PN-ABZ-637

ATENÇÃO PÓS-ABORTO

Um Manual de Referência para Melhorar a Qualidade de Atenção

editores

Judith Winkler
Elizabeth Oliveras
Noel McIntosh

CONSÓRCIO PARA A ATENÇÃO PÓS-ABORTO

(AVSC International, IPAS, IPPF, JHU/CCP, JHPIEGO, Pathfinder International)

Direitos Autorais © 1995, The Postabortion Care Consortium.

O texto nesta publicação pode ser utilizado ou adaptado livremente por qualquer pessoa.

Editores: Judith Winkler
Elizabeth Oliveras
Noel McIntosh

ISBN: 0-929817-33-8

Publicado nos Estados Unidos da América

Para obter cópias deste manual, entre em contato com:

JHPIEGO Corporation
1615 Thames Street
Baltimore, MD 21231-3447, USA
(410) 614-0541

POSTABORTION CARE CONSORTIUM

AVSC International

INTERNATIONAL Planned Parenthood FEDERATION

IPAS

THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY · SCHOOL OF HYGIENE AND PUBLIC HEALTH · CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS

JHPIEGO CORPORATION

Pathfinder INTERNATIONAL

CONSÓRCIO PARA A ATENÇÃO PÓS-ABORTO

Para maiores informações sobre as organizações membros do Consórcio para a Atenção Pós-Aborto podem ser contactados diretamente nos seguintes enderêços:

AVSC International
79 Madison Avenue
New York, NY 10016, EUA
212-561-8000

International Planned Parenthood Federation
Regent's College
Inner Circle, Regent's Park
London NW1 4NS
Reino Unido
71-486-0741

IPAS
303 East Main Street
PO Box 100
Carrboro, NC 27510, EUA
919-967-7052

Johns Hopkins Center for Communication Programs
111 Market Place, Suite 301
Baltimore, MD 21202-4024, EUA
410-659-6300

JHPIEGO Corporation
1615 Thames Street
Baltimore, MD 21231-3447, EUA
410-955-8558

Pathfinder International
Nine Galen Street, Suite 217
Watertown, MA 02172-4501, EUA
617-924-7200

AGRADECIMENTOS

Este manual foi desenvolvido, em parte, para fomentar a conscientização para as altas taxas de mortalidade e morbidade materna causada por abortos incompletos em muitas áreas do mundo. Foi elaborado para fornecer aos provedores de saúde informação atualizada sobre o tratamento de emergência nas complicações pós-aborto, juntamente com a provisão de orientação e atenção em planejamento familiar pós-aborto.

Este manual foi adaptado, principalmente, de publicações revisadas anteriormente. As principais fontes foram as seguintes:

- Yordy L, Leonard AH e Winkler J. *Manual Vacuum Aspiration: Guide for Clinicians.* IPAS.
- Organização Mundial da Saúde. *Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide.*
- Organização Mundial da Saúde. *Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment.*
- IPAS. *Advances in Abortion Care.* (Volumes 2 a 4).
- Tietjen L, Cronin W e McIntosh N. *Prevenção de Infecções para Serviços de Planejamento Familiar.* JHPIEGO.

Em todo este manual, são citadas referências específicas a estes documentos, como parte do texto ou como reconhecimentos, no fim de cada capítulo. O Consórcio para a Atenção Pós-Aborto gostaria de agradecer a Organização Mundial da Saúde (OMS) por permitir a utilização de seus documentos.

Apesar de que a preparação destes procedimentos foi de responsabilidade de Judith Winkler, Elizabeth Oliveras e Noel McIntosh, vários profissionais de organizações membros do consórcio contribuíram com sugestões importantes. Ainda, agradecimentos especiais aos Drs. Philip Stubblefield, Philip Darney e Paul Blumenthal e Gilberte Vansintejan pelas suas contribuições técnicas como revisores externos. Finalmente, gostaríamos de reconhecer a contribuição pelo pessoal da "Office of Population, Health, and Nutrition" (Departamento de População, Saúde e Nutrição) na Agência para o Desenvolvimento Internacional (AID).

Os membros do Consórcio para a Atenção Pós-Aborto, que contribuíram para o desenvolvimento deste manual foram os seguintes:

- AVSC International
- International Planned Parenthood Federation (IPPF) (Federação Internacional para Paternidade/Maternidade Planejada)
- IPAS (International Projects Assistance Services) (Serviços Internacionais de Assistência a Projetos)
- JHPIEGO Corporation
- Pathfinder International

Financiado em parte pela "United States Agency for International Development (USAID)" (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional). Os pontos de vista expressados neste documento não são necessariamente os da USAID.

REVISORES

Paul Blumenthal
Department of Obstetrics and Gynecology
Johns Hopkins Bayview Medical Center

Philip Darney
Department of Obstetrics and Gynecology
and Reproductive Sciences
University of California, San Francisco

Phillip Stubblefield
Department of Obstetrics and Gynecology
Maine Medical Center

Gilberte Vansintejan
Center for Population and Family Health
Columbia/Presbyterian Medical Center

Agency for International Development

Allen Brimmer
Patricia Coffey
Roy Jacobstein
Bonnie Pedersen
Nancy Stark
Anne Wilson

AVSC International

Karen Beattie
Amy Pollack
Cynthia Steele Verme

International Planned Parenthood Federation

Carlos Huezo
Pramilla Senanayake

IPAS-International Projects Assistance Services

Forrest C. Greenslade
Ann H. Leonard
Katie Early McLaurin

JHPIEGO Corporation

Terri Dean
Graciela Salvador
Tami Smith
Judith Weinstein

Johns Hopkins Center for Communications Programs

Nicolene Hengen
Laurie Liskin

Pathfinder International

Alfredo Guzmán
Douglas Huber

CONTEÚDO

Prefácio ix

Capítulo 1: Atenção Pós-Aborto

Antecedentes 1-1
Amplitude do Problema 1-1
Elementos de Atenção Pós-Aborto 1-2
Tratamento de Emergência 1-3
Planejamento Familiar Pós-Aborto 1-5
Vínculos com Outros Serviços de Saúde Reprodutiva 1-6
Racionalidade para a Utilização de AMIU 1-7

Capítulo 2: Conversando com as Usuárias

Antecedentes 2-1
Direitos das Usuárias 2-1
Consentimento para o Tratamento 2-2
Estabelecendo a Relação Usuária/Provedor 2-3
Sigilo 2-5
Privacidade 2-5

Capítulo 3: Avaliação Inicial

Antecedentes 3-1
Sinais e Sintomas 3-1
Avaliação para Complicações Sérias 3-2
Choque 3-2
Outras Complicações Sérias 3-3
Sangramento Vaginal Severo 3-3
Infecção/Sepsia 3-3
Lesão Intra-Abdominal 3-4
Avaliação Médica 3-4
História Clínica 3-5
Exame Físico 3-5
Exame Abdominal 3-6
Exame Pélvico 3-6
Exame Especular 3-6
Exame Bimanual 3-7
Testes de Laboratório 3-9
Resumo 3-9
Etapa de Aborto 3-10
Tratamento de Complicações Pós-Aborto 3-10

Capítulo 4: Prevenção de Infecções

Antecedentes	4-1
Definições	4-1
Barreiras Protetoras	4-2
Lavagem das Mãos	4-3
Utilização de Luvas	4-4
Antissepsia	4-4
A Técnica "Sem-Toque"	4-5
Processamento de Equipamento AMIU e Outros Itens	4-5
Quando a Esterilização é Absolutamente Essencial?	4-6
Manejo de Agulhas e Seringas	4-6
Eliminação de Resíduos	4-7
Eliminação de Produtos de Concepção (PDC)	4-7
Eliminação de Seringas Hipodérmicas (e Agulhas)	4-7

Capítulo 5: Manejo da Dor

Antecedentes	5-1
Objetivo do Manejo da Dor	5-1
Tipos de Dor	5-2
Técnicas para o Tratamento da Dor	5-2
Anestesia Local	5-4
Complicações da Anestesia Local	5-5
Como Administrar o Bloqueio Paracervical	5-7

Capítulo 6: Tratamento de Aborto Incompleto

Antecedentes	6-1
Aspiração Manual Intra-uterina	6-1
Kits de Instrumentos para a AMIU	6-2
Escolha de Equipamento	6-2
Precauções Antes da Realização de AMIU	6-3
Preparação dos Instrumentos AMIU	6-3
Como Minimizar os Riscos de Infecção	6-3
Preparação dos Instrumentos AMIU	6-4
Tratamento da Dor	6-5
Exame Pélvico	6-5
Preparação da Paciente	6-5
Passos para Realização da AMIU	6-6
Tratamento de Aborto Incompleto de Segundo Trimestre	6-12
Atenção Pós-Cirúrgica	6-13
Monitorização da Recuperação da Paciente	6-13
Informação Pós-Operatória	6-14
Planejamento Familiar Pós-Aborto	6-14

Capítulo 7: Manejo de Problemas e Complicações Durante a AMIU

Antecedentes 7-1
Problemas Técnicos 7-1
Seringa Cheia 7-1
Cânula Removida Antecipadamente 7-1
Cânula Entupida 7-2
A Seringa Não Mantém o Vácuo 7-3
Problemas de Procedimento 7-3
Menos Tecido do que Esperado 7-3
Evacuação Incompleta 7-3
Todo PDC Passou Antes da AMIU 7-3
Outros Problemas 7-3
Sangramento Vaginal não Relacionado à Gravidez 7-3
Gravidez Ectópica 7-4
Síndrome Pós-Aborto (Hematômetra Agudo) 7-4
Desmaio (Reação Vagal ou Choque Neurogênico) 7-4
Complicações 7-5
Perfuração Uterina 7-5
Perfuração Cervical 7-5
Choque, Sangramento Vaginal Severo e Infecção Pós-AMIU 7-6
Embolismo por Ar 7-6

Capítulo 8: Processamento do Equipamento AMIU e Outros Itens

Antecedentes 8-1
Processamento de Equipamento AMIU 8-1
Descontaminação 8-1
Como Preparar Soluções Cloradas Diluídas 8-3
Limpeza 8-5
Seringas AMIU 8-7
Esterilização ou Desinfecção de Alto Nível 8-7
Esterilização 8-8
Manejo de Itens Estéreis 8-10
Desinfecção de Alto Nível 8-10
Fervura 8-10
Vaporização 8-13
Produtos que Não Devem ser Usados como Desinfetantes 8-15
Armazenagem e Remontagem 8-16
Instrumentos Estéreis 8-16
Instrumentos Desinfetados à Alto Nível 8-16
Seringas AMIU 8-17

Capítulo 9: Planejamento Familiar Pós-Aborto

Antecedentes 9-1
Fatores que Limitam o Acesso a Planejamento Familiar Pós-Aborto 9-1
Planejamento Familiar Pós-Aborto 9-2
Orientação 9-3
Informação de Planejamento Familiar 9-4
Processo de Orientação 9-7
A Sessão de Orientação 9-8
Anticoncepção Pós-Aborto 9-10
Anticoncepção depois de Complicações Pós-Aborto 9-13
Capacidade de Provisão de Serviços 9-16

Capítulo 10: Organização e Gerência de Serviços

Antecedentes 10-1
Estabelecimentos para Atenção Pós-Aborto de Emergência 10-2
Sistemas de Referência (Encaminhamento) 10-2
Questões de Transporte 10-3
Atenção Ambulatorial e na Sala de Emergência 10-3
Consideração da Freqüência de Casos 10-4
Fluxo de Pacientes 10-4
Coordenação Dentro dos Estabelecimentos 10-5
Equipamento e Medicamentos para Atenção de Emergência Pós-Aborto 10-6
Estado Atual de Recursos Existentes para Atenção Pós-Aborto 10-6
Tipo de Equipamento e Insumos Necessários 10-7
Quantidade Necessária de Equipamento e Insumos 10-8
Controle de Inventário e manutenção 10-8
Políticas e Procedimentos Sobre Equipamento e Insumos 10-9

ANEXOS

A Avaliação e Tratamento de Complicações

Antecedentes A-1
Choque A-1
Tratamento Inicial A-2
Tratamento Definitivo A-3
Sangramento Vaginal Profuso A-3
Tratamento Inicial A-4
Tratamento Definitivo A-4
Continuacão do Tratamento A-5
Infecção/Septicemia A-5
Tratamento Inicial A-6
Tratamento Definitivo A-7
Continuidade doTratamento A-7
Lesão Intra-Abdominal A-7
Tratamento Inicial A-9
Tratamento Definitivo A-9
Continuidade do Tratamento A-10
Perfuração Uterina A-10

B Princípios Gerais da Atenção de Emergência Pós-Aborto

Antecedentes B-1
Estabilização e Encaminhamento B-1
Reposição por Fluídos Endovenosos (EV) B-2
Transfusão Sanguínea B-4
Administração de Medicamentos B-6
Endovenosa (EV) B-6
Intramuscular (IM) B-6
Via Oral B-6
Antibióticos B-7
Manejo da Dor B-9
Tétano B-10
Diuréticos B-11

C Modelo de Formulário para Referência: Complicações Pós-Aborto C-1

D Processamento de Luvas Cirúrgicas

Como Descontaminar e Limpar Luvas Cirúrgicas Antes da Esterilização ou da Desinfecção de Alto Nível (DAN) D-1
Como Esterilizar Luvas Cirúrgicas D-2
Como Desinfetar Luvas Cirúrgicas à Alto Nível D-3
Como Desinfetar à Alto Nível Luvas Cirúrgicas pela Ebulição D-5
Contaminação Acidental de Luvas Estérilizadas ou Desinfetadas de Alto Nível D-6
Recolocando as Luvas Após da Contaminação D-7

E Uso de Medicamentos para Dor

Tipos de Medicação E-1
Analgesia E-1
Complicações da Analgesia E-3
Sedativos E-3
Complicações dos Sedativos E-4

F Equipamento e Materiais Necessários para AMIU

Móveis e Equipamentos F-2
Para Desinfecção por Alto Nível ou Esterilização de Instrumentos F-2
Para Ressuscitação de Emergência F-3

G Medicamentos Essenciais para Atenção Pós-Aborto de Emergência G-1

H Precauções para a Realização da AMIU H-1

I Preparação de Instrumentos para AMIU I-1

QUADROS E TABELAS

Tabela 1-1	Impacto de Abortos em Condições de Risco por Região	1-2
Tabela 1-2	Provisão de Atenção Pós-aborto por Nível de Estabelecimento e Pessoal de Atencão à Saúde	1-4
Quadro 1-1	Comparação de Taxas de Complicação (Aspiração a Vácuo Versus D&C (dilatação e curetagem), 1982-1984	1-7
Tabela 1-3	Resumo de 13 Estudos Comparando Aspiração por Vácuo e D&C	1-8
Quadro 1-2	Média de Permanência Hospitalar para AMIU Versus D&C em Dois Hospitais Mexicanos	1-9
Quadro 3-1	Avaliação da Forma e Posição do Útero	3-7
Quadro 3-2	Palpação do Útero Antevertido	3-8
Quadro 3-3	Palpação do Útero Retrovertido pelo Exame Retovaginal	3-8
Tabela 3-1	Avaliação Médica	3-9
Tabela 3-2	Etapa de Aborto	3-10
Quadro 3-4	Resumo dos Passos Chaves na Avaliação e no Tratamento de Pacientes com Possível Aborto Incompleto	3-12
Quadro 5-1	Vias Transmissão de Dor do Útero e Colo à Coluna Vertebral	5-4
Quadro 5-2	Locais de Injeção para Bloqueio Paracervical	5-8
Tabela 6-1	Resultados de Quatro Estudos Avaliando a AMIU para Tratamento de Aborto Incompleto	6-2
Quadro 6-1	Instrumentos para AMIU	6-3
Quadro 6-2	Preparação da Seringa (Criando o Vácuo)	6-4
Quadro 6-3	Inserção da Cânula	6-7
Quadro 6-4	Medição da Profundidade Uterina com a Cânula	6-7
Quadro 6-5	Montagem da Seringa	6-8
Quadro 6-6	Abrindo a Válvula de Apertar	6-8
Quadro 6-7	Evacuação do Conteúdo Uterino	6-9
Quadro 6-8	Desmontagem da Seringa	6-10

Quadro 6-9	Exame dos Tecidos	6-11
Quadro 7-1	Cânula Removida para o Canal Vaginal	7-2
Quadro 8-1	Aspiração da Solução Descontaminadora para Dentro da Seringa	8-2
Quadro 8-2	Descontaminação de Instrumentos	8-2
Tabela 8-1	Preparação de Soluções Cloradas Diluídas de Cloro Líquido (Hipoclorito de Sódio) para Descontaminação e DAN	8-3
Quadro 8-3	Fórmula para Fazer Solução Clorada Diluída de Solução Concentrada	8-4
Tabela 8-2	Preparação de Soluções Cloradas Diluídas de Pó Seco	8-4
Quadro 8-4	Fórmula para Fazer uma Solução Clorada Diluída de Pó Seco	8-5
Quadro 8-5	Lavagem de Instrumentos	8-6
Quadro 8-6	Enxágüe de Instrumentos	8-7
Quadro 8-7	Esterilização de Cânulas	8-9
Tabela 8-3	Químicos para Esterilização de Instrumentos AMIU	8-9
Tabela 8-4	Desinfecção de Alto Nível de Instrumentos	8-12
Quadro 8-8	Vaporizador	8-13
Quadro 8-9	Aumento da Temperatura nas Luvas Cirúrgicas como Função da Posição da Bandeja	8-14
Quadro 8-10	Remoção de Cânulas	8-17
Tabela 9-1	Fatores Individuais e Recomendações para Orientação e Racionalidade	9-6
Tabela 9-2	A técnica "ACCEDA"	9-8
Tabela 9-3	Procedimentos para Utilização de Anticoncepcionais por Condição Clínica	9-11
Tabela 9-4	Procedimentos para Seleção de um Anticoncepcional por Método	9-14
Tabela 9-5	Capacidade Local para a Provisão de Serviços	9-17
Quadro A-1	Perfuração Uterina Durante o Procedimento AMIU	A-10
Tabela B-1	Fluxo de Fluído EV	B-3
Tabela B-2	Terapêutica Antibiótica para Aborto Infectado	B-8
Tabela B-3	Esquemas de Combinação de Antibióticos para Pacientes Internadas	B-8

Tabela B-4	Terapêutica Antibiótica Ambulatorial	B-9
Quadro D-1	Preparando as Luvas para Autoclave (Estérilização a Vácuo)	D-2
Tabela D-1	Sugestões para Ajudar a Evitar Problemas com Luvas	D-3
Quadro D-2	Luvas na Panela de Vapor	D-4
Tabela E-1	Drogas Analgésicas para AMIU	E-3
Tabela E-2	Sedativos para Uso com Analgésicos e/ou Anestesia para AMIU	E-5
Tabela I-1	Cânula Apropriada pelo Tamanho do Útero	I-1
Tabela I-2	Partes Compatíveis de Instrumento	I-1
Quadro I-1	Fechando a Válvula de Apertar	I-2
Quadro I-2	Preparação da Seringa	I-3

PREFÁCIO

O objetivo deste manual é de fornecer informação essencial a clínicos/as (médicos/as, enfermeiros/as e obstetrizes) sobre a prestação de serviços integrados de atenção pós-aborto. A intenção é de assistir clínicos/as no tratamento de abortos incompletos e suas complicações que podem ameaçar a vida. O manual descreve a gama completa de atividades necessárias para fornecer atenção pós-aborto apropriada, de alta qualidade, incluindo planejamento familiar e encaminhamento a serviços de saúde, necessários depois do tratamento de emergência.

O material neste manual está em seqüência, de acordo com a maneira normal pela qual as pacientes recebem atenção—começando com a avaliação inicial da sua condição e finalizando com a provisão de atenção de seguimento, incluindo planejamento familiar e outros serviços de saúde reprodutiva. Ainda, é fornecido em segmentos concisos, para facilitar a aprendizagem e assimilação. Finalmente, pontos chaves são repetidos em várias seções, para enfatizar sua importância.

Os objetivos específicos são:

- Descrever a importância da atenção pós-aborto.
- Descrever os elementos chave da atenção pós-aborto, incluindo a racionalidade da utilização de aspiração manual intra-uterina (AMIU) para o tratamento de abortos incompletos.
- Descrever o processo básico de conversar com pacientes sobre sua condição e o procedimento AMIU, suas indicações e precauções.
- Detalhar os passos chave na avaliação inicial de mulheres que apresentem possíveis complicações de aborto incompleto, incluindo sua história clínica, exame físico e testes simples de laboratório (se necessários).
- Descrever a conduta de complicações graves de pós-aborto: choque, sangramento vaginal severo, infecção/sepsia e lesão intra-abdominal.
- Detalhar práticas de prevenção de infecções fáceis de utilizar e baratas, que reduzem ao mínimo a transmissão de doenças para pacientes e pessoal de atenção à saúde.
- Descrever a utilização de analgésicos e anestesia local durante o tratamento de aborto incompleto, usando AMIU.
- Detalhar um procedimento, por etapas, para a realização segura de AMIU para abortos incompletos.
- Fornecer um guia para a conduta de possíveis complicações de AMIU.

15

- Descrever os elementos importantes no seguimento de mulheres tratadas para complicações de pós-aborto.

- Descrever o processo básico de orientação em planejamento familiar pós-aborto.

- Descrever as indicações e precauções para anticoncepção pós-aborto.

- Descrever as habilidades gerenciais necessárias para organizar e fornecer serviços de atenção pós-aborto de qualidade.

Finalmente, este manual descreve os elementos para programas de atenção pós-aborto de qualidade, nos quais:

- Os serviços são prestados de maneira segura e eficaz.

- Mulheres são tratadas com respeito, sem julgamentos indevidos.

- Serviços de planejamento familiar pós-aborto são facilmente disponíveis.

- Existem vínculos bem estabelecidos com outros serviços de atenção à saúde.

UM

ATENÇÃO PÓS-ABORTO

ANTECEDENTES

A comunidade internacional de saúde tem uma quantidade de recursos que, se forem coordenados, podiam ter um impacto **imediato** e **significativo** para reduzir níveis globais de mortalidade e morbidade materna resultantes de complicações de abortos realizados em condições de risco. As mortes e lesões provenientes de abortos incompletos são quase sempre completamente preveníveis por intermédio de meios existentes.

Para reduzir o risco de doenças de longo prazo ou incapacidade e mortes, em mulheres que apresentam com complicações de abortos incompletos, os sistemas de atenção à saúde precisam fornecer atenção pós-aborto acessível e de qualidade a todos os níveis. Atualmente, a atenção pós-aborto de emergência é fornecida principalmente em hospitais distritais de níveis mais altos. Este fato não somente leva a um alto custo de prestação destes serviços, mas os torna inacessíveis para muitas mulheres. A prevenção de doenças relacionadas com aborto e da mortalidade depende da disponibilidade de atenção pós-aborto através de todo sistema de atenção à saúde. "Independentemente de se tratar de informação de saúde e educação, estabilização e encaminhamento, evacuação uterina, ou atenção especializada para as complicações mais graves, pelo menos alguns componentes de atenção de emergência precisam estar disponíveis em todo local de prestação de serviços dentro do sistema de atenção à saúde."[1]

O conceito de atenção pós-aborto apresentado neste manual fornece a base para reduzir a mortalidade e morbidade proveniente de abortos incompletos, sejam espontâneos ou induzidos.

AMPLITUDE DO PROBLEMA

Estimativas recentes demonstram que pelo menos 15% de toda gravidez termina em aborto espontâneo e apesar de que a morte é menos provável do que em casos de abortos em condições de risco, mulheres que apresentam com suspeita de aborto espontâneo também precisam de atenção imediata.[2] Em alguns países o aborto chega a ser a causa de até 50% de mortes relacionadas à gravidez.[3] Ainda, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que até 15% de mortalidade relacionada à gravidez, a nível mundial, é relacionada a abortos.[1]

Mesmo com a falta de dados do impacto de abortos em condições de risco sobre a mortalidade materna, a OMS estima[4] que:

- A nível mundial, existem 20 milhões de abortos em condições de risco, por ano.
- 70.000 mulheres morrem, cada ano, como resultado de complicações depois de abortos em condições de risco.

17

- 1 em cada 8 mortes relacionadas à gravidez é conseqüência de aborto em condição de risco.

Dados regionais atualmente disponíveis sobre o impacto de aborto em condições de risco sobre a saúde materna são resumidos na **Tabela 1-1**.

Tabela 1-1
Impacto de Abortos em Condições de Risco por Região

Região	Número de Abortos em Condições de Risco (p/1000)††	Abortos em Condições de Risco por 1000 mulheres de 15-49 anos	Número de mortes resultantes de aborto em condições de risco††	Mortalidade resultante de abortos em condições de risco por 100.000 nascidos vivos	Fatalidade de casos por 100 abortos em condições de risco	Risco de morte
Países mais desenvolvidos	2340	8	600	4	0.03	1 em 3700
Países menos desenvolvidos†	17620	17	69000	55	0,4	1 em 250
África	3740	26	23000	83	0,6	1 em 150
Ásia	9240	12	40000	47	0,4	1 em 250
Europa	260	2	100	2	0,04	1 em 2600
América Latina	4620	41	6000	48	0,1	1 em 800
Antiga União Soviética	2080	30	500	10	0,03	1 em 3900

† O Japão foi excluído das estimativas regionais, mas é incluído no total para países desenvolvidos.

†† Baseado na Projeção de nascimentos de 1990 das NU.

Adaptado de: OMS, 1994b.[4]

ELEMENTOS DE ATENÇÃO PÓS-ABORTO

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

- Tratamento de emergência de abortos incompletos e complicações potencialmente ameaçadoras da vida
- Orientação e serviços de planejamento familiar pós-aborto

- Vínculos entre serviços de emergência pós-aborto e o sistema de atenção em saúde reprodutiva

Tratamento de Emergência

Todo sistema de saúde fornece algum nível de serviços de atenção de emergência pós-aborto[5] porque pelo menos 15% de gravidez reconhecida leva ao aborto espontâneo.[2] Embora serviços de atenção de emergência pós-aborto sejam necessários em quase todos os lugares, sua qualidade e acessibilidade variam muito. O tratamento de emergência de complicações pós-aborto freqüentemente é oferecido somente em centros de saúde de nível secundário e terciário em áreas urbanas. Infelizmente, sistemas de transporte inadequados em muitos países em desenvolvimento tornam os serviços centralizados fora de alcance para as mulheres pobres, em áreas rurais. Esta lacuna nos serviços torna até um aborto espontâneo uma ameaça de vida em muitas situações.

O aumento da disponibilidade de serviços de atenção de emergência em todo o sistema de saúde requer a descentralização de serviços de tratamento e a melhora da qualidade e gama de atenção a todos os níveis. Estes passos precisam ser apoiados por intermédio do estabelecimento de protocolos claros para a provisão de serviços e treinamento integral, sistemático.

O tratamento de emergência para complicações pós-aborto inclui:

- Uma avaliação inicial para confirmar a presença de complicações de aborto
- Uma conversa com a mulher sobre sua condição clínica e plano de tratamento
- Avaliação clínica (história resumida, exame físico e pélvico limitados)
- Encaminhamento e transferência oportuna se a mulher requer tratamento além da capacidade do estabelecimento onde está sendo atendida
- Estabilização das condições de emergência e tratamento de quaisquer complicações (tanto as complicações presentes antes do tratamento e complicações que ocorrerem durante ou depois do procedimento de tratamento)
- Evacuação uterina para remover produtos remanescentes da concepção (PDC)

A OMS identificou o tratamento oportuno de abortos incompletos como elemento essencial de atenção obstétrica, que deve estar disponível em todo hospital de nível distrital.[6] Felizmente, o tratamento de abortos

19

incompletos sem complicações pode também ser fornecido a nível de clínicas primárias ou de planejamento familiar, pela utilização da aspiração manual intrauterina (AMIU). A **Tabela 1-2** contém informação sobre os serviços de atenção pós-aborto, apropriados para cada nível de um estabelecimento de saúde.

Tabela 1-2
Provisão de Atenção Pós-Aborto por Nível de Estabelecimento e Pessoal de Atenção à Saúde

Nível	Pessoal Pode Incluir	Atenção Pós-aborto de Emergência Providenciada	Planejamento Familiar Pós-Aborto
Comunitário	Residentes da comunidade com treinamento básico em saúde Parteira tradicional Curandeiro tradicional	Reconhecimento de sinais e sintomas de aborto e complicações graves de pós-aborto Encaminhamento a estabelecimentos onde tratamento está disponível	Provisão de pílulas, camisinhas, diafragmas e espermicidas Encaminhamento e seguimento para estes e outros métodos
Primário (Clínicas de saúde de nível primário, clínicas de planejamento familiar, policlínicas)	Agentes de saúde Enfermeiras Obstetrizes Médicos generalistas	**Todos os estabelecimentos de atenção primária à saúde. Atividades acima, mais:** Diagnóstico baseado na história clínica e exame físico e pélvico Ressuscitação/preparação para tratamento ou transferência Teste de hematócrito/hemoglobina Encaminhamento, se necessário	Provisão dos métodos acima mais DIU, injetáveis e implantes Norplant® Encaminhamento para esterilização voluntária
		Se pessoal treinado e equipamento apropriado estiverem disponíveis. Atividades acima, mais: Início de tratamentos de emergência • terapia antibiótica • reposição de fluído intravenosos • oxitócitos Evacuação uterina durante o primeiro trimestre para casos descomplicados de aborto incompleto Controle da dor • analgésicos simples e sedativos • anestesia local (bloqueio paracervical)	
Primeiro Nível de Encaminhamento Referência (Hospital Distrital)	Enfermeiras Obstetrizes treinadas Médicos generalistas Especialistas obstetras/ ginecologistas	**Atividades acima, mais:** Evacuação uterina de emergência, incluindo segundo trimestre Tratamento da maioria das complicações pós-aborto Anestesia local e geral Diagnóstico e encaminhamento para complicações graves (septicemia, peritonite, insuficiência renal) Laparotomia e cirurgia indicada (inclusive para gravidez ectópica) Reação cruzada de sangue (compatibilidade) e transfusão	Provisão dos métodos acima mais esterilização voluntária Seguimento
Níveis Secundário e Terciário (Hospital Regional ou de Referência)	Enfermeiras Obstetrizes treinadas Médicos generalistas Especialistas obstetras/ ginecologistas	**Atividades acima, mais:** Evacuação uterina, conforme indicado para todos abortos incompletos Tratamento de complicações graves (incluindo lesão intestinal, sepsia grave, insuficiência renal) Tratamento de problemas de sangramento/coagulação	Todas as atividades acima

Adaptado de: OMS, 1994a.[1]

Norplant® é a marca registrada de The Population Council para implantes subcutâneos de levonorgestrel.

Planejamento Familiar Pós-Aborto

A falta de acesso a serviços adequados de planejamento familiar é um fator principal que contribui para o problema global de abortos em condições de risco; por outro lado, o aborto em condições de risco é um indicador principal das necessidades não atendidas de métodos anticoncepcionais seguros e eficazes. Na maioria dos sistemas de saúde, mulheres tratadas para complicações de aborto raramente recebem qualquer orientação ou serviços para evitar gravidez não desejada. Sendo que uma mulher que procura tratamento para aborto incompleto já deve ter tido uma gravidez não desejada como resultado do não uso de anticoncepção ou pela falha do método, ela pode necessitar de anticoncepção eficaz.

Existe um número de fatores que limitam a provisão de serviços de planejamento familiar para mulheres que passaram por um aborto. Esses fatores, que aumentam o risco da mulher de gravidez não desejada repetida, incluem:

- Falta de compreensão e atenção às necessidades de saúde reprodutiva da mulher por parte dos provedores/as
- Falta de serviços para alguns grupos de mulheres (p. ex, adolescentes, mulheres solteiras.)
- Separação dos serviços pós-aborto de emergência e serviços de planejamento familiar
- Informação equivocada entre provedores/as sobre métodos anticoncepcionais apropriados para o pós-aborto
- Falta de reconhecimento do problema de abortos em condições de risco e a necessidade subseqüente de serviços anticoncepcionais

Considerando o anterior, em 1993, um grupo técnico de planejamento familiar pós-aborto, patrocinado por várias agências internacionais, desenvolveu recomendações para o estabelecimento de serviços de planejamento familiar pós-aborto. As recomendações chaves constataram que uma gama de métodos anticoncepcionais, informação correta, orientação sensível e encaminhamento para atenção contínua devem estar disponíveis e acessíveis a todas as mulheres que passaram por um aborto.[7]

Os passos necessários para alcançar esta meta incluem:

- O estabelecimento de vínculos operacionais fortes entre serviços pós-aborto de emergência e serviços de planejamento familiar
- O desenvolvimento de protocolos para anticoncepção pós-aborto

21

- A utilização de pesquisa para apoiar a melhoria na qualidade de atenção pós-aborto

Uma vez que a ovulação volta rapidamente depois de um aborto, com o risco subseqüente de gravidez repetida, os serviços de planejamento familiar precisam ser iniciados imediatamente. Por exemplo, seguindo uma perda de gravidez de primeiro trimestre, a ovulação pode ocorrer tão logo no 11 dia e geralmente ocorre antes do primeiro sangramento menstrual.[8,9] Ao contrário do período de puerpério, mulheres que passaram por aborto espontâneo ou em condições de risco correm um risco quase imediato de gravidez.

Todos os métodos modernos de anticoncepção são apropriados para o uso no pós-aborto, contanto que o/a provedor/a avalie a mulher para as precauções padronizadas para um método e forneça orientação adequada. As recomendações para a utilização de anticoncepcionais depois de abortos de primeiro trimestre são semelhantes àquelas para uso em intervalo (p. ex., mulheres que não estiveram grávidas durante os últimos 28 dias). Recomendações para o uso de anticoncepcionais após o aborto de segundo trimestre são mais semelhantes às de mulheres no puerpério (com a distinta exceção de preocupações sobre precauções relacionadas com estrógeno, que não são aplicáveis após o aborto). Em qualquer caso, é necessário orientação rigorosa para que a usuária escolha um método que possa usar com segurança e eficácia. O **Capítulo 9** contém informação sobre a provisão de anticoncepção pós-aborto, incluindo indicações e precauções para métodos específicos.

Vínculos com Outros Serviços de Saúde Reprodutiva

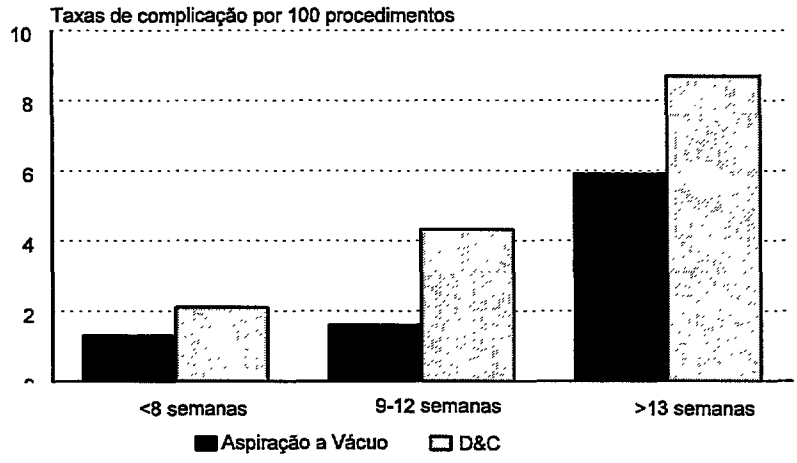
É essencial e lógico o vínculo entre serviços de atenção pós-aborto e outros serviços de saúde reprodutiva, porém estes serviços continuam distintamente separados em grande parte do mundo. Esta separação deixa as mulheres sem acesso à atenção em saúde reprodutiva e contribui, de maneira significante, ao estado geral de saúde das mulheres.

É importante identificar os serviços de saúde reprodutiva que cada mulher possa necessitar e oferecer-lhe uma gama mais ampla possível de serviços. Por exemplo, os/as provedores/as precisam estar alertos/as a sintomas de infecções do trato genital (ITG) e outras doenças sexualmente transmissíveis (tricomoníase ou cervicite mucopurulenta) e fornecer o tratamento apropriado. Ainda, para mulheres acima de 30-35, pode ser possível de oferecer uma avaliação para câncer cervical na ocasião do tratamento ou de providenciar encaminhamento para um estabelecimento onde a avaliação é disponível. Finalmente, mulheres tratadas para aborto espontâneo podem ter necessidades especiais de saúde reprodutiva, tal como seguimento especial para a conduta de aborto espontâneo repetido (infertilidade) ou de orientação antes de tentar engravidar novamente, ou ainda sobre atenção pré-natal.

RACIONALIDADE PARA A UTILIZAÇÃO DE AMIU

O tratamento de aborto incompleto quase sempre requer a remoção de produtos retidos da concepção (PDC) do útero. A **dilatação e curetagem (D&C)**, o método tradicional de remover tecido do útero, é realizado raspando as paredes uterinas com uma cureta de metal. A **aspiração a vácuo** utiliza sucção para remover o tecido no útero através de uma cânula, com raspagem mínima das paredes uterinas. A aspiração a vácuo, que tem sido usada por mais de duas décadas em países industrializados, pode ser realizada usando sucção fornecida por uma bomba elétrica ou bomba de pé ou uma seringa projetada especialmente para **aspiração manual intra-uterina** (AMIU). Embora a evacuação uterina possa ser obtida tanto pela sucção quanto por D&C, a sucção tem demonstrado ser um método mais seguro. Conforme demonstrado no **Quadro 1-1**, a aspiração a vácuo tem taxas reduzidas para as complicações mais comuns, associadas à evacuação uterina.

Quadro 1-1. Comparação de Taxas de Complicação (Aspiração a Vácuo versus D&C), 1982-1984



Fonte: Hart e Macharper, 1986.[10]

Ainda, conforme demonstrado na **Tabela 1-3**, que resume os achados de 13 estudos comparativos, a aspiração a vácuo tem menos complicações em quase todas as situações. Assim, embora complicações possam ocorrer com aspiração a vácuo, como podem para qualquer procedimento clínico, é um método mais seguro para evacuação uterina.

Tabela 1-3 Resumo de 13 Estudos Comparando Aspiração a Vácuo e D&C			
Principais Complicações Previstas	**Complicações com aspiração a vácuo por 100 procedimentos Variação das médias (N=95.136)**	**Complicações com D&C por 100 procedimentos Variação das médias (N-17.166)**	**Estudos com taxas mais baixas de complicações para aspiração a vácuo do que D&C (%)**
Perda de sangue excessiva	0 - 15,7	0,5 - 28	10 de 13 (78%)
Infecção pélvica	0,2 - 5,4	0,7 - 6	7 de 9 (78%)
Lesão cervical	0 - 3,1	0,3 - 6,4	6 de 7 (86%)
Perfuração uterina	0 - 0,5	0 - 3,3	10 de 12 (83%)

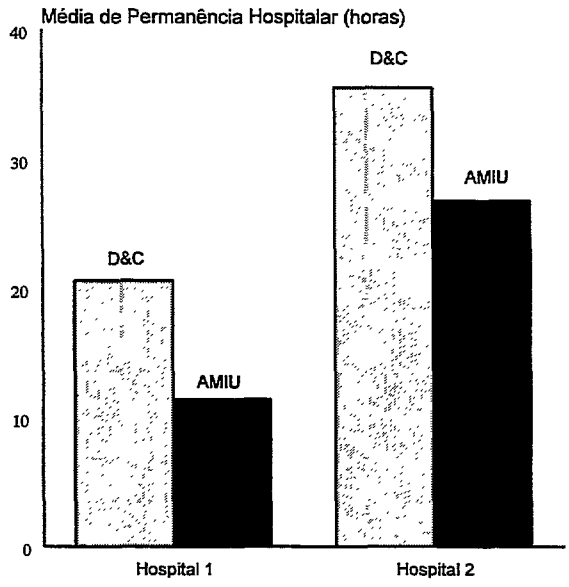
Fonte: Greenslade et al, 1993.[11]

A utilização da AMIU como método para evacuação uterina também reduz o custo de fornecer atenção pós-aborto de qualidade. Em um hospital de distrito na Quênia, onde o protocolo de tratamento foi mudado de curetagem aguda (D&C) sob anestesia geral, para AMIU usando anestesia local, o custo médio de tratar uma paciente caiu em 66%.[12] Uma razão para o custo mais baixo de AMIU é que enquanto D&C geralmente é realizado em salas de cirurgia e com uso de anestesia geral, a AMIU pode ser realizada em clínicas de planejamento familiar ou policlínicas, usando-se anestesia local. Ainda, a simplicidade da AMIU permite que seja realizada por um/a profissional de saúde treinado/a não médico/a. O D&C, pelo contrário geralmente é realizado somente por médicos/as, freqüentemente especialistas.

A AMIU não somente aumenta a custo-efetividade, mas também aumenta o potencial para acesso mais rápido aos serviços, permitindo que serviços pós-aborto sejam fornecidos em estabelecimentos primários de atenção à saúde. Este é um fator importante na redução de risco para mulheres. Ainda, em muitos casos, o uso da AMIU a nível local reduz a necessidade para encaminhamento a níveis mais altos dentro do sistema de atenção à saúde. Por exemplo, se as mulheres podem ser tratadas em estabelecimentos primários de atenção à saúde, não precisam ser transportadas a estabelecimentos distritais ou de nível terciário. Assim existe menor probabilidade de lesão ou morte como resultado de complicações de aborto. Com menor número de casos sendo encaminhados para estes estabelecimentos, o pessoal pode concentrar na provisão de atenção a complicações graves e os escassos recursos em saúde podem ser utilizados mais eficientemente. Mesmo quando os serviços são fornecidos em estabelecimentos terciários, se a atenção pós-aborto é realizada fora da sala de cirurgia,

o tempo de espera antes, e o tempo de recuperação depois do procedimento, são mais curtos (vide **Quadro 1-2**). A redução na utilização das amenidades da sala de cirurgia e leitos hospitalares também alivia aglomerações de pacientes e reduz as demoras no tratamento.

Quadro 1-2. Média de Permanência Hospitalar para AMIU Versus D&C em Dois Hospitais Mexicanos



Fonte: Greenslade et al, 1993.[11]

Em **resumo**, é preferível a utilização de AMIU como método de evacuação uterina para tratar abortos incompletos pelo seguinte:

- o risco de complicações é reduzido,
- o acesso aos serviços é aumentado,
- o custo de serviços pós-aborto é reduzido, e
- os recursos utilizados são reduzidos.

Adicionalmente, o uso de AMIU oferece o potencial para acesso mais rápido à atenção, quando a conduta é mais fácil e complicações mais sérias são menos prováveis.

25

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde: *Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment.* Genebra, OMS, 1994a.

2. Wolf M: Consequences and Prevention of Unsafe Abortion: Report of Two Panels at the XIII World Congress of Gynaecology and Obstetrics (KE McLaurin e LG Lampé, eds). *Issues in Abortion Care 3.* Carrboro, North Carolina, IPAS, 1994.

3. Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion. *Report of a Technical Working Group,* Abril 12-15,1992, Genebra, OMS, 1993.

4. Organização Mundial da Saúde: *Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion,* 2a. ed. Genebra: OMS, 1994b.

5. McLaurin KE: Health Systems' Role in Abortion Care: The Need for a Pro-Active Approach. *Issues in Abortion Care* 1. Carrboro, North Carolina, IPAS, 1991.

6. Organização Mundial da Saúde: *Essential Elements of Obstetric Care at First Referral Level.* Genebra, OMS, 1991.

7. Wolf M e Benson J: Meeting Women's Family Planning Needs for Post-Abortion Family Planning: Report of a Bellagio Technical Working Group. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 45(Suppl) S3-S23, 1994.

8. Lähteenmäki P et al: Return of Ovulation After Abortion and After Discontinuation of Oral Contraceptives. *Fertility and Sterility* 34(3): 246-249, 1990.

9. Lähteenmäki P: Postabortal Contraception. *Annals of Medicine* 25(2): 185-9, 1993.

10. Hart G e Macharper T: Clinical Aspects of Induced Abortion in South Australia from 1970-1984. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 26: 219-224, 1986.

11. Greenslade F et al: Summary of Clinical and Programmatic Experience with Manual Vacuum Aspiration. *Advances in Abortion Care* 3(2), 1993.

12. Johnson BR, Benson J e Hawkins BL: Reducing Resource Use and Improving Quality of Care with MVA. *Advances in Abortion Care* 2(2),1992.

REFERÊNCIAS GERAIS

El Kabarity H et al: *Suction Abortion Versus Traditional Evacuation in the Management of Incomplete Inevitable Abortions.* Apresentado no International College of Surgeons, Fifth African Federation Congress, Cairo, Egito, Novembro de 1985.

Filshie GM, Ahluwalai J, Beard RW: Portable Karman Curette Equipment in Management of Incomplete Abortions. *The Lancet* 1114-1116, Novembro de 1973.

