

Aborto Incompleto

Manual para professores de Enfermagem Obstétrica

Educação para uma Maternidade Segura



Making Pregnancy Safer

World Health Organization
Geneva



FUNDAÇÃO
CALOUSTE
GULBENKIAN

Módulos de Educação em Obstetrícia

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP) - Biblioteca da OMS

Organização Mundial da Saúde.

Educação para uma maternidade segura: módulos de educação. – 2ª ed.

6 módulos um 1 v. + 1 CD-ROM.

Conteúdo: Módulo básico: a parteira na comunidade – Eclâmpsia – Aborto incompleto – Parto prolongado e Paragem na progressão do trabalho de parto – Hemorragia pós-parto – Sépsis puerperal

1. Tocologia - educação 2. Complicações na gravidez - terapia 3. Materiais de ensino

I. Título: Aborto Incompleto

ISBN 92 4 854666 8

(Classificação NLM: WQ 160)

© Organização Mundial da Saúde 2005

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde podem ser pedidas a: Publicações da OMS, Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (Tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorder@who.int). Os pedidos de autorização para reprodução ou tradução das publicações da OMS – para venda ou para distribuição não comercial - devem ser endereçados a Publicações da OMS, mesmo endereço (fax: : +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

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

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

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

Printed in Portugal, Gráfica Maiadouro, S.A.
Maio 2005

AGRADECIMENTOS

Os módulos de obstetrícia foram desenvolvidos em resposta a uma necessidade sentida de materiais educativos que facilitassem o ensino de competências indispensáveis ao tratamento das principais causas de morte materna.

Gaynor Maclean desenvolveu um esboço inicial dos módulos e realizou, em dois países africanos, o pré-teste de alguns dos métodos de ensino-aprendizagem. Friederike Wittgestein preparou o teste da versão de campo dos módulos, mantendo a maioria das ideias e métodos incluídos na primeira versão. Judith O’Heir desenvolveu o protocolo do trabalho de campo, coordenou-o em cinco países da África, Ásia e Pacífico e completou os módulos após o trabalho de campo. Barbara Kwast e, mais tarde, Anne Thompson, ambas parceiras de renome internacional, eram responsáveis, como membros da OMS pela criação, desenvolvimento, produção e em última análise, pela disseminação e uso dos módulos.

A OMS agradece as muitas contribuições individuais e institucionais. Em particular da Confederação Internacional de Parceiras (CIP) e do Colégio Americano de Enfermeiras-Parceiras (CAEP), que estiveram envolvidos no desenvolvimento, pré-teste, aperfeiçoamento, trabalho de campo e finalização dos módulos. A OMS aprecia profundamente o trabalho individual de todos os que estiveram envolvidos no trabalho de campo dos países, o tempo e esforço que dedicaram à versão de trabalho de campo, e os seus contributos para a versão final.

Esta segunda edição dos módulos de obstetrícia foi desenvolvida sob o auspício da equipa do Departamento de Saúde Reprodutiva. O layout dos módulos foi feito por Maureen Dunphy e a coordenação foi de Shamilah Akram. Esta segunda edição (versão inglesa) está a ser publicada conjuntamente pela OMS e pela CIP, que agradecem a Betty Sweet e a Judith O’Heir pela revisão e actualização dos módulos e também, a todos os membros da reunião científica “Fortalecendo a Obstetrícia” que teve lugar em Genebra em 2001, pelos seus comentários, contribuições e sugestões úteis para as últimas melhorias na finalização da segunda edição; ao IPAS pelos seus comentários e assistência na preparação do novo módulo de tratamento do Aborto Incompleto e dos cuidados pós-aborto, e pela autorização para usar as suas ilustrações.

A OMS agradece, igualmente, as contribuições financeiras dos governos da Austrália, Itália, Noruega, Suécia e Suíça, da Corporação Carnegie, da Fundação Rockefeller, PNUD, UNICEF, UNFPA e do Banco Mundial que apoiaram estas e outras actividades dentro do Programa de Saúde Materna e Maternidade Segura. A produção dos módulos de obstetrícia foi apoiada financeiramente pela Corporação Carnegie, pelos governos da Itália e do Japão e pela Autoridade para a Cooperação e Desenvolvimento Internacional Sueca.

Esta versão portuguesa dos Manuais foi executada pela Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta com o apoio financeiro da Fundação Calouste Gulbenkian e da Organização Mundial de Saúde, Genebra. Os Manuais foram traduzidos em 2004, pela Enfermeira Inês Fronteira. As traduções foram revistas por Teresa Aguiar (Pediatra), Beatriz Calado (Obstetra), Cláudia Conceição (Internista), Paulo Ferrinho (Médico de Saúde Pública), Inês Fronteira (Enfermeira de Saúde Pública), Fátima Hipólito (Socióloga), Luís Varandas (Pediatra). A harmonização final de todos os textos foi da responsabilidade de Paulo Ferrinho, Maria Cláudia Conceição, Ana Rita Antunes e Vanda Ferreira. A coordenação global foi de Paulo Ferrinho. Agradecemos ainda o apoio da enfermeira Anabela Candeias.

ÍNDICE

Lista de Abreviaturas.....	7
Introdução.....	9
Sumário do módulo.....	20
Começar.....	21
Sessão 1: Compreender o aborto.....	23
Sessão 2: Factores evitáveis	39
Sessão 3: Identificação do problema	47
Sessão 4: Tratamento do aborto incompleto: cuidados pós-aborto.....	59
Sessão 5: Aprendizagem de competências clínicas	73
Sessão 6: Aspiração uterina	105
Sessão 7: Planeamento familiar pós-aborto	127
Sessão 8: Estudos de caso	147
Glossário.....	155
Anexo: Perguntas para o pré-teste e teste final.....	179

LISTA DE ABREVIATURAS

ACIU – Atraso no Crescimento Intra-uterino

AU – Aspiração Uterina

CAEP – Colégio Americano de Enfermeiras-Parteiras

c- Centígrado

cc – Centímetro cúbico

CDC – Coagulopatia de Consumo

CE – Contraceção de Emergência

CID – Coagulação Intravascular Disseminada

CIP – Confederação Internacional de Parteiras

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

cm – Centímetro

DCP – Desproporção Céfalo-Pélvica

DIP – Doença Inflamatória Pélvica

DPP – Data Provável do Parto

EEG - Electroencefalograma

EDTA – Ácido EtilenoDiaminoTetraAcético

EV – Endovenosa

g – Grama

HAP – Hemorragia Antes do Parto

Hg - Mercúrio

HPP – Hemorragia Pós-Parto

IM – Intra-muscular

IPAS – ONG internacional que desenvolve o seu trabalho na área da protecção da saúde das mulheres e na promoção dos seus direitos sexuais

IST – Infecção Sexualmente Transmitida

ITU – Infecção do Tracto Urinário

Kg - Quilograma

Km – Quilómetro

LCR – Líquido céfalo-raquidiano

mg – Miligrama

MIU – Morte Intra-uterina

mm Hg – Milímetros de Mercúrio

n.º - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCE – Pílula Contraceptiva de Emergência

PEV – Perfusão Endovenosa

PF – Planeamento Familiar

ph – Grau de Acidez ou Alcalinidade de um Fluido

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PO – “*per os*”, administração por via oral

PPM – Pulsações por Minuto

PPTP – Paragem na Progressão do Trabalho de Parto

PVN – Parto Vaginal Normal

Rh - Rhesus

RMM – Rácio de Mortalidade Materna

RMP – Remoção Manual da Placenta

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TP – Tuberculose Pulmonar

TPR – Temperatura, Pulsação e Respiração

TT - Toxóide Tetânico

TVP – Trombose Venosa Profunda

UI – Unidades Internacionais

UM – Última Menstruação

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas, para o VIH/SIDA

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para as Crianças

UNFPA – Fundo das Nações Unidas para as Populações

UPM – Último Período Menstrual

VHB – Vírus da Hepatite B

VHC – Vírus da Hepatite C

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

INTRODUÇÃO

Estima-se que anualmente ocorrem 600 000 mortes maternas, 99% das quais nos países em desenvolvimento, o que representa 80 000 mortes a mais que estimativas anteriores. Nos países em desenvolvimento, a mortalidade materna varia entre 190 por 100 000 nados vivos na América Latina e Caraíbas e 870 por 100 000 em África. Na África Ocidental e Oriental, encontram-se rácios de mortalidade materna de mais de 1000 por 100 000. Pelo menos 7 milhões de mulheres que sobrevivem ao parto sofrem problemas de saúde graves, e mais de 50 milhões ficam com sequelas. Mais uma vez, a maioria destas sequelas ocorrem em países em desenvolvimento.

Para apoiar a actualização das competências obstétricas, de modo a que os países possam dar resposta a esta situação, fortalecendo os serviços maternos e neonatais, foram desenvolvidos, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), uma série de módulos de formação em obstetrícia. A necessidade destes módulos foi identificada no seminário pré-congresso sobre Educação de Parteiras: “Acção para um Maternidade Segura”, ocorrido em Kobe, Japão, em 1990, que contou com a presença de parteiras e professores de todo o mundo, sob o patrocínio conjunto da OMS, da Confederação Internacional das Parteiras (CIP) e do Fundo das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF). O quadro de referência para a educação em enfermagem obstétrica, desenvolvido no seminário, constitui a base dos módulos.

Os módulos, inicialmente destinados a programas de formação em serviço de parteiras e enfermeiras obstetras, podem também ser utilizados em programas básicos e pós-básicos de formação em obstetrícia. Adicionalmente, podem ser utilizados para a actualização das competências em obstetrícia de outros profissionais de saúde e professores de obstetrícia. Contudo, é importante realçar que não têm como objectivo substituir os livros de texto de obstetrícia que focam outros aspectos dos cuidados necessários durante a gravidez e o parto, mas pretendem servir como base do ensino de parteiras e formadores em obstetrícia de modo a responder, adequadamente, às principais causas de mortalidade materna como a hemorragia, a paragem na progressão do trabalho de parto, sépsis puerperal e eclâmpsia. Os módulos podem, também, ser utilizados para a actualização das competências dos professores de obstetrícia.

Os módulos pretendem ajudar as parteiras a tornarem-se capazes de pensar criticamente e tomar decisões clínicas com base em conhecimentos sólidos e compreensão destas áreas. No entanto, presume-se que as parteiras e os formadores de parteiras, que sejam treinados utilizando os módulos, possuam competências básicas como a medição da tensão arterial, realização de exame vaginal e assistência a parto eutócico uma vez que, quando se utilizam os módulos em programas básicos de obstetrícia, estas competências devem ser ensinadas primeiro.

Uma variedade de outras competências estão incluídas nos módulos, por serem essenciais para a prática clínica compreensiva da obstetrícia. Em alguns países algumas destas competências podem não fazer parte da prática clínica de enfermagem obstétrica e serem entendidas, de facto, como responsabilidade do médico e não da parteira. No entanto, os módulos foram desenvolvidos com base na presunção de que, para além das competências básicas de obstetrícia, as parteiras necessitam também de uma série de competências suplementares que as capacitem para uma significativa contribuição na redução da mortalidade materna e para a promoção de uma maternidade segura.

Na edição original, de 1996, existiam cinco módulos. Recentemente foi adicionado um módulo sobre aborto incompleto. Os módulos foram actualizados em 2001-2002, de acordo com as mais recentes evidências e com as orientações da OMS “*Managing Complications in Pregnancy and Childbirths: a guide for midwives and doctors*”.

Os cinco módulos originais incluem um módulo básico que aborda o papel da parteira na comunidade e quatro módulos técnicos que cobrem a hemorragia pós-parto (HPP), o parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto, a sépsis puerperal e a eclâmpsia. O módulo sobre aborto, é o sexto da série. Estima-se que o módulo básico requeira aproximadamente duas semanas para ser ensinado e os módulos técnicos aproximadamente uma a duas semanas, dependendo de factores tais como as necessidades de aprendizagem, as capacidades dos alunos e os recursos de ensino-aprendizagem disponíveis.

Cada um dos módulos pode ser ensinado independentemente dos outros, no entanto, os módulos complementam-se porque, em conjunto, representam uma abordagem compreensiva da gestão das maiores causas de mortalidade e morbilidade materna. É, pois aconselhável, utilizar os módulos de uma forma que possibilite que as parteiras trabalhem sobre todos eles.

Os módulos são acompanhados de notas, que estão compiladas num único documento. Têm como objectivo serem usadas no processo de aprendizagem e, mais tarde, como fonte de referência.

Todas as competências abrangidas pelos módulos são necessárias para que as parteiras sejam efectivas na prestação de cuidados, imediatos e adequados, a mulheres com complicações da gravidez e do parto. Estas competências estão consonantes com a definição internacional de Assistente Competente¹ na gravidez, parto e cuidados pós-natais. No entanto, em alguns países as parteiras podem não estar autorizadas, legalmente, a praticar todas essas competências pelo que, nestes casos, os módulos deverão ser adaptados às regulamentações locais relativas à prática clínica obstétrica, enquanto que, ao mesmo tempo, devem ser desenvolvidos esforços no sentido de introduzir mudanças legislativas que permitam a prática clínica dessas competências.

ESTRUTURA DOS MÓDULOS

Todos os módulos, à excepção do módulo básico, têm a mesma estrutura. O módulo básico segue uma organização um pouco diferente dos restantes. Não aborda um problema clínico específico mas o tema geral da mortalidade materna, focando os factores que contribuem para a mesma e a importância da participação comunitária no desenrolar de uma maternidade segura.

Os módulos técnicos abordam problemas clínicos específicos e seguem uma estrutura comum que começa com a introdução ao problema, seguida de sessões sobre os factores evitáveis que lhe estão associados, a identificação e a gestão do problema e a aprendizagem das competências clínicas necessárias.

As sessões, em todos os módulos, são apresentadas da seguinte forma:

Introdução à sessão (numa caixa sombreada a cinzento) que descreve:

- Finalidade da sessão;
- Objectivos para a sessão;
- Plano da sessão, que pode incluir os métodos de ensino e o tempo proposto;
- Recursos necessários para conduzir a sessão.

¹ Equivalente ao “*Skilled Attendant*” na língua inglesa. Assistente competente é um profissional de saúde com competências obstétricas, como as parteiras, os médicos e as enfermeiras que tenham sido treinados para acompanharem gravidezes, partos e períodos pós-parto imediatos normais e identificarem e encaminharem mulheres ou recém nascidos para ajuda especializada. (*Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant*. Declaração conjunta da OMS, ICM, FIGO. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2004.)

Instruções para o Professor (em letra itálica) que explicam passo a passo como conduzir a sessão e, por vezes, sugerem métodos de avaliação.

Material suplementar para o professor (em letra normal) que detalham os conteúdos teóricos e práticos de ensino.

“Instruções para os alunos” (ou instruções para trabalho de grupo) que contemplam orientações para actividades individuais ou de grupo.

CONTEÚDO DOS MÓDULOS

A Parteira na Comunidade

O módulo descreve a história de um caso que demonstra como determinados factores sociais, económicos e culturais, combinados com atrasos na procura de cuidados médicos colocam as mães em risco de complicações, que, muitas vezes conduzem à morte. O tema da história é então reforçado ao longo do módulo, sendo enfatizado o papel das parteiras na promoção de uma maternidade segura na comunidade.

As diferentes sessões cobrem tópicos específicos como:

- O lugar e o valor da mulher na sociedade;
- As crenças tradicionais;
- As práticas e tabus que afectam a saúde da mulher durante a gravidez e o parto;
- O reconhecimento e minimização dos factores de risco;
- O conceito de parto prolongado.

Estas sessões relacionam, quando relevante, o tema em discussão com a mortalidade materna, VIH/SIDA e maternidade segura. Sessões adicionais contemplam como fazer o diagnóstico comunitário para planeamento e avaliação de cuidados comunitários.

Hemorragia Pós-Parto

Este módulo começa com uma explicação detalhada sobre a fisiologia e gestão da terceira etapa do parto, de modo a que os alunos possam compreender genericamente a forma como ocorre a Hemorragia Pós-Parto (HPP). Aqui os alunos aprendem o que é a HPP, como ocorre, como pode ser identificada e quais os aspectos essenciais da sua abordagem clínica.

As competências específicas para prevenir e gerir a HPP incluem:

- A identificação dos factores que colocam as mulheres em risco de HPP;
- A gestão da terceira fase do trabalho de parto;
- Palpação e massagem do útero e expulsão de coágulos de sangue;
- Aplicação de compressão bimanual do útero;
- Aplicação de compressão manual na aorta;
- Sutura de lacerações perineais;
- Episiorrafia;
- Reparação de lacerações do colo uterino e vaginais altas; e
- Remoção manual da placenta.

As competências gerais deste módulo incluem:

- Cateterismo urinário;

- Observação e registo;
- Colheita de sangue para análise;
- Preparação, administração e monitorização de soluções endovenosas;
- Monitorização de transfusões sanguíneas; e administração de terapêutica.

Algumas destas competências gerais são também incluídas noutros módulos técnicos.

Parto Prolongado e Paragem na Progressão do Trabalho de Parto

Este módulo apresenta uma revisão da anatomia e fisiologia relevantes para a gestão do parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto explicando o que provoca mais frequentemente o parto distócico, o que ocorre neste tipo de parto e como podem ser identificados os sinais de parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto assim como os aspectos essenciais da sua abordagem clínica. É dada especial ênfase ao uso do partograma na avaliação do trabalho de parto.

As competências específicas para prevenir e gerir o parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto incluem:

- Identificação dos factores de risco;
- Avaliação da capacidade pélvica;
- Diagnóstico da apresentação e posição do feto;
- Avaliação da descida da cabeça fetal;
- Reconhecimento do parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto.

As competências gerais deste módulo incluem:

- Cateterismo urinário;
- Colheita de sangue para análise;
- Preparação, administração e monitorização de soluções endovenosas;
- Administração de terapêutica; e
- Manutenção do balanço hidroelectrolítico.

Sépsis Puerperal

Este módulo apresenta uma explicação sobre a sépsis puerperal e os factores que contribuem para tal, como pode ser identificada e diferenciada de outras condições, como pode ser prevenida e como pode ser tratada e, ainda, uma sessão sobre o VIH e SIDA em mulheres grávidas.

As competências específicas para prevenir e tratar a sépsis puerperal incluem:

- Identificação de factores de risco;
- Identificação de sinais e sintomas;
- Colheita de urina pelo método do jacto intermédio;
- Realização de uma zaraçatua vaginal alta; e
- Manutenção da higiene vulvar.

As competências gerais contempladas neste módulo incluem:

- Observação e registo;
- Colheita de sangue para análise;
- Preparação, administração e monitorização de soluções endovenosas;
- Manutenção do balanço hidroelectrolítico;
- Administração de terapêutica;
- Prevenção de problemas trombo-embólicos;

- “Precauções Universais” na prevenção da infecção; e
- Utilização de planos de cuidados.

Eclâmpsia

Este módulo apresenta uma explicação sobre a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia e os factores que contribuem para este problema, como pode ser identificada e diferenciada de outras condições, como pode ser prevenida e tratada.

As competências específicas para prevenir e tratar a eclâmpsia incluem:

- Identificação dos factores de risco de pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Observações de obstetrícia e de enfermagem; e
- Cuidados e observações durante uma convulsão.

As competências gerais contempladas neste módulo incluem:

- Colheita de sangue para análise;
- Preparação, administração e monitorização de soluções endovenosas;
- Administração de terapêutica;
- Cateterismo urinário; e
- Prevenção de problemas trombo-embólicos.

Aborto incompleto

O módulo começa com uma revisão sobre o contexto do aborto, seguindo-se uma explicação sobre o mesmo, incluindo os diferentes tipos, os efeitos do aborto na morbidade e mortalidade materna, prevenção da gravidez não desejada, leis e regulamentos relacionados com o aborto, perspectivas socio-culturais e religiosas e o papel das parteiras nos cuidados abortivos, com ênfase particular nos cuidados abortivos urgentes. Posteriormente, são também abordados os factores que contribuem para o aborto, como podem ser identificados e diferenciados de outras condições, como pode ser prevenido e, se ocorrer, como pode ser tratado.

As competências específicas para tratar as mulheres pós-aborto incluem:

- Aspiração uterina; e
- Aconselhamento e métodos de planeamento familiar pós-aborto.

Também são contempladas as competências seguintes, porque podem ser necessárias, que também são descritas no módulo da HPP,

- Aplicação de compressão bimanual do útero;
- Aplicação de compressão manual na aorta;
- Reparação de lacerações do colo uterino e vaginais altas.

As competências gerais contempladas neste módulo incluem:

- Observação e registo;
- Colheita de sangue para análise;
- Preparação, administração e monitorização de soluções endovenosas;
- Administração e monitorização de transfusões sanguíneas; e
- Administração de terapêutica.

Algumas destas competências gerais estão também incluídas nos outros módulos técnicos.

CD-ROM

Existe também um CD-ROM para cada módulo com todos os conteúdos técnicos dos manuais. Os professores podem usar este CD-ROM como um guia para prepararem as suas aulas.

MÉTODOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Os módulos propõem uma série de métodos de ensino-aprendizagem desenhados para maximizarem o envolvimento do aluno no processo de ensino-aprendizagem. Nos módulos, é enfatizada a aplicação da teoria à prática clínica, sendo o tempo dispendido na área clínica e as visitas à comunidade uma parte essencial do processo de ensino-aprendizagem.

Exposições

As exposições são utilizadas para apresentar informação nova ou para rever os conteúdos já ministrados aos alunos. Os módulos incluem uma variedade de materiais visuais para o professor utilizar de modo a tornar as exposições interessantes.

O professor pode aumentar o conteúdo das exposições dos módulos com informação de outras fontes ou, simplesmente, seguir o esquema fornecido. Em ambos os casos é importante preparar previamente cada exposição lendo os conteúdos relevantes e os materiais de referência e assegurar que os recursos para os alunos, se necessário, estarão disponíveis.

Discussões

É importante prever tempo para discussão de determinados aspectos durante ou na conclusão das sessões. Tal proporcionará oportunidade aos alunos de colocarem questões sobre dúvidas que tenham bem como contribuirá para o seu conhecimento e experiência. Por outro lado, permitirá que o professor avalie as opiniões, o nível de conhecimento e a compreensão dos alunos.

Trabalho de Grupo e Feedback

Muitas das sessões dos módulos envolvem trabalho de grupo seguido, habitualmente, de uma sessão onde é dado a conhecer à turma o resultado do trabalho. Os grupos devem ser o mais pequenos possível (preferencialmente até 6 estudantes por grupo) de modo a que os alunos se debrucem sobre um assunto específico ou problema. É importante assegurar também que existe espaço suficiente para os grupos se reunirem sem se perturbarem uns aos outros. Cada grupo irá precisar de um dinamizador que será responsável por manter a discussão e assegurar que o grupo complete o trabalho. Adicionalmente, cada grupo precisará de um relator que tomará notas e dará o feedback à turma. As instruções específicas são dadas nas sessões que envolvem trabalho de grupo.

Tutorias

As tutorias são reuniões entre o professor e um aluno ou grupo de alunos e são importantes para a discussão do percurso do aluno. Habitualmente, são realizadas após uma actividade de aprendizagem específica, dando aos alunos a oportunidade para exprimir as suas preocupações e, simultaneamente, permitem ao professor conhecer melhor cada aluno, relativamente ao progresso feito. Todos os módulos contam com tutorias em algumas sessões.

Exercícios Práticos

Os exercícios práticos permitem que os alunos demonstrem o seu conhecimento e competências relativamente a um tópico específico. É importante, nestas situações, dar instruções claras sobre os exercícios a serem realizados e monitorizar os progressos providenciando ajuda sempre que necessário. Os módulos básico, HPP, parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto e aborto incompleto incluem exercícios práticos.

Visitas Comunitárias

As visitas comunitárias pretendem ser experiências instrutivas e agradáveis para os alunos. O módulo básico inclui uma série destas visitas com o objectivo de ajudar os alunos a compreenderem a forma como os conceitos deste módulo se aplicam na comunidade. No entanto, as visitas comunitárias devem ser planeadas e organizadas com antecedência, incluindo a escolha de uma comunidade apropriada e o contacto com uma pessoa de referência que possa facilitar a implementação das actividades na comunidade.

O professor pode organizar as visitas comunitárias de modo a que sejam feitas em dias consecutivos em vez de nos intervalos sugeridos. Se esta alteração for feita, será importante assegurar que não interfere com os objectivos de aprendizagem das sessões e do módulo, como um todo.

As visitas aos contextos clínicos para ensino clínico devem, também, ser bem preparadas com o pessoal das instituições. Os professores e os alunos devem ser facilmente identificáveis e agir de forma profissional mantendo a confidencialidade, privacidade e dignidade da observada e assegurarem-se que obtêm o consentimento da mulher antes de executarem qualquer intervenção clínica.

Ensino clínico

O ensino clínico é extremamente importante nos módulos técnicos, dado que as competências que os alunos adquirem podem fazer a diferença entre a vida e a morte das mulheres que cuidam, a teoria subjacente a cada competência abordada nos módulos deve ser ensinada em sala de aula e a própria competência deve ser ensinada, em ambiente criado, igualmente, em sala de aula, antes do ensino clínico. As instalações, onde decorrerá a prática clínica, devem ser escolhidas assegurando, antecipadamente, que se encontrarão mulheres com os problemas incluídos nos módulos. Contudo, e mesmo que bem planeado, não será possível garantir a todos os alunos a oportunidade de exercer todas as competências práticas. Assim, será importante considerar oportunidades para os alunos adquirirem a experiência clínica apropriada após o final do curso.

Os contactos com o pessoal das instituições de saúde, onde decorrerá o ensino clínico deverão ser feitos antecipadamente. Para além disso, as visitas dos alunos a estas instituições para fins de prática clínica não devem perturbar as rotinas de cuidados aos doentes. Quando os alunos estão a aprender competências práticas devem ser supervisionados pelo professor ou por outra parteira com formação adequada e experiente.

Dramatizações e Representações

As dramatizações e representações devem ser utilizadas para realçar os pontos apresentados pelo professor. Em ambos os casos, é pedido aos alunos para agirem numa situação real ou imaginária. Na dramatização, os alunos inventam os seus próprios personagens e, até certo ponto, a sua história de modo a ilustrar um aspecto em especial. Na representação os alunos assumem o papel de determinados indivíduos como a parteira, o líder da aldeia, o parente ansioso ou a mãe preocupada. Tal permite que o aluno compreenda as situações e problemas na perspectiva do outro. As dramatizações e representações são incluídas, em vários módulos, como actividades opcionais.

Estudos de Caso

Os módulos técnicos permitem que os alunos apresentem estudos de caso que avaliem a efectividade dos cuidados em situações específicas. Assim, os alunos poderão aprender com as suas próprias experiências assim como com as dos outros. O objectivo dos estudos de caso não é criticar a prática clínica dos outros mas sim encorajar os alunos a olharem para as práticas anteriores e retirarem lições para o futuro. Os estudos de caso devem ser baseados em registos das mulheres de modo a demonstrar a gestão de determinadas condições (por exemplo, aborto incompleto, sépsis puerperal, eclâmpsia, etc). O anonimato da mulher deve ser mantido ao longo da apresentação dos estudos de caso.

Jogos e Puzzles Didácticos

Os jogos e puzzles didácticos são meios interactivos e que permitem a aquisição de novos conhecimentos e revisão e consolidação dos conhecimentos existentes. Os jogos e puzzles didácticos dos módulos serão novos para os professores que os utilizarem e, por isso, é importante que se familiarizem antecipadamente. Mais especificamente, é necessário que o professor seja capaz de explicar claramente aos alunos como os utilizar e avaliar os progressos feitos durante as actividades em que são usados.

Seminários

Um seminário é uma actividade sobre um dado tema, planeada para determinado período, normalmente com apresentações de um ou mais oradores convidados. Quando os seminários são recomendados, são também sugeridos os objectivos e conteúdos. Os seminários requerem planeamento cuidadoso no que diz respeito aos conteúdos, horário e local.

Reflexão

A aprendizagem é o resultado da reflexão sobre a prática clínica. Os alunos devem, por isso, ser encorajados a reflectir sobre a sua experiência de prática clínica e a registarem estas reflexões, diariamente, num caderno. Estas podem ser utilizadas como base de discussão com o tutor e/ou pares. A estruturação da reflexão inclui a selecção de uma experiência, identificação de sentimentos e pensamentos do próprio e dos outros acerca dessa experiência e avaliação, positiva ou negativa, dessa experiência. Os alunos devem ser estimulados a analisar porque consideraram a experiência positiva e/ou negativa e a determinar o que poderia ter sido feito de modo a melhorar o resultado. Finalmente, deve ser elaborado um plano de acção para ser aplicado quando surgir uma situação semelhante. A discussão sobre as experiências registadas diariamente, em grupo ou com o professor, ajuda a que os alunos tenham várias perspectivas sobre a sua experiência. Deve ser acrescentado um sumário destas discussões aos registos diários para ser relembado posteriormente.

AVALIAÇÃO DOS ALUNOS

Pré-Testes e Testes Finais

Os pré-testes são uma ferramenta útil para determinar o nível de conhecimentos teóricos dos alunos. Para avaliar a mudança nos conhecimentos teóricos, após o ensino dos conteúdos, as questões utilizadas no teste final devem ser as mesmas do pré-teste, podem ser acrescentadas questões, quer ao pré-teste quer ao teste final. Durante o processo de ensino-aprendizagem, devem ser aplicadas outras medidas de avaliação (ver a seguir), especialmente para determinar os progressos feitos por cada aluno, ao longo do curso. Os exemplos de pré-teste e teste final estão incluídos em cada um dos módulos técnicos.

Avaliação das Competências Clínicas

A avaliação das competências clínicas constitui a maior componente avaliativa dos módulos técnicos. Ao longo das sessões que envolvem o ensino de competências clínicas existem secções intituladas: “Avaliação”. Estas detalham orientações para a avaliação de competências clínicas dos alunos. Sempre que possível, o professor deve observar o desempenho do aluno, contudo, tal pode não ser possível na ausência de mulheres com os problemas estudados. Nestas circunstâncias, o professor deve simular situações que ofereçam oportunidade para os alunos praticarem e serem avaliados relativamente às competências mais relevantes. No entanto, devem ser feitos todos os esforços para dar aos alunos oportunidades para praticarem e serem avaliados num contexto clínico.

Outras Opções de Avaliação

As outras opções de avaliação surgem durante a realização de trabalhos de grupo, tutorias, seminários do aluno, jogos e puzzles didácticos e questões colocadas durante as visitas comunitárias. Estas actividades constituem oportunidades vitais para o professor avaliar o progresso dos alunos na prossecução dos objectivos de aprendizagem de cada sessão do módulo.

PLANEAMENTO DAS ACTIVIDADES DE SEGUIMENTO

Uma prática clínica obstétrica compreensiva baseia-se na experiência e no conhecimento e é esta experiência que os alunos adquirem quando voltarem aos locais de trabalho e aplicarem o que aprenderam à sua prática clínica diária.

É precisamente quando colocam em prática os conhecimentos e as competências que as parteiras se deparam com situações que podem levantar questões. Podem existir assuntos e problemas que gostariam de discutir com os supervisores e profissionais mais experientes de modo a encontrar soluções e melhorar a prática clínica. Isto pode aplicar-se especialmente às parteiras e enfermeiras obstétricas que, no fim deste curso, ainda necessitem de experiência prática para desenvolverem as competências clínicas incluídas nos módulos.

Uma reunião de seguimento, por exemplo, seis meses após o fim do curso, poderá ser importante para capacitar os alunos para a partilha de experiências, relato de sucessos, revisão dos progressos e discussão de problemas relacionados com a prática clínica. Pode também ser adequado a realização de outras reuniões de seguimento, anuais, após o fim do curso.

Dada a complexidade das situações abordadas, a maternidade segura não pode ser alcançada de um dia para o outro. No entanto, e dado ser possível identificar, claramente, as intervenções necessárias, a maternidade segura é algo que se pode alcançar à medida que os alunos deste curso se integram como profissionais competentes nos serviços e comunidades.

SUMÁRIO DO MÓDULO

Sessão	Métodos de ensino-aprendizagem	Carga Horária
1. COMPREENDER O ABORTO	Exposição Trabalho de grupo Feedback, discussão	Total: 2 ½ horas
2. FACTORES EVITÁVEIS	Exposição Trabalho de grupo Feedback, discussão	Total: 2 horas
3. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	Exposição Representação Trabalho de grupo Feedback, discussão	Total: 2 ½ horas
4. TRATAMENTO DO ABORTO INCOMPLETO: CUIDADOS PÓS-ABORTO	Exposição Discussão	Total: 2 ½ horas
5. APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS	Exposição Prática simulada Ensino clínico	Total: 1 semana
6. ASPIRAÇÃO UTERINA	Discussão Prática simulada Ensino clínico	Total: 1 semana
7. PLANEAMENTO FAMILIAR PÓS-ABORTO	Discussão Representação Feedback e discussão	Total: 4 horas
8. ESTUDOS DE CASO	Tutorias opcionais Estudos de caso Trabalho de grupo Feedback e discussão	Total: 4 horas

Nota:

Os professores devem basear-se na sua experiência de ensino para distribuir a carga horária pelos vários sub-tópicos contemplados nas sessões, para que todos eles sejam adequadamente contemplados dentro do tempo disponível.

COMEÇAR

Antes de começar a Sessão 1, lembre o modo de apresentação das sessões:

Introdução à Sessão (numa caixa sombreada a cinzento) que descreve:

- **Finalidades** – A finalidade da Sessão;
- **Objectivos** – Os objectivos da Sessão;
- **Plano** - Plano da Sessão que pode incluir os métodos de ensino e o tempo proposto;
- **Recursos** – Os recursos necessários.

Instruções para o professor (em letra itálica) que explicam passo-a-passo como conduzir a sessão, e por vezes, sugerem métodos de avaliação.

Material suplementar para o professor (em letra normal) que dá detalhes sobre os conteúdos teóricos e práticos de ensino.

“Instruções para os alunos” (ou instruções para trabalho de grupo) que dão orientações para actividades individuais ou de grupo.

Outros pontos importantes a considerar antes de começar:

- Lembre-se da possibilidade de necessitar de ajustar, no início de cada sessão do módulo, o tempo indicado no plano, porque pode ser necessário para uma actividade ser maior ou menor do que o especificado no plano, dependendo dos conhecimentos e capacidades dos alunos e das suas necessidades de aprendizagem. O tempo necessário para uma actividade pode ser maior ou menor do que o tempo indicado no plano. Estima-se que este módulo necessite entre 10 dias e duas semanas para ser leccionado.
- Assegure-se que os apontamentos para os alunos, que acompanham os módulos, estão disponíveis para a turma.
- Se vai usar os pré-testes e os testes finais, veja o anexo no final do módulo antes de iniciar a primeira Sessão do módulo.
- Lembre-se que este e outros módulos técnicos não pretendem substituir os livros de texto de obstetrícia ou outros relevantes, como tal, pode ser útil ter um ou mais livros de texto disponíveis como referência à medida que avança nos módulos.

1. COMPRENDER O ABORTO

SESSÃO 1

COMPREENDER O ABORTO

FINALIDADE

Capacitar os alunos para compreenderem as implicações para a saúde, legais, socio-culturais e religiosas do aborto e o papel das parteiras nos cuidados abortivos.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 1 os alunos devem ser capazes de:

1. Definir aborto.
2. Explicar o peso do aborto na morbidade e mortalidade materna.
3. Explicar porque é que uma gravidez não desejada deve ser prevenida e como fazê-lo.
4. Discutir as leis e regulamentos relacionados com o aborto no contexto do seu país.
5. Descrever as perspectivas socio-culturais e religiosas que afectam o aborto.
6. Descrever o papel das parteiras na prestação de cuidados abortivos.

PLANO

Exposição.

Trabalho de grupo.

Feedback e discussão.

Carga horária: aproximadamente 2 horas e 30 minutos.

RECURSOS

“Instruções para o trabalho de grupo”.

Ficha de trabalho.

Family Care International. Safe Motherhood Fact Sheet: Address Unsafe Abortion. New York. Family Care International 1998.

Family Care International. Safe Motherhood Fact Sheet: Prevent Unwanted Pregnancy. New York. Family Care International 1998.

World Health Organization. Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF. WHO/FRH/MSM/96.11, UNICEF/PLN/96.1. Geneva, World Health Organization 1996.

World Health Organization. Care of Mother and Baby at the Health Centre: A Practical Guide. WHO/FHE/MSM/94.2. Geneva, World Health Organization 1994.

Obtenha uma cópia das secções relevantes das leis do seu país para partilhar com os participantes.

INTRODUÇÃO

O Aborto é um assunto sensível do ponto de vista socio-cultural, religioso e legal pelo que, enquanto lecciona esta Sessão, e as seguintes, é importante observar as reacções e/ou respostas dos alunos à informação apresentada. À medida que progride no módulo, haverá oportunidades para ajudar os alunos a examinarem as suas atitudes e crenças relativamente ao aborto e para desenvolver as competências necessárias para prestar cuidados seguros e efectivos às mulheres que sofrem das consequências do aborto.

Antes de iniciar esta sessão, deve estar familiarizado com o conteúdo do Programa de Acção adoptado na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), especialmente, o capítulo VII – Direitos Reprodutivos e Responsabilidades Reprodutivas e o capítulo VIII – Saúde, Morbilidade e Mortalidade. A título informativo, pode obter uma cópia do Programa de Acção, através do seu Ministério da Saúde.

Inicie a sessão apresentando os conceitos que se seguem. Escreva cada conceito no quadro, ou flipchart, e convide os alunos a virem ao quadro e a escreverem o significado de cada um. Tal irá dar-lhes uma oportunidade inicial para avaliar a vontade dos alunos em discutir o aborto e os assuntos com ele relacionados, e para lhes lembrar que, apesar das suas próprias crenças e das leis relativas ao aborto, as mulheres do seu país sofrerão e morrerão de complicações pós-aborto a não ser que tenham acesso a cuidados de urgência de qualidade. Eticamente e no que concerne ao seu próprio código deontológico, os profissionais de saúde têm o dever de cuidar e de prestar os cuidados essenciais à vida numa emergência de saúde.

DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

Aborto:	Morte ou expulsão do feto espontânea ou induzida antes da 22 ^a à 28 ^a semana de gestação, dependendo da legislação do país.
Aborto espontâneo:	Ocorre por um processo natural e pode ser ameaça, inevitável, completo ou incompleto da 22 ^a à 28 ^a semana.
Ameaça de aborto:	Presume-se que ocorre quando há hemorragia vaginal numa mulher grávida nas primeiras 28 semanas de gravidez. Se for feito um exame gentil com espéculo após o fim da hemorragia o ostício cervical está fechado. Pode haver lombalgias e dor abdominal ligeira mas as membranas permanecem intactas.
Aborto inevitável:	Significa que é impossível a prossecução da gravidez. Normalmente há hemorragia vaginal grave porque houve descolamento de uma grande área da placenta da parede uterina. Há dor abdominal severa que segue os padrões das contracções uterinas durante o parto (intermitente). O colo do útero dilata-se e ou as membranas se rompem ou o saco fetal é expelido completo.
Aborto completo:	Significa que todos os produtos da concepção – embrião/ feto, placenta e membranas – são expulsos. É mais provável que ocorra nas primeiras 8 semanas de gestação.
Aborto incompleto:	Significa que, apesar do feto ter sido expulso, parte ou toda a placenta ficou retida. Há hemorragia grave embora a dor possa parar. O colo do útero está parcialmente fechado. É mais provável que aconteça no segundo trimestre de gravidez.
Aborto induzido:	Ocorre em resultado de interferência médica, cirúrgica ou do uso de preparações de ervas ou outras práticas tradicionais que provocam a expulsão total ou parcial dos conteúdos do útero. O aborto induzido pode ser legal ou ilegal.
Aborto legal:	É executado por um profissional médico, aprovado pela lei do país, que termina a gravidez pelas razões previstas na lei. Podem existir regulamentos para que tal procedimento seja

executado da forma aprovada e nos locais ou instituições aprovadas. Deve estar familiarizado com a lei do seu país no que diz respeito ao aborto. Em alguns países o aborto é ilegal independentemente da razão ou situação.

Aborto ilegal: Significa que o aborto é feito por qualquer pessoa que não está autorizada a fazê-lo pela lei do país. Existe um elevado risco de sépsis e/ ou hemorragia assim como de outros traumatismos.

Aborto séptico: Pode ocorrer a seguir a qualquer tipo de aborto mas é mais comum a seguir ao aborto ilegal e ao incompleto. A infecção ocorre, em primeiro lugar, no útero mas pode-se espalhar rapidamente às trompas de falópio, órgãos pélvicos e peritoneu e causa septicemia se não for tratado prontamente. Há febre, pulso acelerado, cefaleias, dor abdominal inferior e lóquios profusos e fétidos.

Outros tipos de aborto:

Aborto habitual ou recorrente: Quando uma mulher tem duas ou mais gravidezes consecutivas que terminam em aborto. Pode estar associado com um colo do útero incompetente ou com doença geral ou pélvica. A causa pode ser traumatismo anterior do colo do útero. Muitas vezes a causa é desconhecida.

Aborto retido: Descreve uma gravidez em que o feto morreu mas os tecidos fetais e a placenta ficaram retidos no útero. A dor abdominal e a hemorragia vaginal param e os sinais de gravidez desaparecem. A mulher pode ter um corrimento vaginal acastanhado. Se os tecidos mortos ficarem retidos no útero mais do que 6-8 semanas há risco de a mulher desenvolver distúrbios da coagulação que irão resultar em problemas hemorrágicos graves.

Por vezes um aborto retido com o feto e a placenta rodeados por sangue coagulado dentro da decídua capsular. Ocorre normalmente no primeiro trimestre. Se esta retenção se prolongar por vários meses, o fluído é absorvido a massa rija que permanece é denominada de mola carnuda. O feto ainda pode ser encontrado no centro desta massa através de exame histológico.

DIMENSÃO DO PROBLEMA

À medida que apresenta a informação que se segue, peça aos alunos para considerarem a situação no próprio país, no que diz respeito ao peso do aborto na morbilidade e mortalidade materna, assim como nas comunidades em que vivam ou trabalhem.

Aborto, morbilidade e mortalidade materna Globalmente, mais de 500 000 mulheres morrem todos os anos de causas relacionadas com a gravidez (as estimativas indicam 2 000 na região de 529 000²), 99% das quais nos países em desenvolvimento. Nestes países, os rácios de mortalidade materna variam entre 160 por 100 mil nados vivos na América Latina e Caraíbas e 870 por 100 mil em África. No entanto, na África Oriental e Ocidental, os rácios ultrapassam os 1 000 por 100 mil.

Estima-se que, a nível mundial, uma em cada oito mortes maternas (estimativa de 13%) ou 67 mil mortes se devem ao aborto inseguro³. Apesar do aumento dramático do uso da contraceção, nas últimas três décadas, estima-se que ocorram, anualmente, 40 a 50 milhões de abortos, metade dos quais em condições pouco seguras. Apesar da prioridade ser a prevenção de gravidezes não desejadas e acidentais, em muitos países em desenvolvimento, a contraceção não está disponível ou acessível à maioria das mulheres. Como resultado, muitas procuram terminar as gravidezes não desejadas apesar das leis restritivas e dos serviços inadequados. Estima-se que, a nível mundial, ocorram anualmente quase 20 milhões de abortos inseguros o que representa quase uma em cada dez gravidezes ou um rácio de 1 aborto inseguro para pouco mais de sete nascimentos. Quase 95% dos abortos inseguros ocorrem nos países em desenvolvimento e estima-se que, a nível mundial, morram, anualmente, quase 80 mil mulheres de complicações pós-aborto². Ver o **Quadro 1**.

² World Health Organization. Maternal Mortality 2000: estimates by WHO, UNICEF; UNFPA. Geneva, World Health Organization 2003.

³ World Health Organization. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality Due to Unsafe Abortion With a Listing of Available Country Data* (3rd Edition) WHO/RHT/MSM/97.16, Geneva, World Health Organization 1998.

Quadro 1 – Estimativas globais e regionais anuais da incidência e mortalidade, associada a abortos inseguros. Nações Unidas, 1995-2000						
	Estimativa do número de abortos inseguros (000)	Taxa de Incidência (abortos inseguros por 1000 mulheres 15-49 anos)	Rácio de Incidência (abortos inseguros por 100 nados vivos)	Estimativa do número de mortes devidas ao aborto inseguro	Rácio de mortalidade (mortes devidas ao aborto inseguro por 100 000 nados vivos)	Proporção de mortes maternas (% de mortes maternas devidas a aborto inseguro)
Total mundial	20 000	13	15	78 000	57	13
Regiões mais desenvolvidas	900	3	7	500	4	13
Regiões menos desenvolvidas	19 000	16	16	77500	63	13
África	5 000	27	16	34 000	110	13
Ásia*	9 900	11	13	38 500	48	12
Europa	900	5	12	500	6	17
América Latina e Caraíbas	4 000	30	36	5 000	41	21
América do Norte	**	**	**	**	**	**
Oceânia	30	15	12	150	51	8

Fonte: World Health Organization. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality Due to Unsafe Abortion With a Listing of Available Country Data (3rd Edition) WHO/RHT/MSM/97.16, Geneva, World Health Organization 1998.*

* O Japão, Austrália e Nova Zelândia foram excluídos das estimativas regionais mas foram incluídos no total dos países desenvolvidos.

** Para as regiões onde a incidência é mínima, não são apresentadas estimativas.

O elevado número de mulheres que se arriscam a morrer, a sofrer traumatismos e às consequências sociais e criminais associadas ao aborto inseguro, demonstra como estão desesperadas para adiar ou não terem crianças. Estas mulheres podem induzir elas próprias o aborto ou procurar ajuda de pessoal não médico, ou de um profissional de saúde, sem as competências necessárias. Nestas situações, os procedimentos abortivos podem ser caracterizados pela falta de um ambiente higiénico e pelo recurso a técnicas perigosas, como a inserção de um objecto sólido (por exemplo, uma raiz, pequeno ramo ou cateter) no útero, ingestão de substâncias nocivas, uso de força externa ou procedimentos de dilatação e curetagem incorrectos.

