



World Health
Organization

human
reproduction
programme **hrp.**
research for impact
UNDP · UNFPA · UNICEF · WHO · WORLD BANK

Diretriz sobre cuidados no aborto resumo

A linha de orientação completa relativa à directriz sobre Cuidados no Aborto está disponível em:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>

Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo [Abortion care guideline: executive summary]

ISBN 978-92-4-005144-7 (versão electrónica)

ISBN 978-92-4-005145-4 (versão impressa)

© **Organização Mundial da Saúde 2022**

Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.pt>).

Nos termos desta licença, é possível copiar, redistribuir e adaptar o trabalho para fins não comerciais, desde que dele se faça a devida menção, como abaixo se indica. Em nenhuma circunstância, deve este trabalho sugerir que a OMS aprova uma determinada organização, produtos ou serviços. O uso do logótipo da OMS não é autorizado. Para adaptação do trabalho, é preciso obter a mesma licença de Creative Commons ou equivalente. Numa tradução deste trabalho, é necessário acrescentar a seguinte isenção de responsabilidade, juntamente com a citação sugerida: “Esta tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não é responsável, nem pelo conteúdo, nem pelo rigor desta tradução. A edição original em inglês será a única autêntica e vinculativa”.

Qualquer mediação relacionada com litígios resultantes da licença deverá ser conduzida em conformidade com o Regulamento de Mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Citação sugerida. Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo [Abortion care guideline: executive summary]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://apps.who.int/iris/>.

Vendas, direitos e licenças. Para comprar as publicações da OMS, ver <http://apps.who.int/bookorders>. Para apresentar pedidos para uso comercial e esclarecer dúvidas sobre direitos e licenças, consultar <https://www.who.int/copyright>.

Materiais de partes terceiras. Para utilizar materiais desta publicação, tais como quadros, figuras ou imagens, que sejam atribuídos a uma parte terceira, compete ao utilizador determinar se é necessária autorização para esse uso e obter a devida autorização do titular dos direitos de autor. O risco de pedidos de indemnização resultantes de irregularidades pelo uso de componentes da autoria de uma parte terceira é da responsabilidade exclusiva do utilizador.

Isenção geral de responsabilidade. As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico ou as autoridades de qualquer país, território, cidade ou zona, nem tampouco sobre a demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas e tracejadas nos mapas representam de modo aproximativo fronteiras sobre as quais pode não existir ainda acordo total.

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

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

Tradução por Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional Africa.

Resumo

A saúde sexual e reprodutiva é fundamental para os indivíduos, casais e famílias e para o desenvolvimento social e económico das comunidades e nações. Como previsto na Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), o objectivo da organização é “a obtenção, por todas as pessoas, do nível mais elevado possível de saúde” e, para cumprir esse objectivo, as funções da OMS incluem a prestação de assistência técnica aos países no domínio da saúde. O acesso universal à informação e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) é fundamental tanto para a saúde individual como comunitária, assim como para a concretização dos direitos humanos. Na sequência da pandemia de COVID-19 e com base nas lições aprendidas com surtos de doenças anteriores – quando os serviços de SSR foram gravemente afectados, fazendo com que as pessoas se sentissem fragilizadas e expostas a riscos sanitários evitáveis – a OMS incluiu os cuidados abrangentes no aborto na lista de serviços essenciais de saúde em várias publicações técnicas recentes.¹

Os cuidados abrangentes no aborto incluem a disponibilização de informação, a gestão do aborto (incluindo o aborto induzido e os cuidados relacionados com as perdas de gravidez/aborto espontâneo e os cuidados pós-aborto). O reforço do acesso a cuidados abrangentes no aborto no sistema de saúde é fundamental para cumprir os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados com a boa saúde e o bem-estar (ODS3) e a igualdade dos géneros (ODS5). A Estratégia Mundial de Saúde Reprodutiva da OMS, que procura acelerar os progressos rumo à consecução dos objectivos de desenvolvimento internacionais, identifica a eliminação do aborto inseguro² como um mandato prioritário. A importância da prestação de cuidados de qualidade no aborto para a saúde é também realçada pela Estratégia Mundial das Nações Unidas para a Saúde da Mulher, da Criança dos Adolescentes, que inclui intervenções baseadas em dados factuais no aborto e os cuidados pós-aborto como uma forma eficaz de ajudar os indivíduos a prosperar e as comunidades a se transformarem.

A qualidade dos cuidados é fundamental para esta directriz sobre cuidados no aborto. A qualidade dos cuidados (ver Glossário) engloba várias componentes. Define-se como cuidados que são: eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis/centrados no doente, equitativos e seguros. Os cuidados eficazes incluem a prestação de cuidados baseados em dados factuais que melhoram a saúde dos indivíduos e das comunidades e são reactivos às suas necessidades. A eficiência dos cuidados maximiza o uso dos recursos e minimiza o desperdício. Os cuidados de qualidade no aborto também devem ser acessíveis (atempados, comportáveis, geograficamente acessíveis e prestados num contexto em que as competências e os recursos sejam adequados às necessidades médicas) e aceitáveis (incorporando as preferências e os valores dos utentes dos serviços e as culturas das suas comunidades). É imperativo que o acesso aos cuidados no aborto seja equitativo e que a qualidade dos cuidados não varie com base nas características pessoais de quem procura os cuidados, tais como o género, raça, religião, etnia, estatuto socioeconómico, educação, se vive com uma incapacidade, ou com base na sua localização

1 Ao considerar o conceito de “serviços essenciais de saúde”, é importante notar que diferentes áreas, mesmo dentro do mesmo país, podem necessitar de diferentes abordagens para designar serviços essenciais de saúde e para reorientar as componentes do sistema de saúde para a manutenção destes serviços. Por favor consultar: Manutenção dos serviços essenciais de saúde: orientação operacional para o contexto da COVID-19, orientações provisórias, 1 de Junho de 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1>). Para referências relevantes adicionais, consultar o Capítulo 1, secção 1.1.

2 “Aborto inseguro” refere-se ao aborto quando é realizado por uma pessoa sem as competências necessárias ou num ambiente que não esteja em conformidade com os padrões médicos mínimos, ou ambos.

geográfica dentro de um país. E, finalmente, cuidados de qualidade no aborto implicam que estes sejam fornecidos de forma segura e minimizam quaisquer riscos e danos para os utilizadores dos serviços.

O aborto é uma intervenção de saúde segura e não complexa que pode ser eficazmente gerida usando medicamentos ou um procedimento cirúrgico em vários contextos. As complicações são raras tanto com o aborto farmacológico como no cirúrgico, quando os abortos são seguros - o que significa que são realizados utilizando um método recomendado pela OMS, adequado à idade gestacional, e por alguém com as competências necessárias. A nível mundial, o aborto é um procedimento comum, sendo que seis em cada 10 gravidezes não planeadas e três em cada 10 de todas as gravidezes terminam em aborto induzido. No entanto, as estimativas mundiais demonstram que 45% de todos os abortos são inseguros. Esta é uma questão essencial de saúde pública e de direitos humanos; o aborto inseguro está cada vez mais concentrado nos países em desenvolvimento (97% dos abortos inseguros) e nos grupos em situações vulneráveis e marginalizadas. As restrições legais e outras barreiras significam que muitas mulheres têm dificuldade ou impossibilidade de aceder a cuidados de qualidade no aborto e que podem induzir elas próprias o aborto usando métodos inseguros ou procurando o aborto junto de provedores não qualificados. O estatuto jurídico do aborto não altera a necessidade de aborto de uma mulher, mas afecta significativamente o seu acesso ao aborto seguro. Entre 4,7% e 13,2% de todas as mortes maternas são atribuídas a abortos inseguros, o que equivale a entre 13 865 e 38 940 mortes causadas anualmente pela não realização de abortos seguros.

O aborto farmacológico revolucionou o acesso a cuidados de qualidade no aborto a nível mundial. Os medicamentos para o aborto podem ser administrados de forma segura e eficaz numa unidade de saúde ou auto-administrados fora da unidade de saúde (por exemplo, em casa) por pessoas com uma fonte de informação precisa e com medicamentos de qualidade garantida. As pessoas que gerem os seus abortos em segurança em casa nas primeiras 12 semanas de gestação podem ainda necessitar ou querer apoio de um profissional de saúde qualificado numa determinada fase do processo. A prestação de serviços com uma supervisão médica mínima pode melhorar significativamente o acesso - e a privacidade, conveniência e aceitabilidade - do processo de aborto, sem comprometer a segurança ou a eficácia.

São necessárias múltiplas acções a nível jurídico, do sistema de saúde e da comunidade para que todas as pessoas que necessitam tenham acesso a cuidados de aborto abrangentes. O ambiente das pessoas desempenha um papel fundamental na determinação do seu acesso aos cuidados e na influencia dos seus resultados de saúde. Um ambiente propício é a base de cuidados abrangentes de qualidade no aborto. Os três pilares de um ambiente propício para os cuidados no aborto são:

- 1 respeito pelos direitos humanos, incluindo um quadro jurídico e político favorável ;
- 2 disponibilidade e acessibilidade da informação; e
- 3 um sistema de saúde solidário, universalmente acessível, comportável e que funcione bem.

