualquer tipo de aborto é DIREITO de toda mulher e DEVER de todo profissional de saúde.

Os provedores de saúde habilitados para prestar estes Cuidados deverão 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.

1.3. OBJECÇÃO DE CONSCIÊNCIA

No que respeita a 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 protecção da paciente e com o seu consentimento.

Diante de um caso de aborto inseguro, o profissional de saúde deve adoptar 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 artigo 5 do Diploma Ministerial n.º 60/2017 que aprova as Normas Clínicas sobre Aborto Seguro, Cuidados Pós-Aborto define as condições em que a interrupção voluntária da gravidez deve ser efectuada nas Unidades Sanitárias do Serviço Nacional. Sobre a objecção de consciência, constam os seguintes aspectos:

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.

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) Em caso de necessidade de aborto por risco de vida para a mulher;
- b) Em qualquer situação de aborto juridicamente permitido, na ausência de outro(a) médico(a) que o faça e quando a mulher puder sofrer danos ou consequências à saúde como resultado da omissão do(a) médico(a);
- c) No atendimento de complicações derivadas do aborto inseguro independentemente de ser espontâneo ou provocado, por se tratar de casos de urgência.

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

Não se pode negar o 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.

1.4. CUIDADOS COMPLETOS DE ABORTO

Os Cuidados Completos do Aborto (CCA) constam na lista dos serviços essenciais de saúde e englobam a disponibilização de informação, os cuidados de aborto seguro, os cuidados pós-aborto incluindo a contracepção pós-aborto.

1.4.1 Objectivos dos Cuidados Completos do Aborto

Constituem objectivos do CCA para a mulher os seguintes:

- Reduzir a morbidade 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 unidade sanitária 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 sinta 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.

Para mais Definições relacionadas ao aborto, consultar o ANEXO 3.

1.4.2. Elementos essenciais dos cuidados completos do aborto:

1.Aconselhamento: Inclui onde a mulher deverá receber informação correcta e completa sobre os riscos do aborto inseguro ou mesmo do aborto seguro, métodos disponíveis para interrupção voluntária da gravidez (IVG) e manejo da dor, mas também sobre outros aspectos da sua saúde reprodutiva tais como o planeamento familiar (PF), aconselhamento e testagem para o HIV, a violência baseada no género e outras temáticas 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 1º contacto com um serviço de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR). O profissional deve aproveitar ao máximo esta oportunidade para ser empático/a, solidário/a, abordando diversas necessidades de SSR. O tempo, cuidado, paciência, criação de vínculo com o provedor(a), comunicação bidirecional 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 sífilis, 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 aconselhamento e sensibilização para o reconhecimento de sinais e sintomas de gravidez, 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 unidade sanitária e da preferência da paciente.

1.4.3. Papel do Profissional de Saúde nos CCA:

Devemos considerar que o papel de cada profissional de saúde na promoção do acolhimento e da orientação para o aborto seguro está relacionado com a sua formação profissional. É fundamental considerar a atenção psicossocial às mulheres que abortam, integrando quando for possível, assistentes sociais e psicólogos no atendimento, com suas respectivas especificidades na atenção à saúde.

Os enfermeiros são 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 a 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.

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.

Consultar as Tabelas 10 e 11 do ANEXO 2 para mais detalhes sobre as tarefas das diferentes categorias de provedores de saúde.

1.5 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA 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 em desenvolvimento como o nosso, considera-se aborto quando a interrupção ocorre 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.

O aborto pode ser **espontâneo** (perda natural de uma gravidez) ou **induzido** (perda intencional de uma gravidez intra-uterina devido a meios médicos ou cirúrgicos, que não se destinam a resultar em nascimento vivo).

Também podem ser classificados como **seguros**, caso seja praticado numa unidade sanitária e por pessoal credenciado ou **inseguro** quando o procedimento for feito 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.

A seguir é apresentado o diagnóstico e o tratamento consoante o tipo clínico de aborto:

1.5.1. 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: Pode não necessitar de internamento hospitalar, orientar a mulher a repousar, utilizar analgésico se apresentar dor, evitar relações sexuais, pesquisar sinais de infecção tais como febre, infecção urinária, malária retornar a Unidade Sanitária, se melhorar à consulta pré-natal de rotina ou se não melhorar, para nova avaliação.

1.5.2. 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 solicitante, 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)

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

1.5.3. Aborto Completo

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

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

Onde houver disponibilidade o diagnóstico poderá 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.

1.5.4. Aborto em Curso ou Inevitável

Clinicamente a paciente apresentará 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 conceito ou se a hemorragia vaginal for muito intensa pondo em risco a paciente.

1.5.5. Aborto Incompleto

Clinicamente a paciente apresentará sangramento uterino e dor tipo cólica (ambos de intensidade variável).

Ao exame ginecológico: o colo uterino está aberto, observa-se sangramento, identifica-se a presença de restos ovulares na vagina, ou os restos expelidos não são compatíveis com a duração estimada de gravidez. Ao toque encontramos que a altura do fundo uterino é menor que o esperado para a idade gestacional.

Conduta: A decisão sobre o modo de gestão do aborto incompleto deve basear-se no estado clínico da paciente e na sua preferência (esperar pela expulsão completa ou intervenção para expulsar).

1.5.6. 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, o sangramento se presente, é discreto e na maioria dos casos não há sangramento. Na maioria das vezes, constitui um achado ecográfico.

Conduta: Trata-se inicialmente de preferência com o Mifepristone/Misoprostol podendo ser por vezes necessário realizar a posterior aspiração para completar a expulsão. Note que por vezes as mulheres não conhecem correctamente a data da última menstruação (DUM), pelo que se pode confundir com a presença de uma gravidez inicial. Se estiver disponível se aconselha a realização de uma ecografia.

1.5.7. Aborto de repetição / Recorrente

Caracteriza-se pela perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes do feto ser viável. Geralmente ocorre no primeiro trimestre da gravidez.

Conduta: Estas mulheres devem ser encaminhadas para tratamento especializado.

1.5.8. Aborto Séptico / Infectado

O aborto séptico é uma infecção grave que acontece devido a colonização bacteriana dos produtos de concepção que iniciam a infecção no útero com possibilidade de se estender para outras partes do corpo.

Com muita frequência está associado a manipulações da cavidade uterina com o uso de técnicas inadequadas e inseguras. Pode estar também associado ao uso de medicamentos do aborto sem orientação de um profissional qualificado.

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. Geralmente estas pacientes podem carecer de seguimento especializado, para tal, antes de transferir deve-se iniciar antibióticos endovenosos, administrar soros.

Nos hospitais de referência (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 apos o último pico febril. A duração da antibioticoterapia deverá ser 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.

Se quadro febril persistente pensar em complicações clínicas (antibioticoterapia inadequada, tromboflebite pélvica) e cirúrgicas (perfuração uterina, abscessos).

A laparotomia deve ser reservada para casos graves (massas anexiais, perfuração uterina, sépsis que não responde ao tratamento antibiótico, gangrena uterina, peritonite).

Consultar a Tabela 9 no ANEXO 1, para mais detalhes sobre os equipamentos e insumos necessários para a realização dos cuidados completos do aborto.

PARTE 2:

MÉTODOS E

PROCEDIMENTOS PARA O

ABORTO

2.1 CUIDADOS PRÉ-ABORTO

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

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 utente, o que determina as percepções desta quanto à qualidade da assistência, melhora a relação profissional de saúde / utente, aumenta a capacidade de resposta do serviço e o grau de satisfação da utente 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.

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 poderão 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.

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

Caso a Unidade Sanitária possua um Serviço Amigo do Adolescente e Jovem (SAAJ), todo o processo de pré-aborto (aconselhamento, orientação sobre o processo legal, preparação da solicitação, a orientação ou até a administração dos medicamentos) em caso de Interrupção Voluntária da Gravidez deve ser feito neste serviço como garantia de privacidade das utentes.

Os profissionais, em todos os estágios dos cuidados compreensivos de aborto devem mostrar empatia sobretudo com 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.

2.1.1. 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:**
 - Nome
 - Idade
 - Contacto / morada (se for possível)
- Motivo da procura da ajuda médica:**
 - Circunstâncias relativas a gravidez atual, incluindo os sintomas de gravidez ou possíveis queixas
- História reprodutiva**
 - 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:**
 - 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 contraceptivos**
 - Uso de métodos contraceptivos utilizados no passado, sua experiência (positiva ou negativa)
- Idade gestacional**
 - 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:**
 - Doenças crónicas como hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, asma, anemia das células falciforme, doença hepática, distúrbios psiquiátricos, transtornos de coagulação.
- História de internamentos**
 - Internamentos anteriores incluído detalhes sobre intervenção cirúrgica anterior
- Medicação atual e alergias a medicamentos:**
 - 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:**
 - Ocorrência de violência ou coerção por parte do companheiro ou familiares
 - Uso actual de drogas ilícitas ou álcool

Realizar exame físico geral, abdominal e ginecológico

Exame físico geral: para estabelecer o estado de saúde da mulher:

- 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:

- 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

Exame ginecológico ou da pélvis (exame com espéculo vaginal e bimanual):

Antes de iniciar a observação ginecológica é necessário dar uma explicação clara a mulher como o exame será feito e o que se espera encontrar de forma que haja uma boa colaboração da paciente.

Examinar os genitais externos:

- Descartar anomalias, sinais de patologia ou sinais de infeção

**Exame especular:
Inspeção do colo e da vagina para verificar:**

- 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 se houver indicação

Exame pélvico bimanual:

- 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 determinar a 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 estará a nível do bordo superior sínfise púbica;
- Depois das 15-16 SG, o útero estará 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.