Estima-se que 10 a 50% de todas as mulheres que se submetem a abortos inseguros necessitem de cuidados médicos para tratamento das complicações que desenvolvem. As complicações mais frequentes são o aborto incompleto, sépsis, hemorragia e trauma intra-abdominal (por exemplo, punção ou laceração do útero). Os problemas de saúde mais crónicos e mais frequentes causados pelo aborto inseguro incluem a dor crónica, doença inflamatória pélvica, bloqueio das trompas de falópio e infertilidade secundária. Outras consequências potenciais de aborto inseguro incluem a gravidez ectópica e aumento do risco de aborto espontâneo ou de parto prematuro nas gravidezes subsequentes.

Muitas mulheres deixam as instituições de saúde, após o tratamento das complicações de um aborto inseguro, sem aconselhamento sobre como prevenir a gravidez e sem um método contraceptivo. Globalmente, entre 120 e 150 milhões de mulheres, que querem limitar ou espaçar as gravidezes, não usam um método contraceptivo. Embora haja cada vez mais uma maior acessibilidade a serviços de planeamento familiar (PF), estima-se que, em todo o mundo, 350 milhões de casais não têm acesso a informação sobre contraceptivos e aos serviços modernos de PF⁴.

Ponto de discussão

Assegure-se que os alunos têm uma cópia do parágrafo 8.25 do Programa de Acção da CIPD e discuta algumas das suas afirmações. Por exemplo, peça aos alunos para considerarem as seguintes afirmações tendo em conta o contexto dos seus locais de trabalho actuais:

“As mulheres, que têm gravidezes indesejadas, devem ter acesso a informação fiável e aconselhamento empático”.

“Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade para o tratamento de complicações do aborto”.

“Os serviços de aconselhamento pós-aborto, educação e PF devem ser oferecidos prontamente”.

Peça aos alunos para descreverem a informação e a natureza do aconselhamento que dão às mulheres que têm gravidezes não desejadas. Pergunte-lhes porque é que é importante ter serviços de boa qualidade para o tratamento das complicações resultantes do aborto e porque é que é importante dar aconselhamento, educação e PF imediato pós-aborto.

Parágrafo 8.25 do Programa de Acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) 1994

Em caso algum, deve o aborto ser promovido como um método de planeamento familiar. No que diz respeito à saúde pública, todos os governos e organizações inter-governamentais e não-governamentais consideram o aborto uma das maiores preocupações, por isso, querem fortalecer o seu compromisso, face à saúde das mulheres, para lidarem com o impacto do aborto inseguro na saúde, e para reduzirem o recurso ao aborto através da melhoria e extensão dos serviços de planeamento familiar. Deve sempre ser dada prioridade à prevenção de gravidezes não desejadas e serem feitas todas as tentativas para eliminar a necessidade de abortos. As mulheres com gravidezes não desejadas devem ter acesso a informação fiável e aconselhamento empático. Quaisquer medidas ou alterações relacionadas com o aborto, no sistema de saúde, só podem ser determinadas ao nível nacional e local de acordo com a legislação nacional. Em circunstâncias em que não é contra a lei, o aborto deve ser seguro. Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade para o tratamento das complicações resultantes do aborto. Os serviços de aconselhamento, educação e planeamento familiar pós-aborto devem ser oferecidos imediatamente, o que ajudará a evitar abortos repetidos.

Prevenção da gravidez não desejada e acidental

Existem muitas razões para uma mulher não querer ter uma criança, num dado momento da sua vida. A mulher pode não estar preparada para o casamento ou a relação pode ter falhado. Uma gravidez acidental pode conduzir a sofrimento emocional ou doença. Pode, igualmente, interferir com as oportunidades de educação e de emprego da mulher. As adolescentes estão particularmente susceptíveis a gravidezes não desejadas e acidentais, o que requer uma adaptação dos serviços de saúde para satisfazerem as suas necessidades.

⁴ United Nations Population Fund. *The State of World Population 1997*. New York, United Nations Population Fund 1997.

Muitas mulheres, em todo o mundo, estão limitadas no que diz respeito à capacidade de controlar a sua fertilidade. Isto acontece mesmo nos países onde existem serviços de PF, mas que não são utilizados pelos seguintes motivos:

- Falta de acessibilidade;
- Deficiências nos cuidados de saúde (por exemplo atitudes negativas dos profissionais de saúde e/ou conhecimentos e competências limitadas);
- Falta de recursos económicos;
- Crenças sócio-culturais ou religiosas, em relação ao uso de PF.

Em muitas zonas do mundo as mulheres têm muito pouco controlo sobre quando e com quem terão relações sexuais. A vulnerabilidade das mulheres à violação, violência e abuso sexual coloca-as em elevado risco de uma gravidez acidental. Apesar do facto de, em muitas sociedades, as relações sexuais pré-maritais serem proibidas, muitas mulheres, jovens e solteiras, têm por necessidade económica, relações sexuais com homens mais velhos.

No que diz respeito à sexualidade humana e às relações entre género, o Programa de Acção do CIPD inclui os objectivos seguintes:

- a) Promover o desenvolvimento adequado da sexualidade responsável, permitindo relações de equidade e respeito mútuo entre géneros e contribuindo para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos;
- b) Assegurar que as mulheres e os homens têm acesso à informação, educação e serviços necessários para atingir uma boa saúde sexual e exercer os seus direitos e responsabilidades sexuais⁵.

Para ajudar a prevenir gravidezes não desejadas, os governos necessitam de assegurar que os casais e indivíduos (incluindo adolescentes e mulheres solteiras) têm acesso a informação de PF de boa qualidade, centrada no cliente e confidencial, e a serviços que ofereçam uma variedade de métodos contraceptivos modernos, incluindo contracepção de urgência. Para além disso, os prestadores de serviços de PF devem possuir as competências técnicas e interpessoais, informação e material e equipamentos para apoiar a prestação. No que diz respeito ao envolvimento do homem na saúde sexual e reprodutiva, é importante que as estratégias sejam delineadas de modo a assegurar que os homens partilham a responsabilidade, especialmente no PF e prevenção e controlo das infeções sexualmente transmitidas (IST), incluindo o VIH/SIDA. Proporcionar o acesso a serviços de PF é uma das melhores formas de prevenir as mortes maternas por aborto inseguro. A evidência mostra que quando são dados passos positivos para aumentar a acessibilidade e a efectividade dos serviços de PF, as taxas de aborto diminuem⁶.

Ponto de discussão

Peça aos alunos para partilharem os seus pontos de vista sobre a qualidade dos serviços de PF oferecidos nas instituições em que trabalham:

- *As mulheres e adolescentes das suas comunidades têm acesso a serviços que as ajudam a prevenir outras gravidezes não desejadas?*
- *A contracepção de emergência está disponível?*
- *Como parteiras, o que é que podem fazer para assegurar serviços de boa qualidade para as mulheres, incluindo as adolescentes, para a prevenção de gravidezes não desejadas?*
- *O que é que podem fazer para assegurar o envolvimento do homem na saúde sexual e reprodutiva?*

Use secções relevantes nos capítulos VII e VIII do Programa de Acção da CIPD para facilitar a discussão.

⁵ Programme of action of the International Conference on Population and development, Cairo, 5-13 September 1994, New York, United States Population Fund, 1996.

⁶ Bongaats J, Westoff CF The Potencial Role of Contraception in Reducing Abortion. *Studies in Family Planning*. 2000, 31: 193-202.

Leis e regulamentos relacionados com o aborto

Nos países em desenvolvimento, onde o tamanho médio desejável da família é relativamente grande, das 210 milhões de gravidezes que ocorrem todos os anos, estima-se que 75 milhões não sejam planeadas e que 40 a 50 milhões acabem em aborto⁷.

Apesar de em quase todos os países do mundo existirem situações em que o aborto é autorizado para salvar a vida da mulher, as razões pelas quais o aborto é autorizado variam enormemente (**Figura 1.1**).

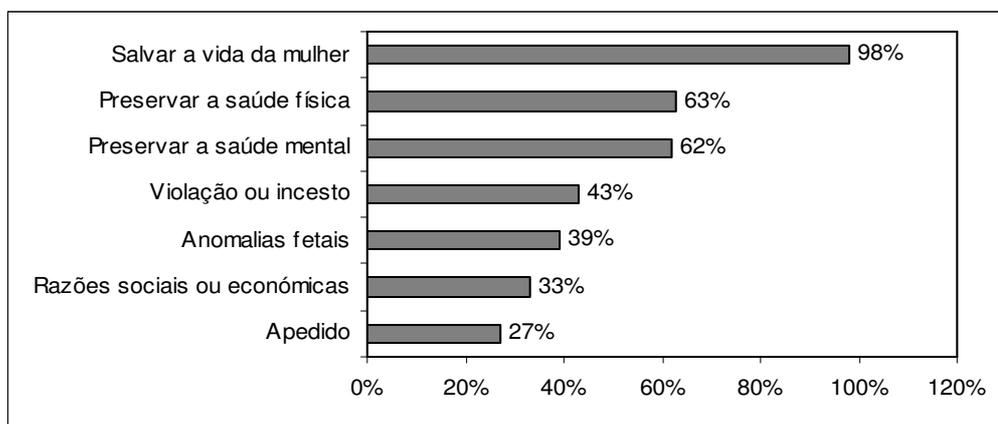


Figura 1.1: Situações em que o aborto é permitido - % de países.

Apesar disto, e devido a barreiras como a falta de informação, a distância até à instituição de saúde, os constrangimentos económicos e a falta de confidencialidade que ainda existem em muitos países, o acesso a um aborto seguro é, para muitas mulheres, impossível o que significa que, em muitos países em desenvolvimento, não existem serviços de aborto seguro para todas as situações em que o aborto é permitido pela lei. Adicionalmente, os serviços de aborto seguro e legal não estão disponíveis para muitas mulheres que se qualificam para estes, pela falta de prestadores treinados ou inadequação das instalações, assim como pelas atitudes negativas dos prestadores em relação ao aborto, especialmente no que diz respeito a mulheres jovens e solteiras.

Alterar a legislação para permitir o aborto legal não conduz, necessariamente ao aumento das taxas de aborto. Por exemplo, a Holanda tem uma lei de aborto não restritiva, serviços abortivos gratuitos, contraceptivos largamente acessíveis, mas tem a taxa de aborto mais baixa do mundo (5,5 abortos por 1 000 mulheres em idade fértil). Outros países que liberalizaram as leis do aborto de modo a permitir um melhor acesso ao aborto legal sem que a taxa de aborto tivesse aumentado, incluem os Barbados, Tunísia e Turquia⁶. A revisão da implementação da CIPD em 1999, pela Assembleia Geral das Nações Unidas (CIPD+5) acrescentou que “em circunstâncias em que o aborto não é contra a lei, os sistemas de saúde devem preparar e equipar os prestadores e tomar outras medidas para assegurar que o aborto é seguro e acessível. Medidas adicionais devem ser tomadas para salvaguardar a saúde das mulheres”⁸. Muitos países no mundo começaram já a liberalizar as leis do aborto e a discriminalizar o aborto por motivos médicos.

Nos países onde as leis são modificadas para permitir maior acesso a serviços relacionados com o aborto, é importante que também sejam alterados os seus sistemas de saúde. Exemplos destas alterações incluem o desenvolvimento de padrões de prestação de cuidados, protocolos, linhas de orientação e procedimentos administrativos. Quando o aborto é legal, os serviços devem ser seguros e acessíveis. Os prestadores de cuidados devem ser competentes na prestação destes cuidados e estarem bem informados sobre a lei do aborto, padrões de prestação de cuidados, protocolos, linhas de orientação e procedimentos administrativos.

⁷ The Allan Guttmacher Institute. *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*. New York, The Allan Guttmacher Institute 1999.

⁸ United National Key actions in the futher implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Developmentt paragraph 63, iii New York, United Nations.

Adicionalmente, os serviços devem ser divulgados à comunidade para assegurar que as mulheres e famílias estão informadas sobre onde e quando procurar os serviços, se necessitarem. A OMS pode apoiar com orientações técnicas, os países que desejem rever as políticas dos seus sistemas de saúde ⁹.

Ponto de discussão

Para determinar o que os alunos sabem e percebem em relação à lei do aborto do seu país, coloque-lhes as seguintes questões:

Qual a origem e natureza da lei do aborto no seu país?

Como é que a lei se aplica aos serviços prestados?

Qual é a posição das ordens e das associações profissionais?

Prepare-se para dar aos alunos informação relevante. Por exemplo, antes de começar a leccionar esta sessão, assegure-se de que sabe as respostas a estas questões e obtenha cópias da lei do aborto, se disponível.

Perspectivas socio-cultural e religiosa

Quando uma mulher tem uma gravidez acidental e não desejada, as decisões que toma face ao aborto são afectadas pelas suas crenças sociais, culturais e religiosas. Os prestadores de cuidados relacionados com o aborto podem, igualmente, afectar as suas decisões. ¹⁰ Seguem-se alguns exemplos de factores que afectam a decisão da mulher:

Capacidade e vontade da mulher em procurar imediatamente cuidados para as complicações do aborto. Algumas mulheres podem necessitar da autorização do marido ou tutor para usarem os serviços de saúde. Para muitas mulheres, uma gravidez não planeada ou o uso de serviços abortivos, pode levar à rejeição pelos membros da família. Estas mulheres, muitas vezes, atrasam a procura de cuidados, mesmo nas complicações mais graves.

Factores culturais. Existem muitos factores culturais que podem conduzir a mulher a um aborto inseguro. Estes incluem: necessidade de segredo, confiança em prestadores de cuidados tradicionais e a crença de que os abortos efectuados pelo pessoal não médico, não são verdadeiros abortos.

Importância da fertilidade. Para muitas mulheres, a fertilidade é fundamental para a aceitação, na sociedade em que vivem. O uso de métodos modernos de concepção pode parecer prejudicial para a fertilidade aumentando a probabilidade de uma gravidez não desejada e o risco subsequente de aborto inseguro.

Atitudes dos prestadores face aos cuidados abortivos. Muitas mulheres não estão dispostas a procurar cuidados de pessoal clínico e do hospital, que as julgam ou que as fazem sentir desconfortáveis. É essencial, que o pessoal que presta cuidados abortivos esteja consciente dos factores culturais que afectam a decisão da mulher sobre o aborto, quer da sua perspectiva pessoal quer, também, da perspectiva da mulher.

Para além dos factores socio-culturais mencionados anteriormente, as crenças religiosas também irão afectar a forma como a mulher se sente em relação à sua experiência de aborto e o modo como os profissionais de saúde e a comunidade responderão. Em situações, em que as crenças religiosas do profissional de saúde interfiram com a prestação de cuidados abortivos selectivos legalmente aceites, não lhe deve ser pedido que os preste. No entanto, estes profissionais de saúde têm a obrigação de encaminhar a mulher para outros prestadores credenciados.

⁹ World Health Organization *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.

¹⁰ World Health Organization. *Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Management*. Geneva, World Health Organization 1995.

Ponto de discussão

Encoraje os alunos a partilharem as suas percepções das crenças socio-culturais e religiosas mais frequentes que afectam a mulher que procura cuidados abortivos nas comunidades em que trabalham. Peça-lhes, também, para terem em conta as suas próprias crenças socio-culturais e religiosas e a forma como estas afectam os cuidados que prestam. Irão existir oportunidades, em algumas das sessões seguintes, para aprofundarem ainda mais estas suas crenças.

O PAPEL DA PARTEIRA NOS CUIDADOS RELACIONADOS COM O ABORTO

Os cuidados abortivos (quando permitidos legalmente) e, em todos os países, os cuidados pós-aborto, devem estar acessíveis. Estes cuidados devem ser prestados por pessoal treinado adequadamente e apoiado para os prestar. A prevenção da mortalidade materna relacionada com o aborto depende da prestação de cuidados abortivos urgentes a todos os níveis do sistema de saúde, desde o posto rural mais básico às instituições que prestem cuidados de saúde terciários mais sofisticadas. Pelo menos, alguns componentes dos cuidados pós-aborto (por exemplo, estabilização e encaminhamento, evacuação uterina, informação e serviços de PF) devem ser realizados em todos os locais de prestação de cuidados, oferecendo serviços de saúde reprodutiva 24 horas por dia, onde for possível.

Na maior parte dos sistemas de prestação de cuidados, a parteira já presta uma série de cuidados de saúde reprodutiva, por exemplo, saúde materno-infantil (cuidados pré-natais, PF, assistência à mulher no parto e cuidados pós-natais). A integração dos serviços de cuidados pós-aborto nos serviços que já prestam cuidados de saúde reprodutiva, irá conduzir à melhoria da saúde materna para milhões de mulheres. A capacitação das parteiras em competências adicionais para os cuidados pós-aborto, pode ser facilmente obtido usando formadores experientes.

Historicamente, sempre que há uma melhoria na morbilidade e mortalidade materna, a parteira desempenha um importante papel.

A evidência recente mostra que a parteira, quer no sector privado quer no público, pode, de forma efectiva, segura e competente, prestar cuidados pós-aborto¹¹. A enfermeira ou a parteira é, na maioria das situações, de entre todos os profissionais de saúde, a mais disponível, acessível, económica e aceite (de confiança) para prestar cuidados de saúde reprodutiva. De facto, as parteiras e/ou as enfermeiras são os prestadores naturais de cuidados pós-aborto e de serviços urgentes de saúde reprodutiva.

Embora os cuidados relacionados com o aborto, incluam os cuidados abortivos urgentes e os selectivos, e apesar de em alguns países ser permitido, por lei, às parteiras prestarem serviços abortivos selectivos, a intenção deste módulo é capacitar as parteiras com as competências necessárias para tratarem as complicações de risco de vida associadas aos cuidados abortivos urgentes.

O **Quadro 2** contém informação sobre o pessoal e os elementos dos cuidados abortivos urgentes que podem estar disponíveis, a cada nível de cuidados.

¹¹ Otsea K, Baird TL, Billings DL, Taylor JE. Midwives Deliver Postabortion Care Services in Ghana. *IPAS Dialogue* 1:1 June 1997.

Quadro 2 – Sugestão da distribuição punível de cuidados e por tipo de pessoal das actividades para tratamento urgente de situações de aborto.		
Nível de cuidado	Tipo de pessoal	Actividades
Comunitário	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profissionais de saúde (por exemplo, auxiliares de saúde e equivalentes). ▪ Enfermeiras. ▪ Parteiras experientes. ▪ Médicos de clínica geral. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educação sobre os perigos do aborto inseguro. ▪ Promoção e prestação de cuidados de PF. ▪ Reconhecimento dos sinais e sintomas do aborto e das suas complicações. ▪ Encaminhamento atempado para o sistema de saúde formal. ▪ Prestação de cuidados urgentes.
Primário	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profissionais de saúde (por exemplo, auxiliares de saúde e equivalentes). ▪ Enfermeiras. ▪ Parteiras experientes. ▪ Médicos de clínica geral. 	<p>Todos os anteriormente mencionados mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exame pélvico e físico básico. ▪ Diagnóstico das fases do aborto. ▪ Reanimação e preparação para tratamento ou encaminhamento. ▪ Hemoglobinéemia e hematócrito. ▪ Encaminhamento, se necessário. <p><i>Se houver disponibilidade de pessoal treinado e equipamento apropriado podem ser executadas, a este nível, as seguintes actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Iniciar o tratamento essencial, incluindo antibioterapia, reposição de fluídos por via endovenosa e administração de ocitocina. ▪ Aspiração uterina, durante o primeiro trimestre. ▪ Controlo básico da dor (bloqueio paracervical, analgesia simples e sedação).
Primeiro encaminhamento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeiras. ▪ Parteiras experientes. ▪ Médicos de clínica geral. ▪ Especialistas com treino em ginecologia e obstetrícia. 	<p>Todas as mencionadas anteriormente mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspiração uterina de urgência, no segundo trimestre. ▪ Tratamento da maioria das complicações do aborto. ▪ Tipagem e transfusão sanguínea. ▪ Anestesia local e geral. ▪ Laparotomia e cirurgia quando indicada (incluindo para gravidez ectópica se houver pessoal competente). ▪ Diagnóstico e encaminhamento de complicações graves como septicemia, peritonite e falência renal.
Segundo e terceiro encaminhamento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeiras. ▪ Parteiras experientes. ▪ Médicos de clínica geral. ▪ Especialistas com experiência em ginecologia e obstetrícia. 	<p>Todas as mencionadas anteriormente mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspiração uterina, como indicado. ▪ Tratamento de complicações graves (incluindo trauma intestinal, tétano, falência renal, gangrena gasosa e sépsis grave). ▪ Tratamento de coagulopatias.

Fonte: Este quadro foi inicialmente baseado em World Health Organization. *Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Management*. Geneva, World Health Organization 1995. No entanto foi adaptado e também contém informação de World Health Organization. *Care of Mother and Baby at the Health Centre: A Practical Guide*. WHO/FHE/MSM/94.2. Geneva, World Health Organization 1994.

Como podem as parteiras participar nos cuidados relacionados com o aborto?

- Encaminhar de forma apropriada e atempadamente, reconhecendo os sinais e sintomas do aborto incompleto e estabilizando a doente;
- Realizar aspiração uterina para tratar o aborto incompleto;
- Dar informação e prestar cuidados de PF, com atenção particular às necessidades das adolescentes e mulheres que abortaram;
- Dar informação e educar as mulheres e outros membros da comunidade sobre os cuidados abortivos seguros;
- Prestar serviços em áreas carenciadas;
- Prestar serviços em instituições privadas;
- Defender leis, políticas e protocolos que apoiem a prestação de cuidados abortivos seguros e participarem nesses cuidados¹².

Apesar de muitos países terem vindo lentamente a treinar e apoiar as parteiras que prestam cuidados urgentes que salvam vida, outros países tem treinado e apoiado com sucesso as parteiras na prestação de cuidados pós-aborto. Estes incluem o Bangladesh, a Nigéria e o Ghana.

No Ghana, onde os estudos hospitalares revelam que aproximadamente 22% de todas as mortes maternas resultam de abortos inseguros, as parteiras do sector público e do sector privado têm sido treinadas com um curso de uma semana que inclui: identificação e tratamento das complicações do aborto com a aspiração uterina, estabilização e encaminhamento, protocolos de tratamento da dor e prevenção da infecção, aconselhamento aos clientes e prestação de cuidados de PF pós-aborto, registos e seguimento da doente. Após o fim do treino, as parteiras do sector público e do privado que participaram, colaboram no tratamento da primeira doente que se apresenta com um aborto incompleto. Os médicos dos hospitais distritais participantes têm confiado nas competências das parteiras, o que leva a pensar que o treino conjunto de médicos e parteiras tenha ajudado e estabelecido a confiança e o respeito que agora demonstram uns pelos outros. Realça-se o caso de um hospital distrital em que, durante um período de quatro meses, metade dos casos de aborto incompleto foram tratados por uma parteira.

As parteiras são as prestadoras óbvias de cuidados pós-aborto e de outros serviços de saúde reprodutiva de urgência. Os ministros da saúde destes países e as associações profissionais reconhecem-no. Tem sido demonstrado que o treino de parteiras em cuidados pós-aborto contribui para a melhoria nos serviços prestados às mulheres nestes países¹⁰.

A Confederação Internacional de Parteiras (CIP) apoia a prestação de cuidados pós-aborto pelas parteiras. A CIP aprovou uma Resolução sobre Cuidados às Mulheres Pós-aborto (ver caixa abaixo).

Escreva no quadro ou no flipchart, a Resolução da CIP, que se segue para demonstrar como esta apoia um papel para as parteiras na prestação de cuidados às mulheres que sofreram um aborto.

¹² Hord CE, Delano GE. *Reducing Maternal Mortality from Abortion: The midwives's Role in Abortion Care*. In International Perspectives on Midwifery (Editor S.F. Murray). London, Mosby 1996.

¹⁰ Otsea K, Baird TL, Billings DL, Taylor JE. Midwives Deliver Postabortion Care Services in Ghana. *Ipas Dialogue 1:1 June 1997*.

Resolução da CIP: Cuidados às Mulheres Pós-aborto

A Confederação Internacional das Parteiras acredita que a mulher que abortou, quer espontaneamente quer de forma induzida, tem a mesma necessidade de cuidados que a mulher que pariu. Como tal ao manter esta crença, a parteira deve:

- a. Considerar estes cuidados como parte do seu papel;
- b. Prestar imediatamente os cuidados necessários pós-aborto;
- c. Encaminhar apropriadamente para qualquer outro tratamento que possa ser necessário e que esteja para lá dos limites da sua prática clínica;
- d. Educar no que diz respeito ao futuro da saúde da mulher o que deve incluir o PF;
- e. Reconhecer o apoio emocional, psicológico e social de que a mulher pode precisar e responder de forma adequada.

Adoptado pela International Confederation of Midwives' Council, May 1996, Oslo, Norway (Care of Women Post Abortion 96/23/PP).

“TRABALHO DE GRUPO”

O objectivo deste trabalho de grupo é criar oportunidades para os alunos partilharem as suas atitudes e crenças sobre o aborto e o papel das parteiras nos cuidados abortivos. Devido à natureza sensível do aborto, às perspectivas socio-culturais, religiosas e legais, esteja preparado para ajudar os alunos a questionarem ideias e crenças negativas acerca do aborto.

1. *Reveja as “Instruções para o trabalho de grupo” com a turma e assegure-se que os alunos compreendem o que se espera deles.*
2. *Divida a turma em grupos de cinco elementos e dê, a cada um, uma cópia da “Ficha de trabalho”.*
3. *Dê 30 minutos para os grupos completarem a actividade.*
4. *Supervisione a actividade, aguarde alguns minutos em cada grupo, para lhe dar tempo de fazer, no futuro, observações sobre as percepções que os alunos têm do aborto e dos cuidados relacionados com o aborto.*
5. *Dê 5 minutos para cada grupo dar o feedback do resultado da actividade de grupo.*

“INSTRUÇÕES PARA O TRABALHO DE GRUPO”

Esta actividade está desenhada para criar uma oportunidade para partilhar ideias e crenças sobre o aborto e o papel das parteiras nos cuidados abortivos.

1. Escolham um elemento do grupo, como dinamizador da discussão.
2. Escolham um elemento do grupo como relator do trabalho de grupo.
3. Discutam as afirmações na “Ficha de trabalho” e decidam uma resposta de grupo para cada uma – isto é, como grupo, encontrar uma reacção a cada afirmação. Anote as áreas onde há discórdia.
4. Usem a “Ficha de trabalho” entregue para registar a resposta do grupo a cada afirmação.
5. Completem a actividade de grupo em 30 minutos.

Feedback e Discussão

À medida que os grupos vão relatando as suas conclusões, use as perguntas seguintes para facilitar a discussão:

- *As atitudes e as crenças, dentro e entre os grupos, são as mesmas, ou existem diferenças significativas?*
- *Quais as crenças que causam mais desentendimento?*
- *Quais são os motivos para esses desentendimentos?*
- *Como é que os desentendimentos podem ser resolvidos?*

FICHA DE TRABALHO

Tratamento do Aborto Incompleto e dos Cuidados Pós- Aborto (CPA)					
Afirmações	DF	D	I	C	CF
1. Os adolescentes não devem ter acesso a contraceptivos.					
2. A oposição do parceiro e de outros familiares pode tornar difícil a utilização de um método de PF para atrasar ou espaçar as gravidezes da mulher.					
3. De modo a preservar a sua vida, qualquer mulher deve ter acesso ao aborto seguro.					
4. Os adolescentes não devem ser sexualmente activos.					
5. As parteiras devem ser treinadas para prestarem cuidados pós-aborto de urgência, incluindo informação e aconselhamento sobre PF.					
6. Até estarem disponíveis serviços que façam abortos seguros, as mulheres irão continuar a arriscar as consequências do aborto inseguro.					
7. O encorajamento de atitudes de responsabilidade nos homens pode conduzir a um comportamento mais responsável e justo nas relações sexuais e a um maior uso de contraceptivos.					
8. As mulheres que experimentam uma gravidez acidental devem ter acesso a informação fiável e aconselhamento empático.					
9. Uma rapariga solteira, em idade escolar, que engravida, não deve frequentar a escola.					
10. Os médicos são os únicos profissionais de saúde que devem prestar cuidados de urgência pós-aborto.					
11. As mulheres que recorrem ao aborto inseguro para terminar uma gravidez não planeada, devem esperar pelos cuidados quando recorrem a uma instituição de saúde.					
12. O crescente número de adolescentes sexualmente activos, realça a necessidade de educação sexual e reprodutiva compreensiva, incluindo sobre contracepção.					

Chave: DF – Discordo fortemente

D – Discordo

N –Indiferente

C – Concordo

CF – Concordo fortemente

2. FACTORES EVITÁVEIS

SESSÃO 2

FACTORES EVITÁVEIS

FINALIDADE

Capacitar os alunos para reconhecerem os factores que aumentam a probabilidade de aborto e das complicações que lhe estão associadas.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 2 os alunos devem ser capazes de:

1. Definir factores evitáveis, factores de risco, morte obstétrica directa e morte obstétrica indirecta.
2. Listar os factores que aumentam a probabilidade do aborto e identificar os que são evitáveis.
3. Discutir os passos que devem ser tomados para prevenir a morte por factores evitáveis.

PLANO

Exposição.

Trabalho de grupo.

Feedback e discussão.

Carga horária: aproximadamente 2 horas.

RECURSOS

“Instruções para os alunos”.

Ficha de trabalho.

Bennet VR, Brown LK (Editors) Myles Textbook for Midwives (12th Edition). London, Mosby 1993.

Caring for Post-abortion Complications: Saving Women's Lives. Population Reports; XXV:1. September 1997.

Family Care International. Safe Motherhood Fact Sheet: Address Unsafe Abortion. New York, Family Care International 1998.

Family Care International. Safe Motherhood Fact Sheet: Prevent Unwanted Pregnancy. New York, Family Care International 1998.

World Health Organization. Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment. Geneva, World Health Organization 1995.

INTRODUÇÃO

Se já introduziu o conceito de factores evitáveis, factores de risco, morte obstétrica directa e morte obstétrica indirecta noutro módulo técnico, faça uma revisão e depois avance para o restante da Sessão.

DEFINIÇÕES

Assegure-se que os alunos compreendem as seguintes definições:

Factores evitáveis Factores que causam ou contribuem para a morte materna quando os cuidados se desviam dos geralmente aceites.

Factores de risco Factores que tornam uma condição mais provável ou grave.

É importante que os alunos percebam que:

Os factores de risco não devem ser utilizados para prever complicações. O sistema de categorias de risco, ou a abordagem baseada no risco, não é útil uma vez que a evidência mostra que muitas mulheres de “risco elevado” podem não ter uma complicação enquanto que muitas classificadas de “baixo risco” acabam por as desenvolver. Assim, todas as mulheres grávidas devem ser consideradas em risco de desenvolver uma complicação.

Morte obstétrica directa Morte resultante de complicações obstétricas da maternidade (gravidez, parto ou puerpério), desde intervenções, omissões, tratamento incorrecto ou série de eventos resultantes dos descritos.

Morte obstétrica indirecta Morte resultante de doença prévia ou desenvolvida durante a gravidez, sem etiologia obstétrica directa, complicada ou agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

Ponto de discussão *Para ajudar os alunos a compreenderem os factores de risco associados com o aborto, discuta, a frequência e a origem do aborto espontâneo e do aborto inseguro, tendo como base de discussão a informação seguinte.*

Factores que contribuem para o aborto espontâneo Nos países desenvolvidos, o aborto espontâneo ocorre em 10 a 15% de todas as gravidezes clinicamente reconhecidas, embora muitos abortos espontâneos ocorram antes da mulher saber que está grávida. As taxas de aborto espontâneo podem, contudo, serem muito mais elevadas nos países em desenvolvimento devido à prevalência de malnutrição e de outros problemas de saúde. A maioria dos abortos espontâneos ocorre numa fase inicial da gravidez, sendo 80% no primeiro trimestre.

As causas de aborto espontâneo nem sempre são óbvias. Mais de metade dos abortos espontâneos, do primeiro trimestre, devem-se a um desenvolvimento embrionário anormal. Outros factores possíveis incluem: doença febril, infecções genitais e sistémicas como sífilis, tuberculose sistémica, doença de Chagas, vírus da rubéola, citomegalovírus, vírus Herpes simplex, clamídia, micoplasma, Toxoplasma gondii, listeria e brucella, doença crónica materna, causas hormonais, toxinas ambientais, causas dietéticas, anomalias anatómicas e gravidez na presença de um dispositivo intra uterino (DIU). Em muitos casos, não existe nenhum factor específico conhecido que cause o aborto espontâneo.

É essencial que a mulher que tem um aborto espontâneo, tenha os cuidados médicos adequados e atempadamente. É, também, essencial que sejam prestados os cuidados de seguimento apropriados, como sejam planeamento familiar (PF) e avaliação de abortos recorrentes.

Factores que contribuem para o aborto inseguro

Na Sessão 1 ficou claro, que as mortes por complicações do aborto inseguro são a principal causa de morte materna. Adicionalmente, muitas mulheres sofrem de problemas de saúde crónicos, em resultado de complicações do aborto.

O aborto inseguro é um problema de saúde pública para mulheres de todas as idades mas, especialmente para as mulheres jovens que, muitas vezes, têm pouco acesso a informação e a serviços de PF. Estas mulheres, em particular, têm menor probabilidade de terem dinheiro para pagar um aborto seguro e de saberem onde e como o conseguirem. Por outro lado, têm também maior probabilidade de se atrasarem na procura de ajuda e, conseqüentemente, terminam a gravidez em fases mais avançadas, quando os riscos de morte e trauma são maiores.

As mulheres, que sofrem complicações de um aborto inseguro, enfrentam a probabilidade de gravidezes não desejadas futuras e do subsequente risco de trauma e morte, de procedimentos inseguros de repetição. Às mulheres que sofrem um aborto inseguro deve ser oferecido aconselhamento de PF que permita identificar as razões ou condições que as levaram a não usar um método de PF, ou falência do contraceptivo ou incapacidade de usar um método de forma efectiva.

TRABALHO DE GRUPO

Este trabalho de grupo tem como objectivo ajudar os alunos a identificarem os factores que contribuem para o aborto e as acções ou intervenções necessárias para as prevenir.

- 1. Reveja as “Instruções para o trabalho de grupo” com a turma e assegure-se que os alunos compreendem o que se espera deles.*
- 2. Divida a turma em grupos de cinco elementos e dê a cada um várias cópias da “Ficha de trabalho”.*
- 3. Dê 45 minutos para os grupos completarem a actividade.*
- 4. Supervisione a actividade, gastando algum tempo com cada grupo, o que lhe dará a oportunidade de se assegurar que a actividade prossegue, como planeada, e de apreciar o contributo de cada aluno.*
- 5. Dê 10 minutos para cada grupo apresentar o resultado do trabalho de grupo.*

“INSTRUÇÕES PARA O TRABALHO DE GRUPO”

(Leiam cuidadosamente **todas** as instruções antes de começar)

1. Identifiquem **três** factores individuais, **três** comunitários e **três** dos serviços de saúde que contribuam para a morbilidade e mortalidade relacionadas com o aborto.
2. Expliquem porque é que os factores, que identificaram, podem levar ao aborto.
3. Indiquem se os factores, que identificaram, são evitáveis.
4. Descrevam os passos que devem ser dados para evitar os factores que identificou.
5. Usem o exemplo em baixo como guia para o trabalho de grupo.

É dado um exemplo. Trabalhem-no do mesmo modo, usando a Ficha de trabalho.

Têm uma hora para o trabalho de grupo.

Escolham um elemento do grupo como dinamizador e outro como relator.

Exemplo:

Factores que contribuem para o aborto/ procura do aborto	Quais são os factores que podem conduzir a complicações relacionadas com o aborto?	Evitável?	O que deve ser feito para evitar os factores que contribuem para o aborto?
Actividade sexual em idade jovem, por exemplo, durante a adolescência (factor individual).	A actividade sexual pode levar a gravidezes não desejadas, que podem conduzir à procura do aborto executado por um prestador inseguro, por receio de recriminações, possivelmente esperadas nos serviços de aborto seguro.	Sim	Todos os adolescentes e jovens deviam receber educação sexual e reprodutiva, que contemple a reprodução, a contracepção e as relações entre géneros. As mensagens de educação para a saúde na comunidade devem informar sobre a incidência e impacto do aborto inseguro nas comunidades, o estado legal do aborto, a prevenção de gravidezes não desejadas, como evitar abortos inseguros e como reconhecer e onde procurar cuidados apropriados para as complicações do aborto. Serviços abortivos seguros, de alta qualidade e amigos dos adolescentes, devem estar disponíveis nos limites permitidos pela lei, e serem acessíveis (geográfica e economicamente). Todos os adolescentes devem ter acesso a informação e a serviços de PF de elevada qualidade, orientados para o cliente e confidenciais, que ofereçam um leque de contraceptivos modernos, incluindo a contracepção de emergência.

FICHA DE TRABALHO

PREVENÇÃO DO ABORTO			
Factores que contribuem para o aborto/ procura do aborto	Quais são os factores que podem conduzir a complicações relacionadas com o aborto?	Evitável?	O que deve ser feito para evitar os factores que contribuem para o aborto?

Feedback e Discussão

Utilize as seguintes listas como guia durante o feedback e para incentivar a discussão. Chame a atenção da turma para os factores que não foram identificados durante o trabalho de grupo (a cada grupo só é pedido a identificação de três factores individuais, comunitários e dos serviços de saúde pelo que é possível que nem todos os factores, abaixo enumerados, tenham sido referidos).

FACTORES QUE CONTRIBUEM PARA A PROCURA DO ABORTO OU PARA AS COMPLICAÇÕES RELACIONADAS COM O ABORTO

- Nível individual**
- Actividade sexual em idade jovem;
 - Falta de conhecimento sobre PF;
 - Falta de conhecimento sobre onde obter serviços de PF;
 - Resistência ao uso de métodos de PF, por razões culturais, religiosas, sociais, económicas e emocionais (percepção dos serviços como não amigos do utilizador);
 - Incapacidade de usar um método contraceptivo de modo efectivo;
 - Falha do contraceptivo;
 - Falta de conhecimento sobre os efeitos nocivos do aborto inseguro;
 - Falta de conhecimento sobre a gravidade da perda excessiva de sangue pela vagina;
 - Baixo nível educacional (relacionado com a falta de conhecimento);
 - Baixo nível económico (conduz à limitação de acesso, se os serviços são pagos);
 - Mau estado de saúde (maior probabilidade de ter complicações, a seguir ao aborto);
 - História anterior de gravidez não desejada e aborto.
- Nível comunitário**
- Falta de conhecimento sobre os efeitos nocivos do aborto inseguro;
 - Falta de conhecimento sobre a gravidade da perda excessiva de sangue pela vagina (superior às perdas menstruais);
 - Grande distância entre a casa da mulher e a instituição de saúde onde existem os cuidados necessários (no caso de hemorragia, atraso na procura e obtenção de cuidados);
 - Falta de transportes entre a casa e a instituição de saúde;
 - Falta de serviço de PF e cuidados abortivos;
 - Baixo estatuto socio-económico;
 - Crenças socio-culturais e religiosas que proíbem os serviços abortivos ou a sua utilização e publicidade (leva a práticas abortivas em condições pouco higiénicas ou pouco seguras);
 - Leis restritivas de aborto (como acima);
 - Falta de envolvimento dos homens em assuntos de saúde reprodutiva (homens não dispostos a aderirem a utilização de contraceptivos);
 - Baixo estatuto social da mulher (que não podem procurar cuidados sem a permissão do parceiro ou de um membro mais velho da família).
- Nível dos serviços de saúde**
- Atrasos em iniciar manobras de reanimação, na presença de complicações pós-aborto;
 - Perdas de sangue subestimadas;
 - Inexistência de sangue ou plasma;
 - Técnicas imperfeitas para lidar com as complicações pós-aborto;
 - Atrasos em pedir ajuda ou encaminhar a mulher para uma instituição onde exista a ajuda necessária;
 - Atitudes negativas dos profissionais de saúde em relação às mulheres particularmente, às solteiras e adolescentes, que apresentam complicações pós-aborto;
 - Pessoal não treinado no tratamento do aborto incompleto e complicações pós-aborto;
 - Pessoal não treinado em lidar com as complicações pós-aborto e/ou aconselhamento de PF e pós-aborto.

REDUÇÃO DOS FACTORES QUE CONTRIBUEM PARA O ABORTO

As acções ou intervenções seguintes contribuem para reduzir os factores associados a um maior risco de aborto:

- Todos os casais e indivíduos (incluindo adolescentes e mulheres solteiras) devem ter acesso a serviços e informação de PF de elevada qualidade, orientados para o cliente e confidenciais que oferecem um leque de contraceptivos modernos, incluindo contracepção de emergência, quando apropriado;
- O aconselhamento de PF deve ser confidencial, apoiar e responder às necessidades particulares do cliente e facilitar a oportunidade de cuidar;
- Todos os prestadores devem ter os materiais, equipamentos, informação e competências técnicas e interpessoais necessárias para apoiar a prestação de cuidados de elevada qualidade;
- As mulheres e as suas famílias devem, através de uma variedade de canais de comunicação, ser informadas sobre PF, incluindo contracepção de emergência;
- As mensagens de educação de saúde devem ser baseadas na incidência e impacto do aborto inseguro nas comunidades e serem sensíveis às crenças, atitudes e práticas das mulheres;
- As mensagens de educação devem oferecer informação sobre o enquadramento legal do aborto, prevenção de gravidezes não desejadas, como evitar abortos inseguros e como reconhecer e procurar os cuidados apropriados para as complicações do aborto;
- Todos os adolescentes e jovens devem ter acesso a educação sexual e reprodutiva compreensiva que ofereça informação sobre sexualidade, reprodução, contracepção e relações entre sexos;
- As mulheres que têm uma gravidez não desejada devem ter acesso a informação fiável e aconselhamento empático;
- Devem ser criados serviços abortivos de elevada qualidade, seguros e acessíveis, dentro dos limites permitidos por lei;
- Todas as mulheres devem ter acesso a serviços de elevada qualidade para o tratamento das complicações do aborto, incluindo aconselhamento e métodos de PF pós-aborto;
- Os elementos chave dos cuidados pós-aborto devem incluir tratamento de emergência das complicações, serviços e aconselhamento de PF e ligações a serviços de saúde reprodutiva compreensivos;
- Para prevenir a mortalidade relacionada com o aborto, os cuidados pós-aborto de emergência devem estar disponíveis 24 horas por dia;
- As instituições de saúde devem ter pessoal treinado e autorizado, materiais e equipamentos necessários, protocolos específicos para o tratamento, boa coordenação entre as unidades/departamentos relevantes na instituição e ligações funcionais entre as instituições, visando o encaminhamento.

Para além disto, os políticos precisam de encorajar mudanças nas comunidades e a nível nacional para:

- Alterar os obstáculos legais, sociais, económicos e culturais que limitam o controlo das mulheres sobre a sua sexualidade e saúde reprodutiva, incluindo o acesso a serviços de aborto seguro e contracepção;
- Levar a cabo todos os passos necessários para eliminar todas as formas de violência sexual, reduzir as inequidades entre homens e mulheres e encorajar a elaboração de políticas sensíveis ao género;
- Dar uma resposta adequada às gravidezes não desejadas entre as jovens e alterar as atitudes punitivas face a jovens raparigas que ficam grávidas;
- Encorajar atitudes responsáveis dos homens para os conduzir a comportamentos responsáveis e justos nas relações sexuais, contracepção, gravidez e, também, nos cuidados infantis.

3.IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

SESSÃO 3

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

FINALIDADE

Capacitar os alunos para tratarem e identificarem as complicações do aborto.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 3 os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever os passos da avaliação inicial da mulher que se apresenta com um possível aborto.
2. Descrever os passos necessários para a avaliação clínica completa da mulher que se apresenta com um possível aborto.
3. Demonstrar capacidade para elaborar a história clínica da mulher.
4. Demonstrar capacidade para realizar o exame físico da mulher.
5. Descrever o processo de diagnóstico do aborto e das suas complicações.

PLANO

Exposição.

Representação de jogos didáticos e exercícios.

Feedback e discussão.

Demonstração.

Trabalho de grupo.

Feedback e discussão.

Teste em sala de aula.

Carga horária: aproximadamente 2 horas e 30 minutos.

RECURSOS

“Instruções para os alunos” – representação e jogo didático.

Descrição de sintomas para a representação/ simulação.

“Instruções para o trabalho de grupo”.

Ficha de trabalho sobre complicações para o Trabalho de Grupo.

Chave para a Ficha de trabalho sobre complicações.

Bennet VR, Brown LK (Editors). Myles Textbook for Midwives (12th Edition). London, Mosby 1993.

World Health Organization. Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide. WHO/FHE/MSM/94.1. Geneva, World Health Organization 1994.

World Health Organization. Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment. Geneva, World Health Organization 1995.

World Health Organization. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. WHO/RHR/00.7 Distr: Geneva. Geneva, World Health Organization 1995.

INTRODUÇÃO

Esta sessão compreende a identificação do problema, de modo a que possa ser feito um diagnóstico preciso o que, por vezes, envolve fazer um diagnóstico diferencial (isto é, decidir quais de duas ou mais condições podem ser a causa dos sinais e sintomas verificados durante a avaliação da doente).

Em relação ao aborto, os alunos necessitam de saber:

- *Quais as pistas que devem procura?*
- *Quais as observações a fazer?*
- *Quais as questões a colocar?*
- *Como usar a informação recolhida para fazer um diagnóstico?*

Para identificar um aborto e/ou as complicações do aborto é importante ter competências comunicacionais e interpessoais o que inclui competências de comunicação verbal e não verbal. A capacidade para avaliar, examinar e interpretar as observações serão importantes não só para identificar o problema mas, também, para chegar ao diagnóstico correcto.

O processo de identificação do problema inclui fazer uma avaliação rápida, em qualquer situação de emergência, e tratá-la de forma apropriada. Após estabilizar a doente fazer a história, exame físico e interpretar as observações.

AVALIAÇÃO INICIAL

Uma mulher que se apresenta com um possível aborto, pode estar com problemas que ponham em risco a sua vida tais como choque, hemorragia grave, traumatismo intra-abdominal e/ou sépsis. Por estas razões é essencial começar com uma “Avaliação Inicial Rápida” para assegurar que as acções necessárias para estabilizar a doente são iniciadas.

Diagnóstico de aborto

Qualquer mulher, em idade reprodutiva, que se apresenta com dois, dos três sinais, e sintomas, a seguir mencionados deve ser considerada como provável aborto:

- Sangramento vaginal, roupas ensopadas em sangue podem indicar hemorragia grave;
- Cólicas e/ou dores agudas na parte inferior do abdómen;
- Possível história de amenorreia (sem menstruação há mais de um mês).

