



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Protocolos seguidos na Interrupção Voluntária da Gravidez por Opção da Mulher em Portugal

Mariana Sofia dos Santos Martins

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Professor Doutor José Martinez de Oliveira

Coorientador: Professor Doutor Paulo Duarte

Covilhã, maio de 2014

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.
(Madre Teresa de Calcutá)

Dedicatória

Ao meu João.

Aos meus Pais e Irmão.

À minha Avó.

Pela ajuda e incentivo para a concretização dos meus sonhos.

A vós devo a pessoa que sou.

Agradecimentos

O espaço limitado desta secção de agradecimentos, seguramente, não me permite agradecer, como devia, a todas as pessoas que, ao longo da elaboração desta tese me ajudaram, direta ou indiretamente, a cumprir os meus objetivos e a realizar mais esta etapa da minha formação académica.

Desta forma, deixo apenas algumas palavras, poucas, mas um sentido e profundo sentimento de reconhecido agradecimento.

Ao Professor Doutor José Martinez de Oliveira, meu orientador, pela disponibilidade manifestada para orientar este trabalho, pela ajuda na definição do tema e do objeto de estudo, pelos oportunos conselhos, pela serenidade, acessibilidade, cordialidade e simpatia demonstradas.

Ao Doutor Paulo Duarte o meu sincero agradecimento pela coorientação neste projeto. Muito obrigada pelo profissionalismo e pela total disponibilidade. O seu apoio foi determinante na elaboração desta tese.

À Faculdade de Ciências da Saúde agradeço a oportunidade para a minha formação científica e pessoal.

A todos os Serviços de Ginecologia e/ou Obstetrícia que participaram neste estudo.

À minha família, pelo amor incondicional, pelo apoio e compreensão, e pelo constante encorajamento a fim de prosseguir a elaboração deste trabalho.

À minha avó, pela sua ternura e cumplicidade. Por me perdoar as constantes ausências. Pela bondade com que sempre me tratou e por se orgulhar de mim.

Ao João, pelo amor, paciência e compreensão. Por ter estado omnipresente em cada etapa deste percurso, empenhando-se ao máximo para me proporcionar qualidade de vida e equilíbrio emocional.

Aos meus amigos, que sempre marcaram presença na minha vida de um modo especial, pelos bons momentos, amizade e apoio.

Resumo

Introdução: Apesar de estarem definidos os princípios gerais e existirem normas específicas, as condições técnicas e logísticas de realização do procedimento de IVG podem não ser uniformes, pelo que há necessidade de se conhecerem os protocolos que estão a ser seguidos e aplicados nos diferentes centros médicos do país. O objetivo deste estudo é conhecer como é abordada a IVG nas unidades autorizadas e analisar o seu enquadramento nas normas nacionais.

Materiais e Métodos: Estudo observacional, descritivo, transversal e quantitativo, com base num questionário elaborado especificamente para o efeito de preenchimento anónimo pelos responsáveis do procedimento de IVG em cada um dos centros creditados para tal. Foram incluídos 45 centros públicos a nível nacional.

Resultados: Responderam 25 dos 45 centros abordados. Na maioria (76%) dos centros a procura é da iniciativa própria da grávida. Em 2012, os tempos de espera para a marcação da primeira consulta foram superiores a 5 dias em 36% dos centros, sendo que na maioria (76%) a Consulta prévia é realizada sempre, independentemente de ter tido lugar ou não no Centro de Saúde. O Formulário de Consentimento Livre e Esclarecido é entregue às utentes na maioria (76%) dos centros no momento da primeira consulta. Todos os centros têm apoios psicológico e social disponíveis para as grávidas que os solicitem. Em 60% dos centros é utilizada preferencialmente a interrupção medicamentosa. O controlo pós-IVG é feito em 88% dos centros a todas as utentes, sendo em 96% deles utilizada ecografia para esse efeito. Em 68% dos centros é feita consulta de seguimento a todas as utentes, embora todos garantam que a mesma se faz, quer seja em Centro de Saúde ou em consulta de Planeamento Familiar. Após a IVG, 52,0% dos centros realizam controlo da cobertura anticoncepcional em todas as utentes, sendo que os restantes reencaminham para o Centro de saúde da área da residência, contudo, quase a totalidade (92%) dos centros realiza aconselhamento anticoncepcional aquando da consulta prévia.

Conclusão: Apesar de existirem variantes de realização da Consulta Prévia a maioria dos procedimentos são uniformes em todos os centros, como a disponibilização de apoios psicológico e social, a existência de controlo pós-IVG, a consulta de seguimento e o aconselhamento anticoncepcional, quer seja no próprio Serviço ou no Centro de Saúde. Subsistem, contudo, algumas diferenças, nomeadamente em relação a tempos de espera para as diferentes consultas, as quais não têm perfil uniforme em todos os centros.