Filshie GM et al: Evacuation of Retained Products of Conception in a Treatment Room and Without General Anesthesia. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 84:514-5169, 1977.

Greenslade F et al: *Manual Vacuum Aspiration: A Summary of Clinical & Programmatic Experience Worldwide.* Carrboro, North Carolina, IPAS, 1993.

Greenslade et al: Post-Abortion Care: A Women's Health Initiative to Combat Unsafe Abortion. *Advances in Abortion Care* 4(1), 1994.

IPAS: *Gynecologic Aspiration Kits with Karman Cannulae and Syringes for Treatment of Incomplete Abortion.* Carrboro, North Carolina, IPAS, 1994.

Kizza APM e Rogo KO: Assessment of the Manual Vacuum Aspiration (MVA) Equipment in the Management of Incomplete Abortion. *East African Medical Journal* 67(11): 812-822, 1990.

Leonard AH e Ladipo OA: Post-Abortion Family Planning: Factors in Individual Choice of Contraceptive Methods. *Advances in Abortion Care* 4(2), 1994.

Mahomed K et al: *Improved Treatment of Abortion Complications and Post-Abortion Family Planning in Zimbabwe.* Apresentado na Reunião Anual de 1992 da American Public Health Association, Washington, D.C., Novembro de 1992.

Manual Vacuum Aspiration for Treatment of Incomplete Abortion. *Outlook* 12:1, 1994.

McLaurin KE et al: Post-Abortion Family Planning: Reversing a Legacy of Neglect. *The Lancet* 342:1099-1100, 1993.

Gadea P e Romero C: Legrado Uterino por Aspiración Manual. *Revista de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología* 4(2):42-45, 1992.

Pernoll ML (ed): *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment.* 7th ed. Norwalk, Appleton & Lange, 1991.

Verkuyl DAA e Crowther CA: Suction vs Conventional Curettage in Incomplete Abortion—A Randomized Controlled Trial. *South African Medical Journal* 83:13-15, 1993.

Wolf M e Benson J: Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Report of a Bellagio Technical Working Group. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 45(Suppl): S3-23, 1994.

DOIS

CONVERSANDO COM AS USUÁRIAS

ANTECEDENTES

Os/as profissionais de saúde devem reconhecer que as mulheres, que procuram tratamento para aborto incompleto, freqüentemente estão sofrendo estresse emocional severo, além do desconforto físico. As mulheres podem estar assustadas ou relutantes em fornecer informação necessária para tratamento de emergência apropriado. O rápido estabelecimento de um relacionamento agradável e positivo pode ajudar a aliviar a ansiedade e preocupações das pacientes. Além disto, é importante de respeitar os direitos e necessidades da mulher e de trata-la sem expressar julgamentos, verbalmente ou não.

DIREITOS DAS USUÁRIAS

Qualquer mulher que se apresente com complicações decorrentes de aborto precisa de atenção imediata e de alta qualidade. Todas as mulheres têm direito a tratamento de emergência imediato, independentemente se elas tiveram um aborto espontâneo ou procuraram aborto em condições de risco. Ainda, elas têm o direito a tratamento independentemente de sua origem étnica, estado sócio-econômico, religião, idade, estado civil, tamanho da família, comportamento sexual ou convicções políticas. "A provisão de atenção pós-aborto de emergência é um requerimento da prática ética da medicina em todos os países, sendo que esta atenção freqüentemente é imperativa para preservar a vida e a saúde da mulher."[1]

Todas as mulheres tratadas para complicações de aborto têm o **direito de informação** sobre sua condição. A hora oportuna e conteúdo devem ser baseados em ambos, a condição da mulher e suas necessidades físicas imediatas. A informação deve ser oferecida a ela (e sua família, quando apropriado) com apoio, de maneira confidencial e sem julgamento, e deve ser relacionada ao seguinte:

- sua condição física geral;
- resultados dos seus exames físicos e pélvicos e testes de laboratório;
- o cronograma para tratamento;
- a necessidade de encaminhamento e transporte para outro estabelecimento;
- procedimento(s) a serem utilizados assim como os riscos e beneficios; e
- seu consentimento para tratamento ou, se estiver incapacitada, o consentimento de um membro da sua família ou outro adulto responsável.

As usuárias têm o **direito de discutir** suas preocupações e sua condição em um ambiente onde se sentem à vontade. A paciente deve estar ciente de que sua conversa com o/a orientador/a ou provedor/a de serviços será sigilosa e confidencial.

A usuária deve saber antecipadamente o tipo de exame físico ou procedimento que será realizado, assim como medicamentos que serão administrados (incluindo medicamentos para dor).

Quando a usuária é submetida a um exame físico ou procedi-mento, estes devem ser realizados em um ambiente (sala de exames ou procedimentos, por exemplo) na qual seu **direito à privacidade** será respeitado. Por exemplo, quando estiver recebendo orientação ou submetida a um exame físico ou procedimento, a usuária deve ser informada sobre o papel de cada pessoa presente na sala (p. ex. provedores/as de serviços, indivíduos recebendo treinamento, supervisores, instrutores, pesquisadores, etc.).

A usuária deve poder se sentir o mais confortável possível quando estiver recebendo serviços de atenção pós-aborto. A conformidade dos estabelecimentos de provisão de serviços (p. ex., ventilação apropriada, iluminação, lugar para sentar e banheiros) são aspectos importantes. No entanto, durante a atenção pós-aborto o conforto da usuária é mais diretamente relacionado às atitudes dos/as provedores de saúde e ao fornecimento de atenção com gentileza e apoio. Além disso, o tempo que a usuária passa esperando para receber atenção deve ser razoável.

Finalmente, a usuária tem o **direito de expressar** sua opinião sobre o serviço que recebe. Sua opinião sobre a qualidade dos serviços, seja positiva ou negativa, em conjunto com suas sugestões para mudanças na provisão dos serviços, devem ser considerados positivamente no contexto de um desempenho contínuo de um programa para monitorizar, avaliar e melhorar seus /serviços. A entrevista regular com mulheres sobre os serviços que receberam e a incorporação de suas sugestões para mudanças melhorará a qualidade da atenção.

Consentimento para o Tratamento

Todas as pessoas têm o **direito de decidir livremente** se devem ou não receber tratamento. Em alguns lugares, o consentimento por escrito pode ser exigido para todos os procedimentos operacionais, incluindo aqueles para o tratamento de emergência de complicações pós-aborto. Sob **nenhuma circunstância** as exigências de consentimento devem adiar ou interferir com o fornecimento de tratamento de emergência para salvar a vida de uma mulher.

O/a provedor de saúde que obtem o consentimento da mulher para tratamento deve seguir os seguintes passos:

- Determinar se a mulher é capaz de escutar e compreender explicações médicas. Se este não for o caso, o consentimento para o tratamento deve ser discutido e obtido do representante da mulher, se disponível.

- Explicar em detalhe, de maneira não agressiva, e em uma linguagem que a mulher pode compreender, o(s) procedimento(s) a ser(em) realizado(s), incluindo os riscos, benefícios, probabilidade de êxito e alternativas.

- Deixe tempo suficiente e encoraje a mulher a fazer perguntas e discuta sua condição

- Peça à mulher (ou seu representante, se necessário) de dar o consentimento para o tratamento.

ESTABELECENDO A RELAÇÃO USUÁRIA/ PROVEDOR

A maneira pela qual os/as provedores/as de saúde falam com mulheres pode influenciar se as mulheres fornecem informação completa e correta, o conforto das mulheres durante o procedimento, o êxito ou falha do tratamento, e sua capacidade de reconhecer e procurar atenção para complicações que possam ocorrer depois da alta. Lembre-se de que a maneira pela qual o sangramento iniciou (vara ou pau pequeno, massagem, medicamentos, etc.) tem um efeito sobre o risco clínico específico e o esquema apropriado de tratamento. As mulheres podem se sentirem hesitantes em fornecer informação sobre como o sangramento começou a não ser que compreendam que é importante para seu tratamento. Um ambiente confidencial e de respeito encorajará as mulheres a proporcionarem esta informação. Comunicação clara, tanto da usuária-ao/à-provedor/a quanto do/da provedor/a-à-usuária é essencial para conseguir informação médica correta e para fornecer informação **antes**, **durante** e **depois** do tratamento. A melhor maneira de conseguir este tipo de comunicação é quando existe um relacionamento de confiança entre mulheres e seus provedores/as.

Antes do tratamento, é importante obter informação clínica suficiente para fazer um diagnóstico correto e desenvolver um plano de tratamento. Assegurar a paciente que as perguntas estão sendo feitas para obter a informação necessária para tratar a sua condição clínica da melhor maneira possível. Deixe-a saber que sua honestidade ajudará na decisão sobre o melhor esquema de tratamento. Faça perguntas abertas para que a paciente não possa responder simplesmente com "sim" ou "não". Pergunte à paciente, por exemplo:

- Quando começou o sangramento? É pouco ou muito?

- Como o sangramento iniciou?Algo foi feito para que isso acontecesse? (Faça estas perguntas com sensibilidade e discreção).

- Aconteceu alguma outra coisa, a não ser sangue, pela vagina? Era parecido com pele ou sangue coagulado com tecido? (fragmentos de placenta)?

- Está com dor? Aonde? Quando começou? É muito doloroso?
- Já teve febre? Calafrios?
- Se sentiu fraca? Desmaiou? Caiu?

Além disso, a usuária necessita informação sobre sua condição de saúde e o procedimento AMIU. Quando estiver falando com a usuária, é importante usar palavras que a mulher compreenda, para que possa entender as perguntas e lembrar a informação. O/a provedor/a de atenção à saúde deve ser capaz de satisfazer as necessidades específicas de informação ou preocupações especiais que a mulher pode ter.

Durante o procedimento AMIU o apoio e atenção do pessoal podem reduzir a ansiedade e diminuir a dor. Conversar com as usuárias de maneira calma, à vontade, ajuda a tirar a atenção da usuária do procedimento. Não pode ser super-estimada a importância destas habilidades de comunicação pelo pessoal (e provedores/as) (vide **Capítulo 5**, Manejo da Dor).

Durante todo o procedimento, o/a provedor/a deve:

- Explicar cada etapa à usuária antes que esta ocorra
- Monitorizar a condição da usuária para ter certeza que não está sentindo desconforto ou dor desnecessariamente.
- Confortá-la

Depois do procedimento, as pacientes precisam ser informadas de que tudo correu bem. Com o desaparecimento da ansiedade e do estresse antes do procedimento de AMIU,a maioria das usuárias são capazes de absorver alguma informação nova (pós-cirúrgica e de seguimento). Ainda, podem ser iniciados a orientação em planejamento familiar e a provisão de métodos anticoncepcionais temporários, antes da alta, na maioria dos casos. A ocasião do tratamento para aborto incompleto **raramente é o melhor tempo** para que mulheres façam decisões sobre métodos que são **permanentes** ou de **longa duração**, mas a postergação pode tornar estas mulheres especialmente vulneráveis a outra gravidez não desejada. (Vide **Capítulo 9** para discussão sobre orientação de planejamento familiar pós-aborto). É possível que algumas mulheres tenham feito decisões sobre métodos de longo prazo ou permanentes antes deste evento e possam ser candidatas para estes métodos, se seu desejo de proceder e sua completa compreensão do procedimento são confirmados.

Sugestões para falar com pacientes incluem as seguintes:

- Ouça o que a mulher tem para dizer e encoraje-a a expressar suas preocupações; tente não interrompê-la.
- Faça com que a mulher saiba que está sendo ouvida e compreendida.
- Responda às suas perguntas de maneira calma e confortando-a.
- Transmita uma mensagem simples, usando sentenças breves.
- Repita os aspectos mais importantes que ela deve lembrar.
- Evite terminologia médica sofisticada; em vez disto use palavras que a paciente compreenderá.
- Use comunicação não-verbal que demonstre apoio, tal como acenando com a cabeça o "sim" e sorrindo.

SIGILO Toda a informação proporcionada pela mulher deve ser tratada com sigilo. Isto inclui informações sobre sua história clínica, e condições que a levaram a procurar o atendimento, os serviços a ela proporcionados e as decisões de planejamento familiar que fizer. O sigilo requer que os/as provedores/as de saúde não discutam esta informação com o parceiro, família, pessoas que a acompanham ao estabelecimento de saúde, ou membros de pessoal não diretamente envolvidos no seu tratamento, sem o consentimento da usuária (com exceção de quando seja necessário para uma **emergência de risco de vida**). Por outro lado, se a mulher **quer** envolver seu marido ou um parceiro na tomada de decisões, seus desejos devem ser obedecidos.

PRIVACIDADE O estabelecimento de um ambiente de privacidade é indispensável para proteger a confidencialidade da usuária, seu senso de segurança e dignidade, e sua vontade de se comunicar honestamente. Freqüentemente, pequenas mudanças do ambiente físico, onde usuárias são tratadas ou orientadas, ofereceriam maior privacidade à mulher. A seguir algumas sugestões para manter a privacidade:

- Use uma área separada, tal como um escritório, sala de tratamento fechada ou espaço protegido por cortinas, para encorajar comunicação aberta quando estiver fornecendo informação antes do procedimento, informação de alta ou orientação.

- Feche as cortinas em volta da área de tratamento sempre que a mulher estiver sem roupa, ou, se cortinas não estiverem disponíveis, vire a mesa de tratamento para que os pés da mulher não estejam em direção a uma porta ou espaço público. Providencie também uma área com cortinas para trocar a roupa.

- Use campos cirúrgicos (ou lençóis, ou mesmo roupa se não houver disponibilidade de campos cirúrgicos) para cobrir as pernas e o corpo da mulher durante exames e procedimentos.

- Limite o número de pessoas na área de assistência à usuárias durante o tratamento àqueles envolvidos no tratamento. Mesmo se a usuária fornecer consentimento para uma demonstração de treinamento clínico, limite o número de pessoas na sala durante a demonstração. Ainda, o pessoal e indivíduos sendo treinados na área de usuárias não devem ter conversas informais entre si.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde: Complications of Abortion: *Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment*. Genebra, OMS, 1994.

2. Huezo C e Briggs C: *Medical and Service Delivery Guidelines*. Londres, International Planned Parenthood Federation Medical Department, 1992.

REFERÊNCIAS GERAIS

Schieber B et al: *Management of Obstetric and Neonatal Emergencies in Community Health Centers*. Guatemala, MotherCare, 1993.

Yordy L et al: *Manual Vacuum Aspiration Guide for Clinicians*. Carrboro, North Carolina, IPAS, 1993

TRÊS

AVALIAÇÃO INICIAL[†]

Os/as provedores/as de serviços de saúde devem considerar a possibilidade de aborto incompleto em qualquer mulher com sintomas de aborto, se ela **sabe** ou **suspeita** ou não, que está grávida e independentemente da sua história obstétrica, menstrual ou anticoncepcional.

ANTECEDENTES

O primeiro passo no fornecimento de assistência a uma mulher com suspeita de aborto incompleto é de avaliar sua situação clínica. Isto é necessário para fazer um diagnóstico e iniciar qualquer tratamento de emergência. A avaliação inicial pode revelar ou sugerir a presença de complicações imediatas, que ameaçam a vida, tais como **choque, sangramento vaginal grave, infecção/sepsia** ou **lesão intra-abdominal**. Estes problemas devem ser resolvidos sem demora para salvar a vida da usuária ou prevenir que sua condição piore. Mesmo sem complicações, um aborto incompleto pode ameaçar a vida se um tratamento definitivo (remoção de quaisquer produtos de concepção retidos) é postergada. Assim, é indispensável a realização de uma avaliação inicial correta, seguida de tratamento imediato ou, se indicado, estabilização e encaminhamento da usuária a um estabelecimento de outro nível de atenção.

Este capítulo explica as etapas **inicialmente necessárias para avaliar** a condição na qual a usuária se apresenta. **Complicações que ameaçam a vida**, que requerem ação imediata, são descritas brevemente neste capítulo, enquanto sua conduta se encontra no **Anexo A**.

Lembre-se: Uma vez que podem estar presentes em qualquer momento, você precisa avaliar a urgência de cada uma delas, e tratar-las adequadamente.

SINAIS E SINTOMAS

Deve-se considerar a possibilidade de aborto incompleto a toda a mulher que:

- Apresenta atraso menstrual (atraso do sangramento menstrual - mais de um mês do ultimo periodo menstrual), com um dos seguintes sintomas:

[†] *Adaptado de*: Organização Mundial da Saúde: *Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide*. Genebra, OMS, 1994.

- sangramento vaginal,
- cólicas ou dor abdominal inferior semelhante a dores de parto (contrações), ou
- passagem de tecido da gravidez (fragmentos de placenta).

Se **nenhum** dos sintomas acima estão presentes, deve-se considerar outro diagnóstico (p. ex., infecção pélvica). Tentativas de terminar uma gravidez, por meio da colocação de instrumentos, tubos de borracha, ou até mesmo pequenas varas sujas dentro do útero são causas primordiais de complicações sérias. Infelizmente, por várias razões pessoais, sócio-culturais e legais, muitas mulheres podem inicialmente, **não** fornecer esta informação importante. Conseqüentemente, esta possibilidade sempre deve ser considerada na avaliação de sinais e sintomas físicos.

AVALIAÇÃO PARA COMPLICAÇÕES SÉRIAS

Se o aborto incompleto for um possível diagnóstico, é importante identificar quaisquer complicações imediatamente. As complicações mais comuns e mais sérias de aborto incompleto incluem: **choque, sangramento vaginal grave, infecção/sepsia** e **lesão intra-abdominal** incluindo perfuração uterina. Se quaisquer destas complicações forem identificadas, estabilize a usuária **antes** de proceder ao tratamento de aborto incompleto ou antes de encaminhar a usuária a um hospital de nível secundário ou de referência.

Choque

Rapidamente avalie a usuária para os seguintes **sinais** de **choque**:

- Pulso rápido, fraco (≥ 110 por minuto)
- Pressão arterial baixa (diastólica < 60)
- Palidez (especialmente do interior da pálpebra inferior, palmas da mão ou em volta da boca)
- Suor
- Respiração rapida (>ou= a 30 por minuto)
- Ansiedade, confusão ou inconsciência

Se existe suspeita de choque, comece o tratamento **imediatamente** (veja **Appendix A**).

Mesmo se nenhum destes sinais estiverem presentes, mantenha em mente a possibilidade de choque enquanto avalia a paciente, porque as condições podem se agravar rapidamente. Se se desenvolve o choque, é importante iniciar o tratamento imediatamente.

OUTRAS COMPLICAÇÕES SÉRIAS

Considerando que varias condições que ameaçam a vida e requerem tratamento imediato, podem estar presentes ao mesmo tempo é necessário determinar **todas** as complicações e decidir em que ordem tratar-las.

Sangramento vaginal severo

Sinais e sintomas de sangramento vaginal grave incluem:

- Sangramento vaginal profuso, vermelho vivo, com ou sem coágulos
- Modess, panos, toalhas ou roupa repleta de sangue
- Palidez (especialmente da pálpebra interior inferior, palmas da mãos ou em volta da boca)
- Tontura, síncope (desmaio)

Comece o tratamento imediatamente para reposição de fluídos perdidos e controle o sangramento (vide **Anexo A**).

Infecção/Sepsia

Se a paciente apresenta alguns dos sintomas abaixo, pode estar ocorrendo uma infecção uterina ou generalizada.

Sinais

- Febre (temperatura > de 38°C), calafrios, sudorese
- Secreção vaginal fétida
- Dor no baixo abdomen (com ou sem sensibilidade à descompressão)
- Mucopus saindo do canal cervical
- Sensibilidade cervical no exame bimanual

Sintomas

- História anterior de aborto em condições de risco ou aborto espontâneo
- Dor do abdômen inferior
- Sangramento prolongado (> 8 dias)
- Desconforto generalizado (sintomas tipo gripe)

---

†† Para verificar descompressão brusca dolorosa, aperte o abdômen com uma mão. Em seguida, rapidamente remova sua mão para liberar a pressão. Se a remoção da mão causar ou piorar a dor, existe descompressão brusca dolorosa.

Inicie o tratamento assim que possível, antes de tentar a evacuação uterina. Depois de iniciado o tratamento, a evacuação uterina deve ser realizada rapidamente porque os produtos retidos da concepção (PDC) provavelmente constituem a fonte de infecção. (Vide **Anexo A** para procedimentos de conduta).

Lesão intra-abdominal

Se a paciente se apresentar com **qualquer** dos sinais listados a seguir com quaisquer dos sintomas, pode estar sofrendo de uma lesão intra-abdominal, como um útero perfurado.

Sinais

- Abdômen distendido
- Redução de ruídos intestinais
- Abdômen rígido (tenso e duro)
- Descompressão brusca dolorosa

Sintomas

- Náuseas/vômitos
- Dor nos ombros
- Febre (temperatura > 38°C)
- Dor abdominal, cólicas

Quando combinada com sinais de choque (redução da pressão arterial e pulso e respiração acelerados), precisa ser considerada a possibilidade de sangramento abdominal grave (p. ex., perfuração uterina). (Vide **Anexo A** para manejo).

AVALIAÇÃO MÉDICA

Se os sinais vitais são normais e a mulher não parece sofrer de infecção (temperatura < 38°C) ou de ter uma lesão intra-abdominal (abdômen não é rígido), o passo seguinte é de determinar a causa do sangramento vaginal. Para fazer um **diagnóstico** e **um esquema de tratamento correto** é importante realizar uma história reprodutiva rigorosa, um exame físico e pélvico cuidadoso e (quando necessário) obter testes de laboratório apropriados.

Devido a questões e circunstâncias no contexto de aborto incompleto, a qualidade e integridade da informação que a mulher fornece sobre sua condição e história clínica freqüentemente dependem da qualidade da comunicação entre provedores/as de serviços e clientes. É importante respeitar as necessidades da mulher e de fornecer assistência

sem mostrar uma atitude condenadora, seja verbalmente ou não. (Vide **Capítulo 2**, Diálogo com Pacientes).

História Clínica

Informação reprodutiva específica que deve ser obtida inclui o seguinte:

- Menstruação atrasada (data do início de seu último período menstrual)
- Método anticoncepcional atual (DIU, implantes Norplant e injetáveis exclusivamente de progestágeno e pílulas podem estar associados com um padrão de sangramento que pode ser equivocado por aborto incompleto).
- Sangramento vaginal (duração e quantidade)
- Cólicas (duração e quantidade)
- Desmaio (síncope)
- Febre, calafrios ou mal-estar generalizado
- Dor abdominal ou dos ombros (pode indicar lesão intra-abdominal)
- Última vacina de tétano e possível exposição a tétano (inserção de instrumentos sujos ou outros materiais no útero)

Informação médica que pode ser importante inclui:

- Alergias a drogas (p. ex., anestesia local ou antibióticos)
- Problemas de sangramento (p. ex., anemia falciforme ou talassemia, hemofilia ou problemas de plaquetas)
- Medicamentos crônicos (p. ex., corticosteróides)
- Se a paciente tomou ervas ou medicina (veneno) que podem causar efeitos colaterais graves
- Outras condições de saúde (p. ex., malária durante esta gravidez)

Exame Físico

Durante o exame físico é importante:

- Verificar e registrar os sinais vitais da paciente (p. ex., temperatura, pulso, respiração, pressão arterial)
- Notar a saúde geral da mulher (p. ex., se está sub-nutrida, anêmica ou em estado de saúde fraco, em geral)

- Examinar seus pulmões, coração e extremidades

Exame Abdominal

Verifique o seguinte:

- Massas ou anormalidades óbvias
- Abdômen distendido com redução de ruídos intestinais
- Descompressão brusca dolorosa com retenção
- Sensibilidade supra-púbica ou pélvica

Exame Pélvico

O **objetivo** deste exame é para **determinar** o **tamanho, consistência** e **posição** do útero, de verificar se existe sensibilidade e de determinar o nível de dilatação cervical. É indispensável avaliar a vagina e o colo uterino para verificar se há ferimentos e sangramento.

Antes do exame pélvico, explique o objetivo do exame à paciente e assegure-se de que esvaziou a bexiga. Para o exame, a paciente deve estar em uma mesa de exame equipada com estribos e deve estar coberta com um pano ou lençol para proteger sua privacidade. O/a clínico/a deve calçar luvas de exame em boas condições ou novas.

Exame de Espéculo

Antes de inserir o espéculo:

- Visualize a área genital para ver se há sangramento e se positivo, quanto.
- Verifique o odor do sangue ou corrimento vaginal.

A seguir, insira o espéculo e visualize o colo uterino. Remova qualquer PDC visível do canal vaginal ou da abertura do colo e guarde o tecido para exame.

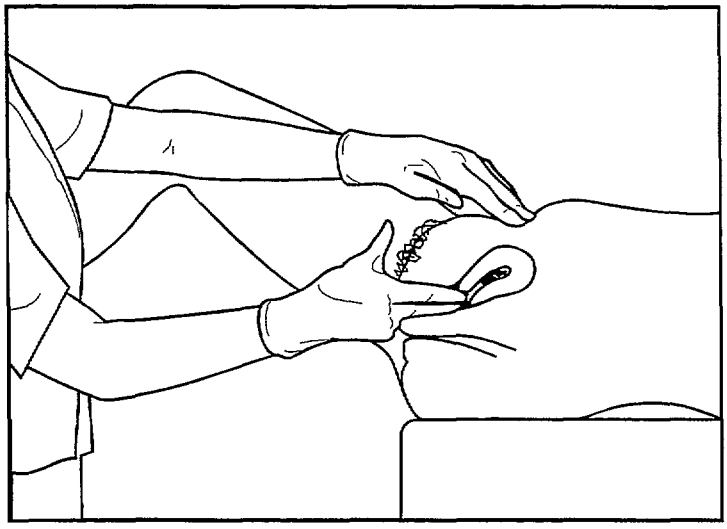
Nota qualquer corrimento de cheiro anormal, a quantidade de sangramento e se o colo uterino está aberto (dilatado). Verifique se existem rasgos ou perfuração na vagina, ou pus no colo uterino. A infecção do colo uterino aumenta a possibilidade de infecção uterinas pós-cirúrgicas, incluindo doença inflamatória pélvica (DIP) aguda. Se existir ou houver suspeita de infecção, tome amostras para cultura bacteriológica, se possível e disponível, e inicie tratamento antibiótico com antibióticos de amplo espectro **antes** de realizara AMIU.

Examen Bimanual

Avalie o tamanho do útero. Compare o tamanho real do útero com a data do último período menstrual (DUM).[†††] Com um aborto incompleto, o útero geralmente é menor do que a DUM possa sugerir.

Avalie a forma e posição do útero. A determinação correta da forma e posição do útero é crítica para a segurança e o êxito do procedimento.

Quadro 3-1. Avaliação da Forma e Posição do Útero



Fonte: Yordy, Leonard e Winkler, 1993.

Se o útero for maior do que esperado, pode indicar:

- Uma gravidez mais avançada do que sugerido pela DUM
- Presença de gravidez múltipla
- Um útero repleto de coágulos de sangue (p. ex., isto é, síndrome pós-aborto)
- Gravidez molar (p. ex., isto é, doença trofoblástica)
- Presença de fibromas uterinos (p. ex., isto é, tumores dos músculos lisos da parede uterina)

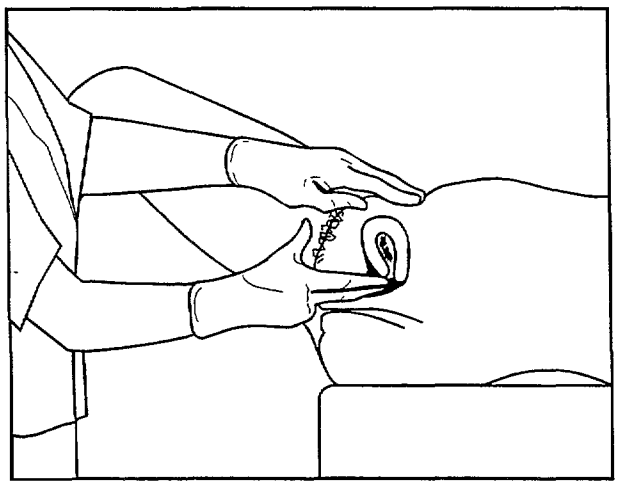
Se for difícil avaliar o tamanho do útero, pode ser porque pode estar inclinado para trás (retrovertido), a paciente é obesa ou com resistência abdominal (não está relaxando o abdômen e o útero não pode ser sentido). É importante **não** começar um procedimento de AMIU para aborto incompleto até que o tamanho do útero seja determinado.

[†††] Neste manual, o tamanho do útero é medido por semanas DUM (tamanho uterino equivalente a um útero grávido de um dado número de semanas desde o último período menstrual) em vez de semanas gestacionais (idade fetal).

Sendo assim, se houver problemas na determinação do tamanho ou posição do útero, peça que um/a clínico/a mais experiente (se disponível) avalie o tamanho uterino. Se houver quaisquer dúvidas, trate a mulher como se a gravidez estivesse mais avançada do que suspeitado inicialmente.

Útero Antevertido (direcionado para frente): Se o útero está excessivamente antevertido (direcionado para frente), o/a clínico/a precisa ser especialmente cuidadoso durante o procedimento porque o risco de perfuração pode ser aumentado.

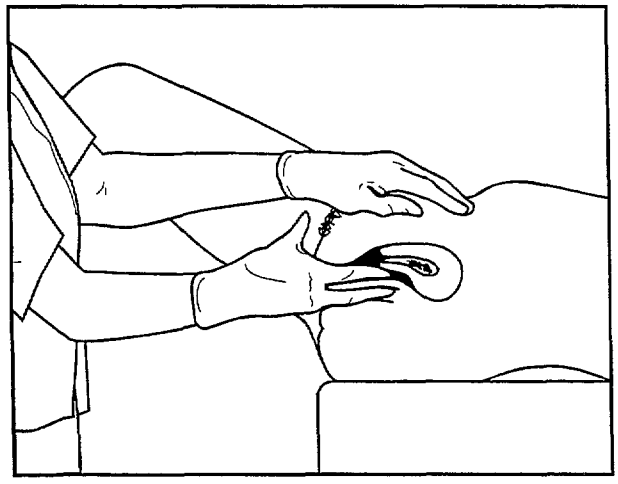
Quadro 3-2. Palpação do Útero Antevertido



Fonte: Yordy, Leonard e Winkler, 1993.

Útero retrovertido (direcionado para trás): Um útero ligeiramente retrovertido pode ser palpado da melhor maneira por meio de um exame retovaginal. (A perfuração pode ser mais provável se o/a clínico/a não souber que o útero é bastante retrovertido).

Quadro 3-3. Palpação do Útero Retrovertido pelo Exame Retovaginal



Fonte: Yordy, Leonard e Winkler, 1993.

> **Nota**: Depois de completar o exame retovaginal, as luvas devem ser removidas imediatamente, descontaminadas e desprezadas de acordo com práticas recomendadas para prevenção de infecções (vide **Capítulo 4**).

Útero deslocado lateralmente (inclinado para um lado): Se o útero estiver empurrado lateralmente para um lado ou outro, o/a clínico/a precisa ser especialmente cuidadoso/a durante o procedimento ou o risco de perfuração pode aumentar.

Testes de Laboratório

Se a situação Rh é determinada **habitualmente** na gravidez, deve ser realizada também durante a avaliação clínica de casos de aborto incompleto. Para mulheres que são Rh negativas, administre globulina imunológica Rh(D), se disponível.

Resumo

Os passos para a realização da **avaliação médica** estão resumidos brevemente na **Tabela 3-1**.

Tabela 3-1
Avaliação Médica

História Clínica	**Perguntar sobre** e **registrar** a seguinte informação: • Menstrução atrasada (há quanto tempo teve seu último período menstrual) • Sangramento vaginal (duração e quantidade) • Método anticoncepcional atual (DIU, implantes Norplant ou injetável ou pílulas exclusivamente de progestina) • Cólicas (duração e severidade) • Dor abdominal ou dos ombros (podem indicar lesão intra-abdominal) • Tecido que passou (PDC) • Alergias a drogas • Problemas com sangramento ou coagulação • Se a paciente tomou ervas ou medicamento (veneno) que podem ter graves efeitos colaterais • Outras condições de saúde
Exame Físico Geral	**Verifique** e **registre** sinais vitais (temperatura, pulso, respiração, pressão arterial) Note o estado de saúde geral da mulher (sub-nutrida, anêmica, mal estado de saúde geral) Examine os pulmões, coração, abdômen, extremidades. Quando examinar o abdômen, verifique primeiro ruídos intestinais, a seguir verifique se o abdômen está distendido ou rígido (tenso e duro); se existir descompressão brusca dolorosa ou massa(s) abdominal(ais); e a presença, localização e severidade de dor.
Exame Pélvico	Remova qualquer PDC visível do canal vaginal. Note se há corrimento mal-cheiroso, a quantidade de sangramento e se o colo uterino está aberto ou fechado. Verifique para trauma vaginal ou cervical (rasgos ou perfurações) ou mucopus da abertura do colo. Estime o tamanho uterino baseado na DUM e exame, verfifique para quaisquer massas pélvicas e dor pélvica, note a severidade da dor, sua localização e a causa (descansando, com toque e pressão, movimento cervical).

Adaptado de: OMS, 1994.

ETAPA DE ABORTO

Compare os achados do exame **pélvico** com a informação na **Tabela 3-2** para determinar a **etapa do aborto**.

Em caso de **ameaça de aborto**, a mulher deve descansar no leito por 24 a 48 horas. Se o sangramento piorar ou ela desenvolve outros sintomas, incluindo qualquer sinal de infecção, deve ser examinada de novo e imediatamente; se este não for o caso deve ser vista novamente em 1 ou 2 semanas.

No caso de **aborto inevitável ou incompleto**, é necessária a evacuação uterina para a remoção completa de qualquer PDC remanescente. (O exame do PDC depois da evacuação uterina é necessário para assegurar a remoção completa).

Tabela 3-2
Etapa de Aborto

Diagnóstico	Sangramento	Colo Uterino	Tamanho do Útero	Outros Sinais
Ameaça de Aborto	Leve a moderado	Sem dilatação	Igual às datas pelo DUM	Teste de gravidez positivo[†] Cólicas Útero macio
Aborto Inevitável	Moderado a pesado	Dilatado	Menor ou idual às datas pelo DUM	Cólicas Útero sensível
Aborto Incompleto	Leve a pesado	Dilatado (macio)	Menor ou igual às datas pelo DUM	Cólicas Expulsão parcial do PDC Útero sensível
Aborto Completo[††]	Pouco ou nenhum	Macio (dilatado ou fechado)	Menor do que datas pelo DUM	Menos ou sen cólicas Expulsão de PDC Útero firme

[†] Sendo que a vida média da Gonadotropina coriônica (hCG) é de 60 horas, em alguns casos o teste de gravidez (baseado na medição da hCG) pode permanecer positivo por vários dias depois do fim da gravidez.

[††] Não é até uma gravidez de cerca 28 semanas (DUM) que um plano de clivagem se desenvolve entre a superfície materna da placenta e as superfícies uterinas (decidua basalis). Assim, a separação (e remoção) completa **histológica** de todo o PDC não ocorre em aborto espontâneo, induzido ou em condições de risco. **Clinicamente**, no entanto, em um aborto "completo", permanecem somente fragmentos placentários mínimos e enehum fragmento fetal e tratamento (AMIU ou D&C) **não** é necessário.

Adaptado de: OMS, 1994.

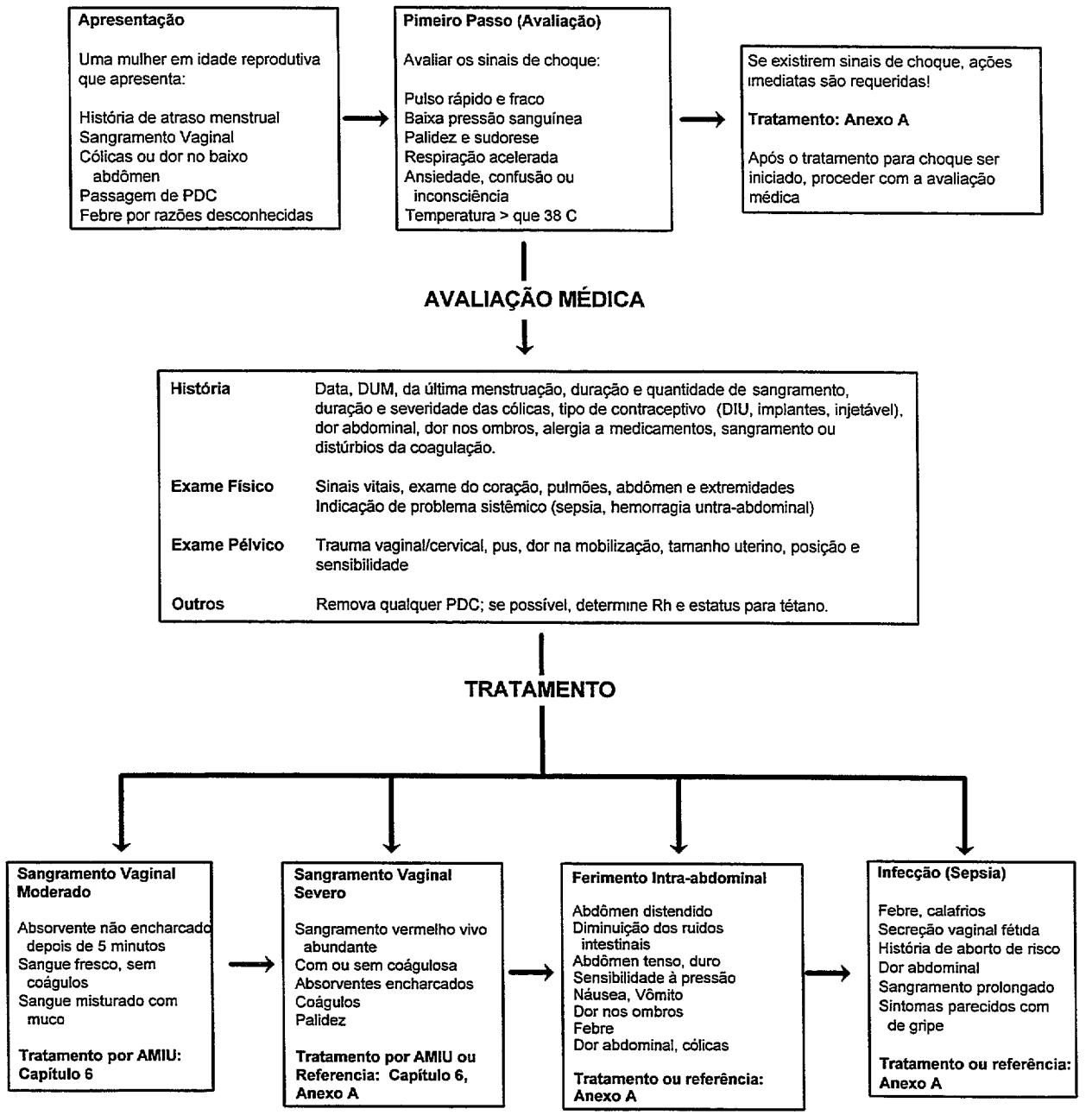
TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES PÓS-ABORTO

A prevenção de complicações pós-aborto depende da integração da atenção de emergência em todo o sistema de saúde—desde o posto de saúde até o hospital (de referência) terciário mais sofisticado. Seja informação sobre saúde, avaliação clínica, estabilização e encaminhamento, evacução uterina ou atenção especializada para as complicações mais sérias, pelo menos alguns componentes de atenção pós-aborto devem ser disponíveis em todo local de prestação de serviços no sistema de atenção à saúde.

Neste capítulo, são descritos os passos da **avaliação inicial** da paciente, incluindo estabilização e encaminhamento e a **avaliação clínica** subseqüente. Em conjunto, fornecem um método sistematico para orientar a conduta de mulheres com aborto incompleto e as complicações ameaçadoras da vida, tão freqüentemente encontradas. Ainda, quando combinado com tratamento oportuno e eficaz, pode-se esperar uma redução na morbidade e mortalidade relacionada ao pós-aborto.

O **Quadro 3-4** apresenta um resumo da **avaliação** e do **tratamento** de pacientes com aborto incompleto.

Quadro 3-4. Resumo dos Passos Chave para Avaliação e Tratamento de Pacientes com Possível Aborto Incompleto



Adaptado de: OMS, 1994.

REFERÊNCIAS GERAIS

McIntosh N, Kinzie B e Blouse A (eds): *Procedimentos DIU para Programas de Serviços de Planejamento Familiar*, 2a. ed. Baltimore, Maryland, JHPIEGO, 1995.

Yordy L, Leonard AH e Winkler J: *Manual Vacuum Aspiration Guide for Clinicians.* Carrboro, North Carolina, IPAS, 1993.

Organização Mundial da Saúde: *Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide.* Genebra, OMS, 1994.

QUATRO

PREVENÇÃO DE INFECÇÕES[†]

ANTECEDENTES

Com a AMIU, como com qualquer procedimento invasivo, existe risco para usuárias, provedores e outro pessoal de contato com sangue e outros fluídos corporais que possam conter doenças de origem sanguínea, tal como a hepatite B e AIDS. Para minimizar este risco, precisam ser observadas as precauções universais (precauções com sangue e fluídos corporais), em todo momento na provisão de atenção pós-aborto, no processamento de amostras de tecidos, manejo de equipamento e na eliminação de resíduos. O risco da transmissão de doenças é reduzido pelo uso de barreiras protetoras (incluindo a lavagem das mãos e processamento apropriado de instrumentos reutilizáveis), pelo uso da técnica "sem-toque" para realização da AMIU e pela eliminação correta de resíduos contaminados.

As práticas de prevenção de infecções discutidas neste capítulo são simples, convenientes e práticas e podem ser usadas em qualquer país ou estabelecimento de saúde.

DEFINIÇÕES

Microorganismos são os agentes causadores de infecções. Incluem bactérias, vírus, fungos e parasitas. Para os objetivos de prevenção de infecções, as bactérias podem ser divididas ainda em três categorias: vegetativas (stafilococos), micobactérias (tuberculose) e endosporos (tétano). Os endosporos são os mais difíceis de eliminar.

Os termos **assepsia, antissepsia, descontaminação, limpeza, desinfecção** e **esterilização** muitas vezes são confusos. Para o objetivo deste manual serão utilizadas as seguintes definições:

- **Assepsia** e **técnica asséptica** geralmente são termos utilizados no contexto da atenção à saúde para descrever a combinação de esforços realizados para evitar a entrada de microorganismos em qualquer área do corpo onde teriam a probabilidade de causar infecção. A meta da assepsia é de **reduzir a um nível seguro**, ou **eliminar** o número de microorganismos tanto em superfícies animadas (vivas) (pele e tecidos) e objetos não-animados (instrumentos cirúrgicos e outros itens).

- **Antissepsia** é a prevenção de infecções pela eliminação ou inibição de microorganismos na pele e outros tecidos corporais pela utilização de um agente químico (antisséptico).

[†] *Adaptado de*: Tietjen L, Cronin W e McIntosh N: *Prevenção de Infecções para Serviços de Planejamento Familiar.* Baltimore, Maryland, JHPIEGO, 1993 e Yordy L, Leonard AH e Winkler J: *Manual Vacuum Aspiration: Guide for Clinicians.* Carrboro, North Carolina, IPAS, 1993.

- **Descontaminação** é o processo que torna objetos mais seguros para serem manuseados pelo pessoal, especialmente o pessoal de limpeza, **antes** da limpeza. Objetos a serem descontaminados incluem grandes superfícies (p. ex., mesas para exame pélvico ou de cirurgia), instrumentos cirúrgicos, luvas e outros itens contaminados com sangue ou fluídos corporais.

- **Limpeza** é o processo que fisicamente remove todo sangue visível, fluídos corporais e qualquer material indevido tal como pó ou sujeira da pele e de objetos inanimados.

- **Desinfecção** é o processo que elimina a maioria, mas não todos os microorganismos que causam doenças em objetos inanimados.

- **Desinfecção de alto nível** (DAN), pela fervura, vaporização ou imersão em químicos especiais, elimina todos os microorganismos (com exceção de alguns endosporos) em objetos inanimados.

- **Esterilização** é o procedimento que elimina **todos** os microorganismos, **incluindo** endosporos bacterianos, de objetos inanimados.

BARREIRAS PROTETORAS

Uma maneira eficaz para evitar a transmissão de doenças é colocar uma "**barreira**" física, mecânica ou química entre os microorganismos e um indivíduo, seja paciente ou provedor de serviços, a barreira serve para interromper o ciclo de transmissão de doenças).

Barreiras protetoras na prevenção de infecções incluem:

- Lavagem das mãos

- Utilização de luvas (em ambas as mãos), para contato com pacientes ou quando manuseando material residual contaminado ou instrumentos sujos.