Se não se observar quaisquer destes sintomas/ sinais, deve ser considerado outro diagnóstico e seguidos os protocolos de encaminhamento e tratamento.

Se há suspeita de aborto – avaliar presença de choque

A doente deve ser imediatamente avaliada, relativamente aos seguintes sinais de choque:

- Pulso fraco e rápido – 110 ppm ou mais;
- Respiração acelerada – 30 ciclos/ minuto ou mais;
- Tensão arterial baixa – pressão sistólica inferior a 90 mm Hg;
- Palidez – nas mucosas oculares, língua, à volta da boca ou face anterior das mãos;
- Sudorese profunda;
- Ansiedade, confusão ou inconsciência.

Se se suspeita de choque, o seu tratamento deve ser iniciado imediatamente.

Mesmo que estes sinais não estejam presentes na avaliação inicial, a possibilidade de choque se desenvolver mais tarde, não deve ser esquecida.

AVALIAÇÃO CLÍNICA COMPLETA

Podem estar presentes, ao mesmo tempo, vários problemas que põem em risco a vida. Uma avaliação clínica completa é necessária para determinar todas as condições que estão presentes, de forma a decidir-se sobre a ordem pela qual serão tratadas. O **Quadro 3** mostra um resumo do que deve ser contemplado numa avaliação clínica completa.

É importante fazer notar e assegurar à doente que, qualquer informação, irá ser tratada de forma confidencial e que o mesmo acontecerá durante o exame físico e tratamento.

História

A comunicação clara e aberta entre a mulher e os profissionais de saúde, assim como a criação de uma relação interpessoal são importantes para obter todas as informações relevantes para avaliar o estado da mulher. A mulher pode mostrar-se relutante em revelar uma história de gravidez não desejada e de tentativas para a terminar. É essencial que o profissional de saúde não expresse juízos de valor, quer verbal quer não verbalmente.

É importante, durante a elaboração da história, comunicar da seguinte forma:

- Usando frases curtas e linguagem que a doente compreenda;
- Colocando a informação numa ordem lógica;
- Repetindo os pontos importantes;
- Falando a um ritmo confortável para a doente.

É também importante:

- Ouvir cuidadosamente a doente (em vez de pensar no que irá dizer a seguir);
- Compreender os sentimentos e preocupações da doente;
- Manter, por vezes, o silêncio para dar à doente a oportunidade para colocar questões e respeitar os silêncios da doente;
- Não a apressar;
- Repetir o que ouviu, de vez em quando, de modo a que ambos saibam que se estão a entender;
- Encorajar as perguntas da doente e dar respostas claras;
- Colocar a mesma questão, de formas diferentes, no caso de a doente não compreender;
- Evitar colocar questões que comecem com “porquê” e que podem ser percebidas como críticas;
- Assegurar que os sentimentos da doente são partilhados por outros, em situações idênticas;
- Empregar técnicas não verbais tais como:
 - Sentar-se confortavelmente e inclinar-se para a doente;
 - Manter contacto visual, olhando directamente, mas não fixamente, para a doente;
 - Fazer gestos encorajadores (acenar e inclinar-se para a frente);
 - Usar um tom de voz que mostre preocupação e interesse;
 - Dar atenção à comunicação não verbal da doente (nervosismo, enrugar a cara);
 - Evitar movimentos que distraiam (nervosismo, olhar para o relógio, para os papéis ou à volta da sala);
 - Evitar enrugar a cara ou fazer expressões de aborrecimento (suspirar) ou de julgamento.

Adicionalmente, pode também ajudar perguntar sobre:

- Vacina do tétano;
- Histórias de perturbações hemorrágicas (problemas plaquetários);
- Medicação actual;
- Uso de contraceptivos (isto é, o método actualmente em uso tal como DIU).

Exame físico	<p>Durante o exame físico, fazer uma examinação compreensiva que inclua o exame geral. Avalie e registre os sinais vitais; avalie o estado físico geral e a saúde da doente; observe e registre quaisquer danos físicos; examine todos os sistemas sistematicamente.</p> <p>Durante o exame do abdómen, verifique se os ruídos intestinais estão presentes ou ausentes e se o abdómen está duro ou doloroso à palpação. Se a mulher estiver com dores, registre o local e a gravidade. Registre a presença de qualquer massa e verifique os sinais de inflamação peritoneal, incluindo movimentos de defesa e dor à descompressão. A palpação do útero, acima da sínfise púbica, sugere idade gestacional de 12 ou mais semanas.</p>
Exame pélvico	<p>O exame pélvico é essencial para o diagnóstico e tratamento do aborto. Se se trata do primeiro exame pélvico da doente (o caso de uma doente adolescente) é particularmente importante explicar o objectivo do exame e o que envolve. Persuada e peça consentimento verbal da doente para o realizar.</p>
Exame com espéculo	<p>O objectivo do exame com espéculo é determinar o estado do aborto, detectar sinais de infecção e registar qualquer dano no colo do útero ou vagina. As paredes do colo do útero e da vagina devem ser inspeccionadas da seguinte forma:</p> <p><i>Hemorragia:</i> determinar a quantidade e local da hemorragia. O sangue pode vir do útero, através do ostígio, de lacerações do colo do útero ou vaginais ou de ambos.</p> <p><i>Produtos da concepção:</i> se se verificar que qualquer produto da concepção é visível na vagina ou ostígio, remova-o gentilmente com pinça de anel ou esponja e guarde para exame. Por vezes, a remoção de tecido do ostígio reduz imediatamente a hemorragia e dá alívio sintomático à mulher.</p> <p><i>Dilatação cervical:</i> verificar se o colo do útero está fechado ou a que grau está aberto.</p> <p><i>Exsudado cervical:</i> verificar a quantidade, cor e cheiro do exsudado. A presença de pús ou cheiro fétido pode indicar infecção dos produtos da concepção, associada com aborto séptico ou infecção do tracto reprodutivo.</p> <p><i>Lacerações e matérias estranhas:</i> verificar a presença de lacerações do colo do útero e vaginais e a quantidade de hemorragia destas lesões. Se a hemorragia é grave as lacerações podem necessitar serem suturadas imediatamente. A presença de pús ou matérias estranhas (pedaços de raízes ou ramos) indica infecção. Se houver lesões vaginais ou do colo do útero, é mais provável serem resultado de uma tentativa de aborto inseguro.</p>
Exame bimanual	<p>O objectivo do exame bimanual é confirmar que existe ou existiu gravidez, avaliar o tamanho e posição do útero, determinar o grau de dilatação cervical e registar quaisquer massas, zonas dolorosas à palpação ou anomalias.</p> <p><i>Tamanho do útero:</i> é essencial avaliar com precisão o tamanho do útero, em semanas, antes de iniciar os procedimentos de evacuação uterina. As observações do exame abdominal, ajudam também, a ter a certeza do tamanho do útero, particularmente, quando a gestação está avançada. O tamanho do útero medido através do exame bimanual deve ser comparado com o tamanho esperado baseado na última menstruação (UM) da mulher. Se após o exame bimanual, existirem questões sobre o tamanho do útero deve ser feito, se possível, um exame de ultrasons. Se tal não for possível, um segundo profissional de saúde experiente deve verificar o tamanho do útero estimado. O risco de evacuação uterina aumenta com o tamanho do útero.</p> <p><i>Posição do útero:</i> a posição do útero e a direcção do canal cervical devem ser identificadas registando a retroversão uterina, anterversão, retroflexão ou desvio lateral. Um útero retroflectido ou retrovertido pode ser melhor palpado por exame recto-vaginal. O conhecimento sobre a posição do útero e a direcção do canal cervical irão capacitar o profissional de saúde a considerar estes factores, de modo a evitar perfuração do útero ou danos ao colo do útero ao inserir instrumentos.</p>

Dor: qualquer zona dolorida deve ser identificada durante a palpação do útero, trompas de falópio e ovários ou quando o útero se move. A dor pélvica ou abdominal durante a palpação pode indicar infecção ou trauma enquanto que a dor em torno das trompas de falópio e ovários pode estar associada a uma gravidez ectópica.

Massas/ anomalias: deve ser verificada a presença de massas pélvicas anormais ou outras anomalias dado poderem indicar a presença de gravidez ectópica, tumor ovárico ou fibromiomas uterinos.

Quadro 3: Resumo da avaliação clínica completa	
História	<p>Obtenha a informação seguinte da doente ou de um familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amenorreia – quando foi a UM; ▪ Hemorragia – duração, quantidade e presença de coágulos ou pedaços de tecidos; ▪ Contracções – duração, gravidade e local; ▪ Dor abdominal ou do ombro; ▪ Febre, arrepios, mal-estar geral ou desmaio; ▪ Interferência com a gravidez – se e quando foi feita tentativa para interromper a gravidez; ▪ Problemas obstétricos e ginecológicos anteriores – natureza dos problemas e como foram tratados; ▪ Alergias medicamentosas – incluindo reacções a analgésicos locais.
Exame físico geral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avalie e registe sinais vitais – temperatura, pulso, respiração e tensão arterial; ▪ Verifique a saúde geral da mulher – malnutrição, anemia, saúde geral pobre, verifique presença de lesões físicas; ▪ Ausculte o coração e os pulmões; ▪ Examine o abdómen – oiça ruídos intestinais, verifique a presença de distensão e rigidez, palpe gentilmente para massas abdominais, verifique presença de dor à descompressão¹³.
Exame pélvico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realize um exame com espéculo; ▪ Remova quaisquer produtos de concepção visíveis do canal vaginal ou ostício; ▪ Verifique a quantidade de hemorragia e se o colo do útero está aberto ou fechado; ▪ Verifique se há lacerações vaginais ou do colo do útero; ▪ Verifique se existe exsudado fétido; ▪ Realize o exame bimanual para estimar o tamanho do útero, verificar a presença de massas pélvicas e dor (registre o grau, local e causa).

Adaptado de: World Health Organization. *Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide*. WHO/FHE/SMS/94.1 Geneva, World Health Organization 1994.

¹³ Para verificar a presença de dor à descompressão, palpe o abdómen e remova, de repente, a sua mão. Se ao remover a sua mão causa ou agrava a dor há dor à descompressão que é um sinal de inflamação peritoneal.

Testes laboratoriais, radiografias e ecografias

A seguir ao exame clínico completo, quando possível, os exames laboratoriais, radiografias e ecografias podem ser úteis na avaliação e tratamento das complicações do aborto, como se mostra no **Quadro 4**.

Quadro 4: Testes laboratoriais, radiografias e ecografias	
Teste	Indicação
Hemoglobina e hematócrito	Em casos de choque, hemorragia vaginal grave, suspeita de lesão abdominal ou anemia – para avaliar o nível de hemoglobina a fim de determinar se é ou não necessária uma transfusão.
Tipagem e compatibilidade	Em casos de choque, hemorragia vaginal grave ou suspeita de lesão abdominal – são feitas para determinar a compatibilidade do sangue para transfusão.
Contagem sanguínea completa	Em casos de choque, infecção, suspeita de lesão abdominal ou coagulopatia – para determinar os níveis de plaquetas e contagem de células brancas, de modo a decidir sobre uma intervenção.
Teste Rh	Deve ser feito para determinar o estado Rh da mulher de modo a que possa ser feito o tratamento de profilaxia contra a iso-imunização Rh, se a mulher for Rh negativo.
Ecografia	Em casos de suspeita de gravidez ectópica ou incerteza sobre o tamanho uterino – para confirmar o diagnóstico.
Raio-X abdominal	Apenas em casos de infecção grave ou suspeita de lesão intra-abdominal – para determinar e confirmar a extensão da lesão.

DIAGNÓSTICO

Para chegar a um diagnóstico e determinar a necessidade de tratamento imediato da mulher, as observações feitas e a informação colhida durante a avaliação, devem ser comparadas com os sinais e sintomas de cada uma das seguintes condições:

Hemorragia vaginal ligeira a moderada

Muitas mulheres que apresentam um aborto incompleto têm hemorragia vaginal ligeira a moderada, que não põem a vida em risco. No entanto, o tratamento não deve ser adiado dado que o estado se pode agravar. Os seguintes sinais podem indicar hemorragia ligeira a moderada:

- Penso higiénico limpo que não fica ensopado de sangue ao fim de 5 minutos;
- Sangue fresco sem coágulos;
- Sangue misturado com muco.

Hemorragia vaginal grave

Se a mulher tem alguns dos sinais seguintes, tem hemorragia vaginal grave, que requer tratamento imediato, para repor a perda de líquidos e controlar a hemorragia:

- Hemorragia abundante, vermelho vivo com ou sem coágulos;
- Pensos, toalhas e tampões ensopados em 5 minutos ou menos;
- Palidez.

Lesão intra-abdominal

Se a mulher tiver quaisquer dos sinais ou sintomas constantes na caixa que se segue, pode ter uma lesão intra-abdominal. O diagnóstico diferencial deve incluir gravidez ectópica e apendicite.

Sinais	Sintomas
<ul style="list-style-type: none">▪ Abdómen distendido▪ Diminuição dos sons abdominais▪ Abdómen tenso e duro▪ Dor à descompressão	<ul style="list-style-type: none">▪ Náuseas e vômitos▪ Dor no ombro▪ Febre▪ Dor abdominal, contracções

Qualquer mulher com hemorragia vaginal e com quaisquer dos sinais ou sintomas constantes na caixa que se segue pode ter uma infecção local ou generalizada (septicemia).

Sinais	Sintomas
<ul style="list-style-type: none">▪ Arrepios ou suores (rigor)▪ Exsudado vaginal fétido▪ Abdómen distendido▪ Dor à descompressão▪ Tensão arterial ligeiramente baixa (hipotensão ligeira)	<ul style="list-style-type: none">▪ História de interferência com a gravidez▪ Dor abdominal▪ DIU colocado▪ Hemorragia prolongada▪ Desconforto geral: sintomas semelhantes ao da gripe

Enquanto que as condições que põem em risco a vida devem ser tratadas imediatamente, o tratamento definitivo dependerá da fase do aborto. O **Quadro 5** inclui informação sobre a forma como as observações do exame pélvico devem ser avaliadas, para determinar a fase do aborto e decidir sobre o tratamento adequado.

Diagnóstico	Hemorragia	Colo do útero	Tamanho do útero	Outros sinais
Ameaça de aborto	Ligeira a moderada	Não dilatado	Igual às datas	Teste de gravidez positivo Contracções Útero dolorido
Aborto inevitável	Moderada a grave	Dilatado	Menor ou igual às datas	Contracções Útero dolorido/ firme
Aborto incompleto	Ligeira a grave	Dilatado	Menor ou igual às datas	Expulsão parcial dos produtos de concepção Útero dolorido/ firme
Aborto completo	Ligeira a moderada	Dilatado ou fechado	Menor que as datas	Expulsão completa dos produtos da concepção
Aborto retido	Pouca ou nenhuma	Fechado	Menor ou igual às datas	Feto morto, expulsão atrasada Diminuição dos sinais de gravidez

Adaptado de: World Health Organization. *Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide*. WHO/FHE/SMS/94.1 Geneva, World Health Organization 1994.

GUIA PARA O PROFESSOR

Até aqui foram leccionados, a história, o exame físico e o diagnóstico. O professor deve simular e demonstrar a elaboração da história e o exame físico. Os alunos, por sua vez, devem repetir a simulação e a demonstração, usando uma lista de verificação.

INSTRUÇÕES PARA A REPRESENTAÇÃO/SIMULAÇÃO E DEMONSTRAÇÃO

O objectivo desta actividade é criar uma oportunidade para os alunos representarem/observarem o processo de elaboração de uma história e a realização de um exame físico numa mulher que se apresenta com um possível aborto.

- *O professor deve pedir a um voluntário para representar a doente;*
- *O professor será o prestador de cuidados;*
- *O professor deverá simular a elaboração da história, comunicação, competências interpessoais e exame físico;*
- *Após a simulação e demonstração, dê tempo para a discussão;*
- *Divida os alunos em grupos de três:*
 - *Um para agir como prestador de cuidados;*
 - *Outro como doente;*
 - *E outro como observador;*
 - *Dê aos alunos os estudos de caso necessários para orientar a representação.*
- *Assegure-se que todos os participantes têm a hipótese de representar cada um dos papéis;*
- *Arranje espaço adicional/quartos que possam ser utilizados para simular o espaço/ quarto apropriado para obter história clínica;*
- *Reveja, com a turma, as “Instruções para os alunos – Simulação/Representação” para se assegurar que todos os alunos sabem o que é esperado deles;*

- *Relembre os membros do grupo da necessidade da parteira evitar uma atitude preconceituosa, na sua abordagem, e de ter uma comunicação clara e aberta com a doente;*
- *Dê 20 minutos para os grupos realizarem a actividade;*
- *Supervisione a actividade permanecendo algum tempo com cada grupo. Tal irá possibilitar que tenha a oportunidade de se assegurar que a actividade está a decorrer como planeada e de observar a contribuição de cada aluno.*

“INSTRUÇÕES PARA OS ALUNOS” – SIMULAÇÃO/ REPRESENTAÇÃO

1. Escolha um dos membros do grupo para representar a doente, usando os estudos de caso estabelecidos ao grupo. A doente pode inventar informação, se a “parteira” colocar questões que não contempladas nos casos descritos.
2. Escolha um membro do grupo, para representar a parteira, que irá obter a história da doente.
3. Os restantes membros do grupo devem observar a representação, prestando particular atenção às competências de entrevista da parteira.
4. Têm 20 minutos para completar a actividade.

Estudos de caso para a representação/ simulação

Doente 1

É uma mulher de 30 anos de idade, que vive a uma grande distância do serviço de saúde mais perto. Os seus sintomas não são graves mas a sua tia persuadiu-a a deslocar-se ao centro de saúde para se tratar. Os seus sintomas são os seguintes:

- Hemorragia ligeira há 3 dias;
- A UM terminou há cerca de 7 semanas;
- Algumas contracções abdominais mas sem gravidade;
- Dois partos anteriores;
- Um aborto anterior;
- Usa injeções para controlo da natalidade e a última foi há 7 meses.

Doente 2

É uma rapariga de 16 anos de idade, que veio ao centro de saúde sozinha. Está muito ansiosa porque não quer que a sua família saiba sobre o seu estado. Tem dores consideráveis. Os seus sintomas são os seguintes:

- Hmorragia moderada há 7 dias;
- A UM começou há cerca de 11 semanas;
- Contracções fortes há 4 dias;
- Arrepios e sudorese;
- Exsudado vaginal castanho e fétido;
- Sem gravidezes anteriores;
- Não usa nenhum método contraceptivo.

Doente 3

É uma mulher de 34 anos de idade, mãe de sete crianças. Vai ao centro de saúde porque tem muitas dores e está assustada. Os seus sintomas são os seguintes:

- Última menstruação há oito semanas;
- Contrações há pelo menos 12 horas;
- Hemorragia abundante;
- Dores abdominais fortes;
- Dor no ombro direito;
- Usa o coito interrompido como método contraceptivo.

Feedback e Discussão

Durante o feedback pergunte à doente de cada grupo se houve alguma informação que a parteira não elicitou.

Faça duas colunas no quadro ou flipchart e escreva os cabeçalhos “competências de entrevista úteis” e “formas de melhorar as competências de entrevista”, identificadas durante a representação. Depois peça-lhes para identificarem “as formas de melhorar as competências de entrevista”. Faça o mesmo para o exame físico.

TESTE EM SALA DE AULA

O teste seguinte pode ser aplicado como um exercício de pergunta-resposta na sala de aula. Leia cada questão à turma e peça-lhes que ponham a mão no ar para responderem. Se for dada uma resposta incorrecta, diga a correcta. Evite aceitar respostas sempre do(s) mesmo(s) aluno(s). Encoraje todos os alunos a participarem, dado que o teste oferece uma oportunidade para avaliar o nível de conhecimentos adquiridos até agora.

TESTE EM SALA DE AULA – ABORTO

1. Qual o número estimado de abortos diários a nível mundial?

55 000.

2. Qual a percentagem de abortos que ocorrem nos países em desenvolvimento?

95%.

3. Quais são os três sinais ou sintomas de aborto incompleto?

Hemorragia vaginal, contracções abdominais e dores no abdómen inferior.

4. Quais são as três complicações que, frequentemente, se verificam no aborto incompleto?

Quaisquer três, das seguintes: choque, lesão intra-abdominal, perfuração uterina, infecção, sépsis, hemorragia.

5. Quais são os três tipos de aborto que requerem remoção dos produtos da concepção retidos: ameaça de aborto, aborto incompleto, aborto inevitável, aborto retido ou aborto incompleto?

Aborto inevitável, aborto incompleto e aborto retido.

6. Quais são os cinco factores individuais de risco de aborto?

Quaisquer cinco dos seguintes: actividade sexual em idade jovem, falta de conhecimentos sobre planeamento familiar (PF), falta de conhecimento sobre onde obter serviços de PF, não querer usar métodos de PF, incapacidade de usar um método contraceptivo de forma efectiva, falha no método contraceptivo, falta de conhecimento sobre os efeitos nocivos do aborto incompleto, falta de conhecimentos sobre a gravidade de hemorragia vaginal excessiva, baixo nível educacional, baixo nível económico, frágil, crenças sociais e religiosas que proíbem o aborto, história anterior de gravidez não desejada e aborto.

7. Quais são os cinco factores comunitários de risco de aborto?

Quaisquer cinco dos seguintes: falta de conhecimento sobre os efeitos nocivos do aborto inseguro, falta de conhecimentos sobre a gravidade da hemorragia vaginal excessiva, grande distância entre a casa da mulher e a instituição de saúde onde estão disponíveis os cuidados adequados, falta de transportes entre a casa e a instituição de saúde, falta de serviços de PF e abortivos, nível socio-económico baixo, nível educacional baixo, prevalência de crenças religiosas e socio-culturais que proíbem o aborto, leis abortivas restritivas.

8. Quais são os cinco factores de risco de aborto associados aos serviços de saúde?

Quaisquer cinco dos seguintes: atrasos nas medidas de reanimação após complicações do aborto, subestimação da perda de sangue, ausência de doações de sangue e plasma, técnicas incorrectas para tratar as complicações pós-aborto, atraso nos pedidos de ajuda e encaminhamento da mulher para uma instituição onde a ajuda necessária está disponível, atitudes negativas dos profissionais de saúde face à mulher que se apresenta com uma complicação pós-aborto, pessoal não treinado no tratamento do aborto incompleto e das complicações do aborto, pessoal não treinado no aconselhamento pós-aborto e PF.

9. Ao elaborar a história de uma doente com um possível aborto, que informação específica deve recolher?

- Amenorreia – quando foi a UM;
- Hemorragia – duração, quantidade e presença de coágulos ou pedaços de tecido;
- Contracções – duração, gravidade e localização;
- Dor abdominal ou no ombro;
- Febre, arrepios, mal-estar geral ou desmaio;
- Interferência com a gravidez;
- Problemas ginecológicos e obstétricos anteriores;
- Alergias a medicamentos.

4. TRATAMENTO DO ABORTO INCOMPLETO: CUIDADOS PÓS-ABORTO

SESSÃO 4

TRATAMENTO DO ABORTO INCOMPLETO: CUIDADOS PÓS-ABORTO

Finalidade

Capacitar os alunos para compreenderem o tratamento das complicações do aborto.

Objectivos

No final da Sessão 4 os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever o tratamento do choque resultante do aborto.
2. Descrever o tratamento da hemorragia pós-aborto.
3. Descrever o tratamento das lesões intra-abdominais pós-aborto.
4. Descrever o tratamento da sépsis pós-aborto.
5. Explicar a importância do uso de boas competências de comunicação, quando se dão informações e aconselhamentos pós-aborto a doentes.
6. Demonstrar capacidade de aconselhar os clientes a recorrer aos serviços de planeamento.

Plano

Exposição.

Teste em Sala de Aula.

Feedback e discussão.

Carga horária: aproximadamente 2 horas 30 minutos.

Recursos

Ilustrações.

Modelos, por exemplo, pélvico.

Imagens.

World Health Organization. Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide. WHO/FHE/MSM/94.1. Geneva, World Health Organization 1994.

World Health Organization. Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment. Geneva, World Health Organization 1995.

World Health Organization. Preventing HIV Transmission in Health Facilities. GPA/TCO/HCS/95.16. Geneva, World Health Organization 1995.

Yordy L, Hogan Leonard A, Winkler J. Manual Vacuum Aspiration: Guide for Clinicians. Carrboro, IPAS 1993.

World Health Organization. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. WHO/RHR/00.7 Distr: Geneva. Geneva, World Health Organization 1995.

INTRODUÇÃO

Esta Sessão apresenta informação sobre o tratamento imediato do aborto incompleto sendo construída com base na sessão anterior. No entanto, o procedimento para realizar uma Aspiração Uterina (AU) é tratado numa sessão separada (ver Sessão 6).

Lembre os alunos que o choque, a hemorragia grave, a lesão intra-abdominal e a sépsis são as complicações, mais frequentemente associadas ao aborto. Estas complicações colocam a vida em risco (pelo que alguns dos pontos contempladas na última Sessão, serão reiterados nesta). Realce que, mesmo que estas complicações estejam ausentes, quando a mulher dá entrada na instituição de saúde, o aborto incompleto pode por em risco a vida, se o início tratamento for demorado. Assim, ao avaliar o estado da mulher, os alunos devem aplicar os seguintes princípios:

- *Rapidez (responder às necessidades da mulher rapidamente e sem atrasos desnecessários);*
- *Competência (aplicar competências de salvar vidas para tratar as complicações identificadas); e*
- *Priorizar as acções (providenciando os cuidados para salvar a vida, antes das rotinas).*

RAZÕES PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE REPRODUTIVA PRESTAREM CUIDADOS PÓS-ABORTO

Vários estudos têm demonstrado que uma das formas mais efectivas de diminuir a morbilidade e mortalidade relacionadas com o aborto, independentemente das leis existentes, é prestar cuidados pós-aborto de elevada qualidade. Treinados com as técnicas apropriadas, os prestadores podem não só tratar a maioria das complicações do aborto incompleto como aconselhar a mulher no uso do PF, para prevenir futuras gravidezes não desejadas e abortos inseguros.

DEFINIÇÃO DE CUIDADOS PÓS-ABORTO

Os cuidados pós-aborto são os cuidados prestados à mulher que teve um aborto inseguro, espontâneo ou induzido de forma legal. Inclui as seguintes componentes:

- Tratamento urgente das complicações do aborto espontâneo ou induzido de forma insegura;
- Aconselhamento e serviços de PF;
- Acesso a cuidados de saúde reprodutiva compreensivos;
- Educação comunitária para reduzir a necessidade de aborto e melhorar a saúde reprodutiva.

TRATAMENTO PÓS-ABORTO

No processo de prestação de serviços pós-aborto, é importante lembrar que estas doentes requerem empatia, compreensão, compaixão e aconselhamento durante os cuidados.

TRATAMENTO DO CHOQUE

O principal objectivo, quando se trata o choque, é estabilizar a doente da seguinte forma:

1. *Medidas universais:* assegure-se que as vias aéreas estão permeáveis; verifique os sinais vitais; não administre fluidos por via oral dado que a mulher pode vomitar e inalar ou aspirar o vómito; mantenha a mulher quente mas não a sobre-aqueça; mantenha a circulação para os órgãos vitais elevando as pernas (quer colocando almofadas debaixo dos pés, elevando os pés da cama ou colocando a doente na posição de Trendelenburg). *Lembre-se que se elevar os pés da cama pode aumentar a quantidade de sangue retido no útero.*
2. *Oxigénio:* se estiver disponível, administre por máscara ou cânula nasal entre 6-8 litros por minuto.

3. *Líquidos*: inicie imediatamente uma perfusão endovenosa; utilize uma agulha de grande calibre (por exemplo 16 ou 18 g) e, se possível, colha sangue para hemoglobínemia, hematócrito e compatibilidade; administre uma solução de lactato de sódio ou salina normal, a um ritmo de 11 em 15 a 20 minutos (normalmente são necessários 1 a 3 litros, infundidos a este ritmo, para estabilizar um doente em choque). É necessária uma transfusão sanguínea, se a hemoglobina é igual ou inferior a 5 g/100 ml e o hematócrito igual ou inferior a 15%¹⁴. Não devem ser administrados líquidos, por via oral.
4. *Medicação*: devem ser iniciados, quer por via endovenosa ou intramuscular, antibióticos de largo espectro; o toxóide tetânico e anti-toxina devem ser administrados se houver incerteza sobre a história de vacinação da mulher.
5. *Identificação da causa de choque e tratamento adequado*: em casos de aborto incompleto, a causa de choque será perda de sangue, pelo que devem ser tomados os passos necessários para tratar a hemorragia.

TRATAMENTO DA HEMORRAGIA

Peça aos alunos para listarem os sinais de hemorragia vaginal grave. Escreva no quadro as respostas, que devem incluir:

- *Hemorragia vaginal intensa de sangue vermelho vivo com ou sem coágulos;*
- *Pensos, toalhas e tampões ensopados em sangue;*
- *Palidez (em torno dos olhos, língua e boca ou palmas das mãos).*

Realce a necessidade de iniciar o tratamento, sem atrasos.

O tratamento atempado da hemorragia vaginal grave é crítico nos cuidados pós-aborto dado que atrasos na reposição de líquidos ou volémia, pode significar a morte da mulher. O tratamento deve envolver os seguintes passos:

1. *Tratamento do choque* (ver acima tratamento do choque).
2. *Identificação do local da hemorragia*: o tratamento definitivo da hemorragia vaginal grave implica a avaliação de todas as fontes possíveis de hemorragia pelo que é essencial identificar correctamente o local de perda de sangue quer por visualização quer por meios auxiliares de diagnóstico. Locais como a placenta, devido à retenção de produtos de concepção, lacerações do tracto genital ou do colo do útero e trauma intra-abdominal, são possíveis locais de hemorragia vaginal. (Este tema será abordado com maior detalhe, mais à frente nesta sessão).
3. *Evacuação uterina*: se a causa da hemorragia é retenção de produtos de concepção, o útero deve ser evacuado de modo a pará-la. O método escolhido para evacuar o útero irá depender do tamanho do útero, medido em semanas completas, após a UM. As técnicas de evacuação uterina usadas em cuidados abortivos de emergência, no primeiro trimestre (até às 12 semanas após a UM; isto é, 12 semanas a partir do primeiro dia da UM normal) são:
 - *Aspiração uterina ou AU*: requer uma seringa manual de vácuo e cânulas de plástico de vários diâmetros. Tem vindo a demonstrar-se que a AU é altamente efectiva na remoção de produtos da concepção do útero e que tem uma taxa de complicações baixa. Não requer anestesia geral e não necessita de ser realizada no bloco operatório (ver Sessão 5). Alternativamente podem ser utilizadas bombas eléctricas ou mecânicas accionadas pelo pé.
 - *Dilatação e curetagem se a aspiração uterina não for possível*. Requer dilatação do colo

¹⁴ O uso selectivo de transfusões sanguíneas é importante para reduzir o risco de transmissão de agentes infecciosos como hepatite e HIV. A perda aguda de sangue deve ser tratada usando uma solução salina normal e expansores do plasma em vez de concentrados eritrocitários ou sangue completo. Apenas devem ser transfundidas com sangue as mulheres que têm, simultaneamente baixa hemoglobina e sintomas de perda aguda de sangue ou anemia grave.

do útero com instrumentos de dilatação seguida da inserção de uma cureta ou raspagem sistemática das paredes do útero para remover os produtos da concepção. Em muitos locais do mundo este procedimento tem sido substituído pela aspiração por vácuo que é mais segura e menos traumática, se o equipamento estiver disponível e em boas condições.

A aspiração uterina usando aspiradores diversos pode ser útil num útero cuja a dimensão não excede as 14 semanas desde a UM.

4. *Exame dos produtos de concepção:* o tecido removido do útero deve ser examinado imediatamente após o procedimento de evacuação, antes da mulher deixar a sala de tratamentos. Devem ser usadas luvas e seguidos os protocolos de prevenção da infecção, no que diz respeito à protecção do pessoal e à eliminação dos lixos. O tecido não deve ser colocado num fixador antes do exame. Devem ser removidos excesso de sangue e coágulos colocando o tecido num filtro fino e vertendo água sobre o mesmo. O tecido deve então ser colocado num receptáculo limpo com água ou solução salina adicionando uma solução fraca de ácido acético (vinagre) à água será removido qualquer sangue e as vilosidades serão branqueadas, tornando-as mais fáceis de reconhecer. Para inspecionar o tecido, segure no recipiente em frente a uma janela ou fonte luz. Uma lupa ou um microscópio (se disponível) podem ajudar embora, normalmente, não seja necessário.

Observações normais no exame dos tecidos:

- Vilosidades (projeções em ramo, brancas, do tecido placentário);
- Saco gestacional (membrana transparente anexa às vilosidades);
- Decídua (tecido endometrial materno firme com bordos duros e rugosos);
- Ocasionalmente, podem ser vistos fragmentos fetais em gestações de mais de 10 semanas, no entanto, estas são, frequentemente, eliminadas antes da mulher se apresentar na instituição de saúde.

Observações anormais no exame dos tecidos

- Presença de decídua sem vilosidades, que pode indicar evacuação incompleta do útero, gravidez ectópica, aborto completo, anterior ao procedimento ou ovo anómalo;
- Coágulos de sangue antigos, pús ou material fétido que indicam infecção/sépsis;
- Agregados em forma de cachos de uva que podem indicar a possibilidade de uma gravidez molar ou mola hidatiforme.

5. *Reparo de lacerações do colo do útero ou do trato genital:* quaisquer lacerações do colo do útero ou tracto genital, que sejam a fonte de hemorragia grave, devem ser suturadas (ver Sessão 4).
6. *Tratamento da perfuração uterina:* se a qualquer altura se suspeita de perfuração uterina como causa da hemorragia, incluindo, durante o procedimento de aspiração uterina não se deve proceder a esta ou deve ser suspensa imediatamente e tomadas as precauções adequados, como iniciar a perfusão EV (se ainda não foi iniciada), observar a hemorragia e o estado geral da mulher (sinais vitais, palidez, pulso, grau de consciência e débito urinário) até ser observada cuidadosamente por laparoscopia ou laparotomia.
7. *Encaminhamento e transferência:* em situações em que não há pessoal habilitado, material ou equipamentos adequados (por exemplo, para a reparação de lacerações do tracto genital ou perfuração uterina), a mulher deve ser transferida, sem atrasos, para uma instituição onde existam os cuidados adequados. A mulher deve ser acompanhada por um profissional de saúde capaz de vigiar o seu estado durante a transferência, mantendo a reposição dos líquidos, assegurando o aquecimento e o conforto e comunicando pormenores do estado da mulher ao chegar à instituição de encaminhamento.

TRATAMENTO DE LESÕES INTRA-ABDOMINAIS

Lembre os alunos que tentativas para terminar a gravidez inserindo objectos, instrumentos ou químicos na vagina e útero podem resultar em perfuração uterina ou dano dos intestinos, bexiga ou outros órgãos. Estes ferimentos ocorrem frequentemente se a tentativa de aborto for feita houve por uma pessoa não habilitada, num ambiente com má higiene ou se foi auto-infligido e conduzem a hemorragia intra-abdominal ou infecção peritoneal.

As mulheres que têm lesões intra-abdominais devem ser tratadas da seguinte forma:

1. **Tratamento do choque:** (ver Tratamento do choque na Sessão 3).
2. **Procedimentos cirúrgicos:** Pode ser necessária uma laparotomia para avaliar e reparar os danos.
3. **Encaminhamento e transferência:** Em situações em que não há pessoal com as competências cirúrgicas necessárias ou materiais e equipamentos essenciais que não estejam disponíveis, a mulher deve ser transferida, sem atrasos, para uma instituição onde existam as condições necessárias. A mulher deve ser acompanhada por um profissional de saúde capaz de vigiar o seu estado durante a transferência, mantendo a reposição dos líquidos, assegurando o aquecimento e o conforto e comunicando pormenores do estado da mulher ao chegar à instituição de encaminhamento.

TRATAMENTO DA SÉPSIS

Pergunte aos alunos quais os sinais e sintomas de infecção após-aborto. Escreva, no quadro, as respostas que devem incluir o seguinte:

- Arrepios ou suores;
- Febre;
- Exsudado vaginal fétido;
- Abdómen distendido;
- Dor à descompressão;
- Tensão arterial ligeiramente baixa;
- História de interferência com a gravidez;
- Dor abdominal;
- DIU colocado;
- Hemorragia prolongada;
- Desconforto geral e sintomas semelhantes ao da gripe.

Quando a infecção ocorre a seguir a um aborto, está normalmente associada com a retenção de produtos da concepção. Se a infecção se disseminou, para além do útero ou se suspeita de septicemia, o tratamento deve ser o seguinte:

1. **Tratamento do choque:** (ver Tratamento do choque na página 61).
2. **Identificação do foco de infecção:** O tratamento definitivo do foco de infecção pode salvar a vida da mulher. O foco mais comum de infecção, são os produtos da concepção retidos. No entanto, pode haver mais do que um foco de infecção. Outras fontes possíveis de infecção, que se deve ter em conta são as lesões intra-abdominais, abscessos pélvicos, peritonite, gangrena gasosa ou tétano. Todas as fontes de infecção devem ser tratadas. Adicionalmente, se a mulher tem um DIU, este deve ser removido.

3. **Escolha do antibiótico:** Muitas vezes, mais do que um tipo de bactéria está envolvido pelo que deve ser administrada uma combinação. As combinações a considerar são:

Infecção grave com envolvimento de tecidos profundos:

- Ampicilina 2 g EV, de 6/6 horas; MAIS
- Gentamicina 5 mg/Kg de peso corporal EV, de 24/24 horas; MAIS
- Metronidazole 500 EV, de 8/8 horas.

Assim que a mulher estiver sem febre há 48 horas administrar:

- Ampicilina 500 mg PO, 4 vezes ao dia, durante 5 dias;
- MAIS metronidazole 400 mg PO, 3 vezes por dia, durante 5 dias.

Infecção que não envolve tecidos profundos:

- Ampicilina 500 mg PO, 4 vezes por dia, durante 5 dias; MAIS
- Metronidazole 400 mg PO, 3 vezes por dia, durante 5 dias.

Se a mulher não melhorar em 48 horas após a toma dos antibióticos, ou se os resultados do laboratório indicarem que a bactéria é resistente aos antibióticos administrados, estes devem ser mudados.

4. **Imunoprofilaxia do tétano:** Qualquer traumatismo do tracto genital, que envolva contaminação com sujidade ou fezes, requer atenção sobre a possibilidade de tétano. O primeiro passo, da prevenção do tétano, envolve a limpeza cuidada da ferida, drenagem do pús e remoção meticulosa dos materiais estranhos ou mortos e tecidos danificados.

Se a mulher tiver sido correctamente imunizada contra o tétano, nos últimos 10 anos, e tem uma ferida limpa e pequena não é necessária imunoprofilaxia. Se a ferida está contaminada com sujidade e fezes, é uma ferida por punção ou envolve uma queimadura, deve ser administrado um reforço da vacina do tétano.

Se a mulher não foi correctamente imunizada contra o tétano nos últimos 10 anos ou não tem a certeza do seu estado vacinal, devem ser administradas a vacina do tétano ou a antitoxina tetânica. Quando a vacina e a antitoxina são administradas ao mesmo tempo, é importante usar agulhas e seringas diferentes e administrá-la em locais diferentes (ver **Quadro 6** sobre calendário de imunização com Toxóide Tetânico (TT)).

5. **Evacuação uterina:** se a retenção de produtos da concepção é a causa de infecção, o útero deve ser evacuado preferencialmente através da aspiração uterina.
6. **Exame dos produtos da concepção:** o tecido removido do útero deve ser examinado imediatamente após o procedimento de evacuação, antes da mulher deixar a sala de tratamentos. Devem ser usadas luvas e seguidos os protocolos de prevenção da infecção, no que diz respeito à protecção do pessoal e à eliminação dos lixos. O tecido não deve ser colocado num fixador antes do exame. Devem ser removidos excessos de sangue e coágulos colocando o tecido num filtro fino e vertendo água sobre o mesmo. O tecido deve então ser colocado num receptáculo limpo com água ou solução salina adicionando uma solução fraca de ácido acético (vinagre) à água será removido qualquer sangue e as vilosidades serão branqueadas, tornando-as mais fáceis de reconhecer. Para inspeccionar o tecido, segure no recipiente em frente a uma janela ou fonte luz. Uma lupa ou um microscópio (se disponível) podem ajudar embora, normalmente, não seja necessário.

Observações normais no exame dos tecidos:

- Vilosidades (projeções em ramo, brancas, do tecido placentário);
- Saco gestacional (membrana transparente anexa às vilosidades);
- Decídua (tecido endometrial materno firme com bordos duros e rugosos);
- Ocasionalmente, podem ser vistos fragmentos fetais em gestações de mais de 10 semanas, no entanto, estas são, frequentemente, eliminadas antes da mulher se apresentar na instituição de saúde.

Observações anormais no exame dos tecidos

1. Presença de decídua sem vilosidades, que pode indicar evacuação incompleta do útero, gravidez ectópica, aborto completo, anterior ao procedimento ou ovo anómalo;
 2. Coágulos de sangue antigos, pús ou material fétido que indicam infecção/sépsis;
 3. Agregados em forma de cachos de uva que podem indicar a possibilidade de uma gravidez molar ou mola hidatiforme.
- 7 **Encaminhamento e transferência:** Em situações necessária em que não haja pessoal competente ou materiais e equipamentos não estejam disponíveis a mulher deve ser transferida sem atrasos para uma instituição onde possa receber o tratamento adequado. Deve ser acompanhada por um profissional de saúde capaz de vigiar o seu estado durante a transferência, mantendo a reposição de líquidos, assegurando a temperatura e conforto e comunicando um relatório detalhado sobre o estado da mulher ao chegar à instituição de encaminhamento.

Uma mulher é considerada completamente imunizada (isto é, protegida contra o tétano na idade fértil) se recebeu cinco doses de TT, nos intervalos apropriados, quer na infância, através dos programas de imunização escolar ou nas gravidezes anteriores.

Quadro 6 – Calendário de Imunização com Toxóide Tetânico (TT)

Dose	Administração	Protecção %	Duração esperada da protecção
TT-1	No primeiro contacto ou o mais cedo possível na gravidez	Nula	Nenhuma
TT-2	Pelo menos 4 semanas após TT-1	80	3 anos
TT-3	Pelo menos 6 meses após TT-2	95	5 anos
TT-4	Pelo menos um ano após TT-3 ou na gravidez seguinte	99	10 anos
TT-5	Pelo menos um ano após TT-4 ou na gravidez seguinte	99	Toda a idade fértil

INFORMAÇÃO, ACONSELHAMENTO E COMUNICAÇÃO

Lembre os alunos que a mulher tratada, por complicações de aborto, precisa de informação sobre a sua condição e cuidados recebidos, assim como aconselhamento de PF que compreenda a sua situação particular e vá ao encontro das suas necessidades.

Informação e Aconselhamento

É importante compreender a diferença entre dar informação a uma doente e aconselhar uma mulher sobre PF. Ambos os tipos de comunicação, são necessários quando se trata de doentes com complicações de aborto.

Informar é o processo de transmitir factos, ou conselho médico, e de assegurar que estes são compreendidos.

Aconselhar é o processo de ajudar a mulher a escolher, de forma livre e informada, baseada em informação correcta.

Quer o informar quer o aconselhar baseiam-se em competências de comunicação tais como:

- Usar linguagem simples;
- Obter feedback sobre se a informação prestada foi compreendida;
- Colocar questões abertas;

- Ouvir activamente;
- Reformular as respostas dadas pela mulher.

Informação sobre o estado de saúde e tratamento recebido

Excepto nas urgências médicas extremas, as doentes devem ser informadas acerca do seu estado e do tratamento proposto, antes do início deste. É importante que a mulher saiba:

- Que toda a informação prestada por ela durante a história clínica, e toda a informação sobre o seu tratamento, é confidencial;
- O plano de tratamento, incluindo os exames (por exemplo, pélvico) e os testes a realizar, o tratamento proposto, incluindo a medicação e os riscos envolvidos e quando se iniciará o tratamento;
- Quando possível ir para casa.

Informação pós-operativa

Antes da mulher ter alta, deve ser informada do processo normal de recuperação e devem-lhe ser feitas recomendações sobre do regresso à actividade normal. Adicionalmente, a mulher precisa de ser informada dos sinais de possíveis complicações e do local onde pode procurar ajuda, se estes aparecerem e do regresso precoce à fertilidade.

Aconselhamento de planeamento familiar

Após um aborto, a ovulação pode ocorrer tão cedo como entre duas a quatro semanas depois. Aproximadamente 75% das mulheres que tiveram um aborto irão ovular dentro de seis semanas após o aborto. Depois de um aborto de primeiro trimestre, a ovulação ocorre frequentemente após duas semanas e, depois de um aborto de segundo trimestre, após quatro semanas. Por isso existe uma necessidade imediata de uso de contracepção para as mulheres que não querem voltar a engravidar ou que por razões de saúde devem retardar uma nova gravidez.

Tal como acontece com qualquer outro cliente de PF, é essencial serem despistadas possíveis contra-indicações e dada informação e aconselhamento para assegurar uma escolha informada.

Na Sessão 7 é incluída informação adicional acerca de aconselhamento e serviços de PF pós-aborto.

Comunicação

Todos os profissionais de saúde, que têm contacto com mulheres com aborto, devem tratá-las profissionalmente, com respeito e com compreensão pelas dificuldades associadas com uma gravidez não desejada e com as complicações do aborto. As mulheres devem sentir-se em casa, na instituição de saúde, e devem estar confiantes para lá regressarem se tiverem necessidade.

Comunicar respeito à mulher e fazê-la sentir-se bem vinda, não requer tempo adicional dos profissionais de saúde nem recursos adicionais. Os profissionais de saúde devem mostrar compreensão pelos assuntos que rodeiam uma gravidez não desejada e o aborto inseguro. Adicionalmente, eles necessitam de compreender a dor e o stress que as mulheres sentem com uma gravidez não desejada e um subsequente aborto.

As mulheres que experimentam um aborto espontâneo terão uma série de circunstâncias e sentimentos que, também, devem ser reconhecidos com respeito e comiseração.