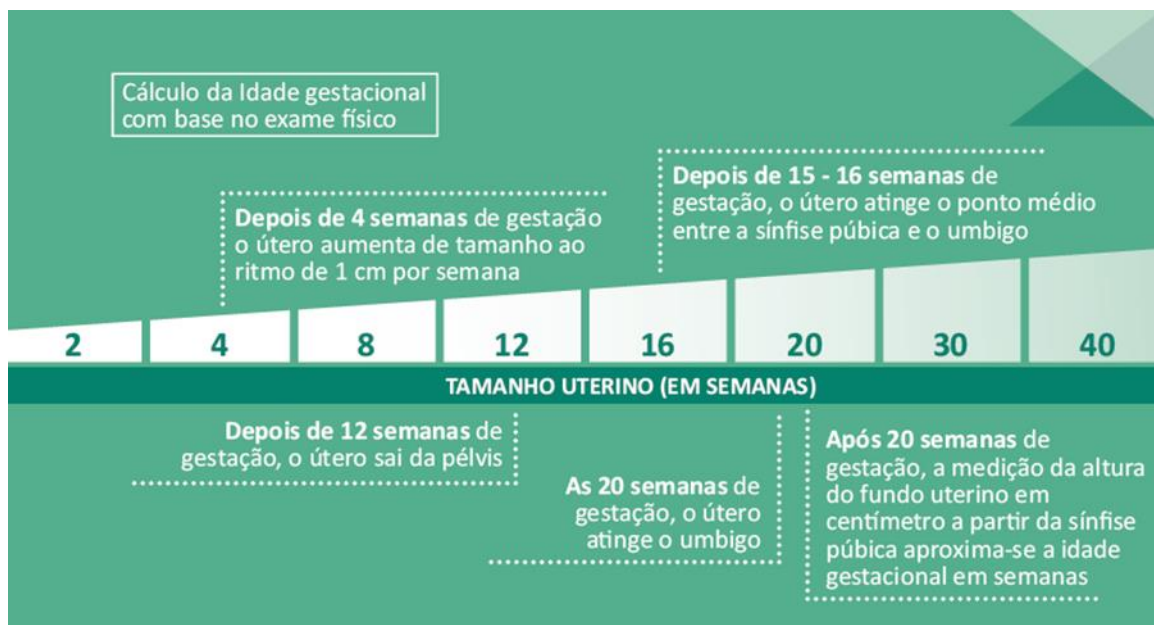
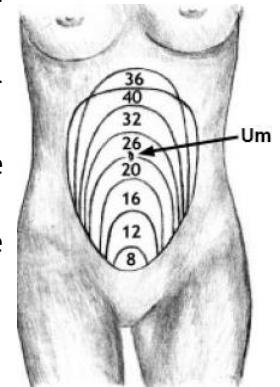


Figura 1. Crescimento do tamanho do útero durante a gravidez

Continuando no Exame pélvico bimanual:

- 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

NOTA : Sempre descartar a existência de infecção no tracto genital inferior no momento do aborto pois representa importante factor de risco para infecções do tracto reprodutivo pós-procedimento pelo que :

- 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.

Exames complementares

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

Exames laboratoriais

- Teste de gravidez se ela não estiver confirmada
- Hemograma
- Grupo sanguíneo e fator RH (se IG >12 semanas)
-

Ecografia: 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.

Segundo as Normas Clínicas actualizadas da OMS 2022, 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 (vide Tabela 1 para factores de risco associados). Os sinais e sintomas sugestivos ou indicativos de uma gravidez extrauterina incluem:

- Amenorréia, 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 saco de Douglas ocupado e abaulado e com intensa dor ao toque.
- Se for realizada uma ecografia e não houver saco gestacional intrauterino, e identificarmos um saco gestacional com presença de embrião fora da cavidade uterina ou massa anexial;
- Onde for possível aconselha-se sempre fazer um teste imunológico da gravidez (TIG) de preferência o teste sanguíneo que é particularmente importante nos casos de útero vazio e com presença de uma massa anexial palpável.

Tabela 1. Fatores de risco associados a gravidez ectópica em gestantes

FACTOR DE RISCO	RISCO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA NA GRAVIDEZ ACTUAL
História de gravidez ectópica	10% a 15%
História de cirurgia tubária, incluindo esterilização	25% a 50%
Dispositivo intrauterino (DIU) colocado	25% a 50%

Nota: Se houver suspeita de uma gravidez ectópica, é essencial confirmar imediatamente o diagnóstico e instituir o tratamento ou transferir a mulher, o mais rápido possível, para uma US de nível superior, que tenha um bloco operatório funcionando para assegurar o tratamento adequado.

2.1.2 Informação e aconselhamento pré-aborto

A oferta de aconselhamento e 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.

O aconselhamento deve acontecer num lugar privado e num contexto que favorece a partilha de pensamentos, sentimentos e perceções, não se deve impor à mulher valores, opiniões e crenças;

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;

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;
- De acordo com o método escolhido pela utente, as opções para o manejo da dor, o tempo que poderá durar o procedimento e sintomatologia que ela poderá ter;
- O que se fará 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 reaparecerá a menstruação;
- Necessidade de iniciar a contracepção e a oferta de método à escolha da mulher, de modo a evitarem-se gravidezes indesejadas;
- Se a utente apresentar critérios de elegibilidade para a IVG deverá ser informada sobre a necessidade do consentimento informado.

NOTA: 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 foi dito;

- Forneça o contacto de linhas de saúde abertas (quando existentes) para apoio à tomada de decisão, principalmente nas adolescentes.

2.1.3. 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 deverá eleger entre os métodos disponíveis na Unidade Sanitária que lhe sejam apropriados após ter-lhe sido dada informação adequada sobre os riscos, vantagens e desvantagens de cada um dos métodos disponíveis.
- 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. Deve-se garantir que a autorização seja o mais rápido possível e não ultrapasse os 3 dias.
- Depois que tenha sido autorizada, esta deve dar o seu consentimento (assinado ou com impressão digital)
- A Unidade Sanitária 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.

2.2. PROCEDIMENTOS DE INTERRUPTÃO DE GRAVIDEZ

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.

A escolha dos diferentes métodos depende:

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

2.2.1 Aborto Médico

O **aborto médico** é um procedimento que envolve várias etapas que combina dois fármacos (Mifepristone e Misoprostol), ou um só fármaco (Misoprostol). A combinação Mifepristone com o Misoprostol é mais efectivo do que o Misoprostol usado isoladamente.

O Mifepristone pode ser tomado somente por via oral, o Misoprostol pode ser usado por via sublingual, bucal, oral, vaginal; cada via de administração tem diferentes efeitos colaterais possíveis (ver **Tabela 2**);

Tabela 2. Características das diferentes vias de administração do Misoprostol

Via	Instruções Para Uso	Notas
Oral	Os comprimidos são engolidos	-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 fôrnices-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

*Baseada nas Normas Clínicas do aborto seguro OMS 2022

A **Tabela 3** apresenta a descrição dos efeitos secundários do Misoprostol e a sua conduta clínica.

Tabela 3. Manejo dos efeitos secundários do Misoprostol

Descrição	Conducta / Manejo
Dor	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação respeitosa e sem juízo de valores - Dar apoio verbal e transmitir calma - 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 - Aspirag5o a vácuo se houver sangramento profuso - Transfus5o sanguínea se necessário (raro)
Febre *doses repetidas de Misoprostol podem originar elevag5o 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.
Nausea e Vômitos	Auto limitante. Reconfortar, dar antieméticos se desejado
Diarreia	<ul style="list-style-type: none"> - Auto limitante. Reconfortar, dar medicag5o antidiarréica se desejado - Encorajar a hidratação oral

*Normas clínicas sobre aborto seguro e cuidados pós-aborto

A dose dos fármacos depende da idade gestacional, inicia com a administração de Mifepristone seguida de Misoprostol 24 a 48 horas depois da toma do Mifepristone. Dependendo da situação poderá iniciar o Mifepristone na Unidade Sanitária ou em casa.

A toma de Misoprostol em casa melhora a privacidade, a conveniência e a aceitabilidade dos serviços, sem comprometer a segurança;

Em caso de desistência da IVG tendo já tomado a medicação, não há nenhuma necessidade de insistir em terminar uma gravidez que já 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;

Aspectos a considerar durante o aborto médico:

- 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 este foi completo. Se na altura do controlo a expulsão não tiver ocorrido, é necessário reavaliar a paciente, excluir uma gravidez extra-uterina. Se confirmada gravidez intrauterina um regime alternativo pode ser oferecido ou usar um método cirúrgico para completar o processo (evacuação do útero);

De referir que mesmo na gravidez é ectópica, a mulher pode ter algum sangramento depois de tomar o Mifepristone e Misoprostol porque a decídua pode responder aos medicamentos;

Nota:

- O Misoprostol e o Mifepristone não têm nenhum efeito sobre as gravidezes ectópicas;
- Não é necessário indicar antibióticos profilacticamente;
- Garantir sempre o manejo da dor

Expulsão fetal e da placenta após o aborto médico 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.

A. Utilização dos fármacos no Aborto Médico

A legislação Moçambicana prevê a interrupção voluntária da gravidez até as 12 semanas de gestação, a interrupção voluntária da gravidez depois das 12 semanas só é autorizada em contextos especiais como violação, incesto, malformações congénitas ou feto inviável, e vida da mãe/mulher em risco).

Para o aborto médico é recomendado a utilização de mifepristone e de misoprotol que são anti-progestínicos e que inibem a acção da progesterona resultando em amolecimento do colo, necrose da decídua e contractibilidade uterina (misoprostol apenas). A dose de misoprotol varia de acordo com a indicação, a idade gestacional, condições associadas como multiparidade ou cicatrizes uterinas anteriores (**Tabela 4**).

Tabela 4. Utilização dos fármacos na interrupção da gravidez

Condição	Idade gestacional	Recomendação
Aborto Médico	≤12 semanas	- Mifepristone 200 mg via oral dose única + Misoprostol 800 mcg por via vaginal, bucal ou sublingual (24-48 horas após a toma de Mifepristone) ou - Misoprostol 800 mcg por via vaginal o sublingual, repetir a cada 3 h até expulsão*
	>12 até 24 semanas	- Mifepristone 200 mg via oral dose única + Misoprostol 400 mcg por via vaginal, bucal ou sublingual dose única (24-48 horas após a toma de Mifepristone) ou - Misoprostol 400 mcg por via vaginal o sublingual, repetir a cada 3 h até expulsão*
	> 24 até 28 semanas	- Mifepristone 200 mg via oral dose única + Misoprostol 200 mcg por via vaginal, bucal ou sublingual dose única (24-48 horas após a toma de Mifepristone) ou - Misoprostol 200 mcg por via vaginal o sublingual, repetir a cada 4h até expulsão* - Misoprostol 800 mcg por via vaginal o sublingual, repetir a cada 3 h até expulsão*
Aborto Retido	< 14 semanas	-Mifepristone 200 mg via oral dose única + Misoprostol 800 mcg por via vaginal, bucal ou sublingual dose única (24-48 horas após a toma de Mifepristone) ou - Misoprostol 800 mcg por via vaginal o sublingual, repetir a cada 3 h até expulsão*
Morte fetal intrauterino (MFIU)	≥14 até 24 semanas	Mifepristone 200 mg via oral dose única + Misoprostol 400 mcg por via vaginal, bucal ou sublingual dose única (24-48 horas após a toma de Mifepristone) ou - Misoprostol 400 mcg por via vaginal o sublingual, repetir a cada 3 h até expulsão*
	>24 a 28 semanas	Mifepristone 200 mg via oral dose única + Misoprostol 200 mcg por via vaginal, bucal ou sublingual dose única (24-48 horas após a toma de Mifepristone) ou - Misoprostol 200 mcg por via vaginal o sublingual, repetir a cada 4h até expulsão*

(*) Não há dose máxima de misoprostol, porém se após 5 doses o aborto não se completa, fazer uma pausa de 24h e repetir.