Palavras-chave

Aborto, Análise, IVG, Portugal, Protocolos

Abstract

Introduction: Although the general principles have already been defined and the specific standards created, the technical and logistical conditions of the ITP procedure may not be uniform, and because of that is necessary to know which protocols are being followed and applied in the different centers nationwide. The main point of this study is to know how the induced termination of pregnancy is addressed in the authorized units, analyze their environment in the national standards, and compare with those of the European Union.

Materials and methods: Observational, descriptive, transversal and quantitative study, based on a questionnaire specifically designed for this purpose, anonymous, filled by the person responsible for the abortion procedure in each of the centers accredited for so. In the study 45 public centers nationwide were included.

Results: We received 25 responses. The majority (76%) of the centers indicated as the most frequent demand the initiative of the pregnant. In 2012, the waiting period for the first consultation was more than 5 days at 36% of the centers. It was found that the majority of centers (76%) indicated that the so called “Prior Consultation” is always performed, regardless of whether or not carried out by the General Practitioner (GP). Form of Consent is delivered to the patient in the majority (76%) of the centers at the time of first consultation. All centers have psychological and social support available to pregnant women who request it. In 60% of the centers is preferably used the medical procedure. It was found that 88% of the centers do a post-ITP control to all users, and 96% use ultrasound for this purpose. In 68% of the centers a follow-up visit is held, although all centers ensure post-ITP follow-up, whether with their GP or at the Family Planning clinic. After the procedure, 52% of the centers perform birth control counseling in all users, while the remaining forward the patient to the GP clinic, however, almost all (92%) of the centers advice on birth control during the Prior Consultation.

Conclusion: There are commonalities between the great majority of the centers, as the elements of the Prior Consultation, the provision of psychological and social support, as well as the existence of post-abortion control, follow-up visit and birth control counseling, whether in the center itself or at the GP clinic, however, some differences, particularly in relation to waiting periods for different consultations, which are not homogeneous for all centers.

Keywords

Abortion, Analysis, Induced Termination of Pregnancy (ITP), Portugal, Protocols

Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	iv
Resumo	v
Palavras-chave	v
Abstract.....	vi
Keywords	vi
Lista de gráficos.....	ix
Lista de tabelas	x
Lista de Acrónimos.....	xi
1. Introdução	1
1.1. Objetivo Geral	2
1.1.1. Objetivos específicos	2
1.2. Hipóteses a testar.....	3
2. Material e Métodos	4
2.1. Desenho do estudo.....	4
2.2. Amostra	4
2.3. Instrumento de Investigação	4
2.4. Método de recolha dos dados	5
2.5. Metodologia Estatística	5
3. Resultados	6
3.1. Tipo de encaminhamento.....	6
3.2. Tempos de espera para marcação da consulta inicial	7
3.3. Consulta prévia	8
3.3.1. Confirmação da gravidez por ecografia	9
3.3.2. Confirmação do grupo sanguíneo	10
3.3.3. Outros exames solicitados na consulta prévia.....	10
3.3.4. Métodos anticoncecionais - esclarecimentos e orientações	11
3.3.5. Marcação de consulta subsequente	11
3.4. Tempo entre a Consulta Prévia e a segunda consulta	12
3.5. Consentimento Livre e Esclarecido	14
3.6. Apoio psicológico e social à grávida	14
3.7. Métodos de interrupção da gravidez	16
3.7.1. Métodos disponibilizados.....	16
3.7.2. Número de consultas.....	16

3.7.3. Procedimento medicamentoso	17
3.7.4. Interrupção cirúrgica	21
3.8. Controlo pós-IVG	22
3.8.1. Verificação da interrupção da gravidez	22
3.8.2. Consulta de seguimento	23
3.8.3. Métodos anticoncecionais pós-IVG	24
4. Discussão	26
5. Conclusões	31
6. Referências bibliográficas.....	33
7. Anexos	36