TRABALHO DE GRUPO 1 - REPRESENTAÇÃO

O principal objectivo desta actividade é dar aos alunos a oportunidade de representarem, assim como observarem o processo de tratamento de uma mulher numa situação de urgência.

Estudo de caso Uma doente chega à instituição de saúde, tendo abortado em casa, após quatro meses de gravidez. Refere ter perdido muito sangue. Quando chega à instituição de saúde tem dificuldade em respirar. Tem tonturas, sente-se febril e está muito anémica. A tensão arterial está baixa e o pulso rápido e fraco.

INSTRUÇÕES PARA A REPRESENTAÇÃO

1. Escolham um dos participantes para ser a doente.
2. Escolham outro para ser a parteira.
3. Escolham dois para serem os familiares da doente.
4. Os restantes membros do grupo devem observar a representação, prestando particular atenção às acções da parteira e respondendo às seguintes perguntas:
 - O caso foi tratado de forma adequada?
 - Qual foi o intervalo de tempo, entre a chegada da mulher e o início do tratamento?
 - Houve algum encaminhamento ao que poderia ter causado o aborto?
 - A história clínica e o exame clínico revelaram quanto sangue a mulher poderá ter perdido?
 - A mulher foi colocada com a cabeça, numa posição mais baixa, de modo a maximizar o regresso venoso aos órgãos vitais?
 - A doente recebeu a quantidade indicada de líquidos EV?
 - Houve alguma possibilidade de encaminhar a mulher para uma instituição de saúde melhor equipada?
 - Que passos adicionais deve a parteira tomar para gerir a situação?
5. Dê 20 minutos para a representação.
6. Dê 10 minutos para a discussão, numa sessão plenária.

TRABALHO DE GRUPO 2

Esta actividade de grupo tem como objectivo ajudar os alunos a reconhecerem as complicações do aborto.

- Escreva as seguintes complicações no quadro ou flipchart:*
 - *Choque;*
 - *Hemorragia vaginal grave;*
 - *Perfuração uterina;*
 - *Lesão intra-abdominal;*
 - *Infecção ou sépsis.*
- Reveja as “Instruções para o Trabalho de Grupo” com a turma e assegure-se que os alunos compreendem o que se espera deles.*
- Divida a turma em quatro grupos (o trabalho é igual para todos os grupos).*
- Distribua, a cada grupo, uma cópia da “Ficha de Trabalho sobre Complicações”.*
- Dê 25 minutos para os grupos completarem a actividade.*
- Supervisione a actividade, ocupando algum tempo com cada grupo o que lhe irá permitir assegurar-se que a actividade decorre como planeado e observar a contribuição de cada aluno.*
- Dê 5 minutos, a cada grupo, para o feedback do resultado da actividade.*

“INSTRUÇÕES PARA O TRABALHO DE GRUPO”

- Escolham um membro do grupo como dinamizador da discussão.
- Escolham um membro do grupo como relator.
- Discutam os sinais e sintomas para cada um dos cinco casos na “Ficha de trabalho sobre complicações” e identifiquem a complicação mais provável.
- Têm 25 minutos para completar a actividade.

Estudos de caso para o trabalho de grupo.

Caso 1

Sinais e sintomas:

- Arrepios, febre, suores;
- Exsudado vaginal fétido;
- Dor abdominal;
- Dor à descompressão;
- Abdómen distendido;
- Tensão arterial baixa;
- Hemorragia prolongada.

De que complicações suspeitam?

Caso 2.

Sinais e sintomas:

- Pulso acelerado e fraco;
- Tensão arterial baixa;
- Palidez;
- Respiração rápida;
- Estado mental ansioso, confusão ou inconsciência.

De que complicações suspeitam?

Caso 3.

Sinais e sintomas:

- Pulso rápido, tensão arterial a descer;
- Hemorragia excessiva;
- História de inserção de um instrumento numa tentativa para terminar a gravidez.

De que complicações suspeitam?

Caso 4.

Sinais e sintomas:

- Grande hemorragia de sangue vermelho vivo;
- Tampões e pensos ensopados de sangue;
- Palidez.

De que complicações suspeitam?

Caso 5.

Sinais e sintomas:

- Dor abdominal, cólicas;
- Abdómen distendido;
- Diminuição dos sons intestinais;
- Abdómen tenso e duro;
- Dor à descompressão;
- Náuseas e vómitos;
- Dor no ombro;
- Febre.

De que complicações suspeitam?

Chave para a Ficha de trabalho sobre Complicações (para utilização exclusiva do professor).

Caso 1

Sinais e sintomas:

- Arrepios, febre, suores;
- Exsudado vaginal fétido;
- Dor abdominal;
- Dor à descompressão;
- Abdómen distendido;
- Tensão arterial baixa;
- Hemorragia prolongada.

De que complicações suspeitam?

Infecção ou sépsis.

Caso 2

Sinais e sintomas:

- Pulso acelerado e fraco;
- Tensão arterial baixa;
- Palidez;
- Respiração rápida;
- Estado mental ansioso, confusão ou inconsciência.

De que complicações suspeitam?

Choque.

Caso 3

Sinais e sintomas:

- Pulso rápido, tensão arterial a descer;
- Hemorragia excessiva;
- História de inserção de um instrumento numa tentativa para terminar a gravidez.

De que complicações suspeitam?

Perfuração uterina.

Caso 4

Sinais e sintomas:

- Grande hemorragia de sangue vermelho vivo;
- Tampões e pensos ensopados de sangue;
- Palidez.

De que complicações suspeita?

Hemorragia vaginal grave.

Caso 5

Sinais e sintomas:

- Dor abdominal, cólicas;
- Abdómen distendido;
- Diminuição dos sons intestinais;
- Abdómen tenso e duro;
- Dor à descompressão;
- Náuseas e vômitos;
- Dor no ombro;
- Febre.

De que complicações suspeita?

Lesão intra-abdominal.

5. APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS

SESSÃO 5

APRENDIZAGEM DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS

FINALIDADE

Capacitar os alunos com competências clínicas essenciais à prestação de cuidados pós-aborto.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 5 os alunos devem ser capazes de:

1. Demonstrar como efectuar e registar as observações necessárias à monitorização da condição da mulher com complicações pós-aborto.
2. Demonstrar a punção venosa para obter amostras de sangue para análises laboratoriais.
3. Demonstrar como preparar e administrar uma perfusão EV e explicar as razões para o fazer, os cuidados a ter e os registos a elaborar.
4. Demonstrar os cuidados necessários, durante a transfusão sanguínea.
5. Demonstrar a técnica da compressão bimanual do útero, no tratamento da hemorragia vaginal grave.
6. Demonstrar a técnica da compressão manual da aorta, no tratamento da hemorragia vaginal grave.
7. Demonstrar compreensão da prescrição, aquisição, armazenamento, e administração dos medicamentos.
8. Demonstrar o procedimento para inspecção do colo do útero e vaginal.
9. Demonstrar o procedimento para reparação de lacerações do colo do útero e vaginais.
10. Demonstrar o procedimento de aspiração uterina (AU).

PLANO

Exposição.

Prática simulada.

Prática clínica.

Carga horária: é aconselhável permitir pelo menos uma semana para ensinar as competências nas Sessões 5, 6 e 7. No entanto, o tempo real necessário dependerá das necessidades e capacidades dos alunos e da disponibilidade de casos clínicos relevantes. Outros factores a considerar incluem a disponibilidade de professores e clínicos competentes para participarem no ensino destas técnicas.

RECURSOS

Orientações para avaliação de competências.

Listas de verificação para avaliação de competências.

Modelos.

Bennet VR, Brown LK (editors). Myles Textbook for Midwives. London. Churchill Livingstone 1993.

Yordy L, Hogan Leonard A, Winkler J. Manual Vacuum Aspiration: Guide for Clinicians. Carrboro, IPAS 1993.

World Health Organization. Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide. WHO/FHE/MSM/94.1. Geneva, World Health Organization 1994.

World Health Organization. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. WHO/RHR/00.7 Distr: Geneva. Geneva, World Health Organization 1995.

INTRODUÇÃO

As competências clínicas desta sessão constituem a componente crítica do módulo. As competências baseiam-se nos componentes teóricos e práticos das sessões anteriores. No ensino das competências mais complexas (por exemplo, reparação de lacerações do colo do útero e vaginais), seria útil recrutar o apoio de outros professores e/ou clínicos competentes (por exemplo, parteiras no activo e obstetras).

As competências devem, em primeiro lugar, ser demonstradas pelo professor ou por um clínico competente. Quando apropriado, deve haver prática simulada para dar aos alunos a oportunidade de prepararem e manusearem equipamento e de se familiarizarem com a sequência de passos do procedimento. Finalmente, a prática clínica deve decorrer sob supervisão directa e com feedback imediato. No entanto, deve ser tido em conta que durante o treino podem não existir oportunidades para os alunos praticarem, em contexto clínico, todas as competências. Por exemplo, pode não ser possível que todos os alunos pratiquem a reparação de lacerações do colo do útero e vaginais. Devem, então, ser tomadas providências para prática supervisionada, após o fim do curso.

Os alunos que foram expostos, recentemente, a outros módulos técnicos (isto é, hemorragia pós-parto, parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto, sépsis puerperal, eclâmpsia) e que se demonstrem capazes nas competências desses módulos, que se repetem nesta sessão, só necessitam de aprender as técnicas em que ainda não são competentes.

As competências básicas desta Sessão estão organizadas em três capítulos: **Método de ensino**, **Conteúdos** e **Avaliação**. Embora seja importante que o professor utilize a informação incluída no método de ensino e nos conteúdos, é indispensável que na avaliação se deixe guiar pelas linhas de orientação. Assim, pode ser útil analisar estas linhas de orientação e elaborar uma lista de verificação para cada uma das competências que inclua espaço para comentários, quer do professor quer do aluno. As cópias das listas de verificação podem, então, ser utilizadas na avaliação dos alunos.

A secção sobre reparação de lacerações vaginais e do colo do útero segue um formato diferente do seguido na secção das competências básicas: começa com informação introdutória seguindo-se secções sobre a inspecção cervical de vaginal e a reparação das lacerações do colo do útero e vaginais. As listas de verificação das competências estão incluídas em cada um destes procedimentos e devem ser usadas para avaliar o aluno.

COMPETÊNCIA: AVALIAR E REGISTAR OS SINAIS VITAIS

Método de ensino

1. Demonstrar à turma as observações mencionadas, mais à frente.
2. Dividir a turma, em grupos de dois, e pedir aos alunos para praticarem as observações uns nos outros.
3. Verificar as observações para ver se estão correctas.
4. Num contexto clínico (por exemplo, uma enfermaria pré-natal, pós-natal e de ginecologia, ou um serviço de emergência) praticar estas competências sob supervisão.
5. Pedir aos alunos para registarem as suas observações nos diagramas apropriados e verificar se estão completas.

Nota: As parteiras experientes e as enfermeiras obstetras devem ser capazes de realizar estas observações. No entanto, a sessão deve contemplar uma oportunidade para o validar. Adicionalmente, irá oferecer uma oportunidade para ajudar os alunos a relatarem as observações sobre o tratamento das mulheres com complicações do aborto.

Conteúdos

Temperatura: quando elevada, indica a presença de infecção.

Pulso: um aumento da frequência, é um sinal de choque (100 ppm ou mais); nas doentes que sofrem de complicações do aborto, o choque pode dever-se ou a perda de sangue ou a infecção.

Respiração: nas doentes em choque é, no início, superficial e rápida (30/min ou mais) e depois profunda e irregular.

Tensão arterial: nas doentes, com princípio de choque, a sistólica é menor que 90 mm Hg; no choque grave pode não ser possível obter um valor.

Estado geral:

- A coloração da mulher pode ser pálida ou acinzentada no caso de choque (verifique a mucosa ocular, a zona peribucal e as palmas das mãos);
- A mulher pode estar a suar ou com arrepios;
- A mulher pode estar ansiosa confusa ou inconsciente.

Avaliação

De modo a confirmar que o aluno é competente, a resposta às seguintes questões deve ser afirmativa:

1. O aluno avalia correctamente as observações?
2. O aluno regista correctamente as observações?
3. O aluno explica o significado das observações realizadas, no que diz respeito às complicações pós-aborto?

COMPETÊNCIA: COLHEITA DE SANGUE PARA ANÁLISE

Método de ensino O aluno deve de estar familiarizado com a localização anatómica das veias do antebraço. Deve conseguir identificar as veias do sangradouro mais acessíveis para punção venosa – isto é, a veia cubital média e a veia cefálica (**Figura 5.1**).

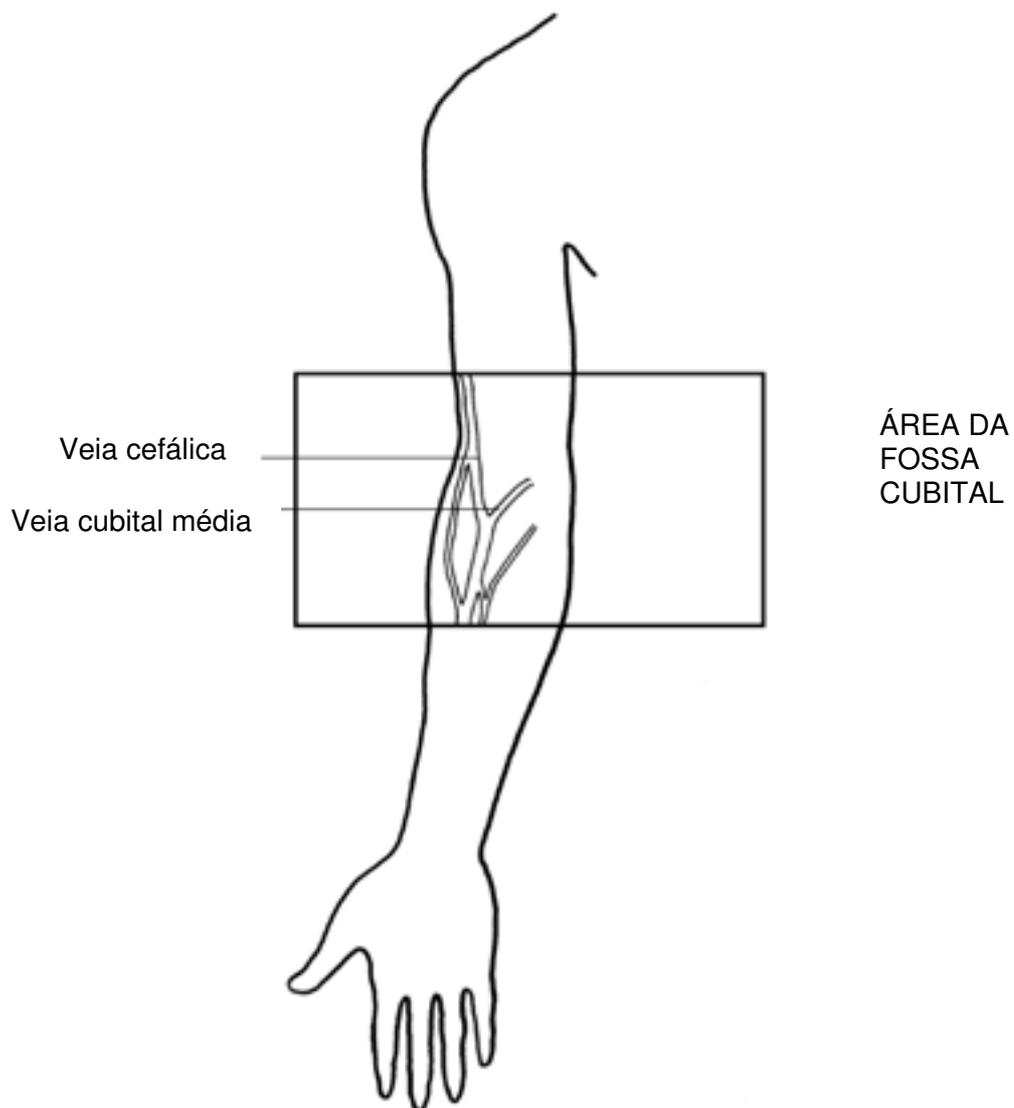


Figura 5.1: Veias importantes da fossa cubital (braço direito)

Passos

1. *Divida a turma, em grupos de dois, e peça aos alunos para identificarem estas veias nos braços um do outro. Tal irá ser mais fácil se aplicarem um garrote no braço.*
2. *Dê aos alunos o restante equipamento necessário para colher amostras de sangue de modo a familiariza-los com este.*
3. *Leve os alunos para contexto clínico para observarem uma técnica de laboratório (ou outro profissional de saúde experiente) a colher sangue.*
4. *Permita que os alunos pratiquem a colheita de sangue preferencialmente em mulheres saudáveis da clínica pré-natal, antes de tentarem o procedimento numa situação de urgência.*

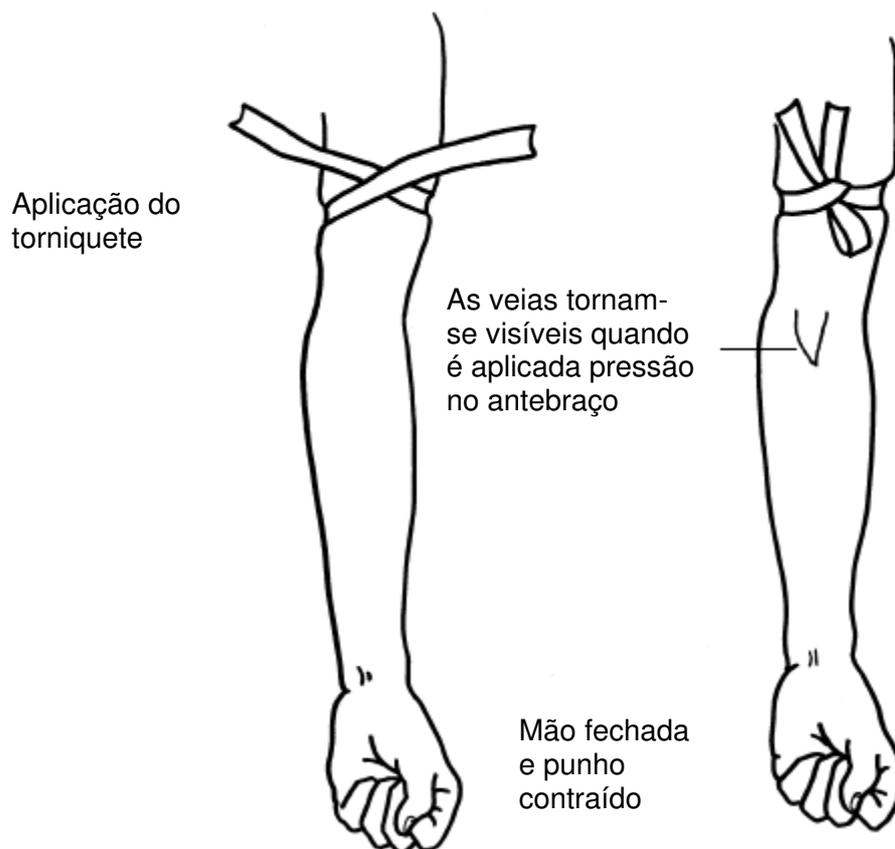


Figura 5.2: Aplicação do garrote na preparação para a colheita de sangue

Conteúdos

Devem ser abrangidos os seguintes pontos:

1. Razões para colher sangue para testes específicos: hemoglobina, hematócrito, contagem sanguínea completa, tipagem e compatibilidade, teste Rh.
2. A importância de colher amostras de sangue para tipagem e compatibilidade, antes de administrar extensores do plasma.
3. Preparação do equipamento antes do início do procedimento, incluindo:
 - Seringas, agulhas e tubos para transporte das amostras de sangue;
 - Solução anti-séptica, compressas;
 - Requisições laboratoriais;
 - Garrote.
4. A importância de explicar à mulher o procedimento e de colocar o braço numa posição confortável.
5. Local correcto para a punção (**Figura 5.1**).
6. Aplicação correcta do garrote (**Figura 5.2**).
7. A importância de limpar o local de punção com uma solução anti-séptica e de usar uma agulha esterilizada.
8. A importância de prevenir a infecção: lavagem das mãos, uso de luvas e precauções contra ferimentos por picada de agulhas, o que é especialmente importante se se suspeita que a mulher está infectada com VIH ou hepatite B.

Avaliação

De modo a confirmar que o aluno está dentro da matéria, a resposta às seguintes perguntas deve ser afirmativa:

1. O aluno compreende as razões para colheita de sangue para testes específicos?
2. O aluno prepara todo o equipamento necessário antes de iniciar o procedimento?
3. O aluno explica o procedimento à mulher?
4. O aluno selecciona o local correcto para a punção?
5. O aluno aplica correctamente o garrote?
6. O aluno limpa o local com uma solução anti-séptica?
7. O aluno usa uma agulha esterilizada?
8. O aluno usa as técnicas de prevenção de infecção?

COMPETÊNCIA: PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE UMA SOLUÇÃO EV

Método de Ensino Os alunos devem estar familiarizados com a localização anatómica das veias do braço, utilizadas para administrar infusões EV. Evite utilizar veias perto de articulações. O braço e a face posterior da mão são os melhores locais (**Figura 5.3**).

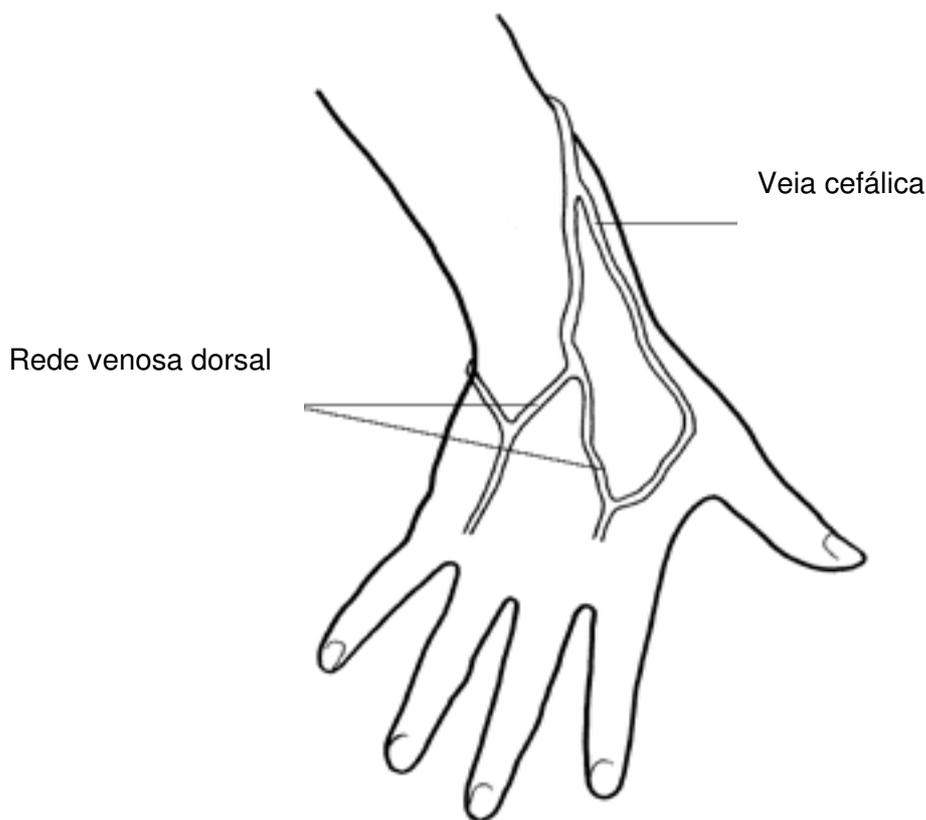


Figura 5.3: Veias mais importantes do antebraço e face posterior da mão

Passos

1. Divida a turma, em grupos de dois, e peça aos alunos para procurarem o percurso das veias de cada um. Tal será mais fácil se colocarem um garrote no braço.
2. Dê aos alunos o equipamento necessário para prepararem e administrarem uma solução EV de modo a familiarizarem-se.
3. Leve os alunos para um contexto clínico e demonstre-lhes o procedimento.
4. Permita que os alunos pratiquem, preferencialmente, em mulheres que não necessitam de tratamento urgente, antes de tentarem o procedimento numa situação de emergência.

Conteúdos

Devem ser colocados os seguintes pontos:

1. Identificação da necessidade de uma perfusão EV, quando há perda dos fluidos corporais em resultado de choque, hemorragia, infecção ou desidratação.
2. Selecção da solução adequada para a perfusão: a solução salina normal ou lactato de sódio devem ser administrados antes dos expansores do plasma ou da transfusão sanguínea, uma vez que podem ser administrados rapidamente. Os expansores do plasma ou o sangue são viscosos e não podem ser administrados rapidamente. Adicionalmente, interferem com os testes de tipagem e compatibilidade. No entanto, os expansores do plasma ou o sangue são administrados quando o choque, por perda de sangue, é grave. As vantagens dos expansores do plasma relativamente às outras soluções são:
 - Ficam nos vasos sanguíneos (as outras soluções escapam para os tecidos);
 - Extraem líquidos dos tecidos.
3. Preparação do equipamento antes do início do procedimento, incluindo:
 - Sistema de administração esterilizada;
 - Agulha ou cateter de grande calibre (Nº18);
 - Solução apropriada;
 - Adesivo cortado em tiras;
 - Suporte de soros móvel ou de parede;
 - Garrote;
 - Tala com ligadura;
 - Solução anti-séptica, compressas;
 - Luvas.
4. A importância de explicar o procedimento à mulher e de colocar o antebraço numa posição confortável.
5. Local de administração correcto: as veias do antebraço e face posterior da mão são as mais fáceis de ver; as veias perto de articulações devem ser evitadas (**Figura 5.3**).
6. Aplicação correcta do garrote (**Figura 5.2**).
7. A importância de limpar o local de punção com uma solução anti-séptica e o uso de uma agulha esterilizada.
8. A importância da prevenção da infecção: lavagem das mãos, uso de luvas e precauções contra ferimentos por picada de agulhas o que é particularmente importante, se a mulher é suspeita de estar infectada com VIH e hepatite B.
9. A necessidade de fixar a agulha; uso de uma tala para fixar a articulação mais próxima do local de inserção da agulha imobilizada.
10. A importância de colher sangue para tipagem e compatibilidade, antes de usar expansores do plasma.
11. A necessidade de registar a entrada de líquidos no diagrama da doente.
12. A necessidade de estar consciente das possíveis complicações:
 - Tromboflebite (a agulha deve ser removida se tal acontecer);
 - Edema dos tecidos à volta do local de inserção da agulha (a agulha deve ser retirada se tal acontecer);
 - Sobrecarga circulatória; administrar demasiados líquidos EV rapidamente pode causar falência cardíaca – quando se administram fluidos, deste modo, para corrigir o choque, o doente deve ser vigiado de perto.

13. A importância de calcular o ritmo apropriado da perfusão. O quadro / mostra como calcular o ritmo de infusão, dependendo do tipo de sistema a ser utilizado.
14. A importância de reconhecer as limitações pessoais: se a parteira levar mais de 10 minutos a estabelecer uma via EV, então deve procurar ajuda de colegas mais experientes.

Avaliação

De modo a confirmar que o aluno está dentro da matéria, a resposta às seguintes perguntas deve ser afirmativa:

1. O aluno prepara todo o equipamento necessário antes do início do procedimento?
2. O aluno selecciona a solução correcta para perfusão?
3. O aluno explica o procedimento à mulher?
4. O aluno selecciona o local correcto para a perfusão?
5. O aluno aplica o garrote correctamente?
6. O aluno limpa o local de punção com uma solução anti-séptica?
7. O aluno usa uma agulha esterilizada?
8. O aluno usa as técnicas de prevenção da infecção?
9. O aluno fixa a agulha e imobiliza a articulação mais próxima do local de inserção da agulha?
10. O aluno calcula o ritmo correcto de perfusão?

Quadro 7: Ritmo das perfusões EV

Quantidade	Tempo	Gotas por cc (tipo de sistema)	Gotas por minuto
1 litro	20 minutos	10	Demasiado rápido para contar
1 litro	20 minutos	20	Demasiado rápido para contar
1 litro	4 horas	12	40
1 litro	4 horas	20	80
1 litro	6 horas	10	28
1 litro	6 horas	20	56
1 litro	8 horas	10	20
1 litro	8 horas	20	40

Em geral, a fórmula para qualquer o ritmo de infusão de uma solução EV é:

$$\frac{\text{Quantidade a administrar (cc)}}{\text{Tempo de administração (minutos)}} \times \text{número de gotas por cc} = \text{N.º de gotas por minuto}$$

Para fazer a conversão de horas para minutos multiplique o número de horas por 60 o que dará o número de minutos de administração da solução EV.

COMPETÊNCIA : VIGIAR UMA TRANSFUSÃO DE SANGUE

Método de Ensino *Reveja a teoria relacionada com as transfusões de sangue. Os alunos devem depois ser conduzidos a um serviço clínico onde possam apoiar o tratamento de uma doente que esteja a receber uma transfusão sanguínea.*

Conteúdos

Reveja o seguinte:

1. As indicações para transfusão de sangue devem basear-se nas directrizes nacionais; normalmente, os critérios incluem choque grave devido a perda de sangue, anemia grave (hemoglobina <5g/ 100 ml ou hematócrito <15%).
2. Nos riscos associados com as transfusões de sangue, deve-se considerar; a possibilidade de transmissão de agentes infecciosos como o VIH e a hepatite B, doença de Chagas e malária, em zonas de baixa prevalência de malária onde os dadores podem ter tido a oportunidade de viajar para locais de elevada prevalência, assim como a incompatibilidade e a sobrecarga circulatória. A transfusão de sangue deve ser usada de forma selectiva para reduzir o risco de transmissão de agentes infecciosos. A perda aguda de sangue deve ser, habitualmente, tratada usando solução salina normal e expansores do plasma, em detrimento dos concentrados eritrocitários ou do sangue. Apenas as mulheres que têm, simultaneamente, hemoglobina baixa e sintomas de perda aguda de sangue ou anemia grave devem ser transfundidas.
3. A importância de rastreio do VIH, em todas as áreas, não pode ser garantida.
4. Os grupos sanguíneos e o factor rhesus são, também, factores importantes a considerar.
5. A incompatibilidade do sangue pode levar a reacções sérias e à morte.
6. A velocidade de administração recomendada da transfusão é de 20 a 60 gotas, por minuto, ou de acordo como a indicação médica.
7. As observações a registar imediatamente antes e imediatamente após o começo da transfusão, 15 minutos e de hora a hora, até a transfusão terminar incluem:
 - Temperatura;
 - Pulso, tensão arterial;
 - Débito urinário;
 - Sinais e sintomas adversos (choque anafilático, prostração, pulso acelerado, febre, arrepios, dor no peito e na face posterior do tórax, anúria, icterícia umas horas após o início da transfusão).
8. É importante parar a transfusão imediatamente, no início de qualquer reacção adversa e manter a via de acesso EV permeável usando uma solução de Ringer ou uma solução salina normal, enquanto se realiza a avaliação e se decidem as indicações médicas.
9. É importante registar todos os sinais vitais, todos os dados da transfusão, incluindo o número do lote, etc. assim como toda a informação relacionada com a ficha da doente.

Avaliação

De modo a confirmar que o aluno está dentro da matéria, a resposta às seguintes perguntas deve ser afirmativa:

1. *O aluno conhece as indicações para transfusão sanguínea?*
2. *O aluno conhece os riscos associados com a transfusão de sangue?*
3. *O aluno administra a transfusão ao ritmo apropriado?*
4. *O aluno avalia o estado da doente ao longo da transfusão?*
5. *O aluno consegue descrever os potenciais efeitos adversos da transfusão?*

6. O aluno descreve o que deve ser feito, se ocorrer um desses efeitos secundários?
7. O aluno regista a informação necessária na ficha do doente?

COMPETÊNCIA: CONTROLO URGENTE DA HEMORRAGIA UTERINA
(antes da AU ou de procedimento cirúrgico)

1. COMPRESSÃO BIMANUAL DO ÚTERO:

Método de ensino *No que diz respeito aos cuidados pós-aborto, a compressão bimanual do útero pode ser uma medida de emergência útil, se o útero não se contrai após ter sido evacuado. O procedimento pode ser ensinado e praticado em sala de aula.*

1. *Demonstre o procedimento, em sala de aula, usando um modelo pélvico e um saco de pano pequeno cheio de feijões para simular o útero.*
2. *Deixe que cada aluno pratique o procedimento usando o modelo pélvico e o saco de feijões.*
3. *Leve os alunos para um contexto clínico onde seja possível observarem o procedimento numa mulher com hemorragia pós-parto (HPP) ou que tem uma hemorragia grave devido a complicações do aborto.*
4. *Também pode ser útil demonstrar a posição das mãos como numa puérpera, de preferência uma múltipara com os músculos abdominais laxos.*

Conteúdos

Compressão bimanual externa *Demonstre o procedimento:*

1. Coloque a mão esquerda no fundo do útero e deslize-a o mais para baixo possível por detrás do útero.
2. Coloque a mão direita aberta no abdómen entre o umbigo e a sínfise púbica.
3. Pressione as mãos uma contra a outra de modo a comprimir os vasos sanguíneos no local de inserção da placenta (**Figura 5.4**)

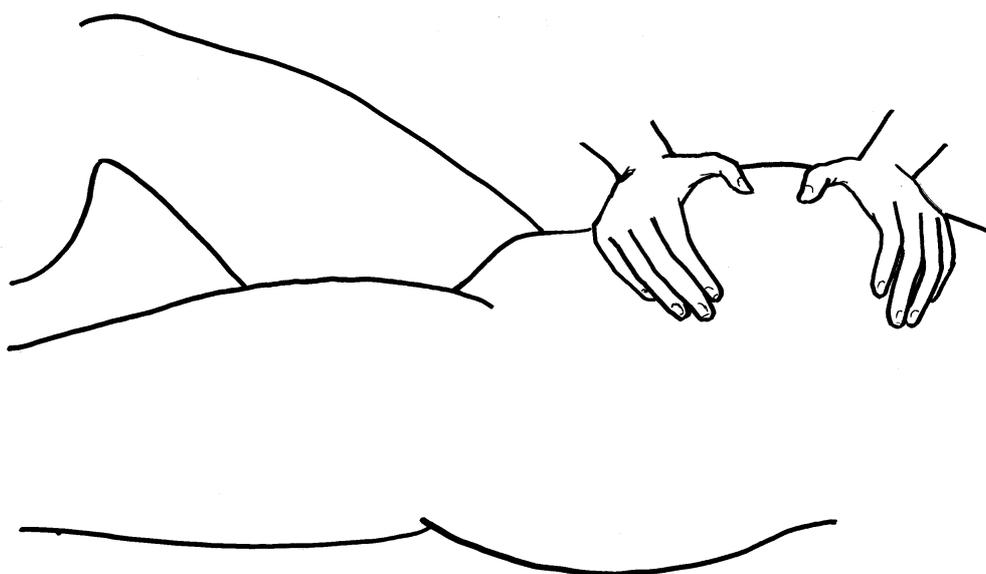


Figura 5.4: Posição das mãos na compressão externa do útero

Compressão bimanual interna

Demonstre o procedimento:

1. Lave as mãos.
2. Calce luvas esterilizadas.
3. Coloque a mão esquerda no fundo do útero como na compressão bimanual externa. Os dedos da mão direita são colocados gentilmente no interior do fórnix vaginal. Se assim não conseguir exercer a pressão adequada e a vagina estiver laxa, introduza o punho na vagina (**Figura 5.5**).

Lembre aos alunos que a compressão bimanual interna é aconselhada:

- Nas hemorragias graves, se a compressão externa não é efectiva;
- Quando a mulher está anestesiada.

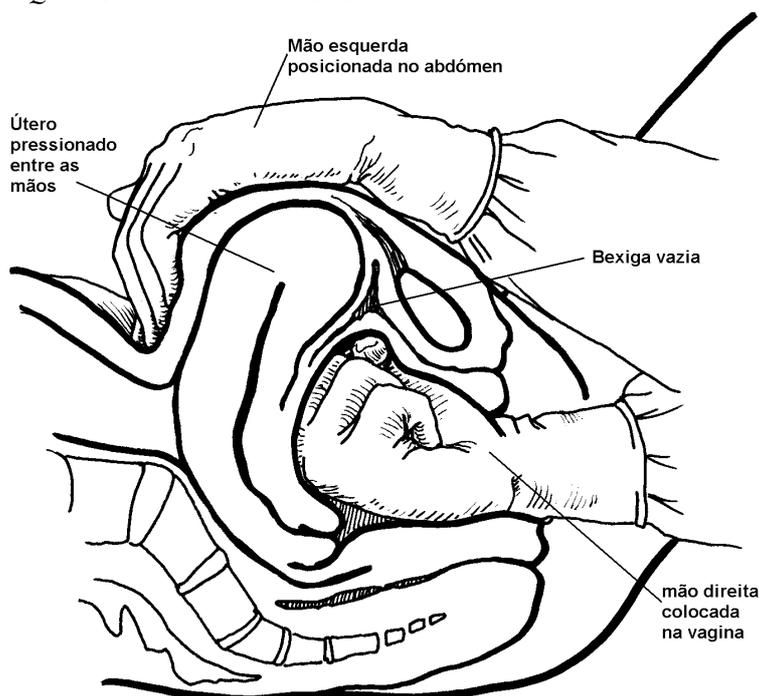


Figura 5.5: Compressão bimanual interna do útero

Avaliação

De modo a confirmar que o aluno está dentro da matéria, a resposta às seguintes perguntas deve ser afirmativa:

Nota: estes procedimentos podem ser avaliados usando um modelo pélvico e um saco de feijões.

Compressão bimanual externa

1. O aluno sabe quando usar a compressão bimanual externa e como é que esta contribui para controlar a hemorragia?
2. O aluno coloca a mão esquerda no fundo do útero e desliza-a o mais abaixo possível por detrás do útero?
3. O aluno coloca a mão direita aberta no abdômen entre o umbigo e a sínfise púbica?
4. O aluno pressiona as mãos uma contra a outra de modo a comprimir os vasos sanguíneos do local de inserção da placenta?

Compressão Bimanual Interna

1. *O aluno sabe quando deve usar a compressão bimanual e como é que esta contribui para controlar a hemorragia?*
2. *O aluno lava as mãos correctamente?*
3. *O aluno usa luvas esterilizadas?*
4. *O aluno coloca a mão esquerda no fundo do útero como para compressão bimanual externa, e os dedos da mão direita no fórnix vaginal anterior ou insere o punho na vagina se não obtiver uma boa pressão e a vagina estiver laxa?*

2. COMPRESSÃO MANUAL NA AORTA

Método de Ensino *A compressão manual da aorta pode ser útil em situações em que a compressão bimanual do útero não funciona. O procedimento pode ser ensinado e praticado em sala de aula, usando um modelo humano adulto, ou voluntários.*

1. *Demonstre o procedimento, em sala de aula, usando um modelo.*
2. *Deixe cada aluno praticar, usando o modelo.*

Leve os alunos para um contexto clínico onde seja possível demonstrar a posição das mãos para o procedimento, numa mulher que pariu recentemente.

A compressão manual da aorta só deve ser usada em casos de hemorragia grave se a compressão bimanual externa e interna falharem. A compressão da aorta deve ser usada numa emergência, enquanto se procura a causa da hemorragia.

Conteúdos *Relembre aos alunos que a compressão manual da aorta só deve ser usada em casos de hemorragia grave se a compressão bimanual externa e interna do útero falhar. A compressão da aorta só deve ser usada numa emergência, enquanto se procura a causa da hemorragia.*

Demonstre os seguintes passos usando um modelo:

1. *É ambas as mãos: uma é colocada na virilha para palpar o pulso femural enquanto que o punho da outra mão é colocado acima do umbigo e pressionado lentamente contra a face anterior da coluna vertebral (**Figura 5.6**).*
2. *Quando as pulsações do pulso femural desaparecerem, a compressão da aorta é suficiente e a hemorragia vaginal irá parar.*

Avaliação *De modo a confirmar que o aluno está dentro da matéria, a resposta às seguintes perguntas deve ser afirmativa*

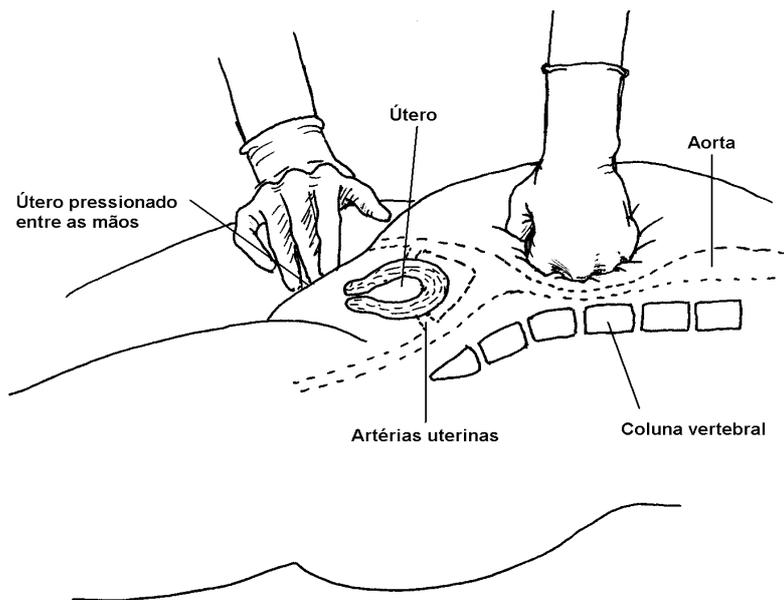


Figura 5.6: Compressão manual da aorta.

Nota: Este procedimento pode ser avaliado usando um modelo adulto ou voluntários.

1. *O aluno sabe quando usar a compressão manual da aorta e como é que contribui para controlar a hemorragia?*
2. *O aluno coloca uma mão na virilha para palpar o pulso femural e o punho da outra no umbigo pressionando lentamente contra a face anterior da coluna vertebral?*

COMPETÊNCIA ADMINISTRAÇÃO DE FÁRMACOS

Método de ensino *Introduza o tema em sala de aula antes de levar os alunos para o contexto clínico onde podem observar e praticar a prescrição e administração de fármacos, mais frequentemente usados no tratamento das complicações do aborto. Relembre os alunos as doses dos fármacos, incluídas na Sessão 4.*

Conteúdos Devem ser contemplados os seguintes aspectos:

Prescrição: as parteiras devem estar conscientes dos seguintes aspectos, no que diz respeito à prescrição de drogas:

- Se as parteiras exercem, sem a supervisão constante de um médico, os fármacos e doses devem ser estabelecidas com o responsável médico;
- Se existem regulamentos legais, médicos, obstétricos ou de enfermagem que impedem que as parteiras administrem fármacos na ausência do médico, estes devem ser revistos;
- As parteiras devem assegurar-se que a qualquer altura existe um stock adequado de fármacos, disponível;
- As parteiras devem assegurar-se que os prazos de validade dos fármacos, não são ultrapassados e que estes estão armazenados de forma segura e à temperatura adequada;
- As parteiras devem registar na folha de prescrição a informação seguinte:
 - Nome do fármaco;
 - Dose;
 - Via de administração;
 - Data e hora de cada toma;

- Assinaturas do prescriptor e de quem administrou o fármaco.
- As parteiras devem saber:
 - A dose correcta;
 - O nome correcto do fármaco;
 - A hora correcta de administração;
 - A via correcta de administração;
 - O procedimento para verificar que a doente é a correcta.
- Sempre que possível é boa prática pedir a um colega para verificar o fármaco e a dose, antes da administração.

Administração de antibióticos: devem ser consideradas, as seguintes regras na administração de antibióticos:

- Usar antibióticos de largo espectro, uma vez que são eficazes contra uma variedade de bactérias;
- Nas infecções graves, administrar grandes doses, de preferência por via EV;
- Quando não é possível administrar antibióticos, por via EV, usar a via intramuscular;
- A administração oral de antibióticos não deve ser usada em infecções graves a não ser que não seja possível usar a via EV ou IM. A administração oral é, contudo, aceitável, em infecções menos graves ou para prevenir a infecção.

Fármacos endovenosos: ao administrarem antibióticos, por via EV, as parteiras devem estar conscientes dos seguintes factos:

- É importante assegurar que:
 - As seringas e as agulhas/ cateteres são esterilizadas;
 - Não há ar na seringa;
 - A agulha está permeável (isto é, não está bloqueada);
 - A agulha está devidamente inserida na veia.
- A doente deve ser observada cuidadosamente no que diz respeito ao aparecimento de efeitos secundários. Se estes surgirem, o antibiótico deve ser suspenso e o médico consultado.

Avaliação

De modo a confirmar que o aluno está dentro da matéria, a resposta às seguintes perguntas deve ser afirmativa:

1. *O aluno compreende a importância de verificar o prazo de validade do fármaco e de não o usar para além dessa data?*
2. *O aluno percebe a importância de armazenar os fármacos adequadamente e de manter um stock?*
3. *O aluno faz registos precisos e completos dos fármacos prescritos e administrados?*
4. *O aluno administra o fármaco cuidadosamente, de forma correcta e segura, verificando:*
 - *Se é a dose correcta;*
 - *Se é o fármaco correcto;*
 - *Se é a via de administração correcta;*
 - *Se é a doente correcta.*
5. *O aluno é capaz de seleccionar o antibiótico de largo espectro para administrar?*
6. *O aluno conhece a via correcta de administração (EV, IM, PO)?*
7. *Ao administrar fármacos endovenosos, o aluno assegura-se que:*
 - *As seringas e as agulhas/cateteres são esterilizadas;*
 - *Não há ar na seringa;*
 - *A agulha está permeável (isto é, não está entupida);*
 - *A agulha está correctamente inserida na veia.*

COMPETÊNCIA: REPARAÇÃO DE LACERAÇÕES DO COLO DO ÚTERO E VAGINAIS

Método de ensino *Demonstre aos alunos como inspeccionar a vagina e o colo do útero quanto à presença de lacerações e como repará-las. Informe os alunos que um exame cuidadoso, com uma boa luz é necessário para diagnosticar lacerações do colo do útero e vaginais.*

Conteúdos *Relembre os alunos que as lacerações do colo do útero e vaginais podem resultar em hemorragia vaginal grave. No que diz respeito ao aborto, estes ferimentos podem ser provocados durante um aborto inseguro, um aborto induzido ou durante o procedimento para evacuar o útero durante o tratamento de um aborto incompleto. As outras situações em que ocorrem lacerações vaginais e do colo do útero são:*

- *Parto prolongado/retido: quando o colo do útero fica entre a cabeça do bebê e a sínfise púbica o lábio anterior pode ficar edemaciado, não esticar bem e lacerar mais facilmente;*
- *Parto com fórceps, extração por vácuo ou expulsão pélvica antes do colo do útero estar totalmente dilatado;*
- *Parto precipitado (espontâneo ou estimulado por ocitocina);*
- *Incapacidade do colo do útero em dilatar, por anomalia congênita, ou cicatriz de lesão prévia.*

Lembre também os alunos:

- *Que se a laceração é grande e sangra persistentemente é necessário repará-la. Não é necessário reparar lacerações pequenas que não sangram;*
- *No que diz respeito aos cuidados pós-aborto, podem ocorrer ou serem descobertas lacerações do colo do útero, durante ou após um procedimento de evacuação uterina. Podem ocorrer lacerações menores superficiais devido ao afastamento do lábio cervical pela pinça, durante os procedimentos de evacuação uterina;*
- *Podem ocorrer lacerações mais graves devido à dilatação excessiva e forçada do colo do útero. A maioria das lacerações do colo do útero superficiais param de sangrar, no final do procedimento e não requerem mais tratamento. Todas as lacerações que continuem a sangrar devem ser suturada;*
- *Um exame cuidado, com uma boa luz é necessário para diagnosticar as lacerações do colo do útero e vaginais. O procedimento de reparação das lacerações do colo do útero e vaginais é descrito detalhadamente a seguir.*

Inspeção cervical e vaginal *Demonstre aos alunos a preparação dos instrumentos e materiais necessários:*

- Uma boa fonte de luz;
- Espéculo (anterior e posterior);
- Solução antiséptica;
- Luvas esterilizadas;
- Compressas esterilizadas.