Sempre deve-se reavaliar o caso (para excluir gravidez ectópica). Trocar o método para cirúrgico ou encaminhar a paciente para unidade sanitária de referência, de acordo com a situação.

B. Consulta de controlo / seguimento do aborto médico:

Não há necessidade obrigatória para uma consulta de controlo de rotina quando a IG for ≤ 12 semanas.

Se for marcada uma consulta de controlo confirme que o aborto foi completo pela ausência de sintomas de gravidez, pelo exame pélvico bimanual ou pela ecografia (se disponível) ou através dos níveis de β hCG.

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 dela continuar grávida ou apresentar uma gravidez ectópica, assim:

- Deve-se fazer um exame pélvico, para verificar o crescimento uterino ou uma ecografia para confirmar existência da gravidez em evolução.
- Descartar a possibilidade de uma gravidez ectópica e tratar apropriadamente.
- Oferecer a possibilidade de repetir a administração de Misoprostol ou fazer aspiração por vácuo para completar o aborto.

A mulher tem que ser informada a procurar atenção médica imediata em caso de:

- Sangramento prolongado ou abundante (em geral – mais de dois pensos higiénicos 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

Nos casos de aborto antes da alta, devemos:

- Assegurar à 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 Unidade Sanitária 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 complicações.

2.2.2 Aborto Cirúrgico

É um método para a interrupção da gravidez usando a aspiração por vácuo manual (AMIU) ou aspiração por vácuo eléctrico (AEIU) antecedido pela prévia preparação farmacológica do colo uterino.

A. PREPARAÇÃO DO COLO

A preparação do colo é um passo importante e recomendada para todos casos de aborto cirúrgico em qualquer idade gestacional, em particular para mulheres com uma gravidez superior a 12 semanas de gestação. A preparação do colo antes do aborto cirúrgico é especialmente benéfico para as mulheres com anomalias cervicais ou cirurgia prévia, adolescentes e aquelas com gravidez avançada pois todas têm um risco mais elevado de lesão cervical ou perfuração uterina que pode causar hemorragia.

Existem na literatura duas formas para providenciar a dilatação do colo que são: Dilatadores mecânicos (velas ou dilatadores osmóticos) e os Agentes farmacológicos.

Em Moçambique e em particular nas Unidades Sanitárias do SNS poderão não estar disponíveis os dilatadores osmóticos (laminárias), mas sim agentes farmacológicos como o Misoprostol ou Mifepristone (**Tabela 5**).

Tabela 5. Dosagens recomendadas do Misoprostol / Mifepristone

Idade gestacional	Regime Recomendado
≤12 semanas	Mifepristone 200 mg oral 24 a 48 horas antes do procedimento ou Misoprostol 400 vg por via vaginal 2 a 3 horas antes do procedimento ou Misoprostol 400 14 via sublingual 1 a 2 horas antes do procedimento;
>12 a 24 semanas	Mifepristone 200 mg oral 24 a 48 horas antes do Procedimento seguido de Misoprostol 400 14 por via vaginal 2 a 3 a horas antes do procedimento (a combinação é preferível)

A combinação de Mifepristone / Misoprostol associado aos dilatadores osmóticos é outra opção principalmente em idades superiores a 17 semanas

B. 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 14 semanas.

GRAVIDEZ COM IDADE GESTACIONAL ≤ A 14 SEMANAS

A realização de uma aspiração intra-uterina por vácuo quer seja manual ou eléctrica dever ser com o uso adequado dos instrumentos esterilizados acompanhado pela administração de antibióticos profiláticos e usando a técnica de não-tocar antes de inserir os instrumentos.

Etapas para a realização de Aspiração Manual Intra-Uterina

Primeira etapa: preparar a paciente

- Administre medicamentos para a dor antes do procedimento para ter o máximo efeito quando o procedimento começar. Administre antibióticos profiláticos para todas as mulheres ou antibióticos terapêuticos, se indicado.
- Peça à mulher para esvaziar a bexiga.
- Realize um exame bimanual para confirmar o tamanho e a posição do útero.
- Insira o espéculo e observe se há sinais de infecção, sangramento ou aborto incompleto.

Segunda etapa: realizar a preparação cervical anti-séptica

- Use uma esponja anti-séptica para limpar o orifício cervical. Comece no orifício cervical fazendo uma espiral para fora sem repetir áreas. Repita até que o orifício cervical tenha sido completamente coberto pelo anti-séptico.

Terceira etapa: realizar o bloqueio paracervical

- O bloqueio paracervical é necessário antes da AMIU.
- Faça o bloqueio paracervical com 20 cc de lidocaína a 1% ou 10 cc de lidocaína a 2%. Injecte uma pequena quantidade de lidocaína (1-2cc) no colo do útero no local do tenáculo (12 h). Injecte a lidocaína remanescente em quantidades iguais na junção cervico-vaginal às 2, 4, 8 e 10 horas. aspire sempre antes de injectar para evitar a injeção intravascular de lidocaína.

Quarta etapa: dilatar o colo do útero

- Observe a “*Técnica De Não tocar*” ao dilatar o colo do útero e durante a aspiração. Os instrumentos que entram na cavidade uterina não devem tocar nas suas mãos enluvadas, na pele da paciente, nas paredes vaginais da mulher nem em partes não esterilizadas da bandeja de instrumentos antes de entrar no colo do útero.
- Use dilatadores mecânicos ou cânulas progressivamente maiores para cuidadosamente dilatar o colo do útero até ao tamanho certo.

Quinta etapa: inserir a cânula

- Ao aplicar a tracção ao tenáculo, insira a cânula através do colo do útero, imediatamente a seguir a passar o orifício cervical para o interior da cavidade uterina.
- Não insira a cânula com força.

Sexta etapa: preparar o aspirador

- Posicione o êmbolo todo para dentro do cilindro.
- Coloque o anel de segurança com as saliências nas reentrâncias do cilindro.
- Empurre os botões da válvula para baixo e para a frente até ficarem fixos (1).
- Puxe o êmbolo para trás até que os braços se encaixem para fora e prendam na base do cilindro (2).

Sétima etapa: sucção do conteúdo uterino

- Fixe o aspirador preparado na cânula.
- Liberte o vácuo pressionando os dois botões.
- Esvazie o conteúdo do útero rodando, com cuidado e suavemente, a cânula 180° em cada direcção, usando um movimento de entrada e saída.
- Quando o procedimento estiver concluído, pressione os botões e desconecte a cânula do aspirador. De forma alternada, retire a cânula e aspirador sem pressionar os botões.

Sinais de que o útero está vazio:

- Espuma vermelha ou rosa sem tecido a passar pela cânula.
- Sensação de aspereza na superfície do útero.
- O útero contrai-se à volta da cânula.
- Cólicas ou dores uterinas, indicando a contracção do útero.

Oitava etapa: inspeccionar o tecido

- Esvazie o conteúdo do aspirador para um recipiente.
- Coe o material, mergulhe em água ou vinagre e veja com uma luz (por baixo).
- Inspeccione o tecido quanto à presença de produtos da concepção, esvaziamento completo e gravidez molar.
- Se a inspecção não for conclusiva, poderá ser necessária uma nova aspiração ou outra avaliação.

Nona etapa: realizar procedimentos concomitantes

- Quando o procedimento estiver concluído, proceda com a contracepção ou outros procedimentos, como a inserção de DIU ou a reparação de laceração cervical.

Décima etapa: imediatamente após o procedimento

- Tranquilize a mulher dizendo-lhe que o procedimento já terminou.
 - Certifique-se de que ela seja acompanhada até a sala/área de recobro.
 - Processe ou descarte imediatamente todos os instrumentos, de acordo com os protocolos locais.
-
- **A Inspeção dos tecidos / restos** é importante, para certificar-se que o procedimento foi completo e assim garantir um aborto completo.
 - Para inspeccionar 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 em quantidades correspondentes as esperadas, com base na idade gestacional; em gravidezes acima 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 visível, 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 restos
 - 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.
 - Quando terminar a aspiração faça qualquer outro procedimento que precise de ser executado, como por exemplo inserção de um DIU.

- **Limpe com segurança o equipamento depois do uso:** imediatamente depois de usado, o equipamento cirúrgico reutilizável, incluindo a seringa e as cânulas de aspiração devem ser lavadas e enviadas para esterilização segundo o procedimento de PCI
- **Descarte com segurança os materiais contaminados com fluídos corporais:** guarde-os em reservatórios a prova de perdas, 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.

GRAVIDEZ COM IDADE GESTACIONAL >14 SEMANAS

Recomenda-se a dilatação e evacuação. A técnica de aborto cirúrgico em idade superior a 14 semanas é essencialmente a mesma, isto é, os passos a seguir para e durante o procedimento são os citados anteriormente para idade gestacional menor ou igual a 14 semanas, mas tem algumas particularidades para os quais devemos ter sempre em conta, que:

- O procedimento exige obrigatoriamente um internamento na Unidade Sanitária.
- 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.
- 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.
- 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 rodando a cânula durante o procedimento para aspirar o líquido amniótico. Se 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 a 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.