Lista de gráficos

- Gráfico 1 - Tempos de espera para marcação da consulta inicial
- Gráfico 2 - Realização da consulta prévia
- Gráfico 3 - Confirmação da gravidez por ecografia
- Gráfico 4 - Realização da ecografia de confirmação da gravidez
- Gráfico 5 - Confirmação do grupo sanguíneo
- Gráfico 6 - Solicitação de outro tipo de exames aquando da Consulta Prévia
- Gráfico 7 - Esclarecimento quanto a métodos anticoncecionais
- Gráfico 8 - Marcação de consulta subsequente
- Gráfico 9 - Tempo entre a consulta prévia e uma segunda consulta
- Gráfico 10 - Preenchimento do Consentimento Livre e Esclarecido
- Gráfico 11 - Apoios disponíveis para a grávida
- Gráfico 12 - Métodos de IVG
- Gráfico 13 - Variação do número de consultas consoante tipo de IVG
- Gráfico 14 - Número de consultas de acordo com tipo de IVG
- Gráfico 15 - Dosagem de Mifepristone utilizada
- Gráfico 16 - Administração de Mifepristone
- Gráfico 17 - Dosagem de Misoprostol
- Gráfico 18 - Administração de Misoprostol
- Gráfico 19 - Como é feita administração de Misoprostol
- Gráfico 20 - Utilização de outro tipo de medicação
- Gráfico 21 - Frequência de utilização de outra medicação
- Gráfico 22 - Realização do procedimento cirúrgico de IVG
- Gráfico 23 - Tipo de anestesia
- Gráfico 24 - Controlo pós-IVG
- Gráfico 25 - Método de verificação do sucesso do procedimento
- Gráfico 26 - Seguimento pós-IVG
- Gráfico 27 - Aconselhamento de métodos anticoncecionais pós-IVG
- Gráfico 28 - Marcação de consulta de Planeamento familiar

Lista de tabelas

Tabela 1 - Respostas obtidas

Tabela 2 - Tipo de encaminhamento

Tabela 3 - Ordenação do tipo de encaminhamento

Tabela 4 - Tempos de espera até primeira consulta, em dias

Tabela 5 - Outro tipo de exames

Tabela 6 - Tempo entre a consulta prévia e uma segunda consulta

Tabela 7 - Coeficiente de correlação Spearman's Rho para os tempos de espera

Tabela 8 - Adesão ao apoio psicológico e social disponibilizado, por parte da grávida

Tabela 9 - Outros tipos de medicação utilizados

Tabela 10 - Tempo até à consulta de seguimento

Tabela 11 - Relação entre a Consulta Prévia e a Consulta de Seguimento

Lista de Acrónimos

DGS	Direção Geral da Saúde
FCS	Faculdade de Ciências da Saúde
FDA	Food and Drug Administration
IVG	Interrupção voluntária da Gravidez por opção da mulher
IPPF	International Planned Parenthood Federation
UBI	Universidade da Beira Interior

1. Introdução

No início do século XXI, o panorama da Interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher (IVG) modificou-se, passando a ser permitido, num tempo de gestação definido, num grupo considerável de países europeus (Anexo II). (1)

A partir de 2007, a Lei nº 16/2007, de 17 de Abril, alterou o artigo 142º do Código Penal, deixando assim de ser punível em Portugal a IVG, realizada nas primeiras 10 semanas de gravidez. (2) Pela natureza sensível da matéria, ficaram desde logo estabelecidos alguns princípios gerais e normas imperativas para poder realizar este procedimento dentro dos limites da nova Lei. (2) Mais tarde foram regulamentados os procedimentos administrativos e as condições técnicas e logísticas para estabelecimentos de saúde oficialmente reconhecidos, bem como a informação relevante a prestar à grávida para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável, através da Portaria nº 741-A/2007, de 21 de Junho, e também através da Circular normativa Nº 11/SR de 21/06/2007 da DGS (Anexo I), pela necessidade da existência de protocolos de cariz técnico comuns a todos os centros credenciados. (3-5)

No entanto, apesar de conhecidas as normas imperativas, as condições técnicas e logísticas, permanecem ainda desconhecidos os protocolos que estão a ser utilizados na prática diária nos diferentes centros do país. Não obstante já terem sido desenvolvidos diversos estudos no sentido de conhecer e caracterizar a população que recorre ao procedimento (6-8), a efetividade dos medicamentos empregues (9), assim como os seus riscos (10, 11) e também a recorrência da procura a este serviço (12), não foram ainda desenvolvidas, de acordo com a informação recolhida, tentativas de conhecer o panorama no que diz respeito às condições técnicas e logísticas em uso.

A Direção Geral da Saúde (DGS) desde 2011 tem feito um esforço para recolher (13), a partir da sua base de dados, informação sobre características da intervenção, distribuições de IVG por tipo de instituição (público ou privado), por região de saúde, por tipo de encaminhamento, tipo de procedimento e ainda o seguimento anticoncepcional pós-IVG. O intuito do presente estudo é ir além do que está relatado, tentando conhecer melhor os protocolos de cada centro. Isto porque se considera ser essencial conhecer a realidade efetiva da aplicação prática dos normativos legais, identificando limitações e obstáculos, para que, a partir deste conhecimento, se delineiem novas abordagens e práticas, de forma a garantir que o acesso aos serviços seja feito de forma segura, oportuna e com qualidade.