Demonstre como preparar a doente:

- Verifique que o útero está firme e bem contraído;
- Peça à mulher para esvaziar a bexiga;
- Explique o procedimento à mulher;
- Dê conforto à mulher;
- Limpe o períneo, vulva e vagina com uma solução anti-séptica.

Demonstre aos alunos os passos para reparar as lacerações do colo do útero, usando um modelo ou uma doente:

1. Lave as mãos e calce luvas esterilizadas;
2. Separe os lábios com uma mão;
3. Peça a um assistente para apontar a luz para a vagina;
4. Procure cuidadosamente qualquer laceração ou hematoma;
5. Pressione firmemente a parede posterior da vagina com os dedos da outra mão e olhe para dentro da vagina. A hemorragia de lacerações vaginais e do colo do útero podem ser detectadas por uma perde de sangue lenta mas contínua ou por jactos de uma artéria;
6. Pressionando os seus dedos lentamente contra a parede vaginal, mova-os até ao colo do útero verificando a presença de pontos de hemorragia ou hematomas. Repita no outro lado da vagina;
7. De seguida, peça ao assistente para pressionar firmemente para baixo o útero da mulher. Tal fará descer o colo do útero a vagina, de modo a poder observá-lo mais de perto;
8. Insira os dois espéculos, um posteriormente e o outro anteriormente, e peça ao assistente para os segurar (se estiver só, pode usar um espéculo com peso posteriormente como o da **Figura 5.7** para puxar a parede posterior da vagina para baixo). Se não tiver nenhum espéculo disponível, pressione firmemente a parede posterior da vagina com uma mão de modo a expor melhor o colo do útero. Com a outra mão, use uma pinça de esponja e feche-a no lábio anterior, às 12 horas;
9. Feche outra pinça de esponja no colo do útero, às 3 horas, e examine a porção do colo do útero entre as pinças (**Figura 5.8**). Verifique para a presença de sangramento contínuo lento ou espirros de sangue;
10. Abra a pinça das 12 horas e feche-a às 6 horas;
11. Examine agora a porção do colo do útero, entre as 3 e as 6 horas (**Figura 5.9**);
12. Abra a pinça das 3 horas e feche-a às 9 horas;
13. Continue este procedimento no sentido dos pontos do relógio até ter examinado todo o colo do útero. Se existir sangue e for difícil verificar de onde vem, use uma compressa esterilizada para o limpar.

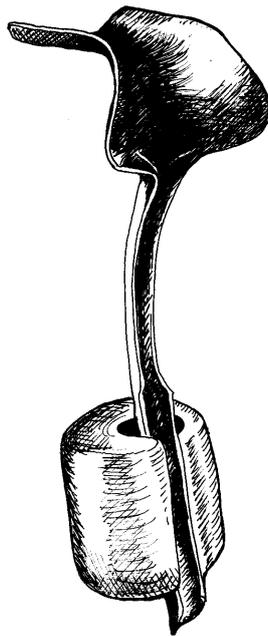


Figura 5.7: Espéculo com peso posterior

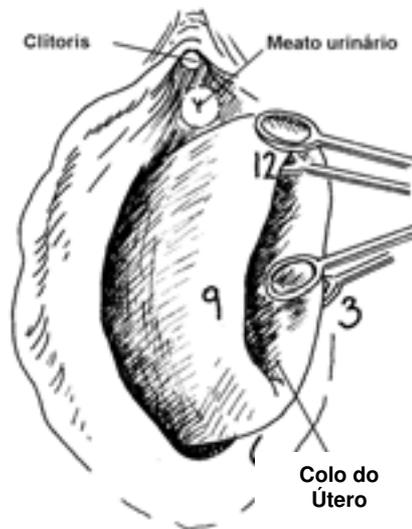


Figura 5.8: Inspeção do colo do útero para lacerações entre as 12 e as 3 horas

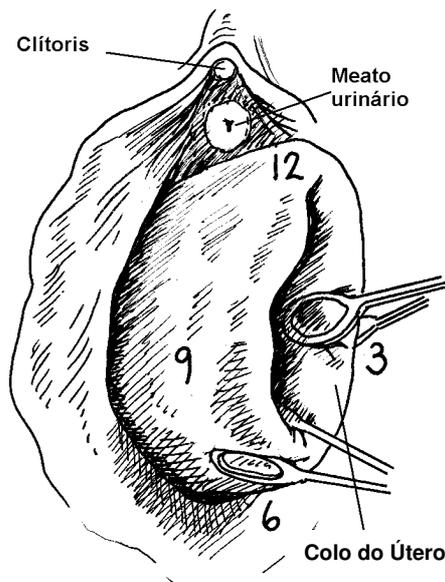


Figura 5.9: Inspeção do colo do útero para lacerações entre as 3 e as 6 horas

Reparação de lacerações do colo do útero e vaginais altas

É necessário reparar uma laceração, se é grande e sangra persistentemente. Não é necessário reparar lacerações pequenas que não sangram. As lacerações ligeiras do colo do útero ocorrem na maioria dos partos, mas cicatrizam rapidamente. Durante a cicatrização alteram a aparência do colo do útero, de uma abertura circular para uma abertura transversal (**Figura 5.10**).



Figura 5.10: Aspecto do colo do útero numa nulípara (A) e numa múltípara (B)

No que diz respeito aos cuidados pós-aborto, as lacerações do colo do útero podem ocorrer ou serem descobertas durante ou após um procedimento de evacuação uterina. Podem ocorrer lacerações menores superficiais devido ao afastamento do lábio cervical pela pinça durante os procedimentos de evacuação uterina. Podem ocorrer lacerações mais graves devido à dilatação excessiva e forçada do colo do útero. A maioria das lacerações do colo do útero superficiais param de sangrar, no final do procedimento e não requerem mais tratamento. Todas as lacerações que continuem a sangrar, devem ser suturadas da seguinte forma:

Demonstre a preparação dos instrumentos e materiais:

- Boa fonte de luz;
- Solução anti-séptica;
- Luvas esterilizadas;
- Soluções EV, expansores do plasma ou, caso indicado, transfusão sanguínea;
- Petidina e diazepam para administração EV;
- Linha de sutura de catgut cromado 2/0 ou 3/0 e agulha;
- Porta-agulhas;
- Duas pinças de esponja;
- Anestésico local se necessário (como lidocaína 1% ou 0,5%), seringa e agulha;
- Compressas esterilizadas;
- Espéculo (anterior e posterior).

Demonstre como preparar a doente:

- Avalie o estado geral da doente, verifique os sinais vitais e estime quanto sangue foi perdido;
- Verifique se o útero está firme e bem contraído;
- Peça à mulher para esvaziar a bexiga;
- Colha sangue para tipagem, compatibilidade e hemoglobínemia se ainda não foi feito;
- Inicie uma solução EV de lactato de sódio ou solução salina normal e administre rapidamente se houver necessidade de corrigir a hipovolémia. Administre sangue e expansores do plasma se o choque for grave;
- Explique o procedimento à mulher e conforte-a;
- Administre a petidina e o diazepam EV lentamente (**não use** a mesma seringa porque se forma um precipitado);
- Ajude a mulher a deitar-se em decúbito dorsal com os joelhos dobrados;
- Limpe o períneo, vulva e vagina com uma solução anti-séptica.

Demonstre os passos do procedimento, usando um modelo ou uma doente:

1. Lave as mãos e calce luvas esterilizadas;
2. Cateterize a bexiga, se estiver cheia e a mulher não a conseguir esvaziar;

3. Coloque uma pinça de esponja de um dos lados da laceração e a outra no outro lado;
4. Coloque os manípulos das pinças numa das mãos e puxe na sua direcção. As pinças irão manter o colo do útero fixo enquanto o repara. (**preste atenção**, se usar uma pinça com dentes ou um clampe poderá cortar o colo do útero e causar mais perda de sangue ou pode, acidentalmente cortar um pedaço do colo do útero);
5. Comece a suturar do ápex (topo) da laceração. Se tem dificuldade em chegar ao ápex, aplique a sutura abaixo e puxe-a. O ápex da laceração irá ficar ao seu alcance. A omissão deste passo pode resultar em continuação da hemorragia, acima do ponto de sutura;
6. Faça suturas ininterruptas, em todo o comprimento da ferida com 1 cm de distância abrangendo a totalidade da espessura do lábio do colo do útero (**Figura 5.11 e Figura 5.12**);
7. Aplique um penso esterilizado no períneo.

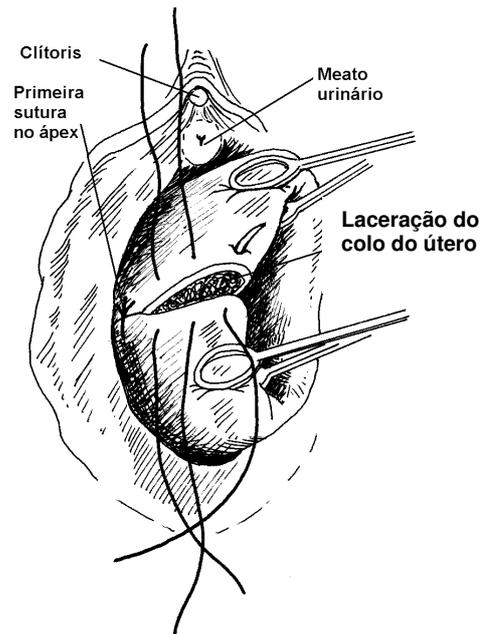


Figura 5.11: Segurando o colo do útero com as pinças para a reparação da laceração

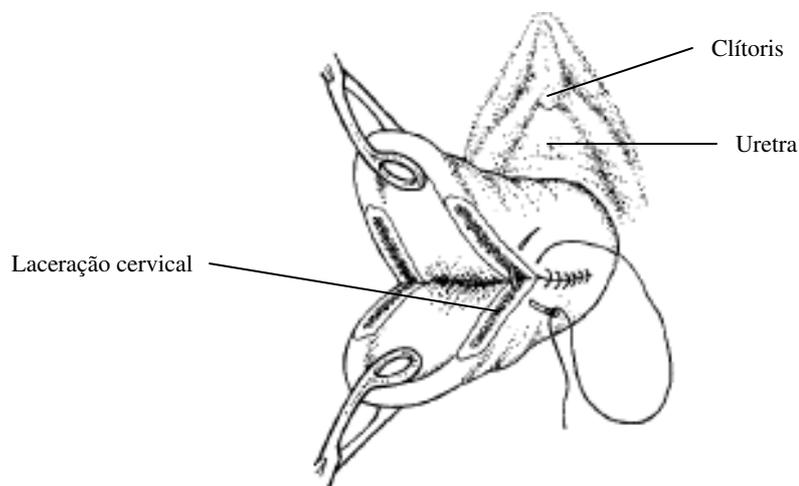


Figura 5.12: Suturas ininterruptas do colo do útero

Reparação de lacerações vaginais altas

Demonstre aos alunos a reparação de lacerações vaginais altas, usando um modelo ou uma doente:

1. Lave as mãos e calce luvas esterilizadas;
2. Exponha a laceração na vagina;
3. Após fazer a infiltração de um anestésico local, suture a laceração com sutura ininterrupta ou contínua. Comece a suturar do ápex;
4. Suture os tecidos profundos e não apenas a mucosa vaginal uma vez que as lacerações da vagina são frequentemente acompanhadas por lesão dos tecidos adjacentes. Se a laceração é no terço superior da vagina tenha em atenção que o uréter está 1,5 cm acima do fórnix lateral vaginal (**Figura 5.13**). Evite puncionar profundamente com a agulha neste local;
5. **Se há envolvimento de tecidos profundos**, verifique o recto para se assegurar que não há suturas no recto;
6. Aplique um penso esterilizada no períneo.

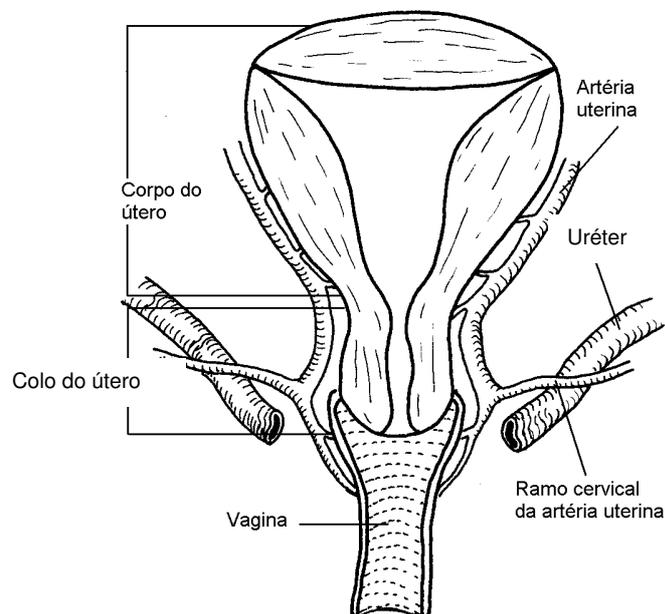


Figura 5.13: Relações entre os vasos sanguíneos e uréter do colo do útero e vagina

Cuidados após reparação de lacerações vaginais ou do colo do útero

Demonstre aos alunos como:

- Avaliar e registar os sinais vitais da mulher, imediatamente após o procedimento e após este de duas a quatro horas;
- Vigiar para o aparecimento de hemorragia e/ou formação de hematomas;
- Administre e registre soluções EV e/ou sangue, de acordo com o estado da doente;
- Administre uma dose única profilática de antibiótico, por exemplo, Ampicilina 500 mg PO **MAIS** metronidazole 400mg PO.

Conteúdos

Verifique se os alunos sabem as complicações possíveis após os procedimentos.

Complicações imediatas

Hemorragia: pode ocorrer se os vasos sanguíneos não foram ligados de forma correcta. Previna ligando os pontos sangrentos, quando sutura. Assegure-se que a hemorragia não provém de um útero atónico.

Hematoma: um depósito de sangue na parede da vagina ocorre, frequentemente, a seguir uma lesão vaginal. Pode estar presente quando há edema da vagina e vulva, dor intensa e retenção de urina. Previna-o, ligando os pontos sangrentos, quando está a suturar. Se o hematoma é grande e doloroso deve ser lancetado e drenado, sob anestesia geral. Os pontos sangrentos devem ser ligados e para serem fechados devem ser suturados com suturas ininterruptas profundas.

Retenção de urina: a mulher deve ser encorajada a urinar frequentemente. Se não o conseguir, deve ser colocado um cateter para evitar retenção.

Infecção: é uma complicação comum e pode ser evitada com antibióticos profiláticos e usando técnica asséptica, durante a reparação da laceração. Se se instalar uma infecção, as suturas podem ter que ser removidas e feitas novas suturas, se necessário, mas apenas depois da infecção ter sido debelada.

Complicações tardias

Cicatrização e estenose vaginal: pode ocorrer nas lacerações vaginais negligenciadas e dor durante o acto sexual e paragem na progressão de trabalho de parto, em partos seguintes. A cicatrização cervical devida a lacerações do colo do útero não reparadas pode conduzir a parto prolongado, nas gravidezes seguintes, porque o colo do útero não se dilata de forma apropriada.

Cicatrizações do colo do útero devidas a uma laceração do colo do útero não reparada podem conduzir a paragem na progressão do trabalho de parto (PPTP) em gravidezes posteriores porque o colo do útero não consegue dilatar adequadamente.

Fístulas vesico-vaginais, vesico-do colo do útero e recto-vaginais: podem ocorrer se as lacerações vaginais e do colo do útero se estendem à bexiga ou ao recto.

Avaliação

Reparação de lacerações do colo do útero e vaginais, incluindo cuidados pós-procedimento

Use as listas de verificação contempladas (ver final). As listas de verificação devem ser completadas após a observação directa de um aluno, para determinar se é competente na inspecção vaginal e cervical e na reparação de lacerações do colo do útero e vaginais.

O professor deve observar se o aluno completa cada um dos passos incluídos na lista de verificação. Assinale (✓) “sim” para cada passo completado correctamente, assinale (✓) “não” se o aluno falhou o passo ou se não o completou correctamente. Na coluna das observações devem ser identificados os aspectos positivos, assim como as áreas problemáticas.

De modo a confirmar que o aluno está dentro da matéria, todos os passos do procedimento devem ser correctamente completados.

Para os alunos que não completarem o procedimento correctamente, devem ser planeadas oportunidades adicionais para instrução e prática supervisionada, O professor deve usar novamente a lista de verificação adequada para avaliar a competência dos alunos.

COMPETÊNCIA : ELABORAÇÃO DE REGISTOS

Método de ensino *O objectivo é capacitar o aluno para compreender que registos devem ser feitas claramente no tratamento do aborto incompleto.*

É importante reconhecer que a obtenção de informação precisa, relativamente ao aborto incompleto, da mulher e/ou da sua família, pode não ser uma tarefa fácil e o profissional de saúde deve tentar desenvolver técnicas de comunicação que sejam úteis para obter a informação necessária.

O aborto é reconhecidamente uma experiência pessoal e emocional da qual nem sempre é fácil falar. Em alguns países, os tabus socio-culturais dificultam o diálogo sobre este tema. Também deve ser lembrado que, em algumas situações, a mulher pode nem sequer estar consciente ou com vontade de reconhecer que está ou pode estar grávida. Devido a isto, os dados sobre o

aborto não são geralmente precisos. Assim, quando se ensina ou discute a elaboração de registos é importante identificar as dificuldades sentidas pelos alunos, que encontram na colheita de informação e na elaboração dos registos.

Para que consigam manter bons registos, é importante que os alunos percebam não só que tipos de registos são feitos, mas porque é que a elaboração de registos e a gestão desses registos é importante.

Definição de registos

Os registos são uma série de factos e evidências que dizem respeito ou se relacionam com uma pessoa, situação ou actividade.

Objectivos da elaboração de registos

1. Os registos são importantes ferramentas de vigilância de saúde pública.
2. Os registos oferecem uma evidência visível do que os prestadores e as instituições de saúde estão a fazer.
3. Quando os registos são precisos e completos, constituem uma base de avaliação das actividades dos prestadores e dos hospitais (por outro lado, se forem pouco precisos e incompletos, a avaliação torna-se difícil).

Elaboração de registos

Os registos são elaborados a diferentes níveis e unidades dentro de uma instituição:

- Nas urgências;
- Nas admissões;
- Na enfermaria;
- Na sala de tratamentos;
- No bloco operatório.

Os registos variam de acordo com as ferramentas usadas para a colheita de dados e dependem da informação que é colhida.

Muitos dos problemas dos registos e colheitas de dados podem ser solucionados tendo registos bem desenhados e mantidos correctamente.

Há necessidade que todo o pessoal envolvido nos cuidados à doente, a qualquer nível institucional, tenha em consideração a necessidade de colher dados e manter registos precisos.

TRABALHO DE GRUPO

Este trabalho de grupo tem como objectivo ajudar os alunos a identificarem:

- Os vários instrumentos de colheita de dados;
- Os vários departamentos onde os dados são colhidos;
- As várias pessoas responsáveis pela colheita de dados e elaboração dos registos;
- Porque é que se mantêm registos – pessoas que usam os registos;
- Os vários tipos de registos.

“INSTRUÇÕES PARA O TRABALHO DE GRUPO”

1. Dividam os alunos em grupos pequenos.
2. Designem um membro do grupo dinamizador da discussão do grupo.
3. Designem um membro do grupo para relator dos resultados do trabalho de grupo à turma.
4. Discutam o seguinte:
 - Que dados são normalmente colhidos sobre o aborto/ casos de aborto incompleto?
 - Quem colhe, mantém e usa esses dados?
 - Porque são colhidos dados e mantidos registos?
 - Quando são colhidos os dados?
 - Como são colhidos e utilizados os dados?

FEEDBACK DO TRABALHO DE GRUPO

Durante a discussão de feedback devem ser abordados os seguintes temas:

- Todos os que interagem com a doente devem compreender as razões e importância de manter registos;
- Os registos são importantes ferramentas de saúde pública;
- Devem existir registos em todos os departamentos em que a mulher é admitida, observada ou operada;
- Podem ser usados registos pré-desenhados, cartões dos doentes, com ênfase na correcção da informação colhida, para facilitar a colheita de dados;
- Para além das exigências medico-legais, os registos e os dados gerados podem ser utilizados por todos para:
 - Como encaminhamento;
 - Para planeamento;
 - Para fins médicos legais;
 - Para investigação;
 - Para defender uma causa;
 - Para partilha de informação.

Todos os registos médicos são documentos confidenciais. Sendo o aborto um assunto sensível todos os registos devem estar guardados e só serem usados por pessoal autorizado de relevância.

Como os registos criados são usados nas estatísticas nacionais e globais.

Discuta com os alunos a importância de um sistema de informação:

- *Registos de actividades promotoras dos cuidados de saúde;*
- *Registos de actividades de cuidados curativos;*
- *Registos de estatísticas vitais.*

No final da discussão partilhe com os alunos este exemplo de um instrumento de colheita de dados.

EXEMPLO DE UM INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

	Data
	Nome
	Idade
	Paridade
	Estado civil
	UM/ Idade gestacional
	Diagnóstico
	Procedimento anterior efectuado
	Quantidade de Produtos de Concepção
	Infecção ou complicação
	Aconselhamento em

LISTAS DE VERIFICAÇÃO PARA AVALIAR AS COMPETÊNCIAS

Lista de Verificação para a Inspeção Cervical e Vaginal ✓			
Passos	Sim	Não	Comentários
<p>Instrumentos e materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prepara os instrumentos e os materiais. 			
<p>Preparação da doente</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verifica se o útero está firme e bem contraído; ▪ Pede à mulher para esvaziar a bexiga; ▪ Explica o procedimento à mulher; ▪ Transmite segurança à mulher; ▪ Limpa o períneo, vulva e vagina com uma solução anti-séptica. 			
<p>Passos do procedimento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lava as mãos e calça as luvas esterilizadas; ▪ Separa os lábios com uma das mãos; ▪ Pede a um assistente para iluminar a vagina; ▪ Procura atentamente quaisquer lacerações e hematomas; ▪ Pressiona firmemente com os dedos da outra mão a parede posterior da vagina e observa atentamente a vagina; ▪ Pressiona gentilmente a parede da vagina movendo os dedos de um dos lados da vagina para o colo do útero, verificando se existem pontos sangrentos ou hematomas; ▪ Repete o procedimento do outro lado da vagina; ▪ De seguida, pede ao assistente para pressionar firmemente o útero da mulher, no sentido descendente; ▪ Insere dois espéculos, um posteriormente e outro anteriormente, e pede ao assistente para os segurar; ▪ Se não houver espéculos disponíveis, pressiona firmemente a parede posterior da vagina com uma mão para expôr o colo do útero; ▪ Com a outra mão, clampa a pinça de esponja no lábio anterior (lábio de cima) às 12 horas; ▪ Clampa com outra pinça de esponja o colo do útero às 3 horas e examina a porção do colo do útero entre as pinças; ▪ Verifica a presença de sangramento lento mas contínuo ou espirros de sangue; ▪ Desclampa a pinça das 12 horas e clampa-a às 6 horas; ▪ Examina a porção de colo do útero entre as 3 e as 6 horas; ▪ Desclampa a pinça das 3 horas e clampa-a às 9 horas; ▪ Continua este procedimento no sentido dos ponteiros do relógio até todo o colo do útero estar examinado; ▪ Repara as lacerações encontradas (ver listas de verificação para reparação de lacerações do colo do útero e vaginais); ▪ Completa todos os registos. 			

Comentários do professor:

Comentários do aluno

Lista de Verificação para a Reparação de Lacerações do Colo do Útero ✓

Passos	Sim	Não	Comentários
<p>Instrumentos e materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prepara os instrumentos e os materiais. 			
<p>Preparação da doente</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colhe sangue para Hb, tipagem e compatibilidade; ▪ Inicia perfusão de lactato de sódio ou solução salina normal; ▪ Se o choque for grave, administra expansores do plasma ou sangue (quando disponível); ▪ Verifica se o útero está firme e bem contraído; ▪ Pede à mulher para esvaziar a bexiga; ▪ Explica o procedimento à mulher; ▪ Transmite segurança à mulher; ▪ Limpa o períneo, vulva e vagina com uma solução anti-séptica. 			
<p>Passos do procedimento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lava as mãos e calça as luvas esterilizadas; ▪ Faz cateterismo urinário, se a mulher não conseguir urinar; ▪ Observa o colo do útero; ▪ Coloca uma pinça de esponja de cada lado da laceração; ▪ Segura ambas as pinças com uma mão puxando-as gentilmente na sua direcção; ▪ Começa a suturar a partir do topo da laceração; ▪ Aplica suturas ininterruptas em todo o comprimento da laceração com cerca de 1cm de separação, abrangendo toda a espessura de cada um dos lábios do colo do útero; ▪ Aplica um penso esterilizada no períneo; ▪ Dá apoio emocional através do uso de competências interpessoais. 			
<p>Cuidados imediatos após o procedimento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigia os sinais vitais da mulher, imediatamente após o procedimento e depois entre duas a quatro horas; ▪ Verifica a presença de sangramento vaginal/ formação de hematomas; ▪ Repõem os líquidos por via EV e inicia transfusão de sangue, se necessário; ▪ Inicia um antibiótico de largo espectro (por exemplo, Ampicilina 1 g inicial e depois 500mg de 6 em 6 horas durante 5 dias); ▪ Administra um analgésico (por exemplo, paracetamol) para a dor, se necessário; ▪ Assegura que a mulher está confortável e sob constante supervisão, ou tem meios de solicitar assistência se sentir dor extrema ou pensa que está a sangrar; ▪ Encaminha para um nível de cuidados mais elevado se isso for necessário; ▪ Completa todos os registos. 			

Comentários do professor:

Comentários do aluno:

Lista de Verificação para a Reparação de Lacerações Vaginais Altas ✓

Passos	Sim	Não	Comentários
<p>Instrumentos e materiais.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prepara os instrumentos e os materiais. 			
<p>Preparação da doente (alguns dos passos seguintes podem já ter sido avaliados, se a parteira foi avaliada na competência inspeção vaginal e cervical e/ou reparação de lacerações do colo do útero).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colhe sangue para Hb, tipagem e compatibilidade; ▪ Inicia perfusão de lactato de sódio ou solução salina normal; ▪ Se o choque for grave, administra expansores do plasma ou sangue (quando disponível); ▪ Verifica se o útero está firme e bem contraído; ▪ Pede à mulher para esvaziar a bexiga; ▪ Explica o procedimento à mulher; ▪ Transmite segurança à mulher; ▪ Limpa o períneo, vulva e vagina com uma solução anti-séptica. 			
<p>Passos do procedimento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lava as mãos e calça as luvas esterilizadas; ▪ Expõe a laceração da vagina; ▪ Faz infiltração de um anestésico local; ▪ Procede à sutura de lacerações através de suturas contínuas ou interrompidas; ▪ Aplica um penso esterilizado no períneo; ▪ Dá apoio emocional através do uso de competências interpessoais. 			
<p>Cuidados imediatos após o procedimento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigia os sinais vitais da mulher, imediatamente após o procedimento e depois entre duas a quatro horas; ▪ Verifica a presença de sangramento vaginal/ formação de hematomas; ▪ Repõem os líquidos por via EV e inicia transfusão de sangue, se necessário; ▪ Inicia um antibiótico de largo espectro (por exemplo, Ampicilina 1 g inicial e depois 500mg, de 6 em 6 horas, durante 5 dias); ▪ Administra um analgésico (por exemplo, paracetamol) para a dor, se necessário; ▪ Assegura que a mulher está confortável e sob constante supervisão, ou tem meios de solicitar assistência se sentir dor extrema ou pensa que ela está a sangrar; ▪ Encaminha para um nível de cuidados mais elevado se isso for necessário; ▪ Completa todos os registos. 			

Comentários do professor:

Comentários do aluno:

6. ASPIRAÇÃO UTERINA (AU)

SESSÃO 6

ASPIRAÇÃO UTERINA

Finalidade

Capacitar os alunos com competências para a realização da Aspiração Uterina (AU), no tratamento do aborto incompleto.

Objectivos

No final desta sessão, o aluno deve ser capaz de:

1. Descrever qual a relevância da AU no tratamento do aborto incompleto.
2. Enumerar os instrumentos e outros equipamentos necessários para a AU.
3. Descrever a preparação da doente para a AU, incluindo o controlo da dor.
4. Demonstrar o procedimento do bloqueio paracervical, antes da execução da AU.
5. Demonstrar os passos do procedimento da AU.
6. Demonstrar os cuidados pós-AU.
7. Enumerar as instruções pós-operativas para o doente, incluindo a identificação das complicações possíveis.
8. Enumerar as possíveis complicações da AU, relacionadas com o tratamento do aborto incompleto.
9. Explicar os procedimentos de prevenção da infecção, aplicáveis ao tratamento do aborto incompleto.

Plano

Exposição.

Prática simulada.

Prática clínica.

Carga horária: é aconselhável permitir pelo menos uma semana para ensinar as competências nas Sessões 5, 6 e 7. No entanto, o tempo necessário dependerá das necessidades e capacidades dos alunos e da disponibilidade de casos clínicos relevantes. Outros factores a considerar incluem a disponibilidade de professores e clínicos disponíveis e capazes de colaborarem no ensino destas técnicas.

Recursos

Listas de verificação para avaliação de competências.

World Health Organization. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. WHO/RHR/00.7 Distr: Geneva. Geneva, World Health Organization 1995.

Yordy L, Hogan Leonard A, Winkler J. Manual Vacuum Aspiration: Guide for Clinicians. Carrboro, IPAS 1993.

INTRODUÇÃO

Ao ensinar as competências desta Sessão, os professores de obstetrícia podem colaborar com outros professores e/ou clínicos que sejam competentes, neste procedimento (por exemplo, parteiras experientes, obstetras).

As competências deste procedimento devem ser demonstradas, em primeiro lugar, pelo professor ou por outros clínicos competentes. Posteriormente, deve haver a prática simulada para dar aos alunos a oportunidade de prepararem e manipularem o equipamento e de se familiarizarem com a sequência de passos do procedimento. Tal pode ser feito em sala de aula, através da utilização de um modelo pélvico e dos instrumentos para a AU. Finalmente, deve haver prática clínica, sob supervisão directa com feedback imediato. Pode ser necessário organizar estágios clínicos, em diversas instituições, onde sejam prestados cuidados pós-aborto, de modo a assegurar aos alunos a experiência prática necessária.

Nesta Sessão os alunos terão a oportunidade de aprenderem a realizar a AU, no tratamento do aborto incompleto. A Sessão deve ser adaptada de forma a garantir a competência dos alunos na utilização dos equipamentos de aspiração existentes localmente.

ASPIRAÇÃO UTERINA PARA O ABORTO INCOMPLETO

Na maior parte das vezes, o tratamento do aborto incompleto inclui a evacuação dos produtos da concepção retidos no útero. A AU é um procedimento simples, com boa relação custo efectividade, que envolve o uso da sucção para remover os tecidos e o sangue através de uma cânula e de uma seringa. Este procedimento é altamente efectivo na remoção dos produtos da concepção retidos e está associado com uma baixa taxa de complicações. É um método efectivo de tratamento até às 12 semanas de gravidez (isto é, 12 semanas desde o primeiro dia do último período menstrual). A AU não requer anestesia geral e pode ser efectuada numa sala de observação ou de tratamentos, em vez de um bloco operatório.

A aspiração uterina baseia-se numa fonte de sucção, ou aspirador, aplicado ao útero através de uma cânula. Existem diversos tipos de aspiradores que incluem: seringas com diferentes tipos de controlo da sucção, bombas de pedal e bombas eléctricas. Todos estes aparelhos são denominados de aspiradores, pelo que, a palavra aspirador, neste manual, se refere a todos eles.

Contra-indicações Algumas complicações sérias resultantes de um aborto inseguro, tais como, choque, perfuração uterina ou sépsis, devem ser identificadas e tratadas antes de se tentar a evacuação uterina. Está, também, contra-indicada em caso de existirem fibromiomas. A AU deve ser usada com cuidado nos casos seguintes e apenas em instituições de saúde com capacidade para cuidados de urgência:

- História de problemas hemorrágicos;
- Instabilidade hemodinâmica, devido a doença cardíaca;
- Anemia grave.

Sinais duvidosos de procedimento completo Se os tecidos obtidos através da aspiração por vácuo são inadequados em quantidade ou não possuem produtos da concepção, é possível que a evacuação tenha sido incompleta, que todos os tecidos tenham já sido eliminados (aborto completo) ou que a mulher tenha uma gravidez ectópica.

Evacuação incompleta Usar uma cânula demasiado pequena ou a aspiração demasiado cedo, pode resultar em tecidos retidos, hemorragia, infecção, dor contínua e contracções. A observação cuidada dos sinais de evacuação completa do útero e o exame cuidadoso do tecido removido, é a melhor forma de evitar a evacuação incompleta

Gravidez ectópica Ausência de vilosidades, membranas ou partes fetais, após a inspecção depois de um aborto incompleto, podem indicar uma gravidez ectópica. Se se suspeitar de gravidez ectópica, a mulher deve ser encaminhada, sem atrasos, a uma instituição onde estejam disponíveis os cuidados de

urgência necessários.

Outros usos da AU A AU pode ser usada para colher amostras durante biópsia endometrial para diagnóstico histológico. Pode, também, ser usada na regulação menstrual, até às 12 semanas desde a UM.

Instrumentos e materiais

Materiais básicos:

- Sistema de administração de soros e solução (lactato de sódio, glicose, solução salina normal);
- Seringas (5, 10 e 20 ml);
- Agulhas (espinal 22 G para bloqueio paracervical, 21 G para administração de fármacos);
- Luvas esterilizadas (pequenas, médias e grandes);
- Compressas;
- Solução séptica à base de água (não alcoólica);
- Sabão ou detergente;
- Água limpa;
- Solução clorídrica, por exemplo CIDEX (Gluteraldeído);
- Agente de alta desinfecção ou esterilização.

Instrumentos e equipamento:

- Espéculo vaginal;
- Pinça;
- Pinças de esponja (anel) ou pinça para tamponamento uterino;
- Dilatadores de Pratt e Denniston tamanhos 13 a 27 French;
- Contentor para solução anti-séptica;
- Filtro (metal, vidro ou de gaze).

Medicação:

- Medicação analgésica (por exemplo, paracetamol, acetaminofeno, ibuprofeno ou petidina);
- Medicação ansiolítica (por exemplo, diazepam);
- Anestésico (1ml de lidocaína 0,5% ou alternativas existentes, sem epinefrina);
- Ocitocina 10 unidades ou ergometrina 0,2 mg.

Instrumentos de AU:

- Aspirador de vácuo (**Figura 6.1**), silicone para lubrificar as seringas, se necessário;
- Cânulas flexíveis de diferentes tamanhos;
- Adaptadores, se necessário.

Pontos a não esquecer

A cânula a utilizar na AU deve se ajustar perfeitamente ao colo do útero, de modo a que o vácuo da seringa seja transferido para o útero. Adicionalmente, a cânula deve ser suficientemente larga para permitir a passagem de tecidos do útero.

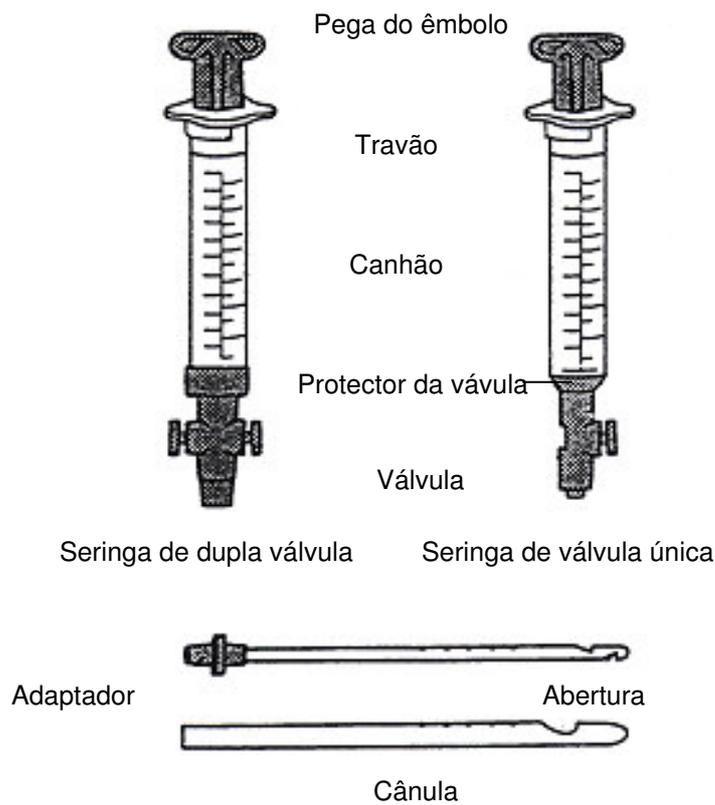


Figura 6.1: Seringa e cânulas para AU

Os seguintes pontos devem ser contemplados na selecção de uma cânula:

- Tamanho do útero determinado pelo exame bimanual;
- Dilatação cervical presente.

Antes de iniciar o procedimento verifique se os instrumentos de AU estão a funcionar perfeitamente.

Antes de cada utilização, verifique que a seringa fará vácuo:

- Verifique se a válvula fecha, se usar uma válvula de puxar, puxe o botão para baixo e para a frente: deve ouvir e sentir a válvula a fechar (**Figura 6.2**);
- Se usar uma seringa, puxe o êmbolo para trás, e verifique se ambos os braços do êmbolo estão completamente estendidos e na parte superior do canhão; nesta posição a seringa deve manter o vácuo de uma forma sustentada (**Figura 6.3**):
 - Deixe a válvula trancada e o êmbolo na sua posição de "vácuo", durante vários minutos e, depois,
 - Prima o botão para libertar a válvula; o som de ar a entrar na seringa indica que havia vácuo na seringa.

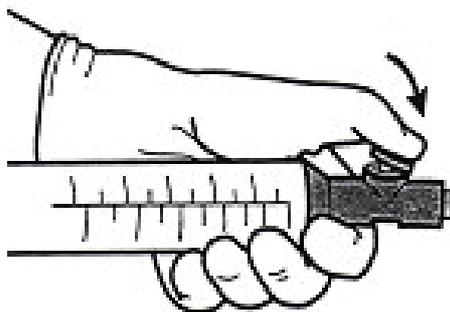


Figura 6.2: Fechar a válvula



Figura 6.3: Puxar o êmbolo para trás

Preparação da doente

É importante que os profissionais de saúde se lembrem que a mulher que procura cuidados, por aborto incompleto, está sob um forte sofrimento emocional, para além de qualquer desconforto físico que possa estar a sentir. Lembre os alunos que os profissionais de saúde devem respeitar as necessidades da mulher e prestar os cuidados necessários sem preconceitos de qualquer natureza. Os protocolos do serviço devem assegurar-lhes tratamento solícito e tecnicamente correcto.

A preparação da doente antes de proceder à AU envolve:

- Explicar o procedimento à mulher;
- Pedir à mulher para esvaziar a bexiga;
- Administrar 10 unidades de ocitocina IM ou 0,2 mg de ergometrina IM (para tornar o endométrio mais firme e reduzir o risco de perfuração das paredes uterinas);
- Colocar a mulher na posição de litotomia, numa mesa de exame equipada com estribos;
- Limpar as áreas cervical e vaginal com uma solução antiséptica, de base aquosa, (não alcoólica) usando pinças de esponja e gazes e esperar que a solução seque;
- Usar cortinas ou panos para assegurar a privacidade da mulher;
- Se possível, a parteira, enfermeira ou outro profissional de saúde, deve permanecer à cabeceira da doente, ao longo do procedimento, para lhe dar apoio;

- A medicação pré-operatória deve ser administrada a tempo de fazer efeito antes de se iniciar a AU (ver controlo da dor em baixo);
- Se o profissional de saúde que irá fazer a AU não fez o exame pélvico durante a avaliação clínica, deve fazê-lo antes de iniciar o procedimento, para verificar o tamanho e posição do útero (ver exame bimanual em baixo).

Controlo da dor

O objectivo do controlo da dor é assegurar que a mulher sofre o menor desconforto e ansiedade possíveis.

As mulheres que se submetem a AU podem experimentar dois tipos de dor: uma dor profunda, intensa, que acompanha a dilatação cervical e a estimulação do ostício interno; ou uma dor ou contracções, na parte inferior do abdómen, que ocorre com o movimento do útero, raspagem da parede uterina e espasmos musculares relacionados com o esvaziamento da cavidade uterina.

O apoio verbal e explicações sobre o procedimento são benéficas, no entanto, devem ser contemplados analgésicos (**Quadro 6**) para ajudar a aliviar a dor. Se a mulher estiver tensa e ansiosa, os ansiolíticos (**Quadro 7**) irão induzir relaxamento, reduzir o medo e diminuir as recordações do procedimento.

Quadro 6 – Analgésicos para AU					
Tipo de analgesia	Nome do fármaco (genérico)	Dosagem e quando administrar	Duração do efeito	Efeitos secundários comuns	Comentários
Narcótico	Demerol Petidina* (meperidina)	25-50 mg EV** 50-100 mg EV 30 m minutos antes do procedimento 100-150 mg PO administrado 30 a 60 minutos antes do procedimento	2 horas	Sonolência Tonturas Fraqueza Euforia Boca seca	Reversível com naloxona 0,4 mg EV Dose oral de meperidina muito menos efectiva do que a IM ou EV
	Sublimaze (fentanil)	0,05-0,06 mg EV** 0,05-0,1 mg EV administrar 30 minutos antes do procedimento	30-60 minutos	Sonolência Tonturas Fraqueza Euforia Boca seca	Reversível com naloxona como descrito anteriormente
Combinação de narcóticos	Paracetamol (acetaminofeno) com codeína	300 mg paracetamol com 30 mg de codeína PO 1 hora antes do procedimento	3-6 horas	Sonolência Tonturas Fraqueza Boca seca	
Não narcóticos (anti-inflamatórios não esteróides)	(Ibuprofeno)*	400-800 mg PO 1 hora antes do procedimento	Até 5 horas	Possíveis perturbações gastro-intestinais	
Não narcóticos	Paracetamol (acetaminofeno)*	500-1000 mg PO administrada 30-60 minutos antes do procedimento	Até 4 horas		
Droga/ Analgésico dissociativo	Ketamine* (ketalar)	10-25 mg EV imediatamente antes do procedimento	10 a 15 minutos		Analgesia breve apenas com esta dose.

* Estes itens aparecem na lista de drogas essenciais em “*The Use of Essential Drugs: Fourth Report of the WHO Expert Committee*. Geneva, World Health Organization 1990.

**Todos os fármacos analgésicos e ansiolíticos, administrados por via endovenosa, devem ser administrados lentamente e intermitentemente. Os seus efeitos, embora rápidos, não são instantâneos e, quando combinados, há maior probabilidade de produzir efeitos secundários. A perfusão de pequenas doses é uma forma segura de administrar estas drogas, de modo a obter os seus importantes efeitos, sem encorajar efeitos secundários problemáticos.

Quadro 7 – Ansiolíticos para administração com analgésicos e/ou anestésicos na AU

Tipo de ansiolítico	Nome do fármaco (genérico)	Dosagem e quando administrar	Duração do efeito	Efeitos secundários comuns	Comentários
Depressores do sistema nervoso central; benzodiazepinas	Valium (diazepam)*	5-10 mg EV ** 10 mg PO 1 hora antes do procedimento	2 horas	Visão turva Tonturas Cefaleias Náuseas Rubor/ dor no local de inserção da agulha Sensação de formiguelo/ dor nas mãos e pés	A reversão das benzodiazepinas pode ser feita com flumazenil (Mazicon/Reverse) 0,2mg EV. Repetir num minuto, se necessário. O diazepam tem um ligeiro efeito amnésico.
	Versed (midazolam)	0,5-1,0 mg EV **	30-60 minutos	Visão turva Tonturas Cefaleias Náuseas Rubor/ dor no local de inserção da agulha Sensação de formiguelo/ dor nas mãos e pés	O mesmo que anteriormente. O midazolam tem um moderado efeito amnésico.

* Estes itens aparecem na lista de drogas essenciais em “*The Use of Essential Drugs: Fourth Report of the WHO Expert Committee*. Geneva, World Health Organization 1990.

**Todos os fármacos analgésicos e ansiolíticos, administrados por via endovenosa, devem ser administrados lentamente e intermitentemente. Os seus efeitos, embora rápidos, não são instantâneos e, quando combinados, há maior probabilidade de produzir efeitos secundários. A perfusão de pequenas doses é uma forma segura de administrar estas drogas, de modo a obter os seus importantes efeitos, sem encorajar efeitos secundários problemáticos.