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 mc 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 (se paciente estável) e repita o procedimento de evacuação uterina.
- Inspeccione os tecidos: Proceda a verificação para certificar que o aborto está completo: Os seguintes componentes da gravidez devem ser identificados: As quatro extremidades, Tórax/coluna, Abóbada craniana, Placenta.
- Se a inspeção dos tecidos mostrar que o aborto não foi completo, re-evacue o útero ou faça uma ecografia para confirmação.
- Quando terminar a aspiração faça qualquer outro procedimento que precise de ser executado, como por exemplo inserção de um DIU.

Recobro e alta da Unidade Sanitária:

- Assegure a mulher de que o procedimento está concluído e que já não está mais grávida.
- Fale e discuta com a mulher sobre necessidades emocionais 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 Unidade Sanitária 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 Unidade Sanitária.
- Documente tudo o que aconteceu durante o tratamento, incluindo qualquer evento adverso.

2.3 MANEJO DA DOR DURANTE O ABORTO

Quase todas mulheres com aborto irão sentir alguma dor. Ao descuidar este elemento tão importante, aumenta desnecessariamente a ansiedade e desconforto da mulher, o que poderia alongar o procedimento e comprometer seus cuidados.

A intensidade da dor que uma mulher pode sofrer quando se faz a evacuação uterina ou a expulsão da gravidez e sua resposta a dor, varia muito e é necessário individualizar a avaliação das necessidades de manejo da dor de cada mulher. Ambos métodos farmacológicos ou não farmacológicos (informação e aconselhamento) poderão 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 aos antecedentes médicos da mulher (suas alergias) e possível interação medicamentosa.

A dor relacionada com a dilatação cervical fisiológica ou mecânica e as contracções 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.

Para o aborto médico em qualquer idade gestacional analgésicos devem ser administrados regularmente (medicamentos anti-inflamatórios não esteróides -AINE) e que sejam administrados à pessoa se e quando ela quiser.

Para o tratamento da dor no aborto médico em idades gestacionais > 12 semanas devem ser considerados métodos adicionais para controlar a dor ou o desconforto devido ao aumento da dor resultante do aumento da idade gestacional. Tais métodos incluem certos antieméticos e anestesia epidural, sempre que disponível.

Observação:

- Para aborto médico em idades gestacionais < a 14 semanas, se os AINE (por exemplo, ibuprofeno) não estiverem disponíveis ou não forem uma opção, então o Paracetamol pode ser considerado para o controlo da dor.

Tabela 6 Opções da conduta da dor no aborto

	Aborto cirúrgico / AMIU	Aborto médico
METODOS 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
METODOS 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. Não usar rotineiramente, uso em casos excepcionais 	<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 > 14 semanas - Para além dos AINEs, oferecer pelo menos um dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> - Opiáceos orais, IM ou IV - Analgesia epidural

- 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

*Baseado nas normas clínicas do aborto seguro OMS 2022

Nota: Não se recomenda o uso de anestesia geral de rotina para o procedimento de Aspiração a Vácuo ou Dilatação e Evacuação.

- Qualquer Unidade Sanitária que ofereça anestesia geral deve ter equipamento adequado, e funcional bem como pessoal especializado em anestesia (médicos ou técnicos licenciados) com capacidades adquiridas para o manejo do procedimento e suas complicações.

PARTE 3:

MANEJO DO ABORTO INCOMPLETO E CUIDADOS PÓS-ABORTO

3.1. TRATAMENTO DO ABORTO INCOMPLETO

O **Aborto incompleto** é uma condição clínica do aborto na qual há uma expulsão parcial do producto de concepção, havendo restos ovulares na cavidade uterina apresentando o orifício cervical aberto e sangramento.

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

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. Felizmente, 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).

3.1.1 Tratamento Médico ou Farmacológico:

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

Consoante a condição da mulher e a sua preferência, esta pode tomar os medicamentos na Unidade de Saúde 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 (**Tabela 7**).

NOTA:

Para mulheres com distúrbios da coagulação ou que estejam a tomar anticoagulantes poderá ser mais seguro receber cuidados de aborto médico na US de referência onde podem ser observadas e monitoradas. Para estas mulheres, a aspiração intrauterina (se disponível) poderá ser a opção de tratamento mais segura.

Tabela 7 Misoprostol para Aborto Incompleto - Doses e Regimes

Idade Gestacional	Dose de Misoprostol Via de Administração Frequência
<p>Até 14 semanas</p>	<p>Misoprostol 400mcg sublingual durante 30 min, depois engolir os restantes resíduos dos comprimidos ou</p> <p>Misoprostol 600 mcg via oral</p> <p>Elegibilidade:</p> <p>São elegíveis para o uso de Misoprostol as mulheres com as seguintes condições:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orifício do colo do útero aberto. 2. Hemorragia vaginal ou historial de hemorragia vaginal durante esta gravidez. <p>Contraindicações</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Precauções:</p> <p>(Tratamento dependente da opinião clínica e opções disponíveis para cuidados seguros pós-aborto)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>As mulheres que amamentam podem tomar Misoprostol.</p>

Forneça medicamentos adicionais:

- Para as dores: AINEs, tal como Ibufrofeno 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

3.1.2. 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

3.1.3. Tratamento Cirúrgico: AMIU ou AEIU

O tratamento cirúrgico é outra opção para os casos de aborto incompleto. Todos os passos para evacuação da cavidade uterina por sucção a vácuo, quer seja manual ou eléctrica devem ser seguidos de acordo com o descrito no capítulo 2.

Para tratamento cirúrgico de aborto incompleto a partir da metade até ao fim do segundo trimestre, os métodos disponíveis são a indução com misoprostol para completar, com segurança, a expulsão de PDC retido seguido da evacuação pela aspiração a vácuo da cavidade uterina.

No segundo trimestre o risco de complicações 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 serão 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 estiver 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. Deverá 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
- 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)

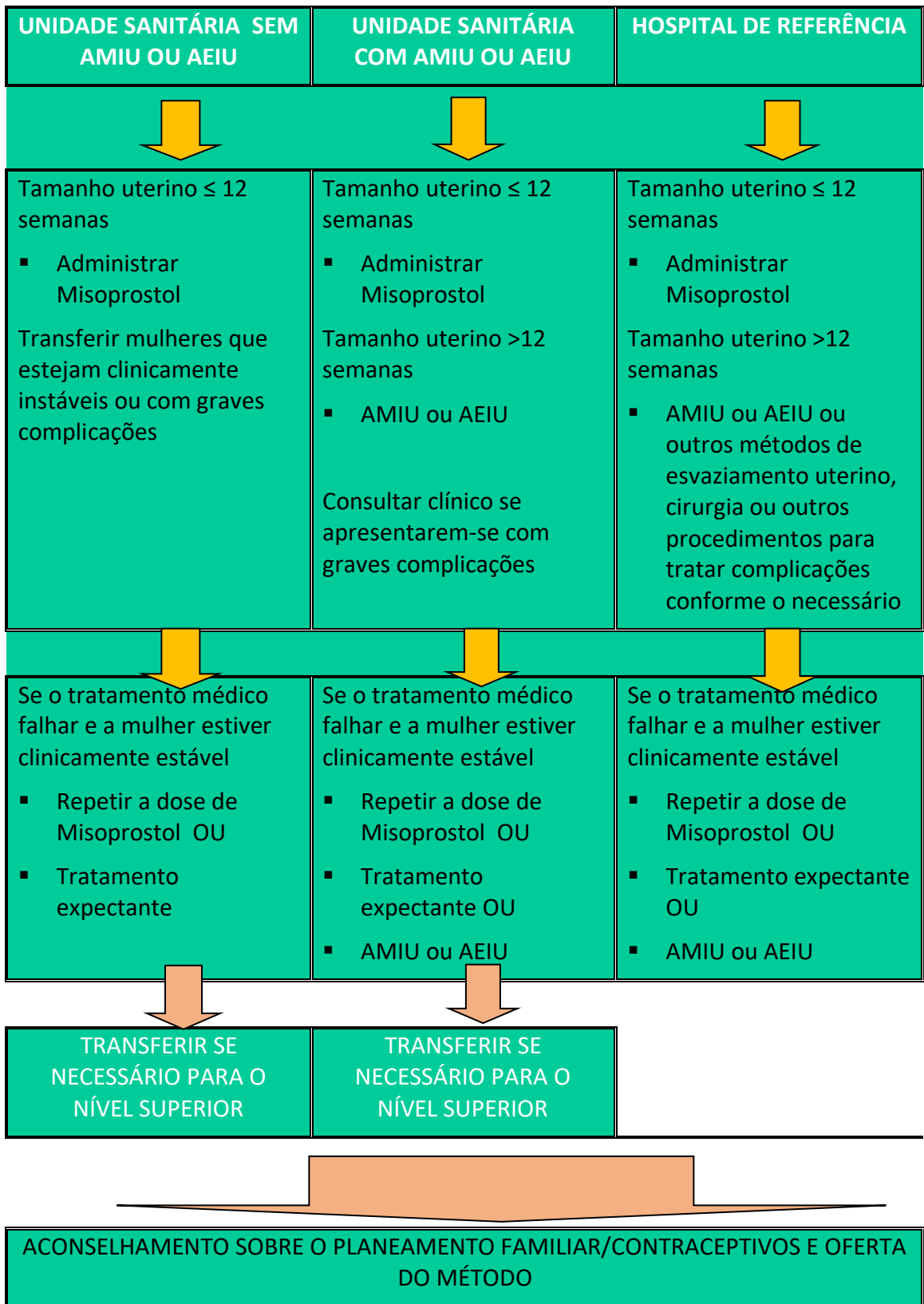


Figura 2 Diagrama da conduta nos casos de aborto incompleto

3.1.4 Tratamento de Emergência (aborto incompleto complicado)

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. Infelizmente, 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 (uso do Misoprostol) ou cirúrgico (AMIU ou AEIU), 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 Unidade Sanitária (em mulheres com a idade gestacional for ≥ 12 semanas)

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.

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.

3.2 CONTRACEPÇÃO PÓS-ABORTO

A falta de acesso a serviços adequados de Planeamento Familiar / Contraceção é um dos principais factores que contribui para o problema global de abortos inseguros. Por outro lado, o aborto inseguro é um indicador principal das necessidades não atendidas de métodos seguros e eficazes de Contraceção e Planeamento Familiar.

Na sua maioria mulheres tratadas para complicações de aborto raramente recebem qualquer orientação ou serviços para evitar gravidez não desejada.