- Utilização de soluções antissépticas para preparar a pele antes da cirurgia ou procedimento como AMIU

- Utilização de campos cirúrgicos durante procedimentos cirúrgicos

- Utilização de roupa apropriada (p. ex., óculos protetores, máscara, avental) quando em contato com sangue ou fluídos corporais (p. ex., limpeza de instrumentos e outros itens)

- Descontaminação, limpeza e esterilização ou desinfecção a alto nível de instrumentos, luvas e outros itens

Estas barreiras protetoras foram projetadas para prevenir a transmissão de infecções de:

- uma pessoa à outra
- equipamento, instrumentos e superfícies ambientais para pessoas

Todo o pessoal que presta assistência a pacientes deve usar barreiras protetoras tais como luvas, becas, aventais, máscaras e óculos protetores para evitar a exposição da pele e mucosas a sangue e outros fluídos corporais.[1]

Lavagem das mãos

Todo o pessoal que presta assistência a pacientes deve lavar as mãos **antes** do contato direto com pacientes, antes de colocar luvas desinfetadas à alto nível ou estéreis e imediatamente **depois** de qualquer contato com sangue, fluídos corporais e mucosas e depois de remover as luvas. Sempre lave as mãos entre contatos com pacientes diferentes.[2]

Para a maioria das atividades é suficiente uma lavagem das mãos, com sabão comum, por cerca de 15 a 30 segundos, seguido pelo enxágüe com um jato de água.

Os microorganismos crescem e multiplicam em umidade e em água parada. Conseqüentemente:

- Se for utilizado sabão, providencie barras pequenas e porta-sabões que drenam.
- Evite colocar as mãos repetidamente em bacias que contém água parada, mesmo se também contém um agente antisséptico, como Dettol® ou Savlon®.
- Escolha entre várias opções quando a água corrente não estiver disponível:
  - Use um recipiente com uma torneira que pode ser fechada para ensaboar as mãos e aberta novamente para o enxágüe, ou um recipiente e jarra.
  - Use um esfregaço das mãos com álcool, o que não requer água.[3]
- Enxugue as mãos com uma toalha limpa ou seque ao ar; toalhas compartilhadas serão contaminadas facilmente.
- Coloque a água usada em uma bacia e despeje no vaso sanitário se um ralo não estiver disponível.

Utilização de luvas

Luvas de exame, se disponíveis, podem ser usadas para:

- O exame pélvico
- O procedimento de AMIU[4,5]

Use luvas de exame novas para cada procedimento; estas luvas não podem ser reutilizadas porque são finas demais para serem processadas.

Habitualmente, são usadas **luvas cirúrgicas** para a AMIU, mas não são necessárias se a técnica "sem-toque" é utilizada. Se forem utilizadas luvas cirúrgicas, luvas novas são a melhor opção. Se luvas são reutilizadas, precisam ser limpas, desinfetadas à alto nível ou esterilizadas e verificadas para ver se estão descascando, rachadas, ou se têm furos ou rasgos. Luvas com qualquer tipo de deterioração precisam ser desprezadas.[6] (Vide o **Anexo D** para detalhes sobre como processar luvas cirúrgicas).

Use **luvas utilitárias** para tarefas de limpeza que envolvem contato potencial com sangue, como a descontaminação e procedimentos para a limpeza de instrumentos. As luvas utilitárias podem ser descontaminadas e reutilizadas; no entanto, luvas rachadas ou rasgadas precisam ser despejadas.[7]

Antissepsia

Infecções depois de pequenos procedimentos cirúrgicos, como a AMIU, podem ser causadas por microorganismos na pele, colo uterino ou vagina da usuária ou das mãos do/da provedor a de serviços de saúde. A lavagem das mãos antes e depois de cada caso e a lavagem da área perineal da usuária e limpeza rigorosa do colo e da vagina da usuária com solução antisséptica antes da realização da AMIU são medidas importantes para a prevenção de infecções.[8] (Vide **Capítulo 6** para a Preparação de Usuárias).

Muitos químicos qualificam como antissépticos seguros da pele. As seguintes soluções antissépticas são disponíveis, geralmente, em diferentes partes do mundo:

- Gluconato de clorexidina (4%) (p. ex., Hibiclens®, Hibiscrub®, Hibitane®)
- Gluconato de clorexidina e cetrimida, várias concentrações (p. ex., Savlon)
- Iodatos, várias concentrações (p. ex., Betadine®)

Para **preparações vaginais e cervicais**, selecione um antisséptico aquoso (base de água), como um iodato ou gluconato de clorexidina. **Não use álcool ou preparações que contém álcool** (p. ex., Dettol ou derivados de iodo) Os álcoois queimam; também secam e irritam as mucosas, o que, por sua vez, promove o crescimento de microorganismos. Ainda, hexaclorofeno (pHisoHex®), que é neurotóxico e facilmente absolvido pelas mucosas, não deve ser usado.[9]

Os antissépticos não têm a mesma capacidade de eliminação do que os químicos usados para DAN. Assim, soluções antissépticas **nunca** devem ser usadas para desinfetar objetos inanimados como instrumentos. (Vide **Capítulo 8, Tabelas 8-1** e **8-2** para instruções na utilização de desinfetantes).

A técnica "sem-toque"

Em procedimentos como a AMIU, durante o qual a cavidade uterina é invadida, é possível introduzir patógenos no útero, resultando em uma infecção potencialmente séria. Para evitar infecção, clínicos/as sempre devem utilizar a técnica "sem-toque", durante todo o procedimento e usar somente instrumentos esterilizados ou desinfetados a alto nível.

A utilização da técnica "sem-toque" significa que a parte da cânula ou qualquer instrumento que entra na cavidade uterina não deve entrar em contato com superfícies contaminadas antes de sua inserção através do colo uterino. Mais especificamente, a ponta do tenáculo, cânula ou dilatador cervical não deve tocar as mesas de exame, áreas não estéreis da bandeja de instrumentos, luvas ou paredes vaginais, antes da inserção. Os/as clínicos/as devem manejar as cânulas e outros instrumentos somente pela área ou extremidade que não entra em contato com a usuária. Por exemplo, se ambas as extremidades de dilatadores cervicais de metal ou plástico são inseridos, devem ser segurados no meio, e virados cuidadosamente, para que não toquem o espéculo ou paredes vaginais. Lembre-se também de passar as cânulas e dilatadores pela abertura do colo o menor número de vezes possível. (Isto minimiza a contaminação da cavidade uterina por microorganismos introduzidos durante a dilatação e a AMIU.)

PROCESSAMENTO DE EQUIPAMENTO AMIU OUTROS ITENS

Para minimizar o risco da transmissão de infecções tanto para usuárias quanto para pessoal que presta assistência a usuárias, de instrumentos e luvas depois da AMIU, estes itens precisam ser descontaminados, limpos e então esterilizados ou desinfetados de alto nível. As superinflamatóriafícies ambientais como mesas de exame também devem ser descontaminadas e limpas depois de cada usuária.

Quando a esterilização é absolutamente essencial? Quando é que a desinfecção de alto nível pode ser uma alternativa?

A maioria das autoridades no assunto recomenda que instrumentos e outros itens, usados para procedimentos cirúrgicos, como a AMIU, devem ser estéreis. Algumas diretrizes são mais flexíveis no entanto, e dizem que quando não existe disponibilidade de equipamento de esterilização, a DAN pode ser utilizada. Na verdade, o uso unicamente de esterilização não é possível ou prático em muitos locais de provisão de serviços, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Por exemplo, cânulas, que podiam ser danificadas pela autoclave ou esterilização a vapor seco, geralmente são processadas, entre os casos, pela DAN. A esterilização, quando realizada corretamente, é obviamente o método mais seguro e eficaz para processar instrumentos; no entanto se não estiver disponível ou conforme, a DAN é a **única** alternativa **aceitável.**

Lembre-se: Para que o processo de esterilização ou o de DAN sejam eficazes, a descontaminação e limpexa rigorosa dos instrumentos e outros itens precisam ser realizados anteriormente.

(Vide **Capítulo 8** para maior informação sobre o processamento e armazenagem de equipamento AMIU e outros itens e **Anexo D** sobre o processamento de luvas cirúrgicas).

MANEJO DE AGULHAS E SERINGAS

Tome precauções para evitar lesões com agulhas e instrumentos cortantes, o que constitui um grande risco para a transmissão da hepatite B (HBV) ou HIV/AIDS em estabelecimentos de atenção à saúde. Estas lesões podem ocorrer durante procedimentos cirúrgicos, durante a limpeza de instrumentos, na eliminação de agulhas e quando do manuseio de instrumentos agudos depois de procedimentos.[10] Embora seringas e agulhas descartáveis sejam recomendadas para utilização em toda assistência a usuários e procedimentos cirúrgicos, não resolvem o problema de lesões por agulhas e nem sempre estão disponíveis.

Sugestões de Segurança para a Utilização de Agulhas e Seringas Descartáveis

- Use cada agulha e seringa somente uma vez.
- **Não** desatarrache agulhas e seringas depois do uso.
- **Não** coloque a tampa, dobre ou quebre agulhas antes de jogá-las fora.
- Despeje as agulhas e seringas em um recipiente a prova de furos.

Não dobre as agulhas, **não** remova-as das seringas descartáveis e **não** as manuseie. **Evite** tampar as agulhas.

Quando agulhas descartáveis não são disponíveis e elas são recapadas, use o método "de uma mão só":

- Primeiro, coloque a tampa em uma superfície dura e plana; em seguida, remova sua mão.
- A seguir, com uma mão, segure a seringa e use a agulha para "levantar" a tampa.
- Finalmente, quando a tampa cobrir a agulha completamente, segure a agulha na base perto do centro e use a outra mão para fixar a tampa na agulha.

ELIMINAÇÃO DE RESÍDUOS

Depois de completar a AMIU e enquanto ainda está com luvas, despreze objetos descartáveis contaminados (gaze, algodão e outros itens) em um recipiente a prova de vazamento ou bolsa plástica corretamente marcados. Despeje instrumentos punçantes (agulhas e seringas) em um recipiente separado, à prova de furos. Os resíduos devem ser eliminados pela incineração ou enterrados.

Eliminação de PDC

Depois de completar o procedimento e a inspeção do tecido, o conteúdo da seringa de AMIU (qualquer PDC extraído da cavidade uterina) precisa ser despejado cuidadosamente para minimizar o risco da transmissão de HBV e HIV, assim como outras doenças de origem sanguínea, os provedores de serviços de saúde, outros/as usuários e à comunidade. Depois de examinar o tecido, esvazie o PDC em uma pia utilitária, toilete com descarga (conectada à rede de esgotos), latrina ou recipiente. Cuidado para evitar respingos. Se o PDC não é eliminado pelo encanamento, precisa ser incinerado ou enterrado.

Eliminação de Seringas Hipodérmicas (e Agulhas)

A eliminação tanto de agulhas quanto de seringas é um problema logístico na prevenção de infecções. Um problema maior ainda é **como** eliminar, com segurança, agulhas e seringas se não podem ser incineradas ou enterradas. Em muitos países, caixas com agulhas descartáveis usadas podem ser encontradas, jogadas nos arredores de estabelecimentos de saúde e hospitais. Estas agulhas e seringas usadas constituem um risco para a saúde cada vez maior, especialmente para crianças e adultos que procuram itens para brincar, vender ou utilizar.

Uma alternativa tanto para a eliminação tanto de agulhas quanto de seringas seria de reprocessar **somente** a seringa e **não** a agulha. A racionalidade para isto é a seguinte:

- Agulhas contaminadas são principalmente responsáveis pelas lesões e o risco potencial da transmissão de doenças ameaçadoras da vida.

- Agulhas são difíceis de descontaminar, limpar e esterilizar ou desinfetar à alto nível.

- Seringas plásticas, muitas fabricadas de Clorato de poliviníl (PVC), contribuem em grande medida à poluição ambiental quando incinera-das a altas temperaturas.

Embora o processamento de agulhas usadas represente uma **utilização inapropriada de resíduos**, em algumas circunstâncias é a única opção disponível.[9]

REFERÊNCIAS

1. Department of Health and Mental Hygiene: Occupational Exposure to Human Immunodeficiency Virus. *Communication Disease Bulletin,* State of Maryland, December 1990.

2. Garner JS e Favero MS: CDC Guideline for Handwashing and Hospital Environment Control. *Infection Control* 7(4):231-243, 1986.

3. Larson EL et al: Alcohol for Surgical Scrubbing? *Infection Control and Hospital Epidemiology* 11 (3):139-143, 1990.

4. Centers for Disease Control (CDC): Guidelines for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis Virus to Health Care and Public-Safety Workers. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 38:5-6, 1989.

5. Department of Health and Human Services (DHHS): Update: Universal Precautions for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B Virus, and Other Bloodborne Pathogens in Health Care Settings. *MMWR* 37: 377-388, 1988.

6. Bagg J, Jenkins S e Barker GR: A Laboratory Assessment of the Antimicrobial Effectiveness of Glove Washing and Re-use in Dental Practice. *Journal of Hospital Infection* 15(I):73-82, 1990.

7. Centers for Disease Control (CDC): Guidelines for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis B Virus to Health Care and Public-safety Workers. *MMWR* 38:5-6,1989.

8. Larson EL et al: Guideline for Use of Topical Antimicrobial Agents. *American Journal of Infection Control* 16:253-66, 1988.

9. Wenzel RP (ed): *Prevention and Control of Nosocomial Infections,* 2nd ed. Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 1993.

10. Centers for Disease Control: Recommendation for Prevention of HIV Transmission in Health Care Settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 36:2S, 1989.

CINCO

MANEJO DA DOR†

ANTECEDENTES

A AMIU pode ser realizada fora da sala de cirurgia (SC), na sala de tratamento de uma clínica, unidade de emergência, enfermaria hospitalar ou consultório médico. A utilização da AMIU fora da SC tem muitas vantagens, inclusive estimulando a utilização de:

- Anestesia local
- Dosagens mais baixas de analgésicos e sedativos, que são mais seguros para usuárias e requerem menos recursos do sistema de saúde

Uma vez que a usuária está acordada durante o procedimento de AMIU os/as provedores/as de serviços precisam estar atentos para o manejo da dor por meio de tratamento que demonstre apoio (a assimchamada anestesia verbal ou verbocaína) e, quando necessário, precisam administrar analgésicos, sedativos ou anestesia local. Os/as provedores/as precisam avaliar as necessidades da usuária **antes** de determinar qual tratamento ou medicamento necessário.

Este capítulo é sobre o desconforto ou dor que a mulher sentirá e sugere várias maneiras de aliviar a dor associada com a AMIU para aborto incompleto.

OBJETIVO DO MANEJO DA DOR

O objetivo do manejo da dor para a AMIU é para assegurar que a usuária sinta o mínimo de ansiedade e desconforto e que corra o mínimo risco a sua saúde. A utilização apropriada de vários agentes, combinado com uma técnica suave e apoio verbal do/da provedor/a e pessoal de enfermagem, permite que a usuária esteja acordada, responsiva e com um mínimo de medo e desconforto. Chegar a um equilíbrio de máximo conforto e um mínimo de risco requer uma avaliação correta da condição pré-cirúrgica da usuária (avaliação física geral incluindo evidência de perda de sangue e sinais vitais—temperatura, pulso e pressão arterial) assim como das suas necessidades individuais (tamanho, antecedentes de doença crônica, nível de ansie-dade e alergias a drogas).

Os perigos da anestesia geral, especialmente em locais onde existe falta de pessoal treinado (anestesiologista/a ou anestesista) e equipamento para uma monitorização de perto da usuária durante o procedimento e recuperação, têm sido bem documentados.[1,2,3,4] Assim, é importante usar métodos alternativos para a conduta segura e eficaz da dor.

---

† *Adaptado de*: Margolis A et al: Pain Control for Treatment of Incomplete Abortion with MVA. *Advances in Abortion Care* 3(1), 1993.

56

TIPOS DE DOR

Usuárias sendo tratadas por aborto incompleto pela AMIU, podem, geralmente, sentir dois tipos de dor. O **primeiro**, uma dor profunda, intensa, que acompanha a dilatação cervical e a estimulação da abertura interna do colo. Esta dor é transmitida pelos nervos que envolvem o colo e o canal cervical. (Sendo que o colo geralmente está aberto com um aborto incompleto, a seleção do tamanho correto de cânula pode minimizar este tipo de dor). O **segundo** tipo de dor, geralmente causado pela evacuação uterina, é uma dor abdominal inferior difusa, com cólicas, que ocorre com o movimento do útero, raspagem da parede uterina e contrações musculares uterinas relacionadas ao esvaziamento da cavidade uterina. A dor uterina é transmitida da parte superior do útero (fundo) através dos principais nervos uterinos que seguem os ligamentos úterosacrais e útero-ovários. O manejo brusco pode causar dor adicional, assim, são essenciais o manejo suave e tratamento sensível.[5,6]

Ainda, complicações tais como peritonite e hemorragia intra-abdominal podem causar dor abdominal e/ou dos ombros. O/a provedor/a precisa equilibrar a utilização de medicamentos para aliviar a dor e assim disfarçando os sintomas diagnósticos, e a necessidade de evitar desconforto desnecessário e ansiedade da parte da usuária. A estratégia mais importante dependerá do caso individual e das necessidades da mulher.

É importante continuar a monitorizar o nível de dor da usuária durante todo o procedimento de AMIU. O início de dor adicional significante durante o procedimento pode ser sinal de uma complicação intra-cirúrgica, tal como uma perfuração uterina. Uma das vantagens da anestesia local é que a usuária responde e poderá relatar quaisquer mudanças, assim permitindo uma avaliação oportuna e o manejo imediato de quaisquer complicações que possam ocorrer durante a AMIU (vide **Capítulo 7**).

TÉCNICAS PARA O TRATAMENTO DA DOR

A maioria das pacientes com aborto incompleto pode permanecer confortável durante a AMIU sem maior tratamento para dor. O procedimento é breve, levando somente alguns minutos, e o colo geralmente está aberto (dilatado) e suave e a inserção da cânula, pode ser realizado sem causar dor. Um tratamento gentil e atencioso à usuária, e a utilização de analgésicos não narcóticos (iboprofen Acetaminofen)em conjunto com a assimhamada anestesia verbal (ou verbocaína) freqüentemente são suficientes. Quando for necessária dilatação **adicional** do colo, a utilização de anestesia tal como o bloqueio paracervical é a melhor opção para o manejo efetivo da dor durante a AMIU. (vide **Anexo E**)

Os **pontos chave** para o manejo da dor e conforto da paciente com AMIU descomplicada são:

- Atenção com apoio do pessoal **antes, durante** e **depois** do procedimento (ajuda a reduzir a ansiedade e diminuir a dor)
- Um/a provedor/a que se sente confortável trabalhando com usuárias que estão acordadas, e que é treinado/a no uso suave de instrumentos
- A seleção de um nível apropriado de medicamentos para dor

A utilização de verbocaína pelo/a provedor/a pode tornar o procedimento muito mais fácil para a usuária. A verbocaína envolve a capacidade de:

- Estabelecer rapidamente um relacionamento positivo com a usuária
- Conversar confortável e abertamente com a usuária durante todo o procedimento

Sugestões para trabalhar com usuárias acordadas ou não, ou somente levemente medicadas incluem o seguinte:

- Explicação de cada passo do procedimento antes de realizá-lo.
- Esperar alguns segundos depois de realizar cada passo ou tarefa (p. ex., colocação do tenáculo, passando a cânula) para a usuária se preparar para o passo seguinte.
- Mover-se vagarosamente, sem movimentos bruscos ou rápidos (coloque o tenáculo ou pinça no colo gentilmente e feche-o vagarosa-mente).
- Use os instrumentos com confiança.
- Evita dizer coisas como "Isto não vai doer", quando, de fato, doerá; ou "Está quase terminado", quando não está.
- Converse com a paciente **durante todo** o procedimento.

A necessidade de medicamentos suplementares, analgésicos ou sedativos (orais, intramusculares ou endovenosos), incluindo a utilização do bloqueio paracervical dependerá do seguinte:

- O estado emocional da paciente
- O tamanho da abertura (dilatação) do colo uterino

- Duração antecipada do procedimento
- A habilidade do/da provedor/a e assistência do pessoal

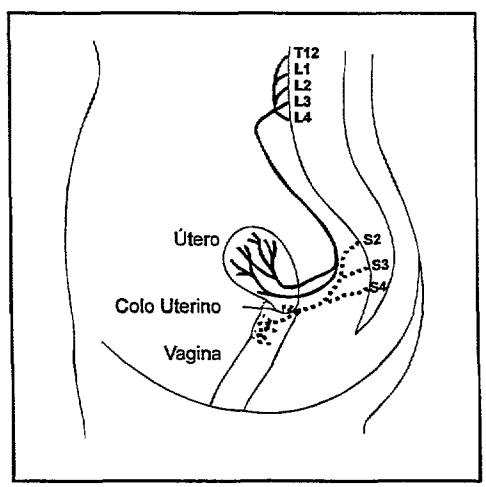
Lembre-se: Se analgésicos ou sedativos devem ser administrados, isto deverá ser feito em um tempo apropriado antes do procedimento (15 a 30 minutos para IM e 30 a 60 minutos para medicamentos orais) para que o alívio máximo seja alcançado durante o procedimento (vide **Anexo E**).

ANESTESIA LOCAL

A anestesia local, geralmente fornecida por meio de **bloqueio paracervical** com Lidocaína, é usado amplamente para aliviar dor cervical se houver necessidade de dilatação cervical **adicional**. A anestesia local causa o mínimo de distúrbios fisiológicos, permitindo que o útero contraia firmemente e que a paciente se recupere prontamente.

A injeção local de um anestésico como Lidocaína (bloqueio paracervical) afeta as fibras dos nervos localizados em volta do colo uterino e do canal cervical. Minimiza a dor cervical da extensão, dilatação ou movimento da cânula no colo. O bloqueio paracervical **não** alcançará os nervos do próprio útero (**Quadro 5-1**). Os nervos que transmitem estas sensações estão localizados na parte mais superior da pélvis e a infiltração local não os alcança. Por conseqüência, não afeta a dor de cólicas uterinas.

Quadro 5-1. Vias de Transmissão de Dor do Útero e Colo à Coluna Vertebral



——— Plexus hipogástrico: corpo, fundo do útero
------- Plexus Úterovaginal: colo uterino, vagina superior

Fonte: Margolis et al, 1993

Sendo que pacientes com bloqueio paracervical permanecem alertas e despertadas durante o procedimento, é especialmente importante de assegurar:

- Orientação para aumentar a cooperação da paciente e minimizar suas ansiedades
- Boa comunicação provedor/a-paciente durante todo o procedimento (vide acima)
- Tempo e paciência porque anestésicos locais não são efetivos imediatamente

A anestesia local com ou sem sedação (a assimchamada "local modificada") é mais segura do que a anestesia geral ou vertebral/epidural. O uso de anestesia geral coloca pacientes em maior risco de complicações sérias (p. ex., inalação de vômito ou depressão respiratória) como resultado de superdose, administração inapropriada de anestesia geral (p. ex., deixar de intubar a paciente) ou monitorização inadequada.

As seguintes são condições para a utilização segura de anestesia local:

- Todos os membros da equipe de cirurgia precisam conhecer e ter experiência no uso de anestésicos locais (Lidocaína e Cloroprocaína).
- Medicamentos e equipamento de emergência devem estar prontamente disponíveis, em boas condições e **todos** os membros da equipe devem estar treinados no seu uso.

Lidocaína e Cloprocaína são anestésicos mais geralmente usados para o bloqueio paracervical. A **Lidocaína** constitui o medicamento padrão mundial para anestesia local. É barato, seguro, eficaz e de efeito rápido. Além disso, existe baixo risco para uma reação alérgica com o uso de Lidocaína. **Cloroprocaína**, por outro lado, é mais cara e menos disponível do que Lidocaína. Também tem a probabilidade de causar uma reação alérgica, mas é mais facilmente processada pelo fígado. Por isso, a Lidocaína é o anestésico preferido para AMIU.

Complicações da Anestesia Local

Complicações de anestesia local, inclusive bloqueio paracervical, são muito raras. Foram notificados casos, no entanto, de convulsões e mortes em casos onde dosagens excessivas foram usadas ou onde ocorreram injeções em veias.[7,8] Para minimizar o risco das principais complicações, anestésicos locais devem ser usados em dosagens mínimas efetivas, com atenção cuidadosa à técnica apropriada. **Na maioria dos casos, 10 ml de 1% de lidocaína é suficiente. Em nenhum caso a dosagem total deve exceder 4,5 mg por kg de peso corporal da paciente (isto é, cerca de 20 ml).**[3] A aspiração (puxar o êmbolo da seringa) antes da injeção reduz o risco de uma injeção endovenosa.

Quando são obedecidas as dosagens recomendadas e o êmbolo é puxado antes de cada injeção, níveis tóxicos de anestésicos locais raramente ocorrem. No entanto, é importante reconhecer os sinais e sintomas de toxicidade para que não sejam administradas injeções repetidas e o tratamento médico é iniciado.

Lembre-se: Os pontos chave para a utilização segura de anestésicos locais é de ter certeza que de não é injetado diretamente na veia e de usar o nível mais baixo de uma dosagem eficaz.

A seguinte seqüência indica níveis cada vez mais tóxicos de anestésicos locais:

Efeitos suaves
- Falta de sensibilidade dos lábios e da lingua
- Sabor de metal na boca
- Tontura e cabeça leve
- Ruído nos ouvidos
- Dificuldades em enfocar a vista

Efeitos graves
- Sono
- Desorientação
- Contrações musculares e tremedeira
- Pronúncia desarticulada
- Convulsões tônicas-clônicas (ataques generalizados)
- Depressão respiratória ou parada

Para efeitos suaves, espere alguns minutos para ver se os sintomas passam, fale com a paciente e então continue o procedimento. É necessário tratamento imediato para efeitos graves: mantenha a via respiratória livre e administre máscara de oxigênio ou bolsa de ventilação (Ambu). Se ocorrerem convulsões ou se persistem apesar de apoio respiratório, pequenas quantias separadas de Diazepam (1-5 mg) podem ser administrados via endovenosa.[9]

Nota: O/a clínico/a deve estar ciente que a utilização de Diazepam para tratar convulsões pode causar depressão respiratória.

Durante a gravidez, o fluxo aumentado de sangue ao útero e os tecidos adjacentes pode causar os anestésicos locais a serem rapidamente absorvidos na via sanguínea, resultando em uma reação sistêmica como coceira, erupção cutânea ou urticaria. Estes sintomas devem ser tratados com a administração de 25-50 mg de Difenhidramina (Benadryl®) via endovenosa. Se a reação for intensa, ou se ocorreram quaisquer sinais de depressão respiratória, administre 0,4 mg de

Epinefrina, via subcutânea e forneça apoio respiratório por meio de uma bolsa de ventilação (Ambu) através de uma via respiratória aberta.

COMO ADMINISTRAR O BLOQUEIO PARACERVICAL

A técnica aqui resumida, com pequenas variações, tem sido utilizada amplamente no mundo inteiro e é geralmente aceita. Dosagens administradas são para **1% de Lidocaína sem Epinefrina**.

A cada local de injeção, insira a agulha, e então aspire, puxando o êmbolo levemente para trás, para assegurar que a agulha não está penetrando uma via sanguínea. Se qualquer sangue estiver visível na seringa **não** injete; em vez disso, remova a agulha e prossiga para outro local de injeção.

PASSO 1: Depois de determinar a ausência de alergias conhecidas ao agente anestésico ou drogas relacionadas, encha uma seringa de 10-20 ml com anestésico local (1% de Lidocaína sem Epinefrina).

PASSO 2: Use uma agulha de 3,5 cm (1.5 polegadas), agulha tamanho 22-25 para injetar o anestésico local. Se um tenáculo deve ser usado para segurar o colo uterino, injete primeiro 1 ml de anestésico local na lábio anterior ou posterior do colo, exposto pelo espéculo (geralmente se usa a posição de 10 ou 12 horas).[††]

PASSO 3: Com a pinça de anel (ou tenáculo) no colo uterino, use uma leve tração e movimento para ajudar a identificar a área entre o epitélio cervical suave e o tecido vaginal (vide **Quadro 5-2**).[†††] Este é o local para a inserção da agulha em volta do colo uterino.

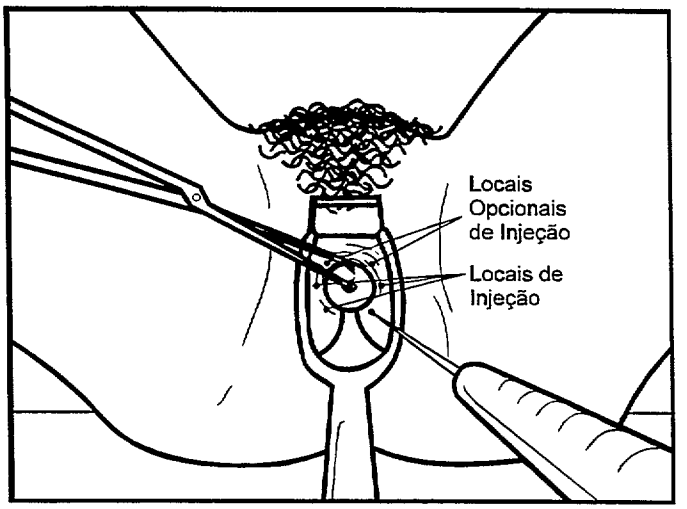
PASSO 4: Insira a agulha justo em baixo do epitélio e aspire, puxando o êmbolo levemente para trás, para ter certeza de que a agulha **não** esteja penetrando uma via sanguínea.

PASSO 5: Injete cerca de 2 ml do anestésico local justo em baixo do epitélio, não mais profundo do que 2-3 mm a uma posição de 3, 5, 7 e 9 horas (vide **Quadro 5-2**). Quando colocado corretamente, pode ser notado um enchimento e embranquecimento do tecido.

[††] Com aborto incompleto, é preferível uma pinça esponja ou de anel porque é menos provável de rasgar o colo uterino com tração e não requer o uso de anestesia para colocação.

[†††] Coloque o tenáculo no colo uterino verticalmente (um dente na abertura cervical, o outro na face do colo).

Quadro 5-2. Locais de Injeção para Bloqueio Paracervical



Fonte: Margolis et al, 1993.

Sugestão: Alguns/algumas clínicos/as sugeriram o seguinte passo para desviar a atenção da paciente da inserção da agulha: coloque a ponta da agulha justo sobre o local escolhido para a inserção e peça à paciente para tossir. Isto fará com que a ponta da agulha "penetre" justo em baixo da superfície do tecido.

PASSO 6: Na conclusão da série de injeções, espere um mínimo de 2 a 4 minutos para que o anestésico se espalhe e para que o bloqueio tenha máximo efeito.

Nota: Para evitar a toxicidade por meio de anestésico local, a dosagem total não deve exceder 10-20 ml de u, anestésico local de 10 gramas/litro (1%), e deve ser baseado no peso corporal da paciente. A dosagem máxima de Lidocaína a ser administrada para bloqueio paracervical é de 4,5 mg/kg de peso corporal (2 mg/lb).[8] (Exemplo: Dosagem máxima = 4,5 mg/kg x 50 kg paciente = 225 mg).

REFERÊNCIAS

1. Atrash HK e Cheek TG: Legal Abortion Mortality and General Anesthesia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 158(2): 420-423, 1988.

2. Grimes DA et al: Local Versus General Anesthesia: Which is Safer for Performing Suction Curettage Abortions? *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 135(8): 1030-1035, 1979.

3. Hakim-Elahi E, Tovell HMM e Bumhill MS: Complications of First-Trimester Abortion: A Report of 170,000 Cases. *Obstetrics and Gynecology* 76(1): 129-135, 1990.

4. Peterson HB et al: Comparative Risk of Death from Induced Abortion at Less Than or Equal to 12 Weeks' Gestation Performed with Local versus General Anesthesia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 141(7): 763-768, 1981.

5. Belanger E, Melzack R e Lauzon P: Pain of First-Trimester Abortion: A Study of Psychosocial and Medical Predictors. *Pain* 36: 339-350, 1989.

6. Wells N: Pain and Distress During Abortion. *Health Care for Women International 12:* 293-302, 1991.

7. Grimes DA e Cates W: Deaths from Paracervical Anesthesia Used for First-Trimester Abortion. *New England Journal of Medicine* 295(25):1397-1399, 1976.

8. Stubblefield PG: Control of Pain for Women Undergoing Abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics,* Supplement 3: 131-140, 1989.

9. *Physicians Desk Reference,* 49th ed. Montvale, New Jersey, Medical Economic Data Production Company, 1994.

SEIS

TRATAMENTO DE ABORTO INCOMPLETO

ANTECEDENTES

O aborto incompleto é tratado pela remoção do PDC remanescente do útero. O método utilizado para esvaziar (evacuar) o útero depende da duração da gravidez, que é baseada na DUM e tamanho uterino (vide **Capítulo 3**), bem como da disponibilidade de **equipamento, insumos e pessoal capacitado** (vide **Anexo F**). Se pessoal capacitado e insumos não estão disponíveis, a mulher deve ser encaminhada imediatamente para um estabelecimento apropriado.

O tratamento de abortos de primeiro trimestre e de início de segundo trimestre pode ser realizado pela aspiração manual intra-uterina a vácuo ou D&C. Conforme discutido no **Capítulo 1**, a aspiração intra-uterina a vácuo tem demonstrado resultar em menos complicações do que o D&C e causa menos trauma à paciente. Ainda, a aspiração intra-uterina a vácuo não requer anestesia geral e pode ser realizada em uma sala de procedimentos clínicos ou de exame. No entanto, o tratamento de aborto incompleto de meio a final de segundo trimestre deve ser realizado por um/a clínico/a com experiência, com treinamento avançado e em um estabelecimento com instrumentos apropriados e apoio completo de emergência (equipamento para administrar fluídos via EV, para prover transfusões de sangue e realizar cirurgia abdominal).

ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA

A aspiração manual intra-uterina a vácuo é um método eficaz para o tratamento de aborto incompleto (vide **Tabela 6-1**). A aspiração manual intra-uterina a vácuo funciona pela remoção do conteúdo uterino por sucção. Primeiro, é inserida uma cânula através do colo uterino e então uma seringa a vácuo preparada é conectada.† Depois de montar a seringa na cânula, é liberada a válvula trava da seringa, o que transfere um vácuo de cerca de 1 atmosfera (26 polegadas/660 mm Hg) para dentro da cavidade uterina. A cânula é girada enquanto gentilmente é movida para frente e para trás dentro do útero. A sucção fornecida pela seringa puxa gentilmente o conteúdo do útero (PDC remanescente) através da cânula e para dentro do tubo da seringa.

Tempo oportuno para o Procedimento. Em casos de aborto incompleto, a AMIU deve ser realizada rapidamente. O tratamento oportuno reduzirá complicações, especialmente em casos de sangramento profuso ou prolongado.

† Com aborto incompleto, o colo uterino geralmente está aberto (dilatado) suficientemente para permitir a passagem da cânula sem mais dilatação. Em alguns casos a dilatação cervical pode-se tornar necessária.

Tabela 6-1
Resultados de Quatro Estudos Avaliando a AMIU para Tratamento de Aborto Incompleto

Autor, data/país	Número de Casos	Idade gestacional (semanas estimadas DUM)	Tempo de Aspiração AMIU (tempo médio aproximado em minutos)	Eficácia da AMIU†	Taxas de Complicação†† para AMIU
El Kabarity et al, 1985/Egito	100	≤ 16	6	> 98%	9
Kizza e Rogo, 1990/Quênia	300	≤ 16	ND	98%	8,7
Mahomed et al, 1992/Zimbábue	834	≤ 12	7†††	100%	0,3
Verkuyl e Crowther, 1993/Zimbábue	179	≤ 18	2	> 98%	4,3

† Eficácia definida como evacuação completa.
†† Complicações por 100 procedimentos incluem excesso de perda de sangue, infecção pélvica, lesão cervical e perfuração uterina (média para AMIU=5,6; média para curetagem aguda=14,8); os estudos variavam na sua definição de complicações
††† Total de tempo de procedimento (incluindo a inserção de cânula, etc.).
ND = Não disponível

Fonte: Greenslade, 1993.[1]

Kits de Instrumentos para a AMIU

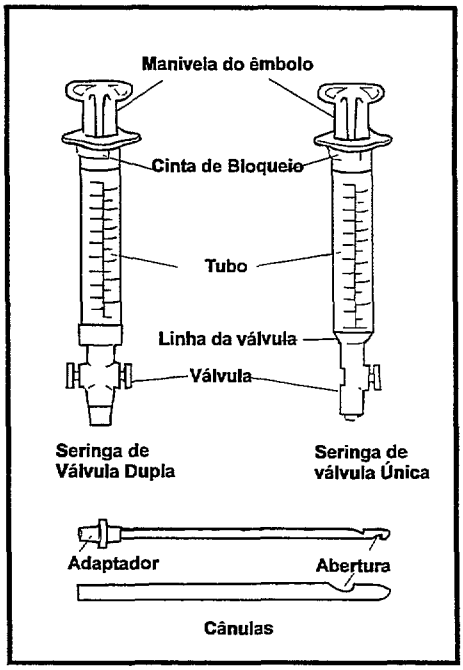
Os kits básicos de AMIU para tratamento de emergência de aborto incompleto (**Quadro 6-1**) contêm uma seringa de válvula única ou de válvula dupla de 60 cc com uma válvula trava, manipulador de êmbolo, uma cinta de bloqueio e silicone para lubrificar os anéis da seringa. Os kits também incluem cânulas estéreis, flexíveis com duas aberturas opostas, equiparadas, para máxima eficácia. As cânulas em kits de válvula única são de dois tamanhos (diâmetro exterior): 5 mm e 6 mm. As cânulas em kits de válvula dupla são de seis tamanhos, 6-10 mm e 12 mm, com uma série de adaptadores codificados por cores para poder montar cada cânula à seringa.

Escolha de Equipamento

As seringas de válvula única e dupla podem ser usadas com cânulas de 5 ou 6 mm para o tratamento de aborto incompleto de até 8 semanas da DUM (confirmado pelo exame bimanual).

A seringa de válvula dupla pode ser usada com cânulas até o tamanho de 12 mm para o tratamento de aborto incompleto dentro do primeiro trimestre.

Quadro 6-1. Instrumentos para AMIU



Fonte: IPAS, 1993

PRECAUÇÕES ANTES DA REALIZAÇÃO DE AMIU

Durante a avaliação inicial, podem ser identificadas condições que indiquem a necessidade de **iniciar** outro tratamento antes de começar a AMIU ou a necessidade de **usar** uma técnica diferente para esvaziar a cavidade uterina. As **precauções** que devem ser tomadas e a **racionalidade** para cada uma delas estão descritos no **Anexo H**. Em particular, precauções especiais são necessárias quando:

- o tamanho uterino determinado pelo exame pélvico é muito diferente daquele determinado pela DUM (tamanho maior do que as datas), ou
- o tamanho uterino está além do primeiro trimestre.

PREPARAÇÃO DOS INSTRUMENTOS AMIU

Como Minimizar os Riscos de Infecção

Os procedimentos básicos para prevenção de infecções para minimizar o risco de transmissão de doenças a pacientes e ao pessoal clínico, incluindo o pessoal de limpeza, foram apresentados no **Capítulo 4**. Com treinamento apropriado do pessoal clínico e utilização de práticas recomendadas para a prevenção de infecções em cada procedimento, a infecção pós-cirúrgica e transmissão de doenças, como a hepatite B e AIDS podem ser minimizados. Essas práticas incluem:

- A lavagem rigorosa das mãos com água e sabão **antes** e **depois** de cada procedimento AMIU
- O uso de instrumentos e de luvas (em **ambas as mãos**) **estéreis** ou **desinfetados a alto nível**
- A limpeza do colo uterino e da vagina com um antisséptico eficaz **antes** de inserir qualquer instrumento pelo colo e dentro da cavidade uterina
- A utilização de uma técnica "sem-toque" para o procedimento de AMIU

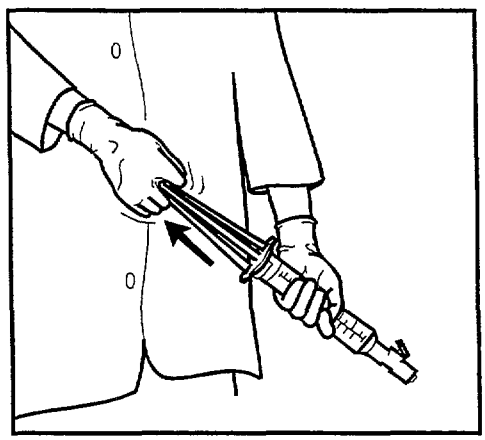
Sair desta rotina a **qualquer** ponto pode ter resultados desastrosos para a segurança da paciente e do pessoal clínico.

Preparação dos Instrumentos AMIU

Tenha os instrumentos, agulhas, seringas e os insumos necessários para a AMIU facilmente disponíveis e preparados.

- Verifique se a seringa para a AMIU mantém o vácuo.
- Tenha certeza de que existe disponibilidade de apoio de emergência.
- Prepare a seringa AMIU como segue:
  - trave a válvula na posição fechada, e
  - puxando o êmbolo para trás até que os braços do êmbolo se encaixem (vide **Anexo I** para instruções adicionais).

Quadro 6-2. Preparação da Seringa (Criando o Vácuo)



Fonte: IPAS, 1993.

Tratamento da Dor

A necessidade de medicamentos para dor (via oral, IM ou EV), incluindo o uso de bloqueio paracervical, é discutida no **Capítulo 5** e **Anexo E** e dependerá do seguinte:

- O estado emocional da paciente
- O tamanho da abertura do colo uterino
- Duração antecipada do procedimento
- A habilidade do/da provedor/a e do pessoal de assistência

Lembre-se: Se se necessitam administrar analgésicos ou sedativos, isto deve ser feito a um tempo apropriado antes do procedimento (15 a 30 minutos para IM e 30 a 60 minutos para medicamentos orais) para que a paciente tenha o máximo de alívio durante o procedimento (vide **Anexo E**).

Exame Pélvico

É importante que **o/a provedor/a de serviços** que **realiza** o procedimento AMIU esteja seguro/a em relação a:

- O tamanho e a posição uterina (exame bimanual)
- Condição da vagina e do colo uterino (ferimentos, perfuração ou pus) e presença de PDC na vagina (exame especular)

Preparação da Paciente

Antes de realizar o exame pélvico, esteja seguro que a paciente:

- Esvaziou a bexiga (urinou)
- Lavou (ou o pessoal lavou) seu abdômen inferior e genitais externos (área perineal) com água e sabão

A seguir, lave as mãos rigorosamente e coloque luvas desinfetadas a alto nível (ou estéreis) em ambas as mãos.

Não é necessário fazer tricotomia. Isto pode aumentar o risco de infecção local. Se os pêlos púbicos são compridos ou interferem com o uso dos instrumentos, corte-os com uma tesoura.

Instruções para a Preparação Cervical e Vaginal

Pergunte a cliente sobre reações alérgicas (p.ex.,a iodo.) antes de selecionar um antisséptico.

Depois de inserir o espéculo, aplique antisséptico rigorosamente duas ou mais vezes no colo uterino (especialmente na abertura) e depois na vagina usando uma pinça de anel e gaze ou algodão.

Se forem usados iodatos, deixe-os até 2 minutos antes de proceder. (Iodatos requerem tempo para liberar iodo, a substância ativa).

PASSOS PARA REALIZAÇÃO DA AMIU[††]

Passo 1: Introduza o espéculo gentilmente e verifique o colo uterino para ferimentos ou protrusão de fragmentos. Se fragmentos de tecido (placenta ou membranas) estiverem presentes na vagina ou colo uterino, remova-os usando uma pinça. Ainda, se fios de DIU são visíveis no colo, remova o DIU depois de preparar o colo uterino (vide **Passo 2**).

Passo 2: Limpe o colo uterino (especialmente a abertura do colo) e a vagina, conforme discutido acima.

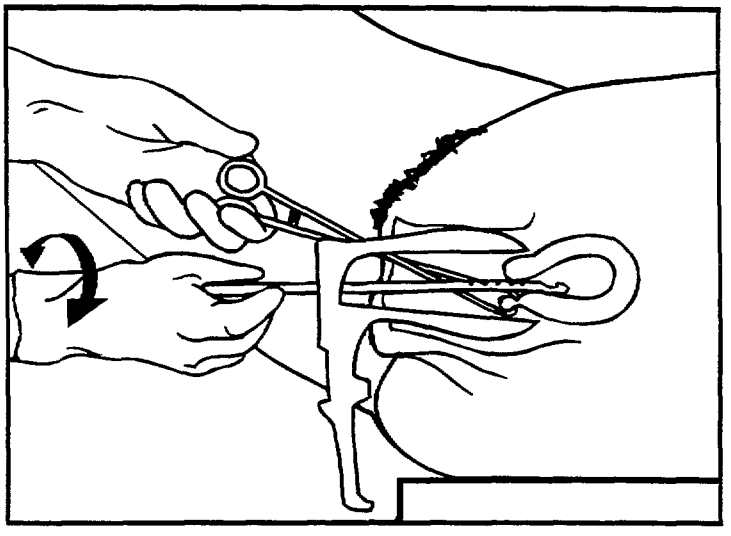
Passo 3: Se necessário, **administre o bloqueio paracervical** e tracione o colo com uma pinça ou tenáculo (vide **Capítulo 5** para instruções).