O aborto é lícito em quase todos os países, embora exista uma variação nas circunstâncias específicas em que um indivíduo pode ter acesso ao mesmo. Além disso, quase todos os países, onde o aborto está legalmente disponível, regulam o aborto de forma diferente de outras formas de cuidados de saúde. Ao contrário de outros serviços de saúde, o aborto é normalmente regulado em graus variados através da lei penal, para além da regulamentação ao abrigo da lei dos cuidados de saúde. Isto tem um impacto nos direitos das pessoas grávidas e pode ter um efeito dissuasor (por exemplo, privação de acções devido ao medo de represálias ou penalizações) na prestação de cuidados de qualidade. É por isso que leis e políticas claras, acessíveis e baseadas nos direitos fazem parte da garantia de um ambiente propício.

Objectivos, âmbito e estrutura conceptual da directriz

As directrizes são o meio fundamental através do qual a OMS cumpre a sua liderança técnica na área da saúde. As directrizes da OMS estão sujeitas a um rigoroso processo de garantia da qualidade que produz recomendações para a prática clínica ou política de saúde pública, com o objectivo de alcançar os melhores resultados de saúde individuais ou colectivos possíveis. Neste sentido, a OMS comprometeu-se a integrar os direitos humanos nos programas e nas políticas de cuidados de saúde aos níveis nacional e regional, considerando os determinantes subjacentes à saúde como parte de uma abordagem abrangente à saúde e aos direitos humanos

O objectivo desta directriz é apresentar o conjunto completo de todas as recomendações e declarações de melhores práticas da OMS relacionadas com o aborto. Embora os contextos jurídico, regulamentar, de políticas e de prestação de serviços possam variar de país para país, as recomendações e as melhores práticas descritas neste documento destinam-se a possibilitar a tomada de decisões baseadas em dados factuais no que toca à qualidade dos cuidados no aborto.

Esta directriz actualiza e substitui as recomendações das seguintes orientações anteriores da OMS:

- *Aborto seguro: orientações técnicas e política para os sistemas de saúde, segunda edição (2012);*
- *Papéis dos profissionais de saúde na prestação de cuidados para aborto seguro e contracepção pós-aborto (anteriormente conhecidas como orientações de “partilha de tarefas”) (2015); e*
- *Gestão farmacológica do aborto (2018).*

Esta directriz contém novas recomendações consolidadas aqui de forma integrada com as recomendações existentes que permanecem inalteradas e as que foram actualizadas após a reavaliação, utilizando os mesmos métodos rigorosos tanto para recomendações novas como para recomendações actualizadas (ver mais informações na secção “Métodos de desenvolvimento das orientações” abaixo).

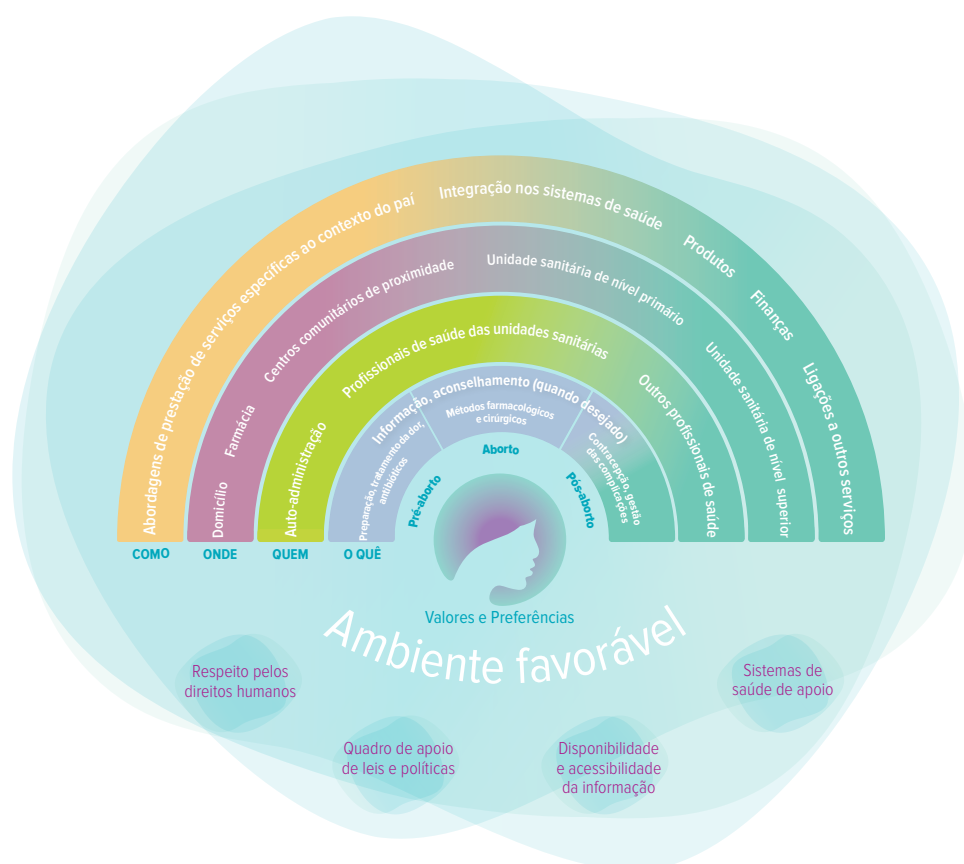
Nesta directriz, são apresentadas recomendações em três áreas essenciais à prestação de cuidados no aborto: Legislação e política, serviços clínicos e prestação de serviços. As recomendações relativas às leis e políticas que devem ou não estar em vigor para implementar integralmente e manter os cuidados de qualidade no aborto abrangem sete áreas: criminalização do aborto, abordagens baseadas em fundamentos para permitir o aborto, limites de idade gestacional definidos para o aborto, períodos de espera obrigatórios antes de receber um aborto solicitado, autorização de terceiros para o aborto, restrições sobre que profissionais de saúde podem prestar serviços de aborto e objecção/recusa de consciência por parte dos prestadores.³ As recomendações dos serviços clínicos abordam os métodos de aborto e os cuidados clínicos relacionados - desde a disponibilização de informação e aconselhamento e tratamento da dor até aos métodos e regimes de tratamento para o aborto (incluindo diferentes indicações clínicas) - e a prestação de cuidados pós-aborto, incluindo todos os métodos de contracepção.⁴ As recomendações de prestação de serviços incluem as relativas às categorias de profissionais de saúde que podem prestar os serviços clínicos relevantes. Também são apresentadas recomendações de autogestão relativas às tarefas que podem ser geridas pela própria mulher: aborto farmacológico no início da gestação e uso de diversos contraceptivos, incluindo a auto-administração de contraceptivos injectáveis. Foi também formulada uma recomendação relativa à telemedicina para facilitar o aborto farmacológico precoce, juntamente com declarações das melhores práticas sobre outras abordagens de prestação de serviços para os cuidados no aborto. Em conjunto, as orientações apresentadas neste documento reflectem alterações recentes em todos estes aspectos dos cuidados no aborto. As lacunas e prioridades de investigação, bem como as áreas de interesse emergentes, são identificadas no capítulo final.

Como indicado pela ordem das orientações neste documento, à medida que uma mulher, rapariga ou outra pessoa grávida se desloca ao longo do percurso de assistência ao aborto - cuidados pré-aborto, aborto e pós-aborto - os serviços de saúde devem ser integrados no sistema de saúde para garantir que a prestação de serviços satisfaz as suas necessidades de forma equitativa e sem discriminação. O quadro conceptual para os cuidados no aborto nesta directriz (ver Figura 1) identifica e reconhece as necessidades de todos os indivíduos em relação ao aborto e centra-se nos valores e preferências dos que procuram o aborto, considerando-os como participantes activos – bem como beneficiários – dos serviços de saúde. As preferências individuais de saúde podem variar; nenhum modelo de cuidados no aborto irá satisfazer as necessidades de todas as pessoas que os procuram. No entanto, os valores fundamentais de dignidade, autonomia, igualdade, confidencialidade, comunicação, apoio social, cuidados de apoio e confiança são fundamentais para os cuidados no aborto e reflectem-se ao longo desta linha de orientação. Ainda é necessário um trabalho importante para incorporar as correlações com os cuidados de qualidade no aborto em todo o sistema de saúde e o enfoque nos direitos humanos e na igualdade de género deve ser aplicado em todos os contextos que prestam serviços às pessoas que procuram cuidados de saúde.

3 A edição anterior das orientações sobre Aborto seguro (OMS, 2012) abordou estas questões e intervenções relacionadas, tendo apresentado uma recomendação composta. Nesta directriz, cada questão foi abordada separadamente como sete recomendações individuais (Recomendações 1,2,3,6,7,21,22).