A informação correcta, a orientação e ajuda na escolha do método apropriado e encaminhamento para atenção contínua, devem estar disponíveis e acessíveis a todas as mulheres que passaram por um aborto.

O aconselhamento e oferta de métodos contraceptivos no pós-aborto melhora a adesão aos mesmos e quebra o ciclo de gravidezes indesejadas.

Existe um número de factores que limitam a provisão de serviços de Planeamento Familiar para mulheres que passaram por um aborto, nomeadamente:

- Falta de reconhecimento do problema de abortos em condições de risco e a necessidade subsequente de serviços anticoncepcionais.
- Separação dos serviços pós-aborto de emergência e serviços de planeamento familiar.
- Falta de serviços funcionais para alguns grupos de mulheres (p. ex. adolescentes).
- Falta de compreensão e atenção às necessidades de saúde reprodutiva da mulher por parte dos provedores.
- Informação equivocada entre provedores sobre métodos de Planeamento Familiar apropriados para mulher no pós-aborto.

As orientações devem começar por 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, por conseguinte, a contraceção deve iniciar-se também de imediato, ainda que a mulher não deseje, tão logo, ter relações sexuais.

Todos os métodos contracepção são apropriados para o uso no pós-aborto e devem estar disponíveis no local, contanto que o provedor avalie a mulher para as precauções padronizadas para um método e forneça orientação adequada. Deve-se dar a oportunidade de iniciar de imediato o método escolhido.

Devem-se dar informações sobre todos os métodos, inclusive sobre a eficácia de cada método para evitar a gravidez. O Dispositivo Intrauterino com cobre, os Implantes e os 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 poderá recair nos anticonceptivos orais como a pílula combinada ou progestínica e nos métodos de barreira (preservativos masculino e feminino).

É necessário garantir informação sobre a contracepção hormonal de emergência (pílula do dia seguinte), considerando que sempre haverá mulheres que não usam métodos contraceptivos com regularidade, visto que estão convictas de que não voltarão a ter relações sexuais num curto espaço de tempo e pensando no retorno rápido à fertilidade no pós-aborto.

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

Por outro lado, é necessário lembrar que os métodos destacados acima não protegem contra as infecções sexualmente transmitidas. Nesse sentido, não se pode deixar de prover informação completa sobre o uso de preservativos e sobre como obtê-los, promovendo o conceito de dupla proteção, contra a gravidez e as infecções de transmissão sexual.

As mulheres devem ter absoluta liberdade de aceitar ou não os métodos acima citados. Se o método escolhido não for aconselhável ou se não estiver disponível na altura, ela deverá ser aconselhada a usar um método alternativo (ex: preservativo) e deve ser aconselhada e referida à US mais próxima para iniciar ou continuar o método escolhido.

No caso do DIU, deve-se oferecer a inserção no fim do esvaziamento uterino nas mulheres sem nenhum sinal ou suspeita de infecção, na alta hospitalar ou no retorno ao hospital ou à Unidade Sanitária dentro dos primeiros 15 dias pós-aborto ou logo depois da primeira menstruação após o esvaziamento.

O progestínico injectável trimestral pode ser administrado entre o dia do esvaziamento e o quinto dia pós-aborto, da mesma forma que o anticoncepcional hormonal oral.

Como muitas mulheres terão dificuldades em consultar na Unidade de Saúde dentro desses prazos, é necessário que os métodos estejam disponíveis no serviço que atende o aborto, para que as mulheres possam iniciar o método escolhido dentro do prazo recomendado.

Qualquer dos métodos contraceptivos pode ser usado depois do aborto. Contudo, é preciso obedecer aos critérios de elegibilidade para cada método (**Tabela 8**).

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

Os DIUs podem ser inseridos imediatamente a seguir a um aborto do primeiro ou segundo trimestres, contudo o risco de expulsão é ligeiramente mais elevado no segundo que no primeiro. DIUs podem ser inseridos depois de um aborto médico desde que se tenha certeza de que houve expulsão completa.

Tabela 8 Critérios de elegibilidade dos Métodos Contraceptivos do Aborto

Método de contracepção	Primeiro Trimestre	Segundo Trimestre	Imediatamente Pós-aborto Séptico
Contraceptivos orais combinados - COC	1	1	1
Contraceptivo injectável combinado - CIC	1	1	1
Adesivos & anel vaginal	1	1	1
Contraceptivos orais Progestínicos - COP	1	1	1
Contraceptivo injectável Progestínicos - DMPA/NET-EN (Medroxiprogesterona / Nortestiterona)	1	1	1
Implantes progestínicos - 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:

1: *Condição para a qual não existe nenhuma restrição para uso do método contraceptivo.*

3: *Condição na qual o risco teórico ou provado geralmente sobrepõe-se as vantagens de usar o método.*

2: *Condição na qual as vantagens geralmente sobrepõem-se ao risco teórico ou provado*

4: *Condição em que se o método contraceptivo for usado representa um risco de saúde inaceitável.*

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

NOTA : Aspectos essenciais do PF pós Aborto

- Estabelecer empatia, avaliar a situação individual de cada mulher, explicar as características dos métodos disponíveis e ajudá-la na escolha do método mais adequado para a ela
- Planeamento Familiar no aborto não complicado: Qualquer dos métodos pode ser usado
- Planeamento Familiar no aborto complicado – Infecção não se recomenda laqueação tubar ou DIU

PARTE 4:

OPÇÕES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DO ABORTO, ABORDAGENS DE AUTOGESTÃO E SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

4.1 OPÇÕES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DO ABORTO E ABORDAGENS DE AUTOGESTÃO

A autogestão do aborto médico consiste na autogestão de todo o processo de aborto médico ou de uma ou mais das etapas que o compõem, como a autoavaliação da elegibilidade para o aborto médico, a auto-administração de medicamentos sem a supervisão directa de um profissional de saúde e a auto-avaliação do sucesso do processo de aborto.

De acordo com a directriz da OMS 2022 sobre cuidados no aborto, não existe uma abordagem única recomendada para a prestação de serviços de aborto. A escolha do trabalhador de saúde específico ou a gestão pelo próprio indivíduo, e a localização da prestação de serviços dependerá dos valores e preferências da rapariga ou mulher, os recursos disponíveis e o contexto nacional e local. Uma pluralidade de abordagens de prestação de serviços podem coexistir em qualquer contexto.

Dado que as abordagens de prestação de serviços podem ser diversas, é importante garantir que, para o indivíduo que procura cuidados, a gama de opções de prestação de serviços, tomadas em conjunto, proporcionará:

- Acesso a informações cientificamente precisas e compreensíveis em todas as etapas do processo de aborto;
- Acesso a medicamentos de qualidade garantida (incluindo aqueles para tratamento da dor);
- Apoio para referência, se desejado ou necessário;
- Ligações para uma escolha apropriada de serviços contraceptivos para aqueles que desejam contracepção pós-aborto.

Tal como os medicamentos usados para o aborto, a autogestão do aborto não é um procedimento novo; em muitos países de baixo e médio rendimento, uma farmácia é muitas vezes o primeiro ponto de contacto para as mulheres que procuram obter medicamentos e tomar em casa. Estudos demonstram uma correlação entre o aumento de abortos médicos precoces auto-administrados com Misoprostol e a redução da morbilidade e mortalidade materna nestas regiões.

Em Cabo Verde, Benim, Guiné-Bissau, Zâmbia, após a pandemia da COVID-19, o acesso a autogestão do aborto foi revolucionado pela telemedicina, que permite que as

mulheres recebam os medicamentos por correio para se auto-administrarem em casa, após uma consulta telefónica.

O processo de auto-gestão de aborto médico apresenta três componentes:

1. Autoavaliação de elegibilidade (determinação da duração da gravidez; exclusão de contra-indicações)
2. Autoadministração de medicamentos abortivos fora de uma unidade de saúde e sem a supervisão directa de um profissional de saúde treinado e gestão do processo de aborto
3. Autoavaliação do sucesso do aborto.

O processo de auto-gestão de aborto médico pode ocorrer na totalidade ou em qualquer um dos três componentes do processo.

Em Moçambique e de acordo com as condições existentes localmente poderá não ser possível a auto-gestão do aborto no seu todo (em todas as suas componentes) porém algumas alternativas às interacções presenciais com o profissional de saúde para prestar serviços de aborto medicamentoso já têm sido implementadas.

Na autogestão do aborto médico é a própria mulher que pode ter o controlo do processo, com o apoio daqueles que partilham informações correctas, a aceder aos medicamentos e, se necessário, durante todo o processo de aborto.

Quando uma mulher está habilitada com informações sobre como aceder aos medicamentos, ela torna-se a "provedora", enquanto aqueles que a ajudam podem ser vistos como a sua equipa de apoio.

Havendo possibilidade de utilização de linhas directas por exemplo "alô vida" uma linha que seja interactiva, linhas que falem de direitos sexuais e reproductivos, pode ser possível a oferta da autogestão do aborto médico deste que as três componentes para sua realização estejam presentes.

Deve ser garantida informação e aconselhamento à utente para permitir:

- Avaliação da elegibilidade para o aborto medicamentoso (**se é elegível**);

- Aconselhamento e/ou instrução relacionada ao processo de aborto (toda informação referente ao aborto, sangramento, manejo da dor, sinais de complicações);
- Fornecer instruções e acompanhamento pós-aborto (avaliação de sucesso do aborto e contracepção).

Sendo o aborto uma entidade meramente clínica desde o diagnóstico da gravidez, cálculo da idade gestacional à realização e avaliação do sucesso do aborto, não será possível o envolvimento dos técnicos de farmácia na venda sem **receita médica**, assim como no processo do aborto médico.

NB: Linhas directas, aplicativos digitais ou modos de comunicação unidireccionais (por exemplo, mensagens de texto de lembrete) que simplesmente fornecem informações não foram incluídos na revisão das evidências para esta recomendação.

4.1.1 Auto-avaliação de elegibilidade

Critérios de elegibilidade e recomendação: Autogestão do aborto médico em IG < 10 semanas

Observações:

Houve mais evidências de autogestão do aborto médico (com qualquer um dos regimes) para gestações antes das 10 semanas. Esta recomendação aplica-se ao regime combinado de Mifepristona e Misoprostol e ao uso de Misoprostol simples.