Passo 4: A **dilatação cervical** é necessária somente quando o canal cervical não permite a passagem da cânula selecionada. Quando necessária, a dilatação dever ser realizada **gentilmente** com dilatadores mecânicos ou com cânulas progressivamente maiores, com muito cuidado para não ferir o colo uterino ou criar uma abertura falsa.

Passo 5: Enquanto estiver tracionando o colo uterino com firmeza e gentilmente aplique a tração, introduza a cânula através do colo para dentro da cavidade uterina, justo além da abertura interna (**Quadro 6-3**). (A rotação da cânula, enquanto aplica a pressão, freqüentemente ajuda a ponta da cânula a passar pelo canal cervical.)

[††] Considerando que a paciente está acordada durante o procedimento AMIU, provedores/as precisam prestar atenção às necessidades emocionais da mulher. O Diálogo com Pacientes (**Capítulo 2**) e a Utilização de Verbocaína (**Capítulo 5**) têm um papel chave para ajudar pacientes neste procedimento.

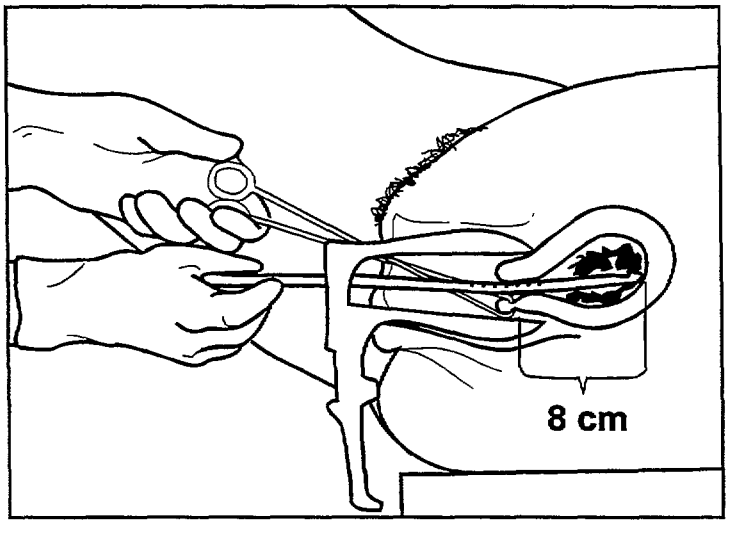
Quadro 6-3. Inserção da Cânula



Fonte: IPAS, 1993.

Passo 6: Empurre a cânula vagarosamente para dentro da cavidade uterina até tocar o fundo. Note a profundidade uterina pelas marcas visíveis na cânula (**Quadro 6-4**). A marca mais perto da ponta da cânula está a 6 cm da ponta, e as outras marcas estão a intervalos de 1 cm. Depois de medir o tamanho uterino, retraia um poco a cânula.

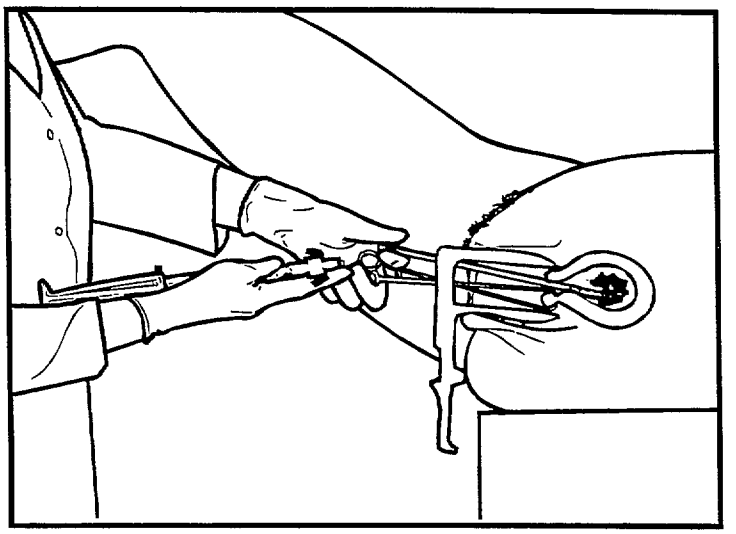
Quadro 6-4. Medição da Profundidade Uterina com a Cânula



Fonte: IPAS, 1993

Passo 7: Monte a seringa preparada na cânula, segurando a pinça (ou tenáculo) na extremidade posterior da cânula em uma mão e a seringa na outra (**Quadro 6-5**).

Quadro 6-5. Montagem da Seringa

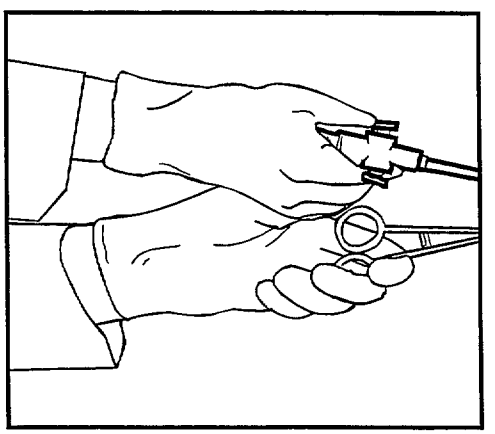


Fonte: IPAS, 1993

> **Nota**: Assegure-se de que a cânula não se mova para frente, dentro do útero enquanto você monta a seringa.

Passo 8: Abra a válvula de apertar na seringa para transferir o vácuo através da cânula para a cavidade uterina. Tecido com sangue e bolhas devem começar a passar pela cânula e para a seringa.

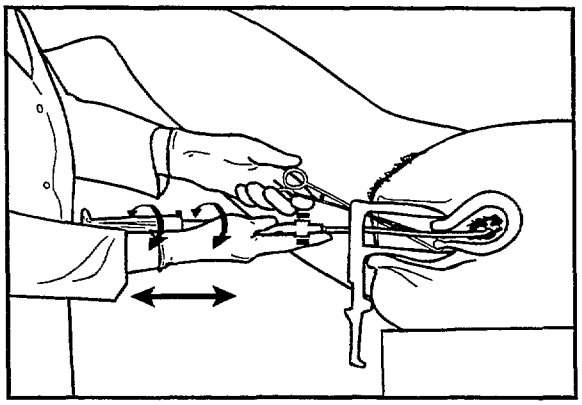
Quadro 6-6. Abrindo a Válvula de Apertar



Fonte: IPAS, 1993.

Passo 9: Evacue qualquer conteúdo remanescente da cavidade uterina rodando a seringa gentilmente e então movendo a cânula gentil e vagarosamente para frente e para trás na cavidade uterina (**Quadro 8-7**) (Não faça a rotação da cânula mais de 180°—um meio círculo).

Quadro 6-7. Evacuação do Conteúdo Uterino



Fonte: IPAS, 1993

É importante **não** retirar a(s) linha(s) da cânula além da abertura do colo porque isto resultará na perda do vácuo. Se isto acontecer, ou se a seringa estiver cheia, siga as instruções no **Capítulo 7** para reestabelecer o vácuo.

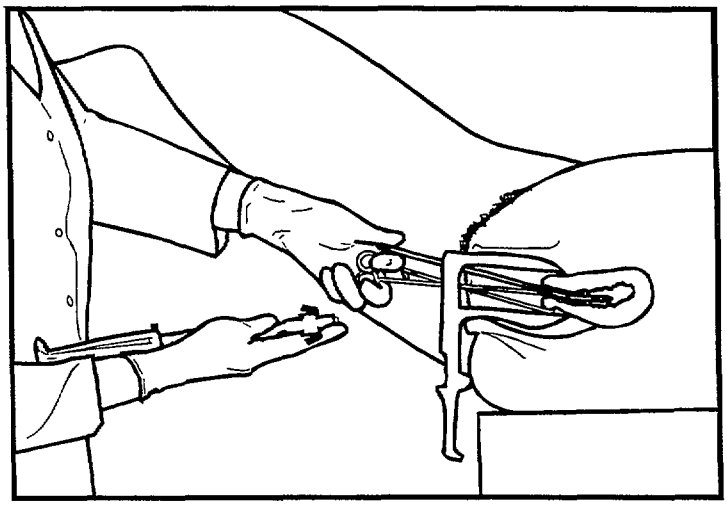
> **Nota**: Enquanto o vácuo está estabelecido e a cânula estiver no útero, **nunca pegue a seringa pelos braços do êmbolo**. Isto pode causar o destravamento dos braços do êmbolo, acidentalmente permitindo que o êmbolo escorregue para dentro da seringa, empurrando material de volta no útero.

Passo 10: Verifique os sinais de procedimento completo. O procedimento AMIU está completo quando:

- Aparecer espuma vermelha ou cor-de-rosa na cânula em vez de tecido.
- Se sente uma sensação arenosa quando a cânula passa sobre a superfície do útero evacuado.
- O útero contrai em volta (agarra) da cânula.

Passo 11: Remova a cânula, desmonte a seringa e então coloque a cânula na solução descontaminadora. Com a válvula aberta, esvazie o conteúdo da seringa AMIU em uma peneira, empurrando o êmbolo.

Quadro 6-8. Desmontagem da Seringa



Fonte: IPAS, 1993.

Nota: **Não** coloque a seringa vazia dentro da solução descontaminadora até que estiver certo de que o procedimento esteja completo. (Coloque-a de lado em uma bandeja ou recipiente estéril ou desin-fetado a alto nível para reutilização, se necessário).

Passo 12: Rapidamente examine o tecido removido do útero:

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

Se necessário, passe por peneira e enxágüe o tecido para remover coágulos excessivos, coloque em um recipiente com água limpa, solução salina ou ácido acético fraco (vinagre) para examinar visualmente. Amostras de tecidos também podem ser enviadas ao laboratório de patologia, conforme indicado.

Siga as práticas recomendadas para prevenção de infecções para manejar amostras (vide **Capítulo 4**). Fragmentos de tecido que podem ser vistos no tratamento de aborto incompleto incluem vilosidades, membranas fetais, tecido endometrial (decidua) e, após nove semanas do DUM, partes fetais. (Para ajudar a identificar vilosidades, pode ser usada uma lente de aumento simples.)

Quadro 6-9. Exame dos Tecidos

Fonte: IPAS, 1993.

Se não for detectado PDC:

- todo PDC pode ter saído antes da realização da AMIU (aborto completo);
- a cavidade uterina pode parecer vazia mas pode não ter sido esvaziada completamente por causa da falta de experiência do/da clínico/a (vide **Passo 9**, nesta seção);
- o sangramento vaginal pode ter sido por uma causa que não era aborto incompleto (hemorragia por estrógeno ou progesterona, como pode ocorrer com o uso de anticoncepcionais hormonais, ou fibromas uterinos); ou
- o útero pode ser anormal (isto é, a cânula podia estar no lado sem gravidez de um útero duplo)

A ausência de PDC em uma paciente com sintomas de gravidez, no entanto, levanta uma forte possibilidade de gravidez ectópica, que **deve** ser avaliada completamente.[†††] Uma gravidez ectópica, se diagnosticada, requer avaliação e encaminhamento imediato no caso da cirurgia (minilaparotomia ou laparoscopia) ser disponível no serviço.

A conduta para estes problemas é discutida no **Capítulo 7**.

[†††] Se uma gravidez ectópica é improvável, a paciente deve ser examinada em 2 a 4 semanas para ter certeza de que os sintomas de gravidez (seios sensíveis, sangramento vaginal) e sinais (útero aumentado, colo uterino suave) não estão mais presentes.

Passo 13: Depois de ter certeza que o procedimento está completo, remova o tenáculo e o espéculo. **Descontamine todos os instrumentos** (seringa AMIU, tenáculo e espéculo) pela imersão em 0,5% de solução clorada. Se foi administrado bloqueio paracervical, descontamine a agulha hipodérmica e seringa montada, enchendo-as com solução clorada antes da imersão. Deixe os itens imersos por pelo menos 10 minutos.

> **Nota**: Instrumentos que serão reutilizados precisam ser limpos e esterilizados ou desinfetados a alto nível (vide **Capítulo 8**).

Passo 14: Enquanto ainda está com luvas, coloque resíduos contaminados (gaze, algodão e outros resíduos) em um recipiente, corretamente marcado, à prova de vazamento ou sacola plástica. Coloque instrumentos punçantes (agulhas e seringas) em um recipiente separado, a prova de furos. Os resíduos devem ser eliminados pela incineração ou enterrados. Fragmentos de tecido evacuados do útero podem ser despejados pelo encanamento.

Passo 15: Coloque ambas as mãos com luvas em solução descontaminadora, a seguir remova as luvas, virando-as de dentro para fora. Despeje como acima. Se luvas as cirúrgicas devem ser reutilizadas, coloque em solução clorada (deixe por 10 minutos).

Passo 16: Lave as mãos rigorosamente com água e sabão.

TRATAMENTO DE ABORTO INCOMPLETO DE SEGUNDO TRIMESTRE

Para tratamento de aborto incompleto de meio a final de segundo trimestre, os métodos disponíveis são **ocitocina endovenosa, curetagem aguda (D&C)[††††] ou dilatação e evacuação (D&E)** pela aspiração a vácuo da cavidade uterina são os outros métodos disponíveis. No segundo trimestre o risco aumenta pela maior perda de sangue e perfuração uterina como conseqüência do tratamento. Assim, o tratamento de aborto incompleto no meio ou final do segundo trimestre **precisa** ser realizado por um/a médico/a experiente. Além disso, fluídos EV, equipamento especial e os meios para realizar cirurgia abdominal precisam estar disponíveis para resolver possíveis complicações. A dilatação e evacuação, quando combinados com a utilização de uma pinça de anel para a remoção manual de PDC retido, é o método preferido quando um/a médico/a especialmente treinado/a está disponível.

[††††] Se a curetagem for realizada, deve ser feita com a maior cureta disponível para maximizar a superfície coberta com cada passagem e minimizar o risco de perfuração.

Ocitocina endovenosa é o medicamento mais amplamente disponível que causa a contração do útero (agente úterotônico). Ocitocina, 200 unidades/500 ml EV durante 4 horas (ou solução equivalente) pode ser usada para completar, com segurança, a expulsão de PDC retido em abortos incompletos de segundo trimestre. Geralmente, a placenta ou fragmentos placentários serão expulsos durante este tempo ou logo depois. É importante examinar o PDC para ver se é completo. Se a expulsão ocorrer e parece ser completa, observe a mulher para sangramento ou prova de fragmentos de placenta retidos. Se, após observação, no entanto, ela **não** está estável (continua a ter sangramento vaginal), pode ser necessária a aspiração a vácuo com a maior cânula disponível.

Freqüentemente, com a utilização de ocitocina, não se garante que a placenta foi completamente expulsa. A aspiração uterina (ou curetagem) é necessária para assegurar um útero vazio. Este é o caso, especialmente, se existir infecção ou se o aborto incompleto está ocorrendo por vários dias. Nestes casos, a placenta pode não ser expulsa facilmente, unicamente com medicamentos ocitócinos.

ATENÇÃO PÓS-CIRÚRGICA

Monitorização da Recuperação da Paciente

Tome e registre os sinais vitais enquanto a paciente ainda está na mesa de tratamento.

Permita que a paciente descanse em conforto, onde sua recuperação pode ser observada e monitorizada.

Se a paciente for Rh negativa, administre Rh(D) globulina imunológica antes da alta, se disponível.

Se foi iniciado tratamento para complicações, continue a terapia e a monitorização conforme requerido pela sua condição.

Para casos descomplicados, verifique o sangramento pelo menos uma vez antes da alta. Verifique os sinais vitais novamente. Verifique para ver se as cólicas diminuíram (cólicas prolongadas não são consideradas normais). A paciente pode receber alta assim que estiver estável, pode andar sem assistência e receber a informação necessária de seguimento.[†††††]

[†††††] Se medicamentos (analgésicos narcóticos ou sedativos) foram administrados antes, durante ou depois da AMIU, a paciente não deve receber alta até estar completamente recuperada (pelo menos 2 a 4 horas depois da administração).

Informação Pós-Operatória

São os seguintes os sinais de uma recuperação normal:

- Algumas cólicas uterinas nos próximos dias que podem ser aliviadas por analgésicos suaves
- Algum sangramento ou manchas, que não devem exceder um período menstrual comum
- Um período menstrual comum que deve ocorrer dentro de 4 a 8 semanas

Além disso, a paciente deve receber instruções para tomar quaisquer prescrições de medicamentos e deve saber que:

- **não** deve ter relações sexuais ou colocar qualquer objeto na vagina (não deve fazer duchas ou usar tampões) até que o sangramento pare (5 a 7 dias), e
- sua fertilidade pode voltar em menos de 2 semanas depois do procedimento. Assim necessita de orientação anticoncepcional e começar a usar um método imediatamente se **não** desejar outra gravidez (vide página seguinte).

Deve saber também o que fazer e onde ir para atenção de emergência se ocorreram complicações. Os sinais de perigo e **sintomas** que requerem atenção de emergência imediata incluem:

- Cólicas prolongadas (mais do que alguns dias)
- Sangramento prolongado (mais do que 2 semanas)
- Sangramento em excesso mais que sangramento menstrual
- Dor severa ou aumentada
- Febre, calafrios ou mal-estar
- Desmaio (síncope)

Finalmente, deve ser marcado o dia para sua visita de seguimento, se necessário.

Planejamento Familiar Pós-Aborto

A fertilidade de uma mulher volta quase imediatamente depois de um aborto incompleto e tão logo quanto 11 horas se a gravidez foi de menos de 12 semanas. Assim, ela precisa considerar se ela quer ou não engravidar logo em seguida. No caso de aborto espontâneo, pode querer engravidar logo em seguida, e a não ser que existam problemas clínicos, não existe razão para desestimulá-la.

Para muitas mulheres, no entanto, este aborto representa um desejo claro de não querer engravidar neste momento. Assim, a mulher (e seu parceiro se ela desejar) precisam receber orientação e informação sobre sua volta à fertilidade e métodos anticoncepcionais disponíveis. A ocasião do tratamento para aborto incompleto, entretanto, não é a

melhor hora para que ela faça decisões que são **permanentes** ou de **longo prazo**. A orientação precisa ser adaptada para o estado físico e emocional da cliente. Uma escolha consciente e informada é crítica para a seleção de qualquer método e especialmente para métodos que dependam de provedores/as (DIU, injetáveis, implantes e esterilização voluntária).

Quase todos os métodos anticoncepcionais podem ser usados e podem ser iniciados imediatamente a não ser que existam maiores complicações de pós-aborto. O planejamento familiar natural não é recomendado, no entanto, até a volta de um padrão regular de menstruação. (Para maiores informações, vide **Capítulo 9**.)

REFERÊNCIAS

1. Greenslade FC et al: *Manual Vacuum Aspiration: A Summary of Clinical and Programmatic Experience Worldwide.* Carborro, North Carolina, IPAS, 1993.

REFERÊNCIAS GERAIS

Tietjen L, Cronin W e McIntosh N: *Prevenção de Infecções para Serviços de Planejamento Familiar.* Baltimore, Maryland, JHPIEGO, 1993.

Organização Mundial da Saúde: *Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide.* Genebra, OMS, 1994.

Yordy L, Leonard AH e Winkler J: *Manual Vacuum Aspiration: Guide for Clinicians.* Carrboro, North Carolina, IPAS, 1993.

SETE

MANEJO DE PROBLEMAS E COMPLICAÇÕES DURANTE A AMIU

ANTECEDENTES

Vários tipos de problemas (técnicos e de procedimento), assim como complicações clínicas, podem ocorrer **durante** e **depois** de completar um procedimento AMIU. A maioria **não** são sérias e se reconhecidas imediatamente e corrigidas (ou tratadas), a recuperação da paciente não será afetada.

Lembre-se: A chave para reconhecer e manejar os problemas é estar ciente de que eles podem ocorrer **mesmo** nas melhores das circunstâncias.

PROBLEMAS TÉCNICOS

Na maioria dos procedimentos AMIU, o vácuo da seringa permanece constante até que a seringa estiver 90% cheia. No entanto, uma diminuição do vácuo pode ocorrer antes de completar o procedimento se a cânula está travada ou for removida antes da hora.

Seringa cheia

Se a **seringa estiver cheia:**

1. Feche a válvula de apertar da seringa.

2. Disconecte a seringa da cânula, deixando a ponta da cânula no seu lugar, no útero. **(Não empurre o êmbolo quando estiver disconectando a seringa.)**

3. Esvazie a seringa em um recipiente para exame, abrindo a válvula de apertar e empurrando o êmbolo para dentro do tubo. (Cuidado para não respingar o conteúdo da seringa nos olhos.)

4. Reestabeleça o vácuo na seringa, reconecta-a à cânula e torne a aspirar. (Muitos/as clínicos/as têm uma segunda seringa preparada à mão durante a aspiração e trocam de seringa quando uma está cheia.)

Cânula Removida Antecipadamente

Se a abertura da **cânula é empurrada para dentro** do canal vaginal com a válvula ainda aberta, o vácuo será perdido. Para corrigir esta situação:

1. Remova a seringa e cânula, tomando cuidado para não contaminar a cânula pelo contato com as paredes vaginais ou outras superfícies não estéreis.

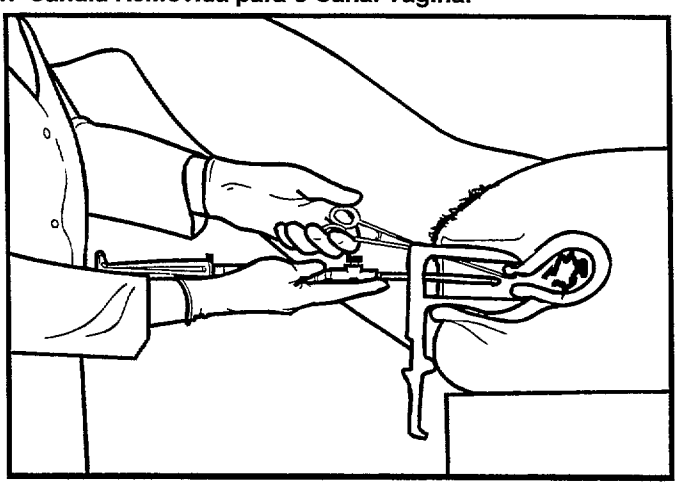
2. Feche a válvula de apertar da seringa.

3. Desconecte a seringa da cânula, esvazie a seringa, e então reestabaleça o vácuo na seringa (vide acima **Seringa Cheia**).

4. Introduza novamente a cânula se **não** foi contaminada. (Se houver contaminação, insira outra cânula estéril ou desinfetada a alto nível.)

5. Reconecte a seringa, libere a válvula e continue a aspiração.

Quadro 7-1. Cânula Removida para o Canal Vaginal



Fonte: Yordy, Leonard e Winkler, 1993

Cânula Entupida

Se não houver fluxo de tecido ou de bolhas na seringa, a **cânula pode estar entupida**:

1. Feche a válvula da seringa.

2. Remova a seringa e cânula, tomando cuidado para não contaminar a cânula pelo contato com as paredes vaginais ou outras superfícies não estéreis.

3. Remova o material da abertura da cânula usando uma pinça estéril ou desinfetados a alto nível, sem contaminar a cânula. Se a contaminação ocorrer, use outra cânula estéril ou desinfetada a alto nível.

> **Nota**: Nunca tente desentupir a cânula puxando o êmbolo de volta no tubo com a ponta da cânula ainda no útero.

4. Introduza novamente a cânula, conecte uma seringa preparada e libere a valvula.

A Seringa não Mantém Vácuo

Se a seringa parece não manter o vácuo, tente lubrificar o êmbolo e tubo com uma gota de silicone. Se isto não funcionar, substituir o anel. Se a seringa ainda não mantiver o vácuo, despreze-a e use outra seringa (vide **Anexo I** e **Capítulo 8**).

PROBLEMAS DE PROCEDIMENTO

Problemas de procedimento que ocorrem **durante** um procedimento AMIU são pouco freqüentes. A maioria não são sérios, são relacionados à falta de experiência do/da provedor/a e são fáceis de corrigir.

Menos Tecido do que Esperado

O problema de procedimento mais comum é de **obter menos tecido do que esperado**. Tecido inadequado em quantidade ou que não contém PDC definido pode indicar:

- que todo o PDC passou antes da AMIU,
- o sangramento vaginal **não** foi devido a gravidez, ou
- uma possível gravidez ectópica (vide mais adiante).

Evacuação Incompleta

A utilização de uma cânula pequena demais ou interrupção da aspiração antecipadamente pode resultar em tecido retido, uma hemorragia subseqüente, infecção e dor e cólicas continuadas. A observação cuidadosa dos sinais de procedimento completo (vide **Passo 9** no **Capítulo 6**) e o exame do tecido para identificar PDC são as melhores maneiras para assegurar uma evacuação completa. A evacuação incompleta é tratada pela repetição da evacuação.

Todo o PDC Passou Antes da AMIU

Evacuação adicional **não** é necessária a não ser que os achados clínicos indicarem que o aborto ainda está incompleto (sangramento vaginal persistente, febre, etc.).

OUTROS PROBLEMAS

Sangramento Vaginal Não Relacionado a Gravidez

Mulheres em idade reprodutiva podem ter períodos irregulares (p. ex., isto é, períodos atrasados ou que não vieram) seguidos de sangramento vaginal, como resultado do seguinte:

- Hemorragia por progesterona com a utilização de métodos anticoncepcionais exclusivamente de progestágeno (p. ex., injetáveis, implantes Norplant ou pílulas anticoncepcionais orais)
- Fibromas uterinos (tumores benignos crescem na parede uterina).
- Hemorragia devido ao estrógeno (anovulação).

Gravidez Ectópica

A demora no tratamento da gravidez ectópica é especialmente perigosa. O risco de gravidez ectópica é maior quando a paciente tem antecedentes de qualquer dos seguintes:

- Gravidez ectópica anterior
- Infecção pélvica
- DIU ou utilização exclusiva de anticoncepcionais de progestágeno

Se houver suspeita de gravidez ectópica, verifique novamente os sinais de uma gravidez ectópica, conforme detalhado no **Anexo A**, e rapidamente prepare a mulher para encaminhamento se a cirurgia (minilaparotomia ou laparoscopia) não estiver disponível. A ruptura de uma gravidez ectópica é uma verdadeira possibilidade de risco de vida. Se isto ocorrer, a morte pode ser prevenida somente pela remoção cirúrgica imediata da gravidez ectópica, interrupção do sangramento e reposição de sangue perdido, se necessário.

Síndrome Pós-Aborto (Hematômetra Agudo)

Esta condição ocorre quando o fluxo de sangue do útero é bloqueado, criando assim sangramento intra-uterino continuado, distensão uterina, cólicas e desmaios severos (p. ex., isto é, sintomas vagais), geralmente dentro de poucas horas depois do procedimento. (Pode ocorrer também síndrome pós-aborto tardio durante os 3 dias que seguem o procedimento.) O útero estará **maior** do que antes do procedimento e **extremamente sensível** no exame. Esta condição é tratada por nova evacuação do útero e com a administração de ocitócitos ou a massagem do útero para mantê-lo contraído.

Desmaio (Reação Vagal ou choque neurogênico)

É mais provável que o desmaio ocorra durante a dilatação cervical forçada ou a raspagem vigorosa da cavidade uterina porque ambos causam dor severa e devem ser evitados. Devido a estimulação do nervo vagal, a freqüência das batidas do coração e a respiração diminuem, levando ao desmaio (síncope). Esta condição geralmente dura somente alguns segundos a minutos, se a causa da dor é suspendida. Trate da seguinte maneira:

- Interrompendo o procedimento imediatamente
- Utilização de sais (de cheiro) (solução de amoníaco)
- Mantendo a via respiratória aberta
- Virando a cabeça da paciente e ombros para o lado, para evitar a aspiração se ela vomitar
- Levantando as pernas da paciente

Se a recuperação não for imediata:

- Ventile a paciente com uma bolsa Ambu usando oxigênio, se disponível
- Inicie fluídos EV com uma agulha grande (tamanho 16-18), utilizando solução† lactante salina isotônica ou de Ringer
- Peça assistência para verificar os sinais vitais e monitorizar sua recuperação

COMPLICAÇÕES

A aspiração manual a vácuo para o tratamento de aborto incompleto é um procedimento que envolve o mínimo de trauma ao útero e colo uterino. Em uma pequena porcentagem de casos no entanto, uma ou mais das seguintes complicações podem ocorrer **durante** o procedimento:

- Perfuração uterina ou cervical
- Sangramento severo (hemorragia)
- Embolismo por ar

Sendo que estas complicações podem resultar em lesões sérias ou em alguns casos a morte, seu reconhecimento e tratamento imediato é essencial para minimizar o impacto.

Perfuração Uterina

Se a cânula penetrar mais do que esperado, ou se for observado gordura, conteúdo intestinal ou omenta no tecido removido do útero, o útero foi perfurado. (O exame cuidadoso para determinar a posição do útero e do colo uterino é indispensável para evitar esta complicação.) A perfuração uterina também pode causar lesões aos órgãos internos e vias sanguíneas. Se houver suspeita de perfuração uterina, precisam ser tomados passos apropriados, que incluem a observação e possível cirurgia (laparoscopia e/ou laparotomia) (vide **Anexo A**).

Perfuração Cervical

É mais provável que esta complicação ocorra durante a dilatação cervical forçada. O tratamento de perfuração cervical requer conserto imediato e observação para assegurar que as vias sanguíneas subjacentes não foram lesionadas, o que levaria a sangramento intra-uterino ou intra-abdominal (vide **Anexo A**).

---

† Se disponível, administre sulfato de atropina a 0,2 mg (0,4-0,6 ml) via EV.

Choque, Sangramento Vaginal Severo e Infecção Pós-AMIU

O diagnóstico e tratamento de **choque** e **infecção pélvica** é descrito, em detalhe, no **Capítulo 3** e **Anexo A**. O tratamento de sangramento vaginal severo depende da causa e gravidade da hemorragia e pode incluir evacuação repetida, oxitocina (via IM ou EV), massagem uterina, sutura de rasgos, fluídos endovenosos, transfusão ou cirurgia (vide **Anexo A**).

Embolismo por Ar

Isto é raro mas poderia acontecer se o êmbolo da seringa fosse empurrado para frente enquanto a cânula ainda estiver na cavidade uterina. O tratamento é orientado ao apoio da respiração e circulação (vide **Anexo A**).

REFERÊNCIAS GERAIS

Yordy L, Leonard AH e Winkler J: *Manual Vacuum Aspiration: Guide for Clinicians*. Carrboro, North Carolina, IPAS, 1993.

Organização Mundial da Saúde: *Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide*. Genebra, OMS, 1994.

OITO

PROCESSAMENTO DO EQUIPAMENTO AMIU E OUTROS ITENS

ANTECEDENTES

Atualmente, em muitos países em desenvolvimento, itens descartáveis geralmente, não são usados porque são caros, difíceis de eliminar e raramente disponíveis em quantidades suficientes. Assim, é ampla a reutilização de itens como luvas cirúrgicas, seringas plásticas e cânulas para AMIU.

A utilização de itens descartáveis com o propósito da prevenção de infecções freqüentemente é desnecessária. Por exemplo, é altamente improvável que uma infecção seja transmitida de um prato usado por uma paciente com infecção gastro-intestinal ou respiratória. Ainda, a maioria dos itens descartáveis criam um problema de poluição ambiental.[1] Conseqüentemente, em muitos contextos clínicos itens reutilizáveis podem substituir os descartáveis com segurança (p. ex., Cubas rim de metal em vez de plástico).

Neste capítulo, é proporcionada informação detalhada sobre como processar equipamento para AMIU assim como outros itens (p. ex., instrumentos e luvas cirúrgicas).

PROCESSAMENTO DE EQUIPAMENTO AMIU

Os **quatro passos básicos** para o processamento de equipamento AMIU e outros instrumentos são os seguintes:

- Descontaminação
- Limpeza
- Esterilização ou desinfecção de alto nível
- Armazenagem e remontagem

DESCONTAMINAÇÃO

Todos os itens, incluindo luvas cirúrgicas, devem ser descontaminados imediatamente após o uso para que sejam mais seguros para serem manuseados e limpos pelo pessoal de limpeza. O pessoal de limpeza deve usar luvas enquanto descontamina e limpa instrumentos usados. Luvas baratas de borracha ou de viníl (utilitárias) ou domésticas funcionam bem para isso.

Coloque de molho todos os instrumentos, incluindo as cânulas, a seringa para AMIU e dilatadores cervicais plásticos ou de metal (se usados) em solução clorada a 0,5%, por 10 minutos antes da limpeza. Este passo deve ser realizado imediatamente depois do procedimento AMIU, e a melhor maneira de fazê-lo é ter um recipiente com solução clorada ao lado da mesa de tratamento. Aspire a solução através da

cânula para dentro da seringa e então coloque a seringa e cânulas, outros instrumentos sujos e luvas na solução clorada (vide **Quadro 8-1** e **8-2**). Para agulhas hipodérmicas e seringas, encha a agulha e seringa montada com solução clorada a 0,5% antes de deixar de molho. Deixe os itens imersos por 10 minutos antes de removê-los para limpeza.

Quadro 8-1. Aspiração da Solução Descontaminadora para Dentro da Seringa

Fonte: Leonard e Yordy, 1994

Quadro 8-2. Descontaminação de Instrumentos

Fonte: Leonard e Yordy, 1994.

A solução clorada deve ser trocada todos os dias ou mais freqüentemente se estiver visivelmente contaminada, para manter a eficácia.

Depois da descontaminação, enxágüe os itens com água limpa e fresca para ajudar a prevenir a corrosão de instrumentos metálicos, ou leve os instrumentos imediatamente para limpeza. Enxágüe seringas hipodérmicas, passando água limpa (3 vêzes).

Superfícies como mesas de exame ou de procedimentos, que podem ter entrado em contato com fluídos corporais, devem ser descontaminadas. Passando um desinfetante apropriado, como 0,5% de

solução clorada, depois de cada paciente, quando visivelmente contaminadas, ou pelo menos uma vez por dia, é uma maneira fácil e barata de descontaminar grandes superfícies.

Como Preparar Soluções Cloradas Diluídas

As instruções para preparar soluções cloradas a 0,1% e 0,5% a partir de vários produtos de cloro disponíveis no mercado são demonstradas na **Tabela 8-1**. A fórmula para fazer uma solução diluída de uma preparação comercial de qualquer concentração é demonstrada no **Quadro 8-3**.

Tabela 8-1
Preparação de Soluções Cloradas Diluídas de Cloro Líquido (Hipoclorito de Sódio) para Descontaminação e DAN

Tipo de Marca de Cloro (País)	% Cloro Disponível	Proporção de Cloro para Água† 0,5%	0,1%††
JIK (Quênia), Robin Bleach (Nepal)	3,5%	1 : 6	1 : 34
Cloro caseiro (EUA, Indonésia), ACE (Turquia), Eau de Javel (França) (15°chlorum†††)	5%	1 : 9	1 : 49
Blanquedor, Cloro (México)	6%	1 : 11	1 : 59
Lavandina (Bolívia)	8%	1 : 15	1 : 79
Chloros (RU), Lejía (Peru)	10%	1 : 19	1 : 99
Chloros (RU), Extrait de Javel (França) (48°chlorum†††)	15%	1 : 29	1 : 149

† Para a proporção de cloro e água, leia como 1 parte de cloro concentrado a x partes de água (p. ex., JIK—1 parte de cloro a 6 partes de água, para um total de 7 partes).

†† Use água **fervida** na preparação de solução clorada para DAN porque água de torneira contém material orgânico microscópico que desativa o cloro.

††† Em alguns países a concentração de hipoclorito de sódio é expressada em graus clorométricos (°chlorum); 1°chlorum é aproximadamente equivalente a 0,3% de cloro disponível.

Fonte: Tietjen, Cronin e McIntosh, 1993.

Quadro 8-3. Fórmula para Fazer uma Solução Clorada Diluída de Solução Concentrada

$$\textit{Total Partes (TP) água} = \left[\frac{\%\ \textit{Concentrado}}{\%\ \textit{Diluído}}\right] - 1$$

Exemplo: Faça uma solução diluída (0,5%) de uma solução concentrada a 5%.

1. Calcule TP de água: $\left[\frac{5{,}0\%}{0{,}5\%}\right] - 1 = 10 - 1 = 9$

2. Adicione 1 parte de solução concentrada a 9 partes de água.

Fonte: Tietjen, Cronin e McIntosh, 1993.

A quantia aproximada (gramas) necessária para fazer uma solução que libera cloro a 0,5% desde vários componentes disponíveis comercialmente (pó seco) estão na **Tabela 8-2**. A fórmula para fazer solução diluída de pó a qualquer porcentagem de cloro disponível é demonstrada no **Quadro 8-4**.

Tabela 8-2
Preparação de Soluções Cloradas Diluídas desde Pó Seco

Cloro disponível necessário	**0,5%**	**0,1%†**
Hipoclorito de cálcio (70% de cloro disponível)	7,0	1,5
NaDCC (60% cloro disponível)	8,5	1,5
Cloramina (25 % cloro disponível	20	4
Tabletes baseados em NaDCC (1,5 g de cloro disponível por tablete)	4 tabletes/litro	1

† Use água **fervida** para a preparação de solução clorada a 0,1% para DAN porque água da torneira contém matéria orgânica microscópica, que desativa o cloro.

Adaptado de: OMS, 1988.[2]

Quadro 8-4. Fórmula para Fazer uma Solução Clorada Diluída de Pó Seco

$$\textit{Gramas/Litro} = \left[\frac{\%\ \textit{Diluído}}{\%\ \textit{Concentrado}}\right] \times 1000$$

Exemplo: Faça uma solução diluída que libera cloro (0,5%) de pó seco (35%).

1. Calcule gramas/litro: $\left[\frac{0{,}5\%}{35\%}\right] \times 1000 = 14{,}2\ g\ /\ L$

2. Adicione 14,2 gramas (≈14 g) a 1 litro de água.

Fonte: Tietjen, Cronin e McIntosh, 1993.

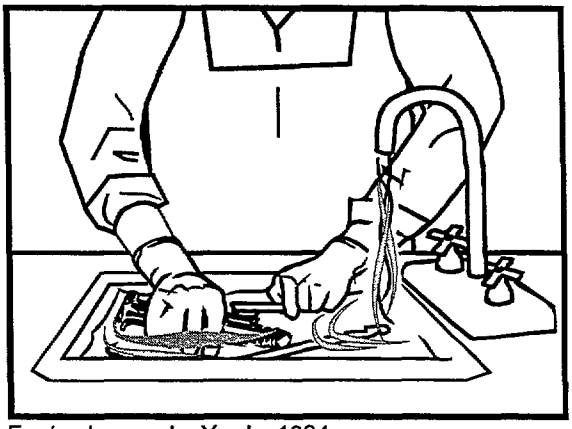
LIMPEZA Depois da descontaminação, lave todos os instrumentos, incluindo a seringa e cânulas rigorosamente, em água morna com detergente ou sabão líquido para remover todo o material orgânico. A limpeza rigorosa é a maneira mais eficaz para reduzir o número de micro-organismos em instrumentos sujos.

Água quente **não** deve ser usada para limpeza porque pode coagular a proteína, como sangue, tornando-o difícil de remover. A utilização de detergente ou sabão líquido é importante para a limpeza eficaz porque somente água não removerá proteína ou óleos. (Sabão para as mãos não é recomendado porque deixa resíduos que são difíceis de remover.) Detergente líquido (sabão) é preferível porque se mistura mais facilmente com água fria do que os detergentes em pó.

Use luvas utilitárias para a limpeza de instrumentos. Não use luvas rasgadas ou danificadas. No fim do dia, limpe as luvas e deixe-as secar para o uso no dia seguinte.

É sugerida proteção dos olhos para proteger contra respingos acidentais. Como precaução adicional, lave os instrumentos em baixo da superfície da água, para prevenir que material se libere no ar por meio de respingos (vide **Quadro 8-5**).

Quadro 8-5. Lavagem de Instrumentos



Fonte: Leonard e Yordy, 1994.

As vezes é difícil remover tecido e sangue da ponta das **cânulas.** Para liberá-los, aspire esvazie água com sabão dentro da cânula com a seringa várias vezes. Se ainda tiver material, movimente a cânula vigorosamente pela água, tomando cuidado para não respingar a si mesmo ou outros. **Não** use escovas ou outros objetos pequenos para remover matéria poque podem riscar o interior da cânula, criando rachaduras que podem segurar os microorganismos.

Desmonte todos os instrumentos, incluindo as seringas AMIU e hipodérmicas. Desmonte a **seringa AMIU** removendo a cinta de bloqueio e cuidadosamente puxando o êmbolo para fora do tubo. Remova o anel preto do êmbolo. Remova o dispositivo da válvula e abra a válvula. (Para a seringa de válvula dupla, remova o anel de dentro da válvula.) Lave todas as partes da seringa em água morna com sabão, tomando cuidado para remover todos os traços de sangue ou tecido. Esfregue a seringa com uma escova macia ou um pano.

Limpe os **instrumentos** de metal com uma escova macia (escovas de dente velhas funcionam bem) ou com um pano em **água com sabão** até que estejam visivelmente limpas. Preste atenção especial aos dentes, juntas ou parafusos, que podem abrigar material orgânico. Depois de limpar, enxágüe os instrumentos, seringas AMIU e hipodérmicas e cânulas rigorosamente com água limpa para remover qualquer resíduos de detergente, que podem interferir com a desinfecção química (**Quadro 8-6**). Seque ao ar ou com toalha limpa. (Itens molhados **não** devem ser colocados em desinfetantes químicos porque a água pode diluir os químicos.) A secagem não é necessária; no entanto, para instrumentos, incluindo dilatadores plásticos (Denniston) e cânulas, que devem ser fervidos.

Figura 8-6. O Enxágüe de Instrumentos

Fonte: Leonard e Yordy, 1994.

Seringas AMIU

Considerando que as seringas servem **somente** como fonte de vácuo e recipientes para sangue e tecido e não entram em contato com a paciente, a descontaminação e limpeza são suficientes (aceitáveis) para o processamento. Se for necessária a esterilização ou DAN de seringas pelo protocolo da instituição, use agentes químicos. **Não processe a seringa pela autoclave, esterilização a calor seco ou desinfecção de alto nível pela fervura porque a montagem da seringa rachará.**

ESTERILIZAÇÃO OU DESINFECÇÃO DE ALTO NÍVEL

A esterilização é o método mais seguro e eficaz para processar instrumentos que podem entrar em contato com a via sanguínea, tecido subcutâneo, ou tecidos que normalmente são estéreis. Quando a esterilização não está disponível ou conforme, **DAN** é a única alternativa aceitável. Para ambos os métodos, os passos preparatórios e o procedimento após o manejo precisam ser executados apropriadamente para alcançar o resultado desejado.

O processo de esterilização elimina todos os microorganismos, incluindo endosporos bacterianos, como as bactérias que causam tétano e gangrena gasosa (clostridium). O processo de DAN destrói todos os microorganismos incluindo HBV e HIV, mas **não** elimina endosporos bacterianos de maneira confiável.

Depois da limpeza, todos os instrumentos devem ser esterilizados ou desinfetados a alto nível. O método exato escolhido dependerá da capacidade de infraestrutura do estabelecimento para a esterilização ou DAN e o tipo de instrumentos envolvidos. O vapor (processamento pela autoclave) ou esterilização por calor seco **não** devem ser usados com

cânulas ou seringas AMIU: as cânulas derreterão e a montagem da válvula da seringa rachará. Pelo contrário, os dilatadores plásticos Denniston podem ser **processados pela autoclave (esterilizados a vapor)** repetidamente, mas não podem ser submetidos à esterilização por calor seco.[2]

As condições operacionais recomendadas para a esterilização ou DAN de instrumentos e outros itens são listadas a seguir.

Esterilização

Para **esterilizar a vapor** (processar pela autoclave) somente instrumentos de metal, de vidro e luvas:

Temperatura: 121°C (250°F)
Pressão: 106 kPa (15 lb/pol^2)
Tempo: 20 minutos (30 minutos para instrumentos embalados)

Para **esterilização por calor seco** (estufa de calor seco) somente instrumentos de metal e vidro:

Temperatura: 160°C (320°F)
Tempo: 2 horas

ou

Temperatura: 170°C (340°F)
Tempo: 1 hora

Para ser efizaz, a esterilização precisa ser realizada por um determinado tempo.