Na tabela apresentada no Anexo II, com base na informação recolhida pela IPPF (14), se sumariza a informação relativa ao panorama europeu em termos de práticas nacionais estipuladas.

Verifica-se que a legislação para IVG na maioria dos países é bastante anterior à portuguesa, com a exceção de Espanha, assim como a globalidade dos países tem um período limite para a realização da interrupção superior ao legal em Portugal. Apenas alguns países têm definido um período de reflexão obrigatório. São também poucos os países, além de Portugal, com definição de exames obrigatórios pré-IVG, sendo que nenhum outro refere realizar ecografia obrigatoriamente, (14) o que não impede que seja feita na prática. Apenas em Portugal está estabelecida a realização de uma “Consulta Prévia”, embora grande parte dos países preveja a prática de aconselhamento, sendo inclusive obrigatório em alguns deles. Como a IVG medicamentosa ainda não foi aprovada na maioria dos países, o método cirúrgico acaba por ser o mais utilizado pela maioria.

1.1. Objetivo Geral

- Conhecer os protocolos para a Interrupção Voluntária da Gravidez por opção da mulher, atualmente executados nos diferentes centros de realização do procedimento em Portugal e compará-los entre si.

1.1.1. Objetivos específicos

- Conhecer e comparar se existem e quais os diferentes tempos entre o pedido da utente e a consulta inicial.

- Averiguar as variantes de realização da consulta prévia.

- Averiguar as condições de realização da ecografia inicial para confirmação da gravidez, bem como outros procedimentos realizados para este fim.

- Averiguar a disponibilização de apoio psicológico e social à utente.

- Conhecer e comparar o tempo que medeia entre a consulta prévia e a segunda consulta.

- Identificar o momento em que é apresentado o formulário de consentimento livre e esclarecido.

- Conhecer e comparar as metodologias de interrupção da gravidez utilizadas nos diversos centros.

- Conhecer e comparar o modo de verificação da eficiência do procedimento utilizado em cada centro.

- Averiguar as condições de realização da consulta de seguimento/de controlo.

- Averiguar as condições de aconselhamento anticoncepcional pós-IVG.

1.2. Hipóteses a testar

- A maioria dos pedidos de IVG é autónoma.

- Centros com maiores tempos de espera até uma primeira consulta têm também tempos maiores de espera entre a consulta prévia e uma segunda consulta.

- Quando a realização da consulta prévia não é feita no serviço, a realização da consulta de seguimento também não é.

- O apoio social e psicológico, quando disponível, é pouco solicitado pela grávida.

- O procedimento medicamentoso é o mais utilizado para IVG em Portugal.

- A interrupção medicamentosa implica um maior número de consultas quando comparada com a interrupção cirúrgica.

- Centros que realizam IVG medicamentosa realizam sempre consulta de controlo.

2. Material e Métodos

2.1. Desenho do estudo

O presente estudo, de metodologia quantitativa, tem um carácter observacional descritivo e transversal uma vez que os dados foram recolhidos de forma direta e sistemática num só momento, sem qualquer tipo de intervenção nos participantes. (15)

2.2. Amostra

A população-alvo do estudo inclui os centros, a nível nacional, creditados para a realização do procedimento de IVG. Adotou-se a metodologia de censo, uma vez que todos os centros referenciados para a execução do procedimento de IVG foram contactados com vista a responderem ao inquérito, partindo da lista do Relatório de IVG da DGS de 2012 (13), acrescentando ainda alguns outros Serviços de Ginecologia e/ou Obstetrícia, de modo a cobrir os que pudessem ter iniciado esta atividade entretanto. Foram apenas considerados Serviços de Ginecologia/Obstetrícia ou de cada um dos seus ramos, hospitalares públicos, não se incluindo centros de saúde nem unidades privadas. O universo deste estudo está representado por 45 centros (Anexo III).

2.3. Instrumento de Investigação

O projeto, aprovado pela Comissão de Ética da FCS - UBI (anexo IV), incluía, como principal instrumento de investigação, um questionário (anexo V) elaborado para o efeito, de preenchimento pelo responsável pelo procedimento de IVG em cada Serviço ou pelo seu Diretor. O questionário foi elaborado e aperfeiçoado ao longo de meses de trabalho, com a consulta de bibliografia adequada (2-5) e a ajuda de especialistas da área, para abranger todas as fases do processo de IVG por opção da mulher, isto é: pedido de consulta, consulta prévia, interrupção da gravidez, consulta de seguimento.