A mulher deve conhecer a sua DUM para a determinação da idade gestacional ou se possível ter a idade gestacional conhecida por ecografia.

4.1.2. Auto-administração de medicamentos para o aborto e tratamento da dor

Todos os indivíduos envolvidos na autogestão do aborto médico também devem ter acesso a informações precisas, medicamentos de qualidade garantida, incluindo o tratamento da dor, apoio de profissionais de saúde qualificados e em caso de necessidade ou desejo, o acesso aos cuidados de saúde e aos serviços de referência.

Regime recomendado de medicamentos: Recomenda-se o uso de Mifepristone 200 mg via oral dose única seguida de Misoprostol 800 mcg por via vaginal, bucal ou sublingual

(24-48 horas após a toma de Mifepristone) ou apenas Misoprostol 800 mcg por via vaginal, bucal ou sublingual;

Regime recomendado de medicamentos para a dor: anti-inflamatórios não esteróides (AINE) exemplo: Ibuprofeno 400/ 600mg de 6 em 6 h.

4.1.3. Auto-avaliação do sucesso do aborto

A maioria das mulheres é capaz de saber se o aborto foi bem-sucedido após o uso dos medicamentos, porque os sintomas da gravidez desaparecem muito rapidamente e / ou algumas mulheres podem ver o embrião ou o saco embrionário após expulsão.

Mesmo que a mulher sinta que ela não está mais grávida, é importante garantir que o aborto foi bem-sucedido. As mulheres devem fazer um teste de gravidez (de urina) 4 semanas após o início do procedimento, ou uma ecografia (quando possível) após o aborto médico.

- História sugestiva de tratamento bem-sucedido:
 - A mulher refere ter tido 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.

As mulheres devem ser dotadas de informação para a autogestão da contracepção após aborto, incluindo a auto-administração de contraceptivos injectáveis. É necessário garantir pílulas anticoncepcionais orais sem prescrição médica.

A administração de um contraceptivo injectável envolve o uso de uma seringa e pode ser intramuscular ou subcutânea. Existem dispositivos compactos de desactivação automática que foram desenvolvidos para facilitar o processo de auto-administração.

4.2. GESTÃO DE ABORTO NO CONTEXTO DE EMERGÊNCIA HUMANITÁRIA E EM OUTRAS SITUAÇÕES

A capacidade de controlar a fertilidade é um direito humano fundamental. Todavia, persistem ainda em todo o mundo, casos de controlo e exploração sexual de mulheres, raparigas e indivíduos⁶. Estas consequências agravam-se em contextos de emergência

humanitária, sejam elas o resultado das forças naturais (condições climatéricas extremas ou actividade geológica) ou de actividades humanas (conflito, convulsões sociais, e degradação ambiental). Nestas situações, a vulnerabilidade das mulheres e raparigas é extremamente alta devido ao risco de experimentarem violência sexual, sexo transaccional, gravidez não intencional e complicações relacionadas com a gravidez.

As mulheres e raparigas em contextos de emergência humanitária experimentam graves barreiras de acesso aos serviços de aborto seguro, devido ao colapso dos sistemas de saúde, barreiras legais e a falta de priorização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva pelas agências humanitárias, entre outras barreiras. O acesso aos serviços de SSR incluindo de aborto seguro torna-se limitado nos contextos de emergência.

As barreiras vão para além das infra-estruturas, suprimentos e pessoal de saúde treinado. Devido as restrições legais e outras barreiras, muitas mulheres com dificuldade de aceder a cuidados de aborto de qualidade, recorrem ao aborto clandestino usando métodos não seguros ou pessoal não qualificado. Outras ainda, só procuram estes serviços numa fase mais avançada da gravidez, que em muitos países a legislação sobre o aborto em idades gestacionais avançadas, só permite a interrupção da gravidez em caso de risco de vida da mulher ou violação sexual.

Independentemente da idade gestacional, a falta de informação da disponibilidade de cuidados de aborto seguro e dos requisitos legais para o efeito constitui uma barreira adicional. Em conjunto estas barreiras limitam o acesso ao aborto seguro e legal, aumentando desta forma a vulnerabilidade para procedimentos de aborto não seguros. Existe, portanto, uma grande necessidade de provisão dos cuidados integrados de saúde SSR e expandir o acesso a informação, apoio e serviços do aborto seguro em contextos de emergência humanitária.

Uma vez que a necessidade para cuidados de aborto seguro aumenta durante as emergências humanitárias, o pacote de serviços iniciais mínimos (MISP) constitui o ponto de partida para a programação dos serviços de SSR incluindo os cuidados do aborto. O MISP é um conjunto de serviços/actividades prioritários de SSR para salvar vidas e que deve ser implementado no início de cada emergência humanitária, para evitar casos de morbilidade e de mortalidade relacionada com a saúde sexual e reprodutiva. As actividades de prestação de serviços do MISP devem-se realizar simultaneamente através das acções coordenadas dos parceiros relevantes⁷. Estes serviços devem ser mantidos e criados o mais rápido possível (o ideal entre 3-6 meses) com serviços e material abrangentes de SSR incluindo os cuidados do aborto.

O MISP tem 6 objectivos que são:

- Assegurar que o sector da saúde identifique uma organização para liderar a implementação do MISP.
- Prevenir a violência sexual e responder às necessidades das sobreviventes.
- Prevenir a transmissão e reduzir a morbilidade e mortalidade devidas ao HIV e a outras ITS.
- Prevenir morbilidade e mortalidade materna e neonatal.
- Prevenir gravidezes indesejadas.
- Planear o mais rapidamente possível serviços de saúde sexual e reprodutiva integrais, integrados nos cuidados de saúde primários.

A autogestão do aborto envolvendo a auto-administração de medicamentos (aborto médico) sem a supervisão directa de um profissional de saúde é também uma das intervenções recomendadas em contextos de emergência humanitária para garantir os cuidados de aborto seguro.

4.2.1. Gestão do aborto no contexto de emergência

Em contextos de emergência e aproveitando a disponibilidade do MISP que também inclui a oferta dos serviços do aborto, propõe-se que as Parteiras Tradicionais (PT) sendo o elo de ligação com a comunidade, sejam capacitadas para a oferta de serviços de aborto seguro garantindo informação, aconselhamento, devendo para tal serem capacitadas com mensagens-chaves importantes tais como critérios de elegibilidade e sinais de perigo, oferta de medicamentos e seguimento pós -aborto (sinais de sucesso e sinais de complicações para a referência).

Neste contexto, **a província deve:**

1. Mapear as zonas de risco;
2. Identificar as PT da zona de risco;
3. Identificar as potenciais PTs provedoras para o aborto seguro, treina-las e autorizar a realização do aborto seguro;
4. Oferecer 03 kits de medicamento abortivo para cada PT treinada, incluindo analgésico para controle da dor;
5. Proceder à monitoria, prestação de contas mensal da realização e sucesso do aborto seguro;
6. Proceder à reposição dos kits de medicamentos utilizados.

As PT são responsáveis por prover informação e aconselhamento sobre:

- Riscos sobre aborto inseguro
- Prevenção de gravidez indesejada

- Conhecimento sobre situação legal
- Estimar a idade gestacional
- Contraceção pós-aborto incluindo (informação, aconselhamento, escolha do método e a transferência)

Somente em contextos de emergência, para além da informação e aconselhamento sobre o aborto, a PT poderá ser capacitada para as seguintes actividades, vide Anexo 2 tabela 13 :

- Realizar o aborto médico, em gravidezes com IG<10 semanas e quando devidamente treinada e capacitada
- Oferecer analgésico para o tratamento da dor
- Transferir a mulher para um local onde possa ter cuidados pós-aborto e serviços de aborto seguro sempre que necessário
- Identificar as complicações do aborto
- Em caso de suspeita de infecção/ Sépsis deve administrar a primeira dose de antibióticos e referir para a Unidade Sanitária mais próxima

A composição do kit para a PT para a provisão do aborto seguro em contextos de emergência deve ser a seguinte:

- Material IEC (panfletos) para informação e aconselhamento sobre cuidados de aborto seguro
- Mifepristona
- Misoprostol
- Analgésicos
- Antibióticos
- Contraceptivos oral e injectável

A oferta de serviços de auto-gestão do Aborto Seguro deve ser autorizada pelos Serviços Provinciais de Saúde após a avaliação da situação.

PARTE 5:

AVALIAÇÃO DAS
COMPLICAÇÕES E
TRATAMENTO
DO ABORTO

Avaliação das Complicações e Tratamento

5.1 CHOQUE

Quadro clínico (sinais e sintomas)

O choque ocorre por perda de sangue e/ou sépsis, 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 Temperatura).
- Tenha inserido 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 hematócrito <15%, será necessário realizar uma transfusão de concentrado de glóbulos.
- 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. Se a urina for muito concentrada ou tiver oligúria e ou anúria providenciar a transferência para outra US de nível superior.

Note que oligúria o anúria podem estar presentes no choque devido uma redução do volume plasmático (devido a hemorragia ou diarreia severa), sépsis e lesão uterina, que

necessitará uma correcção 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 pús) administre antibióticos de largo espectro, por via Endovenosa, ou intramuscular. Não faça medicação por via oral, exceptuando se não tiver disponíveis fórmulas 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.

Sinais de estabilização

- Tensão arterial que está elevando, onde a tensão sistólica é ≥ 100 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 > 100 ml/4h

Tabela 9 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 < 90 mmHg	Muito baixa ou inaudível
Palidez	Interior das pálpebras, palmas das mãos, a volta da boca	Muito pálida
Respiração	> 30 /minute	Muito rápida e superficial
Consciência	Desperta e ansiosa	Confusão ou inconsciência
Pulmoes	Limpos	Crepitações
Hemoglobina	8g/dl	< 8 g/dl
Hematocrito	26%	$< 26\%$
Diurese (urina)	30ml/h	< 30 ml/h
Pele	Pálida	Fria, 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 estiver 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.

5.2 HEMORRAGIA GENITAL (VAGINAL / UTERINA) SEVERA

Sinais

- A hemorragia vaginal moderada a leve caracteriza-se pela existência de sangue fresco misturado com muco e sem coágulos e que o penso higiénico não fica empapado ao fim de 5 minutos.
- A hemorragia severa pode ser causada por um trauma (na vagina, colo uterino, 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 pálpebras, nas palmas das mãos, a volta da boca).
 - Tonturas, síncope, hipotensão.
- Existe risco de choque se a hemorragia continuar.