Lembre-se: não esterilize as cânulas ou seringa AMIU por calor seco.

Esterilizantes químicos devem ser utilizados para esterilizar as cânulas (**Quadro 8-7**) e podem também ser usados para instrumentos. Para instruções sobre como usar esterilizantes químicos, vide **Tabela 8-3**.

Quadro 8-7. Esterilização de Cânulas

Fonte: Leonard e Yordy, 1994.

Tabela 8-3
Químicos para a Esterilização de Instrumentos AMIU

Agente Esterilizante	Vantagens	Desvantagens	Solução	Tempo Mínimo Necessário p/Esterilização	Passos	Precauções
Glutaraldeído 2-4% (Cidex)	não é facilmente desativado por material orgânico	esterilização mais lenta abaixo de 25°C (77°F); irrita a pele, olhos e via respiratória	a toda potência—nunca dilua; siga intruções do fabricante para mistura	10 horas	Submerja instrumentos completamente assegure-se de que a solução encha o interior das cânulas; deixe de molho; remova com pinças estéreis; enxágüe com água estéril; seque ao ar	Use somente em áreas bem ventiladas; despeje de acordo com instruções do fabricante ou antes se a solução estiver turva
Formaldeído (8%)	não é facilmente desativado por material orgânico	vapores tóxicos; irrita a pele, olhos e via respiratória	dilua 1 parte de formaldeído comercial (35-40%) com 4 partes de água engarrafada para fazer uma solução de 8%	24 horas	Submerja instrumentos completamente assegure-se que a solução encha o interior das cânulas; deixe de molho; remova com pinças estéreis; enxágüe com água estéril; seque ao ar	Use somente em áreas bem ventiladas; não dilua com água clorada—isto produz gás tóxico; despeje 14 dias depois da mistura ou antes se a solução estiver turva

Fonte: Leonard e Yordy, 1994.

94

Manejo de Itens Estéreis

Maneje itens estéreis somente com pinças ou levantador estéreis ou enquanto estiver com luvas estéreis.

Itens não embalados que foram processados por vapor (autoclave) ou esterilizados com calor seco devem ser usados imediatamente depois de esfriar ou colocados em um recipiente estéril, coberto.

Instrumentos esterilizados em soluções químicas devem ser enxaguados muito bem com água **estéril**, secos com uma toalha estéril e armazenados em um recipiente estéril, coberto.

Desinfecção de Alto Nível

Quando o equipamento de esterilização não estiver disponível ou apropriado, DAN é a **única** alternativa aceitável. A DAN elimina **todos** os microorganismos, incluindo os vírus que causam a hepatite B e AIDS, mas **não elimina confiavelmente** todos os endosporos bacterianos.† A desinfecção de alto nível de instrumentos e outros itens pode ser alcançada pela vaporização, fervura (**com exceção de seringas AMIU**) ou pela imersão em desinfetantes químicos.

Lembre-se: Calor úmido a 80°C elimina essencialmente todas as bactérias, vírus, parasitas e fungos em 20 minutos. Assim, a não ser que a altitude do estabelecimento esteja acima de 5.500 metros (18.000 pés) **não** é necessário aumentar o tempo de vaporização ou fervura.[3]

Fervura

As condições de processamento recomendadas para DAN pela fervura e instruções para a utilização de desinfetantes de alto nível estão descritas na **Tabela 8-4**.

Instrumentos desinfetados a alto nível devem ser manuseados com instrumentos desinfetados a alto nível (p. ex., pinça ou luvas desinfetadas de alto nível ou esterilizadas).

Depois da fervura, deixe os itens secarem (pelo ar) colocando-os em uma bandeja seca, estéril ou desinfetada a alto nível ou em um recipiente desinfetado a alto nível. Use os itens imediatamente ou guarde-os em um recipiente estéril ou desinfetado a alto nível, **coberto**.

---

† Quando a esterilização não for possível, a limpeza rigorosa é a única maneira de reduzir o número de endosporos que causam tétano e gangrena.

Sugestões para a Fervura

- Sempre ferva por 20 minutos usando uma panela com tampa.
- Comece a cronometrar quando a água começar a ferver.
- Os itens devem estar cobertos de água durante a fervura.††
- Não adicione mais nada à panela depois de que a água comece a ferver.

Fonte: Tietjen, Cronin e McIntosh, 1993.

†† Um relatório recente documenta que a temperatura interior de uma cânula de plástico, que flutua na superfície de água fervendo chega a uma temperatura de 96-98°C em menos de 1 minuto.[4] Assim, para itens que flutuam (p. ex., seringas, cânulas plásticas AMIU ou itens de borracha) não é absolutamente necessário que sejam completamente cobertos de água para alcançar DAN.

96

Tabela 8-4
Desinfecção de Alto Nível de Instrumentos

Equipamento	Agente Desinfetante	Vantagens	Desvantagens	Teor da Solução	Tempo Mínimo Necessário para Desinfecção	Passos	Precauções
Instrumentos de Metal e Cânulas	Água Fervendo	Facilmente disponível: fornecerá DAN até 5.500 metros (18.000 pés)		N/A	20 minutos em ebulição	Encha uma panela grande (de pelo menos 25 cm/10 pl. de diâmetro) a 3/4 com água limpa; coloque os instrumentos; cubra a panela; torne a fervura; ferva por 20 minutos; remova os itens gentilmente com pinça DAN; seque ao ar em uma bandeja DAN ou em um recipiente DAN	Segure as cânulas gentilmente quando remover da água. Segurar as cânulas quentes com uma pinça pode achatar as cânulas. Não deixe as cânulas em água previamente fervida.
Instrumentos Cânulas	Glutaraldeído (2-4%)	Não é facilmente desativado por material orgânico	Irrita a pele, olhos e via respiratória	Use a toda potência — nunca dilua; siga as instruções do fabricante para mistura	20 minutos[1]	Submerja os itens completamente, assegurando que a solução encha o interior da cânula; deixe de molho; remova com pinça DAN; enxágüe com água fervida; seque ao ar em uma bandeja ou recipiente DAN.	Despeje a solução (em 7 a 28 dias) depois da mistura ou antes de estiver turva (siga as instruções do fabricante).
	Cloro (0,1%)	De rápida ação, muito eficaz contra HBV e HIV	Corrosivo a metal	Dilua a 0,1% para equipamento limpo usando água fervida; 0,5% se usar água da torneira	20 minutos[1]	Submerja os itens completamente em um recipiente não metálico, assegurando que a solução encha o interior da cânula; deixe de molho; remova com pinça DAN; enxágüe com água fervida; seque ao ar em uma bandeja ou recipiente DAN.	Troque a solução diariamente ou antes se estiver turva.
	Água Oxigenada (6%)	Não é facilmente desativada por material orgânico	Corrosiva a cobre, alumínio, zinco e latão; desativada pela exposição prolongada a calor (acima de 30°C) ou luz	Misture uma parte de 30% de água oxigenada com 4 partes de água fervida para fazer uma solução de 6%	30 minutos[1]	Submerja os itens completamente em um recipiente não metálico, assegurando que a solução encha o interior da cânula; deixe de molho; remova com pinça DAN; enxágüe com água fervida; seque ao ar em uma bandeja ou recipiente DAN.	Armazene a água oxigenada em um recipiente opaco, fora da luz e do calor. Troque a solução diariamente ou antes se estiver turva.
	Formaldeído (8%)	Não é facilmente desativado por material orgânico	Vapores tóxicos; irrita a pele, olhos, via respiratória	Dilua 1 parte de formaldeído comercial (35-40%) com 4 partes de água fervida para fazer uma solução de 8%.	30 minutos[1]	Submerja os itens completamente, assegurando que a solução encha o interior da cânula; deixe de molho; remova com pinça DAN; enxágüe com água fervida; seque ao ar em uma bandeja ou recipiente DAN.	Utilize somente em áreas bem ventiladas. **Não** dilua com água clorada—isto produz gás tóxico. Despeje a solução depois de 14 dias ou antes se estiver turva.

Fonte: Tietjen, Cronin e McIntosh, 1993.

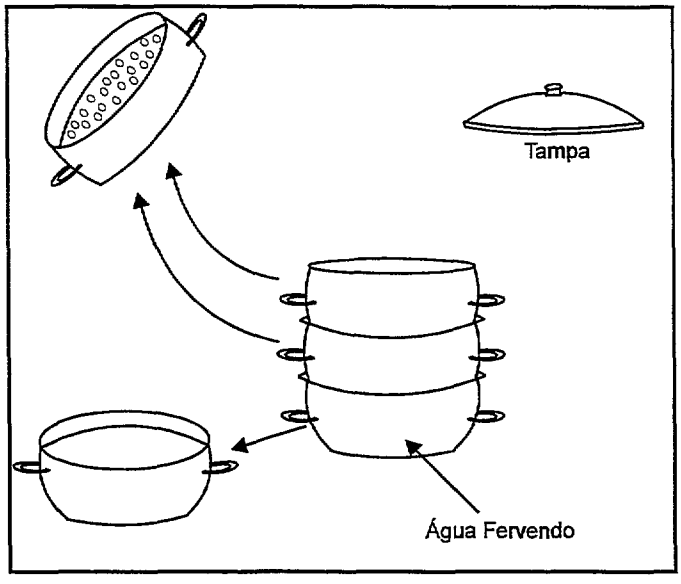
Vaporização

Recentemente foi relatado um novo processo para desinfecção de luvas cirúrgicas pela fervura (calor úmido de baixa pressão).[5] A vaporização de luvas cirúrgicas, que foram lavadas e enxaguadas rigorosamente, em um vaporizador de um a três níveis, tem sido usada na Indonésia e outras partes do Sudeste Asiático. Até agora, no entanto, a eficácia deste processo para DAN nunca foi testado.

No estudo relatado, o vaporizador usado (**Quadro 8-8**) consistia do seguinte:

- uma panela (cerca de 31 cm de diâmetro) para ferver água;
- uma a três panelas circulares com furos múltiplos de 0,5 cm (diâmetro) nos fundos, para permitir a passagem de vapor para cima e água para baixo, para a panela do fundo; e
- uma tampa que caiba na panela superior.

Quadro 8-8. Vaporizador



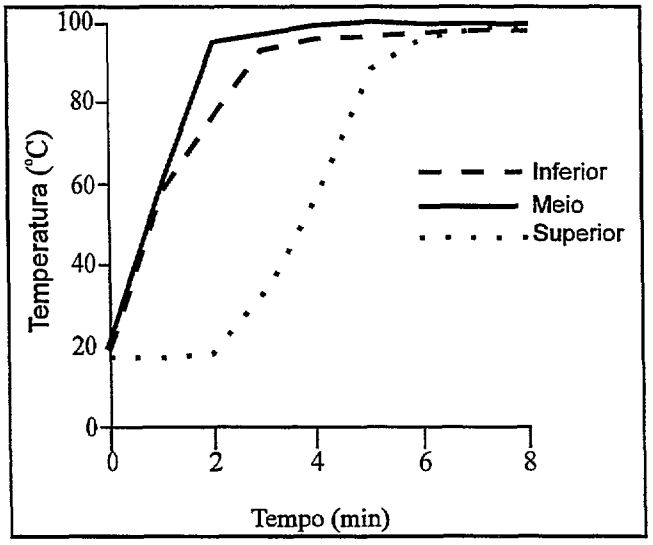
Fonte: Tietjen, Cronin e McIntosh, 1993.

Dois tipos de testes foram conduzidos para determinar se luvas cirúrgicas seriam desinfetadas a alto nível por este processo.

No primeiro grupo de testes uma acoplagem térmica foi colocada dentro de uma luva em cada das três panelas, respetivamente, a taxa e extensão da mudança de temperatura foram registrados. Conforme demonstrado no **Quadro 8-9**, quando foram colocadas de 5 a 15 pares de luvas cirúrgicas em cada uma das três panelas, a temperatura chegou a 96-98°C, em menos de 4 minutos na panela inferior e na do meio e dentro de 6 minutos na panela superior. Depois disto, a

temperatura permaneceu constante através dos 20 minutos que sobraram.

Quadro 8-9. Aumento da Temperatura nas Luvas Cirúrgicas como Função da Posição da Bandeja



Fonte: McIntosh et al, 1994.[6]

No segundo grupo de testes, foram contaminados luvas cirúrgicas novas com *Stafilococo epidermis, Stafilococo Aureus, Pseudonoma aeruginosa* e *Cândida albicans*, assim como oa endosporos *Bacilo Subtilis* (sensível ao calor) e *Bacilo stearotermófilo* (resistente ao calor). A seguir as luvas foram colocadas em uma das três panelas e vaporizadas por 20 minutos. Depois, foram removidas das panelas e incubadas por 24 horas em meio estéril e depois laminadas em agar de sangue. Em todos os casos, não houve crescimento de quaisquer microorganismos ou endosporos *B. subtilis* (6, 15 e 30 luvas por panela) às 24 horas e, conforme esperado, somente uma redução no número de endosporos *B. stearotermófilos.*

Baseado no resultado destes ensaios, parece que a vaporização é eficaz para desinfetar luvas cirúrgicas a alto nível.

Atualmente, a **vaporização tem várias vantagens distintas sobre a fervura** para o processamento final de luvas cirúrgicas. Mesmo considerando que a fervura e vaporização de luvas são processos igualmente fáceis, até hoje não foi encontrada nenhuma solução prática para a secagem de luvas fervidas (p. ex., isto é, é difícil evitar a contaminação enquanto estão secando ao ar, o que leva muito tempo—até 24 horas). Como resultados, estabelecimentos de saúde que não estão equipados com autoclave precisavam usar luvas novas, estéreis descartáveis para cada procedimento cirúrgico ou usar luvas fervidas (desinfetadas a alto nível) "molhadas". Com a vaporização, as luvas secam em menos tempo (cerca de 4 horas) e a prevenção da

contaminação enquanto estão secando não é um problema. Vantagens adicionais são que a vaporização é menos prejudicial e mais eficaz (consome menos combustível) do que a fervura.

A principal **desvantagem da vaporização** é que se os vaporizadores disponíveis a nível local são pequenos, o que torna somente prático de usá-los para itens pequenos (p. ex., luvas cirúrgicas, cânulas AMIU e seringas.). As panelas grandes para fervura são mais fáceis de utilizar com instrumentos de metal e requerem menos atenção para assegurar que o processo está ocorrendo corretamente.[6,7]

Para instruções passo-a-passo sobre como vaporizar luvas, vide **Anexo D**.

Produtos que Não Devem Ser Usados Como Desinfetantes

Muitas soluções antissépticas são utilizadas incorretamente como desinfetantes. Embora antissépticos (algumas vezes chamados de "desinfetantes da pele") são adequados para limpar a pele antes de uma injeção ou procedimento cirúrgico, não são apropriados para desinfetar instrumentos e luvas cirúrgicas. **Não eliminam bactérias e vírus confiavelmente e não eliminam endosporos bacterianos**. O Savlon (gluconato de clorexidina, com ou sem cetrimida) por exemplo, que é facilmente disponível a nível mundial, é um bom antisséptico mas é freqüentemente erroneamente utilizado como desinfetante.

Antissépticos que **não** devem ser utilizados como desinfetantes são os seguintes:

- derivatos de Acridina (p. ex., violeta de genciana ou cristal)
- Cetrimida (p. ex., Cetavlon®)
- Fruto da limeira clorado e ácido boricado (p. ex., Eusol®)
- Gluconato de clorexidina (p. ex., Hibiscrub, Hibitane)
- Gluconato de clorexidina e cetrimida, várias concentrações (p. ex., Savlon)
- Cloroxilenol (p. ex., Dettol)
- Hexaclorofeno (p. ex., pHisoHex)
- Componentes de mercúrio (**tóxicos e não recomendados como antissépticos ou desinfetantes**)

As soluções de mercúrio (tais como laurel de mercúrio), embora sejam desinfetantes de baixo nível, **causam deficiências congênitas** e são tóxicas demais para serem usadas **tanto como desinfetantes quanto antissépticos**.[7]

Outros produtos freqüentemente usados para desinfetar equipamento são Fenol a 1-2% (p. ex., Phenol®), ácido carbólico a 5% (p. ex., Lysol®) e cloreto de benzalcônio, um amoníaco quaternário (p. ex., Zephiran®). Estes são desinfetantes de baixo nível e devem ser utilizados somente

para descontaminar superfícies ambientais, quando compostos clorados não estão disponíveis.

Itens que são desinfetados a alto nível em solução química devem ser rigorosamente enxaguados com água estéril, secados com toalha estéril e armazenados em um recipiente coberto, estéril ou desinfetado a alto nível.

ARMAZENAGEM E REMONTAGEM

Instrumentos Estéreis

Pacotes ou recipientes estéreis devem ser rotulados com data de vencimento e usados dentro de 1 semana. Se não podem ser usados dentro de uma semana, o item deve ser lavado e esterilizado novamente. Armazene pacotes ou recipientes estéreis em áreas com prateleiras fechadas, acima do chão, para protegê-los de pó e resíduos. Não use caixas de papelão para depósito; estas liberam pó e podem abrigar insetos. Se os pacotes ou recipientes ficarem molhados, os itens perdem a esterilidade e precisam ser reprocessados.

Instrumentos, incluindo cânulas, armazenadas em recipientes estéreis e cobertos, permanecem estéreis contanto que uma técnica estéril seja utilizada para sua remoção ou substituição. Os recipientes devem ser marcados com datas e itens e se não usados devem ser reprocessados semanalmente.

Instrumentos Desinfetados a Alto Nível

Armazene instrumentos que foram desinfetados a alto nível em recipientes secos, cobertos, desinfetados a alto nível ou esterilizados, com tampas justas. **Não** deposite as cânulas ou instrumentos em soluções químicas (p. ex., glutaraldeído ou antissépticos como Savlon) porque podem contaminar-se.

Quando for remover uma cânula ou instrumento de um recipiente de armazenagem, use somente pinças desinfetadas a alto nível ou esterilizadas, para evitar a contaminação dos outros itens. Segure somente a extremidade da cânula que não tem uma abertura (**Quadro 8-10**). A melhor maneira é de armazenar um pequeno número de cânulas em cada recipiente para minimizar o risco de contaminação,

Quadro 8-10. Remoção de Cânulas

Fonte: Leonard e Yordy, 1994.

Seringas AMIU

Remontagem das seringas AMIU. Substitua o anel do êmbolo. Lubrifique o anel, colocando uma gota de silicone (ou glicerina ou sabão líquido) no anel, e então passe o silicone por volta do anel com a ponta do dedo. Não devem ser utilizados produtos com base de petróleo.

Remonte a seringa, segurando os braços do êmbolo juntos e inserindo o êmbolo no tubo. Coloque novamente a cinta de bloqueio. Empurre e puxe o êmbolo várias vezes, para distribuir o lubrificante no tubo.

Verifique se a seringa mantém o vácuo. Isto deve ser realizado depois da limpeza e novamente antes do uso. Faça isto fechando a válvula de apertar e puxando o êmbolo para fora até que os braços que trancam engatam. Deixe a seringa nesta posição por 2 a 3 minutos e então abra a válvula de apertar. Deve ouvir um fluxo de ar entrando na seringa, o que indica que a seringa mantém o vácuo.

Se não ouvir este jato de ar, remova o êmbolo. Verifique se o anel tem rachaduras ou está gasto e verifique o tubo da seringa para rachaduras. Se as partes da seringa parecem intactas, remonte a seringa. Repita o teste. Se a seringa ainda perder o vácuo, deve ser desprezada.

Armazenagem das Seringas AMIU. Armazene as seringas em recipientes cobertos ou sacolas plásticas que as protegerão de pó ou outros contaminadores. Se não são usadas dentro de 1 semana, precisam ser reprocessadas pela limpeza de secagem.

REFERÊNCIAS

1. Dascher R: The Hospital and Pollution: Role of the Hospital Epidemiologist in Protecting the Environment in *Prevention and Control of Nosocomial Infections,* Wenzel RP (ed). Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 1993.

2. Organização Mundial da Saúde: AIDS Series 2: *Guidelines on Sterilization and High-Level Disinfection Methods Effective Against Human Immunodeficiency Virus (HIV).* Genebra, OMS, 1988.

3. Stubblefield PG: *Disinfection, Sterilization and Preservation,* 4th ed. Philadelphia, Lea & Feibiger, 1991.

4. IPAS Scientific Report Summary. *Boiling IPAS Cannulae to Achieve High-Level Disinfection.* Carborro, North Carolina, IPAS, 1993.

5. Favero M: Sterilization, Disinfection and Antisepsis in the Hospital in *Manual of Clinical Microbiology,* Lennette EH et al (eds), 4th ed. Washington, DC, American Society for Clinical Microbiology, 1985.

6. McIntosh N et al: Practical Methods for High-Level Disinfection of Surgical Gloves. *American Public Health Association Annual Meeting.* Abstract no. 2285; Washington, D.C., October 31-November 4, 1994.

7. Spaulding EH: Studies on Chemical Sterilization of Surgical Instruments. *Surg Gyne Obstet* 69: 738-744, 1939.

8. Salle AJ (ed): *Fundamental Principles of Bacteriology,* 7th ed. New York, McGraw-Hill Book Company, 1973.

9. Block SS: *Disinfection, Sterilization and Preservation,* 4th ed. Philadelphia, Lea & Feibiger, 1991.

REFERÊNCIAS GERAIS

Tietjen L, Cronin W e McIntosh N: *Prevenção de Infecções para Serviços de Planejamento Familiar.* Baltimore, Maryland, JHPIEGO, 1993.

Leonard AH e Yordy L: Protocol for Reusing IPAS Manual Vacuum Aspiration Instruments. *Advances in Abortion Care* 2(1), 1994.

NOVE

PLANEJAMENTO FAMILIAR PÓS-ABORTO†

ANTECEDENTES

Com muita freqüência, a emergência da atenção pós-aborto pode ser um dos poucos contatos que a mulher tem com o sistema de atenção à saúde. Assim, na ocasião quando ela recebe atenção pós-aborto é, potencialmente, uma oportunidade importante para fornecer-lhe informação e serviços anticoncepcionais.[2,3]

Algumas mulheres podem querer engravidar logo depois de um aborto incompleto, e não existe razão para não incentivá-la, na ausência de problemas clínicos. A maioria das mulheres que recebem atenção pós-aborto, porém, **não** querem engravidar. Além disso, uma mulher que se sujeitou aos perigos de um aborto em condições de risco claramente expressou um desejo de controlar sua fertilidade e a necessidade de assistência para evitar gravidez não desejada.

No mínimo, todas as mulheres que recebem atenção pós-aborto precisam de **orientação** e **informação** para assegurar que compreendem o seguinte:

- que podem engravidar novamente antes da próxima menstruação,
- que existem métodos seguros para evitar ou postergar a gravidez, e
- aonde e como podem obter serviços e métodos de planejamento familiar.

Fatores que Limitam o Acesso a Planejamento Familiar Pós-Aborto

Em todo o mundo em desenvolvimento, muitas mulheres estão relegadas a um círculo vicioso de gravidez não desejada repetida e em condições de risco, e freqüentemente abortos ilegais. Embora a importância de vincular atenção pós-aborto com serviços de planejamento familiar seja óbvia, estes dois tipos de serviços raramente são oferecidos em conjunto. Geralmente, os serviços de tratamento de emergência para complicações de pós-aborto não incluem a provisão de, ou encaminhamento a orientação em planejamento familiar ou provisão de métodos.

---

† *Adaptado de*: Leonard AH e Ladipo OA: Post-Abortion Family Planning: Factors in Individual Choice of Contraceptive Methods. *Advances in Abortion Care*. 4(2), 1994.[1]

Fatores que limitam a provisão de serviços de planejamento familiar após a atenção de emergência pós-aborto incluem os seguintes:

- O pessoal de saúde pode ter interpretações errôneas sobre quais métodos anticoncepcionais são apropriados.
- Os/as provedores/as de atenção de emergência pós-aborto podem não considerar que a provisão de serviços anticoncepcionais seja de sua responsabilidade.
- Nos hospitais, podem existir divisões administrativas entre os serviços de emergência pós-aborto (Departamento obstétrico/ginecologia) e os serviços de planejamento familiar (Departamento de Medicina Comunitária).
- Freqüentemente os serviços de emergência pós-aborto e de planejamento familiar não estão coordenados e podem não estar disponíveis nos mesmos dias e na mesma localidade dentro das instituições.
- Mulheres que foram tratadas para aborto incompleto podem não estar conscientes de que sua fertilidade voltará em breve e por isto podem não procurar proteção anticoncepcional.
- Mulheres podem não saber aonde existe a disponibilidade de serviços de planejamento familiar e de outros serviços reprodutivos.

Como resultado, às mulheres é negado o acesso às formas de evitar gravidez não desejada no futuro, assim como são expostas ao risco adicional de abortos em condições de risco, ambos casos que contribuem ao estado geral precário de saúde da mulher em muitos países. Ainda, a falta de serviços de saúde reprodutiva integrados, incluindo o vínculo de atenção pós-aborto com planejamento familiar e tratamento de infertilidade de DST, não permite às mulheres a obtenção da completa gama de atenção que elas necessitam.

PLANEJAMENTO FAMILIAR PÓS-ABORTO

O planejamento familiar pós-aborto deve incluir todos os componentes básicos de uma assistência em planejamento familiar correta:

- Informação e orientação sobre métodos, suas características, eficácia e efeitos colaterais
- Livre escolha entre métodos (p. ex., de curto ou longo prazo, hormonais ou não)

- Garantia de suprimento de anticonceptivos
- Acesso a atenção de seguimento
- Orientação sobre necessidades anticonceptivas no contexto das metas reprodutivas da cliente e necessidade de proteção contra doenças sexualmente transmissíveis

A orientação em planejamento familiar pós-aborto deve também ser baseada em uma avaliação individual da situação de cada mulher:

- suas características pessoais, necessidades e metas reprodutivas
- condição clínica; e
- a capacidade da provisão de serviços onde ela recebe tratamento e na comunidade onde ela mora.

Uma discussão detalhada destes pontos se torna importante porque as circunstâncias subjacentes para chegar ao aborto incompleto variam. O aborto incompleto pode refletir que a mulher não tem tido êxito na prevenção de gravidez não desejada. Poderá não querer usar ou não saber usar anticoncepção, mas saber onde obtê-la, ou pode ter parado de usar um método. Os/as provedores/as podem ajudarr a mulher a sele-cionar um método de planejamento familiar que seja apropriado para ela, se compreendem os fatores subjacentes que levaram à gravidez não desejada. Como qualquer serviço clínico, os serviços de planejamento familiar pós-aborto que consideram as necessidades individuais da cliente têm maior probabilidade de fornecer atenção aceitável e eficaz do que aqueles baseados somente em protocolos padrão.

Lembre-se: As preferências pessoais da mulher, constrangimentos e situação social podem ser tão importantes no planejamento familiar pós-aborto quanto sua condição clínica.

ORIENTAÇÃO

Os objetivos da orientação em planejamento familiar pós-aborto são:

- ajudar a mulher a compreender os fatores subjacentes que levaram à gravidez não desejada (se apropriado), para evitar que a situação se repita;
- ajudá-la e seu parceiro (quando apropriado) a decidir se ela quer usar um método anticoncepcional;

- se positivo, de ajudá-la (e seu parceiro) a escolher um método apropriado; e
- de prepará-la (e seu parceiro) a usar o método com eficácia.

Lembre-se: A aceitação da anticoncepção ou de um método anticoncepcional específico nunca deve ser um pré-requisito para obter atenção de emergência pós-aborto.

Uma escolha informada (consciente) é a chave para que a mulher seja capaz de escolher livremente um método que pode usar com eficácia. Uma escolha **livre** e **informada** significa que a cliente escolhe o método voluntariamente, sem coerção ou pressão. É baseada em uma compreensão clara dos benefícios e limitações dos métodos disponíveis. A cliente deve compreender que quase todos os métodos podem ser usados com segurança e eficácia imediatamente depois do tratamento para aborto incompleto e que pode escolher outro método mais tarde, se quiser mudar.

Lembre-se: Clientes que fizeram uma escolha livre e informada de um método têm maior probabilidade de estarem satisfeitas com o método e de continuar a usá-lo com eficácia.

Embora muitas mulheres **não** querem engravidar imediatamente depois de um aborto incompleto ou em condições de risco, algumas podem não querer tomar uma decisão sobre anticoncepção na ocasião da atenção pós-aborto. Um mecanismo deve ser instituído para assegurar que estas mulheres podem retornar para serviços anticoncepcionais ou que sejam encaminhadas para um estabelecimento na sua comunidade. Às mulheres que não escolhem um método anticoncepcional imediatamente devem ser oferecidas camisinhas para levar para sua casa, e devem ser estimuladas a voltar, com seu parceiro se desejarem, para maior orientação.

Informação de Planejamento Familiar

O mínimo de informação sobre planejamento familiar que uma mulher, tratada para aborto incompleto, precisa ter antes de receber alta é:

- Que estará a risco de gravidez repetida já a 2 semanas depois do tratamento
- Que existe uma variedade de métodos anticonceptivos seguros que podem ser usados imediatamente para evitar a gravidez
- **Onde** e **como** conseguir serviços de planejamento familiar (na hora do tratamento e também depois da alta)

Ela também necessita a seguinte informação, nesta ocasião ou mais tarde:

- Características de todos os métodos (p. ex., se são reversíveis, se protegem contra ITG e outras DST, efeitos colaterais)
- Como usar o método selecionado corretamente, incluindo aonde e como conseguir suprimento adicional (p. ex., pílulas, camisinhas, injetáveis, ou tabletes ou espuma espermicida)
- Como parar de usar o método e mudar para outro

Falta de compreensão (possivelmente devido a instruções confusas) pode ter levado ao uso inadequado de um método anticonceptivo e à gravidez prévia não desejada. "Informação técnica em excesso, no entanto, pode ser tão prejudicial quanto a falta desta, porque pode exasperar a mulher e tornar a tomada de decisões mais difícil."[3] A informação que a mulher recebe deve ser sob medida às suas necessidades. Por exemplo, uma mulher que procurou aborto em condições de risco repetidamente porque pensa que anticoncepcionais orais causam câncer, têm uma necessidade de informação diferente da de uma mulher que usa a pílula incorretamente.

A **Tabela 9-1** apresenta algumas perguntas e respostas sugeridas para solução de problemas, em relação à orientação e escolha de método para mulheres tratadas para aborto incompleto. É projetada para orientar provedores/as para capacitar a mulher a tomar decisões sobre planejamento familiar.

Tabela 9-1
Fatores Individuais e Recomendações para Orientação e Racionalidade

Se a mulher...	Recomendações	Racionalidade
Não quer engravidar novamente em seguida	Considere todos os métodos temporários.	A procura de tratamento para aborto incompleto sugere que a mulher não quer estar grávida.
Está sofrendo de estresse ou dor	Considere todos os métodos temporários. Não estimule o uso de métodos permanentes nesta ocasião. Providencie encaminhamento para atenção anticoncepcional continuada.	O estresse e a dor interferem com a capacidade de fazer escolhas livres e informadas. A ocasião do tratamento para aborto incompleto não é uma boa hora para uma mulher fazer decisões permanentes.
Estava usando um método anticoncepcional quando engravidou	Avalie a razão da falha da anticoncepção e quais problemas a mulher pode ter tido para usar o método com eficácia. Ajude a mulher a escolher um método que ela poderá usar com eficácia. Tenha certeza de que ela compreende como usar o método, como conseguir atenção de seguimento e reabastecimento, como descontinuar o uso e mudar de métodos.	A falha do método, falta de aceitabilidade, uso ineficaz ou falta de acesso a suprimento podem ter levado à gravidez não desejada. Estes fatores podem ainda estar presentes e podem levar a outra gravidez não desejada.
Parou de usar um método	Avalie por quê a mulher parou de usar anticoncepção (p. ex., efeitos colaterais, falta de acesso a suprimento, etc.) Ajude a mulher a escolher um método que ela poderá usar com eficácia. Tenha certeza de que ela compreende como usar o método, como conseguir atenção de seguimento e suprimento, como descontinuar o uso e mudar de métodos.	A falta de aceitabilidade ou falta de acesso podem ter levados à gravidez não desejada. Estes fatores podem ainda estar presentes e podem levar a outra gravidez não desejada.
Tem um parceiro que não quer usar camisinhas ou é contra o uso de outro método	Se a mulher o desejar, inclua o parceiro na orientação. Proteja o sigilo da mulher (mesmo se não envolver o parceiro). Discuta os métodos que ela pode usar sem o conhecimento do parceiro (p. ex., injetáveis). Não recomende métodos que a mulher não poderá usar com eficácia.	Em alguns casos, o envolvimento do parceiro na orientação leva à utilização e apoio de anticoncepção; no entanto, se a mulher, por qualquer razão, não quiser envolver o parceiro, seus desejos devem ser respeitados.
Quer engravidar em seguida	Não tente persuadi-la a aceitar um método. Forneça informação ou encaminhamento se a mulher precisa de outros serviços de saúde reprodutiva.	Se a mulher tem abortos espontâneos repetidos, pode precisar ser encaminhada para tratamento de infertilidade.

Adaptado de: Leonard e Ladipo, 1994.[1]

PROCESSO DE ORIENTAÇÃO

A orientação adequada em planejamento familiar concentra nas necessidades e na situação individual da mulher e um/a bom/boa orientador/a presta atenção às perguntas e preocupações da mulher. A orientação precisa ser baseada na confiança e respeito entre a cliente e a/o orientador/a.

Lembre-se: Toda a informação da sessão de orientação deve ser tratada com sigilo.

A **orientação em planejamento familiar** deve ajudar a cliente a:

- considerar suas metas reprodutivas, incluindo a necessidade de proteção contra DST;
- fazer escolhas livres e informadas sobre planejamento familiar; e
- entender como usar seu método escolhido com eficácia ou como parar de usá-lo.

Pontos chaves para uma orientação correta

Um/a orientador efetivo/a:

- Compreende e respeita os direitos da cliente
- Consegue que a cliente tenha confiança nele/a
- Entende os benefícios e limitações de todos os métodos anticonceptivos
- Entende os fatores culturais e pessoais que afetam a decisão da mulher (ou do casal) para usar planejamento familiar e um método específico
- Estimula a cliente a fazer perguntas
- Usa uma abordagem de não julgamento, que mostra respeito e gentileza à cliente
- Apresenta informação de maneira não-discriminatória, sensível à cliente
- Escuta ativamente as preocupações da cliente
- Reconhece quando não pode ajudar a cliente suficientemente e a encaminha a alguém que pode
- Entende o efeito de comunicação não-verbal

Adaptado de: Organização Mundial da Saúde, 1990.[4]

110

A Sessão de Orientação

O **sistema ACCEDA** (em inglês "GATHER") é um método utilizado para organizar os elementos do processo de orientação. Este acrônimo é projetado para ajudar os/as orientadores/as a se lembrarem pontos importantes para a orientação eficaz.[5] O **ACCEDA** (**Tabela 9-2**) é uma abordagem para a orientação depois do tratamento para aborto incompleto. Na prática, a orientação deve ser sob-medida às circunstâncias individuais e pode seguir uma seqüência ou técnica diferente.

Tabela 9-2
A Técnica ACCEDA

Passos	Atividades
ATENDER	Apresente-se à cliente, dando seu nome e expressa um interesse pessoal na sua situação. Se a mulher estiver em uma área com muito movimento, tente procurar um canto com privacidade, calmo, onde podem conversar (p. ex., uma área com cortinas, área de tratamento que não está sendo usada, um corredor sossegado, jardim). Se a mulher estiver deitada em um leito, sente ao lado dela, se possível. Pergunte se ela se sente capaz de falar sobre planejamento familiar. Se este **não** for o caso, torne a vê-la mais tarde ou faça com que seja encaminhada. Explique que sua conversa é sigilosa. Reconforte a cliente de que não repetirá nada do que ela diz.
CONVERSAR	**Converse** com a mulher e pergunte como se sente e demonstre interêsse. Avalie se a orientação é apropriada nesta ocasião. (A mulher está física e emocionalmente preparada para discutir planejamento familiar?) Se este **não** for o caso, torne a vê-la mais tarde ou faça com que seja orientada em outro momento. Se ela estiver acompanhada do seu parceiro ou familiares, pergunte a ela se gostaria de conversar em privacidade ou se gostaria de envolver seu parceiro. Indage sobre suas metas reprodutivas, incluindo se quer engravidar logo em seguida. Pergunte se ela estava usando anticoncepção antes de engravidar. Se positivo, veja se: • usou o método corretamente, • parou de usá-lo, • teve problemas usando o método, ou • teve preocupações sobre o método. Pergunte sua idade, estado civil e quantas vezes esteve grávida. Pergunte o que ela ouviu sobre os vários métodos anticoncepcionais, e se tem preferência para um método específico.

Tabela 9-2
A Técnica ACCEDA (continuação)

Passos	Atividades
COMUNIQUE	**Comunique** à cliente sobre métodos de planejamento familiar sem perder de vista as suas preocupações e preferências. É muito importante que a cliente entenda: • Que ela pode engravidar novamente muito rapidamente (tão logo quanto 2 semanas depois de um aborto incompleto de primeiro trimestre). • Que métodos anticoncepcionais seguros estão disponíveis • Onde pode encontrar serviços de planejamento familiar perto de onde mora Descreva brevemente os métodos disponíveis, incluindo características e efeitos colaterais, que a ajudarão a chegar as suas metas reprodutivas. Se viável, use material de apoio, tal como panfletos, folhetos, cartazes, flipcharts, filmes ou vídeos para enfatizar certos pontos. Se a mulher desejar, deixe que manuseie amostras de diferentes métodos. Responda a quaisquer perguntas ou preocupações que ela tem sobre planejamento familiar.
ELEIÇÃO	Ajude a cliente a **eleger** um método considerando suas necessidades e quais métodos estão mais de acordo. Se ela expressou interêsse em um método específico, tente determinar junto com ela se este está de acordo com suas necessidades. Pergunte, por exemplo, "Você acha que pode lembrar de tomar a pílula todos os dias?" e "Pode dizer ao seu parceiro que você está usando planejamento familiar?" Tenha certeza de que não existem precauções clínicas para a utilização de um método específico durante o período imediatamente pós-aborto (p. ex., DIU, com sangramento profuso ou anemia). **Não** escolha o método para ela. Forneça o método conforme necessário
DESCREVA	**Descreva** como o método escolhido funciona e como deve ser usado. Explique os efeitos colaterais comuns, assim como qualquer sinal de perigo de complicações mais sérias, e o que fazer se ocorrerem. Pergunte à cliente que repita a informação e as instruções para ter certeza que ela os entendeu. Pergunte se a mulher tem perguntas e responda-as. Forneça informação sobre reabastecimento, visitas de retorno, etc.

Tabela 9-2
A Técnica ACCEDA (continuação)

Passos	Atividades
ATENDA NO SEGUIMENTO	**Encaminhe** a cliente para uma clínica apropriada para atenção de seguimento conforme necessário. Para a maioria das mulheres, uma clínica perto de casa é a melhor opção. Se um método anticoncepcional foi fornecido depois do tratamento para aborto incompleto, a visita de seguimento deve: • avaliar se a cliente está com boa saúde e satisfeita com o método que está utilizando, • abordar os efeitos colaterais que podem ter ocorridos, • fornecer apoio e estímulo para ajudar a cliente na utilização eficaz continuada de anticoncepção, e • ajudar a cliente a mudar ou parar de usar um método quando for apropriado. Se uma escolha livre, informada não foi possível na ocasião do tratamento, a visita de seguimento deve incluir uma orientação completa em planejamento familiar. Todos os passos do CPIAE devem ser seguidos Sempre pergunte à mulher se ela tem quaisquer perguntas ou preocupações e forneça respostas. Sempre avalie se a mulher precisa de outro tipo de atenção à saúde reprodutiva e providencie assistência ou encaminhamento conforme apropriado.

Adaptado de: Lettenmaier e Gallen, 1985.[5]

ANTICONCEPÇÃO PÓS-ABORTO

A fertilidade de uma mulher geralmente volta dentro de 2 semanas, depois de um aborto incompleto de primeiro trimestre. Infelizmente, muitas mulheres não sabem disso, porque é diferente do período de puerpério quando a volta da fertilidade é postergada. Devido ao risco subseqüente de gravidez, a utilização de planejamento familiar pós-aborto deve ser iniciada assim que for possível.

Em geral, todos os métodos atuais podem ser usados **imediatamente** depois da atenção de emergência pós-aborto, desde que:

- não existam complicações graves que requerem mais tratamento,
- a cliente receba orientação adequada, e
- o/a provedor/a verifique quaisquer precauções para o uso de um método anticoncepcional específico.

Além disso, é recomendado que mulheres não tenham relações sexuais até que o sangramento pós-aborto termine (geralmente 5 a 7 dias) e quaisquer complicações estejam resolvidas. Finalmente, o planejamento familiar **natural** não é recomendado até a volta de um padrão regular de menstruação.

Tabela 9-3
Procedimentos para Utilização de Anticoncepcionais por Condição Clínica

Condição Clínica	Precauções	Recomendações
Sem complicações após o tratamento para aborto incompleto	**Planejamento Familiar Natural**: não recomenda até a volta de um padrão regular de menstruação. **Esterilização voluntária feminina**: geralmente a ocasião do tratamento para aborto incompleto não é a melhor hora para clientes tomarem decisões sobre métodos que são permanentes. **Diafragma ou capuz cervical**: devem ser medidos novamente depois de um aborto incompleto de segundo trimestre.	**Considere todos os métodos temporários.** **Implantes Norplant**: pode iniciar o uso imediatamente. **Injetáveis**: (DMPA, NET-EN): pode iniciar o uso imediatamente. **DIU**: pode iniciar o uso imediatamente **Anticoncepcionais orais** (combinados ou exclusivamente de progestágeno): pode iniciar o uso imediatamente. **Camisinhas** (masculinas/femininas): podem ser usadas quando reiniciar a atividade sexual. **Espumas espermicidas, geléias, tabletes, esponja ou cremes**: podem ser usados quando reiniciar a atividade sexual. **Diafragma ou capuz cervical**: podem ser usados quando reiniciar a atividade sexual.
Diagnóstico confirmado ou suspeito de infecção Sinais e sintomas de sepsia/infecção Sinais de aborto em condições de risco ou induzido Incapacidade de afastar infecção	**Esterilização feminina voluntária**: não realize o procedimento até que o risco de infecção possa ser afastado ou a infecção esteja completamente curada (cerca de 3 meses). **DIU**: não insira até que o risco de infecção possa ser afastado ou a infecção está completamente resolvida (cerca de 3 meses).	**Implantes Norplant**: pode iniciar o uso imediatamente. **Injetáveis** (DMPA, NET-EN): pode iniciar o uso imediatamente. **Anticoncepcionais orais** (combinados ou exclusivamente de progestágeno): pode iniciar o uso imediatamente. **Camisinhas** (masculinas/femininas): podem ser usadas quando reiniciar sua atividade sexual. **Espumas espermicidas, geléias, tabletes, esponja ou cremes**: podem ser usados quando reiniciar a atividade sexual. **Diafragma ou capuz cervical**: podem ser usados quando reiniciar a atividade sexual.