Administração de analgésicos e ansiolíticos

Os analgésicos podem ser administrados oralmente ou por via IM ou EV. A escolha do fármaco e da via de administração, irá depender da gravidade da dor que se antecipa ou das condições existentes. Se se antecipa dor ligeira a moderada, analgésicos como o acetaminofeno ou o ibuprofeno, com ou sem codeína, podem ser adequados. Os narcóticos como a meperidina ou a codeína, podem ser úteis quando a dor é moderada a forte.

As vias de administração dos ansiolíticos são as mesmas dos analgésicos. No que diz respeito ao uso de ansiolíticos, é essencial recordar que não há um substituto para um tratamento solícito.

*É importante, nesta altura, assegurar-se que os alunos compreendem os conteúdos dos **Quadros 6 e 7**.*

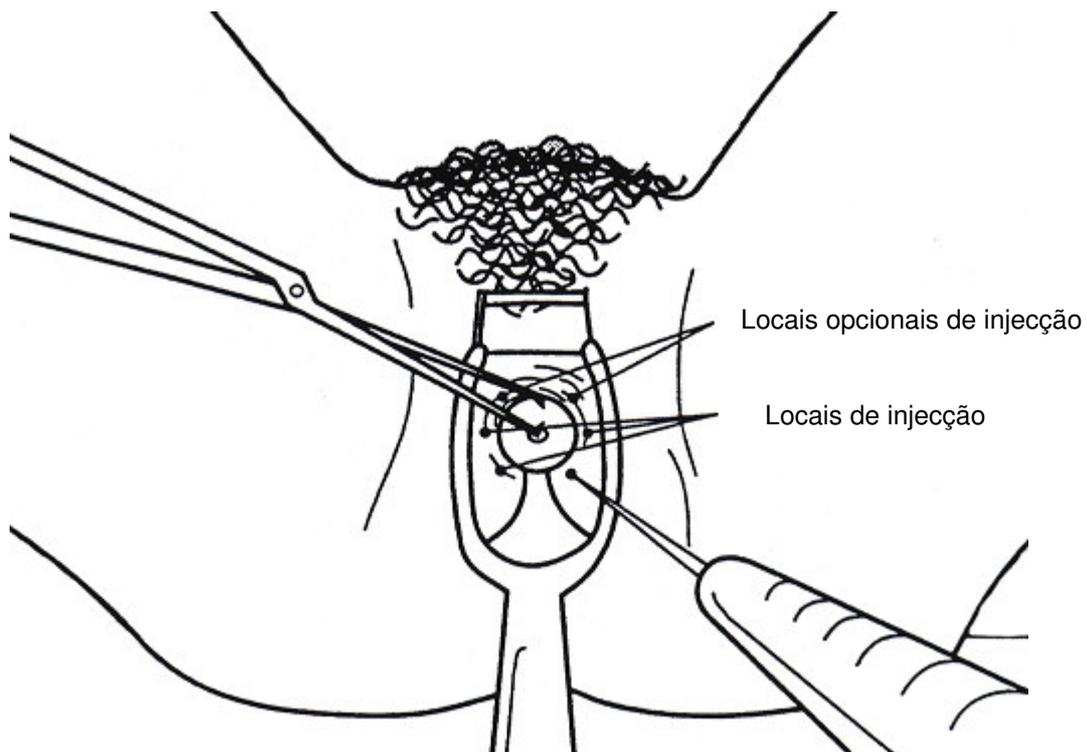
Na AU, os anestésicos locais assumem a forma de bloqueio paracervical. Esta forma de infiltração local afecta as fibras nervosas que se distribuem à volta do canal cervical, minimizando a dor cervical causada pelo estiramento, dilatação ou movimento da cânula no colo do útero. A técnica de administração de um bloqueio paracervical é explicada na caixa que se segue.

A anestesia local, na forma de bloqueio paracervical, providencia um excelente alívio da dor da dilatação cervical, embora não alivie a dor abdominal. A analgesia intensifica o efeito do bloqueio paracervical e, também, alivia a dor abdominal. Os ansiolíticos administrados, em conjunto com os analgésicos, podem ser úteis no alívio da ansiedade. Mais uma vez enfatiza-se que uma atitude solícita é um complemento imprescindível, independentemente da medicação administrada.

Como administrar um bloqueio paracervical

Inserir a agulha em cada um dos locais de injeção abaixo indicado. De seguida, aspirar puxando o êmbolo para trás devagar, de modo a assegurar que a agulha não penetra num vaso sanguíneo. Se aparecer sangue na seringa, não injectar, remover a seringa e procurar outro local de punção.

1. Usar uma agulha espinal 22 G e uma seringa, com controlo por dedo para injectar 2 ml de anestésico local no lábio anterior do colo uterino exposto pelo espéculo. Uma agulha de 1 ½", se dobrada no centro pode substituir a agulha espinal, se esta não estiver disponível. A agulha dobrada possibilita uma melhor visualização do local de injeção, do que uma agulha direita.
2. Coloque, imediatamente, uma pinça neste local. Use uma tração ligeira e movimente o colo uterino para ajudar a identificar a mudança de epitélio cervical, macio, para tecido vaginal. O tecido vaginal é mais elástico e parece enrugado. Esta mudança marca a área para injeções à volta do colo uterino.
3. Administre 2 a 3 ml de anestésico local imediatamente abaixo do epitélio, não mais do que a 2-3 mm de profundidade às 3, 5, 7 e 9 horas. Quando correctamente administrado, pode notar-se edema e branqueamento do tecido. Adicionalmente, a anestesia cervical pode ser mais efectiva administrando 2ml, às 11 e 1 horas.
4. No final da administração das injeções espere, no mínimo, 2 a 4 minutos para a anestesia surtir efeito e para o bloqueio ter o seu efeito máximo.



Exame bimanual

A determinação da forma e posição do útero é fundamental para a segurança e sucesso da AU. O risco de perfuração uterina é mais elevado, se o profissional de saúde que executa a AU não souber se, o útero está em retroversão, anteroversão ou lateralizado. O exame bimanual deve ser realizado da seguinte forma:

- Com dois dedos de uma mão, inseridos na vagina e a outra mão palpando o abdômen, avaliar o tamanho do útero (**Figura 6.4**); comparar o tamanho do útero com o esperado de acordo com a história da UM – num aborto incompleto, o útero tem maior probabilidade de ser menor do que o esperado de acordo com a história da UM.
- Avalie a forma e posição do útero, para determinar se está retrovertido ou anterovertido (**Figura 6.5**) ou lateralizado.

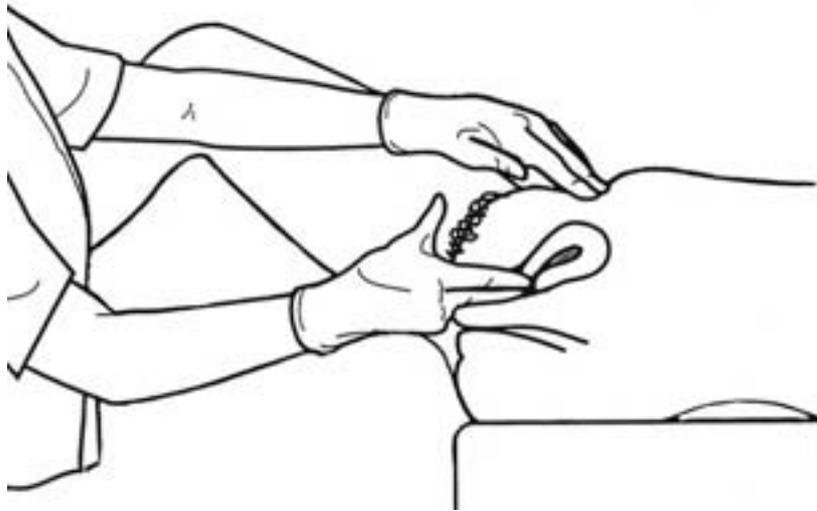


Figura 6.4: Palpação do útero

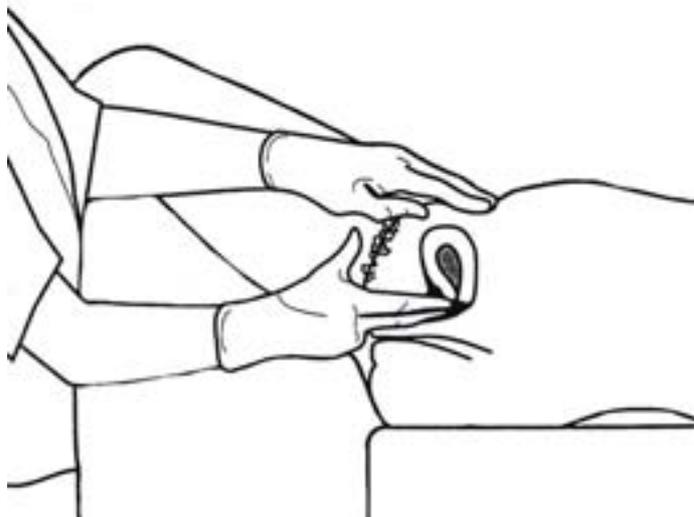


Figura 6.5: Palpação do útero anterovertido

Passos no procedimento de AU

Quaisquer instrumentos ou partes de instrumentos, que entrem no útero, devem estar esterilizados. Se tal não for possível, a desinfecção de alto grau é a única alternativa aceitável. A técnica de “não tocar” deve ser respeitada durante todo o procedimento; a ponta da cânula não deve tocar nos objectos ou superfícies antes de ser inserida no canal cervical.

1. Com um espéculo inserido, mantenha o colo do útero fixo com uma pinça e aplique uma tracção ligeira para endireitar o canal cervical.
Administre o bloqueio paracervical, se necessário.
2. *Dilata o colo do útero (como necessário)*. A dilatação é necessária quando o canal cervical não permite a passagem da cânula apropriada ao tamanho uterino. Quando necessária, a dilatação deve ser feita gentilmente, com dilatadores mecânicos ou com cânulas de tamanhos gradualmente maiores, tendo o cuidado de não causar trauma ao colo do útero ou rasgar os tecidos, criando um falso trajecto.
3. *Insira a cânula suavemente através do colo do útero, na cavidade uterina*, passando o ostício, enquanto se mantém o colo do útero fixo (**Figura 6.6**). A rotação da cânula por pressão gentil, muitas vezes, ajuda a inserção.

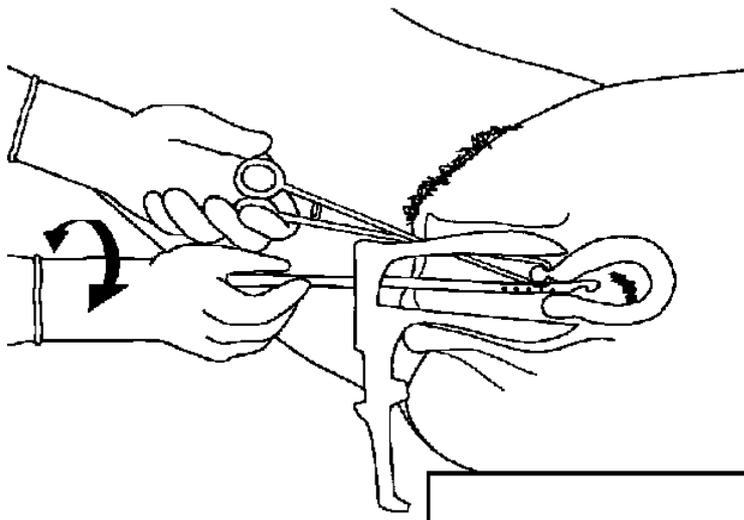


Figura 6.6: Inserção da cânula

4. *Empurre a cânula, lentamente, para dentro da cavidade uterina, até tocar no fundo*. Verifique a profundidade uterina através das marcas visíveis na cânula. A marca mais perto da ponta da cânula está a 6 cm da ponta e as outras distam, entre si, de 1 cm (**Figura 6.7**). Após medir o tamanho uterino, retire ligeiramente a cânula (é importante medir o tamanho uterino, uma vez que irá ajudar a confirmar as semanas de gravidez e assegurará que há um ponto de encaminhamento, no final do procedimento, para assegurar que o útero foi totalmente evacuado).

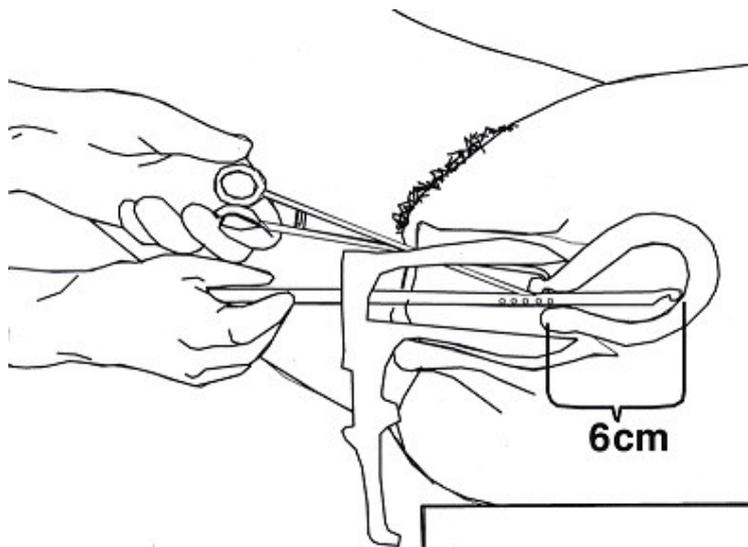


Figura 6.7: Medição da profundidade do útero com a cânula

5. *Adapte o aspirador com o vácuo já estabelecido à cânula, segurando a extremidade da cânula com uma mão e a seringa com a outra (Figura 6.8).* Assegure-se que a cânula não se move ainda mais para dentro do útero quando lhe atarrachar a seringa.

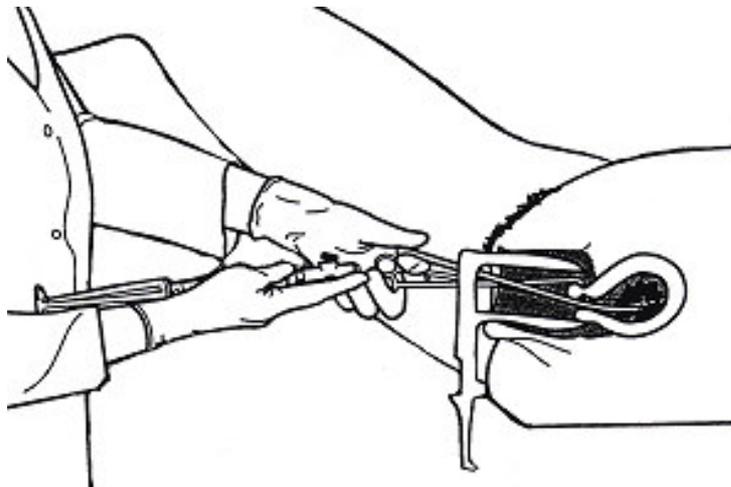


Figura 6.8: Adaptação da seringa

6. *Abra a válvula(s)* da seringa para transferir o vácuo através da cânula para o útero (**Figura 6.9**). Devem começar a fluir tecidos ensanguentados e bolhas através da cânula para a seringa.

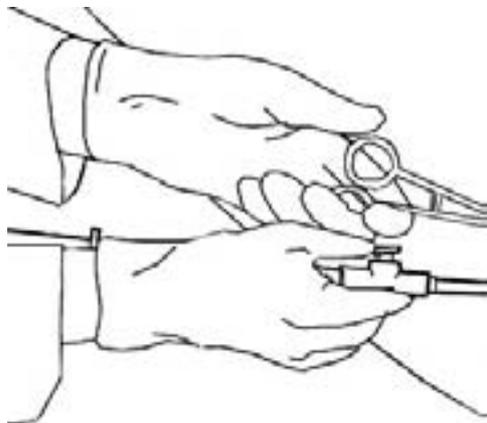


Figura 6.9: Abrir a válvula

7. *Evacue os conteúdos* do útero, movendo, gentilmente, a cânula na cavidade uterina para trás e para a frente, rodando a seringa à medida que o faz (**Figura 6.10**).

É importante não retirar a abertura da cânula, para além do ostício cervical, de forma a evitar perda do vácuo. Se tal acontecer, ou se a seringa estiver cheia, deve ser restabelecido o vácuo e restabelecida a aspiração.

Enquanto o vácuo é restabelecido, e a cânula está no útero, tome precauções para evitar a entrada acidental do êmbolo da seringa que pode reintroduzir no útero os tecidos já aspirados, dando origem a complicações.

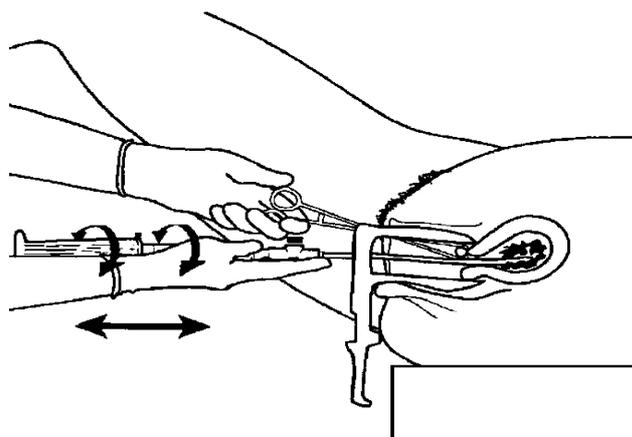


Figura 6.10: Evacuação do útero

8. *Verifique os sinais de indicação do procedimento.* O procedimento está completo quando se visualiza espuma vermelha ou rosa, sem tecidos na cânula. Sente-se uma sensação de abrasão rugosidade, quando a cânula passa na superfície do útero evacuado e o útero se contrai à volta, ou agarra, a cânula. Remoção da cânula e desadaptação da seringa (**Figura 6.11**).

Nota: se a cânula penetra mais fundo, do que o esperado, ou se se observar gordura ou intestino no tecido aspirado, é indicação de que o útero foi perfurado (ver Sessão 4, para tratamento desta complicação).

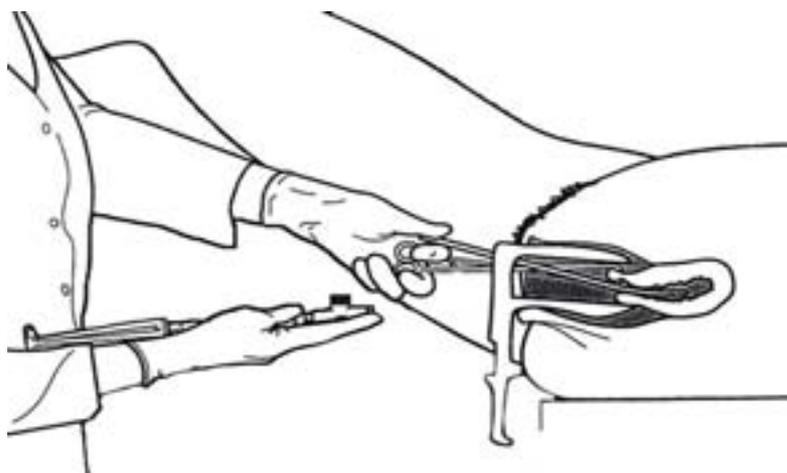


Figura 6.11: Desadaptação da seringa

9. *Descontamine todos os instrumentos* (seringa, cânula, pinça e espéculo) numa solução clorídrica. Após remover os instrumentos da doente, aspire a solução pela cânula até à seringa e coloque os instrumentos contaminados, incluindo a cânula e a seringa, directamente na solução.
10. *Inspecione o tecido removido do útero*, quanto à quantidade e à presença de produtos da concepção. Filtre e enxague o tecido para remover o excesso de coágulos sanguíneos. De seguida, coloque-o num contentor com água, solução salina normal ou solução fraca de ácido acético (vinagre) para exame visual. Os produtos da concepção que podem ser observados, no aborto incompleto, incluem as vilosidades, membranas fetais e, após as 9 semanas, partes fetais.

Descalce as luvas e coloque-as na solução descontaminante. Lave as mãos com água e sabão.

Cuidados imediatos pós-procedimento

- Avalie os sinais vitais, enquanto a doente ainda está na mesa de tratamento;
- Permita que a doente descanse num local com uma temperatura confortável, onde a recuperação possa ser vigiada;
- Verifique a presença de hemorragia, pelo menos uma vez, antes da alta;
- Verifique novamente os sinais vitais;
- Verifique se as contracções diminuíram (contracções prolongadas não são consideradas normais);
- A mulher deve ser mantida sob vigilância apertada, pelo menos 1 hora, após o procedimento, dependendo do seu estado geral, quantidade e tipo de fármacos administrados;
- Se se iniciou o tratamento de complicações (por exemplo, infecção) continuar a terapêutica e/ou vigilância conforme necessário;
- Se a mulher é Rh negativo, administrar imunoglobulina Rh antes da alta.

Deve ser dada à mulher a informação seguinte assim que estiver suficientemente bem para a receber. Verificar se a mulher recebeu esta informação e se a percebeu, deve fazer parte dos procedimentos de preparação da alta:

- **O que esperar – sinais de uma recuperação normal:** algumas contracções uterinas nos dias seguintes que podem ser aliviadas por analgésicos ligeiros e algum *spotting* ou perda de sangue, que não deve exceder a quantidade de um período menstrual normal;
- **Quando esperar o reinício da menstruação:** um período menstrual normal começa em 4 a 8 semanas;
- **Instruções verbais e escritas claras** para a toma de medicamentos prescritos;
- **Conselhos** sobre a higiene pessoal e reinício da actividade sexual:
 - A doente não deve ter relações sexuais ou colocar algo na vagina até alguns dias depois de parar de sangrar (não usar tampões, não fazer duches vaginais);
 - A fertilidade da doente irá recomeçar pouco tempo depois do procedimento, pelo que necessita de aconselhamento contraceptivo imediato o que, idealmente, será usar o preservativo até decidir que método contraceptivo usar ou até se sentir pronta para conceber (engravidar) novamente;
 - Marcar uma consulta de seguimento de rotina.
- **Que sinais e sintomas** requerem cuidados de urgência:
 - Hemorragia prolongada (mais de duas semanas);
 - Contracções prolongadas (mais de alguns dias);
 - Sangrar mais do que é habitual durante a menstruação;
 - Dor forte ou crescente;
 - Febre, arrepios ou mal estar geral;
 - Síncope (desmaio).
- **O que fazer e quais as fontes de cuidados de urgência** se ocorrerem complicações.

O **Quadro 8** resume a informação que deve ser compreendida pelas mulheres tratadas por complicações pós-aborto, antes de terem alta da instituição de saúde.

Quadro 8 – Resumo da informação para as mulheres após procedimento

Sinais de recuperação normal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemorragia vaginal ou <i>spotting</i>, durante alguns dias, mas não mais do que um período menstrual normal; ▪ Contrações uterinas que aliviam com analgésicos.
Tratamento de Auto-cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procura imediata de ajuda se existirem sinais de complicações; ▪ Higiene pessoal: não inserir nada na vagina até alguns dias depois do procedimento; ▪ Controlo da dor: analgesia se necessário; ▪ Outra medicação: de acordo com as instruções; ▪ Contraceção: evitar a gravidez até a menstruação voltar.
Sinais de possíveis complicações	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemorragia prolongada (mais de duas semanas) ou hemorragia maior do que a da menstruação; ▪ Contrações prolongadas (mais de alguns dias); ▪ Dor forte e aumentada; ▪ Febre, arrepios e mal-estar geral; ▪ Desmaio.
Reinício da fertilidade e planeamento familiar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É possível engravidar novamente, mesmo antes da próxima menstruação; ▪ Estão disponíveis métodos contraceptivos seguros para prevenir ou atrasar a gravidez; ▪ Locais onde são prestados serviços de PF.

TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES DA ASPIRAÇÃO UTERINA

Durante o procedimento de evacuação uterina, podem ocorrer, ou ser identificadas as seguintes complicações:

Lacerações do colo do útero Durante uma aspiração uterina podem ocorrer, pequenas lacerações devido ao puxar do lábio cervical com uma pinça. Podem ocorrer lacerações mais graves devido à dilatação forçada do colo do útero. As lacerações superficiais pararão de sangrar, antes do final da aspiração uterina e não requererão outro tratamento. Todas as lacerações que continuem a sangrar devem ser suturadas.

Perfuração uterina A perfuração uterina pode estar presente como resultado de um aborto inseguro, antes da mulher recorrer à instituição de saúde ou pode ocorrer durante o tratamento. Deve suspeitar-se de perfuração uterina se, durante o procedimento, um instrumento penetrar, para além do tamanho esperado do útero (baseado no exame bimanual) ou se, de repente, houver falta de resistência a um instrumento introduzido na cavidade uterina. Se se suspeita de perfuração **não se deve** continuar o procedimento. **Deve parar-se** imediatamente e encaminhar-se a doente para uma instituição de saúde mais especializada, Se não estiver já colocada deve iniciar-se uma perfusão EV, devido ao risco de hemorragia para a cavidade peritoneal.

Útero atónico Deve suspeitar-se de um útero atónico, quando ocorre uma hemorragia grande e anormal, durante ou após o procedimento de evacuação uterina. O tratamento inclui massagem do útero (massajar uma contração) e administração de ocitócicos (ocitocina 10 UI EV ou ergometrina 0,5 mg EV ou IM, se não for possível a via EV). Se a hemorragia persistir e for grave (ou causar deterioração no estado duma mulher já anémica) deve procurar-se, imediatamente, cuidados especializados e iniciar as intervenções para controlar a hemorragia e tratar o choque. A compressão bimanual do útero pode ajudar. Se falhar ou não for possível, pode aplicar-se compressão manual da aorta, enquanto se determina a causa da hemorragia.

Síndrome pós-abortivo (Hematometra)	A hematometra (por vezes denominada síndrome pós-abortivo) é uma condição na qual o sangue fica retido no útero. A doente pode sentir aumento da dor na região inferior do abdómen e a hemorragia vaginal ser menor do que a esperada. No exame pélvico, o útero está aumentado de tamanho e dolorido. O tratamento consiste na re-evacuação imediata, mas cuidadosa, do útero.
Infecção pós-procedimento	A infecção que ocorre, após um procedimento de evacuação uterina, pode ser devida a uma infecção dos produtos da concepção retidos ou a uma infecção do útero, propriamente dito. Se há suspeita de retenção de tecidos, deve ser iniciado um antibiótico de largo espectro e realizado um procedimento de re-evacuação. No entanto, deve ser tido em conta, que a infecção altera as camadas do útero, tornando-o semelhante a uma esponja e, como tal, mais fácil de perfurar. Assim, a re-evacuação deve ser efectuada, com o máximo de cuidado. Se não houver presença de tecido retido, a doente pode ser tratada apenas com antibióticos.
Reacções vasovagais ligeiras	Os sinais e sintomas de reacções vasovagais incluem náuseas e/ou vómitos, sensação de desfalecimento, bradicárdia e hipotensão. As reacções vasovagais podem ser tratadas pela elevação dos membros inferiores, administração de sais de cheiro ou ampolas de amónia, vigilância de sinais vitais e acalmando e dando apoio afectivo à mulher.
Reacções vasovagais graves	Em adição ao tratamento das reacções vasovagais ligeiras, deve ser iniciada perfusão EV e administrado oxigénio. Se a reacção persistir, deve ser administrada atropina 0,4 mg, por via intramuscular ou endovenosa. Raramente, as reacções vasovagais conduzem a paragem cardíaca, que deve ser tratada com reanimação cardíaco-respiratória.
Evacuação incompleta	A evacuação incompleta de todos os produtos da concepção resulta num aborto incompleto contínuo. Assim, os sinais de sintomas de evacuação incompleta são os mesmos que os do aborto incompleto. O tratamento consiste na re-evacuação cuidadosa do útero e na administração de antibióticos.
Avaliação	<i>Dê aos alunos oportunidade de praticarem todas as competências acima referidas e depois avalie as competências que adquiriram usando a lista de verificação apresentada de seguida.</i>

Lista de Verificação para a Reparação de Lacerações Vaginais Altas ✓

Passos	Sim	Não	Comentários
<p>Instrumentos e materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prepara os instrumentos, a sala e os materiais 			
<p>Preparação da doente</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explica o procedimento à doente; ▪ Transmite segurança à doente; ▪ Pede à mulher para esvaziar a bexiga; ▪ Coloca a doente na posição de litotomia; ▪ Limpa as regiões vaginais e do colo do útero com uma solução anti-séptica, à base de água, e espera que seque; ▪ Tapa a doente correctamente. 			
<p>Cuidados imediatos após o procedimento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mede os sinais vitais enquanto a mulher ainda está na mesa de tratamentos; ▪ Permite que a mulher descanse confortavelmente num local onde a sua recuperação pode ser monitorizada; ▪ Verifica a presença de perda de sangue pelo menos uma vez antes da alta; ▪ Verifica novamente os sinais vitais; ▪ Verifica se houve diminuição das contracções, administra, se necessário, a globulina RH antes da alta; ▪ Dá informação pós-procedimento sobre PF, cuidados de rotina e seguimento; ▪ Completa todos os registos. 			

Comentários do professor:

Comentários do aluno:

7. PLANEAMIENTO FAMILIAR PÓS-ABORTO

SESSÃO 7

PLANEAMENTO FAMILIAR PÓS-ABORTO

Finalidade

Capacitar os alunos para compreenderem a importância e desenvolverem competências em serviços de planeamento familiar (PF) pós-aborto.

Objectivos

No final desta Sessão os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever os factores que afectam o PF pós-parto e pós-aborto.
2. Descrever os elementos essenciais da qualidade dos cuidados, no PF pós-aborto.
3. Explicar os conteúdos do aconselhamento familiar pós-aborto, no que diz respeito ao uso de métodos contraceptivos disponíveis.
4. Explicar as linhas de orientação para o uso de contraceptivos, no que diz respeito às condições pós-aborto mais comuns.
5. Demonstrar competências de aconselhamento, para o PF pós-aborto.

Plano

Exposição.

Representação.

Feedback e discussão.

Carga horária: 3 horas e 45 minutos.

Recursos

“Instruções para os alunos”.

Informação de recurso para o cliente.

Informação de Recurso para o conselheiro.

Lista de verificação das competências de aconselhamento.

Filme sobre aconselhamento – Vídeo PPFN de aconselhamento. Um projecto do Centro para o Programa de Comunicação, da Universidade John Hopkins. EUA.

Benson J et al. Meeting Women's Needs for Post-abortion Family Planning: Framing the Questions. Carrbora, IPAS 1992.

Blumenthal PD, McIntosh N. Pocket Guide for Family Planning Service Providers. Baltimore, JHPIEGO 1995.

McIntosh N, Oliveras E (Editors). Service Delivery Guidelines for Family Planning Service Programs. Baltimore, JHPIEGO 1996.

Winkler J et al. (Editors). Post-abortion Care: A Reference Manual for Improving the Quality of Care. Baltimore, Post-abortion Care Consortium 1995.

World Health Organization. Post-Abortion Family Planning: A practical Guide for Programme Managers. WHO/RHT/97.20. Geneva, World Health Organization 1997.

World Health Organization. Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment. Geneva, World Health Organization 1995.

World Health Organization. Improving Access to Quality Care in Family Planning. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Second Edition: WHO/RHT/00.2. Geneva, World Health Organization 2000.

World Health Organization. Emergency Contraception: A Guide for Service Delivery. WHO/FRH/FPP/98.19. Geneva, World Health Organization 1998.

World Health Organization. Communicating Family Planning in Reproductive Health: Key Messages for Communicators. WHO/FRH/FPP/97.33. Geneva, World Health Organization 1997.

Consortia for Emergency Contraception. Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines. PATH 2000.

INTRODUÇÃO

O conteúdo desta sessão baseia-se no pressuposto de que os alunos já terão aprendido, durante o treino de obstetrícia ou em serviço, a informação seguinte sobre os vários métodos contraceptivos, incluindo a contracepção de emergência:

- *Aconselhamento e avaliação do cliente;*
- *Mecanismo(s) de acção;*
- *Efectividade do método;*
- *Benefícios e limitações;*
- *Elegibilidade médica;*
- *Quando iniciar;*
- *Instruções para o cliente;*
- *Tratamento dos efeitos secundários mais comuns;*
- *Aspectos psicossociais relacionados com o aborto e o PF, incluindo as necessidades particulares de grupos especiais como as mulheres que foram sujeitas a violência e violação, adolescentes solteiras e jovens.*

Assim, a sessão não inclui estes elementos gerais de PF. Portanto, nesta Sessão não se repete esta informação, sendo desenhada de modo a ajudar os alunos a compreenderem os factores que influenciam o PF pós-parto e pós-aborto, os elementos de qualidade do PF pós-aborto e os aspectos particulares do método de aconselhamento que se relaciona com o PF pós-aborto.

Aconselhamento

O aconselhamento é uma componente muito importante dos cuidados pós-aborto. O professor deve rever com os alunos o processo de aconselhamento.

Os seis elementos do processo de aconselhamento são:

- *Cumprimentar a cliente de forma calorosa e educada;*
- *Perguntar a cliente quais são as suas preocupações;*
- *Explicar a cliente quais são os serviços de PF disponíveis;*
- *Ajudar a cliente a escolher um método;*
- *Explicar como usar de forma correcta o método escolhido;*
- *Visitas posteriores ou encaminhamento.*

As competências de comunicação não verbal são:

- *Estar relaxado e ser amigável para ganhar a confiança das clientes;*
- *Estar receptivo;*
- *Inclinar-se na direcção do cliente;*
- *Manter o contacto visual;*
- *Sorrir, especialmente, quando cumprimenta ou encoraja.*

As competências de comunicação verbal são:

- *Clarificar;*
- *Ouvir e esclarecer quaisquer preocupações;*
- *Encorajar a cliente a fazer-lhe confidências e aceitá-la como um ser individual;*
- *Reconhecer os sentimentos da cliente;*
- *Respeitar o que a cliente diz para mostrar que a compreende.*

Passe um filme/ vídeo sobre “Aconselhamento” se disponível.

PLANEAMENTO FAMILIAR PÓS-PARTO E PÓS-ABORTO

Em muitos países, o PF é uma parte do programa pós-parto e, como tal, concentra-se, habitualmente, nas mulheres que deram à luz. O PF pós-aborto, normalmente, não é enfatizado. A combinação de serviços pós-parto e pós-aborto pode, muitas vezes, significar que as necessidades especiais das mulheres pós-aborto são negligenciadas, especialmente as necessidades das mulheres solteiras e adolescentes. Nestas circunstâncias, as mulheres e jovens, incluindo as adolescentes que tiveram um aborto, podem, inadvertidamente verem-lhes negado o acesso a serviços e cuidados pós-aborto de qualidade. O **Quadro 9** resume os factores que afectam o PF pós-parto e pós-aborto.

Ponto de Discussão

*Antes de introduzir o conteúdo do **Quadro 9** faça duas colunas no quadro. Escreva “planeamento familiar pós-parto” no topo de uma das colunas e “planeamento familiar pós-aborto” no cimo da outra. Peça aos alunos para identificarem os factores que afectam cada um deles. Escreva as respostas, que devem incluir pelo menos alguns pontos do **Quadro 9**, na coluna correspondente. Use a informação do **Quadro 9** para preencher qualquer falha e discutir os pontos menos claros para os alunos.*

Qual a experiência dos alunos até ao momento? As respostas às necessidade de PF das mulheres pós-aborto e das jovens por um lado, das mulheres pós-parto, por outro, são diferentes ou idênticas? Peça-lhes que partilhem as suas experiências, neste campo? Realce a importância de ir ao encontro das necessidades especiais de PF de todas as mulheres pós-aborto (especialmente das jovens e adolescentes, uma vez que este é o grupo, em muitos países, onde existe uma procura crescente por uma variedade de razões. Parte da discussão pode ser sobre: porque é que existe um número crescente de gravidezes não desejadas em mulheres jovens e adolescentes).

Quadro 9- Factores que afectam o planeamento familiar pós-parto e pós-aborto

Pós-parto	Pós-aborto
Sistema de saúde	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidade para aconselhamento/ distribuição dos métodos, aumentada pelos múltiplos contactos da mulher com o sistema de saúde; ▪ O PF pode estar disponível na enfermaria de obstetrícia; ▪ Facilidade em identificar a mulher no período pós-parto, para seguimento de PF; ▪ Orientação preventiva dos cuidados; ▪ Ambiente tipicamente de apoio, especialmente as atitudes dos profissionais de saúde para com as mães. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidade mínima para aconselhamento/ distribuição dado que, habitualmente a mulher/ jovem só tem um contacto com o sistema de saúde; poucas regressam para seguimento; ▪ Cuidados prestados na enfermaria da urgência ou de ginecologia onde o PF não é oferecido por rotina; ▪ Dificuldade em identificar a mulher no período pós-aborto para oferta de serviços de PF; ▪ Abordagem curativa, orientada para uma situação de crise; ▪ Atitudes dos profissionais de saúde, muitas vezes insensíveis e punitivas em relação às mulheres e em especial às jovens, adolescentes e mulheres solteiras que abortaram.
Clínicos	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atraso no início da menstruação, especialmente se estiver a amamentar; ▪ A amamentação impossibilita o uso de alguns métodos hormonais. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Início imediato da ovulação e menstruação; ▪ As complicações do aborto inseguro podem influenciar a escolha ou o início do método.
Psicossociais/ culturais	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A mulher ou jovem identifica-se como mãe; ▪ Há apoio social para as mães; ▪ Algumas práticas pós-parto, adiam o risco de gravidez; ▪ O “papel de fertilidade” é aceite pela sociedade; ▪ A mulher/jovem rapariga pode ver adiado o risco de uma gravidez. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pouco se conhece sobre as percepções das mulheres ou jovens raparigas sobre si próprias e a experiência do aborto; ▪ Pouco apoio social, após o aborto. Para as adolescentes e jovens podem verificar-se medidas punitivas por parte da família e/ ou comunidade; ▪ Conhece-se pouco acerca das práticas pós-aborto; ▪ O “papel de fertilidade”, não é reconhecido em situações pós-aborto; ▪ A mulher/ jovem pode não saber que existe um regresso quase imediato à fertilidade.

Fonte: Adaptado de Benson J et al. *Meeting Women's Needs for Post-abortion Family Planning: Framing the Questions*. Carrbora, IPAS 1992.

QUALIDADE DOS CUIDADOS

Os serviços de PF pós-aborto precisam de ser desenhados, prestados, geridos e avaliados de forma a reconhecer as necessidades especiais, interesses e atitudes das mulheres, jovens e adolescentes, no contexto específico de cada país. Em alguns países ainda é difícil a raparigas solteiras e adolescentes receberem PF. Um serviço de cuidados de saúde primários integrado evitaria estes problemas e ao mesmo tempo permitiria uma maximização dos recursos existentes.

O profissional de saúde deve reconhecer que todas as clientes pós-aborto, independentemente da sua idade, estado civil, etnia, estatuto sócio-económico ou crenças religiosas, têm direito a:

Informação – aprenderem sobre os benefícios e disponibilidade do PF.

Acesso – obter serviços independentemente do sexo, crenças, cor, estado civil, idade ou localização.

Escolha – decidirem livremente sobre a prática do PF e o método a usar.

Segurança – poderem praticar um método de PF seguro e efectivo.

Privacidade – serem aconselhadas ou receberem cuidados com toda a privacidade.

Confidencialidade – terem a certeza que qualquer informação pessoal será confidencial

Dignidade – serem tratadas com cortesia, consideração e atenção.

Conforto – sentirem-se confortáveis quando recebem os cuidados.

Continuidade – receberem os cuidados contraceptivos e os medicamentos ou dispositivos, durante o tempo necessário.

Opinião – serem livres de expressar os seus pontos de vista acerca dos serviços oferecidos e prestados.

Seis elementos de cuidados de qualidade

Devem ser considerados seis elementos da qualidade dos cuidados no PF pós-aborto¹⁵. Estes elementos são:

- 1. Momento do aconselhamento e prestação de serviços.*
- 2. Escolha de métodos.*
- 3. Informação e aconselhamento.*
- 4. Competência técnica.*
- 5. Relações interpessoais.*
- 6. Continuidade através de ligações entre serviços.*

Use a informação seguinte para ajudar os alunos a compreenderem cada um destes elementos. À medida que a Sessão progride, encoraje os alunos a considerarem os elementos relativamente aos seus contextos particulares de prática clínica mas também em relação aos diferentes grupos de mulheres, jovens, solteiras, adolescentes, comunidades marginalizadas, etc.

¹⁵ World Health Organization. *Post-Abortion Family Planning: A practical Guide for Programme Managers*. WHO/RHT/97.20. Geneva, World Health Organization 1997.

Momento de aconselhamento e prestação de serviços

Os seguintes pontos devem ser tidos em conta quando se decide acerca da melhor altura para oferecer PF pós-aborto:

- Oferta de protecção contraceptiva relativamente à possibilidade imediata de uma gravidez não desejada: para uma mulher/ jovem mulher que não quer engravidar, ela ou o seu parceiro devem usar um contraceptivo, que seja efectivo, assim que reiniciem as relações sexuais.
- Prestação de aconselhamento para ajudar a mulher/ jovem a tomar as suas próprias decisões, sobre PF e a seleccionar um método que possa usar de forma efectiva, enquanto não quiser engravidar: a decisão de utilização de um método contraceptivo, particularmente, de longa duração ou permanente, deve ser tomada quando a mulher/ jovem, não está sobre stress ou dor.
- Capacidade de aproveitar as oportunidades disponíveis: como o momento em que se recebe tratamento para um aborto poder não ser o mais adequado para aconselhamento, a mulher/ jovem deve ter outras oportunidades para receber aconselhamento ou serviços. Deve ter acesso a aconselhamento e serviços de PF ou ao método da sua escolha, após os cuidados abortivos, se deixar a instituição de saúde sem estes. A mulher não deve ser impedida, por alguém ou por qualquer circunstância, de usar os serviços disponíveis.

A resposta à questão “qual a melhor altura para oferecer aconselhamento sobre contraceptivos e serviços?” varia de acordo com cada mulher/ jovem e com a capacidade da instituição de saúde onde são tratadas. Em muitas instituições podem ser disponibilizados uma série de serviços de PF às mulheres que sofreram complicações pós-aborto, enquanto que noutras os serviços prestados podem ser mais limitados. No entanto, antes de terem alta, as mulheres, seja qual for a instituição, devem, no mínimo, compreender a seguinte informação:

- O regresso imediato da ovulação pode conduzir a uma gravidez não desejada muito próximo do aborto e até antes da primeira menstruação pós-aborto;
- Disponibilidade na instituição onde foi tratada, ou, noutra, de métodos contraceptivos efectivos e seguros, incluindo contracepção de emergência, para prevenir gravidezes não desejadas subsequentes;
- Disponibilidade e localização dos serviços locais de PF para reabastecimento, oferta de métodos permanentes ou de longa duração e cuidados continuados relacionados.

Escolha do método

Não existe motivo médico para limitar a escolha de métodos contraceptivos disponíveis para as mulheres em situações pós-aborto. Todos os métodos podem ser considerados para uso após-aborto desde que: a) não haja complicações que requeiram tratamento futuro; b) seja feito rastreio apropriado das contra-indicações de cada método; e c) se ofereça bom aconselhamento (ver **Quadro 10**).

Quadro 10 – Contraceptivos pós-abortos: orientação ao aconselhamento

Método	Início após-aborto	Comentários
Contraceptivos orais [pílulas contraceptivas orais combinadas (COC) e pílulas contraceptivas de progesterona (PCP)]	Iniciar o uso de COC e PCP imediatamente, de preferência no dia do tratamento.	Podem ser iniciados, imediatamente, mesmo se estiver presente uma infecção. Se não se conseguir garantir aconselhamento adequado e uma tomada de decisão informada, atrasar o início do uso e, entretanto, proceder ao uso de preservativos. Nenhuma protecção contra IST/ VIH.
Injectáveis [depo-medroxiprogesterona (DMPA), ciclofem e Mesigyna]	Podem ser administrados imediatamente.	Podem ser iniciados, imediatamente, mesmo se estiver presente uma infecção. Se não se conseguir garantir aconselhamento adequado e uma tomada de decisão informada, atrasar a primeira injeção e, entretanto, proceder ao uso de preservativos. Nenhuma protecção contra IST/ VIH.
Implantes (Norplant)	Podem ser administrados imediatamente.	Podem ser iniciados, imediatamente, mesmo se estiver presente uma infecção. Se não se conseguir garantir aconselhamento adequado e uma tomada de decisão informada, atrasar a primeira inserção e, entretanto, proceder ao uso de preservativos. É necessário, ter acesso a um prestador competente na inserção e remoção. Nenhuma protecção contra IST/ VIH.
DIU	Aborto no primeiro e segundo trimestre: Os DIU podem ser inseridos, se puder ser excluído o risco ou presença de infecção. Atrasar a inserção até as lesões graves terem cicatrizado, a hemorragia estar controlada e a anemia aguda melhorada.	Pode ocorrer perfuração uterina, durante a inserção. Se não se conseguir garantir aconselhamento adequado e uma tomada de decisão informada, atrasar a primeira inserção e, entretanto, proceder ao uso de preservativos. É necessário, ter acesso a um prestador competente na inserção e remoção. Nenhuma protecção contra IST/ VIH. Existe alguma preocupação sobre o risco de expulsão, pós-aborto do segundo trimestre.
Métodos de barreira externos e espermicidas (preservativos, esponjas, espuma, creme, película, gel, supositórios e comprimidos)	Iniciar assim que se iniciarem as relações sexuais.	Bons métodos para usar, quando outro método melhor tem de ser adiado. As relações sexuais devem ser adiadas até a hemorragia ter cessado (5 a 7 dias). Os preservativos de látex e vinil protegem contra as IST/VIH.
Métodos de barreira internos com espermicidas (diafragma com esponja, creme ou gel)	O diafragma pode ser introduzido, imediatamente, após um aborto no primeiro trimestre. Após um aborto do segundo trimestre a inserção deve ser adiada até o útero regressar ao tamanho anterior à gravidez (em 6 semanas).	O diafragma inserido, antes de uma gravidez até ao segundo trimestre, pode ser muito pequeno devido às alterações no tecido vaginal ou colo do útero. Pode dar alguma protecção contra IST; não se pode assumir protecção contra VIH.