Tratamento inicial para hemorragia genital severa

- Se entrar em choque inicie o seu tratamento como citado anteriormente.
- Assegure-se a permeabilidade das vias aéreas.
- Avalie os sinais vitais (Pulso, TA, Frequência Respiratória 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 1litro de Lactato de Ringer ou Soro Fisiológico isotónico durante 15-20 minutos. Para estabilizar a uma mulher em choque poderá necessitar de 1 a 3 litros. Não administre líquidos pela boca.
- Se a hemoglobina for <5g/dl ou hematócrito <15%, será 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. Uma urina concentrada indica uma diminuição na sua eliminação. Um aumento da urina é um bom sinal.
- Administre analgésicos por vía 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 disponíveis fórmulas IV ou IM.
- Se for necessário, administre toxóide anti-tétano.
- 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 > 100 ml/4h

Tratamento continuado para hemorragia vaginal severa

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

Assegure o tratamento adequado da causa de hemorragia.

5.3 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 forem normais pode dar-lhe alta e peça 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.

5.4 LESÃO DE ÓRGÃO ABDOMINAL

A perfuração e lesão de um órgão abdominal é possível acontecer o qual leva a um risco acrescido de infecção e sépsis.

Diagnóstico diferencial: ruptura de gravidez ectópica, ruptura de abscesso, 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
- Abdómen tenso, duro, distendido, dor a descompressão (sinal de Blumberg+)
- Ruídos intestinais reduzidos
- Náuseas; vômitos
- Dor nos ombros
- Febre
- Choque
- Sépsis

Conduta:

- Controle os sinais vitais (pulso, tensão arterial, frequência respiratória).
- Se tiver sinais de choque, proceda como descrito acima (Choque ponto 4.1).
- 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 Unidade Sanitária com bloco cirúrgico para laparotomia ou prepare para laparotomia se a sua unidade tiver condições para realizar cirurgia.

5.5 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 perdido 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

5.6 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 apresentará cólicas, juntamente com sintomas vagais (tendência ao desmaio, palidez, bradicardia, tensão arterial baixa, respiração lenta, sudorese).

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

Para o diagnóstico o auxílio da ecografia é importante pois permitirá 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.

5.7 INFECÇÕES, SÉPSIS 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 sépsis, 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 sépsis 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 poderá estar apresentando uma ou mais complicações fatais, como choque, hemorragia vaginal severa ou septicemia.
- Se o aborto se realizou em condições assépticas, as infecções são raras.

Quadro clínico:

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, ruídos hidroaéreos intestinais)

diminuídos, dor a descompressão do abdómen ou reação peritoneal positiva, náuseas, vômitos), ou qualquer evidência de choque (tensão arterial baixa, ansiedade, confusão, inconsciência, palidez, respiração rápida, pulso débil).

Conduta:

- 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 poderá 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 Unidade Sanitária.

Consequências a longo prazo de um aborto seguro (IVG)

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.

O estigma ou a culpa podem ser induzidos ou incrementados por influências negativas de tipo religioso ou de outros tipos.

O apoio do parceiro ou dos familiares ajuda na recuperação, assim como a comunicação com amigos confidentes ajuda a diminuir as potenciais dificuldades psicológicas.

Se houver sinais de depressão ou distúrbios de foro psiquiátrico a referência para um conselheiro, psicólogo ou psiquiatra ou técnico de psiquiatria poderá ser necessária ou útil garantir. Estes casos não são frequentes, e até podem minimizar-se com um aconselhamento pré e pós-aborto de alta qualidade.

BIBLIOGRAFIA

1. Bearak, J.; Popinchalk, A.; Ganatra, B.; Moller, A.-B.; Tunçalp, Ö.; Beavin, C.; Kwok, L.; Alkema, L., Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health* **2020**, 8 (9), e1152-e1161.
2. World Health Organization Abortion Care Guideline; 2022.
3. Ministério da saúde III - Relatório Anual de Auditoria de Mortes Maternas e Neonatais - 2018; 2020.
4. Ministério da Saúde Relatório Anual de Auditoria de Mortes Maternas e Neonatais - 2016; Ministério da Saúde: 2017.
5. Ministério da Saúde Relatório Anual de Auditoria de Mortes Maternas e Neonatais – 2017; Ministério da Saúde: 2019.
6. United Nations Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994; 1995.
7. Inter-Agency Working Group for Reproductive Health in Crisis (IAWG) Pacote de Serviço inicial mínimo de Saúde Sexual e Reprodutiva - Manual de Campo Inter-agências sobre Saúde Reprodutiva em Situações Humanitárias. <https://www.unfpa.org/resources/minimum-initial-service-package-misp-srh-crisis-situations> (accessed 7 Dezembro 2023).

BIBLIOGRAFIA ADICIONAL CONSULTADA

8. 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.
9. 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
10. 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
11. 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.
12. National Norms & Guidelines for Safe Abortion Services in Ethiopia second edition, 2014
13. Gana – prevention & management of unsafe abortion: comprehensive abortion care services, standards and protocols. Second edition, March 2012
14. Guías clínicas y protocolos para abortos de primer trimestre: procedimientos quirúrgicos y médicos. IPPF, 2012

ANEXOS

ANEXO 1: Equipamento Essencial, Insumos e Medicamentos

As Unidades Sanitárias que ofereçam serviços de aborto seguro devem ser 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 10. Lista de equipamento essencial, insumos e Medicamentos por procedimento

Medicamentos para o Aborto Médico	Mifepristone 200mg Misoprostol 200mcg Pacote combinado de Mifepristone 200 mg (1 comprimido) + Misoprostol 200 mcg (4 comprimidos)
Procedimento	Fármacos, Insumos
Para Avaliação Clínica	Fármacos e Insumos: Luvas de exame limpas e descartáveis Equipamentos: Aparelho de Tensão Arterial. Estetoscópio
Para Procedimento de Aspiração	Fármacos e Insumos 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 a 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 desinfetar a vagina e o colo uterino (iodo, cetrimida, etc.) Solução para descontaminar os instrumentos

	<p>Solução para desinfecção de alto nível do material ou envio para esterilização Silicone para lubrificação das seringas</p> <p>Equipamentos: 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 Ten aculo. Dilatadores cónicos desde número 6 a 12 (Kit de AMIU) Cânulas de diferentes tamanhos até 12 o 14 mm (Kit de AMIU) Seringas de aspiração manual a vácuo (Kit de AMIU) ou Aspirador eléctrico a vácuo Pinças para evacuação de restos ovulares (grande e pequena) Pinça porta esponja Cuvete inoxidável para preparar soluções Bandeja de instrumentos</p>
<p>Para Recobro</p>	<p>Luvas de exame limpas Analgésicos Panfletos com informação sobre os cuidados pessoais a ter após o procedimento Métodos contraceptivos pós-aborto</p>
<p>No Caso de Complicações</p>	<p>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 Oxigénio e ambú Porta agulhas comprido e pinças Material de sutura Tesoura Material para taponamento uterino (algália semi-rígida + preservativo) Algália Material para intubação orotraqueal Ecógrafo da Unidade Sanitária (opcional)</p>

ANEXO 2: Serviços de Aborto por Nível de Cuidados de Saúde

A organização de serviços de aborto nas Unidades Sanitárias deve considerar o seguinte:

- Serviço de Emergência para cuidados Pós-Aborto que funcionem durante 24-horas, 7 dias da semana sem interrupção, para oferecer tratamento atempado e salvar vidas.
- Serviço de Aborto Electivo que são feitos por recomendação médica ou a pedido da mulher em situação de despenalização, de acordo com a legislação em vigor.

Para prestação destes serviços é necessário que as Unidades Sanitárias tenham recurso humano habilitado/treinado e apetrechadas com equipamento, insumos e medicamentos para oferecer Cuidados Compreensivos para Aborto.

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 11. Serviços de Aborto por Categoria de Cuidados em situação normal

Nível de Cuidado	Tipo de provedores de saúde disponíveis	Serviços de Aborto a serem prestados
Comunidade	Parteira Tradicional	<ul style="list-style-type: none">-Reconhecer sinais e sintomas de gravidez-Reconhecer sinais e sintomas de aborto e suas complicações-Oferecer educação sobre SSR, incluindo PF e riscos do aborto inseguro-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	Enfermeiras de SMI	<p>As actividades acima mais:</p> <ul style="list-style-type: none">-Verificar sinais vitais-Exame físico e ginecológico básico-Oferta de cuidados de aborto electivo até 12 semanas-Dar medicação para a dor-Tratamento do aborto incompleto em gravidezes <12 semanas que sejam elegíveis para uso do Misoprostol

Nível de Cuidado	Tipo de provedores de saúde disponíveis	Serviços de Aborto a serem prestados
Centros de Saúde do tipo I	Médicos Técnicos de Medicina Enfermeiras de SMI	As actividades acima mais: –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	Os mesmos que acima, mais Técnicos de Cirurgia, Licenciados em Cirurgia, Enfermeiras Licenciadas em Saúde Materna, Médicos de Clínica Geral	As actividades acima mais: –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 (pré- e em-serviço)
Hospitais de Referência (Provinciais, Gerais e Centrais)	Os mesmos que acima, mais Médicos Gineco/ Obstetras	As actividades acima mais: –Tratamento de complicações severas (incluindo lesão de intestino, tétano, insuficiência renal, gangrena gasosa, infecção grave, etc.) –Tratamento da coagulopatia
Unidades Privadas:		
Centros ou Postos de Saúde local de residência	Com enfermeiras e técnicos de medicina	–Fazer as tarefas descritas para Centro de Saúde tipo <u>III</u>
Consultórios Médicos	Com técnicos de Cirurgia/Medicina ou Clínico Geral ou de especialidade, com uma equipa de	–Fazer as tarefas descritas para Centro de Saúde tipo I

Nível de Cuidado	Tipo de provedores de saúde disponíveis	Serviços de Aborto a serem prestados
	outros provedores de saúde	
Clínicas Médicas	Com um Médico Especialista ou um Clínico Geral com uma equipa de outros trabalhadores de saúde	– Fazer as tarefas descritas para hospitais distritais e hospitais de referência e 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 12. Tarefas sobre Cuidados de Aborto por Categoria de Provedor