Tabela 9-3
Procedimentos para Utilização de Anticoncepcionais por Condição Clínica (continuação)

Condição Clínica	Precauções	Recomendações
Lesão do trato genital Perfuração uterina (com ou sem lesão intestinal) Lesão vaginal ou cervical séria, incluindo queimaduras químicas	**Esterilização feminina voluntária**: não realize o procedimento até que a lesão grave esteja curada. **DIU**: não insira até que a lesão grave esteja curada. **Espumas espermicidas, geléias, tabletes, esponja ou cremes**: não inicie o uso até que a lesão vaginal ou cervical esteja curada. **Diafragma ou capuz cervical**: não inicie o uso até que a lesão vaginal ou cervical esteja curada.	**Implantes Norplant**: pode iniciar o uso imediatamente. **Injetáveis**: (DMPA, NET-EN): pode iniciar o uso imediatamente. **Anticoncepcionais orais** (combinados ou exclusivamente de progestágeno): pode iniciar o uso imediatamente. **Camisinhas** (masculinas/femininas): podem ser usadas quando reiniciar a atividade sexual. **Espumas espermicidas, geléias, tabletes, esponja ou cremes**: podem ser usados quando reiniciar a atividade sexual (podem ser usados com perfuração uterina sem complicações). **Diafragma ou capuz cervical:** podem ser usados quando reiniciar a atividade sexual (podem ser usados com perfuração uterina sem complicações).
Sangramento profuso (hemorragia) e anemia severa relacionada (Hb < 7 gm/dl ou Hct < 20)	**Esterilização feminina voluntária**: não realize o procedimento até que a causa da hemorragia ou anemia é resolvida. **Pílulas exclusivamente de progestágeno**: use com cuidado até que a anemia aguda melhora. **Implantes Norplant**: postergue a inserção até o melhoramento da anemia aguda. **Injetáveis** (DMPA, NET-EN): postergue o início até o melhoramento da anemia aguda. **DIU** (inerte ou que libera cobre): postergue a inserção até o melhoramento da anemia aguda.	**DIU** (que libera progestágeno): pode ser usado com anemia severa (diminui a perda de sangue menstrual). **Anticoncepcionais orais** combinados: pode iniciar o uso imediatamente (são de benefício quando a hemoglobina está baixa)* **Camisinhas** (masculinas/femininas): podem ser usadas quando reiniciar sua atividade sexual. **Espumas espermicidas, geléias, tabletes, esponja ou cremes**: podem ser usados quando reiniciar a atividade sexual **Diafragma ou capuz cervical:** podem ser usados quando reiniciar a atividade sexual. * "Alguns especialistas recomendam o início de AOC exatamente 1 semana pós-aborto, considerando que existe uma sugestão de um pequeno aumento nos fatores de coagulação, medíveis nos primeiros dias depois de um aborto de primeiro trimestre, em mulheres que iniciam AOC imediatamente. Se iniciados depois de uma semana, os AOC não podem entrar em ação imediatamente porque os ovários reiniciam o desenvolvimento folicular tão logo que 1 semana depois de um aborto de primeiro trimestre."[6]

Tabela 9-3
Procedimentos para Utilização de Anticoncepcionais por Condição Clínica (continuação)

Condição Clínica	Precauções	Recomendações
Aborto incompleto de segundo trimestre	**Esterilização feminina voluntária**: é recomendado postergar o procedimento até que o útero volte ao tamanho pré-gravidez (4 a 6 semanas). Se isto não for possível, use a técnica de minilaparotomia. **DIU**: o tamanho do útero requer um/a provedor/a com muita experiência para colocação alta no fundo. Se isto não for possível, postergue a inserção por 4 a 6 semanas. **Diafragma ou capuz cervical**: devem ser medidos novamente quando o útero voltar ao seu tamanho pré-gravidez (4 a 6 semanas).	**Implantes Norplant**: pode iniciar o uso imediatamente. **Injetáveis**: (DMPA, NET-EN): pode iniciar o uso imediatamente. **Anticoncepcionais orais** (combinados ou exclusivamente de progestágeno): pode iniciar o uso imediatamente. **Camisinhas** (masculinas/femininas): podem ser usadas quando reiniciar a atividade sexual. **Espumas espermicidas, geléias, tabletes, esponja ou cremes**: podem ser usados quando reiniciar a atividade sexual.

Fonte: Blumenthal e McIntosh, 1995; Leonard e Ladipo, 1994.[1,2]

Considerando que existem poucas pesquisas sobre o uso de anticoncepcionais depois de complicações, como sangramento profuso, infecção ou perfuração uterina, as escolhas apropriadas de anticoncepcionais dependerão em grande medida da gravidade e resultado destas complicações.

Finalmente, a orientação de mulheres sobre métodos de anticoncepção pós-aborto precisa incluir a avaliação de seu risco de adquirir ITG transmissíveis sexualmente e outras DST, especialmente a hepatite B e HIV/AIDS. **Todas as mulheres** devem ser avisadas que os únicos métodos anticoncepcionais, que fornecem proteção contra ITG e outras DST são camisinhas masculinas e femininas e, em menor medida, espermicidas. Em combinação com métodos anticoncepcionais de maior eficácia, estes métodos podem reduzir significativamente tanto o risco de gravidez não desejada, quanto de DST.

Anticoncepção depois de Complicações Pós-Aborto

Mulheres que foram tratadas para complicações de pós-aborto podem ter condições clínicas que possam influenciar a seleção de um método anticoncepcional. A **Tabela 9-4** apresenta um número de fatores que devem ser considerados na seleção de um método anticoncepcional.

Tabela 9-4
Procedimentos para Seleção de um Anticoncepcional por Método

Método	Tempo Oportuno Depois do Aborto Incompleto	Vantagens	Comentários
Métodos de Barreira que não necessitam medidas (camisinhas masculinas de látex/femininas de vinil; esponjas e supositórios vaginais tabletes espumantes, geléia ou cremes)	Pode iniciar o uso assim que recomeçar a ter relações sexuais.	• Sem riscos relacionados à saúde • Barato • Bom método interino se a iniciação de outro método precisa ser postergada • Sem necessidade de supervisão médica • Camisinhas (látex e vinil) fornecem proteção contra ITG e outras DST (HBV e HIV/AIDS) • Descontinuação fácil • Eficaz imediatamente	• Menos eficaz do que DIU ou métodos hormonais • Requer utilização com cada episódio de relações sexuais • Requer motivação contínua • Reabastecimento precisa ser disponível • Pode interferir com relações sexuais
Barreiras Medidas Usadas com Espermicidas (diafragma ou capuz cervical com espuma ou geléia)	O diafragma pode ser medido imediatamente depois de aborto incompleto de primeiro trimestre; depois do aborto incompleto de segundo trimestre, a medição deve ser postergada até que o útero volta ao seu tamanho pré-gravidez (4 a 6 semanas). Postergue a medição para capuz cervical até que o sangramento pare e o útero volte ao seu tamanho pré-gravidez.	• Sem riscos relacionados à saúde • Barato • Sem necessidade de supervisão médica • Alguma proteção contra ITG e outras DST (HBV e HIV/AIDS) • Descontinuação fácil • Eficaz imediatamente	• Menos eficaz do que DIU ou métodos hormonais • Requer utilização em cada relação sexual • Requer motivação contínua • Suprimento precisa ser disponível • Associadas com infecções do trato urinário em algumas usuárias • Requer medição por provedor/a de serviços treinado/a
Anticoncepcionais Orais (combinados e exclusivamente de progestágeno)	Pode começar a tomar as pílulas imediatamente, preferivelmente no dia do tratamento.	• Altamente eficaz • Pode ser iniciado imediatamente, mesmo na presença de infecção • Pode ser fornecido por pessoal não médico • Não interfere com relações sexuais	• Requer motivação contínua e uso diário • Suprimento precisa estar disponível • A eficácia pode ser diminuída com o uso, a longo prazo, de certos medicamentos (p.ex., Rifampicina, Dilantina, Griseofulvina) • Camisinhas são recomendadas se tiver risco de ITG e outras DST (HBV e HIV/AIDS)

Tabela 9-4
Procedimentos para Seleção de um Anticoncepcional por Método (continuação)

Método	Tempo Oportuno Depois do Aborto Incompleto	Vantagens	Comentários
Injetáveis (DMPA, NET-EN)	Pode ser fornecido imediatamente depois de aborto incompleto no primeiro ou segundo trimestre. Pode ser apropriado para utilização se a mulher quer postergar a escolha de um método a longo prazo.	• Altamente eficaz • Podem ser iniciados imediatamente, mesmo na presença de infecção • Podem ser fornecidos por pessoal não médico • Não interferem com relações sexuais • Não são dependentes da usuária (com exceção de injeção cada 2 ou 3 meses) • Sem necessidade de suprimento pela cliente	• Podem causar sangramento irregular, especialmente amenorréia; sangramento excessivo pode ocorrer, mas raramente • Volta à fertilidade postergada • Precisa tomas injeções cada 2 ou 3 meses • Camisinhas são recomendadas se tiver risco de ITG e outras DST (HBV e HIV/AIDS)
Implantes Exclusivamente de Progestágeno (Implantes Norplant)	Podem ser administrados imediatamente depois do aborto incompleto. Se a orientação não pode ser proporcionada para uma tomada de decisão informada, a inserção precisa ser postergada e um método interino providenciado. Não devem ser inseridos até que a hemorragia estiver controlada.	• Altamente eficaz • Anticoncepção de longo prazo (implantes são eficientes por 5 anos) • Volta imediata à fertilidade depois da remoção • Não interfere com relações sexuais • Não há necessidade de abastecimento pela cliente	• Podem causar sangramento irregular (especialmente manchas) ou amenorréia • Requer provedor/a treinado/a para inserção e remoção • Custo-efetividade depende da utilização a longo prazo • Camisinhas são recomendadas se houver risco de ITG e outras DST (HBV e HIV/AIDS)
DIU	Postergue a inserção até a resolução de lesões graves, o controle da hemorragia ou até o melhoramento de anemia aguda. Postergue a inserção até a resolução de infecções (3 meses). **Primeiro Trimestre:** DIU podem ser inseridos se o risco de infecção é afastado. Se a orientação não pode ser proporcionada para uma tomada de decisão informada, postergue a inserção e providencie um método temporário interino. **Secundo Trimestre:** Postergue por 6 semanas, a não ser que especialistas e equipamento estejam disponíveis para a inserção pós-aborto imediata.	• Altamente eficaz • Anticoncepção de longo prazo • Volta imediata à fertilidade depois da remoção • Não interfere com relações sexuais • Sem necessidade de abastecimento pela cliente • Requer somente verificação mensal dos fios (pela cliente) • Só há necessidade de uma visita de seguimento a não ser que surjam problemas	• Pode aumentar o sangramento e cólicas menstruais durante os primeiros meses • Pode ocorrer perfuração uterina durante a inserção • Pode aumentar o risco de DIP e infertilidade subseqüente para mulheres a risco de ITG e outras DST (HBV e HIV/AIDS) • Provedor/a treinado/a necessário para inserção e remoção

Tabela 9-4
Procedimentos para Seleção de um Anticoncepcional por Método (continuação)

Método	Tempo Oportuno Depois do Aborto Incompleto	Vantagens	Comentários
Esterilização Voluntária Feminina (EVF)	A EVF depois de um aborto incompleto de primeiro trimestre é semelhante a um procedimento de intervalo; depois de um aborto de segundo trimestre é mais semelhante ao procedimento de puerpério. Técnicamente, os procedimentos EVF geralmente podem ser realizados imediatamente depois do tratamento para complicações de pós-aborto, a não ser que exista infecção ou grande perda de sangue. Não realize até a resolução completa da infecção (3 meses) ou até que uma lesão esteja curada.	• Método permanente • Método feminino mais eficaz • Uma vez realizado, não há necessidade de mais ação • Não interfere com relações sexuais • Sem mudanças na função sexual • Sem efeitos colaterais a longo prazo • Imediatamente eficaz	• São **necessários** orientação e consentimento informado completo antes dos procedimentos EVF; isto freqüentemente não é possível na ocasião da assistência de emergência. • Poucas possibilidades de complicações cirúrgicas • Requer pessoal treinado e equipamento apropriado • Camisinhas são recomendadas se tiver risco de ITG e outras DST (HBV e HIV/AIDS
Planejamento Familiar Natural	Não é recomendado para utilização imediatamente pós-aborto. A primeira ovulação depois de um aborto será difícil de prever e o método não é confiável até a volta de um padrão regular de menstruação.	• Sem custo associado ao método	• Pouco confiável imediatamente depois do aborto • Métodos alternativos são recomendados até a volta normal da menstruação • Requer instrução e orientação extensivos • Camisinhas são recomendadas se houver risco de ITG e outras DST (HBV e HIV/AIDS). • Requer motivação contínua e uma compreensão rigorosa de como usar o método, pela mulher e seu parceiro.

Adaptado de: Blumenthal e McIntosh, 1995; Benson et al, 1992.[2,7]

Capacidade de Provisão de Serviços

A capacidade de uma mulher de utilizar um método com eficácia é baseada em parte nos recursos da comunidade onde ela mora. Para assegurar uma continuidade da atenção, provedores/as precisam considerar as necessidades de planejamento familiar da mulher no contexto do sistema global de atenção à saúde. Se a mulher veio de longe para o tratamento de complicações pós-aborto, os/as provedores/as de serviços de planejamento familiar precisam saber a quais

serviços ela terá acesso quando voltar para casa, para ajudá-la a escolher um método apropriado. Se a orientação e o fornecimento de métodos não for possível no local, encaminhe a mulher a um/a provedor/a de serviços na sua comunidade. A **Tabela 9-5** mostra um resumo de fatores a considerar na avaliação da capacidade local de prover serviços de planejamento familiar.

Tabela 9-5
Capacidade Local para a Provisão de Serviços

Capacidade do Estabelecimento, do Provedor/a e da Comunidade	Questões a Considerar	Recomendações
Oportunidade, espaço e ambiente com privacidade para orientação	Os locais de assistência de emergência podem ser agitados e com movimento demais para assegurar a privacidade e escolha informada. Não forneça métodos permanentes ou de longa ação (p. ex., Implantes Norplant ou injetáveis) sem orientação adequada e sem a certeza de que a cliente foi capaz de tomar uma decisão bem consciente, não influenciada pelo estresse, dor ou outros fatores.	Arrume espaço e tempo para orientação com privacidade. Se a orientação adequada for impossível, ofereça métodos temporários, e faça encaminhamento para maior orientação sobre outros métodos.
Escolha de métodos anticoncepcionais	Não limitar a gama de métodos oferecidos. A limitação da disponibilidade de métodos negará a algumas mulheres o acesso aos seus métodos preferidos.	Torne disponível uma gama de métodos. Reduza o preconceito de provedores em relação a certos métodos específicos, treinando-os/as sobre a utilização apropriada de todos os métodos.
Vínculos com recursos de planejamento familiar na comunidade.	Considere o acesso da mulher à atenção de seguimento e suprimento na escolha de métodos.	Assegure-se de que provedores/as sabem dos recursos de planejamento familiar ou entre atenção pós-aborto e serviços de planejamento familiar.

Fonte: Leonard e Ladipo, 1994.[1]

Embora os métodos que dependem de provedores possam não ser a melhor escolha para mulheres sem, ou com pouco acesso a atenção continuada, mulheres com pouco acesso ao suprimento de camisinhas ou pílulas, podem considerar que métodos, que não requerem reabastecimento, sejam sua **única** opção. Os provedores precisam ajudar clientes a pensarem sobre questões como conveniência ou suprimento e para onde ir se tiverem problemas depois de obter métodos de longo prazo ou permanentes.

Os/as provedores/as devem estar especialmente cientes do custo de um método anticoncepcional para a mulher. Este é um princípio chave na limitação da utilização de planejamento familiar. O alto custo de

serviços e métodos pode dificultar o acesso a anticoncepcionais e isto influenciará, dramaticamente, sua capacidade e seu desejo de continuar a usá-los.

REFERÊNCIAS

1. Leonard AH e Ladipo OA: Post-Abortion Family Planning: Factors in Individual Choice of Contraceptive Methods. *Advances in Abortion Care* 4(2), 1994.

2. Blumenthal P e McIntosh N: *Guia de Bolso para Provedores de Serviços de Planejamento Familiar.* Baltimore, Maryland, JHPIEGO Corporation, 1995.

3. Wolf M e Benson J: Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Report of a Bellagio Technical Working Group. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 45(Suppl): S3-S23, 1994.

4. Organização Mundial da Saúde: *Norplant Contraceptive Subdermal Implants: Managerial and Technical Guidelines.* Genebra, OMS, 1990.

5. Lettenmaier C e Gallen M: Why Counseling Counts. *Population Reports* Series J (36), 1987.

6. Technical Guidance Working Group: *Recomendações para a Atualização de Práticas Selecionadas na Utilização de Anticoncepcionais: Resultados de uma Reunião Técnica,* vol 1. Chapel Hill, North Carolina, Program for Intemational Training in Health, 1994.

7. Benson J et al: *Meeting Women's Needs for Post-Abortion Family Planning: Framing the Questions.* Carrboro, North Carolina, IPAS, 1992.

DEZ

ORGANIZAÇÃO E GERÊNCIA DOS SERVIÇOS†

ANTECEDENTES

Para ser eficaz na prevenção de mortalidade pós-aborto, a atenção pós-aborto de emergência precisa ser amplamente acessível em todo sistema de atenção à saúde existente, para todas as mulheres, 24 horas. Estabelecimentos de atenção à saúde e provedores/as de serviços treinados/as, no entanto, geralmente são concentrados nas grandes cidades, deixando as mulheres em áreas remotas e rurais, onde a maioria da população mundial mora, sem serviços ou com serviços insuficientes. Para melhorar a acessibilidade de atenção pós-aborto, os serviços de saúde devem incluir o seguinte:

- Provisão de atenção ao nível de serviços que tenham o pessoal de saúde e equipamento apropriado para fornecer assistência segura (vide **Tabela 1-1**)
- Redes de referência (encaminhamento) e práticas eficazes
- Transporte adequado entre os níveis de atenção
- Coordenação entre as unidades nos estabelecimentos de referência de grande porte

Com a exceção de casos com complicações, a maior parte da atenção pós-aborto pode ser fornecida apropriadamente em estabelecimentos existentes e com pouco equipamento especializado.

O oferecimento de atenção pós-aborto ao nível de serviços possibilita a provisão destes serviços mais perto de casa. A redução do tempo de procura e de espera para atenção pós-aborto de emergência remove um obstáculo principal, que muitas mulheres enfrentam na obtenção desta assistência.[1]

É de responsabilidade do/da gerente de garantir que os estabelecimentos e equipamento não se tornem obstáculos à provisão da atenção pós-aborto mais segura, ao nível de atenção mais viável, dentro do sistema de atenção permitirá maior provisão de serviços de saúde. Na maioria dos casos, pequenas mudanças nos estabelecimentos existentes, transformam o fluxo de pacientes, ou a obtenção mínima de equipamento novo pode melhorar a segurança e eficiência da atenção pós-aborto e permitirá maior distribuição de serviços.

---

† *Adaptado de*: Organização Mundial da Saúde: *Complications of Abortion: Technical and managerial Guidelines for prevention and Treatment.* Genebra, OMS, 1994.

Essas mudanças pequenas podem ter grande impacto no número de pontos de distribuição de serviços disponíveis para atenção pós-aborto de emergência.

ESTABELECIMENTOS PARA ATENÇÃO PÓS-ABORTO DE EMERGÊNCIA

Durante todo o primeiro trimestre de gravidez, a atenção de emergência pode ser administrada para abortos incompletos no nível primário ou no primeiro nível de referência,[2] considerando que equipamento clínico sofisticado, pessoal especializado e salas de cirurgia geralmente não são necessários. A assistência geralmente pode ser fornecida em uma área de ambulatório da sala de emergência. A AMIU pode ser realizada por pessoal treinado em uma sala simples de tratamento e a mulher geralmente pode receber alta depois de um breve período de recuperação.

Atenção para abortos incompletos além do primeiro trimestre e para complicações sérias deve ser fornecida em um contexto de estabelecimentos mais especializados e com pessoal habilitado. Não é necessária uma sala de cirurgia completa, a não ser que seja antecipada uma laparotomia ou anestesia geral. Freqüentemente é necessária a internação, embora muitos serviços administrem atenção de emergência para abortos incompletos de segundo trimestre, sem complicações, em ambulatório.

Todo esforço deve ser feito para proporcionar assistência clínica e orientação num ambiente com privacidade. Em alguns estabelecimentos, pode estar disponível uma sala separada para tratamento ou orientação e recuperação, mas isto não é necessário. A privacidade pode ser conseguida pela colocação de telas em volta do leito, maca ou sofá, em uma unidade ambulatorial ou sala de emergência.

As exigências para estabelecimentos, para atenção pós-aborto, por nível do sistema de atenção à saúde, baseadas em um quadro de pessoal específico, e os elementos de atenção que podem ser administrados a cada nível, estão descritos no **Capítulo 1** (vide **Tabela 1-1**).

SISTEMAS DE REFERÊNCIA (ENCAMINHAMENTO)

Embora a maioria das atividades de atenção pós-aborto de emergência podem ser administradas nos diversos níveis em qualquer sistema de saúde, as complicações mais sérias requerem acesso a locais de encaminhamento pré-estabelecidos. A comunicação oportuna, tomada de decisões e transferência da informação de pacientes entre as unidades envolvidas são elementos importantes de qualquer sistema de referência.

Indicações para referência devem ser claras, em protocolos de serviço escritos e devem ser revisados regularmente para assegurar que permaneçam relevantes. Ainda, arranjos para referência a cada nível

de atenção devem ser comunicados a todo pessoal pertinente para implementação, conforme necessário.

Questões de Transporte

Hemorragia que ameaça a vida, choque e emergências cirúrgicas pode ocorrer em qualquer lugar e o transporte imediato pode salvar muitas vidas de mulheres, especialmente àquelas que têm complicações graves e moram em áreas remotas. Em clínicas de pequeno porte, sem serviços de ambulância, a transferência de emergência requererá iniciativa e planejamento. É importante que gerentes considerem todos os meios locais de transporte. Os recursos comunitários para transporte podem incluir: a polícia, repartições militares, serviços de extensão agrícola, agências governamentais, organizações de proteção civil, organizações não-governamentais locais, tais como igrejas e missões, e residentes individuais.

Todos os canais de comunicação locais podem ser utilizados para pedir transporte para transferir mulheres a estabelecimentos de referência.[3] Recursos comunitários, como rádios de ondas curtas ou telefones podem apoiar os canais de comunicação disponíveis dentro do estabelecimento. Quando serviços fora do sistema de atenção à saúde estão incluídos nos protocolos de transporte, procedimentos padrão para a utilização destes devem ser estabelecidos, pelos/as gerentes de programas, para assegurar que não haja perda de tempo quando ocorrerem emergências. Estes protocolos e procedimentos devem ser avaliados e atualizados periodicamente pelos/as gerentes. Quaisquer mudanças devem ser comunicadas a todo o pessoal para evitar dificuldades inesperadas durante situações de emergência.

ATENÇÃO AMBULATORIAL E NA SALA DE EMERGÊNCIA

Na maioria dos casos, a atenção pós-aborto de emergência pode e deve ser proporcionada em uma área ambulatorial na sala de emergência com o uso mínimo de anestésico. Isto requer pessoal treinado e equipamento adequado, que geralmente é disponível no nível primário ou no primeiro nível de referência. A atenção de emergência precisa ser disponível 24 horas por dia. A transferência desta atenção das salas de parto ou cirurgia para (as salas) de tratamento, a nível primário e primeiro nível de referência é de grande benefício para qualquer hospital ou clínica e para a mulher que recebe a atenção. Alguns dos benefícios de oferecer atenção pós-aborto nos diversos níveis do sistema de saúde, ambulatorial, são os seguintes:

- Melhoramento do acesso a serviços pela provisão de atenção pós-aborto como serviço ambulatorial e tratamento de algumas mulheres em estabelecimentos de primeiro e segundo nível, que de outra maneira seriam encaminhadas

- Menor demora no tratamento pela utilização reduzida de leitos hospitalares e salas de cirurgia

121

- Tratamento mais oportuno, sendo que o transporte e tempo de espera, necessários para encaminhamento e/ou procedimentos de internação são eliminados

- Maior disponibilidade de salas de cirurgia e pessoal para outros procedimentos

- Menor número de casos necessitando de referência para os níveis secundário o terciário, permitindo que estes centros concentrem em atenção que requer recursos adicionais, disponíveis somente nos níveis mais altos do sistema de atenção à saúde.

CONSIDERAÇÃO DA FREQÜÊNCIA DE CASOS

No planejamento de atenção de emergência pós-aborto, é importante saber a freqüência de casos atual e qual será no futuro. A freqüência de casos atual pode ser determinada pela revisão de registros clínicos e prontuários de mulheres tratadas no passado. Problemas resultantes de uma alta freqüência de casos podem ser óbvios para o/a gerente. Por exemplo, mulheres esperando tratamento podem estar paradas, enchendo os corredores, pode haver uma larga espera para tratamento, ou a taxa de ocupação de leitos pode ser alta demais. Estes achados podem indicar uma freqüência de casos especialmente alta ou um fluxo de pacientes inapropriado (vide abaixo).

Os/as gerentes devem monitorizar freqüentemente o número de casos atual e permanecerem alertos/as a desenvolvimentos que poderiam influenciar a freqüência de casos projetada. Alguns fatores que causam uma variação na freqüência de casos incluem a mudança no acesso de anticoncepção, mudanças na distribuição da população, esforços para estimular certos grupos (como adolescentes) a procurar assistência, transformações na estrutura do sistema de saúde ou na rede de referência, realocação de pessoal, construção de estabelecimentos de saúde adicionais na comunidade, introdução de serviços semelhantes na mesma área de captação e mudanças nas leis de aborto.

Fluxo de Pacientes

Sistemas eficazes para gerenciar o fluxo de pacientes através de um estabelecimento asseguram que, independentemente das flutuações na freqüência de casos, mulheres recebem assistência em uma seqüência lógica e sem demora desnecessária. Os/as gerentes geralmente podem melhorar a qualidade da atenção significativamente, organizando os recursos existentes mais eficientemente. Três perguntas críticas que gerentes podem examinar para melhorar o fluxo de pacientes são:

- Quais atividades precisam ser realizadas em uma área particular e em que seqüência?

- Aonde ou por quê acontece o excesso de procura?

- Como é que a utilização de espaço e pessoal podem ser modificados para aumentar a eficiência das atividades para atender melhor as pacientes?

Exemplos de formas para tornar o fluxo de pacientes mais eficiente incluem: a realização de AMIU na sala de emergência em vez de encaminhar pacientes ao serviço ginecológico, tratando a maioria dos casos a nível ambulatorial e usando salas de tratamento em vez de salas de cirurgia.

Utilização de espaço e pessoal para estimular um fluxo suave de pacientes e minimizar as demoras podem ser difíceis em um departamento de emergência. A apresentação de pacientes para atenção pós-aborto de emergência é imprevisível, assim o/a gerente precisa planejar para flutuações na freqüência de casos e manter a provisão de serviços 24 horas por dia.

Coordenação dentro dos Estabelecimentos

A coordenação dos serviços dentro de um único estabelecimento é um assunto importante para melhorar a atenção pós-aborto. É de responsabilidade de gerentes do estabelecimento de fazer com que vínculos estejam estabelecidos entre unidades que fornecem todos os elementos de atenção pós-aborto e que estas funcionam sem problemas. O conceito "dentro do estabelecimento" de assegurar que todo o pessoal está orientado às necessidades da mulher e como/para onde encaminhá-las para serviços, pode ajudar e apoiar estes vínculos formais.

A não ser que as unidades estejam bem coordenadas, muitas mulheres não receberão a atenção necessária, mesmo se os protocolos oficiais especificam uma atenção apropriada e completa. Por exemplo, uma mulher com aborto incompleto pode ser tratada na sala de emergência, mas nunca receberá serviços de planejamento familiar, a não ser que os vínculos entre departamentos tornam estes serviços disponíveis na sala de emergência ou encaminhamento para uma clínica de planejamento familiar são realizados rotineiramente.

Os/as gerentes de alguns centros de referência de níveis primário, secundário e terciário em particular, precisam considerar as unidades dentro do hospital, que estão envolvidas na atenção pós-aborto e revisar os vínculos e comunicação entre estes. Unidades que possam precisar de coordenação podem incluir:

- A sala de emergência
- Departamentos de obstetricia/ginecologia
- Sala de cirurgia
- Clínica de planejamento familiar

- Ambulatório
- Unidade de trabalho social
- Serviço central de esterilização de equipamento
- Farmácia e unidades de abastecimento de equipamento
- Unidade de registros médicos
- Laboratório central

Comunicação inadequada e vínculos em pontos individuais de serviços podem restringir o acesso a serviços de alta qualidade.

Equipamento e Medicamentos para Atenção de Emergência Pós-Aborto

Uma atenção de qualidade para abortos incompletos não requer equipamento extenso, sofisticado, especializado e medicamentos (vide **Anexos F** e **G**). O/a gerente precisa se preocupar com a logística de obter o equipamento e insumos necessários, para assegurar que estão disponíveis quando e onde os serviços são oferecidos e supervisionando sua manutenção. Ele/ela precisa considerar o investimento inicial para equipamento, os gastos recorrentes de insumos descartáveis e a poupança de gastos da prevenção de complicações sérias. Algumas considerações importantes, em relação à aquisição, abastecimento e manutenção de equipamentos seguem:

- Qual é o estado atual dos serviços de atenção pós-aborto de emergência e quais recursos materiais existem?
- Qual é a necessidade de equipamento e insumos?
- Qual é a quantidade de equipamento e insumos necessários?
- Quais são as questões de controle de inventário?
- Quais políticas e procedimentos são necessários para gerenciar a logística para obter e manter o equipamento?

Estas perguntas e algumas respostas gerenciais, a cada uma, estão apresentadas, para discussão, a seguir.

Estado Atual e Recursos Existentes para Atenção Pós-Aborto

As necessidades de equipamento para o tratamento de aborto incompleto não são complicadas e a maioria dos itens farão parte do inventário atual em estabelecimentos primários ou de primeiro nível de referência. Da mesma maneira, o equipamento necessário para o tratamento de complicações sérias deve estar disponível em estabelecimentos que fornecem cirurgia geral e/ou ginecológica.

Em alguns casos o/a gerente talvez queira adaptar o equipamento ou procedimentos atuais para poder oferecer atenção relacionada a pós-aborto mais eficiente ou mais ampla (p. ex., o estabelecimento de uma sala de tratamento ambulatório). Neste contexto, equipamento e insumos adicionais podem ser necessários para criar estas novas áreas de tratamento. Em outros casos, a adição de somente poucas peças de equipamento, como uma luz ou mesa de exame é necessária.
Em qualquer local, cuidado especial deve ser prestado para assegurar que a área de procedimentos está bem abastecida com insumos de consumo, para evitar interrupção na assistência.

Tipo de Equipamento e Insumos Necessários

O **Capítulo 6** e **Anexos F** e **G** contém uma lista de equipamento e medicamentos necessários para a atenção pós-aborto. Todos os estabelecimentos precisam ter o material necessário para ressuscitação, assim como a disponibilidade fácil de medicamentos para controlar sangramento. Estes materiais precisam ser guardados em suficiente quantidade para satisfazer às necessidades de emergência e precisam ser reabastecidos oportunamente quando são usados.

Quando existir escolha, o custo e benefício de insumos descartáveis (os que são jogados fora depois do uso) precisam ser bem analisados. Os insumos descartáveis geralmente são mais caros. Sendo que precisam ser pedidos novamente em base regular, estes itens são mais sujeitos a faltas de estoque e problemas com remessas. Ainda, a eliminação deste tipo de material precisa seguir os padrões dos procedimentos para prevenção de infecções (mesmo os itens descartáveis devem ser descontaminados, se possível, antes de desprezá-los) (vide **Capítulo 4**).

Quando são usados insumos e equipamento não descartáveis, o pessoal precisa estar treinado em como descontaminar, limpar, processar e manter o equipamento corretamente, assim como precisa ser supervisionado regularmente nestas tarefas. Gastos serão realizados para adquirir os reagentes necessários para esterilização ou desinfecção de alto nível. Insumos não descartáveis requererão atenção especial e observação de práticas recomendadas para prevenção de infecções (vide **Capítulos 4** e **8**) e podem ser mais caros no início. O/a gerente precisa equilibrar estes fatores antes de fazer uma decisão sobre a utilização de itens descartáveis ou não descartáveis.

Alguns aspectos da atenção pós-aborto, como o processamento de instrumentos ou a realização de testes de laboratório, podem ser feitos a nível central em estabelecimentos de serviços de maior porte, no primeiro nível de referência ou acima. Nestes casos, o/a gerente da unidade pode não ter que tomar provisões para equipamento e insumos relacionados a estas atividades.

O tipo de equipamento usado também pode ser influenciado por fatores tais como a disponibilidade e confiabilidade de eletricidade. Se a eletricidade está disponível, mas não é confiável e equipamento elétrico deve ser usado, um gerador ou equipamento manual alternativo precisam ser adquiridos e mantidos em bom funcionamento. Em muitos casos, equipamento que não é elétrico pode ser preferível por outras razões. A complexidade do equipamento e a disponibilidade de peças e serviços de manutenção precisam ser considerados também na determinação do tipo de equipamento a ser adquirido.

Quantidade Necessária de Equipamento e Insumos

As estimativas da freqüência de casos projetados e a monitorização regular dos serviços determinam a quantidade necessária de equipamento e insumos. Um estoque adequado de equipamento precisa estar disponível na unidade durante todas as horas em que os serviços são oferecidos. Se o equipamento e instrumentos são processados a nível central, em vez de dentro da unidade, é especialmente importante de ter um abastecimento adequado de equipamento e de ter equipamento esterilizado disponível na área de tratamento, sempre que seja necessário.

Controle de Inventário e Manutenção

O controle de inventário e manutenção de equipamento são essenciais para assegurar que os serviços não são interrompidos por causa de falta ou quebra de equipamento ou porque há falta de estoque para materiais. No planejamento de um sistema de controle de inventário e de manutenção, algumas questões que o/a gerente precisa considerar são:

- A quantidade e tipo de equipamento e insumos que precisam estar no estoque
- Locais adequados para armazenagem
- Monitorização dos níveis de estoque
- Solicitação de estoque
- Segurança do estoque
- Rotação do estoque pelo "primeiro a vencer, primeiro a sair" (p. ex., isto é, os itens mais antigos ou os que foram comprados primeiro devem ser usados primeiro)
- Processo para abastecimento dentro do estabelecimento para todos os locais de provisão de serviços (p. ex., podem existir salas de procedimento tanto na sala de emergência, quanto no departamento de ginecologia)
- Processo para abastecimento entre estabelecimentos para sistemas controlados a nível central (p. ex., processamento de instrumentos)

- Manutenção rotineira de equipamento
- Conserto de equipamento
- Monitorização da manutenção de equipamentos e logística de abastecimento

A localização (urbana ou rural) do estabelecimento de atenção pós-aborto influencia tanto a disponibilidade oportuna de abastecimento e equipamento, quanto o cronograma de planejamento necessário para solicitar e receber itens descartáveis. Por exemplo, se um hospital está a dois dias de tempo de transporte do provedor mais perto para insumos essenciais e a comunicação e transporte são pouco confiáveis, o/a gerente terá que contar com várias semanas entre a realização de um pedido e o recebimento, para ter certeza de uma entrega oportuna. Sistemas precisam ser desenvolvidos para monitorizar o inventário de insumos para evitar faltas.

O/a gerente também deve considerar os fatores no sistema de provisão que serão utilizados para abastecimento no futuro. Se o equipamento será entregue por uma agência ou indivíduo de fora, um membro do pessoal deve ter a responsabilidade de manter o registro de itens requisitados e recebidos. Se os insumos são obtidos pessoalmente, um membro do pessoal deve ter a responsabilidade e deve ter transporte e capacidade suficiente para pagar pelos insumos.

Deve ser prestada atenção à segurança dos insumos e à conformidade das condições de armazenagem. Por exemplo, datas de vencimento para medicamentos devem ser verificadas e uma temperatura e umidade apropriadas devem ser mantidas para o depósito de medicamentos sensíveis e outros insumos, e o equipamento deve ser guardado para evitar roubos.

Gerentes de programas precisam assegurar que membros da equipe são designados com responsabilidade para todas as tarefas listadas anteriormente. Pode ser necessário treinamento especial para manter e consertar equipamento cirúrgico e outro equipamento mecânico. Nestes casos, o treinamento deve ser realizado e os que foram treinados devem ser monitorizados regularmente para assegurar que as habilidades aprendidas estão sendo aplicadas.

Políticas e Procedimentos Sobre Equipamento e Insumos

Gerentes de serviços de atenção pós-aborto precisam ter certeza que estão disponíveis e estão sendo seguidas as políticas e procedimentos para a armazenagem e manejo de todo equipamento médico e insumos. Cada estabelecimento deve desenvolver protocolos escritos para a manutenção rotineira de equipamento e critérios para monitorizar e avaliar cada um dos seguintes fatores:

- Uma lista aprovada de insumos médicos, que podem ser requisitados
- Controle de inventário, incluindo registros de inventário recebido, distribuído ou desprezado
- Rotação de itens, usando o sistema de "primeiro a vencer, primeiro a sair" (isto é especialmente importante para qualquer material com datas de vencimento)
- Procedimento para armazenagem e manejo, segurança e eliminação segura de itens (de uso único), tais como agulhas e seringas
- Manutenção preventiva
- Planos para funcionamento continuado na possibilidade de quebra ou mal funcionamento de equipamento
- Limpeza, esterilização ou DAN, e colocação de datas no equipamento e insumos
- Instruções para embalagem e armazenagem para equipamento ou instrumentos esterilizados ou desinfetados de alto nível
- Manejo de equipamentos e suprimentos contaminados

REFERÊNCIAS

1. Thaddeus S e Maine D: *Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context.* New York, Columbia University Center for Population and Family Health, 1990.

2. Organização Mundial da Saúde: *Care of Mother and Baby at the Health Centre: A Practical Guide.* Genebra, OMS, 1994.

3. Herz B e Measham A: *The Safe Motherhood Initiative: Proposal for Action.* World Bank Discussion Papers No. 9, Washington, D.C., 1987.

REFERÊNCIAS GERAIS

Armstrong S: Labour and Death. *New Scientist,* 50-55, March 30, 1990.

Centers for Disease Control: *Logistics Guidelines for Family Planning Programs.* Atlanta, Georgia, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion and Education, Division of Reproductive Health, 1987.

John Snow, Inc. e the Centers for Disease Control: *Family Planning Logistics Management Training Curriculum.* Arlington, Virginia, Family Planning Logistics Management Project, John Snow, Inc., 1990.

Management Sciences for Health: *The Family Planning Manager's Handbook.* West Hartford, Connecticut, Kumarian Press, 1991.

Organização Mundial da Saúde: *Injectable Contraceptives: Their Role in Family Planning Care.* Genebra, OMS, 1990.

Organização Mundial da Saúde: *Norplant Contraceptive Subdermal Implants: Managerial and Technical Guidelines.* Genebra, OMS, 1990.

Organização Mundial da Saúde: *Technical and Managerial Guidelines for Vasectomy Services,* Technical Report Series. Genebra, OMS, 1988.

Organização Mundial da Saúde: *Essential Obstetric Functions at First Referral Level,* FHE/86.4, OMS, Genebra, 1986.

Organização Mundial da Saúde: *Strengthening of Supervisory Mechanisms in Maternal and Child Health/Family Planning Services.* Genebra, OMS, 1985.

Organização Mundial da Saúde: *Induced Abortion: Guidelines for the Provision of Care and Services,* Offset Publication No. 49, OMS, Genebra, 1979.

ANEXO A

AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES†

ANTECEDENTES

Qualquer mulher que passou por um aborto incompleto, particularmente se foi resultado de um aborto em condições de risco, pode também sofrer de uma ou mais condições graves: **choque, sangramento vaginal profuso, infecção/septicemia** ou **lesão** intra-abdominal, incluindo a perfuração uterina. Também, estas condições podem ocorrer como complicações pouco comuns nos procedimento de AMIU.

Neste anexo descrevemos os passos do tratamento de cada uma destas condições; são discutidos, separadamente, mesmo que algumas vezes seja necessário iniciar o tratamento de mais de uma condição ao mesmo tempo. Adicionalmente, os princípios gerais de assistência são descritos mais completamente no **Anexo B**, uma vez que várias das questões necessitam ser consideradas na provisão da atenção de emergência pós-aborto.

CHOQUE

Choque é uma condição que leva a risco de vida e necessita tratamento imediato e intensivo para salvar a paciente. Choque é a perda do suprimento de oxigênio e fluxo sanguíneo aos tecidos devido a falência no sistema circulatório. Pode ocorrer devido a várias causas; entretanto, no caso do aborto incompleto, o choque geralmente é causado por perda sanguínea (hemorragia), infecção/septicemia ou trauma.

Pacientes em choque devem ser tratadas imediatamente e observadas de perto, uma vez que sua condição pode piorar rapidamente. A primeira meta do tratamento do choque é estabilizar a paciente, ou seja, restaurar o volume e a eficiência do sistema circulatório, medida pelo **aumento** da pressão sanguínea e a **diminuição** da freqüência do pulso e da respiração.

Sinais de Choque são:

- Pulso rápido, fraco (freqüência ≥ 110 por minuto)
- Pressão sanguínea baixa (diastólica < 60)
- Palidez (especialmente das conjuntivas, palma das mãos ou ao redor da boca)

---

† *Adaptado de*: Organização Mundial da Saúde: *Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide (Condutas Clínicas nas Complicações do Aborto: Guia Prático)*. Genebra, OMS, 1994.

- Sudorese
- Respiração rápida (respiração ≤ 30 por minuto)
- Ansiedade, confusão ou inconsciência

Tratamento Inicial

Os primeiros passos na assistência ao choque podem salvar a vida.

- Verifique os **sinais vitais**. Mantenha a paciente aquecida, porque a hipotermia é perigosa, mas não aplique uma fonte de calor externo. Mova a cabeça da mulher para o lado, pois se vomitar, é menos provável que inale o vômito. **Não** forneça nada por boca (fluídos, medicamentos ou alimento), pois uma cirurgia poderá ser necessária.
- Esteja seguro que as **vias respiratórias** estão abertas. Se disponível, ligue oxigênio, 6-8 litros/minuto, com máscara ou cânula nasal.
- Levante as pernas da paciente ou os pés da cama para ajudar o sangue a retornar ao coração. Se esta medida causar dificuldade na respiração, ela poderá estar apresentando insuficiência cardíaca e edema pulmonar; neste casso, abaixe as pernas e levante a cabeça, para aliviar a pressão de fluídos nos pulmões.

> **Nota**: Neste momento, se fluídos EV e outras medicações não estão disponíveis, prepare-se para transferir a paciente, imediata-mente, a um centro com maiores recursos.

Assegure-se de:

- Explicar tudo para a família da paciente
- Enviar informação de encaminhamento (veja **Anexo C** para exemplo)
- Se possível, enviar duas pessoas ao hospital, com a paciente, para doação de sangue

- Para restabelecer o **volume líquido**, aplique fluídos EV imediatamente (Ringer lactato ou solução salina isotônica, a uma freqüência de um litro durante 15 a 20 minutos). Podem ser necessários 1 a 3 litros de fluídos EV para estabilizar a paciente que perdeu muito sangue ou está em choque. **Não dê** líquidos pela boca.
- Hemoglobina de 5g/100ml ou menos ou Hematócrito de 15 ou menos, indica risco de vida e pode ser necessária **transfusão sanguínea**.

- Se houver alguma indicação de presença de **infecção**—incluindo febre, calafrios ou pus–faça cultura do sangue (se disponível) e dê **antibióticos** de amplo espectro (EV ou IM).

- **Exames laboratoriais**: hemoglobina e hematócrito; contagem sanguínea completa, incluindo plaquetas; tipo de sangue cruzado e Rh; tire sangue para eletrólitos e uréia sanguínea (US) (se disponível) e faça medida de fluxo sanguíneo. Se o volume de urina, em uma hora, for menor que 50ml, sugere diminuição do volume fluído circulatório (hipovolemia) e pode indicar uma insuficiência renal aguda.

- Verifique e remova qualquer PDC existente na vagina.

Tratamento Definitivo

Assim que os passos iniciais foram tomados para estabilizar a paciente, trate prontamente as causas subjacentes do choque, enquanto continua a verificar, de perto, os sinais vitais, fluxo de urina e fluídos EV. Uma vez que a causa do choque, em pacientes com aborto incompleto, frequentemente está relacionada com a retenção de PDC, o esvaziamento da cavidade uterina com AMIU (veja **Capítulo 6**) é uma parte essencial para o tratamento definitivo.

SANGRAMENTO VAGINAL PROFUSO

Tratamento imediato de perda sanguinea excessiva é critico em qualquer situação de atenção à saúde; a demora em cessar o sangramento e em substituir os fluídos ou volume sanguíneo pode ser fatal. Se a mulher tem sangramento vaginal prolongado, ou excessivo, e sintomas de aborto incompleto, o sangramento é geralmente devido à retenção de PDC ou por lesão vaginal, colo ou útero, incluindo a perfuração uterina (veja abaixo). Estas lesões geralmente indicam que a paciente (ou alguém) tentou interromper a gravidez. Assim, ela poderá ter uma infecção (devido ao uso de métodos inseguros ou instrumentos contaminados) e necessita de antibióticos. Lesão por agentes químicos tóxicos podem também causar aborto devido a profusa hemorragia. Sangramento vaginal intenso após o procedimento de AMIU é raro mas também deve ser tratado prontamente. Durante a avaliação e tratamento do sangramento vaginal profuso, a pressão sanguínea e a freqüência cardíaca (pulso) devem ser observadas cuidadosamente, pois o choque pode ocorrer a qualquer momento.