4 Está fora do âmbito desta directriz uma consideração completa de todos os métodos contraceptivos, mas todos podem ser considerados após um aborto, incluindo um conjunto de métodos auto-administrados.

Figure 1: Quadro conceptual para os cuidados no aborto



Público-alvo e inclusividade

A presente directriz procura fornecer recomendações aos decisores políticos, implementadores e gestores nacionais e subnacionais dos programas de saúde sexual e reprodutiva (SSR), membros de organizações não-governamentais e de outras organizações da sociedade civil e sociedades profissionais, assim como aos profissionais de saúde e outras partes interessadas na área da saúde e direitos sexuais e reprodutivos (SDSR), para os ajudar a garantir que cuidados de qualidade e baseados em dados factuais no aborto estão disponíveis e acessíveis a nível mundial.

Todos os indivíduos têm direito à não discriminação e à igualdade no acesso aos serviços de SSR. O direito de estar livre da discriminação está estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos e noutros tratados universais e instrumentos regionais de direitos humanos. Foi afirmado que o direito à não discriminação garantido pelo Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC) inclui a orientação sexual, a identidade de género e as características sexuais. Tal como foi referido no relatório de 2018 do Perito Independente à Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a protecção contra a violência e a discriminação com base na orientação sexual e na identidade de género, “o direito ao reconhecimento efectivo da identidade de género está ligado ao direito ao reconhecimento igual perante a lei”.

Nesta directriz, é reconhecido que a maior parte das evidências disponíveis sobre o aborto pode ser assumida como derivada de investigação em populações de estudo de mulheres cisgénero e também é reconhecido que mulheres cisgénero, homens transexuais, indivíduos não binários, género fluidos e intersexuais com um sistema reprodutor feminino e capazes de engravidar podem necessitar de cuidados no aborto. Por uma questão de concisão e facilitar a legibilidade desta directriz, quando são referidas todas as pessoas de género diversificado que podem necessitar de cuidados no aborto é utilizada a palavra “mulheres” mais frequentemente, embora

também possam ser utilizados de forma variada os termos “indivíduo”, “pessoa” e “requerente de aborto”. Os prestadores de serviços de SSR, incluindo os cuidados no aborto, devem considerar as necessidades - e prestar cuidados iguais - a todos os indivíduos; a identidade de género ou a sua expressão não devem conduzir à discriminação.

Métodos de desenvolvimento de directrizes

O Grupo Directivo das Directrizes da OMS e o Secretariado mais alargado da OMS, nomeadamente, funcionários da Sede e dos Escritórios Regionais, lideraram um vasto processo de elaboração de directrizes que envolveu um grande leque de contribuidores especializados e pessoal de apoio. O processo teve início em Setembro de 2018 com um inquérito online sobre o tema da actualização das orientações da OMS sobre aborto seguro, seguido de reuniões exploratórias entre Novembro de 2018 e Junho de 2019 para determinar as principais áreas temáticas e formular questões-chave que devem ser avaliadas através de pesquisas e análises das evidências, para cada um dos três domínios: Legislação e política, serviços clínicos e prestação de serviços. A fim de garantir uma ampla representação, foram convocadas as seguintes reuniões para informar melhor a nossa directriz : i) Considerações para a implementação dos cuidados no aborto em contextos humanitários; ii) Valores e preferências mundiais relacionados com os cuidados no aborto; e iii) Jovens e aborto seguro.

Os peritos mundiais foram convidados pelo Grupo Directivo para convocar três painéis de peritos – os Grupos de Revisão de Evidências e de Recomendações (ERRG) para cada domínio – participando activamente numa série de reuniões de dois dias para discutir e redigir as recomendações novas e actualizadas, com base nos dados fornecidos pelas Equipas de Síntese de Evidências (EST). Os membros do Grupo de Desenvolvimento de Directrizes (GDG) foram seleccionados e convidados pelo Grupo Directivo de entre os membros do ERRG para cada domínio, a fim de reunir um único grupo multidisciplinar, incluindo um representante dos jovens e um conselheiro em direitos humanos, para finalizar as recomendações.

De acordo com o processo de elaboração de Directrizes da OMS, a formulação e aperfeiçoamento das recomendações pelos ERRG e pelo GDG basearam-se nas evidências disponíveis (com a qualidade das evidências a variar de alta a muito baixa), usando a abordagem de Classificação de Recomendações em termos de Avaliação, Elaboração e Aferição (GRADE) para o desenvolvimento das recomendações, com base nas tabelas de Avaliação à Decisão (EtD) elaboradas pelas EST e também orientadas pelos próprios conhecimentos e experiência dos participantes. O quadro WHO-INTEGRATE foi utilizado como base para decidir sobre a direcção e força de cada recomendação (ver as notas que acompanham o quadro de síntese em baixo). Para as recomendações legais e políticas, este mesmo quadro foi utilizado, mas foi desenvolvida uma abordagem inovadora para avaliar as evidências de uma forma que integre eficazmente a protecção e o usufruto dos direitos humanos como parte dos resultados e da análise da saúde.

Após a conclusão das reuniões do ERRG e do GDG, o projecto revisto de recomendações e o projecto completo de orientações foram analisados pelos membros do GDG e pelos membros do Grupo de Revisores Externos. Os observadores da reunião do GDG e os revisores individuais de várias organizações de implementação foram também convidados a comentar a mesma versão dos projectos. Foram feitas outras revisões e as orientações foram apresentadas e aprovadas pela Comissão de Revisão das Directrizes da OMS, seguindo-se revisões finais do Gabinete do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH), edição final e planeamento para publicação e lançamento. A totalidade dos métodos de elaboração das directrizes é apresentada no Anexo 4.

Quadro de síntese das recomendações apresentadas na presente directriz

Notas importantes:

1. Cada recomendação e a sua indicação (a favor ou contra) e força (forte ou fraca) foram determinadas pelos painéis de peritos convocados pela OMS para esse fim. As determinações basearam-se nos seis critérios substantivos do quadro WHO-INTEGRATE, conforme aplicado a cada intervenção, para a população especificada - equilíbrio dos benefícios e danos para a saúde; direitos humanos e aceitabilidade sociocultural; equidade, igualdade e não-discriminação na saúde; implicações sociais; considerações financeiras e económicas; e considerações sobre a viabilidade e o sistema de saúde - tendo também em conta o meta-critério, a qualidade dos dados factuais (ou seja, tipo, dimensão e limitações dos estudos disponíveis utilizados como dados factuais).

A terminologia utilizada é a seguinte:

- **Recomendar** – a strong Recommendation in favour of the intervention
- **Sugerir** – uma recomendação fraca a favor da intervenção;
- **Desaconselhar** – uma recomendação forte contra a intervenção/a favor da comparação.

2. A maioria das recomendações são rotuladas como LP para “Lei e política”, SC para “Serviços clínicos” ou PS para “Prestação de serviços”, referindo-se ao domínio geral sob o qual as evidências para estas recomendações foram revistas e avaliadas pelos respectivos painéis de peritos (ERRG). Além disso, cinco recomendações são rotuladas como AUTOGESTÃO.

3. As recomendações PS que se referem às categorias de profissionais de saúde pressupõem que as pessoas que trabalham dentro das categorias mencionadas têm as aptidões e competências necessárias para a intervenção especificada. Os papéis, aptidões e competências de cada tipo de profissional de saúde mencionados nestas recomendações estão descritos na tabela sobre as categorias e funções dos profissionais de saúde, no Anexo 5, e podem ser encontradas mais informações na publicação da OMS, de 2011, intitulada “Saúde sexual e reprodutiva: competências essenciais nos cuidados primários”, que descreve as competências (incluindo as competências e os conhecimentos) necessárias para cada tarefa.

4. As recomendações foram consideradas “novas” (conforme indicado neste quadro e no Capítulo 3) se não existisse nenhuma recomendação numa orientação anterior da OMS sobre o tópico ou intervenção específicos em questão. É de salientar, em particular, que a orientação de 2012 “Aborto seguro” forneceu uma recomendação composta relacionada com a lei e a política; nestas orientações, esta foi desenvolvida em sete recomendações separadas, mas que não são consideradas “novas” (i.e., Recomendações 1,2,3,6,7,21,22).

be “new” (i.e. Recommendations 1,2,3,6,7,21,22).