Tarefa	Gineco- obstetra/Clínico Geral Técnico de Cirurgia/Enf SMI Licenciada	Enfermeira de SMI	Técnico de Medicina	Agentes Polivalentes de Saúde	Parteiras tradicionais	Farmacêutico / Técnico de farmácia
<i>Avaliação da doente</i>						
Informação Clínica	✓	✓	✓	✓	✓	X
Informação e Aconselhamento						
<ul style="list-style-type: none"> • Riscos sobre aborto inseguro • Prevenção de gravidez indesejada • Conhecimento sobre situação legal 	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Exame Físico	✓	✓	✓	X	✓	X
Anamnese	✓	✓	✓	X	✓	X
Exame Pélvico Bimanual	✓	✓	✓	X	X	X
Estimar a Idade gestacional	✓	✓	✓	X	✓	X
<i>Tratamento do aborto</i>						
AMIU	✓	✓	✓	X	X	X
Aborto Médico	✓	✓	✓	X	X	X
<i>Medicação para dor</i>						
Analgésicos	✓	✓	✓	✓	✓	X
Narcóticos/sedativos	✓	✓	X	X	X	X
Bloqueio Paracervical	✓	✓	X	X	X	X
<i>Tratamento das complicações</i>						
Identificação	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Antibióticos	✓	✓	✓	X	✓	X
Administração de Soros	✓	✓	✓	X	X	X
Transusão de Sangue	✓	X	X	X	X	X

Manutenção das vias aéreas livres	✓	✓	✓	X	X	X
Reparação de lesões mínimas	✓	✓	X	X	X	X
Cirurgia Abdominal	✓	X	X	X	X	X
Cuidados Pós-procedimento	✓	✓	✓	X	✓	X
Seguimento (controlo)	✓	✓	✓	X	✓	X
Cuidados Universais (Biossegurança)	✓	✓	✓	X	✓	X
Contraceção pós-aborto						
Informação	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Aconselhamento	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Escolha de Método	✓	✓	✓	✓	✓	X
Escolha Informada/transferência	✓	✓	✓	✓	✓	X
Ligação com outros serviços SSR						
Aconselhamento	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Seleção	✓	✓	✓	X	X	X
Tratamento	✓	✓	✓	X	X	X
Transferência	✓	✓	✓	X	✓	X
Processamento dos Instrumentos	✓	✓	✓	X	✓	X

(*) - Permitido em contexto de emergência

(**) - Permitido que ofereça a primeira dose de antibiótico e referir

(***) – Referir se o método escolhido for DIU ou implantes

Tabela 13. Serviços de Aborto por actores comunitários em situação de emergência

Nível de Cuidado	Tipo de provedores de saúde disponíveis	Serviços de Aborto a serem prestados
Comunidade	Parteira Tradicional, trabalhadores de saúde comunitária, Agentes Polivalentes de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> -Reconhecer sinais e sintomas de gravidez -Reconhecer sinais e sintomas de aborto e suas complicações -Oferecer educação sobre SSR, incluindo PF e riscos do aborto inseguro -Identificar e referir as complicações de aborto -Transferir a mulher para um local onde possa realizar e ter cuidados pós-aborto.
	Parteira Tradicional selecionada em situação de emergência declarada pela província, autorizada e treinada para realizar o aborto seguro.	<ul style="list-style-type: none"> -Reconhecer sinais e sintomas de gravidez -Reconhecer sinais e sintomas de aborto e suas complicações -Oferecer educação sobre SSR, incluindo PF e riscos do aborto inseguro -Realizar o aborto seguro na mulher grávida com idade gestacional <10 semanas -Identificar e referir as complicações de aborto -Transferir a mulher para um local onde possa realizar e ter cuidados pós-aborto.

ANEXO 3: Definições

Aspiração a vácuo (elétrica ou manual; AEIU ou AMIU): A aspiração a vácuo envolve a evacuação do conteúdo do útero através de uma cânula de plástico ou metal, acoplada a uma fonte de vácuo que pode ser manual (AMIU) ou eléctrica (AEIU). O aspirador eléctrico (AEIU) emprega uma bomba de vácuo eléctrica e a aspiração manual a vácuo (AMIU), o vácuo é criado usando um aspirador portátil de plástico de 60 ml, ativado manualmente (também chamado de seringa).

Autocuidado: A capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades de promover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde e lidar com doenças e incapacidades com ou sem o apoio de um profissional de saúde. O autocuidado inclui a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, automedicação, prestar cuidados a pessoas dependentes, procurando hospital/especialista/atenção primária se necessário, e reabilitação, incluindo cuidados paliativos.

Autogestão do aborto: Autogestão de todo o processo de aborto medicamentoso ou de uma das suas etapas componentes: a autoavaliação da elegibilidade para o aborto medicamentoso, a autoadministração de medicamentos sem a supervisão directa de um profissional de saúde e a autoavaliação do sucesso do processo de aborto.

Autorização de terceiros: um requisito imposto por lei ou política, ou na prática, de que uma outra parte do que a mulher, rapariga ou outra pessoa grávida (normalmente um pai, responsável, cônjuge, parceiro, responsável pela saúde trabalhador, autoridade de saúde ou autoridade judiciária) deve autorizar o aborto quando outras disposições legais aplicáveis os requisitos para o aborto legal foram cumpridos.

Cuidados baseados na comunidade: serviços prestados por uma força de trabalho de saúde comunitária amplamente definida, de acordo com a sua formação e capacidade, abrangendo uma gama de trabalhadores de saúde, leigos e profissionais, formais e informais, remunerados e não remunerados, bem como pessoal baseado nas infraestruturas que os apoia e supervisiona

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. Há 2 tipos de cuidados relacionados com o aborto, nomeadamente cuidados de aborto seguro e cuidados pós-aborto, que em conjunto formam os Cuidados Completos do Aborto. Todos os cuidados prestados deverão ser de elevada qualidade e centrados na atenção integral da mulher.

Cuidados Completos do Aborto (CCA): Engloba a oferta de informações, oferta de cuidados de aborto seguro, cuidados pós-aborto e a contracepção pós-aborto.

Cuidados pós-aborto: Prestação de serviços após um aborto, tais como serviços contraceptivos e ligação a outros serviços necessários na comunidade ou fora dela. Também pode incluir o tratamento de complicações após um aborto.

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. Os 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.

Descriminalização: Remover o aborto de todas as leis penais/penais, não aplicar outras infrações penais (por exemplo, assassinato, homicídio culposo) ao aborto, e garantir que não haja penalidades criminais por ter ajudado com informações ou oferecendo aborto, para todos os atores relevantes.

Dilatação e Evacuação (D&E): D&E é usado após 12–14 semanas de gravidez. É o método mais seguro e eficaz para aborto nesta idade gestacional, onde profissionais qualificados e experientes estejam disponíveis. D&E requer preparação do colo do útero usando dilatadores osmóticos e/ou agentes farmacológicos, e evacuação do útero usando aspiração a vácuo (consulte a entrada nesta lista) para remover qualquer sangue ou tecido restante.

Dilatadores osmóticos: Varetas curtas e finas feitas de algas marinhas (laminaria) ou material sintético. Após colocação no orifício cervical, os dilatadores absorvem a umidade e se expandem, dilatando gradativamente o colo do útero (2).

Idade gestacional (duração da gravidez): o número de dias ou semanas desde o primeiro dia do último período menstrual normal (DUM) da mulher em mulheres com ciclos regulares (ver Tabela 1). Para mulheres com ciclos irregulares ou quando a DUM é desconhecida, a idade gestacional é o tamanho do útero, estimado em semanas, com base em exame clínico ou ultrassonografia, que corresponde a um útero grávido da mesma idade gestacional datada pela DUM.

Métodos cirúrgicos de aborto (Aborto cirúrgico): Uso de procedimentos transcervicais para a interrupção gravidez, incluindo aspiração a vácuo ou dilatação e evacuação (D&E).

Métodos médicos do aborto (Aborto médico): Uso de agentes farmacológicos para terminar a gravidez.

Morte fetal intrauterina (MFIU): A morte intrauterina de um feto em qualquer momento durante a gravidez.

Objecção de consciência: a prática dos profissionais de saúde que se recusam a prestar cuidados de aborto com base na consciência pessoal ou crença religiosa.

Sedação consciente: O uso de uma combinação de medicamentos – um sedativo para relaxar e um anestésico para bloquear a dor – para induzir um nível de consciência deprimido durante um procedimento médico.

Telemedicina (ou Telessaúde): um modo de prestação de serviços de saúde em que prestadores e clientes, ou fornecedores e consultores, estão separados pela distância (19). Essa interação pode ocorrer em tempo real (sincronicamente), por ex. por telefone ou link de vídeo. Mas também pode ocorrer de forma assíncrona (armazenar e encaminhar), quando uma consulta é enviada e uma resposta é fornecida posteriormente, por exemplo. por e-mail ou texto/voz/áudio mensagem.

FICHA DE RECOLHA DE DADOS CLÍNICOS

História ginecológica/obstétrica

- Data da Última Menstruação (DUM) _____
- Antecedentes obstétricos G__ P__ A__
- Antecedentes cirúrgicos importantes: Cirurgia uterina/pélvica anterior (circule a opção) Sim/Não. Se **sim** foi há menos de 12 meses? Sim/Não
- Exame Físico Geral: (Estado Geral, Sinais Vitais, Coloração das Mucosas)

- Exame ginecológico:
 - Exame Especular: (Coloração do Colo)

- Palpação Bimanual: Altura do Fundo Uterino (em cm, se aplicável)

- Diagnóstico: Gravidez confirmada (circule a opção) Sim/Não.
 - Idade gestacional confirmada (em semanas) _____
- Informação adicional relevante

Contraceção pós-aborto

- Aconselhamento: (circule a opção) Sim/Não
- Tipo de contraceptivo escolhido: _____.

Assinatura e categoria legíveis do profissional de saúde que atendeu a utente:

_____ Data ___/___/___

DESPACHO DO AUTORIZADOR

Autorizado Não Autorizado Se não autorizado, declare o motivo _____

Assinatura e categoria legíveis do autorizador

_____ Data ___/___/___