O questionário encontra-se dividido em 4 partes correspondendo cada uma a uma fase. A primeira parte pretende averiguar o processo de acesso da grávida ao procedimento e quais os tempos de espera até a uma primeira consulta. A segunda parte tem por objetivo caracterizar as condições de realização da consulta prévia, questionando acerca do local de realização desta, do método utilizado para confirmação da gravidez, e outros possíveis procedimentos realizados nesta consulta, do preenchimento do formulário de Consentimento livre e esclarecido, bem como a disponibilização de apoio social e psicológico à grávida. Na terceira parte, aborda-se o método de interrupção da gravidez propriamente dito, inquirindo acerca dos métodos disponíveis - médicos ou cirúrgicos, tentando aprofundar em relação ao tipo de medicação utilizada, tipo de anestesia, assim como outros pormenores técnicos de cada método. Por fim, na quarta parte, aferem-se os procedimentos pós-IVG, como o controlo para

verificação do seu sucesso, a eventual disponibilização de uma consulta de seguimento e de aconselhamento anticoncepcional.

O inquérito na sua versão definitiva foi disponibilizado eletronicamente aos diretores dos Serviços de Ginecologia e Obstetrícia dos diversos centros, por *link* para resposta anónima. Foi solicitada anteriormente autorização aos presidentes dos respetivos conselhos de administração.

2.4. Método de recolha dos dados

Numa primeira fase, foi enviado um pedido de participação aos diretores dos Serviços de Ginecologia e Obstetrícia, por via eletrónica, dando também a conhecer o projeto e os objetivos e pedindo o preenchimento do questionário pelo responsável pelo procedimento de IVG nos Serviços.

Numa segunda fase, foram contactados por via telefónica os Diretores de Serviço, pedindo a sua participação no estudo através do preenchimento do questionário. Nesta fase foram efetuados vários contatos telefónicos com os centros. A recolha de dados terminou em 31 de Março de 2014.

A informação recolhida foi tratada de forma anónima e confidencial.

2.5. Metodologia Estatística

O registo dos dados e a análise estatística foram efetuados com recurso ao software Estatístico SPSS® 21.0 para Microsoft Windows®. Todos os dados foram submetidos a uma análise estatística descritiva que envolveu a análise de frequências.

3. Resultados

Foram recebidas 25 respostas completas dos 45 centros abordados, que constituem a amostra em análise no estudo.

Tabela 1 - Respostas obtidas

Faz IVG?	n	n/N (%)
Sim	25	55,56%
Não	5	11,11%
Não respondeu/Não completou	15	33,33%
Total N	45	100,00%

3.1. Tipo de encaminhamento

Nos centros inquiridos, 96% dos pedidos para consulta (n=24 em 25) ocorreram por iniciativa da grávida, assim como por encaminhamento pelos cuidados de saúde primários. Os restantes indicaram orientação por médico particular (n=23), outros serviços hospitalares (n=3), serviço de urgência (n=2) e pedidos por parte do representante legal, nos casos de menores de 16 anos (n=1).

Tabela 2 - Tipo de encaminhamento

Tipo de encaminhamento	Total	
	n	n/N (%)
Por orientação clínica do médico de família	24	96%
Por orientação clínica de médico particular	23	92%
Por iniciativa própria	24	96%
Outra opção	6	24%
Total de respostas	25	308*

* Admitia resposta múltipla

Foi requisitada uma ordenação do tipo de encaminhamento de 1 a 4, sendo 1 mais frequente e o 4 o menos frequente, sendo que 76% (n=19) dos centros indicaram como o mais frequente a procura por iniciativa própria da grávida, estando em último a opção “outra”, já abordada acima.

Tabela 3 - Ordenação do tipo de encaminhamento

Tipo de encaminhamento	1ª opção		2ª opção		3ª opção		4ª opção	
	n	n/N (%)						
Orientação do médico de família	5	20,00%	17	73,91%	2	8,70%	0	0,00%
Orientação de médico particular	1	4,00%	4	17,39%	17	73,91%	1	16,67%
Iniciativa própria	19	76,00%	2	8,70%	3	13,04%	0	0,00%
Outra opção	0	0,00%	0	0,00%	1	4,35%	5	83,33%
Total N	25	100,00%	23	100,00%	23	100,00%	6	100,00%

3.2. Tempos de espera para marcação da consulta inicial

Em 2012, os tempos de espera, em dias, para a marcação da primeira consulta variaram de centro para centro (Gráfico 1), entre um mínimo de 0 dias em 64% (n=16) dos centros e um máximo de 10 dias em 4% (n=1) dos centros, sendo referido um tempo médio de 3 dias em 44% (n=11) dos centros (Tabela 4). Este tempo de espera é superior ou igual a 5 dias para 72% dos centros (Tabela 4).