Sinais de sangramento vaginal profuso são:

- Sangramento vaginal profuso, vermelho vivo, com ou sem coágulos

- Compressas, (Modess), toalhas ou panos repletos de sangue

- Palidez (especialmente das conjuntivas, palmas e ao redor da boca)
- Tontura, desmaio

Tratamento Inicial

- Verificar **sinais vitais**. Levante as pernas da mulher ou os pés da cama.
- Assegure-se de que as **vias respiratórias** da paciente estão abertas. Se disponível, forneça oxigênio, 6-8 litros/minuto, por máscara ou cânula nasal.
- Para restaurar o **volume líquido**, aplique fluídos imediatamente (lactato Ringer ou solução salina isotônica, a uma freqüência de 1 litro, em 15 a 20 minutos). Poderá ser necessário 1 a 3 litros de fluídos EV para estabilizar a paciente que perdeu muito sangue ou está em choque.
- A hemoglobina de 5g/100ml ou menos, ou um hematócrito de 15 ou menos indica risco de vida e pode necessitar **transfusão sanguínea**.
- Se existir alguma indicação de presença de infecção—incluindo febre, calafrios ou pus–administre **antibióticos** de amplo espectro (EV ou IM) (veja **Anexo B).** Se a paciente pode ter sido exposta a Tétano e a história de vacinação está pouco clara , aplique **toxóide tetânico**. (Contaminação por tétano é possível se o aborto não foi realizado com instrumentos esterilizados ou se a ferida foi contaminada por sujeira ou materiais não limpos.)
- Administre analgésicos EV ou IM, para **dor** (veja **Anexo E**).
- **Testes laboratoriais**: hemoglobina ou hematócrito; tipo de sangue cruzado e Rh (se disponível); medida do fluxo urinário. (Volume de fluxo urinário menor que 50ml é sugestivo de hipovolemia e pode indicar insuficiência renal aguda.)

Tratamento Definitivo

Quando os passos iniciais foram tomados para estabilizar a paciente, é necessário imediatamente o tratamento das causas subjacentes do sangramento. O tratamento deve ser como segue:

- Se existirem sinais ou sintomas de lesão intra-abdominal (abdome distendido, diminuição de ruídos hidro-aéreos intestinais, descompressão brusca dolorosa, náusea/vômito, dor no ombro ou abdominal, febre) ou gravidez ectópica, será necessário imediatamente avaliação adicional e tratamento (cirurgia). (Veja a seção sobre **Perfuração Uterina,** neste anexo.)
- Se, ao exame vaginal, existir alguma laceração visível (cortes) cervicais ou vaginais, estes deverão ser suturados.

- Tratar o aborto incompleto de acordo com a duração da gravidez. Se o tamanho do útero está dentro do primeiro trimestre, o útero deve ser evacuado utilizando a AMIU (veja **Capítulo 6**).

Continuação do Tratamento

Após tratar a(s) causa(s) do sangramento, continue verificando os sinais vitais da paciente, fluxo urinário e reposição de fluídos, ajustando o tratamento segundo as condições da paciente.

INFECÇÃO/ SEPTICEMIA

Infecção é uma complicação comum do aborto incompleto. A retenção de PDC oferece oportunidade para o crescimento bacteriano. Em raros casos, a infecção pode ocorrer após um procedimento de AMIU, especialmente se as práticas de prevenção de infecções não foram observadas (veja **Capítulo 4**). Infecção pélvica localizada pode ser rapidamente disseminada para uma infecção generalizada (septicemia) e choque séptico, os quais podem ser fatais. Assim, a pronta ação será necessária para salvar a vida da mulher, estabilizando a paciente, e tratando a fonte da infecção.

Os seguintes **sinais** e **sintomas** indicam que existe alta probabilidade de uma infecção localizada ou generalizada:

Sinais

- Febre (temperatura > 38°C), calafrios ou transpiração
- Corrimento vaginal com mal odor
- Dor abdominal inferior (com ou sem descompressão brusca dolorosa)
- Mucopus no colo
- Dor à movimentação do colo ao exame bimanual

Sintomas

- História de abortos anteriores em condições de risco
- Dor abdominal inferior
- Sangramento prolongado (> 8 dias)
- Desconforto generalizado (sintomas tipo gripais)

Quando se suspeita de infecção, avaliar o risco da paciente para desenvolver **choque séptico**. Ela estará sob **alto risco** se:

- o aborto foi há mais de 14 semanas,

- está com alta temperatura (temperatura > 40°C) ou temperatura sub-normal (<36.5°C),
- existe alguma evidência de ferimento intra-abdominal, ou
- tem alguma evidência de choque (queda da pressão e aumento da freqüência do pulso).

Infecção local pode geralmente ser controlada pela administração imediata de antibióticos de amplo espectro (EV ou IM) que sejam efetivos contra Gram-negativos, Gram-positivos, organismos anaeróbicos e Clamídia.

Nota: Se a mulher estiver com DIU in situ, este deve ser removido.

Se a infecção é mais generalizada, ou se a paciente tem alto risco de choque toxêmico, é necessário tratamento imediato para salvar sua vida.

Tratamento Inicial

- Verifique **sinais vitais**. **Não** forneça nada à paciente (fluídos, remédios ou comida) por boca, pois uma cirurgia pode ser necessária.
- Esteja seguro que as **vias respiratórias** estão abertas. Se a paciente estiver instável, ligue oxigênio, 6-8 litros/minuto, com máscara ou cânula nasal (se disponível).
- Inicie imediatamente **antibióticos EV**, usando antibióticos de amplo espectro. (Se culturas sanguínea estiverem disponíveis, tome a cultura antes de dar antibióticos.)
- Se a mulher foi exposta a tétano e a história de vacinação é incerta, aplique **toxóide tetânico**. (Exposição ao tétano é possível se o aborto foi realizado usando instrumental sujo ou outros objetos.)
- Se a paciente ficar instável, aplique **fluídos EV** (lactato Ringer ou solução salina isotônica) a uma freqüência de 1 litro, em 15 a 20, minutos ou mais rápido. (A paciente em choque séptico pode bem necessitar rápida administração de vários litros de fluídos EV para restabelecer um equilibrio de fluídos razoável.)
- **Exames Laboratoriais**: Se a paciente perdeu muito sangue ou aparece anêmica, verificar a hemoglobina ou o hematócrito, contagem sanguínea total, incluindo plaquetas; tipo sanguíneo cruzado; controlar o fluxo urinário. (O fluxo urinário por hora menor que 50 ml sugere hipovolemia e pode indicar uma insuficiência renal aguda.)

- **Raio-X abdominal**: Raios-X abdominal, plano (horizontal) pode identificar ar ou níveis líquidos nos intestinos. No caso de infecção por clostridia poderá ser visto gás nos tecidos. Pode ser confirmada a presença também de um DIU. O filme raio-X de pé mostrará ar sob o diafragma se existir perfuração intestinal ou uterina.

Tratamento Definitivo

No caso da septicemia, o tratamento imediato pode salvar a vida. Sendo que o PDC retido é a causa mais freqüente de infecção, a cirurgia poderá ser necessária para o tratamento definitivo da lesão intra-abdominal, abcesso pélvico e peritonite (veja a próxima seção deste anexo). A evacuação uterina por AMIU é a parte essencial do tratamento (veja **Capítulo 6**). **Todas** as fontes de infecção devem ser tratadas. Considere a possibilidade de lesão intra-abdominal, abcesso pélvico, peritonite, gangrena gasosa ou tétano. Além do mais, se a mulher tem um DIU inserido, este deve ser removido após o início com antibióticos EV. Para conduta no caso da Gangrena gasosa ou Tétano é necessário atenção especializada em um hospital de referência de nível mais alto.

Continuidade do Tratamento

Após tratar a causa da infecção, continue verificando os sinais vitais da paciente, fluxo urinário e reposição de fluídos; ajuste o tratamento de apoio (oxigênio, antibióticos ou outras medicações), segundo as condições da paciente.

LESÃO INTRA-ABDOMINAL

Lesão de orgãos internos é uma complicação que oferece risco de vida, assim como está entre as complicações pós-aborto que podem piorar a saúde da paciente a longo prazo. A causa mais comum de lesão é a perfuração uterina; a lesão pode ocorrer também nos ovários, trompas de falópio, omento (tecido peritoneal ao redor do estômago e intestinos), intestino, bexiga e reto. Estas lesões indicam a tentativa de interromper a gravidez, e a possibilidade de infecção, incluindo tétano e peritonite, é muito alta.

Qualquer lesão interna, caso não seja rapidamente diagnosticada e tratada, pode conduzir a sérias complicações, incluindo **sangramentos, infecção** e **morte**. Sangramento severo dentro do abdôme (hemorragia intra-abdominal) pode ocorrer com **pequeno** ou **invisível sangramento vaginal**. Assim, sempre que uma mulher for tratada de complicações pós-aborto, deve-se verificar na paciente sinais de lesão intra-abdominal. Durante a avaliação e tratamento de uma lesão intra-abdominal, deve-se observar atentamente a pressão sanguínea e a freqüência cardíaca, pois o choque pode se ocorrer a qualquer momento.

Rutura de gravidez ectópica ou rutura de cisto ovariano pode também causar hemorragia intra-abdominal, e os sintomas podem ser similares às lesões intra-abdominais. A possibilidade de gravidez ectópica é maior se a paciente tem história de:

- gravidez ectópica anterior,
- infecção pélvica, ou
- uso de alguns métodos anticoncepcionais.††

Quando se suspeita de gravidez, retardar o tratamento é particularmente perigoso, e a morte pode ser prevenida somente pela parada da hemorragia através da remoção cirúrgica da gravidez ectópica, interrupção da hemorragia e reposição do sangue perdido, se indicado.

O tratamento definitivo da lesão abdominal vai desde a reposição do sangue perdido e a terapia antibiótica até a evacuação uterina, sob visão direta (laparoscopia ou laparotomia) e reparação ou remoção do tecido lesado. É importante reconhecer os sinais que podem indicar uma lesão, para estabilizar as condições da mulher. Se possível, e se a cirurgia abdominal **não** estiver disponível, transfira a paciente o mais rápido possível.

Sinais e sintomas de lesão intra-abdominal são:

Sinais

- Abdômen distendido
- Diminuição de ruídos intestinais
- Abdômen em tábua (tenso e duro)
- Descompressão brusca dolorosa

Sintomas

- Náusea/vômito
- Dor nos ombros
- Febre (temperatura > 38°C.)
- Dor abdominal, cólica

Quando combinado com sinais de choque (diminuição da pressão sanguínea e pulso e respiração rápida), a possibilidade de sangramento intra-abdominal grave (hemorragia) deve ser considerada.

---

†† DIU e anticoncepcionais exclusivamente de progestágeno são altamente efetivos na prevenção de gravidez intra-uterina, porém menos para gravidez ectópica. Assim, se a mulher usa um destes métodos e fica grávida, é provável que seja uma gravidez ectópica (acima de 20-30%).

Tratamento Inicial

O primeiro passo na conduta da lesão intra-abdominal, especialmente hemorrágica, deve ser para salvar a vida. (Se a laparotomia **não** for possível, prepare rapidamente a paciente para transferência, após o tratamento inicial.)

- Verifique os **sinais vitais**. Levante as pernas da paciente ou os pés da cama.
- Assegure-se de que as **vias respiratórias** da paciente estão abertas. Se disponível, forneça oxigênio, 6-8 litros/minuto, por máscara ou cânula nasal.
- **Não** dê nada à paciente (fluídos, medicamentos ou comida) por boca, pois uma cirurgia poderá ser necessária.
- Para restaurar o **volume líquido**, dê fluídos imediatamente (lactato Ringer ou solução salina isotônica, a uma freqüência de 1 litros, em 15 a 20 minutos). Poderão ser necessários 1 a 3 litros de fluídos EV para estabilizar a paciente que perdeu muito sangue ou está em choque.
- A hemoglobina de 5g/100ml ou menos, ou um hematócrito de 15 ou menos tem risco de vida e pode necessitar **transfusão sanguínea**.
- Se existir alguma indicação de presença de infecção—incluindo febre, calafrios ou pus–administre **antibióticos** de amplo espectro (EV ou IM).
- Se a paciente pode ter sido exposta a tétano e a história de vacinação é incerta, administre **toxóide tetânico**. (Contaminação por tétano é possível se o aborto foi realizado com instrumentos sujos ou outros objetos.)
- Aplique analgésicos EV ou IM para **dor** (veja **Anexo E**).
- **Testes laboratoriais**: hemoglobina ou hematócrito; tipo e cruzamento sanguíneo; medida do fluxo urinário.
- **Raio-X abdominal**: Um raio-X abdominal de pé ajudará a determinar se existe gás na cavidade abdominal (rutura/perfuração uterina, intestino ou bexiga).

Tratamento Definitivo

Qualquer das seguintes condições são emergências cirúrgicas, necessitando laparotomia imediata:

- Abdômen rígido

141

- Uma paciente com dor abdominal aguda **e** com pressão sanguínea persistentemente baixa ou choque, que deixa de estabilizar após infusão de até 3 litros de solução isotônica ou lactato Ringer

- Raio-X abdominal demonstrando ar ou gás na cavidade peritoneal

Nestes casos é necessário laparotomia para encontrar e reparar a lesão. Peritonite, perfuração uterina, lesão intestinal, lesão intra-abdominal e rutura de gravidez ectópica devem ser consideradas. Pode ser necessário drenar a cavidade abdominal. Reparação ou remoção de tecido lesado poderá também ser preciso. Em casos extremos, pode ser necessária a remoção do útero.

Assim que a lesão intra-abdominal é tratada, ou quando se suspeita de lesão intra-abdominal **mas** a paciente está equilibrada, o raio-X é negativo, o abdôme não está rígido e não existem sinais de gravidez ectópica, evacuar o útero de acordo com as normas no **Capítulo 6**. Se a lesão intra-abdominal for descoberta durante o procedimento, a laparotomia poderá ser necessária para reparar a lesão.

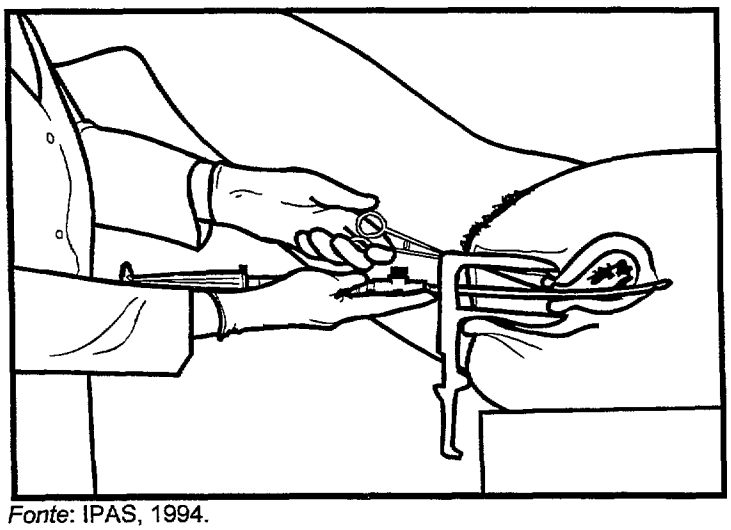
Continuidade do Tratamento

Após tratar a causa da lesão intra-abdominal e evacuar o útero, verifique os sinais vitais da paciente, fluxo urinário e fluídos; ajuste o tratamento de apoio (oxigênio, antibióticos e outros medicamentos), segundo as condições da paciente.

PERFURAÇÃO UTERINA

Se a perfuração uterina ocorre **durante** o procedimento de esvaziamento por AMIU, em geral causa uma lesão muito pequena. Quando é reconhecida prontamente e são tomadas precauções adequadas, a laparotomia raramente é necessária. A contração do útero após a evacuação com freqüência fecha a abertura e para a hemorragia.

Quadro A-1. Perfuração Uterina Durante o Procedimento AMIU



Fonte: IPAS, 1994.

A perfuração do útero, como complicação que se apresenta em uma mulher com aborto incompleto, é geralmente resultante da instrumentação por uma pessoa não treinada em induzir o aborto. Esta condição pode ocasionar um risco de vida e é indicado um tratamento urgente, porque há uma grande possibilidade de infecção e lesão em outros orgãos abdominais/pélvicos.

Durante a avaliação inicial, o clínico deve suspeitar de perfuração uterina se a mulher tem história de aborto em condições de risco, apresentado:

- pulso rápido (freqüência ≥110 por minuto),
- queda da pressão sanguínea (diastólica < 60), ou
- sangramento excessivo.

Sinais e sintomas de uma lesão intra-abdominal são: abdômen distendido, diminuição de ruídos intestinais, abdôme rígido (tenso e duro), descompressão brusca dolorosa, náusea/vômito, dor nos ombros ou abdominal, febre e choque. Se existir uma grande perfuração que não fecha espontaneamente, além da lesão intra-abdominal, será necessária a reparação do dano. Estas ruturas podem sangrar profusamente e o sangue ficar coletado intra-abdominalmente, com pouco ou nenhum sangramento vaginal.

Durante o procedimento, suspeitar de perfuração se:

- um instrumento penetra além do tamanho esperado do útero (com base no exame bimanual),
- houver diminuição no vácuo da seringa, com a cânula bem dentro da cavidade uterina, ou
- a mulher continua sangrando excessivamente depois que a cavidade uterina esteja vazia.

Se se observa gordura, conteúdo intestinal ou omento no tecido removido do útero, o útero foi perfurado.

A alternativa para tratamento da perfuração uterina depende se a evacuação foi completa quando a perfuração foi identificada e na capacidade dos estabelecimentos de atenção à saúde. Em muitas ocasiões o rápido encaminhamento para um hospital de referência (com mais condições) é a melhor opção. Um plano geral para o tratamento é descrito abaixo.

Se foi encontrada perfuração uterina e a evacuação foi completa:

1. Inicie com fluídos EV e antibióticos.

2. Administre Ergometrina (0,2mg IM), repita se necessário até 3 doses.

3. Observe por 2 horas; verifique freqüentemente os sinais vitais; faça preparativos para um possível encaminhamento.

   - Se a paciente permanece equilibrada e o sangramento diminui, administre Ergometrina (0,2 mg) e continue a observação durante a noite.

   - Se a condição da paciente piora e o sangramento não para com uma dose maior, ou de Ocitocina ou ergometrina, a laparoscopia ou laparotomia pode ser necessária para localizar e reparar o local de sangramento. Se cirurgia **não** for disponível, encaminhe a paciente para um nível de atenção mais elevado.

Se a perfuração foi encontrada e a evacuação não foi completa:

1. Inicie com fluídos EV e antibióticos. Verifique o hematócrito da paciente e faça preparativos para transfusão sanguínea ou expansor de volume plasmático, se indicado (e disponível).

2. Complete a evacuação, sob controle visual direto (laparoscopia ou laparotomia), para avaliar o grau da lesão uterina e para prevenir lesões em orgãos abdominais, como os intestinos. Se o exame por visão direta não for disponível, encaminhe a paciente para um hospital de maior nível.

3. Repare a lesão, se necessário, por minilaparotomia, seja coagulando o ponto de sangramento ou suturando . Esteja seguro que os intestinos estão intactos e que não houve lesão em outros orgãos abdominais. (Se o colo estiver ferido ou com cortes além de uma reparação possível, ou se existir uma extensa perfuração uterina, será necessária uma histerectomia.)

4. Após a cirurgia, aplique Ocitócicos (se o útero não foi removido) e observe os sinais vitais, cada 15 minutos, por 2 horas.

   - Se a paciente estiver equilibrada e o sangramento diminuir ou parar, aplique ergometrina (0,2-0,5 mg IM) e continue a observação durante a noite.

   - Se as condições da paciente piorarem, prepare sua transferência para um tratamento especializado no hospital (de referência).

ANEXO B

PRINCÍPIOS GERAIS DA ATENÇÃO DE EMERGÊNCIA PÓS-ABORTO

ANTECEDENTES

Várias questões devem ser consideradas ao proporcionar-se atenção de emergência pós-aborto. O tratamento pode incluir a estabilização e o encaminhamento, oxigênio, reposição de fluídos endovenosos (EV), transfusão sanguínea ou medicamentos (p. ex., antibióticos, tratamento da dor e toxóide tetânico). Estes temas serão discutidos a seguir.

ESTABILIZAÇÃO E ENCAMINHAMENTO

Estabilização e encaminhamento apropriado e oportuno são indispensáveis para assegurar a assistência das mulheres em risco de vida. Se a paciente é encaminhada do nível primário para o nível de referência, ou do nível primário para o secundário ou para o nível hospitalar terciário, o local de referência inicial deve fazer todo o possível para estabilizar e tratar a paciente. A habilidade e rapidez local em transportar prontamente a paciente para o centro de referência pode salvar sua vida. Mecanismos permanentes de transporte devem existir em todas os locais onde se prestam serviços de saúde. Isto pode requerer uma coordenação com os recursos da comunidade, tais como polícia, militares, serviços de extensão agrícola, outras instalações de saúde, instituições governamentais e instituições religiosas. Se possível, o local de encaminhamento original deve alertar o centro de referência que a paciente está chegando e mandar uma nota de encaminhamento com a paciente (veja **Anexo C**).

Os elementos para estabilizar a paciente para encaminhamento[1] são:

- Tratamento das vias aéreas, respiração e circulação
- Controle do sangramento
- Reposição de fluídos endovenosos
- Tratamento da dor

Em geral, em um encaminhamento de emergência, a paciente deve ser acompanhada por um funcionário treinado. Se ela tiver acompanhante, a terapia EV e oxigênio podem continuar durante o transporte (se o equipamento estiver disponível). Se a paciente não pode ser acompanhada por um funcionário treinado, pode-se demonstrar como funciona a terapia EV durante o transporte a outros, inclusive familiares. Se a mulher é ou não acompanhada, ela deve ser mantida aquecida e seus pés elevados, no caso de choque hemorrágico. Não use fontes externas de calor pois a pele pode se queimar facilmente; em vez disso, use cobertores ou roupa extra.

Um resumo do caso deve ser enviado juntamente com a paciente para o centro de referência. (Veja **Anexo C** para exemplo de formulário de referência.) Este deve incluir:

- história imediata e antecedentes dos problemas atuais;
- avaliação das condições da paciente realizadas no local de encaminhamento;
- ações tomadas no local (p. ex., morfina, 10mg IM às 16:00 horas); ou
- outras informações relevantes obtidas no local primário (p. ex., a paciente sofre de doenças convulsivas).

REPOSIÇÃO POR FLUÍDOS ENDOVENOSOS (EV)

A mulher necessitará reposição de fluídos endovenosos em muitas ocasiões, em complicações pós-aborto. Geralmente é preferível usar solução salina isotônica (0,9% de cloreto de sódio, também conhecida por soro fisiológico) ou Lactato Ringer. A solução salina com ou sem glicose pode ser usada dependendo da disponibilidade. A solução de glicose **sem** sal não oferece a quantidade necessária de sal para restabelecer o equilibrio de fluídos.

Uma agulha grande, de preferência tamanho 16-18, é melhor para iniciar fluídos EV pois poderão ser administrados rapidamente, e o sangue poderá ser administrado posteriormente, se for necessário. A agulha de tamanho 20 é aceitável, entretanto, se uma de tamanho maior não estiver disponível.

Qualquer amostra de sangue para exames de laboratório deve ser obtida quando a agulha EV está sendo colocada. Sangue retirado mais tarde pode ser mais difícil pois as veias tendem a colapsar e encontram-se mais profundas, com relação a superfície, quando o choque ou outra complicação com risco de vida, estiver presente. Além do mais, isto diminui o desconforto da paciente e constitui um uso mais eficiente de material esterilizado.

Infusão rápida de fluídos pode salvar a vida em casos de choque por redução do volume de sangue/fluídos. Fluídos podem ser administrados desde 500ml até 1 litro, cada 15 ou 20 minutos, enquanto as condições da mulher estão sendo avaliadas e monitorizadas. Normalmente, necessita de 1 a 3 litros de fluídos EV, infusionados nesta velocidade ou mais rápido, para estabilizar a paciente em choque. Quando foi corrigido o baixo volume de fluído da paciente e a causa do choque, os fluídos podem ser infusionados por uma taxa de manutenção de 1 litro, cada 6 a 8 horas, como demonstrado na **Tabela B-1**.

Para administrar fluídos, em diferentes velocidades, considere:

- a quantidade de fluído administrado,
- o período de tempo no qual o fluído deve ser administrado, e
- o tamanho do tubo e gotejamento. (Cada tamanho de tubo tem um tamanho de gota **ligeiramente diferente**. Por exemplo, alguns tubos têm 20 gotas por ml enquanto outro tamanho pode ter somente 10 gotas por ml).

A **Tabela B-1** mostra quantas gotas por minuto podem ser administradas para prover uma certa quantidade de fluído dentro de um período fixo de tempo. Para usar a tabela, você deve conhecer o **número de gotas** por ml (isto é, qual o tamanho de tubo que está sendo utilizado).

Tabela B-1
Fluxo de Fluídos EV

Quantidade de Fluído	Tempo de Infusão	Gotas por ml (tamanho do tubo)	Gotas por Minuto
1 litro	20 minutos	10	Muito rápido para contar
1 litro	20 minutos	20	Muito rápido para contar
1 litro	4 horas	10	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

A fórmula geral para achar **qualquer** taxa de velocidade de infusão é a seguinte:

Quantidade de fluído a ser aplicado (em mililitros)/ Tempo de infusão (minutos) X número de gotas por ml = Número de gotas por minuto

$$\textit{Exemplo: } \frac{1000\ ml}{4\ horas\ x\ 60\ minutos}\ X\ 10\ gotas\ por\ ml = 41{,}67 \approx 40\ gotas\ por\ minut$$

(Para converter o tempo de infusão de horas para minutos, multiplique o número de horas por 60.

Quando a paciente recuperou o suficiente para receber alimentação por boca, a EV pode ser desconectada, a não ser que seja necessária para fornecer medicações. Se a EV é usada **somente** para dar remédios, a infusão pode diminuir (cerca de 1 litro cada 10 a 12 horas).

É importante controlar a quantidade de fluídos recebidos. Na medida que a paciente se recupera, é preciso cuidado em não administrar líquidos exageradamente. Qualquer evidência de edemas (pés ou mãos), falta de ar ou inchaços podem indicar excesso de fluídos. Se isto acontecer descontinue os fluídos. Diuréticos podem ser necessários se o excesso de fluídos estiver causando severa falta de ar (edema pulmonar).

TRANSFUSÃO SANGUÍNEA

Transfusão sanguínea pode salvar a vida nos casos extremos de perda sanguínea e choque devido a aborto incompleto. No entanto, pode causar riscos e fazer mais mal que bem, em alguns casos. Assim, a decisão de transfusão a uma paciente deve ser muito cuidadosa. Instalações para reposição de sangue devem estar disponíveis no nível primário de atenção. Ela pode ser realizada por qualquer médico, assistente médico, clínico, enfermeiro ou técnico de laboratório com treinamento suficiente.

Os maiores riscos associados à transfusão de sangue incluem a possibilidade de:

- transmissão de doenças, como a Hepatite B ou AIDS
- problemas relacionados à imunologia, tais como rápido rompimento dos glóbulos vermelhos (hemólise intravascular), e
- sobrecarga circulatória.

Além do mais, as transfusões são caras e usam recursos humanos escassos. "A decisão para transfusão de sangue ou de produtos derivados do sangue, devem ser baseadas em uma cuidadosa avaliação, que indica que é necessária para salvar a vida ou para prevenir maiores complicações. Sangue que **não** foi obtido de doadores apropriadamente selecionados e/ou **não** foram apropriadamente examinados para agentes infecciosos **não** devem ser transfundidos, a não ser nos casos mais excepcionais de risco de vida."[2]

Recomendações para uso de transfusão sanguínea em casos de hemorragia e choque foram esquematizados, pela OMS, no *"Essential Elements of Obstetric Care at First Referal Level" (Elementos Essenciais de Assistência Obstétrica no Nível Primário).*[1] Conforme citado:

> A transfusão de sangue é freqüentemente indicada para reposição de volume no tratamento de hemorragia e choque. Se há ou não necessidade de transfusão para este propósito depende não somente do volume perdido, mas também da velocidade da perda e das condições físicas da mulher. Pacientes, em boa condição física, podem tolerar perdas sanguíneas a uma grau maior que uma

mulher com saúde mais débil. Por exemplo, uma perda de um litro pode ser tolerada muito bem por uma mulher saudável, enquanto uma perda tão pequena como 200ml de sangue pode ser facilmente fatal para uma mulher anêmica.

Reposição por transfusão de sangue **não** é necessária em todos os casos de perda sanguínea; expansores de volume plasmático, soluções de plasma seco e mesmo soro fisiológico (isotônico) são alternativas úteis.

Normas clínicas específicas para utilização de transfusão sanguínea e alternativas no seu uso no tratamento de hemorragia são descritas no *"Global Blood Safety Initiative: Guidelinas for the Appropriate Use of Blood" (Guia Para Uso Apropriado de Sangue: Iniciativa Global Para Sangue Sem Risco).*[2] Com relação às alternativas para utilização de sangue, esta referência sugere:

A quantidade de sangue perdido e as condições clínicas do paciente, avaliadas pela medida da pressão sanguínea, freqüência do pulso, pressão venosa central [se disponível] e fluxo de urina, determinarão a necessidade para, e a urgência, da reposição de volume san-guíneo. Geralmente, um adulto previamente saudável pode tolerar uma perda de até 20% de volume de sangue circulante [cerca de 1 a 1,5 litros] sem transfusão. Reposição do volume por substitutos de plasma será necessária para perdas entre 20% a 30% de volume de sangue circulante [cerca de 1,5 a 2 litros]. Transfusão de sangue será requerida também, quando a perda excede 30%, particularmente em pacientes com hemorragia maciça (mais de 50% de sangue perdido em menos de três horas).

Reposição inicial de volume (50ml/kg ou três vezes a perda san-guínea) deve ser com soluções, tais como a salina (isotônica) (0,156 mol/l ou 9 g/l). Soluções de Dextrose não são recomendadas.

Coloides sintéticos podem ser necessários para o tratamento de hemorragia contínua, particularmente se existirem sinais de choque hipotensivo. Gelatinas podem ser usadas em doses de até 50ml/kg, ou amido de Hidroxy-etil ou Dextran 70, em doses de até 20ml/kg, durante as primeiras 24 horas. Albumina ou fração de proteína plasmática podem também ser usadas, mas são caras.

Plasma não é a primeira escolha para reposição de volume devido ao risco de transmissão de infecções. Glóbulos vermelhos (como concentrados de hemáceas ou no sangue total) não estão indicados para reposição de volume, mas somente para melhorar a capacidade de liberação de oxigênio.

Componentes sanguíneos podem ser necessários para restauração da hemostasia (coagulação) em pacientes que tem hemorragia maciça.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Segurança, necessidade e vias de administração, são questões importantes para serem consideradas ao decidir **quando, o que** e **como** utilizar medicamentos para tratar a paciente.

Antes de fornecer medicamentos é sempre importante perguntar se a paciente alguma vez teve reações alérgicas com o remédio. Se positivo, procure um medicamento que é menos provável de causar uma reação alérgica.

A **via de administração** é uma decisão importante por razões de segurança e para conseguir a melhor maneira possível para tratar a condição. As opções de vias:

- endovenosa (EV)
- intramuscular (IM), ou
- pela boca (oral)

deve ser feita **antes** da decisão do medicamento específico, sendo que nem todos os remédios podem ser administrados pelas três vias.

Endovenosa (EV)

Esta via é preferida nas seguintes situações: choque, qualquer complicação com risco de vida que pode necessitar cirurgia urgente, e qualquer infecção séria (incluindo septicemia e choque séptico) resultante de um aborto incompleto.

Intramuscular (IM)

Esta via é aceitável quando a EV não for possível e se o medicamento prescrito somente pode ser aplicado por esta via; alguns medicamentos, entretanto, não são efetivos quando aplicados IM.

Via Oral

Não dê nenhum medicamento pela boca para uma mulher em choque o ou para uma mulher com lesão intra-abdominal (p. ex., perfuração uterina, necessitando cirurgia imediata porque ela pode vomitar e aspirar (inalar) o vômito. Esta via é aceitável **somente** nas seguintes situações:

- No caso de encaminhamento (mesmo com as condições acima), se o transporte tomar várias horas **e não** estiverem disponível medicamentos EV ou IM para aplicar antes do transporte, então antibióticos, via oral, ou drogas para dor, podem ser administradas à paciente, desde que **não** esteja em choque. Dê somente a quantidade de água para engolir o medicamento.

150

- se a paciente estiver equilibrada e apta para tomar fluídos pela boca.

ANTIBIÓTICOS

Antibióticos podem ser usados sempre que uma infecção estiver presente. Antibióticos podem salvar vidas nos casos de septicemia, choque séptico, lesão intra-abdominal e perfuração uterina. Quando não existem complicações com o aborto incompleto, nem sinais de infecção e a mulher está equilibrada, antibióticos **não** são necessários. É muito importante iniciar antibióticos antecipadamente, sempre que se suspeite ou esteja presente uma infecção; devem ser iniciados antes da cirurgia.

Administração endovenosa de antibióticos é preferível porque ajuda uma rápida liberação da droga nos tecidos infectados. Quando fluídos EV não estão disponíveis, a administração IM de antibióticos é aceitável. O fornecimento de antibióticos pela boca é aceitável se antibióticos EV ou IM não estão disponíveis e a mulher **não** está em choque, se a infecção é pequena, ou na tentativa de prevenir uma infecção (profilaxia).

Na maioria dos casos, os antibióticos de amplo espectro efetivos contra Gram-negativos, Gram-positivos, organismos anaeróbicos e Clamídia são preferíveis sendo que a identificação de um patógeno específico não é possível em muitas situações e porque múltiplos patógenos podem estar presentes. Antibióticos devem ser dados em combinação para chegar a uma ampla cobertura. Os antibióticos recomendados, e suas dosagens, estão listados nas **Tabelas B-2, B-3 e B-4**. Mais de uma alternativa de combinação de antibióticos são apresentadas, em uma ordem de preferência. Se um antibiótico específico não existir ou a paciente é alérgica ao mesmo, utilize uma das outras combinações recomendadas.

Tabela B-2
Terapêutica Antibiótica para Aborto Infectado

Antibiótico	Dosagem	Comentários
Ampicilina	1g. EV cada 4 horas ou 500mg via oral cada 6 horas	Bom antibiótico de amplo espectro; barato
Benzil-penicilina	10 milhões de unidades EV cada 4 horas	Poucos efeitos colaterais graves; efeito limitado para cocos Gram-positivos e Gonorréia (se não resistente)
Cloranfenicol	1g EV cada 6 horas	Útil na presença de septicemia; deve ser possível controlar a contagem sanguínea para observar anemia
Gentamicina	1,5 mg/kg/dose EV ou IM cada 8 horas	Efetiva contra organismos Gram (-), como os da flora do trato gastro-intestinal (p. ex., E. coli)
Doxiciclina ou Tetraciclina	100mg. cada 12 horas (Não tome com produtos derivados do leite ou antiácidos.)	Adequado para ambos organismos Gram (+) e Gram (-), incluíndo clamídia; pode substituir ou ser usado juntamente com ampicilina; bom em combinação com metronidazol
Metronidazol	1g EV cada 12 horas ou 500mg, via oral, cada 6 horas	Boa cobertura para Gram (-) e anaeróbicos; pode ser usado em combinação com ampicilina, doxicilina; uma alternativa para clinclamicina; barato e geralmente disponível; administração via oral alcança níveis sorológicos equivalentes a administração EV

Nota:

- Penicilina (ou ampicilina), gentamicina e metronidazol são mais geralmente usados juntos, como tratamento de amplo espectro, para pacientes com septicemia infecciosa severa, de origem pélvica.
- Cloranfenicol freqüentemente está disponível quando outras dogas não estão. É efetivo em combinação com Penicilina e ampicilina.
- Quando iniciada, a terapia intravenosa deve continuar até que a paciente esteja sem febre, pelo menos por 24 horas, sendo preferível 48 horas. Se não ocorrer resposta em 24 horas, o antibiótico(s) deve ser substituído
- Quando a recuperação progride, a terapia EV deve ser acompanhada pela medicação via oral. Geralmente tetraciclina (500mg, via oral, 4 vêzes ao dia) ou doxiciclina (100mg, via oral, 2 vêzes por dia, recomendando-se por 10 a 14 dias. Reações alérgica às tetraciclinas são muito raras. Algumas pacientes com tetraciclina podem desenvolver uma alergia quando a pele é exposta ao sol.

Tabela B-3
Esquemas de Combinação de Antibióticos para Pacientes Internados (Em ordem de Preferência)

Ceftriazona ou Ciprofloxacina ou Spectinomicina	**com**	Gentamicina ou Metronidazol
Doxiciclina	**com**	Metronidazol
Penicilina	**com**	Cloranfenicol

Tabela B-4
Terapêutica Antibiótica Ambulatorial

Antibiótico	Dose Oral	Comentários
Ceftriazona ou Ciprofloxanin ou Spectinomycin	250 mg - dose oral única 500 mg - dose oral única 2 g - dose oral única	Cobertura para gonorréia e cobertura geral de amplo espectro Cobertura para gonorréia e cocos Gram (+)
MAIS um dos seguintes:		
Doxiciclina ou Tetraciclina ou Cotrimozazol	100 mg oral, duas vezes ao dia, por 10 a 14 dias 500 mg oral, 4 vêzes ao dia por 10 a 14 dias 2 tabletas orais, duas vêzes ao dia, por 10 dias	Boa cobertura para clamídia; barato Boa cobertura para clamídia; barato Boa cobertura de amplo espectro; barato

MANEJO DA DOR

Muitas mulheres com complicações pós aborto tem dores e necessitam medicação imediata e efetiva para dor. Para selecionar a medicação terapêutica apropriada para dor, se deve considerar a condição atual, a ocasião oportuna, a via de administração e as precauções para cada medicação.

Avalie as condições da mulher antes de escolher e aplicar analgésicos. Esta medicações, se fornecidas antes do exame, podem mascarar os sintomas (dor, febre) que são essenciais para um diagnóstico correto.

Evite uma super sedação porque pode deixar a paciente incapacitada também para responder perguntas. Além do mais, a super sedação pode mascarar sintomas que são essenciais para o diagnóstico. Qualquer narcótico pode deprimir a respiração, o que pode ser fatal; assim, pacientes que estiverem sobre tratamento de narcóticos devem ser observados atentamente, para que seja identificada uma diminuição ou parada da respiração. Isto é particularmente verdadeiro em pacientes já doentes e que estão em fase inicial de choque. É essencial considerar o tempo de trânsito e as condições de transferência dos pacientes encaminhados. Evite o uso de narcóticos se a transferência se realizará sem a supervisão médica adequada para atender uma depressão respiratória. A dosagem deve ser selecionada para providenciar um controle adequado da dor durante a transferência, mas não

153

deve interferir com a capacidade da paciente de responder perguntas. Também não deve mascarar os sintomas que serão necessários para um diagnóstico correto da paciente ao chegar no centro de referência.

Drogas anti-inflamatórias não esteróides (DAINE), que incluem Ibuprofen e aspirina, são freqüentemente utilizadas para tratar a dor. Evite utilizar DAINE até que o diagnóstico esteja realizado porque estas drogas podem interferir com a capacidade de coagulação do sangue. É também importante considerar as precauções para administração de medicamentos orais e medir e registrar a temperatura da mulher antes de dar estas medicações. Em caso de que necessite somente AMIU, DAINE são recomendados para aliviar a dor de cólicas uterinas, **sem** piorar o sangramento.

A medicação para dor é freqüentemente acompanhada pelo uso de sedativos, como Diazepan. Enquanto estas combinações oferecem ambas, sedação e analgesia (alívio da dor), elas também **aumentam** o risco de depressão respiratória. Assim, tal combinação deve ser usada unicamente quando necessária e evitada se a paciente vai ser transferida.

Para um discussão detalhada de **anestésicos, analgésicos** e **sedativos** e suas recomendações no uso de AMIU, dosagens e via de administração, veja **Anexo E**.

TÉTANO

Mulheres que se apresentam com complicações pós-aborto podem sofrer o risco de desenvolver tétano. Poucas mulheres estão completamente imunizadas contra tétano; em 1986, somente 16% de mulheres grávidas, em países em desenvolvimento, tinham proteção adequada.[3]

Qualquer evidência de que a paciente teve trauma no trato genital (vulva, vagina ou útero), que pode ter sido contaminada com sujeira ou fezes, ou praticou um aborto no qual foram utilizados instrumentos sujos, necessita uma atenção cuidadosa para questões de tétano. Embora a informação de um aborto, com risco, na mulher seja importante, inicialmente ela poderá não desejar falar sobre isso (veja **Capítulo 2**).

Um primeiro passo para prevenir o surgimento de tétano é a limpeza cuidadosa da ferida, drenagem de pus e remoção meticulosa de material estranho e tecido lesado ou morto. Isto reduz a probabilidade de que o *C. Tetani*, que é a bactéria que causa o tétano, esteja apta para crescer.[4] Iniciar antibióticos é também essencial para minimizar o crescimento bacteriano. Penicilina ou metronidazol podem ser usados.

Recomendações específicas para prevenção de tétano depende da história de imunização da paciente e da severidade da ferida. A seguir, são descritas condutas gerais:

- Se a paciente **recebeu** uma série completa de imunização, dentro dos últimos 10 anos, e tem uma ferida limpa, pequena, não serão necessários outros tratamentos. Se a lesão é típica de tétano (p. ex., isto é, contaminada com sujeira ou fezes, causada por feridas localizadas ou queimaduras), a dosagem de toxóide tetânico deverá ser administrada (0,5 ml IM) e globulina humana imune ao tétano (GIT) ou antitoxina também pode ser aplicada, se disponível.

- Se a paciente **não** recebeu série completa de imunização nos últimos 10 anos ou não está segura do seu estado de imunização, o toxóide tetânico deve ser administrado para qualquer ferida e GIT no caso de casos típicos, se disponível. Quando o toxóide tetânico e GIT ou antitoxina são aplicados ao mesmo tempo, é importante usar seringas separadas e diferentes locais de administração.

DIURÉTICOS Administre diuréticos **somente** se existir evidência de insuficiência cardíaca e edema pulmonar, e **somente** se tratado por um/a provedor/a competente, e **somente** com um seguimento cuidadoso das condições da paciente. A paciente deve estar cateterizada, fluxo urinário controlado, medido e registrado cada hora, e cuidados devem ser tomados para equilibrar o uso de diuréticos, com a contínua administração de fluídos EV. O diagnóstico pode ser confirmado pelo raio-X, e progressos podem ser confirmados através de outras radiografias.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde: *Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment*. Genebra, OMS, 1994.

2. Organização Mundial da Saúde: *Global Blood Safety Initiative: Guidelines for the Appropriate Use of Blood*. Genebra, OMS, 1989.

3. Organização Mundial da Saúde: *Prevention of Neonatal Tetanus Through Immunization*. Genebra, OMS, 1986.

4. Mandell GL et al (eds): *Principles and Practice of Infectious Diseases*, 2nd ed. New York, Churchill Livingstone, 1990.

ANEXO C

MODELO DE FORMULÁRIO PARA REFERÊNCIA: COMPLICAÇÕES PÓS-ABORTO†

O profissional da saúde responsável (provedor de serviços) deverá completar este formulário para qualquer paciente que é transferido para tratamento de complicações pós-aborto. O formulário deve acompanhar a paciente ao centro de referência.

Informação da Paciente

Nome:
Data da Admissão: Hora da Admissão:
Diagnóstico:

História (Descreva dados relevantes da história reprodutiva da paciente, incluindo o número de gravidezes, partos, etc.)

Condições Clínicas (sinais vitais, achados do exame físico/pélvico)

Tratamento Inicial (Fluídos, drogas prescritas, ações para controlar sangramento; qualquer outro iniciativa médica tomada)

Avaliação das Condições da Paciente/ Outras Informações

Profissional da Saúde (letra de forma)	Local (hospital, clínica)
Assinatura	Data

† *Adaptado de*: Organização Mundial da Saúde: "Clinical Management of Abortion Complications: A practical Guide", Genebra, OMS, 1994.

ANEXO D

PROCESSAMENTO DE LUVAS CIRÚRGICAS†

O risco de reutilizar luvas cirúrgicas é que luvas já processadas contém mais rasgos invisíveis do que as novas e assim, oferecem menos proteção para quem as usa. O processamento pela autoclave (esterilização) e desinfecção de alto nível (por vapor ou fervura) das luvas, quando realizado corretamente, pode oferecer um produto de alta qualidade; e **luvas duplas** podem ser usadas para procedimentos de alto risco. Assim, o processamento de luvas constitui uma **reutilização apropriada de itens descartáveis.**

COMO DESCONTAMINAR E LIMPAR LUVAS CIRÚRGICAS ANTES DA ESTERILIZAÇÃO OU DESINFECÇÃO DE ALTO NÍVEL (DAN)

PASSO 1: Antes de remover as luvas sujas, submerja as mãos, rapidamente, em um recipiente com solução clorada a 0,5% (ou outro desinfetante disponível no local).

PASSO 2: Tire as luvas, virando-as de dentro para fora, coloque dentro da solução clorada, por 10 minutos. (Realizando os **Passos 1 e 2** se assegura que ambas as superfícies das luvas estão descontaminadas.)

PASSO 3: Lave as luvas em água com sabão, limpando por dentro e por fora.

PASSO 4: Enxague as luvas com água limpa até não existir mais sabão ou detergente remanescente. (Sabão ou detergente residual podem interferir com a esterilização subseqüente ou DAN.)