Quadro 10 – Contraceptivos pós-abortos: orientação ao aconselhamento

Método	Início após-aborto	Comentários
Métodos baseados no ciclo da fertilidade natural	Não recomendados para uso pós-aborto. As mulheres podem usar o método do calendário, assim que tiverem tido 3 menstruações, após o aborto.	Sem protecção contra IST/VIH.
Laqueação das trompas de falópio	A laqueação das trompas de falópio (minilaparotomia ou laparoscopia) pode ser efectuada, imediatamente, após um aborto sem complicações. Em casos de sépsis ou febre pós-aborto, hemorragia pós-aborto grave, traumatismo grave do tracto genital, ou hematometra aguda, o procedimento deve ser adiado, até ter terminado o tratamento satisfatório e/ou as lesões terem cicatrizado.	A laqueação das trompas de falópio, após um aborto incompleto no primeiro trimestre, é semelhante a um procedimento intercalar. Após um aborto no segundo trimestre, é semelhante a um procedimento pós-parto. O aconselhamento adequado, a tomada de decisão e o consentimento informados devem ser anteriores a procedimentos voluntários de esterilização (laqueação das trompas de falópio ou vasectomia). No entanto, tal não é, muitas vezes, possível na altura dos cuidados de emergência. Sem protecção contra as IST/VIH.

Fonte: A informação deste quadro baseia-se em: World Health Organization. *Improving Access to Quality Care in Family Planning. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. Second Edition, . WHO/RHT/00.2. Geneva, World Health Organization 2000 e Blumenthal PD, McIntosh N. *Pocket Guide for Family Planning Service Providers*. Baltimore, JHPIEGO 1995.

A situação médica de cada mulher/ jovem, as suas preferências, capacidade de usar o método e acesso aos serviços de seguimento irão determinar a adequação de cada método. Para mais informação, consultar as directrizes da OMS.*

O papel do prestador de cuidados é informar a mulher/ jovem, de forma isenta, sobre a efectividade dos métodos, seus benefícios e limitações, o uso correcto de todos os disponíveis ou dos que lhe interessam, ajudá-la a identificar os factores da sua vida que possam afectar o uso bem sucedido de contraceptivos e encaminhá-la, se necessário, para aconselhamento e/ou tratamentos mais especializados.

É também essencial avaliar, em cada caso o risco de infecção por IST/VIH. Quando o risco de transmissão de IST/VIH estiver presente, é importante que o prestador de cuidados recomende, fortemente, o uso de preservativos de látex, para além do método escolhido pela mulher.

Independentemente do método escolhido, recomenda-se que a mulher/ jovem não tenha relações sexuais, até a hemorragia pós-abortiva, ter terminado.

Informação e Aconselhamento

Os serviços de informação e o aconselhamento de PF para clientes pós-aborto devem ir ao encontro dos critérios para serviços de PF de qualidade. O prestador de cuidados deve perguntar à mulher/ jovem se esta quer ficar grávida novamente, se usava método de PF antes, se tinha algum problema com o método e se tem um método da sua preferência. Deve ser prestada particular atenção a qualquer mulher/ jovem que estava a usar um método na altura em que engravidou, para determinar as possíveis explicações para a falha do método. Enquanto algumas gravidezes não desejadas podem resultar de falência do método, outras podem resultar do uso incorrecto do método, da interrupção do mesmo devido aos efeitos secundários ou por impossibilidade de obter um reabastecimento. É também importante verificar se a desaprovação do parceiro e/ou a família afectam a escolha da mulher e uso subsequente de contraceptivos.

*Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/RHR/00.02). À medida que surgem novas evidências, este documento é actualizado no website da OMS www.who.int/reproductivehealth

Deve, também, em casos de falência do contraceptivo, ser dada informação sobre o uso e disponibilidade de contracepção de emergência para a prevenção de gravidezes não desejadas. Esta informação é especialmente importante para as mulheres/jovens que não podem começar a usar imediatamente o seu método de contracepção de eleição.

Para colocar todas estas questões, é necessária sensibilidade quanto aos sentimentos da mulher na altura e às razões do aborto. Por exemplo, se o aborto se seguiu a uma gravidez não desejada, em consequência de uma violação, é importante perguntar se a mulher quer voltar a engravidar. Podem ser colocadas questões sobre possíveis necessidades futuras, acerca da contracepção.

Ponto de Discussão

Escreva a informação na seguinte caixa no quadro ou flipchart e discuta cada ponto com a turma. Convide os alunos a partilharem as suas experiências relacionadas com alguns dos pontos. Por exemplo,

- *Como ganham a confiança do cliente?*
- *Como encorajam os clientes a colocarem questões?*
- *Como apresentam a informação de uma forma isenta?*
- *Como asseguram que usam uma abordagem livre de juízos de valor?*

Pontos Chave para um Bom Aconselhamento de Planeamento Familiar

Um bom conselheiro (uma parteira, por exemplo):

- Compreende e respeita os direitos do cliente;
- Ganha a confiança do cliente;
- Compreende os benefícios e as limitações de todos os métodos contraceptivos;
- Compreende os factores culturais e emocionais que afectam a decisão da mulher/ jovem mulher (ou casal) em usar um determinado método contraceptivo;
- Encoraja o cliente a colocar questões;
- Usa uma abordagem livre de juízos de valor que mostra, ao cliente, respeito e gentileza;
- Apresenta a informação de uma forma isenta e sensível;
- Ouve activamente as preocupações do cliente;
- Compreende o impacto da comunicação não verbal;
- Reconhece quando não consegue ajudar, de forma adequada, um cliente e encaminha-o para alguém que o pode fazer.

Fonte: McIntosh N, Oliveras E (Editors). *Service Delivery Guidelines for Family Planning Service Programs*. Baltimore, JHPIEGO 1996.

Competência Técnica	<p>Os profissionais de saúde, que prestam cuidados pós-aborto, necessitam de ter competências e conhecimentos para tratar as complicações do aborto e prestar aconselhamento e serviços de PF. Tal significa que o pessoal tecnicamente competente (parteiras, enfermeiras, etc.) deve demonstrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidado, sensibilidade e exaustividade na informação dada ao cliente acerca do método escolhido; ▪ Conhecimento, atitudes e competências para prestar serviços de PF; ▪ Conhecimento sobre e capacidade de reconhecer problemas reais e potenciais; ▪ Capacidade para tomar acção clínica apropriada em resposta a estes problemas, incluindo saber quando e para onde encaminhar os clientes com problemas graves; ▪ Bom julgamento clínico.
Relações Interpessoais	<p>As atitudes dos profissionais de saúde têm um efeito significativo nas suas interacções com os doentes. Por vezes, os profissionais de saúde expressam juízos de valor em relação às mulheres que tiveram um aborto. No entanto, não devem permitir que os seus pontos de vista pessoais afectem a sua capacidade para prestar serviços livres de juízos de valor. O aconselhamento de PF requer uma comunicação efectuada para ajudar as mulheres e jovens, a seleccionar os métodos apropriados à sua situação individual. Esta comunicação não é possível se os prestadores tratarem as doentes de uma forma preconceituosa.</p>
Continuidade através de ligação entre serviços	<p>A prestação de serviços de PF pós-abortivos não acaba quando a mulher/ jovem escolhe e começa a usar um método contraceptivo. A continuidade dos cuidados de PF significa acesso a serviços que lhe permitirão continuar a usar o método escolhido, tratamento de seguimento em caso de complicações, explicação de quaisquer preocupações acerca do método, mudança de método e interrupção do uso, quando assim o desejar.</p>

PREOCUPAÇÕES CLÍNICAS SOBRE CONTRACEPÇÃO PÓS- ABORTIVA

As preocupações clínicas relacionadas com um aborto ou com as complicações de um aborto inseguro devem ser consideradas quando se avaliam os métodos mais apropriados para cada mulher/jovem. As complicações mais graves pós-aborto, que colocam a vida em risco são: infecção que pode estar localizada à pélvis ou ser generalizada; lesões incluindo perfuração uterina e lesão intra-abdominal, que requerem intervenção cirúrgica; hemorragia; e choque.

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (CE)

A contracepção de emergência deve ser usada a seguir a uma relação sexual não protegida se a gravidez não foi planeada ou desejada, e não deve ser oferecida como um método contraceptivo regular.

Os contraceptivos de emergência incluem:

- **Pílulas contraceptivas de emergência (PCE):** outros tratamentos incluem pílulas contraceptivas combinadas, pílulas de progesterona, antiprogestinas (mifepristona) e DIU (libertadores de Cobre), embora as PCE sejam consideradas, actualmente, o melhor método de escolha uma vez que são menos invasivas e não requerem o uso de equipamento e de instalações especiais (ver secção sobre Instruções para o Cliente Sobre PCE).
- **DIU:** inserir, nos 5 cinco dias, a seguir a relação sexual desprotegida.
- **Antiprogestinas:** tomar 600 mg de mifepristona, até 72 horas, após a relação sexual não protegida.

Os benefícios da CE são:

- Todos são muito efectivos (menos de 3% das mulheres engravidam durante o ciclo).
- Os DIU também oferecem contracepção a longo prazo.

Existem algumas limitações que incluem:

- A efectividade da PCE começa a decrescer, 72 horas após a relação sexual desprotegida;
- A PCE pode causar náuseas, vómitos e dor mamária;
- As pílulas de progesterona devem ser usadas, preferencialmente, dentro das 72 horas e repetidas em 12 horas, mas causam menos náuseas e dor mamária;
- As antiprogestinas parecem ser eficazes, se forem apenas usadas, nas 72 horas, a seguir à relação sexual desprotegida; actualmente são dispendiosas e só estão disponíveis, em alguns países;
- Os DIU são efectivos, se forem inseridos, nos 5 dias, após a relação sexual não protegida;
- A inserção do DIU requer um prestador adequadamente treinado, e não deve ser feito em mulheres com risco de IST (por exemplo, VHB, VIH/SIDA).

Quem é que pode usar a CE?

- As clientes que necessitem de protecção de emergência (por exemplo, relação sexual não planeada e desprotegida, preservativo perfurado ou com fuga ou outra falha no método regular).

Quem é que não deve usar contracepção de emergência?

- Mulheres que estão grávidas ou que se suspeita estarem grávidas.

Quem é que pode prestar serviços de contracepção de emergência?

- Médicos;
- Enfermeiras, parteiras, paramédicos.

Onde podem ser prestados os serviços de contracepção de emergência?

- Hospitais;
- Clínicas;
- Postos de saúde;
- Consultórios particulares.

Indicações:

- Relação sexual vaginal, sem uso de contraceptivo;
- Relação sexual vaginal com uma falha do contraceptivo ou da sua utilização, incluindo:
 - Utilização incorrecta do preservativo, rotura ou fuga,
 - Esquecimento de duas ou mais tomas consecutivas de pílula contraceptiva oral,
 - Atraso de mais de 2 semanas para injeção contraceptiva de progesterona (acetato de medroxiprogesterona ou enantato de noretistorona),
 - Atraso de 3 dias ou mais para injeção de oestrogénio/estrogénio e progesterona (acetato de medroxiprogesterona e cipionato de estradiol),
 - Rotura, remoção precoce ou deslocação de diafragma,
 - Coito interrompido falhado (por exemplo, ejaculação na vagina ou genitália externa),
 - Falha dos comprimidos espermicidas ou da película antes da relação sexual vaginal,
 - Erro de cálculo, no método do período de abstinência ou falha de abstinência nos dias férteis do ciclo,
 - Expulsão do DIU.
- Em casos de violência sexual em que a mulher/ jovem não estava protegida por um método contraceptivo de confiança.

Instruções para a cliente sobre PCE

Regime de pílula contraceptiva oral combinada:

Pílulas de baixa dosagem: Tome 4 comprimidos de uma pílula contraceptiva oral combinada de baixa dosagem (30-35ug etinilestradiol) oralmente, assim que possível, após a relação sexual desprotegida (para um melhor resultado, nas 72 horas após a relação sexual não protegida). Depois tome mais 4 comprimidos, 12 horas após a primeira toma. (Total = 8 comprimidos). OU

Pílulas de alta dosagem: Tome 2 comprimidos de uma pílula contraceptiva oral combinada de alta dosagem (50ug etinil estradiol) oralmente, assim que possível, após a relação sexual desprotegida (para um melhor resultado, nas 72 horas após a relação sexual não protegida). Depois tome mais 2 comprimidos, 12 horas após a primeira toma. (Total = 4 comprimidos).

Pílulas contraceptivas de progesterona: tomar 1 comprimido Postinor (750ug de levonogestrel cada) ou 20 comprimidos Ovrette (75ug norgestrel cada) oralmente, assim que possível, após a relação sexual desprotegida (para um melhor resultado, nas 72 horas após a relação sexual desprotegida). Depois, se usar Postinor ou um equivalente tome 1 ou para Ovrette ou equivalente tome 20 comprimidos 12 horas após a primeira dose.(total = 2 comprimidos Postinor ou 40 comprimidos Ovrette).

Todas as utilizadoras da PCE devem ser avisadas que a probabilidade de ficar grávida aumenta substancialmente, se a primeira dose for tomada depois das 72 horas após a relação sexual.

Para todos os métodos de CE, se não houver menstruação nas três semanas seguintes, a cliente deve consultar um clínico para verificar a possibilidade de estar grávida.

Deve ser dada informação a todas as clientes sobre os possíveis efeitos secundários e sobre o que fazer se estes ocorrerem. O quadro que se segue dá conta da acção do prestador para possíveis efeitos secundários.

Quadro 11 - Ação do prestador no tratamento dos efeitos secundários da CE

Efeito secundário	Ação do prestador
<p>Pílulas contraceptivas orais combinadas e de progesterona:</p> <p>Náuseas, vômitos.</p>	<p>Avise a cliente da possibilidade deste efeito adverso.</p> <p>As náuseas e os vômitos são menos frequentes nas utilizadoras de pílulas contraceptivas de progesterona, pelo que se os sintomas forem graves num regime de pílula contraceptiva oral combinada, pode experimentar as primeiras.</p> <p>Se os vômitos ocorrerem, na primeira hora, após a toma da primeira ou da segunda dose, a cliente pode repetir a dose ou a dose pode ser administrada por via vaginal.</p> <p>Os anti-eméticos podem ajudar, administrados antes da primeira dose da PCE .</p>
<p>Sangramento irregular ou spotting</p>	<p>Informe todas as mulheres, que cerca de 8% das mulheres que usam a PCE experimentam sangramento irregular ou <i>spotting</i>.</p> <p>Durante o ciclo de tratamento cerca de 50% irão ter a menstruação na altura esperada e as outras iniciá-la-ão mais cedo do que o esperado.</p> <p>Informe as mulheres que a toma da PCE não provoca necessariamente a menstruação imediata; a maioria das mulheres terá uma menstruação uma semana antes ou depois da altura esperada.</p>
<p>Outros efeitos secundários conhecidos:</p> <p>Outros efeitos secundários relatados pelas utilizadoras da PCE incluem dor abdominal, sensibilidade mamária, cefaleias, tonturas e fadiga.</p>	<p>Estes efeitos adversos não ocorrem normalmente mais de alguns dias após o início do tratamento. As mulheres devem ser avisadas que, normalmente, estes efeitos adversos desaparecem espontaneamente dentro de 24 horas. No entanto um analgésico de venda livre pode ajudar em caso de dores abdominais e sensibilidade mamária.</p> <p>Relativamente à dor abdominal é importante excluir complicações pós-aborto tais como perfuração uterina e/ou infeção pelo que qualquer mulher com dor abdominal grave ou dor abdominal, há mais de 24 horas deve ser encaminhada para mais investigações.</p>

Ponto de discussão *O Quadro 10 apresenta as linhas de orientação para aconselhamento sobre contraceção pós-aborto.*

Para cada método contraceptivo, é incluída informação sobre quando o método pode ser introduzido após o aborto.

Outros pontos importantes a considerar são incluídos na coluna dos comentários.

Reveja e discuta a informação dos Quadros 10 e 11 com os alunos e assegure-se de que eles a compreendem.

Faça o mesmo com o Quadro 12, que apresenta orientações para a utilização de contraceptivos, na presença das complicações pós-aborto mais comuns.

A informação nestes quadros deve contribuir para sistematizar os conhecimentos de PF e as competências que os alunos já têm e ajudá-los a irem ao encontro das necessidades pós-aborto das mulheres sob os seus cuidados.

ORIENTAÇÕES PARA ACÇÕES CORRECTIVAS DE EFEITOS ADVERSOS

Quadro 12 – Contraceção pós-aborto: orientações para uso de contraceptivos na presença de complicações		
Complicação	Precauções	Recomendações
<p>Diagnóstico confirmado ou presumido de infecção</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sinais e sintomas de sépsis /infecção; ▪ Sinais de aborto inseguro; ▪ Incapacidade para excluir a infecção. 	<p>DIU: Não inserir até o risco de infecção ter sido excluído ou a infecção desaparecido, por completo (aproximadamente 3 meses, após o fim do tratamento).</p> <p>Esterilização feminina voluntária: não realizar o procedimento até o risco de infecção ter sido afastado ou a infecção ter desaparecido, por completo (aproximadamente 3 meses após o fim do tratamento).</p>	<p>Contraceptivos orais (pílulas contraceptivas orais combinadas e pílulas contraceptivas de progesterona): pode iniciar-se a utilização imediatamente.</p> <p>Implantes (Norplant): pode iniciar-se a utilização imediatamente.</p> <p>Injectáveis [depo-medroxiprogesterona (DMPA), Cyclofem, Mesigyna]: pode-se iniciar a utilização imediatamente.</p> <p>Preservativo: pode ser usado quando se iniciarem as relações sexuais.</p> <p>Diafragma: pode ser usado quando se iniciarem as relações sexuais.</p> <p>Espermicidas: podem ser usados, quando se iniciarem as relações sexuais.</p>
<p>Lesão do tracto genital</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfuração uterina (com ou sem lesão dos intestinos); ▪ Lesões do colo do útero e vaginais graves, incluindo queimaduras químicas. 	<p>DIU: não inserir, até a lesão ter cicatrizado.</p> <p>Diafragma: não usar até a lesão cervical ou vaginal ter cicatrizado.</p> <p>Esterilização feminina voluntária: não realizar o procedimento, até a lesão ter cicatrizado.</p>	<p>Contraceptivos orais (pílulas contraceptivas orais combinadas e pílulas contraceptivas de progesterona): pode iniciar-se a utilização imediatamente.</p> <p>Implantes (Norplant): pode iniciar-se a utilização imediatamente.</p> <p>Injectáveis [depo-medroxiprogesterona (DMPA), Cyclofem, Mesigyna]: pode iniciar-se a utilização imediatamente.</p> <p>Preservativo: pode ser usado quando se iniciarem as relações sexuais.</p> <p>Diafragma: pode ser usado quando se iniciarem as relações sexuais (pode ser usado na perfuração uterina, não complicada).</p> <p>Espermicidas: podem ser usados quando se iniciarem as relações sexuais (pode ser usado na perfuração uterina, não complicada).</p>
<p>Hemorragia grave e anemia grave relacionada (Hb < 7 mg/dl ou Hct < 20).</p>	<p>Implantes (Norplant): adiar a inserção, até haver melhoria da anemia aguda.</p> <p>Injectáveis [depo-medroxiprogesterona (DMPA), Cyclofem, Mesigyna]: adiar a injeção, até haver melhoria da hemorragia.</p> <p>Pílulas contraceptivas de progesterona: usar com cuidado, até haver melhoria da anemia aguda.</p> <p>Esterilização feminina voluntária: Não executar o procedimento, até a causa da hemorragia ou da anemia estar tratada.</p>	<p>Pílulas contraceptivas orais combinadas : pode iniciar-se, imediatamente (benéfico quando a hemoglobina está baixa).</p> <p>Injectáveis [depo-medroxiprogesterona (DMPA), Cyclofem, Mesigyna]: pode iniciar-se imediatamente.</p> <p>DIU (com libertação de progesterona) pode ser usado com anemia grave (diminui a perda de sangue menstrual).</p> <p>Preservativo: pode ser usado quando se iniciarem as relações sexuais.</p> <p>Diafragma: pode ser usado quando se iniciarem as relações sexuais.</p> <p>Espermicidas: pode ser usado quando se iniciarem as relações sexuais.</p>

Fonte: A informação deste quadro baseia-se em: Blumenthal PD, McIntosh N. *Pocket Guide for Family Planning Service Providers*. Baltimore, JHPIEGO 1995.

REPRESENTAÇÃO

O objectivo desta actividade é dar aos alunos a oportunidade de representarem / observarem as competências de aconselhamento sobre PF pós-aborto.

- 1. Providencie espaço/ salas adicionais que possam ser usados para simular um espaço/sala de cuidados de PF.*
- 2. Reveja, com a turma, as “Instruções para os alunos” – Representação, para se assegurar que os alunos compreendem o que é esperado.*
- 3. Divida a turma em grupos de três. Cada aluno do grupo irá ter a oportunidade de representar o “cliente”, a “parteira” e o “observador”.*
- 4. Reveja a “Lista de Verificação para as Competências de Aconselhamento” com os grupos para se certificar que estes compreendem como a usar.*
- 5. Distribua a cada elemento do grupo um cartão com a “Informação para a cliente” e um cartão com a “Informação para a conselheira”.*
- 6. Dê ½ hora para o grupo completar a actividade, o que será suficiente para que cada membro do grupo represente cada um dos três papéis.*
- 7. Supervisione a actividade, deslocando-se a todos os grupos, o que lhe permitirá assegurar-se que a actividade decorre como esperada e observar as competências de aconselhamento dos alunos.*
- 8. Dê 10 minutos a cada grupo para fazer o feedback sobre o resultado da representação.*

Feedback e discussão

Durante o feedback de cada um dos grupos, recorra as perguntas seguintes para guiar a discussão:

A parteira obteve a informação relevante acerca da gravidez e do aborto?

A parteira obteve a informação relevante acerca do uso, passado e futuro, de métodos de PF?

A parteira elicitou informação sobre o desejo da mulher/ jovem engravidar novamente?

A parteira aplicou o método de aconselhamento apropriado, tendo em conta as preocupações clínicas identificadas?

Adicionalmente, discuta as competências de escuta activa e de interrogação usadas/ observadas durante a actividade.

“INSTRUÇÕES PARA OS ALUNOS” – REPRESENTAÇÃO

1. Cada membro do grupo terá oportunidade para representar uma “cliente”, uma “parteira” e um observador.
2. Quando representarem a cliente, usem a informação no cartão denominado “Informação para a cliente”.
3. Quando representarem a “parteira” usem a informação no cartão denominado “Informação para a conselheira”.
4. Quando representarem o “observador” use a “Lista de Verificação do Aconselhamento” para observar como é que a “parteira” interage com a “cliente”. Usem a coluna dos “comentários” para registarem as observações positivas e as áreas problemáticas.
5. Têm 1 ½ horas para completar a actividade o que permite 25 minutos para cada representação (inclui tempo de preparação) mais 5 minutos para o “observador” fazer o feedback sobre a sessão de aconselhamento. O feedback deve contemplar todos os pontos da “Lista de Verificação de Competências”.

Informação para a Cliente – Maria

- Tem 17 anos.
- Foi tratada por aborto incompleto e fez antibióticos por infecção ligeira.
- Não usava contraceptivos no passado, por não saber onde e como os obter.
- Quer usar contraceptivos porque tem medo de voltar a engravidar.
- Não tem problemas médicos é normalmente saudável.

Informação para a Cliente – Ana

- Tem 25 anos e 4 filhos.
- Foi tratada no centro de saúde, por aborto incompleto.
- Perdeu muito sangue antes de ser tratada no centro de saúde.
- Tem usado pílulas contraceptivas, mas toma uma de dois em dois dias porque assim as pílulas que compra para um mês duram dois meses o que a ajuda a poupar dinheiro.
- Não quer outra gravidez e quer continuar a tomar a pílula.
- Tem anemia. Sem outros problemas de saúde.

Informação para a Cliente – Sofia

- Tem 37 anos e 9 filhos.
- Foi tratada no hospital por aborto incompleto.
- Fez uma operação para reparar as lesões ocorridas durante o aborto.
- Teve três abortos, nos dois últimos anos efectuados pela mesma pessoa, sem treino, da sua aldeia.
- Tem muito medo de voltar a engravidar.
- Nunca usou contraceptivos porque acredita poderem causar cancro.

Informação para a Conselheira - Maria

- Maria tem 17 anos.
- Foi tratada por aborto incompleto e fez antibióticos, por infecção ligeira;
- Maria necessita de ser aconselhada acerca de planeamento familiar pós-aborto;
- Precisa de falar com a Maria sobre:
 - A gravidez recente (Quis engravidar? Foi o primeiro aborto?);
 - Engravidar novamente (Quer engravidar novamente?);
 - Se usava um método de PF antes e se o usava de forma correcta, se parou de o usar ou se teve problemas para o usar;
 - Se, actualmente, quer usar um método;
 - O(s) método(s) mais adequados para usar;
 - Como e onde poderá obter o método que escolher;
 - Onde se pode dirigir se tiver questões/ problemas com o método, depois de o começar a usar.

Informação para a Conselheira - Ana

- A Ana tem 25 anos e quatro filhos.
- Foi tratada no centro de saúde por aborto incompleto.
- Perdeu muito sangue antes de ir ao centro de saúde para tratamento.
- Tem anemia mas não tem qualquer outro problema de saúde.
- Ana precisa de ser aconselhada sobre PF pós-aborto.
- Precisa de falar com a Ana sobre:
 - A gravidez recente (Quis engravidar? Foi o primeiro aborto?);
 - Engravidar novamente (Quer engravidar novamente?);
 - Se usava um método de PF antes e se o usava de forma correcta, se parou de o usar ou se teve problemas para o usar;
 - Se, actualmente, quer usar um método;
 - O(s) método(s) mais adequados para usar;
 - Como e onde poderá obter o método que escolher;
 - Onde se pode dirigir se tiver questões/ problemas com o método depois de o começar a usar.

Informação para a Conselheira - Sofia

- A Sofia tem 34 anos e nove filhos.
- Foi tratada no hospital por aborto incompleto.
- Foi submetida a uma cirurgia para reparar o útero perfurado.
- Sofia precisa de ser aconselhada sobre PF pós-aborto.
- Precisa de falar com a Sofia sobre:
 - A gravidez recente (Quis engravidar? Foi o primeiro aborto?);
 - Engravidar novamente (Quer engravidar novamente?);
 - Se usava um método de PF antes e se o usava de forma correcta, se parou de o usar ou se teve problemas para o usar;
 - Se, actualmente, quer usar um método;
 - O(s) método(s) mais adequados para usar;
 - Como e onde poderá obter o método que escolher;
 - Onde se pode dirigir se tiver questões/ problemas com o método depois de o começar a usar.

Use a lista de verificação seguinte para verificar se a “parteira” preenche os critérios no que diz respeito às competências de escuta e interrogar, e se cobre as áreas enumeradas. A coluna dos “comentários” pode ser usada para registar as observações positivas ou as áreas problemáticas sobre a interacção da “parteira” com o “cliente”.

Lista de Verificação para o Aconselhamento ✓			
Passos a observar	Sim	Não	Comentários
<p>Escutar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Individualiza a sua forma de abordar a mulher/jovem, sem expressar juízos de valor; ▪ Dá à mulher/jovem mulher tempo para pensar, colocar questões e falar; ▪ Ouve atentamente o que a mulher/ jovem tem para dizer; ▪ Repete ocasionalmente o que a mulher/ jovem disse para assegurar a compreensão. 			
<p>Interrogar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usa um tom de voz que demonstra interesse, preocupação e empatia; ▪ Coloca uma questão de cada vez e espera pela resposta; ▪ Coloca questões que levam a mulher /jovem a expressar as suas necessidades e preocupações; ▪ Evita expressar qualquer juízo acerca da mulher/ jovem. 			
<p>Conteúdo</p> <p>Os seguintes conteúdos devem ser contemplados durante a sessão de aconselhamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A gravidez recente (Quis engravidar? Foi o primeiro aborto?); ▪ Engravidar novamente (Quer engravidar novamente?); ▪ Uso prévio de um método de PF, incluindo se o usava de forma correcta, parou de usar ou se teve problemas para o usar; ▪ Desejo de usar um método; ▪ Adequação do(s) método(s) para usar actualmente; ▪ Local para, no futuro obter o método escolhido; ▪ Local para obter respostas questões/ problemas com o método escolhido. 			

Avaliação

Deve ser dada aos alunos uma oportunidade para praticarem as competências adquiridas nesta sessão, sob supervisão directa e indirecta. O professor deve fazer uma avaliação formal das competências em situação real, usando a Lista de Verificação para o Aconselhamento.

Comentários do professor:

Comentários do aluno:

8. ESTUDOS DE CASO

SESSÃO 8

ESTUDOS DE CASO

FINALIDADES

- Capacitar os alunos para refletirem sobre a prática clínica e compreenderem a importante ligação entre o processo e o resultado no que diz respeito à prevenção da gravidez não desejada e tratamento das complicações do aborto.
- Capacitar o aluno para aprender com as suas experiências e fazer recomendações práticas que melhorarão os resultados do tratamento.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 8 os alunos devem ser capazes de:

1. Apresentar um estudo de caso e discutir as questões importantes relacionadas com este.
2. Identificar a relação entre processo e resultado para os estudos de caso, enfatizando a prevenção da gravidez não desejada e o tratamento do aborto incompleto.
3. Discutir as lições aprendidas com os estudos de caso em termos de aspectos positivos e negativos da prática clínica.
4. Discutir como é que a melhoria dos cuidados maternos globais pode influenciar o tratamento e os resultados das complicações do aborto, dando exemplos da sua experiência pessoal.
5. Explicar a importância da reflexão sobre a prática clínica de modo a avaliar e melhorar os cuidados.

PLANO

Tutorias opcionais.
Estudos de caso.
Trabalho de grupo.
Feedback e discussão.
Carga horária total: 4 horas.

RECURSOS

“Instruções para os alunos”: orientações para os estudos de caso.

“Instruções para o trabalho de grupo”.

Bennet VR, Brown LK (editors). *Myles Textbook for Midwives* (12th Edition). London. Mosby 1993.

INTRODUÇÃO

Se os alunos são muito inexperientes, é aconselhável fazer tutorias individuais ou a pequenos grupos para explicar como fazer um estudo de caso. Use registos clínicos. Estas tutorias têm de ser realizadas antes de prosseguir com esta sessão.

PREPARAÇÃO PARA OS ESTUDOS DE CASO

Durante a prática clínica, deve ser pedido aos alunos que seleccionem um caso e que o estudem para apresentação em sala de aula, tendo em conta as seguintes linhas de orientação.

- *Lembre aos alunos:*
 - *O valor dos estudos de caso;*
 - *A importância de reflectir na prática clínica e de aprender com a experiência;*
 - *A relação entre o processo e o resultado e o papel que as parteiras podem ter nesta fase, de modo a promover uma maternidade saudável.*
- *Reveja o seguinte com os alunos:*

Os estudos de caso dão aos alunos a oportunidade de avaliar a efectividade dos cuidados em situações específicas. Informe os alunos que poderão aprender com as suas experiências assim como com as dos outros. Não se pretende que os estudos de caso sejam usados como uma oportunidade para criticar a prática clínica dos outros. Pelo contrário, os alunos devem ser encorajados a olharem para a prática clínica passada e ver que lições podem ser aprendidas para o futuro. Os estudos de caso devem ser baseados nos registos da doente seleccionados de modo a demonstrar o tratamento de uma condição particular, por exemplo, aborto incompleto. A confidencialidade deve ser mantida ao longo da apresentação dos estudos de caso.

- *Reveja as “Instruções para os alunos” – veja as linhas de orientação para o estudo de caso, detalhadas a seguir.*
- *Divida os alunos em três grupos. Cada grupo irá preparar e apresentar um caso que tenham seleccionado.*
- *Todos os estudos de caso devem estar relacionados com o tratamento do aborto incompleto e pelo menos um dos casos deve ter um resultado negativo (isto é, morte da doente).*
- *Disponibilize uma hora para os grupos finalizarem os estudos de caso, para os apresentarem à turma.*

APRESENTAÇÃO DOS ESTUDOS DE CASO

1. *Apresente os alunos que vão apresentar os estudos de caso.*
2. *Disponibilize 30 minutos para cada apresentação do estudo de caso.*
3. *Comece com a apresentação do estudo de caso 1 e permita perguntas e respostas depois da apresentação.*
4. *Comece com a apresentação do estudo de caso 2 e permita perguntas e respostas depois da apresentação.*
5. *Comece com a apresentação do estudo de caso 3 e permita perguntas e respostas depois da apresentação.*
6. *Resuma as apresentações dos casos realçando:*
 - *O elo entre processo e resultado;*
 - *A influência que as parteiras podem ter, quer no processo quer no resultado, para tornar a maternidade segura.*
7. *Comente de uma forma positiva, a preparação e apresentação dos estudos de caso.*

TRABALHO DE GRUPO

Esta actividade de grupo é desenhada para oferecer uma oportunidade aos alunos para discutirem as questões relevantes, relacionadas com os estudos de caso que apresentaram.

1. *Reveja as “Instruções para o Trabalho de Grupo”, com os alunos, para se assegurar de que estes compreenderam o que é esperado (a composição do grupo deve permanecer a mesma da preparação e apresentação dos estudos de caso).*
2. *Disponibilize 45 minutos para os grupos terminarem o exercício.*
3. *Supervisione a actividade, ocupando algum tempo com cada grupo o que lhe irá permitir assegurar-se de que a actividade prossegue como planeado e observar o resultado de cada aluno.*
4. *Disponibilize 10 minutos para cada grupo dar feedback sobre os resultados da actividade de grupo.*

Feedback e Discussão

No final do trabalho de grupo, deve ter uma lista de pontos sobre boas práticas. Realce que estas são importantes para salvar vidas e promover uma maternidade segura.

A turma deve também ter apresentado mais recomendações sobre as práticas de tratamento do aborto incompleto, que precisam de ser melhoradas. Estas devem incluir:

- **O QUE** precisa de acontecer?
- **COMO** pode acontecer?
- **QUEM** irá assumir a responsabilidade?
- **QUEM** irá ajudar?
- **ONDE** é que terá lugar?
- **QUANDO** terá lugar?
- **QUANDO** será avaliado?

COMO TERMINAR ESTE MÓDULO

Peça a cada aluno para identificar algo que tenha aprendido neste módulo e que já alterou na sua prática. Pode ser um pequeno aspecto, mas os aspectos pequenos podem ser muito importantes.

Realce que cada parteira que continua a aprender e que aplica à sua prática clínica, o que aprende ajuda a promover uma maternidade segura.

Por último, peça a cada aluno que identifique um aspecto da sua prática clínica que tenha intenção de mudar, de modo a promover uma maternidade segura.

Os alunos podem desejar partilhar algumas das mudanças que já fizeram e aquelas que ainda pretendem fazer. Convide-os a fazerem-no mas não os force.

“INSTRUÇÕES PARA OS ALUNOS” - Orientações para o estudo de caso

O vosso estudo de caso deve abordar um aspecto relevante do tratamento do aborto incompleto.

Deve incluir:

Número do caso: (permitirá, se necessário, consultar os registos mantendo o anonimato da mulher).

Idade:	
Paridade:	
Data do primeiro dia, do último período menstrual (UPM):	
Data provável do parto (DPP):	
História social:	
História obstétrica passada: (incluindo quaisquer abortos anteriores e uso de métodos de planeamento familiar)	
História médica e cirúrgica relevante:	
História da gravidez actual: (incluindo o uso de métodos de planeamento familiar)	

RESUMO DA GESTÃO DO CASO

Ser-lhe-á pedido que discuta os seguintes aspectos relacionados com o caso.

<p>1. O que aconteceu? O aborto foi espontâneo ou induzido? Qual foi o resultado para a mulher? (as respostas a estas perguntas devem descrever o resultado).</p>	
<p>2. Como é que a mulher foi tratada? Que procedimento foi usado para tratar o aborto incompleto? Como foram tratadas as complicações (por exemplo, choque, hemorragia, lesão intra-abdominal e sépsis)? Que informações e conselhos foram dados à mulher, antes da alta? (as respostas a estas perguntas devem descrever o processo).</p>	
<p>3. Quais os principais pontos da prática obstétrica, relativamente ao tratamento do caso? (a resposta a esta questão deve descrever a relação entre processo e resultado).</p>	
<p>4. O caso foi gerido da melhor forma possível? Se não, o que devia ter sido feito? Se a mulher morreu, o que devia ter sido feito para o prevenir? (as respostas a estas questões devem descrever as lições aprendidas).</p>	

“INSTRUÇÕES PARA O TRABALHO DE GRUPO”

1. Designem um membro do grupo como dinamizador da discussão.
2. Designem um membro do grupo para relatar o resultado do trabalho de grupo à turma.
3. Discutam A ou B (dependendo do resultado positivo ou negativo do caso apresentado) e C.
4. Completem a actividade de grupo em 45 minutos.

A. Nos casos em que a mulher sobreviveu:

- Quais as intervenções que salvaram a vida da mulher?
- O que tornou possível essas intervenções?
- O que mais poderia ter sido feito para, no futuro, tornar os cuidados mais seguros para a mulher?

B. Nos casos em que a mulher morreu:

- Qual foi a causa de morte?
- Que factores conduziram à morte da mulher?
- Quais foram os problemas relacionados com a prestação de cuidados para salvar a vida?
- O que precisa de ser feito para evitar este tipo de problemas no futuro?

C. Reflectindo sobre a prática:

- Faça uma lista dos principais pontos aprendidos com este estudo de caso.
- Faça uma lista de recomendações sobre melhoria do tratamento do aborto incompleto, no seu local de trabalho.

GLOSSÁRIO

A

Abcesso	Colecção de pus em qualquer local do corpo em resultado de uma infecção.
Aborto	<p>O termo refere-se ao término da gravidez, independentemente da causa, antes do feto poder sobreviver à vida extra-uterina.</p> <p>Aborto completo - expulsão do útero de todos os produtos da concepção, o que é mais provável acontecer antes da oitava semana de gestação.</p> <p>Aborto incompleto - expulsão parcial dos produtos da concepção. Parte ou toda a placenta pode ficar retida o que resulta em hemorragia profusa. Normalmente ocorre no segundo trimestre de gravidez. A maioria das mulheres que procura cuidados pós-aborto é diagnosticado aborto incompleto.</p> <p>Aborto induzido - interrupção da gravidez através de uma intervenção deliberada para terminar a gravidez. O aborto induzido pode ocorrer num serviço de saúde seguro, e de acordo com a lei e as orientações da política de saúde, ou fora do sistema de saúde e do que está legislado.</p> <p>Aborto inevitável - envolve hemorragia vaginal, dores abdominais e dilatação progressiva do colo do útero, com ou sem rotura das membranas. É impossível a continuação da gravidez e irá ocorrer expulsão dos produtos da concepção.</p> <p>Aborto retido – ocorre quando o feto morre e fica retido no útero. O feto será eventualmente expulso embora possam surgir problemas na coagulação se o aborto retido persistir durante 6 a 8 semanas.</p> <p>Aborto séptico - Aborto seguido de infecção do útero (e com possibilidade de extensão ao tracto genital) que provoca febre e arrepios, corrimento vaginal fétido, dor pélvica e septicemia. O aborto séptico ocorre frequentemente em locais onde as instalações e os cuidados são pobres.</p> <p>Aborto espontâneo – refere-se ao fim da gravidez em que não foram feitas intervenções para acabar com esta. O aborto espontâneo afecta, aproximadamente 10 a 15% de todos os casos de presumível gravidez.</p> <p>Ameaça de aborto – envolve hemorragia vaginal com ou sem dilatação cervical. Os sintomas podem desaparecer e a gravidez continuar. Se os sintomas persistirem, a gravidez resultará, inevitavelmente, em aborto completo ou incompleto.</p> <p>Aborto inseguro – refere-se à interrupção da gravidez por pessoas sem as competências necessárias ou num ambiente sem os mínimos requisitos ou ambos.</p>
Agente tocolítico	Um agente que pára as contracções uterinas, por exemplo, ritrodina, hidrocloroeto, salbutamol.
Âmnios	A mais interna das membranas que envolvem o bebé no útero e que contém o líquido amniótico.
Amniotomia	Rotura cirúrgica das membranas de modo a induzir o parto.
Analgésico	Droga administrada para aliviar a dor.
Anca	Região coxo-femural.

Andar de pato	Andar com uma elevação excessiva das ancas.
Anel de Bandl	Área entre o segmento superior e inferior do útero que se torna visível e/ou palpável durante a paragem na progressão do trabalho de parto. É causado pelo espessamento excessivo da parede do segmento superior do útero e pela distensão do segmento inferior. É um sinal de rotura iminente do útero.
Anemia	Redução no número de glóbulos vermelhos ou na quantidade de hemoglobina. Pode ser causada por perda excessiva de sangue ou por deficiente ingestão de alimentos ricos em ferro e ácido fólico. Outras causas de anemia são a destruição excessiva dos glóbulos vermelhos (por exemplo, malária) ou deficiência no seu fabrico.
Anemia crónica por deficiência de ferro	Anemia de longa duração que resulta da não ingestão de alimentos ricos em ferro ou da infestação por parasitas.
Anemia hemolítica	Anemia causada pela destruição dos glóbulos vermelhos, como na malária. A doença hemolítica do recém-nascido pode ocorrer em resultado de incompatibilidade Rh (Rhesus). Estes bebés podem exigir transfusão sanguínea total após o nascimento.
Aneurisma	Dilatação sacolar da parede de uma artéria.
Anoxia	Estado em que há privação de oxigénio.
Anterior	Situado à frente ou em frente de uma estrutura.
Antero-posterior	Da frente para trás.
Antibiótico	Fármaco que deriva de microrganismos vivos que destroem ou inibem o crescimento de bactérias patogénicas. É administrado para tratar a infeção ou como profilaxia da mesma.
Antibiótico de largo espectro	Um antibiótico que é eficaz contra uma série de bactérias.
Anticorpo	Proteína produzida pelo corpo para combater os microrganismos ou substâncias estranhas que entrem em circulação. Na gravidez, os anticorpos maternos para determinadas doenças são transferidos para o feto, através da placenta. Tal dá ao bebé, nos primeiros meses de vida, uma imunidade passiva para algumas doenças.
Anticonvulsivo	Fármaco para controlar as convulsões.
Antihipertensivo	Droga administrada para reduzir a pressão arterial.
Antipirético	Droga administrada para reduzir a temperatura.
Anti-séptico	Substância que previne a infeção destruindo determinadas bactérias na pele ou tecidos corporais. Os anti-sépticos incluem clorohexidina, soluções de iodo e outros.
Anúria	Não há produção de urina pelos rins. Trata-se de uma situação de risco de vida que pode estar associada com emergências obstétricas como hemorragia grave, eclâmpsia ou choque séptico.
Ápex	O topo ou ponto mais alto.
Apneia	Ausência de respiração.

Apresentação cefálica	A cabeça do feto encontra-se no polo inferior do útero.
Apoios de litotomia	Apoios especiais colocados de cada um dos lados da mesa de operações ou mesa de partos. Possuem estribos e braçadeiras para colocar as pernas durante a realização de procedimentos na zona genital, por exemplo, extracção por ventosa ou sutura perineal.
Arco púbico	Estrutura óssea curva na parte da frente da pélvis.
Asfixia	Condição que resulta da falta de oxigénio no sangue e um aumento do dióxido de carbono. Se o bebé não respirar ao nascer, está a sofrer de asfixia e precisa de ser ressuscitado urgentemente.
Assepsia ou técnica asséptica	A técnica asséptica refere-se a precauções especiais tomadas para conseguir um ambiente sem microorganismos, por exemplo, no parto ou em operações cirúrgicas. As precauções incluem a lavagem correcta das mãos, o uso correcto dos instrumentos e panos esterilizados, a utilização da roupa apropriada pelo pessoal (bata, touca e luvas).
Assimétrico	Diferente forma ou tamanho de duas estruturas normalmente idênticas. A pélvis pode ser assimétrica se estiver distorcida por doença, traumatismo ou malformação congénita.
Atónico	Falta do tónus ou força normal.
Atraso no crescimento intra-uterino	Crescimento pobre do feto no útero. A razão nem sempre é conhecida mas é mais comum em casos de má nutrição, anemia, pré-eclâmpsia, malária, tuberculose e em mulheres fumadoras.
Atraso mental	Atraso no desenvolvimento mental.
Auditoria médica	Exame oficial dos registos médicos.
Avaliação pélvica	Avaliação do tamanho da pélvis para verificar se é suficientemente grande em comparação com a cabeça do feto de modo a permitir um parto por via vaginal.
Axila	Pequena concavidade por baixo do antebraço onde se dá a junção do ombro com o tronco.

B

Bactéria	Microrganismo microscópico e unicelular que, se patogénico, pode causar doença. Reproduz-se muito rapidamente pelo que se pode multiplicar rapidamente no corpo.
Bactéria resistente	Bactéria que não é destruída pela droga que normalmente a mata.
Bacteriúria	Presença de bactérias na urina.
Banho de assento	Mergulhar a zona genital num recipiente de água limpa e morna. Pode ser feito no pós-parto para diminuir a dor resultante de uma episiotomia ou de rotura do períneo. Termos equivalentes: <i>Banho semi-cúpios</i> , <i>Banho de bidé</i> .
Banho semi-cúpios	Ver <i>Banho de assento</i> .
Banho de bidé	Ver <i>Banho de assento</i> .
Bebé pré-termo	Bebé nascido antes da 37ª semana de gravidez.

Bebé de termo	Bebé que nasceu após as semanas de gravidez requeridas (entre a 37ª semana e a 41ª semana + 6 dias).
Bíceps médio	A meio dos bíceps (músculo na parte interna do braço).
Bolsa de águas	Um saco de membranas que envolve o bebé, no útero.
Bólus	Uma dose de droga endovenosa administrada rapidamente, de uma só vez.