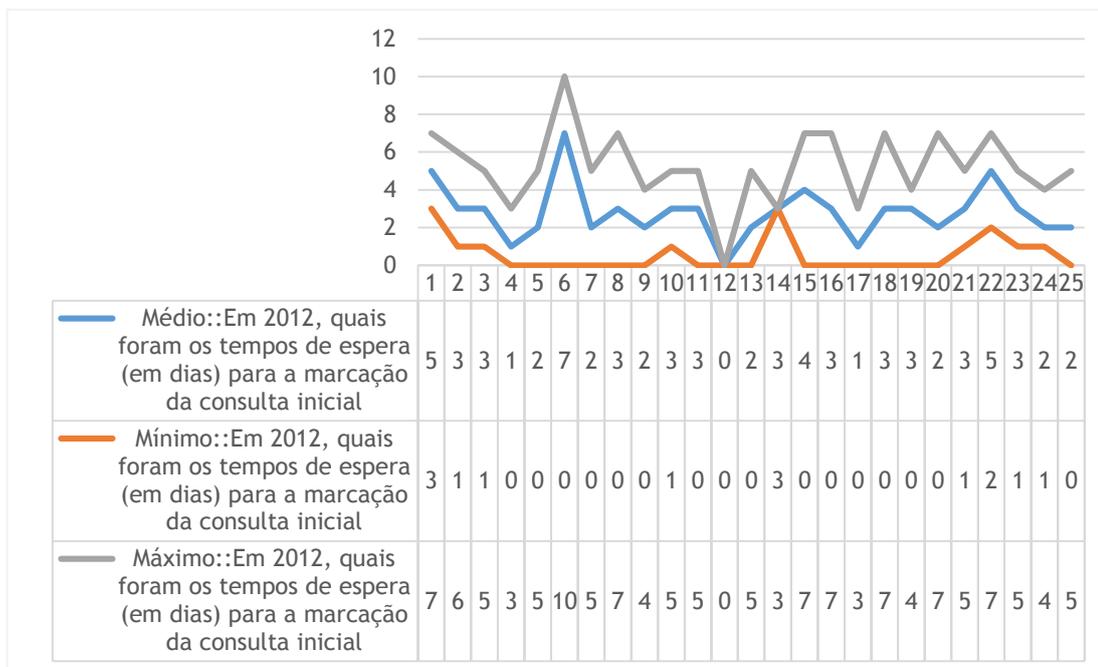


Gráfico 1 - Tempos de espera para marcação da consulta inicial

Tabela 4 - Tempos de espera até primeira consulta, em dias

Tempos de espera, em dias						
	Mínimo		Máximo		Médio	
	n	n/N	n	n/N	n	n/N
0	16	64,00%	1	4,00%	1	4,00%
1	6	24,00%	0	0,00%	2	8,00%
2	1	4,00%	0	0,00%	7	28,00%
3	2	8,00%	3	12,00%	11	44,00%
4	0	0,00%	3	12,00%	1	4,00%
5	0	0,00%	9	36,00%	2	8,00%
6	0	0,00%	1	4,00%	0	0,00%
7	0	0,00%	7	28,00%	1	4,00%
8	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
9	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
10	0	0,00%	1	4,00%	0	0,00%
Total N	25	100,00%	25	100,00%	25	100,00%

3.3. Consulta prévia

Em 76% (n=19) dos centros, a Consulta prévia é realizada sempre, independentemente de ter havido ou não avaliação no Centro de Saúde, contra 20% (n=5) que apenas a efetuam se não tiver sido realizada no Centro de Saúde. Nos centros em que nunca se realiza, a utente vem referenciada do exterior já com exames.