SECÇÃO Área temática Número e tipo da recomendação ou da declaração de melhores práticas	Recomendação ou declaração de melhores práticas
REGULAMENTAÇÃO DO ABORTO	
Criminalização	
1 (LEI E POLÍTICA; LP)	<p>Recomendar a descriminalização total do aborto.</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descriminalização significa retirar o aborto de toda a legislação penal/criminal, não aplicar outras infracções penais (por exemplo, homicídio, homicídio involuntário) ao aborto e garantir que não existem sanções penais contra todos os intervenientes relevantes não sejam penalizados por fornecer, assistir, informar ou realizar abortos.. • A descriminalização garantiria que qualquer pessoa que tenha sofrido a perda de uma gravidez não fique sob suspeita de aborto ilegal quando procurar cuidados. • A descriminalização do aborto não torna as mulheres, raparigas ou outras pessoas grávidas vulneráveis ao aborto forçado ou coagido. O aborto forçado ou coagido constituiria agressões graves já que estas seriam intervenções não consensuais.
Abordagens baseadas em fundamentos	
2 (LP)	<p>a. Desaconselhar leis e outras regulamentações que restrinjam o aborto por fundamentos.</p> <p>b. Recomendar que o aborto esteja disponível a pedido da mulher, da rapariga ou de outra pessoa grávida.</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As abordagens baseadas em fundamentos para restringir o acesso ao aborto devem ser revistas a favor da disponibilização do aborto a pedido da mulher, da rapariga ou de outra pessoa grávida. • Até que sejam substituídos pelo aborto a pedido, qualquer fundamento existente deve ser formulado e aplicado de forma consistente com o direito internacional dos direitos humanos. Isto significa que o conteúdo, a interpretação e a aplicação da lei e das políticas baseadas em fundamentos devem ser revistas para garantir a conformidade com os direitos humanos. Isto requer que: <ol style="list-style-type: none"> os fundamentos existentes sejam definidos, interpretados e aplicados de uma forma compatível com os direitos humanos; o aborto esteja disponível nas situações em que levar uma gravidez até ao fim causaria dor ou sofrimento substancial à mulher, rapariga ou outra pessoa grávida, incluindo, mas não limitado, a situações em que a gravidez é o resultado de violação ou incesto ou a gravidez não é viável; o aborto esteja disponível quando a vida e a saúde da mulher, da rapariga ou de outra pessoa grávida estão em risco; os fundamentos de saúde reflectam as definições de saúde e de saúde mental da OMS (ver Glossário); e não existam requisitos processuais para "provar" ou "estabelecer" a satisfação dos fundamentos, tais como a exigência de ordens judiciais ou relatórios policiais em casos de violação ou agressão sexual (para fontes de apoio a estas informações, consultar o Anexo A na internet: Principais normas internacionais de direitos humanos sobre o aborto).
Limites da idade gestacional	
3 (LP)	<p>Desaconselhar leis e outras regulamentações que proíbam o aborto com base nos limites da idade gestacional.</p>
SERVIÇOS AO LONGO DO CICLO DE CUIDADOS	
Disponibilização de informação sobre os cuidados no aborto	
4 (PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS; PS)	<p>Ao longo do ciclo de cuidados no aborto:</p> <p>a. Recomendar a disponibilização de informação sobre cuidados prestados no aborto por agentes comunitários de saúde, farmacêuticos, profissionais de medicina tradicional e complementar, enfermeiros auxiliares/parteiras auxiliares, enfermeiros, parteiras, médicos associados/associados superiores, médicos generalistas e médicos especialistas.</p> <p>b. Sugerir a disponibilização de informação sobre cuidados prestados no aborto pelos profissionais de farmácia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condição: Em contextos em que o profissional de farmácia esteja sob supervisão directa de um farmacêutico e exista acesso ou encaminhamento para serviços de saúde adequados.
Disponibilização de aconselhamento	
5 (PS)	<p>Ao longo do ciclo de cuidados no aborto:</p> <p>a. Recomendar a disponibilização de aconselhamento por agentes comunitários de saúde, profissionais de medicina tradicional e complementar, enfermeiros auxiliares/parteiras auxiliares, enfermeiros, parteiras, médicos associados/associados superiores, médicos generalistas e médicos especialistas.</p> <p>b. Sugerir a disponibilização de aconselhamento pelo pessoal das farmácias e farmacêuticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condição: É disponibilizado aconselhamento equilibrado (i.e. sobre métodos farmacológicos e cirúrgicos) e existe acesso ou encaminhamento para serviços de saúde adequados caso a mulher escolha um método cirúrgico.

SECÇÃO Área temática Número e tipo da recomendação ou da declaração de melhores práticas	Recomendação ou declaração de melhores práticas
PRÉ-ABORTO	
Períodos de espera obrigatórios	
6 (LP)	Desaconselhar períodos de espera obrigatórios para o aborto.
Autorização de terceiros	
7 (LP)	<p>Recomendar que o aborto esteja disponível a pedido da mulher, rapariga ou outra pessoa grávida, sem a autorização de qualquer outro indivíduo, organismo ou instituição.</p> <p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Embora o envolvimento dos pais ou dos parceiros na tomada de decisões sobre o aborto possa apoiar e ajudar as mulheres, raparigas ou outras pessoas grávidas, este deve basear-se nos valores e preferências da pessoa que recorre ao aborto e não ser imposto pelos requisitos de autorização de terceiros.
Isoimunização Rh para o aborto em idades gestacionais < a 12 semanas	
8 (SERVIÇOS CLÍNICOS; SC) (NOVO)	<p>Para o aborto farmacológico e cirúrgico em idades gestacionais < a 12 semanas: Desaconselhar a administração de imunoglobulina anti-D.</p> <p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> O cuidado padrão aplica-se à administração de imunoglobulina anti-D em idades gestacionais ≥ a 12 semanas.
Profilaxia com antibióticos para abortos cirúrgicos e farmacológicos	
9 (SC)	<p>a. Para o aborto cirúrgico, independentemente do risco individual de infeção inflamatória pélvica: Recomendar antibióticos profiláticos adequados no pré ou perioperatório.</p> <p>b. Para o aborto farmacológico: Desaconselhar o uso de antibióticos profiláticos.</p> <p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> A falta de antibióticos não deve limitar o acesso aos serviços de aborto.
Determinação da idade gestacional da gravidez: ecografia pré-aborto	
10 (SC)	<p>Para o aborto farmacológico e cirúrgico: Desaconselhar a utilização de ecografias como pré-requisito para a prestação de serviços de aborto. *</p> <p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Uma regulamentação legal que limite a disponibilidade de aborto por idade gestacional pode exigir ou resultar na utilização de ultra-sons para verificar a idade gestacional antes do aborto, ainda que tal não seja necessário do ponto de vista clínico. A eliminação dos limites legais da idade gestacional no acesso ao aborto (ver Recomendação 3) deve resultar na prevenção desnecessária de ecografias pré-aborto e aumentar a disponibilidade de abortos em contextos onde a ecografia é de difícil acesso. <p>* Caso a caso, podem existir razões clínicas para a utilização da ecografia antes do aborto.</p>

SECÇÃO Área temática Número e tipo da recomendação ou da declaração de melhores práticas	Recomendação ou declaração de melhores práticas
Tratamento da dor no aborto	
11–14 (SC) no aborto cirúrgico e na preparação cervical prévia <i>NOTA: As NOVAS recomendações 12, 13 e 14 indicam um tratamento da dor ADICIONAL aos AINE (11a)</i>	11. Para o tratamento da dor no aborto cirúrgico em qualquer idade gestacional: <ol style="list-style-type: none"> Recomendar que medicamentos analgésicos sejam administrados regularmente (por exemplo, medicamentos anti-inflamatórios não esteróides [AINE]) e a quem quiser; e Desaconselhar o uso de rotina de anestesia geral. 12. (NOVO) Para o tratamento da dor no aborto cirúrgico em idades gestacionais < a 14 semanas: <ol style="list-style-type: none"> Recomendar o uso de um bloqueio paracervical; e Sugerir que seja oferecida a opção de tratamento combinado da dor utilizando sedação consciente mais bloqueio paracervical, sempre que esteja disponível sedação consciente. 13. (NOVO) Para o tratamento da dor na preparação cervical com dilatadores osmóticos antes do aborto cirúrgico em idades gestacionais ≥ a 14 semanas: Sugerir o uso de um bloqueio paracervical. Observação: <ul style="list-style-type: none"> Para a preparação cervical, pode ser considerada medicação adicional para a dor, como por exemplo o uso de gel intravaginal. (Ver as Recomendações 17 a 20 em baixo sobre a preparação cervical) 14. (NOVO) Para o tratamento da dor no aborto cirúrgico em idades gestacionais ≥ a 14 semanas: <ol style="list-style-type: none"> Recomendar o uso de um bloqueio paracervical; e Sugerir que seja oferecida a opção de tratamento combinado da dor utilizando sedação consciente mais bloqueio paracervical, sempre que esteja disponível sedação consciente.
15 e 16 (SC) no aborto farmacológico <i>NOTA: A NOVA recomendação 16 indica um tratamento da dor ADICIONAL aos AINE (15)</i>	15. Para o aborto farmacológico em qualquer idade gestacional: Recomendar que medicamentos analgésicos sejam administrados regularmente (por exemplo, medicamentos anti-inflamatórios não esteróides [AINE]) e que sejam administrados à pessoa se e quando ela quiser. 16. (NOVO) Para o tratamento da dor no aborto farmacológico em idades gestacionais ≥ a 12 semanas: Sugerir que sejam considerados métodos adicionais para controlar a dor ou o desconforto devido ao aumento da dor resultante do aumento da idade gestacional. Tais métodos incluem certos antieméticos e anestesia epidural, sempre que disponível. Observação: <ul style="list-style-type: none"> Para abortos farmacológicos em idades gestacionais < a 14 semanas, se os AINE (por exemplo, ibuprofeno) não estiverem disponíveis ou não forem uma opção, então o acetaminofeno pode ser considerado para o controlo da dor.
Preparação cervical antes do aborto cirúrgico	
17 (SC) em idades gestacionais < a 12 semanas	Antes do aborto cirúrgico em idades gestacionais < a 12 semanas: <ol style="list-style-type: none"> Se for utilizada a preparação cervical: Sugerir os seguintes regimes de medicação: <ul style="list-style-type: none"> Mifepristona - 200 mg por via oral, 24 a 48 horas antes do procedimento; Misoprostol - 400 µg por via sublingual, uma a duas horas antes do procedimento; Misoprostol - 400 µg por via vaginal ou bucal, duas a três horas antes do procedimento. Desaconselhar o uso de dilatadores osmóticos na preparação cervical. Observações: <ul style="list-style-type: none"> A via sublingual é mais eficaz para a administração de misoprostol. Devem ser administrados analgésicos apropriados.