C

Canal cervical	Canal entre o colo do útero e o útero.
Caput succedaneum	Edema do couro cabeludo do feto normalmente por pressão do colo do útero. O edema pode ser exagerado na PPTP.
Cateter urinário com balão (algália de Foley)	Um cateter que é deixado na bexiga e uretra.
Cavidade	Um local profundo ou espaço no corpo.
Cavidade peritoneal	Espaço que contém os órgãos internos do abdómen.
Cetoacidose	Estado de desequilíbrio electrolítico com cetose e pH sanguíneo baixo. Pode ocorrer durante o trabalho de parto se a mulher ficar desidratada e cetónica. A mulher com cetose tem um hálito doce e frutado. O tratamento consiste na hidratação da mulher através da administração de líquidos e de hidratos de carbono.
Cetonúria	Presença de corpos cetónicos na urina.
Choque	Condição que ameaça a vida, caracterizada pela incapacidade do sistema circulatório para manter o débito normal nos órgãos (por exemplo, rins, coração e cérebro). <i>Choque hemorrágico</i> – resulta do baixo volume de sangue provocado pela perda excessiva deste. <i>Choque séptico</i> – resulta de uma infecção e é provocado pela acção de bactérias no sistema vascular.
Choque séptico	Infecção muito séria do sangue que provoca febre alta, hipotensão, pulso rápido e respiração rápida. O não tratamento deste problema leva a coma e morte.
Cianose	Coloração azulada da pele e mucosas devido à falta de oxigenação.
Cifose	Aumento da convexidade na curvatura na coluna vertebral torácica.
Cistite	Infecção da bexiga.
Coagulação	Agregação do sangue.
Coagulação intravascular disseminada	Perturbação na coagulação que resulta na formação disseminada de coágulos, muito deles nos capilares. Eventualmente a hemorragia ocorre dada a depleção de todos os factores da coagulação. Estes acontecimentos resultam em danos isquémicos nos órgãos e, a menos que seja instituído tratamento urgente, em morte. É despoletado por determinados estados que introduzem factores de coagulação na circulação, por exemplo, placenta abrupta, pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia, feto morto retido por várias semanas, embolia por líquido amniótico e algumas infecções graves.

Cóccix	Pequeno osso no fim do sacro formado por quatro vértebras fundidas. Forma uma articulação móvel com o sacro e move-se para trás durante o parto por via vaginal, aumentando o tamanho do estreito pélvico inferior.
Coma	Estado de inconsciência do qual a pessoa não pode sair. Diz-se que a pessoa está em coma ou num estado comatoso.
Compressão bimanual do útero	Manobra efectuada para parar a hemorragia pós parto grave após a expulsão da placenta e quando o útero está atónico. A mão direita é inserida na vagina e fechada e colocada no fundo de saco vaginal anterior. A mão esquerda é fortemente pressionada contra o abdómen, por detrás do útero, de modo a aplicar pressão contra a parede posterior deste. É mantida esta pressão até a hemorragia estar controlada. Equivalente a massagem bimanual do útero.
Contração (da pélvis)	Redução de tamanho.
Contração tetânica (do útero)	Contração permanente do útero sem períodos de relaxamento.
Cordão umbilical	Cordão que liga o feto à placenta. Os nutrientes e o oxigénio passam através da veia umbilical da placenta para o feto. Os produtos a eliminar passam do feto para a placenta através de duas artérias umbilicais.
Corionamnionite	Infecção das membranas que envolvem o feto no útero.
Córion	A membrana externa que envolve o bebé no útero.
Coroamento	Momento do nascimento em que o maior diâmetro do crânio do feto distende o orifício vaginal e a cabeça não retrocede durante as contrações vaginais.
Corte gishiri	Prática tradicional da etnia Hausa da Nigéria em que a vagina é cortada de modo a facilitar o parto quando este está retido.
Creptações	Sucessão de pequenos ruídos finos e secos, por vezes também perceptíveis ao toque.
Creptações (rales)	Som semelhante ao que se ouve quando os pulmões estão afectados.
Crónico	Prolongado ou permanente.
D	
Decídua	O endométrio (camada mais interior) do útero grávido. A parte da decidua que está por baixo da placenta é a <u>decídua basal</u> . A parte que cobre o restante útero é a <u>decídua vera ou parietal</u> .
Decidua capsular	A parte de decidua que envolve o embrião em desenvolvimento durante as 12 primeiras semanas de gravidez.
Decúbito lateral	Deitado de lado.
Decúbito dorsal	Deitado de costas.
Deficiência	Falta.
Deficiência física	Defeito no corpo que limita a capacidade da pessoa para levar uma vida normal.

Deflexão	Quando a cabeça está direita. Ocorre em posições occipito posteriores e pode causar parto prolongado dado que os diâmetros maiores da cabeça do feto têm de passar pela pélvis.
Deformidade	Distorção de qualquer parte do corpo. Malformação.
Delírio	Estado de consciência alterado com discurso incoerente, alucinações e excitação. Ocorre, frequentemente, quando há febre elevada.
Descolamento da placenta	Separação prematura da placenta normalmente inserida (no segmento superior do útero) que ocorre após a 22ª semana de gravidez. Nestes casos pode estar presente dor abdominal e hemorragia. Se a hemorragia é oculta, isto é, por detrás da placenta, o abdómen apresentar-se-á duro e muito doloroso. O choque é grave e o sofrimento fetal comum.
Desidratação	Condição causada pela perda excessiva de fluidos corporais ou por ingestão insuficiente de líquidos. Os sinais de desidratação incluem boca seca, sede, olhos encovados, persistência da prega cutânea e diminuição do débito urinário.
Desproporção cefalo-pélvica	Incompatibilidade entre a cabeça do feto e a pélvis por onde esta tem de passar. Pode ser devida a uma pélvis pequena ou com um formato anormal ou por um bebé grande ou com anomalias.
Diagnóstico diferencial	Decidir qual de duas ou mais condições pode ser a causa dos sinais e sintomas apresentados.
Diâmetro	Linha recta que passa no centro de uma circunferência ou de uma esfera. São descritos, e dadas as medidas, de uma série de diâmetros da pélvis e do crânio do feto.
Diâmetro antero-posterior (da pélvis)	Da frente para trás. A medida do promontório sagrado à sínfise púbica.
Diâmetro mento-vertical (da cabeça)	Distância entre o queixo e o vértex da cabeça.
Diâmetro occipito-frontal (da cabeça)	Distância entre a pirâmide nasal e a protuberância occipital (proeminência que pode ser palpada no occipital na face posterior da cabeça). É o diâmetro de apresentação quando a cabeça não está flectida e mede 11,5 cm.
Diâmetro suboccipito-bregmático (da cabeça)	Distância entre a parte inferior do occipito à fontanela anterior.
Disenteria	Infecção dos intestinos devida a bactérias ou parasitas que causa dor abdominal e dejeções frequentes com sangue e muco.
Distendido	Esticado.
Diurese aumentada	Eliminação aumentada de urina.
Diurético	Droga administrada para aumentar a produção de urina.
Doença inflamatória pélvica (DIP)	Infecção dos órgãos reprodutivos (útero, trompas de falópio, ovários, paramétrio). A infecção pode seguir-se ao parto ou aborto, ser secundária a outras infecções do trato genital ou abdómen ou ter origem numa infecção sanguínea (por exemplo, tuberculose). Os sintomas incluem dor na região inferior do abdómen, febre e corrimento vaginal. A menos que seja tratada precocemente e de forma efectiva com antibióticos, pode causar bloqueio das trompas de falópio e originar infertilidade secundária. Pode-se tornar crónica.

E

Eclâmpsia	Condição peculiar da grávida ou puérpera caracterizada por perda de consciência, convulsões seguida de coma mais ou menos prolongado. A mulher normalmente tem proteinúria e hipertensão. As convulsões podem surgir nos períodos pré, intra ou pós-parto.
Ecografia	Técnica de diagnóstico médico que utiliza a reflexão (eco) de ultra-sons. Termos equivalentes: ultra-sonografia, eco, sonar.
Edema	Acumulação excessiva de líquidos nos tecidos do corpo. Causa ganho excessivo de peso e inchaço que forma depressões quando pressionado. Comum na gravidez, afecta principalmente os pés e maléolos podendo estar também presente nas mãos, face ou ser generalizado. Já não é considerado um sinal significativo de pré-eclâmpsia dado ser comum em muitas gravidezes.
Edema pulmonar	Acumulação de líquidos no pulmão.
Embolia pulmonar	Quando a circulação pulmonar é bloqueada por um êmbolo (coágulo de sangue).
Embolia por líquido amniótico	Esta condição rara mas fatal é provocada pela entrada de líquido amniótico no aparelho circulatório da mãe através das vilosidades uterinas da placenta. Ocorre com maior frequência no parto ou no pós-parto imediato, a seguir a contracções muito fortes. Os sinais e sintomas incluem cianose, dor no peito, dispneia, hemorragia generalizada, expectoração espumosa, convulsões e colapso.
Empatia	Consciência e compreensão intelectual e emocional dos pensamentos, sentimentos e comportamentos do outro mesmo quando estes são de sofrimento ou perturbadores. Saber colocar-se no lugar do outro.
Endocardite	Inflamação da membrana que envolve as cavidades do coração.
Endométrio	Camada interna do útero.
Endometrite	Infecção do endométrio (camada interna do útero).
Enfarte	Área de necrose (tecido morto) de um órgão, causada por isquémia local (isto é, por suprimento sanguíneo pobre). Os enfartes da placenta podem ser observados, especialmente em casos de hipertensão na gravidez.
Epigastro	A região superior média do abdómen.
Episiotomia	Corte feito no períneo antes do coroamento da cabeça do bebé para facilitar o nascimento. Não deve ser feito por rotina mas apenas quando há sofrimento fetal, de modo a acelerar o nascimento antes de partos vaginais complicados, por exemplo, apresentação pélvica, distocia do ombro e para bebés pré-termo de modo a aliviar a pressão no crânio mole (para prevenir lesões cerebrais).
Escoliose	Desvio lateral na coluna vertebral que normalmente é vertical e recta.
Esfregaço	Amostra de células superficiais, por exemplo, do colo do útero ou vagina, que pode ser examinada microscopicamente e que dá informação sobre o nível de hormonas e doença maligna num estado precoce.
Espasmos	Contracções musculares repentinas, fortes e involuntárias.

Espécimen	Amostra ou parte de algo retirado para determinar o carácter do todo (por exemplo, espécimen de urina).
Espinhas isquiáticas	Duas protuberâncias da pélvis que se projectam na cavidade pélvica e podem ser palpadas lateralmente no exame vaginal. <i>Termo equivalente: Tuberosidades Isquiáticas.</i>
Espumar	Formação de pequenas bolhas formadas por agitação dos líquidos. Espuma na boca: ocorre durante um ataque devido às bolhas de saliva e de muco.
Estase (da urina)	Fica parada, não flui adequadamente.
Estatística	Colecção de factos numéricos.
Estenose (da vagina)	Estreitamento da vagina que, habitualmente, se deve à cicatrização causada pela mutilação genital ou por lacerações não reparadas.
Estreito pélvico inferior	Estreito ósseo da pélvis em forma de diamante pelo qual passa o feto ao nascer.
Estreito pélvico superior	Primeira porção da pélvis verdadeira pela qual o feto tem de passar. Regra geral, se o feto conseguir entrar no estreito pélvico superior deverá ser capaz de passar pelo resto da pélvis.
Exoftalmia	Protuberância ocular.
Expectoração	Matéria expelida pelos pulmões, brônquios e traqueia, através da boca.
Expansores do plasma	Soluções que contêm um substituto do plasma que, quando administrado por via endovenosa, fica nos vasos sanguíneos e atrai fluidos dos tecidos.
Extensão (cabeça)	Quando a cabeça está para trás.
Extensão	Alongamento. Oposto da flexão. Utilizada para descrever o mecanismo pelo qual a cabeça nasce, isto é, após a flexão há extensão da cabeça para permitir o nascimento da testa, face e queixo.
Extracção por vácuo	Procedimento no qual uma ventosa de metal ou plástico é aplicada na cabeça do bebé através da formação de vacum. Ao puxar cuidadosamente a corrente ligada à ventosa durante as contracções, a cabeça do bebé desce suavemente através do canal de parto. É importante verificar que não há desproporção cefalo-pélvica antes de tentar fazer uma extracção por vácuo.

F

Factor de risco	Factor que torna uma condição mais provável de acontecer ou mais perigosa.
Factores evitáveis	Factores que causam ou contribuem para a morte materna quando existe um desvio dos cuidados gerais e aceites.
Factor Rshesu	Antigénio presente nas células vermelhas da maioria das pessoas. Os que possuem este antigénio são “rhesus positivo” os que não o têm são “rhesus negativo”. A incompatibilidade rhesus ocorre quando a mãe é “rhesus negativo” e o feto “rhesus po”.

Fatal	Que acaba em morte.
Fétido	Que cheira muito mal.
Feto-morto	Nascimento de um bebé morto (após as 22 semanas de gravidez)
Fibróide	Tumor benigno do miométrio (músculo do útero).
Fístula	Passagem anormal, ou comunicação, entre dois órgãos como, por exemplo, a bexiga e a vagina (fístula vesicovaginal,) ou a vagina e o recto (fístula rectovaginal). É uma complicação grave da paragem na progressão do trabalho de parto e resulta em incontinência vesical ou urinária. Normalmente é necessária reparação cirúrgica.
Flectido	Dobrado para a frente.
Flexão (da cabeça do feto)	Quando a cabeça está dobrada para a frente.
Flexível	Dobra-se facilmente sem partir.
Flutuante	Que dá a sensação de ondulação à palpação por conter líquido (por exemplo, pus num abscesso).
Fontanela	Pontos moles da cabeça do bebé. A fontanela anterior, com a forma de um losango, é um espaço membranoso na parte da frente da cabeça no local de convergência das quatro suturas. A fontanela posterior é um espaço membranoso em forma de triângulo na parte de trás da cabeça no local de convergência de três suturas.
Fossa cubital	Depressão no membro superior em frente ao cotovelo.
Fotofobia	Intolerância à luz.
Fundos de saco vaginais	Espaço entre a parede vaginal e a porção vaginal do colo do útero. Existem quatro fórnix: anterior, posterior e dois laterais.
Fundo de saco anterior	Espaço em forma de saco entre o útero e a bexiga. Termo equivalente: <i>saco uretro-vesical</i> .
Fundo de saco posterior	Espaço em forma de saco entre o recto e o útero. Termo equivalente: <i>Saco de Douglas</i> .
Fundo	Parte superior, arredondada do útero, acima da inserção das trompas de falópio.
G	
Glândulas de Bartholin	Duas glândulas pequenas, produtoras de muco, uma de cada lado do orifício vaginal.
Grande mal epilético	Crise convulsiva epilética seguida de perda de consciência.
Grande multiparidade	Ter parido seis ou mais crianças.
Gravidade específica	Peso relativo de qualquer matéria (por exemplo, urina) expressa pela razão entre o peso dessa matéria e o peso do mesmo volume de água. A gravidade específica da água é 1.
Gravidez múltipla	Gravidez de mais de um feto, como no caso dos gémeos.

H

Hematémese	Vômito de sangue.
Hematócrito	Porcentagem do volume das células vermelhas numa amostra de sangue. A sua quantificação obtém-se por centrifugação (girar muito depressa) da amostra. É o teste de rastreio para a anemia.
Hematoma	Colecção de sangue num órgão ou tecido devido à rotura de um vaso sanguíneo.
Hemiplegia	Paralisia de uma parte do corpo.
Hemoglobina	Substância das células vermelhas que transporta oxigénio dos pulmões para os tecidos.
Hemoglobinopatias	Alterações no sangue causadas por formas anormais de hemoglobina (por exemplo, doença das células faciformes, talassemia). Nestes casos há anemia grave.
Hemorragia pós-parto por atonia uterina	Ocorre no local da placenta uma vez que o útero não se consegue contrair adequadamente, os vasos não são comprimidos e a hemorragia não é controlada. Qualquer condição que interfere com a contracção uterina, como seja a retenção da placenta, predispõe a hemorragia atónica.
Hemorragia	Perda excessiva de sangue dos vasos sanguíneos danificados. Pode ser externa ou interna.
Hemorragia cerebral	Sangramento no cérebro por rotura de um vaso sanguíneo.
Hemorragia pré-parto	Hemorragia do tracto genital a qualquer altura depois das 22 semanas de gestação e antes do nascimento do bebé. São duas as causas principais de hemorragia pré-parto: placenta prévia e placenta abrupta.
Hemorragia pós-parto	Perda de 500 ml ou mais de sangue do tracto genital, após o parto. A causa mais comum é a atonia (tónus muscular fraco) do útero. Pode também ser causada por trauma do trato genital, por exemplo, lacerações da vagina, colo do útero ou segmento inferior do útero. A hemorragia pós parto é a causa mais frequente de morte materna.
Hemorragia pós-parto precoce	Inclui todas as ocorrências de hemorragia nas 24 horas a seguir ao parto. A quantidade de sangue é 500 ml ou mais.
Hemorragia pós-parto tardia	Inclui todos os casos de HPP que ocorrem entre as 24 horas e as 6 semanas após o parto.
Hemorragia subaracnoideia	Hemorragia entre as membranas que envolvem o cérebro devido à rotura de um vaso sanguíneo.
Hemorragia traumática	Em obstetrícia ocorre em consequência de traumatismo do tracto genital.
Hipertensão essencial	Tensão arterial elevada cuja causa não se conhece.
Hidratação	Absorção de, ou combinação com, água.
Hidrocefalia	Condição caracterizada pela acumulação de líquido cefalorraquidiano no crânio. O bebé com hidrocefalia tem uma cabeça aumentada e uma testa proeminente. Os casos graves são incompatíveis com a vida mas os ligeiros podem ser tratados através de uma intervenção que desvia o excesso de líquido do cérebro para a corrente sanguínea.

Hiperémese gravídica	Vómitos excessivos durante a gravidez. É um problema grave que causa desidratação e cetose e, caso não seja tratada, piora o estado da mulher. Podem ocorrer danos renais e hepáticos que conduzem a coma e morte.
Hiperhidratação	Ver <i>Intoxicação hídrica</i>
Hipertensão	Tensão arterial elevada.
Hipertónico	Com tónus excessivo. As contracções uterinas hipertónicas são anormais, extremamente dolorosas e com um pequeno intervalo entre elas. Normalmente resultam em sofrimento fetal e podem causar rotura do útero. Muitas vezes associadas ao parto prolongado e difícil, uso excessivo de fármacos tocolíticos para aumentar ou induzir o trabalho de parto.
Hiponatremia	Quando não existe sódio suficiente (sal) no sangue.
Hipovolemia	Diminuição anormal da quantidade de sangue no corpo. Pode acontecer devido a perdas excessivas de sangue (por exemplo, hemorragia pós-parto).
Hipoxia	Quando não existe oxigénio suficiente para suprimir as necessidades dos tecidos.
I	
Idiopática	Que se desconhece a causa.
Iminente	Que acontecerá brevemente.
Incisão	Corte cirúrgico.
Infertilidade	Incapacidade ou dificuldade em conceber.
Infiltração (do anestésico local)	Método de injeção de uma anestésico local que é feito em diferentes planos a partir de uma ponto central de modo a anestesiar a área desejada.
Intermédio	No meio.
Interno	Na parte de dentro.
Intoxicação hídrica	Condição resultante por excesso de líquidos em circulação e insuficiência de sódio. Pode ser causada por transfusão excessiva e pode conduzir a náuseas, vómitos e, em casos graves, convulsões, coma e morte. Termo equivalente: <i>Hiperhidratação</i> .
Intraparto	Durante o parto.
Intraperitoneal	Na cavidade peritoneal.
Inventário	Lista detalhada.
Inversão uterina	O fundo do útero é forçado para o colo do útero e prolapsa para o interior ou exterior da vagina. É uma emergência obstétrica grave que conduz a choque grave. O útero deve ser reposicionado o mais depressa possível.
Involução do útero	Retorno do útero ao tamanho normal, após o parto. A involução ocorre por autólise (destruição) e isquémia (diminuição do suprimento sanguíneo) do excesso de fibras musculares. Começa logo após o nascimento e termina ao fim de seis semanas.
Istmo	A ligação entre o corpo do útero e o colo do útero.

J

Joelho em extensão Esticar a perna.

L

Lactato de sódio Solução de lactato de sódio, cloreto de sódio, cloreto de potássio e cloreto de cálcio que pode ser administrada por via endovenosa.

Laparotomia Operação em que o abdómen é aberto.

Lateralmente De um dos lados.

Leucopenia Diminuição anormal do número de células brancas, células estas que combatem a infecção.

Ligamento largo Duas membranas do peritoneu que cobrem o útero e que se estendem à parede pélvica ajudando a fixá-lo. Contêm as trompas de falópio, paramétrio, vasos sanguíneo e nervos.

Líquido amniótico Líquido produzido e contido no âmnios. Durante a última metade da gravidez também contém líquido dos pulmões e rins do feto. Este líquido cria o espaço para o crescimento do feto e, na gravidez avançada e parto, equilibra a pressão exercida pelas contracções, temperatura e fornece substâncias nutritivas ao feto.

Líquido cefalorraquidiano Líquido que se encontra no cérebro e na medula espinal.

Liquor Outra designação para líquido cefalorraquidiano.

Lóquios Excreção vaginal após o parto. É composta por sangue, muco, restos de decídua e outros produtos da descamação do útero. Durante os primeiros 2 a 3 dias são compostos principalmente de sangue. Posteriormente assumem uma coloração rosada/ acastanhada que contém mais líquido seroso e, finalmente uma coloração branca composta por células sanguíneas da série branca e muco. Os lóquios duram entre 2 a 3 semanas após o nascimento. Lóquios vermelhos profusos e persistentes podem estar associados com retenção de produtos da concepção. Lóquios com cheiro fétido são sinal de infecção.

M

Malares Ossos das bochechas.

Mamas engorgitadas Acumulação dolorosa de secreções nas mamas, muitas vezes acompanhada de estase venosa e linfática e edema, no início do aleitamento. A amamentação frequente e o posicionamento correcto do bebé na mama ajuda a aliviar este estado.

Malnutrição Nutrição inadequada que resulta de uma dieta pobre ou de um defeito no metabolismo que impede que o organismo utilize, de forma efectiva, os alimentos. Os sintomas de malnutrição são fraqueza física, letargia e sensação de alheamento da realidade. Na fome pode estar presente edema, distensão abdominal e perda excessiva de peso. Adicionalmente podem estar presentes sinais de deficiência de várias vitaminas.

Marginal No limite.

Mastite Infecção da mama. Uma zona da mama fica dolorosa, ruborizada e quente e a mulher, geralmente, não se sente bem. A infecção responde bem ao tratamento com antibióticos. Se não for tratada pode originar abscesso mamário.

Mastoidite	Infecção do osso por de trás da orelha. Pode ser uma complicação da otite média (infecção do ouvido médio).
Mecónio	Substância verde escura presente no intestino do feto de termo. É composta por pigmentos e sais biliares, muco, células epiteliais e, por vezes, líquido amniótico. É a primeira dejeção do bebé e mantém-se durante 1 a 2 dias. Ocasionalmente pode ser eliminado no útero constituindo um sinal de sofrimento fetal.
Mediano	Situada na linha média do corpo ou de uma estrutura.
Meningite	Infecção das membranas que envolvem o cérebro.
Miométrio	Camada muscular do útero.
Moldagem (da cabeça do feto)	Sobreposição dos ossos do crânio do feto nas suturas e fontanelas de modo a permitir a adaptação dos ossos à pélvis pela qual tem de passar. O diâmetro de apresentação diminui e o diâmetro dos ângulos direitos aumenta. Se a moldagem for excessiva (por exemplo, paragem na progressão do trabalho de parto) na posição errada, como acontece nas más posições e apresentações, ou for demasiado rápida, há o perigo de hemorragia intracraniana.
Mola hidatiforme	Gravidez anormal que resulta da degeneração do ovo e cujo aspecto se assemelha a um cacho de uvas. É necessário terminar a gravidez e essencial continuar o seguimento dado o risco de desenvolvimento de coriocarcinoma.
Monoplegia	Paralisia de um membro (superior ou inferior).
Morte intra-uterina	Quando o bebé morre ainda no útero.
Morte obstétrica directa	Morte por complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério resultantes de intervenções, omissões, tratamento incorrecto ou combinação de todas as anteriores.
Morte obstétrica indirecta	Morte que resulta de uma doença existente previamente ou que se desenvolveu durante a gravidez e que não tem causas obstétricas mas que é agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez.
Multípara	Uma mulher que pariu duas ou mais crianças.
Mutilação genital	Prática cirúrgica tradicional em que se corta parcial, ou totalmente, os órgãos genitais externos da mulher. Na sua forma mais extrema, chamada de infibulação, os dois lados da vulva são unidos e suturados de modo a deixar uma abertura muito pequena.

N

Nado morto	Bebé que nasce morto (após as 22 semanas de gravidez).
Necrose	Morte dos tecidos.
Necrose cortical	Morte do tecido que compõe a parte externa de um órgão (por exemplo, um rim).
Nuca	Parte de trás do pescoço.
Nulípara	Mulher que nunca pariu.
Nanismo nutricional	Quando a pessoa é baixa, frequentemente, devido a uma ingestão alimentar insuficiente durante a infância.

O

Obesidade	Acumulação excessiva de gordura no corpo. O aumento de peso é superior ao considerado desejável relativamente à idade, altura e estrutura óssea. Na gravidez, as mulheres obesas estão em maior risco de complicações (como hipertensão).
Oblíquo	Inclinado, diagonal.
Occipício	Área da cabeça que fica abaixo da fontanela posterior, na junção com o pescoço. Tremo equivalente: <i>occiput</i> .
Occiput	Ver <i>occipício</i> .
Occipício posterior persistente	O feto tem o occipício (parte posterior da cabeça) directamente virada para a parte posterior da pélvis da mãe. Habitualmente a cabeça flexa e roda para uma posição anterior. Na posição occipício posterior persistente não há rotação e o bebé nasce com a face para o púbis. Normalmente o parto é mais difícil dado que os diâmetros da cabeça do feto que têm de passar no canal de parto são maiores, as contracções podem ser menos efectivas, a dilatação cervical mais lenta, a descida do feto atrasada e os traumatismos da mãe e da criança mais frequentes.
Oligúria	Produção diminuta de urina. Pode estar associada com comprometimento da função renal após complicações graves como hemorragia, pré-eclâmpsia e eclâmpsia e choque séptico.
Orifício	Abertura.
Osteomalacia	Raquitismo do adulto. É causada por deficiência grave de vitamina D que resulta no amolecimento doloroso dos ossos.
Ostício	Abertura. Osso.
Orifício cervical	O orifício interno é a abertura interna entre o colo do útero e o corpo do útero e o externo é a abertura entre o colo do útero e a vagina. Após o apagamento do colo do útero no trabalho de parto, apenas há um orifício que fica entre o segmento inferior do útero e a vagina.
Otite média	Infecção do ouvido médio. Normalmente surge como complicação de uma infecção do tracto respiratório superior. Os sintomas incluem dor e febre.
Oxigénio	Gás incolor e inodoro essencial à vida. Constitui 21% da atmosfera e entra nos pulmões através do processo de respiração. Circula no sangue para oxigenar todos os tecidos do corpo. A falta de oxigénio (hipoxia) causa cianose (coloração azulada da pele e mucosas). A anóxia (sem oxigénio) conduz à morte e é uma causa comum de morte perinatal.
Ocitócico	Termo que se aplica a drogas que estimulam as contracções do útero de modo a induzir ou acelerar o parto, ou para prevenir ou tratar a hemorragia pós parto.

P

Paramétrio	Tecido conectivo que envolve a porção inferior do útero. Ocupa os espaços entre o útero e os órgãos com ele relacionados.
Parametrite	Infecção do paramétrio.
Paridade	Número de crianças paridas pela mulher.

Parteira tradicional	Nome dado às parteiras que, tradicionalmente, assistem as mulheres ao nível comunitário. A maioria é analfabeta e torna-se parteira sem formação. Estão a ser feitos esforços para lhes dar treino básico durante algumas semanas e para as encorajar a usar os kits de parto básicos mas essenciais.
Partograma	Registo de todas as observações feitas à mulher no parto, na qual o principal destaque é o registo gráfico da dilatação cervical avaliada por exame vaginal e da descida da cabeça do feto. Inclui uma linha de acção e uma linha de alerta que, caso sejam ultrapassadas durante o registo da dilatação cervical, indicam que o parto está a progredir mais lentamente que o normal e é necessário intervir.
Parto precipitado	Parto que decorre muito rapidamente e que se caracteriza por contracções fortes e dolorosas.
Patogénico	Agente ou microrganismo que causa doença, por exemplo, bactéria patogénica.
Parto induzido	Parto que tem início artificialmente por administração endovenosa de oxitocina ou por rotura das membranas.
Parto prolongado	Trabalho de parto que excede as 12 horas.
Pé boto	Pé malformado. Anomalia congénita em que o pé se desenvolve num ângulo anormal relativamente à perna.
Pericardite	Inflamação do saco que contém o coração.
Perimétrio	Camada mais externa do útero. Cobre o útero como uma folha e estende-se às paredes laterais da pélvis formando os ligamentos largos.
Perinatal	Período imediatamente antes e depois do parto.
Períneo	Área compreendida entre o arco púbico e o cóccix. Em obstetrícia o corpo perineal é constituído, anteriormente, pela pirâmide fibro-muscular entre o terço inferior da vagina e lateralmente pelas espinhas isquiáticas. Na segunda etapa do parto torna-se mais fino e estica durante o nascimento do bebé, sendo que em alguns casos, se rompe.
Peritoneu	Membrana que cobre os órgãos internos do abdómen e que “forra” a cavidade abdominal e pélvica.
Peritoneu parietal	Peritoneu que forra a cavidade pélvica e abdominal.
Peritoneu visceral	Cobre os órgãos abdominais, segurando-os na sua posição.
Peritonite	Infecção do peritoneu.
Pista	Facto que guia ou sugere uma linha de inquérito numa investigação.
Placenta encarcerada	Descreve a situação em que a placenta não foi expulsa nos 30/60 minutos após o nascimento do bebé.
Placenta prévia	Placenta anormalmente situada no segmento inferior do útero, cobrindo total ou parcialmente o orifício interno (abertura entre o útero e o colo do útero). A distensão do segmento inferior do útero durante o último trimestre de gravidez causa separação da placenta da parede uterina. Como resultado podem ocorrer episódios de hemorragia vaginal, habitualmente indolor. O perigo é a ocorrência de uma hemorragia catastrófica no último trimestre de gravidez.
Placenta sucenturiada	Placenta que na sua constituição tem um lóbulo extra de tecido placentário situado na membrana do saco fetal.
Pleuresia	Infecção da membrana que cobre os pulmões e a parede do tórax (pleura).

Pielonefrite	Infecção dos rins geralmente devido à subida de bactérias provenientes da bexiga.
Polidrâmnio	Excesso de líquido amniótico. Está associada principalmente com a gravidez múltipla, anomalias do feto, diabetes e hidrôpsia fetal, um estado raro caracterizado por doença hemolítica severa.
Poliúria	Excessiva produção de urina.
Posição de litotomia	A mulher está deitada em decúbito dorsal com os membros inferiores afastados e suportados pelos estribos e braçadeiras das pernas.
Pós-parto	Depois do parto.
Posterior	Situada na parte de trás do corpo ou de uma estrutura.
Potência	Poder de um agente medicinal para produzir efeito.
Pré-eclâmpsia	Condição específica da gravidez que surge após a 20ª semana de gestação e que se caracteriza por hipertensão e proteinúria. Podem estar presentes edemas no entanto estes não são sinal cardinal dado que estão presentes na maioria das gravidezes. Se não for controlada, a pré-eclâmpsia pode conduzir a eclâmpsia que se caracteriza por ataques convulsivos, seguidos de coma e tem uma elevada taxa de mortalidade.
Pré-parto	Antes do nascimento.
Primipara	Mulher que só pariu uma criança viva.
Primigrávida	Mulher grávida pela primeira vez.
Proeminência cefálica	A parte da frente da cabeça.
Profilático	Que previne a doença.
Promontório do sacro	Parte da primeira vértebra do sacro que se projecta para dentro do estreito pélvico superior.
Prostrado	Meio a dormir, sonolento. Pouco reactivo.
Proteinúria	Presença de proteínas na urina. As causas são a contaminação por corrimento vaginal, infecção ou pré-eclâmpsia. Deve ser sempre investigada dado que se for devida a pré-eclâmpsia é um sinal grave. Se for causada por infecção é necessário o tratamento com antibióticos.
Puerpério	Período de 42 dias a seguir ao parto. O mesmo que período pós-parto.
Punção lombar	Procedimento em que é introduzido um cateter no espaço subaracnoideu entre a terceira e quarta vértebras lombares para obter uma amostra do líquido cefalo-raquidiano para análise e medir a pressão do líquido. Pode também ser realizada para raqui-anestesia.
Punção venosa	Punção de uma veia de modo a obter uma amostra de sangue ou a administrar uma solução endovenosa.
Púrpura	Pequena hemorragia da pele.
Púrpura trombocitopénica idiopática	Condição de causa desconhecida caracterizada por diminuição das plaquetas levando a que o sangue não coagule normalmente.

R

Rácio de Mortalidade Materna	Rácio que estima o risco de morrer por causas associadas com a gravidez, parto e puerpério, em que o numerador é o número total de mulheres com mortes atribuídas à gravidez, parto e puerpério, e o denominador o número de nados-vivos ocorridos na população em estudo e no mesmo período de tempo que o denominador (geralmente um ano).
Raquitismo	Amolecimento dos ossos devido à deficiência de vitamina D durante a infância.
Reclinado	De costas com a cabeça e os ombros levantados.
Repugnante (cheiro)	Que cheira muito mal.
Reanimação	Recuperar a vida ou a consciência de uma pessoa que aparentemente está morta. Ressuscitar.
Retracção	Puxado para trás.
Retroplacentária	Atrás ou por baixo da placenta.
Reversível	Que volta ao normal.
Reversão	Mudança ou mudança na direcção oposta.
Rotação (da cabeça do feto)	O movimento da cabeça do feto à medida que este desce pelo canal de parto.
Rótula	Ossos situados na parte da frente do joelho e que forma a cápsula rotular.
Rotura	Rebentamento de uma estrutura, por exemplo, rotura do útero a seguir à PPTP.
Rotura do útero	Rebentamento ou laceração do útero devido à PPTP.
Rotura prolongada das membranas	Rotura das membranas por mais de 12 horas/18 horas independentemente do início ou não do parto.

S

Saco de Douglas	Ver: <i>Fundo de saco posterior, Fundos de saco vaginais.</i>
Saco fetal	Um saco de membranas que envolve o bebé, no útero – “Bolsa de águas”.
Saco uretro-vesical	Ver: <i>Fundo de saco anterior, Fundos de saco vaginais</i>
Sacro	Parte mais inferior da coluna vertebral, formada por cinco vértebras sagradas.
Saneamento	Estabelecimento de condições favoráveis à saúde. Inclui a eliminação segura das fezes usando latrinas adequadas de modo a evitar a transmissão de doenças.
Segmento	Secção ou parte de algo.
Septicemia	Presença e multiplicação no sangue de bactérias nocivas que causa febre elevada e arrepios. Quando não tratada a septicemia pode levar a choque e morte.

SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
Sincipúcio	Parte superior da cabeça. Termo equivalente: <i>Sinciput</i> .
Sinciput	Ver <i>Sincipúcio</i> .
Sinfisiotomia	Incisão cirúrgica na sínfise púbica para aumentar o diâmetro pélvico inferior quando há desproporção cefalo-pélvica. É um procedimento de emergência alternativo quando não há condições para a realização segura de cesariana.
Sínfise púbica	Área cartilaginosa onde se juntam os dois ossos pélvicos, situada na parte da frente da pélvis.
Sinusite	Infecção das cavidades dos ossos cranianos de cada um dos lados do nariz e acima dos olhos.
Sépsis puerperal	Infecção do tracto genital que se desenvolve a qualquer altura entre a rotura das membranas ou parto e o 42º dia após o nascimento ou aborto.
Sobrecarga circulatória	Sobrecarga da circulação. Pode ocorrer em casos de administração excessiva de líquidos endovenosos. Conduz a problemas respiratórios, devido à acumulação de líquidos nos pulmões, e a falência cardíaca.
Soro fisiológico	Solução de 0,9% de cloreto de sódio (sal) que pode ser administrada por via endovenosa.
Subinvolução (do útero)	O útero não reduz o tamanho normalmente (involvei lentamente), no pós-parto imediato.
Sulco nadegueiro	Linha de clivagem entre as nádegas na qual se encontra o ânus.
Sutura sagital	Linha membranosa entre os ossos da cabeça do feto que vai da fontanela posterior à fontanela anterior.
Status	Posição social, importância relativa de uma pessoa.

T

Tala	Tira de material rijo (como, por exemplo, madeira) utilizada para imobilizar uma parte móvel do corpo.
Taxa de Mortalidade Materna	Taxa que estima o risco de morte materna utilizando como numerador as mortes maternas atribuídas à gravidez e/ou puerpério e como denominador o número total de mulheres expostas a estes riscos. Como é impossível conhecer exactamente o número total de mulheres expostas a estes riscos, recorre-se ao <i>rácio de mortalidade materna</i> .
Tétano	Doença causada por microrganismos que se encontram no solo e pó e que é espalhada pelas fezes animais e humanas. Os microrganismos entram no corpo através de uma solução de continuidade na pele e provocam um estado grave de espasmos musculares e convulsões que conduzem à morte. Dado que a rigidez do maxilar é, frequentemente o primeiro sinal, é também conhecido por trismo. Esta doença grave pode ser prevenida através da imunização adequada com o toxóide tetânico.
Testículos	Duas glândulas do escroto que produzem os espermatozóides e as hormonas sexuais masculinas.
Tipagem	Determinação do grupo sanguíneo (A, B, O, AB, Rh).
Tórax	Peito.

Trabalho de parto falso	Contrações uterinas dolorosas não acompanhadas de apagamento do colo do útero ou dilatação. São, habitualmente irregulares e cessam, espontaneamente, ao fim de algumas horas.
Tracto genital	O percurso formado pelos órgãos genitais, incluindo o útero, colo do útero, vagina e vulva.
Transfusão feto-materna	Passagem de sangue fetal para a circulação sanguínea materna, através da placenta.
Tratamento profilático com antibiótico	Administração de antibióticos para prevenir a infecção.
Trauma	Agressão. Lesão produzida localmente por uma acção violenta exterior.
Traumático	Devido a agressão. Relativo a um trauma ou a um traumatismo.
Tremores	Contrações involuntárias, pequenas e repentinas.
Tromboflebite	Inflamação de uma veia superficial, acompanhada pela formação de um coágulo. Nestes casos, o coágulo raramente se separa da parede da veia pelo que o risco de embolismo é pequeno.
Trombose	Formação de um coágulo de sangue. Ocorre em veias profundas e se houver destacamento do coágulo da parede do vaso, há um risco sério de embolismo e morte.
Trombose venosa profunda	Formação de um trombo (coágulo) numa veia profunda (mais frequente na perna ou pélvis). Causa dor e edema ao andar. Se o coágulo se destaca da parede da veia pode ser levada, pela corrente sanguínea para o coração ou pulmões causando colapso e, caso a reanimação imediata não seja feita com sucesso, morte.
Transitório	Temporário, que não dura muito tempo.
Tuberosidade Isquiática	<i>Ver</i> Espinhas Isquiáticas.
Tumor	Crescimento de tecido novo que pode ser benigno ou canceroso.
U	
Ultra-som	Som em frequências superiores ao limite normal de audição utilizadas em obstetrícia (e noutros ramos da medicina) na ecografia (ultra sonografia). É utilizado para avaliar a maturidade e tamanho do feto, localizar o sítio da placenta, diagnosticar anomalias fetais e tumores pélvicos.
Úmero	Osso que vai do ombro ao cotovelo.
Uremia	Excesso de ureia no sangue. Normalmente revela falência renal.
Útero em involução	Útero que regressa ao tamanho normal após o parto.
V	
Valor preditivo	Os valores preditivos de alguns factores de risco são baixos. Isto quer dizer que a probabilidade de a doença ou enfermidade estar presente quando o factor de risco está presente, é baixa.
Veia cubital média	Veia situada na linha média da fossa cubital.

Veias varicosas	Veias anormalmente tortuosas e distendidas. Se se tornarem dolorosas durante a gravidez, a mulher deve ser aconselhada a usar meias de suporte (que devem ser calçadas antes desta se levantar de manhã) e a repousar com os membros inferiores elevados ao nível do coração. Termo equivalente: <i>varizes</i> .
Varizes	Ver <i>Veias varicosas</i> .
Vértex	Área da cabeça entre a fontanela anterior e posterior e as duas proeminências parietais (alto de cada lado da parte superior da cabeça). No parto normal, quando a cabeça está bem flectida, o vértex é a parte que se apresenta.
VIIH	Vírus da Imunodeficiência Humana.
Vírus	Pequeno agente infeccioso que cresce e se reproduz nas células vivas. As viroses podem atravessar a placenta e causar anomalias no feto, especialmente no primeiro trimestre.
Virilha	Depressão na transição do abdómen e a coxa.
Virulento	Que causa doença severa.
Vitaminas	Nutrientes essenciais. As vitaminas A, todo o complexo B, C, D, E e K são essenciais à nutrição e à saúde. A sua deficiência causa uma série de problemas de saúde.
Vitamina D	Vitamina necessária para o desenvolvimento normal do osso.
Z	
Zona lombar	Parte das costas entre o tórax e a pélvis.

ANEXO: QUESTÕES PARA O PRÉ-TESTE E TESTE FINAL

As perguntas (e respostas) que se seguem são dadas como exemplos e não esgotam todas as que devem ser incluídas no pré-teste e teste final, se os escolher como um dos métodos para avaliar os alunos. Pode utilizar estas perguntas juntamente com outras relevantes para o conteúdo deste módulo de modo a estabelecer uma base para os conhecimentos teóricos dos alunos. As questões utilizadas no pré-teste devem voltar a ser utilizadas no teste final de modo a avaliar a mudança nos conhecimentos teóricos.

De cada vez que leccionar o módulo sobre o aborto incompleto é aconselhável mudar pelo menos algumas das perguntas dos pré e pós testes. Tal torna-se particularmente relevante, por exemplo, nas escolas obstétricas e de enfermagem onde os alunos trocam impressões sobre os conteúdos das provas de avaliação.

Os pré-testes e testes finais não devem excluir a utilização de outros métodos de avaliação dos alunos. É indispensável usar pelo menos um, se não todos os outros, em intervalos definidos ao longo dos módulos, de modo a avaliar a progressão dos alunos. Para além disso, é preciso não esquecer que a avaliação das competências clínicas constitui a maior componente da avaliação do aluno tanto neste como nos restantes módulos técnicos.

P1 O que é o aborto?

R O termo refere-se ao final da gravidez independentemente da causa antes do feto estar apto para a vida extra uterina.

P2 O que é o aborto incompleto?

R O aborto incompleto ocorre, normalmente, no segundo trimestre de gravidez e é a expulsão parcial dos produtos de concepção.

P3 Indique três sinais ou sintomas de aborto incompleto.

R Hemorragia vaginal, contracções abdominais, dor na parte inferior do abdómen.

P4 O que é o aborto inseguro?

R O termo refere-se ao fim da gravidez por pessoas sem as competências necessárias ou num ambiente com falta dos cuidados básicos mínimos ou ambos.

P5 Qual o número estimado de aborto que ocorrem, diariamente, no mundo?

R 55 000.

P6 Qual a percentagem de abortos que ocorrem nos países em desenvolvimento?

R 95%.

P7 O que é a aspiração uterina?

R É um procedimento que envolve o uso de sucção para remover tecidos e sangue do útero através de uma cânula para uma seringa.

P8 Quais as situações que colocam a vida em risco relacionadas com o aborto?

R Choque, hemorragia, sépsis, lesão intra-abdominal.

P9 Quais os métodos contraceptivos que podem ser usados após um aborto?

R Todos os métodos podem ser usado desde que não haja complicações que requeiram tratamento futuro, haja rastreio das possíveis contra-indicações e seja oferecido um bom aconselhamento.

P10 Quando é que se podem administrar contraceptivos injectáveis após um aborto?

R Imediatamente.

P11 Quais são as três indicações para a aspiração uterina?

R Biópsia do endométrio, regulação menstrual do primeiro trimestre, tratamento do aborto incompleto até às 12 semanas.

P12 Enumere 5 vantagens da aspiração uterina em relação à dilatação e curetagem no tratamento do aborto incompleto?

R Risco reduzido de perfuração uterina, uso menor de fármacos de controlo da dor, custos hospitalares reduzidos, pode ser uma doente ambulatória ou um procedimento realizado na sala de tratamento e baixa taxa de complicações.

- P13** *Refira pelo menos três técnicas de comunicação não verbal.*
R Sentar-se direito, falando para a doente e olhando-a directamente, fazer gestos encorajadores como acenar e inclinar, usar um tom de voz que demonstre interesse e preocupação, evitar movimentos que distraiam (por exemplo, movimentos que demonstrem nervosismo), evitar olhar para o relógio ou papéis sobre a secretária ou à volta da sala, evitar franzir a cara, bocejar ou mostrar uma expressão de aborrecimento.
- P14** *Enumere três situações em que um profissional de saúde deva de lavar as mãos.*
R Antes de qualquer procedimento, antes de calçar luvas, após qualquer procedimento.
- P15** *Enumere 3 formas de reduzir a ansiedade da mulher durante a aspiração uterina.*
R Tratamento gentil, boa comunicação e segurança transmitida pela equipa e uso de ansiolíticos.
- P16** *Quais são os três objectivos da avaliação da doente?*
R Formular um diagnóstico correcto, determinar o tratamento mais apropriado, tomar precauções relativas ao tratamento como, por exemplo, alergia a fármacos.
- P17** *Enumere os dois critérios mais importantes para seleccionar a cânula a utilizar do tamanho apropriado.*
R Tamanho uterino determinado por exame bimanual, grau de dilatação cervical.
- P18** *Refira 4 complicações possíveis nas doentes com aborto incompleto.*
R Infecção e/ou sépsis, perfuração uterina, hemorragia, lesão intra-abdominal e choque.
- P19** *Enumere 2 métodos de desinfectação de elevado nível do equipamento de aspiração uterina.*
R Fervura, química, por exemplo, solução clorídrica ou lixívia.
- P20** *Enumere as três componentes dos cuidados pós-aborto.*
R Tratamento de emergência para as complicações pós-aborto, aconselhamento e serviços de planeamento familiar pós-aborto, estabelecer elos de ligação entre os serviços de cuidados de emergência pós-aborto e outros serviços de saúde reprodutiva (bom sistema de encaminhamento).