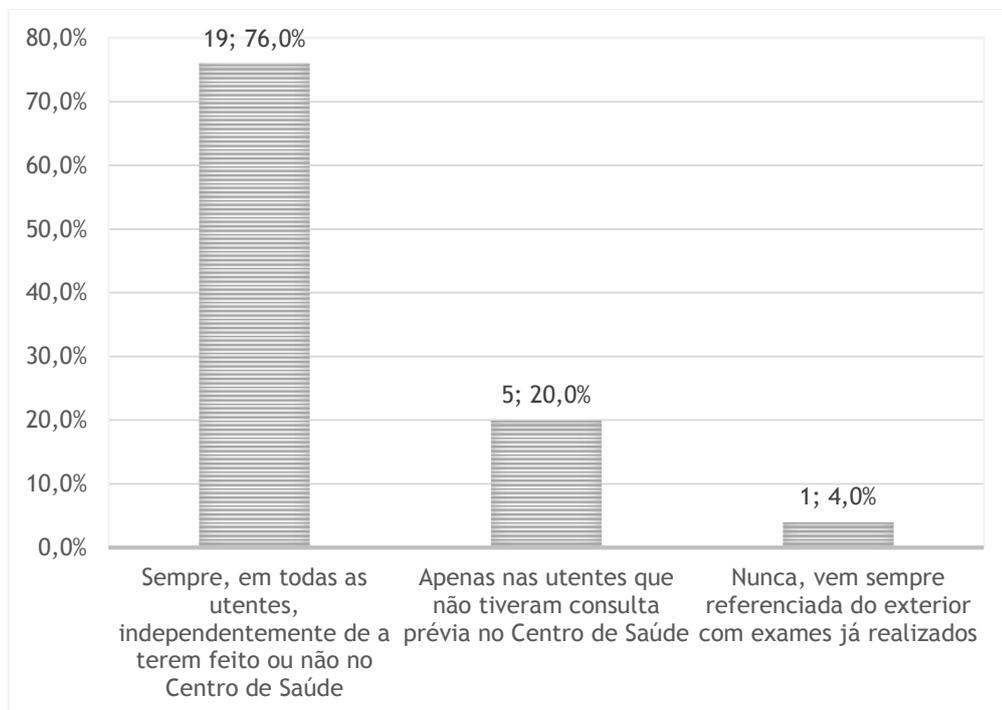


Gráfico 2 - Realização da consulta prévia

3.3.1. Confirmação da gravidez por ecografia

Dos centros inquiridos, 84% (n=21) afirmam realizar sempre ecografia para confirmação da gravidez, em todas as utentes, enquanto 12% (n=3) dizem ser realizada apenas nas utentes que não tiveram Consulta Prévia no Centro de Saúde e não fizeram antes ecografia. Nos 4% (n=1) que afirmaram ser solicitada para o exterior, esta é realizada num Centro Privado.

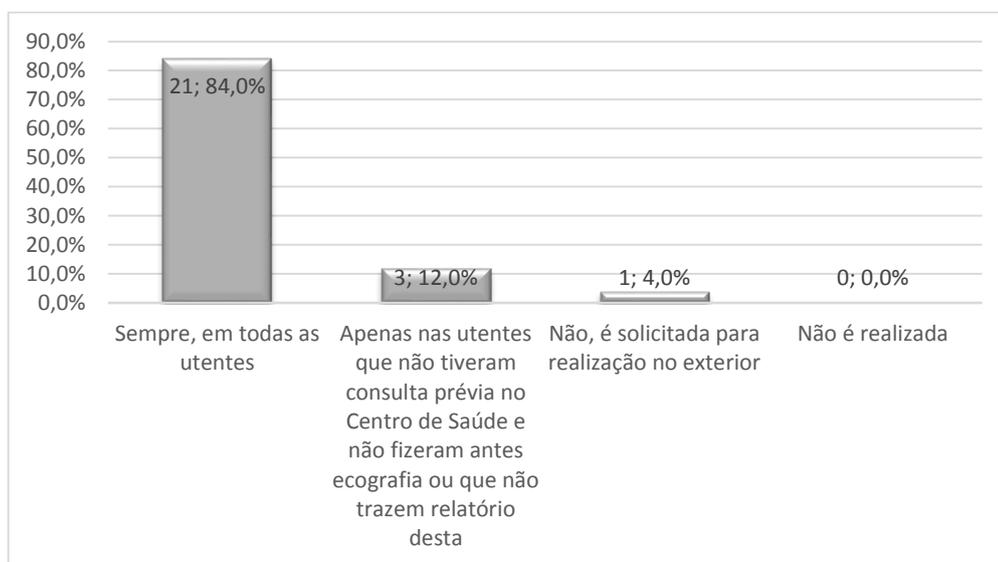


Gráfico 3 - Confirmação da gravidez por ecografia

Em 84% (n=21) dos centros a ecografia é realizada na primeira consulta, na consulta prévia, e em nenhum apenas no dia da interrupção propriamente dita.