SECÇÃO Área temática Número e tipo da recomendação ou da declaração de melhores práticas	Recomendação ou declaração de melhores práticas
18 (SC) (NOVO) em idades gestacionais ≥ a 12 semanas	<p>Antes do aborto cirúrgico em idades gestacionais mais avançadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Para o aborto cirúrgico em idades gestacionais ≥ a 12 semanas: Sugerir a preparação cervical antes do procedimento. Para o aborto cirúrgico entre as 12 e as 19 semanas: Sugerir a preparação cervical apenas com medicação (é preferível uma combinação de mifepristona e misoprostol) ou com um dilatador osmótico mais medicação (mifepristona, misoprostol ou uma combinação de ambos). Para o aborto cirúrgico entre as 12 e as 19 semanas, quando se utiliza um dilatador osmótico na preparação cervical: Sugerir que o período entre a colocação do dilatador osmótico e o procedimento não deve ultrapassar os dois dias. Para o aborto cirúrgico em idades gestacionais ≥ a 19 semanas: Recomendar a preparação cervical com um dilatador osmótico mais medicação (mifepristona, misoprostol ou uma combinação de ambos). <p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Existem evidências limitadas para a preparação cervical em idades gestacionais entre as 12 e as 14 semanas e, por isso, os profissionais de saúde devem usar o parecer clínico para decidir o método mais conveniente de preparação cervical antes da aspiração uterina por vácuo para estas idades gestacionais.
19 (PS) com medicação, em qualquer idade gestacional	<p>Antes do aborto cirúrgico, em qualquer idade gestacional:</p> <ol style="list-style-type: none"> Recomendar a preparação cervical com medicação por profissionais de medicina tradicional e complementar, enfermeiros auxiliares/parteras auxiliares, enfermeiros, parteras, médicos associados/associados superiores, médicos generalistas e médicos especialistas. Sugerir a preparação cervical com medicação por agentes comunitários de saúde, profissionais de farmácia e farmacêuticos. <ul style="list-style-type: none"> Condição: A disponibilização de medicação para a preparação cervical faz parte do processo de aborto cirúrgico, por isso o profissional de saúde deve garantir a continuidade dos cuidados à mulher que procura os medicamentos, antes do aborto.
20 (PS) com dilatadores osmóticos, em idades gestacionais ≥ a 12 semanas	<p>Antes da dilatação e evacuação em idades gestacionais ≥ a 12 semanas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Recomendar a preparação cervical com dilatadores osmóticos por enfermeiros auxiliares/parteras auxiliares, enfermeiros, parteras, médicos associados/associados superiores, médicos generalistas e médicos especialistas. Sugerir a preparação cervical com dilatadores osmóticos por profissionais de medicina tradicional e complementar. <ul style="list-style-type: none"> Condição: O profissional de saúde garante a continuidade dos cuidados desde a preparação cervical até à dilatação e evacuação.
Restrições dos prestadores	
21 (LP)	<p>Desaconselhar regulamentação sobre quem pode prestar serviços e tratamento do aborto que seja incompatível com as orientações da OMS.</p> <p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nos casos em que a lei ou as políticas regulamentam quem pode prestar serviços ou tratamento do aborto, essa regulamentação deve ser coerente com as orientações da OMS, que são apresentadas ao longo do Capítulo 3 destas orientações.
Objecção de consciência	
22 (LP)	<p>Recomendar que o acesso e a continuidade dos cuidados completos no aborto sejam protegidos contra barreiras criadas pela objecção de consciência.</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> Apesar da obrigação dos direitos humanos de garantir que a objecção de consciência não dificulte o acesso a cuidados de qualidade no aborto e das recomendações anteriores da OMS destinadas a garantir que a objecção de consciência não enfraquece ou dificulta o acesso aos cuidados no aborto, esta continua a funcionar como um obstáculo ao acesso a cuidados de qualidade no aborto. É fundamental que os Estados assegurem o cumprimento das regulamentações e criem/organizem sistemas de saúde para garantir o acesso e a continuidade de cuidados de qualidade no aborto. Se for impossível regular a objecção de consciência de uma forma que respeite, proteja e cumpra os direitos do requerente de aborto, a objecção de consciência na prestação de serviços de aborto pode tornar-se indefensável. As evidências revistas consideraram o impacto da objecção de consciência no acesso e disponibilidade de cuidados no aborto e não a eficácia da regulamentação da objecção de consciência em termos de melhorias nesses resultados. No entanto, o direito internacional dos direitos humanos fornece algumas orientações sobre como os Estados podem garantir que os direitos humanos dos requerentes de aborto sejam respeitados, protegidos e cumpridos (ver detalhes no texto principal).

SECÇÃO Área temática Número e tipo da recomendação ou da declaração de melhores práticas	Recomendação ou declaração de melhores práticas
ABORTO	
Métodos de aborto cirúrgico	
23 (SC) em idades gestacionais < a 14 semanas	<p>Para o aborto cirúrgico em idades gestacionais < a 14 semanas:</p> <p>a. Recomendar a aspiração por vácuo.</p> <p>b. Desaconselhar a prática de dilatação e da curetagem, incluindo verificações com curetas cortantes (i.e., para “completar” o aborto) após a aspiração por vácuo.</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estudos observacionais indicam que a aspiração por vácuo está associada a menos complicações do que a curetagem; no entanto, os ensaios aleatórios controlados foram incapazes de detectar uma diferença nas taxas de complicação. Nenhuma evidência suporta o uso de verificações com curetas cortantes após a aspiração por vácuo. A qualidade das evidências baseadas em ensaios aleatórios controlados é baixa a moderada.
24 (PS) com aspiração por vácuo em idades gestacionais < a 14 semanas	<p>Para o aborto cirúrgico em idades gestacionais < a 14 semanas:</p> <p>a. Recomendar a aspiração por vácuo por profissionais de medicina tradicional e complementar, enfermeiros, parteiras, médicos associados/associados superiores, médicos generalistas e médicos especialistas.</p> <p>b. Sugerir aspiração por vácuo por enfermeiros auxiliares/parteiras auxiliares.</p> <ul style="list-style-type: none"> Condição: Em contextos onde os mecanismos estabelecidos do sistema de saúde envolvam enfermeiros auxiliares/parteiras auxiliares na prestação de cuidados obstétricos básicos de emergência e onde os sistemas de encaminhamento e de monitorização são fortes.
25 (SC) em idades gestacionais ≥ a 14 semanas	<p>Para o aborto cirúrgico em idades gestacionais ≥ a 14 semanas: Recomendar da dilatação e evacuação.</p> <p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> A aspiração por vácuo pode ser usada durante a dilatação e evacuação (ou seja, para fins de amniotomia ou remoção dos restos ovulares no final da dilatação e evacuação).
26 (PS) Dilatação e evacuação em idades gestacionais ≥ a 14 semanas	<p>Para o aborto cirúrgico em idades gestacionais ≥ a 14 semanas:</p> <p>a. Recomendar a dilatação e evacuação por médicos generalistas e especialistas.</p> <p>b. Sugerir a dilatação e evacuação por profissionais de medicina tradicional e complementar, parteiras e médicos associados/associados superiores.</p> <ul style="list-style-type: none"> Condição: Nos contextos onde existem mecanismos estabelecidos do sistema de saúde para incluir estes profissionais de saúde noutras tarefas relacionadas com a saúde materna e reprodutiva.
Gestão farmacológica do aborto induzido	
27 (SC) em idades gestacionais < a 12 semanas	<p>Para o aborto farmacológico em idades gestacionais < a 12 semanas:</p> <p>a. Recomendar o uso de 200 mg de mifepristona administrados por via oral, seguido de 800 µg de misoprostol administrados por via vaginal, sublingual ou bucal um a dois dias depois. O intervalo mínimo recomendado entre o uso de mifepristona e misoprostol é de 24 horas*</p> <p>b. Ao usar apenas misoprostol: Recomendar o uso de 800 µg de misoprostol administrados por via vaginal, sublingual ou bucal.*</p> <p>c. (NOVO) Sugerir to uso de um regime de combinação de letrozol e misoprostol (letrozol 10 mg por via oral diariamente durante três dias, seguido de misoprostol 800 µg por via sublingual no quarto dia) como uma opção segura e eficaz.**</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> As evidências de estudos clínicos demonstram que o regime de combinação (Recomendação 27a) é mais eficaz do que utilizar apenas misoprostol. Todas as vias estão incluídas como opções para a administração de misoprostol, considerando a preferência do doente e do prestador. O regime de combinação sugerido de letrozol e misoprostol pode ser seguro e eficaz até às 14 semanas de gestação. <p>* Doses repetidas de misoprostol podem ser consideradas quando necessário para alcançar o sucesso do processo de aborto. Nestas orientações não é indicado um número máximo de doses de misoprostol.</p> <p>** São necessárias mais evidências para determinar a segurança, eficácia e aceitabilidade do regime de combinação de letrozol mais misoprostol em idades gestacionais mais avançadas, especialmente em comparação com o regime de combinação de mifepristona mais misoprostol (os dados disponíveis incidem na comparação com o uso apenas de misoprostol).</p>