PASSO 5: Procure furos nas luvas inflando-as e mantendo-as embaixo da água. (Bolhas de ar aparecerão se existirem furos.)

PASSO 6: Seque as luvas gentilmente por fora e por dentro antes dos procedimentos de esterilização ou DAN. (Luvas que permanecem úmidas por longos períodos de tempo absorvem água e ficam pegajosas.)

PASSO 7: As luvas que serão esterilizadas a vapor devem ser empacotados antes do processamento.

> **Nota**: As luvas devem ser desprezadas depois de serem processadas três vêzes porque podem ocorrer rasgaduras invisíveis com o uso e o reprocessamento. [1,2]

† *Adaptado de*: Tietjen L, Cronin W e McIntosh N: Prevenção de Infecções para Serviços de Planejamento Familiar. Baltimore, Maryland, JHPIEGO, 1993.

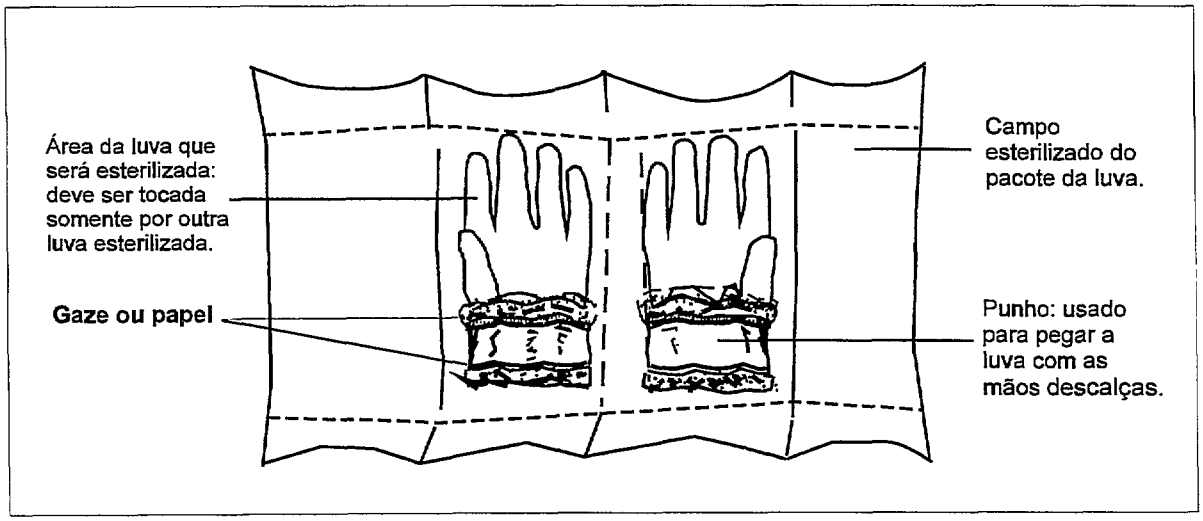
157

COMO ESTERILIZAR LUVAS CIRÚRGICAS

Após a descontaminação, limpeza e secagem, as luvas devem ser empacotadas antes da esterilização por autoclave. Primeiro, os punhos devem ser dobrados, pois assim após a esterilização, as luvas podem ser colocadas sem contaminá-las. A seguir, coloque gaze ou papel dentro de cada luva e sob a dobra do punho e embrulhe como no **Quadro D-1**. (Não amarre fortemente os pacotes de luvas e nem com tiras de borracha.) Finalmente, coloque os pacotes de luvas em uma cesta com arame nos lados para permitir uma ótima penetração do vapor. (Com as luvas empilhadas a penetração do vapor sob os punhos será mais fraca.) Processar pela autoclave a 121°C (250°F), por 30 minutos, e a uma pressão de 106 kPa (15 lb/pol^2).

Lembre-se: Altas temperaturas e pressões destróem as luvas.

Quadro D-1. Preparando as Luvas para Autoclave (esterilização a vácuo)



Fonte: Escritório de Sudeste Asiático/Organização Mundial da Saúde, 1988.[3]

Imediatamente após o autocalve, as luvas ficam extremamente friáveis e rasgam com facilidade. As luvas **não** devem ser usadas por 24 a 48 horas, para pemitir que a elasticidade seja restaurada e para prevenir que fiquem pegajosas (**Tabela D-1**).

Tabela D-1
Sugestões para Ajudar a Evitar Problemas com Luvas

Causas Prováveis	Soluções Recomendadss
PROBLEMA: LUVAS PEGAJOSAS	
Sabão líquido ou detergente residuais	Reduza a quantidade de sabão líquido ou detergente utilizado quando se lava as luvas. Enxágüe as luvas pelo menos três vêzes em água limpa.
Aquecimento a altas temperaturas, por muito tempo	Use **30 minutos** de exposição para a esterilização, a 121° C (250° F) e retire as luvas do esterilizador logo que o ciclo termine.
Luvas esterilizadas com outros materiais	Esterilize as luvas separadamente
Não deixaram as luvas secarem completamente após o vapor	Use "úmidas" dentro de 30 minutos ou deixe secar por 4 a 6 horas antes do uso
Pouco talco	Use talco absorvente para luva e siga as instruções do fabricante para assegurar uma película de talco em todas as superfícies.
Superfície das luvas se tocam	Chumaços de gaze ou papel devem ser colocados entre a palma e o dorso da mão de cada luva e entre a mão da luva e o punho dobrado para trás. Isto permite que o vapor entre em contacto com todas as superfícies durante a esterilização e evita que as superfícies se toquem.
Deterioração (quebra) da borracha (látex) (Luvas de borracha se deterioram quando estocadas embora não tenham sido usadas. Elas se tornam moles, pegajosas e inutilizáveis.)	Guarde em uma área seca e fresca.
PROBLEMA: RASGOS E RUTURAS EXCESSIVAS	
Luvas utilizadas muito rapidamente depois da esterilização	**Não** use as luvas antes de 24 a 48 horas depois da esterilização. Isto permite que as luvas ganhem novamente a elasticidade antes do uso.

Fonte: Tomlinson, 1991.[4]

COMO DESINFETAR LUVAS CIRÚRGICAS A ALTO NÍVEL

Após as luvas terem sido descontaminadas e rigorosamente lavadas, elas estão prontas para DAN pelo vapor.[5]

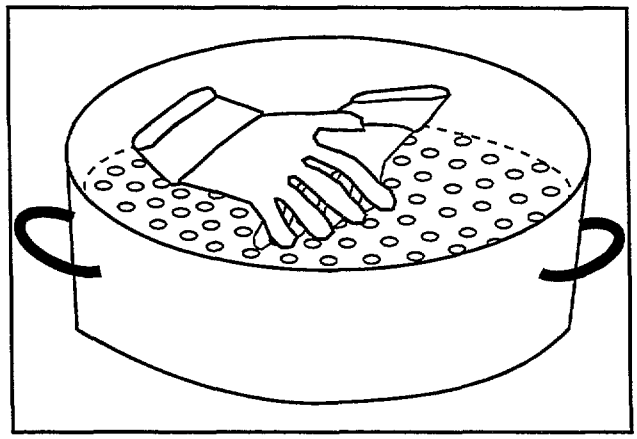
PASSO 1: Dobre os punhos das luvas de maneira que possam ser calçadas facilmente e sem contaminar após a DAN.

PASSO 2: Coloque as luvas em um recipiente com furos na base. Para removê-los mais facilmente, os punhos devem estar dobrados para fora, em direção às bordas da panela **(Quadro D-2)**.

159

Cinco a quinze pares podem ser colocados em cada panela, dependendo do tamanho (diâmetro do panela).

Quadro D-2. Luvas na Panela a Vapor



Fonte: Tietjen, Cronin e McIntosh, 1993.

PASSO 3: Repita este processo até que três panelas a vapor estejam com luvas. Coloque as panelas de vapor cheias no tôpo do recipiente que contém água para ferver. Uma segunda panela (vazia), sem furos, deve ser colocada na mesa próxima da fonte de calor (veja **Passo 9**).

PASSO 4: Coloque a tampa na panela e deixe a água ferver até a completa ebulição. (Quando a água começa a ferver, pouco vapor é formado e a temperatura pode não estar suficientemente alta para eliminar microorganismos.)

Lembre-se: Esteja seguro de que existe suficiente água no fundo da panela durante **todos** os 20 minutos de vaporização.

PASSO 5: Reduza o calor de maneira que a água continue a ferver a um ponto de ebulição. (Quando a água ferve muito violentamente, ela evapora rapidamente e desperdiça combustível.)

PASSO 6: Quando o vapor começa a sair entre as panelas, começe a cronometrar o tempo ou marcar o tempo no relógio e marque o tempo no registro DAN.

PASSO 7: Vaporize as luvas por 20 minutos.

PASSO 8: Remova a panela de vapor de cima e coloque uma tampa na panela que ficou na pilha. Retire o excesso de água das luvas que foram retiradas da panela, agitando-as gentilmente.

160

PASSO 9: Coloque a panela contendo as luvas na segunda panela (vazia) (veja **Passo 3**). Repita até que todas as panelas contendo luvas estão recolocadas nesta panela vazia. (Este passo permite que as luvas esfriem e sequem sem serem contaminadas.)

Lembre-se: Não coloque as panelas contendo as luvas na superfície da mesa, balcão ou outra superfície, pois as luvas serão contaminadas.

PASSO 10: Deixe as luvas secarem ao ar, na panela de vapor (4 a 6 horas), antes de usar. †† Luvas que foram removidas da(s) panela(s) de vapor para serem usadas "úmidas", mas que não foram usadas durante a sessão clínica, devem ser reprocessadas antes do uso.

PASSO 11: Usando uma pinça desinfetada a alto nível, transfira as luvas secas para um recipiente seco e desinfetado de alto nível ††† com uma tampa. Guarde até uma semana. (Luvas podem também ser guardadas na pilha de panelas cobertas.)

COMO DESINFETAR A ALTO NÍVEL LUVAS CIRÚRGICAS PELA EBULIÇÃO

Embora a fervura desinfete luvas de maneira efetiva, é difícil secá-las sem contaminá-las. Assim, a fervura de luvas cirúrgicas deve ser feita **somente** se as luvas forem utilizadas imediatamente (p. ex., isto é, usa-se "úmidas" após a fervura e esfriamento).

Depois que as luvas cirúrgicas foram descontaminadas e rigorosamente lavadas, elas estão prontas para a DAN, pela ebulição, por 20 minutos.

PASSO 1: Coloque as luvas em uma sacola de plástico ou rede de nylon.

PASSO 2: Coloque um peso na sacola de maneira que todas as luvas e a sacola estejam pelo menos a 2,5 cm. (1 polegada) abaixo da superfície da água.

PASSO 3: Feche a tampa da panela e levando a água a uma total **ebulição borbulhante**. (Quando a água somente ferve, a temperatura na superfície pode não ter chegado suficientemente elevada para matar microorganismos.)

†† Alternativamente, deixe as luvas esfriarem por 5 a 10 minutos antes de usá-las "úmidas". As luvas devem ser usadas dentro de 30 minutos, se possível. Após este tempo, os dedos das luvas começam a pegar uns aos outros e as luvas são difíceis de colocar, apesar de estarem úmidas. Luvas que foram removidas da panela de vapor para serem usadas "molhadas", mas não foram utilizadas durante a sessão clínica, devem ser reprocessadas.

††† Para preparar um recipiente desinfetado a alto nível ferva (se for pequeno) ou encha um recipiente de plástico com solução clorada a 0,5% e deixe de molho por 20 minutos. (A solução clorada pode ser transferida para outro recipiente e ser reutilizada.) Enxágüe a parte de dentro rigorosamente com água fervida e deixe secar ao ar.

PASSO 4: Reduza o calor de maneira que a água continue a ferver a um ponto de ebulição. (Quando a água ferve muito violentamente, ela evapora rapidamente e desperdiça gás.)

Lembre-se: Esteja seguro que existe suficiente água na panela para cobrir **completamente** os itens durante os 20 minutos de fervura.

PASSO 5: Quando a ebulição borbulhante inicia, cronometre o tempo ou anote a hora do relógio e marque no registro DAN. **(Nenhum objeto ou água deverá ser adicionado após o início da marcação do tempo.)**

PASSO 6: Ferva a água por **20 minutos.**

PASSO 7: Após ferver a água por 20 minutos, remova as luvas com uma pinça seca **desinfetada de alto nível**. (Nunca deixe os objetos fervidos na água que parou de ferver. Como a água resfria e o vapor condensa, ar e partículas de poeira entram no recipiente e podem contaminar as luvas.[6])

PASSO 8: Deixe o excesso de água escorrer das luvas (agite a sacola gentilmente). Coloque a sacola em um recipiente desinfetado de alto nível, cubra-o e deixe esfriar (cerca de 5 a 10 minutos) antes do uso.

PASSO 9: Use luvas desinfetados a alto nível para desamarrar a sacola. Remova as luvas do recipiente usando pinças desinfetadas a alto nível. Luvas que são usadas "úmidas" podem estar mais fracas e esticam menos (menos elásticas). Assim, coloque as luvas "molhadas" muito cuidadosamente.

Nota: Após a fervura as luvas devem ser usadas dentro de 30 minutos, se possível. Após este tempo os dedos das luvas grudam e as luvas são difíceis de colocar apesar de estarem úmidas.

PASSO 10: Luvas que permanecem na sacola (não usadas) no final da sessão clínica devem ser reprocessadas. Elas não secarão completamente (dentro e fora).

CONTAMINAÇÃO ACIDENTAL DE LUVAS ESTERILIZADAS OU DESINFETADAS DE ALTO NÍVEL

Existem muitas maneiras de contaminar luvas cirúrgicas esterilizadas ou desinfetadas a alto nível:

- rasgando ou furando a luva,
- tocando qualquer objeto não esterilizado com a luva estéril, ou

162

- tocando a parte de fora de uma luva esterilizada com a mão sem luva.

Os provedores de serviços que usam luvas esterilizadas ou desinfetadas a alto nível devem tomar cuidado para **não** contaminar as mãos enluvadas inadivertidamente por tocarem objetos não esterilizados, pele não preparada ou mucosas.

RECOLOCANDO AS LUVAS APÓS A CONTAMINAÇÃO

Para recolocar a luva após contaminação durante um procedimento:

- Remova a luva contaminada pelo punho, e coloque em uma solução clorada para descontaminação (se for reusá-la) ou em recipiente de lixo.

Luva Esterilizada

- Peça a enfermeira circulante ou o técnico para abrir o pacote de luvas esterilizadas, colocando o pacote de luvas sobre uma superfície limpa.

- Ponha a luva de reposição da maneira usual.

Alternativamente:

- Peça a enfermeira da área de escovação ou o técnico para abrir o pacote de luvas esterilizadas, remova a luva estrilizada e segure a luva aberta pelo punho. Enfie a mão dentro da luva sem tocar a parte externa da luva.

- Ajuste a luva depois que a enfermeira ou o técnico soltar o punho.[7]

- Remova a luva contaminada pelo punho, e coloque em uma solução clorada para descontaminação (se for reutilizá-la) ou em um recipiente para **lixo**.

Luva Desinfetada a Alto Nível

- Peça a enfermeira circulante ou o técnico para pegar a luva de reposição com uma pinça desinfetada a alto nível.

- Peque a luva de reposição pelo punho dobrado e coloque a luva da maneira usual.

Alternativamente:

- Peça a enfermeira ou o técnico para remover a luva de reposição do recipiente desinfetado a alto nível com pinça e mantenha a luva aberta pelo punho. Enfie a mão dentro da luva sem tocar as partes externas da mesma.

REFERÊNCIAS

1. Bagg J, Jenkins S e Barker GR: A Laboratory Assessment of the Antimicrobial Effectiveness of Glove Washing and Re-use in Dental Practice. *Journal of Hospital* Infection 15(1): 73-82, 1990.

2. Martin MV et al: A Physical and Microbial Evaluation of the Re-use of Non-sterile Gloves. *British Dental Journal* 165(9): 321-24, 1988.

3. Repartição do Sudeste Asiático (SEARO)/Organização Mundial da Saúde: *A Manual on Infection Control in Health Facilities.* SEARO Regional Health Papers No. 18, New Delhi, 1988.

4. Tomlinson M: Personal reference. Ede, Pennsylvania, Chosen Mission Project, 1991.

5. McIntosh N et al: Practical Method for High-Level Disinfection of Surgical Gloves. *American Public Health Association Annual Meeting,* Session 2285. Washington, D.C., October 31-November 4, 1994.

6. Perkins JJ: *Principles and Methods of Sterilization in Health Sciences.* 2nd ed. Springfield, Illinois, Charles C Thomas, 1983.

7. Sorensen KC e Luckman J: *Basic Nursing: A Psychophysiologic Approach,* pp. 934-938. Philadelphia, Pennsylvania, WB Saunders Co, 1979.

ANEXO E

USO DE MEDICAMENTOS PARA DOR

TIPOS DE MEDICAÇÃO

Existem três categorias de medicamentos para terapêutica da dor: **anestésicos, analgésicos** e **sedativos**. Os efeitos de cada tipo de medicação são os seguintes:

Anestésicos (local, regional e geral) entorpecem todas as sensações.

Anestésicos Gerais fazem com que a paciente fique completamente inconsciente. Exemplos incluem halotano e éter.

Anestésicos Regionais (raquidiano ou epidural) permite a paciente permanecer acordada mas com todas as sensações bloqueadas abaixo de um ponto específico da coluna vertebral. Exemplos incluem Lidocaína e Clorprocaína.

Anestésicos Locais bloqueiam a dor em pequenas áreas do corpo pela injeção de uma droga no tecido mole que circunda terminações nervosas. (Veja **Capítulo 5** para uso do bloqueio paracervical para AMIU.)

Analgésicos não narcóticos reduzem a sensação de dor na coluna vertebral e cérebro. Os narcóticos, um tipo de analgésico, induz ao estupor como também bloqueia a transmissão da dor. Analgésicos podem ser usados para dores moderadas à severas e podem ser administrados oralmente ou por injeção intramuscular (IM) ou endovenosa (EV). Exemplos incluem morfina, meperidina e Paracetamol®.

Sedativos deprimem as funções do sistema nervoso central mas **não** reduzem a dor. Eles são usados para reduzir a ansiedade, produzir calma, relaxar músculos e promover o sono. Exemplos incluem o diazepam e o midazolam.

ANALGESIA

Analgesia pode aliviar o desconforto cervical e pélvico, associado com o tratamento do aborto por AMIU. Analgésicos são usados em combinação com anestesia local para reduzir a dor. Considerando que o bloqueio paracervical não alcança nervos principais do útero, que estão em posição alta na pélvis, ele **não** influe na dor de cólicas uterinas; os analgésicos reduzem esta dor. O analgésico mais apropriado e via de administração para utilizar vai depender da determinação da severidade da dor e das instalações disponíveis. Em muitas situações a administração oral ou IM é apropriada; entretanto, a administração EV pode ser mais recomendada, particularmente se a paciente está recebendo fluídos EV devido a uma condição pré-existente, ou se está sentido dor forte. A administração endovenosa necessita seguimento constante devido às reações adversas que podem ocorrer em relação a outras vias (vide **Anexo B**).

Analgésicos orais, como ibuprofen ou o acetaminofen (com ou sem codeína) são apropriados quando se espera uma dor moderada. O procedimento de AMIU não deve ser iniciado até que a droga tenha efeito. Para drogas administradas via oral o tempo é de pelo menos 30 a 60 minutos.

Uma droga anti-inflamatória não esteróide (DAINE), como o ibuprofen pode ser efetiva na diminição da sensação de espasmos uterinos. DAINE tem demonstrado que pode reduzir a sensação de dor durante e imediatamente depois do procedimento de AMIU.[1] DAINE pode ser combinado com narcóticos para produzir um efeito analgésico adicional, de maneira a permitir o uso de uma dose mais baixa de narcóticos, para alcançar um alívio similar da dor.[2]

Narcóticos como a meperidina ou a codeína são indicados para dores moderadas a severas.[†] Quando a paciente recebe um narcótico, entretanto, sua recuperação deve ser cuidadosamente seguida devido ao risco de depressão respiratória.[††] Além do mais, os clínicos devem estar cientes sobre os efeitos mais fortes dos narcóticos em pacientes crônicos ou naqueles que sofreram significativas perdas de sangue.

Se são esperadas dificuldades na dilatação cervical, está indicada a analgesia parenteral. Outros agentes, como a anestesia local ou sedativos, podem ser usados em combinação com analgesia EV ou IM. [†††]

A injeção IM deve ser aplicada 30 minutos antes do procedimento para permitir que a droga tenha efeito; infusão EV é efetiva quase que imediatamente. (Veja **Tabela E-1** para dosagem e informações para administração.) Pessoal treinado e retaguarda de emergência devem estar disponíveis com uso de analgesia EV ou IM.

[†] Morfina oral não é recomendada aqui, sendo que apresenta uma ação prolongada para um procedimento AMIU de curta duração.

[††] Instalações que têm narcóticos devem estar preparadas para tratar parada repiratória. Provedores treinados em ressuscitação cárdio-pulmonar (RCP), e uso de drogas antagonistas apropriadas (Naloxene® e flumazenil) e equipamento para ressuscitação devem estar disponíveis.

[†††] Ambos sedativos e narcóticos têm um efeito aditivo e podem aumentar o risco de depressão respiratória. Quando um sedativo está combinado com um narcótico, pode ocorrer parada repistratória com doses mais baixas do que se cada medicação fosse usada separadamente. Assim, quando se combinam estas medicações, o clínico deve selecionar as dosagens cuidadosamente e observar de perto qualquer sinal de depressão respiratória.

166

Complicações da Analgesia

Analgésicos não narcóticos, em doses únicas, raramente produzem complicações. Analgésicos narcóticos, entretanto, podem diminuir, e mesmo parar, a respiração. Se a paciente sente depressão respiratória severa, o clínico deve assistir sua respiração com bolsa de ventilação (Ambu) e oxigênio. (Ambos, Petidina® e Fentanyl® podem ser revertidos com Naloxene; 0,4 mg. EV.)

Tabela E-1
Drogas Analgésicas para AMIU

Tipo de Analgesia	Nome da Droga (genérico)	Dose usual e Tempo Oportuno	Duração do Efeito	Efeitos Colaterais Comuns	Comentários
Narcóticos	Demerol® Petidine† (meperidine)	25-50 mg. EV†† 50-100 mg. IM 30 minutos antes do procedimento 100-150 mg. via oral 30 a 60 minutos antes do procedimento	2 horas	Sono, tontura, fraqueza, euforia, boca seca.	Revertido com naloxone† 0,4 mg. EV. Dose oral de meperidine muito menos efetiva que a IM ou a EV.
Narcóticos	Sublimaze ® (fetanyl)	0,05-0,06 mg. EV††	30 a 60 minutos	Sono, tontura, fraqueza, euforia, boca seca.	Revertido con naloxene† como acima
Combinação de narcóticos	Paracetamol (acetaminofen com codeína)	300/30 mg. via oral 1 hora antes do procedimento	3 a 6 horas	Sono, tontura, fraqueza, euforia, boca seca.	
Não-Narcóticos (DAINE)	(Ibuprofen)†	400-800 mg. via oral 30 a 60 minutos antes do procedimento	Até 5 horas	Possível mal estar gastro-intestinal	Efeito anti-prosta-glandina
Não-narcóticos	Paracetamol (acetaminofen)†	500-1.000 mg. via oral 30 a 60 minutos antes do procedimento	Até 4 horas		

† Aparece na lista de drogas essenciais da Organização Mundial da Saúde.[3]

†† Todos os analgésicos aplicados endovenosamente devem ser administrados vagarosamente e em pequenas doses. Eles devem ser dados imediatamente antes de iniciar o procedimento, com consideração que seus efeitos, embora rápidos quando efetivos, não são imediatos, e em combinação são mais prováveis de produzirem efeitos colaterais (depressão respiratória). Pequenas doses repetidas adicionalmente é uma medida segura de administração destas potentes drogas para obtenção de seus efeitos importantes, sem encontrar efeitos colaterais problemáticos.

SEDATIVOS

Doses leves ou moderadas de sedativos, como diazepan, induzem ao relaxamento, reduzem o medo e diminuem a lembrança do procedimento. (Veja **Tabela E-2** para dosagens específicas.) São úteis quando a mulher está tendo dores severas ou ansiedade, mas por outro lado

167

está com condições físicas estáveis. Midazolam também altera a memória recente (tem um efeito amnésico), que pode ser benéfico.

Sedativos podem ser administrados via oral ou parenteral. É importante **não super-sedar** a paciente pois a sedação forte pode prolongar a recuperação e deprimir a função respiratória da paciente. Quando são administrados sedativos, especialmente o midazolam, endovenosamente, é importante aplicar pequenas dosagens durante vários minutos, enquanto realiza um seguimento constante das reações da paciente.

Ambos, diazepam e midazolam são sedativos efetivos. Midazolam tem uma ação rápida e de curta duração; assim, deve ser administrado imediatamente antes do procedimento, desde que esteja disponível uma droga "revertedora" (flumazenil) para uso de emergência. Diazepam pode ser uma boa escolha se a paciente necessita esperar algum tempo antes do tratamento.

Complicações dos Sedativos

As complicações de sedativos, como o Diazepam e Midazolam, incluem depressão respiratória. Quando combinado com narcóticos, a depressão respiratória pode ocorrer com baixas doses. Estas drogas podem ser revertidas com 0,2 mg de flumazenil (Mazicon ou Revertido) aplicado via endovenosa. Repita em 1 minuto se necessário. Apoio repiratório (oxigênio, vias respiratórias e equipamento para ressuscitação) devem estar disponíveis e providenciados se necessário.

Tabela E-2
Sedativos para Uso com Analgésicos e/ou Anestesia para AMIU

Tipo de Sedativo	Nome da Droga (Genérico)	Dose Usual e Horário	Duração do Efeito	Efeitos Colaterais Comuns	Comentários
Depressores do Sistema Nervoso Central: Benzodiazepin	Valium® (diazepam)†	5-10 mg EV†† 10 mg via oral 30 a 60 minutos antes do procedimento	2 horas	Visão turva, tontura, dor de cabeça, náusea, vermelhidão/ dor no local da inje-ção, insensibil-idade, formiga-mento/dor nas mãos ou pés	Reversão dos benzodiazepínicos podem ser conseguidas pelo flumazenyl (Mazicon® ou Reversed®) 0,2 mg. EV. Repita em 1 minuto se necessário. Diazepam tem um leve efeito amnésico.
	Versed® (midazolam)	0,5-1,0 mg. EV††	30 a 60 minutos	Visão turva, tontura, dor de cabeça, náusea, vermelhidão/ dor no local da injeção, insen-sibilidade, formigamento/d or nas mãos ou pés	Igual acima. Midazolam tem um moderado efeito amnésico.

† Aparece na lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde. [3]

†† Todos os analgésicos aplicados endovenosamente devem ser administrados vagarosamente e intermitentemente. Devem ser administrados imediatamente antes de iniciar o procedimento, considerando que seus efeitos, embora rápidos quando efetivos, não são imediatos, e em combinação são mais prováveis de produzirem efeitos colaterais. Pequenas dosagens repetidas é uma medida segura de administração destas potentes drogas para obtenção de efeitos importantes, sem encontrar efeitos colaterais problemáticos.

REFERÊNCIAS

1. Suprapto K e Reed S: Naproxen Sodium for Pain Relief in First-Trimester Abortion, American Journal of Obstetrics and Gynecology 150(8): 1000-1001, 1984.

2. Abramowicz M (ed): Drugs for pain. The Medical Letter on Drugs and Therapeutics 35, 1993.

3. Organização Mundial da Saúde. The Use of Essential Drugs, Fourth Report of the WHO Expert Committee. Genebra, OMS, 1990.

169

ANEXO F

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA AMIU

Instrumentos básicos e materiais de consumo necessários para realizar AMIU, incluem:

- Espéculo bivalvular (pequeno, médio ou grande)
- Tentáculo uterino ou pinça vulsellum
- Pinça de anel (Cheron) (2)
- Seringa de 10-20 ml e agulha tamanho 22 (para bloqueio paracervical)
- Instrumentos AMIU
    - seringas a vácuo AMIU, de vávula única ou dupla
    - cânulas flexíveis de diferentes tamanhos
    - adaptadores (no caso de seringa de vávula dupla)
    - silicone para lubrificar a seringa AMIU e anel
- Fonte de iluminação (para ver o colo e verificar o tecido)
- Chumaços de algodão /gaze
- Solução antisséptica (preferivelmente um iodato, como povidona de iodo)
- Luvas cirúrgicas esterilizadas ou desinfetadas à alto nível ou luvas para exames novas
- Luvas, domésticas
- Peneira (para inspeção do tecido)
- Lente simples de ampliação (4-6 X de potência) (opcional)
- Recipiente ou bacia transparente (para inspeção do tecido)

Os itens que devem estar a mão, mas não são requeridos para todos os procedimentos AMIU:

- Anestesia local (p. ex., lidocaína a 1%, sem epinefrina)
- Curetas, afiadas

- Dilatadores mecânicos em forma de "V" (Pratt [metal] ou Denniston [plástico])

A lista de medicamentos essenciais necessários para assistência de emergência pós-aborto deve estar disponível nos níveis primários e de referência e estão no **Anexo G**.

Móveis e Equipamentos

Antes de começar o procedimento AMIU, assegure-se de que os seguintes equipamentos e materiais estão na sala de tratamento e que funcionam:

- Mesa de exame com estribos
- Luz forte (p. ex., lâmpada ajustável)
- Cadeira ou banco para o clínico (opcional)
- Baldes de plástico para a solução de descontaminação (solução clorada a 0,5%)
- Recipiente a prova de furos para eliminação de resíduos contaminados
- Recipiente a prova de vazamentos para eliminação de lixo infectado

Para Desinfecção de Alto Nível ou Esterilização de Instrumentos

Estes itens devem estar disponíveis para processamento de instrumentos:

- Recipientes não de metal (plásticos)
- Detergentes
- Água limpa
- Solução clorada (solução concentrada ou pó seco)
- Desinfetante de alto nível ou agente esterilizante (opcional)
- Panela grande para fervura de cânulas (opcional)
- Estufa a vapor para vaporizar luvas cirúrgicas, cânulas e instrumentos cirúrgicos
- Autoclave (vapor) ou forno convencional (calor seco)

171

Para Ressuscitação de Emergência

Estes itens são raramente utilizados em casos de evacuação uterina, mas são necessários para a possibilidade de uso em emergências:

- Essência de Amoníaco (ampolas)
- Atropina
- Equipmaneto para infusão EV e fluídos (DSW ou D/S)
- Bolsa Ambu com Oxigênio (tanque com fluxômetro)
- Tubos orais para vias respiratórias

ANEXO G

MEDICAMENTOS ESSENCIAIS PARA ATENÇÃO PÓS-ABORTO DE EMERGÊNCIA†

ANESTÉSICOS, LOCAIS††

Atropina
Diazepam
Lidocaina, 1%, sem epinefrina

ANALGÉSICOS

Ácido acetil salicílico
Ibuprofen
Petidina (ou substituto apropriado)

ANTIBIÓTICOS

Antibióticos de amplo espectro, tais como:
- Ampicilina
- Benzyl-penicilina
- Penicilina cristalina
- Cloranfenicol
- Metronidazol
- Sulfametoxasol
- Sulfametoxasol-trimetropina
- Tetraciclina

DERIVADOS SANGUÍNEOS††

Plasma humano

ANTISSÉPTICOS

Clorexidina,††† 4% (Habitane, Hibiscrub)
Preparações de Iodo, 1-3%
Iodatos (Betadine)

DESINFETANTES

Hipoclorito de sódio, 5-10% (solução comercial de cloro)
Formaldeído, 8% (Formalina)
Glutaraldeído, 2% (Cidex)

TOXOIDE TETÂNICO††††

OCITÓCICOS††

Ergometrina, injeções
Ergometrina, tabletes
Ocitocina, injeções

SOLUÇÕES ENDOVENOSAS††

Água para injeções
Lactato de sódio (Ringer)
Glicose 5% e 50%
Glicose com solução salina isotônica (soro fisiológico)
Cloreto de Potássio
Cloreto de Sódio

---

† *Adaptado de*: Organização Mundial da Saúde, *Essential Obstetric Functions at First Level Referral*, Genebra, OMS, 1991.

†† Deve estar disponível em todos os estabelecimentos de nível secundário ou de referência.

††† Savlon, que contém clorexidina, não está mencionado uma vez que a concentração de clorexidina varía de país a país, desde valores pequenos como 1% até 4%. (Verifique o produto local para verificar a concentração aproximada antes do uso.)

†††† Imunoglobulina anti-tetânica D (humana) ou antitoxina, se disponível, deve ser proporcionada quando indicada.

ANEXO H

PRECAUÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA AMIU

No transcorrer da avaliação inicial, podem ser descobertas condições que indicam a necessidade de **postergar** o procedimento de AMIU, e **iniciar** outro tratamento antes de começar a AMIU ou a necessidade de **usar** uma técnica distinta para evacuar a cavidade uterina. As **precauções** e a **racionalidade** para cada uma destas condições são resumidas a seguir:

Condições	Precauções/Tratamento	Racionalidade
Choque (devido a hemorragia ou sepsia) • pulso fraco, rápido (>110) • baixa pressão sanguínea (diastólica < 60) • palidez (Hb < 7 g./dl.) • sudorese • respiração rapida (> 30) • ansiedade, confusão, inconsciência	Estabilizar a paciente: • **oxigênio** • **fluídos EV** • **antibióticos** (se existir sinais de choque séptico) • **trasnfusão de sangue** se necessária Postergar AMIU até que o tratamento de choque tenha começado). Realizar AMIU imediatamente após estabilizar as condições da paciente.	Choque é uma condição com risco de vida. Deve ser tratado e a paciente estabilizada antes de proceder oa AMIU.
Hemorragia vaginal severa • sangramento profuso vermelho brilhante, com ou sem coágulos • Modess, toalhas, panos, repletos de sangue • palidez (Hb < 7 g/dl)	Avaliar **todas** as causas de sangramento. Fontes de sangramento, outras que o PDC retido (p. ex., laceração vaginal/cervical, trauma vaginal, lesão intra-abdominal, perfuração uterina) devem ser primeiramente tratados. Se tecidos podem ser vistos na abertura cervical, remova-os. Evacue o PDC usando AMV depois que as condições da paciente estabilizaram.	Sangramento severo pode também ser devido a lesão intra-abdominal, laceração cervical ou vaginal, ou perfuração uterina, e pode ter risco de vida. Algumas vezes o simples ato de remover tecidos permitirá que o útero se contraia e diminua o sangramento.
Lesão intra-abdominal (incluíndo suspeita de gravidez ectópica ou existência de perfuração uterina) • abdomen distendido • diminuição dos ruídos intestinais • abdomen rígido em tábua (tenso e duro) • descompressão brusca dolorosa • náusea, vômitos, dor, febre, dor abdominal, cólicas	Avalie e trate a lesão intra-abdominal imediatamente (fluídos EV, antibióticos e transfusão sanguínea no caso de sinais de choque). Realize cirurgia (laparoscopia ou laparotomia se necessário). Evacue o POC usando AMV depois que as condições da paciente foram restabelecidas.	Um abdômen rígido ou fortes dores abdominais agudas indicam a possibilidade de séria lesão intrabdominal e necessita de avaliação cirúrgica imediata.

Condições	Precauções/ Tratamento	Racionalidade
Aborto séptico (infecção localizada ou generalizada desde o aborto) • calafrios ou sudorese • febre (>38°C.) • corrimento vaginal purulento (como pus) ou mal cheiroso • abdômen distendido • descompressão brusca dolorosa • história de aborto em condições de risco • dor abdominal • sangramento prolongado • desconforto generalizado; sintomas de gripe	Dê **antibióticos** (preferivelmente endovenosos) e fluídos EV. Se existir a possibilidade de exposição ao tétano e não está seguro sobre a história de vacinação da paciente, dê **toxoide tetânico ou anti-toxina tetânica**. Evacuar PDC usando AMIU assim que for estabelecida a cobertura com antibióticos.	Infecção/sepsia (tétano e gangrena), choque séptico, septicemia e peritonite podem desenvolver devido a retenção de PDC. Estas infecções podem causar risco de vida e devem ser tratadas imediatamente. Realizar a AMIU sem antes iniciar o tratamento com antibióticos pode piorar a infecção.
História Clínica		
História de problemas sanguíneos que podem levar a coagulopatias (sangramento excessivo)	AMIU deve ser realizada com extremo cuidado e onde existe completa instalação retaguarda de emergência, incluindo sangue fresco e produtos de fatores sanguíneos.	O sangramento potencial excessivo durante e após a AMIU exige que esteja disponível imediatamente completa instalação de emergência de retaguarda.
Anemia severa (Hb < 7 gm/dl)	Realizar a AMIU com grande cuidado onde instalações de retaguarda de emergência estão disponíveis, especialmente fluídos EV e possibilidade de expansores de plasma.	O sangramento potencialmente resultante da AMIU pode piorar a anemia, conduzindo ao choque.
Exame Físico/Pélvico		
Tamanho uterino maior que a história DUM	Revisão da história para possíveis causas de discrepância de tamanho. Repita o exame pélvico depois que a paciente esvaziou a bexiga. Esteja seguro que o volume não é devido a massas anexais ou retais. Consiga um/a provedor/a mais experiente para examinar a paciente. Proceda com cuidado e onde existam disponíveis instalações com emergência completa de retaguarda.	Pode indicar que a gravidez está mais avançada que a história DUM, gravidez gemelar, gravidez molar (doença trofoblástica), cavidade uterina cheia de coágulos sanguíneos (síndrome pós-aborto) ou fibromas uterinos.

Condições	Precauções/ Tratamento	Racionalidade
Dúvida quanto ao tamanho uterino	Se existir dúvida quanto ao tamanho uterino, proceda como se o útero fosse **maior** do que a história indica. Sugestões para ter uma melhor avaliação do tamanho uterino: • Um útero retrovertido pode ser melhor avaliado pelo exame retovaginal. • Um avaliador mais experiente pode oferecer uma melhor medição. • Se disponível, ultrasom pode oferecer uma avaliação precisa do tamanho uterino.	A potencialidade para sangramento excessivo e a habilidade clínica necessária, aumentam com o tamanho uterino. É imperativo que o/a clínico/a que executa a AMIU esteja tão certo/a quanto possível sobre o tamanho uterino antes de iniciar o procedimento.
Fibromas uterinos	Se os fibromas uterinos tornam impossível avaliar o tamanho do útero, realizar a AMIU com extremo cuidado. Devem estar disponíveis instalações completas de emergência. Veja acima "**Incerteza sobre o tamanho uterino**"	Quando fibroma está presente o risco de evacuação incompleta aumenta. É importante que esteja disponível completa emergência de retaguarda.
Tamanho uterino pelo exame pélvico além do primeiro trimestre (baseado em semanas DUM)	Esteja seguro que instrumentos e pessoal capacitado estão presentes quando evacua um útero grande. Isto pode necessitar cânulas grandes ou grandes curetas/pinças, capazes de remover placenta/segmentos fetais retidos.	Quando existir uma gestação maior do que o primeiro trimestre, o equipamento para aspiração simples a vácuo poderá **não** ser suficiente para uma segura e eficiente remoção do PDC retido.

ANEXO I

PREPARAÇÃO DE INSTRUMENTOS PARA AMIU

PASSOS NA PREPARAÇÃO DE INSTRUMENTOS AMIU

Coloque em uma bacia esterilizada ou DAN cânulas de vários tamanhos apropriados. De maneira a transferir efetivamente o vácuo da seringa para o útero, a cânula deve ficar justa no colo uterino. A estimativa do tamanho da cânula mais apropriada está baseada no tamanho **atual** do útero e a dilatação do colo presente conforme determinada pelo exame pélvico. É aconselhável ter à mão cânulas de vários tamanhos.

Tabela I-1. Cânula Apropriada pelo Tamanho do Útero

Tamanho Aproximado do Útero (Semanas DUM)	Tamanho Aproximado da Cânula
6-8	6 mm.
>8	tamanho igual as semanas de DUM

Fonte: IPAS, 1994.

Prepare seringas e adaptadores AMIU (se necessário), referindo-se para a seguinte tabela. É útil ter duas seringas de AMIU disponíveis antes de iniciar o procedimento porque é difícil de predizer quanto sangue e tecidos permanecerão no útero. Note que marcas coloridas na cânula coincidem com a cor do adaptador apropriado.

Tabela I-2. Partes Compatíveis do Instrumento

Tamanho da Cânula	Cor do Adaptador	Tipo de Seringa
4,5,6 mm.	Não necessita adaptador	Simples
4,5,6 mm.	azul	Dupla
7 mm.	beje	Dupla
8 mm.	marfim	Dupla
9 mm.	marrom escuro	Dupla
10 mm.	verde escuro	Dupla
12 mm.	Não necessita adaptador	Dupla

Fonte: IPAS, 1994.

Verifique as seringas e cânulas. A seringa para ser mais efetiva deve estar apta a manter o vácuo. Despreze qualquer seringa com rachaduras visíveis ou defeitos, ou seringas que não seguram o vácuo. Despreze qualquer cânula com rachaduras ou outros sinais de deterioração.

Prenda o adaptador (se necessário) no final da seringa ou cânula. Uma vez que a ponta da cânula está bem inserida através do colo, ela será presa na seringa usando o adaptador.

Verifique o êmbolo e a válvula. O êmbolo deve estar posicionado completamente no tubo e a vávula de apertar deve estar aberta com o botão da válvula para fora.

Feche a válvula de apertar empurrando o(s) botão(ões) para baixo e para frente em direção da ponta da seringa. A válvula pode ser sentida prendendo-se no lugar.

Quadro I-1. Fechando a Válvula de Apertar

Fonte: IPAS, 1994.

Prepare a seringa segurando o tubo e puxe para trás o êmbolo até que os braços do êmbolo pulem para fora no final do tubo da seringa, segurando o êmbolo no lugar. Verifique que os braços do êmbolo estão em uma posição estável, completamente estendidos para os lados e firmes sobre as bordas do tubo. Com os braços presos nesta posição, o êmbolo não se movimentará para frente e o vácuo será mantido. Posicionamento incorreto dos braços pode fazer com que pulem para trás dentro do tubo, possivelmente empurrando o conteúdo da seringa, ou ar, para o útero. Nunca peque a seringa pelos braços do êmbolo.

Quadro I-2 Preparação da Seringa

Fonte: IPAS, 1994.

Verifique a seringa para ver se está justa antes do uso. Deixe a seringa por alguns minutos com o vácuo formado. Abra a válvula de apertar soltando os botões. O ruido do ar fluindo dentro da seringa pode ser ouvido,indicando de que existe vácuo na mesma. Se o jato de ar não é ouvido, siga as instruções do **Capítulo 8** para lubrificar o anel com silicone e teste o vácuo novamente. Recoloque o anel ou use outra seringa se a seringa continuar sem reter o vácuo.

Reestabeleça o vácuo no momento do procedimento.

AVALIAÇÃO DO MANUAL DE REFERÊNCIA PARA A ATENÇÃO PÓS-ABORTO

Por favor indique em uma escala de 1-5 sua opinião sobre os seguintes capítulos

5-Excelente 4-Muito bom 3-Satisfatório 2-Necessita melhorar† 1-Insatisfatório†

CONTEÚDO	Fácil de ler	Contém informação necessária para saber	As figuras e tabelas são uteis	Útil na solução de problemas
Avaliação Geral do Manual: Atenção Pós-aborto				
CAPÍTULO				
1. Atenção Pós Aborto				
2. Conversando com as Usuárias				
3. Avaliação Inicial				
4. Prevenção de Infecções				
5. Manejo da Dor				
6. Tratamento do Aborto Incompleto				
7. Manejo de Problemas e Complicações Durante AMIU				
8. Processando Equipamento AMIU e Outros Itens				
9. Planejamento Familiar Pós-Aborto				
10. Organização e Gerência de Serviços				

† Por favor comente no verso da folha se você deu valores abaixo de satisfatório (2 ou 1).

COMENTÁRIOS ADICIONAIS

1. Quais tópicos (se algum) devem ser incluídos em **mais detalhe** para melhorar o manual?

2. Quais tópicos (se algum) devem ser **reduzidos em detalhes** para melhorar o manual?

3. Quais tópicos (se algum) devem ser **adicionados** (e por quê) para melhorar o manual?

4. Quais tópicos (se algum) devem ser **retirados** (se algum) para melhorar o manual?

5. Você recebeu este manual por atender este curso de treinamento? Se não, como?

COMENTÁRIOS:

POR FAVOR DEVOLVA A AVALIAÇÃO PARA:

Corporação JHPIEGO
Escritório de Treinamento
Brown's Wharf
1615 Thames Street, Suite 200
Baltimore, MD 21231-3447, EUA