SECÇÃO Área temática Número e tipo da recomendação ou da declaração de melhores práticas	Recomendação ou declaração de melhores práticas
28 (PS) em idades gestacionais < a 12 semanas* na totalidade ou em parte (ou seja, a realizar todas ou algumas das subtarefas) †	Para o aborto farmacológico em idades gestacionais < a 12 semanas: Recomendar a gestão farmacológica pelo próprio utente (ver a Recomendação 50), por agentes comunitários de saúde, profissionais de farmácia, farmacêuticos, profissionais de medicina tradicional e complementar, enfermeiros auxiliares/parteras auxiliares, enfermeiros, parteras, médicos associados/associados superiores, médicos generalistas e médicos especialistas. <small>* As evidências disponíveis para a prestação independente de aborto farmacológico por profissionais que não são médicos é para durações de gravidez até 10 semanas (70 dias). <small>† Para esta recomendação, os regimes de tratamento para o aborto farmacológico abrangidos nas evidências disponíveis foram mifepristona mais misoprostol ou de apenas misoprostol (o regime que usava letrozol não foi incluído).</small> </small>
29 (SC) em idades gestacionais ≥ a 12 semanas	Para o aborto farmacológico em idades gestacionais ≥ a 12 semanas: a. Sugerir o uso de 200 mg de mifepristona administrados por via oral, seguido de doses repetidas de 400 µg de misoprostol administrados a cada três horas por via vaginal, sublingual ou bucal um a dois dias mais tarde.* O intervalo mínimo recomendado entre o uso de mifepristona e misoprostol é de 24 horas. b. Ao usar apenas misoprostol: Sugerir o uso de doses repetidas de 400 µg de misoprostol administrados por via vaginal, sublingual ou bucal a cada três horas.* Observações: <ul style="list-style-type: none"> • O regime de combinação (Recomendação 29a) é mais eficaz do que o uso de apenas misoprostol. • As evidências sugerem que a via vaginal é a mais eficaz. A consideração pela preferência do doente e do prestador de cuidados sugere a inclusão de todas as vias. • Os restos ovulares devem ser tratados da mesma forma que qualquer outro material biológico, a menos que a pessoa manifeste o desejo de que seja tratado de forma diferente. <small>* O misoprostol pode ser repetido no intervalo indicado conforme necessário para alcançar o sucesso do processo de aborto. Os profissionais de saúde devem usar cautela e parecer clínico para decidir o número máximo de doses de misoprostol em pessoas grávidas com incisão uterina prévia. A ruptura uterina é uma complicação rara; com a idade gestacional mais avançada, deve ser considerado o parecer clínico e a preparação dos sistemas de saúde para o tratamento de emergência.</small>
30 (PS) em idades gestacionais ≥ a 12 semanas	Para o aborto farmacológico em idades gestacionais ≥ a 12 semanas: a. Recomendar a gestão farmacológica por médicos generalistas e especialistas. b. Sugerir a gestão farmacológica por profissionais de medicina tradicional e complementar, enfermeiros auxiliares/parteras auxiliares, enfermeiros, parteras e médicos associados/associados superiores. <ul style="list-style-type: none"> • Condição: Em contextos onde um acesso definido e fácil a suporte cirúrgico apropriado e a infra-estruturas adequadas está disponível para tratar o aborto incompleto ou outras complicações.
Aborto retido	
31 (SC) (NOVO) Gestão farmacológica em idades gestacionais < a 14 semanas	Para o aborto retido em idades gestacionais < a 14 semanas e para quem prefere a gestão farmacológica: Recomendar o uso de uma combinação de mifepristona e misoprostol, em vez de apenas misoprostol. <ul style="list-style-type: none"> • Regime recomendado: 200 mg de mifepristona administrados por via oral, seguidos de 800 µg de misoprostol administrados por qualquer via (bucal, vaginal ou sublingual).* • Regime alternativo: 800 µg de misoprostol administrados por qualquer via (bucal, vaginal ou sublingual).† Observações: <ul style="list-style-type: none"> • A decisão sobre o modo de gestão (expectante, farmacológica ou cirúrgica) do aborto retido deve basear-se no estado clínico da pessoa e na sua preferência de tratamento. • A gestão expectante pode ser oferecida como opção na condição de que a mulher, rapariga ou outra pessoa grávida seja informada do tempo mais prolongado para a expulsão dos restos ovulares e do aumento do risco de esvaziamento incompleto do útero. • Os restos ovulares devem ser tratados da mesma forma que qualquer outro material biológico, a menos que a pessoa manifeste o desejo de que seja tratado de forma diferente. <small>* O intervalo mínimo recomendado entre o uso de mifepristona e misoprostol é de 24 horas. <small>† Se for utilizado o regime de tratamento alternativo (apenas misoprostol), deve ser notado que em idades gestacionais ≥ a nove semanas, as evidências mostram que a repetição da dose de misoprostol é mais eficaz para alcançar o sucesso do processo de aborto. Nesta directriz não vem indicado um número máximo de doses de misoprostol.</small> </small>

SECÇÃO Área temática Número e tipo da recomendação ou da declaração de melhores práticas	Recomendação ou declaração de melhores práticas
Morte fetal intra-uterina	
32 (SC) Gestão farmacológica em idades gestacionais ≥ a 14 e ≤ a 28 semanas	<p>Para a gestão farmacológica da morte fetal intra-uterina em idades gestacionais ≥ a 14 e ≤ a 28 semanas: Sugerir o uso de uma combinação de mifepristona e misoprostol, em vez de apenas misoprostol.</p> <ul style="list-style-type: none"> Regime de tratamento sugerido: 200 mg de mifepristona administrados por via oral, seguidos de doses repetidas de 400 µg de misoprostol administrados um a dois dias mais tarde por via sublingual ou vaginal a cada quatro a seis horas.* O intervalo mínimo recomendado entre o uso de mifepristona e misoprostol é de 24 horas. Regime de tratamento alternativo: doses repetidas de 400 µg de misoprostol administrados por via sublingual ou vaginal a cada quatro a seis horas.* <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> As evidências de estudos clínicos indicam que o regime de combinação é mais eficaz do que o uso de misoprostol isoladamente. Os restos ovulares devem ser tratados da mesma forma que qualquer outro material biológico, a menos que a pessoa manifeste o desejo de que seja tratado de forma diferente. <p>* O misoprostol pode ser repetido no intervalo indicado conforme necessário para alcançar o sucesso do processo de aborto. Os profissionais de saúde devem usar cautela e parecer clínico para decidir o número máximo de doses de misoprostol em pessoas grávidas com incisão uterina prévia. A ruptura uterina é uma complicação rara; com a idade gestacional mais avançada, deve ser considerado o parecer clínico e a preparação dos sistemas de saúde para o tratamento de emergência.</p>
33 (PS) Gestão farmacológica em idades gestacionais ≥ a 14 e ≤ a 28 semanas	<p>For IUFD at ≥ 14 to ≤ 28 weeks:</p> <p>a. Recomendar medical management by generalist medical practitioners and specialist medical practitioners.</p> <p>b. Sugerir medical management by traditional and complementary medicine professionals, auxiliary nurses/ ANMs, nurses, midwives and associate/advanced associate clinicians.</p> <ul style="list-style-type: none"> Condition: In contexts where established and easy access to appropriate surgical backup and proper infrastructure is available to address incomplete abortion or other complications.
PÓS-ABORTO	
Cuidados de seguimento ou serviços adicionais	
34 (SC)	<p>Após o aborto cirúrgico não complicado ou aborto farmacológico: Recomendar que não existe necessidade médica de uma consulta de seguimento de rotina. No entanto, devem ser fornecidas informações sobre a disponibilidade de serviços adicionais, se estes forem necessários ou desejados.</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> As mulheres, raparigas e outras pessoas grávidas devem ser devidamente informadas sobre os sintomas da gravidez em curso (que podem ou não indicar falha do aborto) e outras razões médicas para regressar para uma consulta de seguimento, tais como hemorragia intensa prolongada, ausência de sangramento em absoluto com gestão farmacológica do aborto, dor não aliviada por medicação ou febre. A qualidade das evidências era baixa (estudos observacionais e evidências indirectas).
Aborto incompleto	
35 e 36 (SC)	<p>35. Para o aborto incompleto em idades gestacionais < a 14 semanas: Recomendar a aspiração por vácuo ou a gestão farmacológica.</p> <p>36a. Para a gestão farmacológica do aborto incompleto em idades gestacionais < a 14 semanas: Sugerir o uso de 600 µg de misoprostol administrados por via oral ou 400 µg de misoprostol por via sublingual.</p> <p>36b. Para a gestão farmacológica do aborto incompleto em idades gestacionais ≥ a 14 semanas: Sugerir o uso de doses repetidas de 400 µg de misoprostol administrados por via sublingual, vaginal ou bucal a cada três horas.*</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> A decisão sobre o modo de gestão do aborto incompleto deve basear-se no estado clínico da pessoa e na sua preferência de tratamento. A gestão expectante do aborto incompleto pode ser tão eficaz como o misoprostol; pode ser oferecida como opção na condição de que a mulher, rapariga ou outra pessoa grávida seja informada do tempo mais prolongado para a expulsão dos restos ovulares e do aumento do risco de esvaziamento incompleto do útero. A recomendação 35 foi extrapolada a partir de investigação realizada em mulheres que sofreram um aborto espontâneo. <p>* O misoprostol pode ser repetido no intervalo indicado conforme necessário para alcançar o sucesso do processo de aborto. Em idades gestacionais ≥ a 14 semanas, os profissionais de saúde devem usar cautela e parecer clínico para decidir o número máximo de doses de misoprostol em pessoas grávidas com incisão uterina prévia. A ruptura uterina é uma complicação rara; com a idade gestacional mais avançada, deve ser considerado o parecer clínico e a preparação dos sistemas de saúde para o tratamento de emergência.</p>

SECÇÃO Área temática Número e tipo da recomendação ou da declaração de melhores práticas	Recomendação ou declaração de melhores práticas
37 (PS) Gestão farmacológica com misoprostol em idades gestacionais < a 14 semanas	Para o aborto incompleto não complicado em idades gestacionais < a 14 semanas: Recomendar a gestão farmacológica com misoprostol por agentes comunitários de saúde, profissionais de farmácia, farmacêuticos, profissionais de medicina tradicional e complementar, enfermeiros auxiliares/parteras auxiliares, enfermeiros, parteras, médicos associados/associados superiores, médicos generalistas e médicos especialistas.
38 (PS) com aspiração por vácuo em idades gestacionais < a 14 semanas	Para o aborto incompleto não complicado em idades gestacionais < a 14 semanas: a. Recomendar a aspiração por vácuo por profissionais de medicina tradicional e complementar, enfermeiros, parteras, médicos associados/associados superiores, médicos generalistas e médicos especialistas. b. Sugerir aspiração por vácuo por enfermeiros auxiliares/parteras auxiliares. <ul style="list-style-type: none"> • Condição: Em contextos onde os mecanismos estabelecidos do sistema de saúde envolvam enfermeiros auxiliares/parteras auxiliares na prestação de cuidados obstétricos básicos de emergência e onde os sistemas de encaminhamento e de monitorização são fortes.
Gestão das complicações que não implicam perigo de vida	
39 (PS) Infecção	Para infeções pós-aborto que não implicam perigo de vida: Recomendar a gestão inicial por profissionais de medicina tradicional e complementar, enfermeiros auxiliares/parteras auxiliares, enfermeiros, parteras, médicos associados/associados superiores, médicos generalistas e médicos especialistas.* <small>* Para os farmacêuticos, profissionais de farmácia e agentes comunitários de saúde, é importante que estejam dotados dos conhecimentos para reconhecer sinais e sintomas dessa complicação.</small>
40 (PS) Hemorragia	Para hemorragias pós-aborto que não implicam perigo de vida: Recomendar a gestão inicial por profissionais de medicina tradicional e complementar, enfermeiros auxiliares/parteras auxiliares, enfermeiros, parteras, médicos associados/associados superiores, médicos generalistas e médicos especialistas.* <small>* Para os farmacêuticos, pessoal das farmácias e agentes comunitários de saúde, é importante que estejam dotados dos conhecimentos para reconhecer sinais e sintomas dessa complicação.</small>
Momento da utilização da contraceção pós-aborto	
41 (SC) Critérios de elegibilidade médica para o uso de contraceptivos	Os seguintes métodos contraceptivos podem ser iniciados imediatamente (Categoria 1 dos critérios de elegibilidade médica – sem restrições) após um aborto cirúrgico ou farmacológico (primeiro e segundo trimestres e também após um aborto séptico): contraceptivos hormonais combinados (CHC), contraceptivos apenas com progesterona e métodos barreira (preservativos, espermicida, diafragma, capuz cervical - nota: o diafragma e o capuz cervical são inadequados até seis semanas após o aborto de segundo trimestre). Os dispositivos intra-uterinos (DIU) podem ser iniciados imediatamente após um aborto cirúrgico ou farmacológico no primeiro trimestre (Categoria 1 dos critérios de elegibilidade médica – sem restrições) ou após o aborto no segundo trimestre (Categoria 2 dos critérios de elegibilidade médica – as vantagens normalmente superam os riscos), mas não devem ser iniciados imediatamente após o aborto séptico (Categoria 4 da elegibilidade médica – a inserção de um DIU pode piorar substancialmente a condição). Métodos baseados no conhecimento da fertilidade: Os métodos baseados em sintomas só devem ser iniciados após o aborto com "precaução" (pode ser necessário aconselhamento especial para garantir o uso correcto do método nestas circunstâncias) e o uso de métodos baseados no calendário deve ser adiado (até que a condição seja avaliada; devem ser oferecidos métodos alternativos temporários de contraceção).
42 (SC) Contraceção e aborto cirúrgico	Para pessoas que se submetem a um aborto cirúrgico e que pretendem usar contraceção: Recomendar a opção de iniciar a contraceção na altura do aborto cirúrgico. Observação: <ul style="list-style-type: none"> • A qualidade das evidências baseadas em ensaios aleatórios controlados é muito baixa.

SECÇÃO Área temática Número e tipo da recomendação ou da declaração de melhores práticas	Recomendação ou declaração de melhores práticas
43 (SC) Contraceção e aborto farmacológico	<p>Para indivíduos submetidos a um aborto farmacológico com a combinação de mifepristona e misoprostol ou apenas com misoprostol:</p> <p>a. Para quem opta usar hormonal contraception (pílulas, adesivo, anel, implante ou injecções): Sugerir que lhes seja dada a opção de iniciar a contraceção hormonal imediatamente após a primeira pílula do regime de tratamento para o aborto farmacológico.</p> <p>b. Para quem escolhe inserir um IUD inserted: Sugerir a colocação do DIU quando for determinado o êxito do procedimento de aborto.</p> <p>Observação (para as Recomendações 43a e b):</p> <ul style="list-style-type: none"> Esta recomendação aplica-se ao regime de combinação de mifepristona e misoprostol e à utilização apenas de misoprostol. O regime de combinação de letrozol mais misoprostol não é mencionado nesta directriz porque os estudos que sustentam estas recomendações não avaliaram este regime. <p>Observações (apenas para a recomendação 43a):</p> <ul style="list-style-type: none"> A iniciação imediata do acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA) intramuscular está associada a uma ligeira diminuição na eficácia dos regimes de aborto farmacológico. No entanto, a iniciação imediata do DMPA ainda assim deve ser oferecida como um método contraceptivo disponível após o aborto. Evidências indirectas foram usadas como base para a tomada de decisão sobre a iniciação da contraceção hormonal como opção para pessoas que realizaram um aborto farmacológico apenas com misoprostol. Não existiam dados disponíveis sobre o uso de contraceção hormonal combinada (pílulas ou injecções) por parte de quem realizava abortos farmacológicos. Os indivíduos que optem por iniciar o anel contraceptivo devem ser instruídos a verificar a expulsão do anel em caso de hemorragia intensa durante o processo de aborto farmacológico.
44 (PS) Dispositivos intra-uterinos (DIU)	<p>Para dispositivos intra-uterinos (DIU):</p> <p>a. Recomendar a inserção/remoção por parteiras auxiliares, enfermeiros, parteiras, médicos associados/associados superiores, médicos generalistas e médicos especialistas.</p> <p>b. Sugerir a inserção/remoção por praticantes de medicina tradicional e complementar e enfermeiros auxiliares).</p> <ul style="list-style-type: none"> Condição (profissionais de medicina tradicional e complementar): Em contextos com mecanismos estabelecidos do sistema de saúde para a participação desses profissionais noutras tarefas relacionadas com a saúde materna e reprodutiva. Condição (enfermeiros auxiliares): No contexto de uma investigação rigorosa.
45 (PS) Implantes contraceptivos	<p>Para implantes contraceptivos:</p> <p>a. Recomendar a inserção/remoção por enfermeiros, parteiras, médicos associados/associados superiores, médicos generalistas e médicos especialistas.</p> <p>b. Sugerir a inserção/remoção por agentes comunitários de saúde, praticantes de medicina tradicional e complementar, enfermeiros auxiliares/parteiras auxiliares.</p> <ul style="list-style-type: none"> Condição (agentes comunitários de saúde): No contexto de uma investigação rigorosa. Condição (praticantes de medicina tradicional e complementar): Em contextos com mecanismos estabelecidos do sistema de saúde para a participação desses provedores noutras tarefas relacionadas com a saúde materna e reprodutiva e onde a formação na remoção de implantes é dada juntamente com a formação de inserção. Condição (enfermeiros auxiliares/parteiras auxiliares): No contexto de uma monitorização e avaliação específicas.
46 (PS) Contraceptivos injectáveis	<p>Para contraceptivos injectáveis (iniciação e continuação):</p> <p>Recomendar a auto-administração (ver Recomendação 51) por agentes comunitários de saúde, pessoal de farmácia, farmacêuticos, praticantes de medicina tradicional e complementar, enfermeiros auxiliares/parteiras auxiliares, enfermeiros, parteiras, médicos associados/associados superiores, médicos generalistas e médicos especialistas.</p>
47 (PS) Laqueação das trompas	<p>Para a laqueação das trompas:</p> <p>a. Recomendar a laqueação das trompas por médicos associados/associados superiores, médicos generalistas e médicos especialistas.</p> <p>b. Sugerir a laqueação das trompas por enfermeiros e parteiras.</p> <ul style="list-style-type: none"> Condição: No contexto de uma investigação rigorosa.

SECÇÃO Área temática Número e tipo da recomendação ou da declaração de melhores práticas	Recomendação ou declaração de melhores práticas
OPÇÕES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E ABORDAGENS DE AUTOGESTÃO	
Abordagens de telemedicina para prestar cuidados no aborto farmacológico	
48 (PS) (NOVO)	<p>Recomendar a opção de serviços de telemedicina como uma alternativa às interações pessoais com o profissional de saúde para prestar cuidados no aborto farmacológico na totalidade ou em parte.</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A recomendação supramencionada aplica-se à avaliação da elegibilidade para o aborto farmacológico, aconselhamento e/ou instrução relacionados com o processo de aborto, fornecendo instrução e facilitação activa da administração de medicamentos e acompanhamento de cuidados pós-aborto, tudo através da telemedicina. • Linhas directas de atendimento, aplicações digitais ou modos de comunicação unidireccionais (por exemplo mensagens de texto de lembrete) que simplesmente fornecem informação não foram incluídas na análise de evidências para esta recomendação.
Abordagens de prestação de serviços para a disponibilização de informação e aconselhamento e para a prestação de cuidados no aborto farmacológico	
49 (PS) (NOVO)	<p>Declarações sobre as melhores práticas na prestação de serviços</p> <p>Parte 1. Não existe uma abordagem única recomendada para a prestação de serviços de aborto. A escolha de profissionais de saúde específicos (de entre as opções recomendadas) ou a gestão pelo próprio indivíduo e a localização da prestação de serviços (de entre as opções recomendadas) dependerão dos valores e preferências da mulher, rapariga ou outra pessoa grávida, dos recursos disponíveis e do contexto nacional e local. Podem coexistir várias abordagens de prestação de serviços em qualquer contexto.</p> <p>Parte 2. Tendo em conta que as abordagens de prestação de serviços podem ser diversas, é importante garantir que, para a pessoa que procura os cuidados, a variedade de opções de prestação de serviços no seu conjunto irá fornecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • acesso a informação cientificamente precisa e compreensível em todas as fases; • acesso a medicamentos de qualidade (incluindo os destinados ao tratamento da dor); • um reforço do apoio ao encaminhamento, se desejado ou necessário; • correlações com uma escolha apropriada de contraceptivos para as pessoas que querem contracepção pós-aborto.
Autogestão do aborto farmacológico em idades gestacionais < a 12 semanas	
50 (AUTOGESTÃO)	<p>Para o aborto farmacológico em idades gestacionais < a 12 semanas (usando a combinação de mifepristona mais misoprostol ou usando apenas misoprostol):</p> <p>Recomendar a opção de autogestão do processo de aborto farmacológico na totalidade ou em qualquer uma das três componentes do processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • auto-avaliação da elegibilidade (determinar a duração da gravidez; excluir contra-indicações); • auto-administração de medicamentos para aborto fora de uma unidade de saúde e sem a supervisão directa de um profissional de saúde qualificado e gestão do processo de aborto; • auto-avaliação do sucesso do aborto. <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existem mais evidências para a autogestão do aborto farmacológico (com qualquer um dos regimes de tratamento) para gravidezes antes das 10 semanas de gestação. • Esta recomendação aplica-se ao regime de combinação de mifepristona e misoprostol e à utilização apenas de misoprostol. Os estudos incluídos que informaram estas recomendações não avaliaram o regime de letrozol e misoprostol. • Todos os indivíduos que se envolvam na autogestão do aborto farmacológico devem também ter acesso a informação rigorosa, a medicamentos de qualidade garantida, incluindo o tratamento da dor, ao apoio de profissionais de saúde qualificados e ao acesso a uma unidade de saúde e a serviços de encaminhamento, se precisarem ou desejarem. • As restrições à autoridade de prescrição e distribuição de medicamentos para aborto podem ter de ser modificadas ou outros mecanismos criados para a autogestão, no âmbito do quadro regulador do sistema de saúde.
Abordagens de autogestão da contracepção pós-aborto (ver também “Momento da utilização da contracepção pós-aborto”, Recomendações 41-47 acima)	
51 (AUTOGESTÃO) Contracepção injectável (iniciação e continuação)	<p>Recomendar a opção de auto-administração de contraceptivos injectáveis no período pós-aborto.</p> <p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A administração de um contraceptivo injectável envolve a utilização de uma seringa e pode ser intramuscular ou subcutânea. Foram desenvolvidos dispositivos descartáveis compactos pré-preenchidos para facilitar o processo de auto-administração.

SECÇÃO Área temática Número e tipo da recomendação ou da declaração de melhores práticas	Recomendação ou declaração de melhores práticas
52 (AUTOGESTÃO) Pílulas contraceptivas orais não sujeitas a receita médica	Recomendar que as pílulas contraceptivas orais não sujeitas a receita médica sejam disponibilizadas sem prescrição para pessoas que usem medicamentos de venda livre.
53 (AUTOGESTÃO) Pílulas contraceptivas de emergência não sujeitas a receita médica	Recomendar que pílulas contraceptivas de emergência não sujeitas a receita médica sejam disponibilizadas sem prescrição para pessoas que desejem utilizar contracepção de emergência.
54 (AUTOGESTÃO) Uso do preservativo	O uso consistente e correcto dos preservativos masculinos e femininos é altamente eficaz na prevenção da transmissão sexual do VIH; na redução do risco de transmissão do VIH de homens para mulheres e de mulheres para homens em casais serodiscordantes; na redução do risco de contrair outras IST e doenças associadas, incluindo verrugas genitais e cancro do colo do útero; e na prevenção da gravidez não intencional.



**World Health
Organization**

human
reproduction
programme **hrp.**
research for impact
UNDP · UNFPA · UNICEF · WHO · WORLD BANK

Para mais informações, contactar:

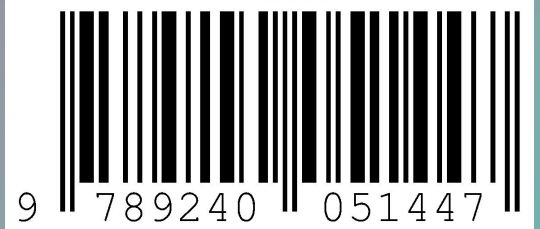
Departamento da Saúde Sexual e Reprodutiva e Investigação

Organização Mundial da Saúde
20, avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

Email: srhrp@who.int

Página na internet: www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research

9789240051447



9 789240 051447