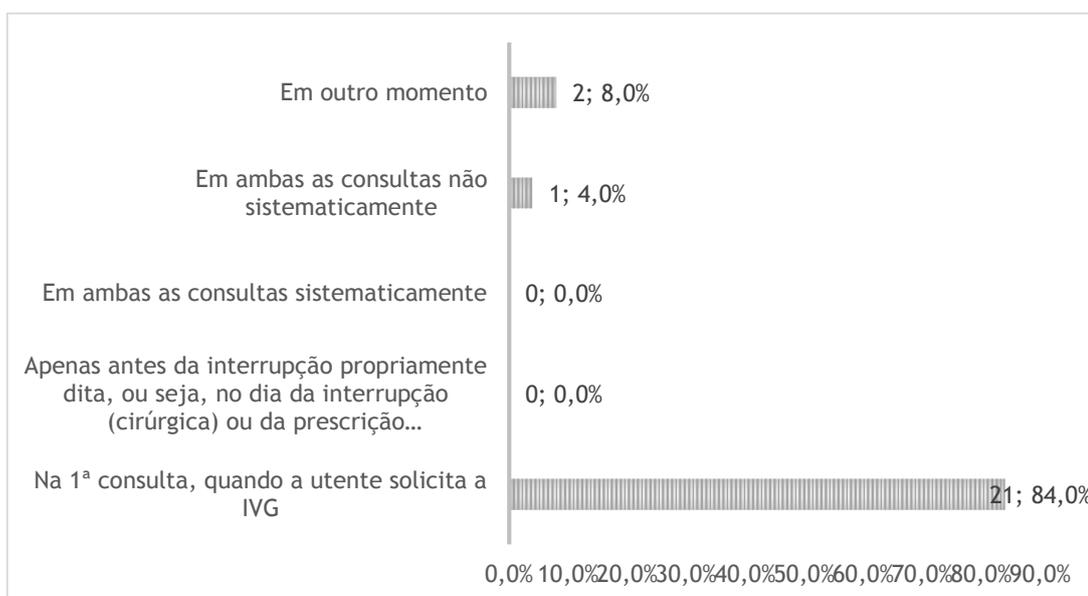


Gráfico 4 - Realização da ecografia de confirmação da gravidez

3.3.2. Confirmação do grupo sanguíneo

A confirmação do grupo sanguíneo, caso a utente o desconheça, é feita em 88% (n=22) dos centros, sendo solicitada para realização no exterior em 8% (n=2) dos centros.

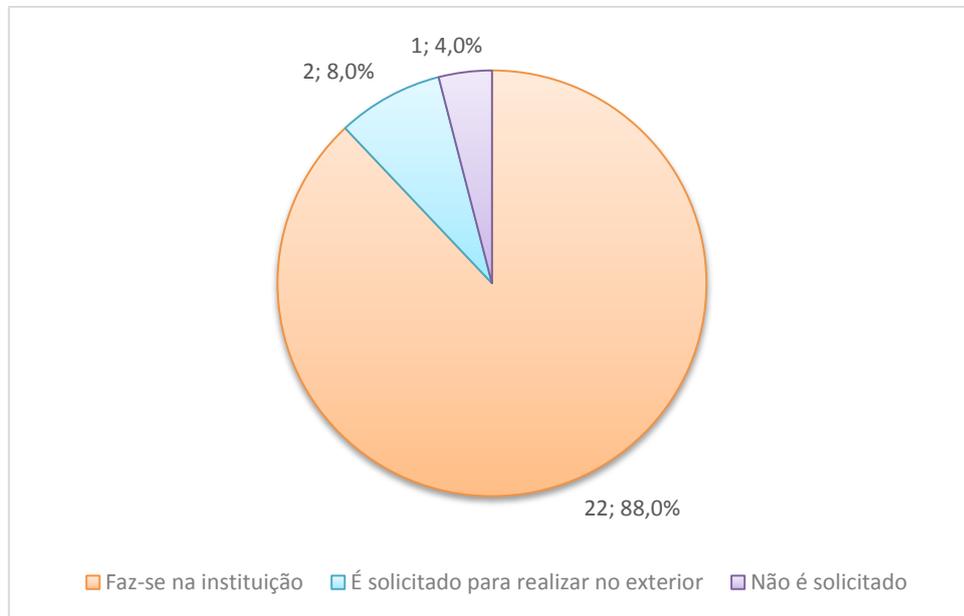


Gráfico 5 - Confirmação do grupo sanguíneo

3.3.3. Outros exames solicitados na consulta prévia

Enquanto 28% (n=7) dos centros solicitam outro tipo de exames a todas as utentes (Tabela 5), 48% (n=12) apenas o faz em casos específicos.

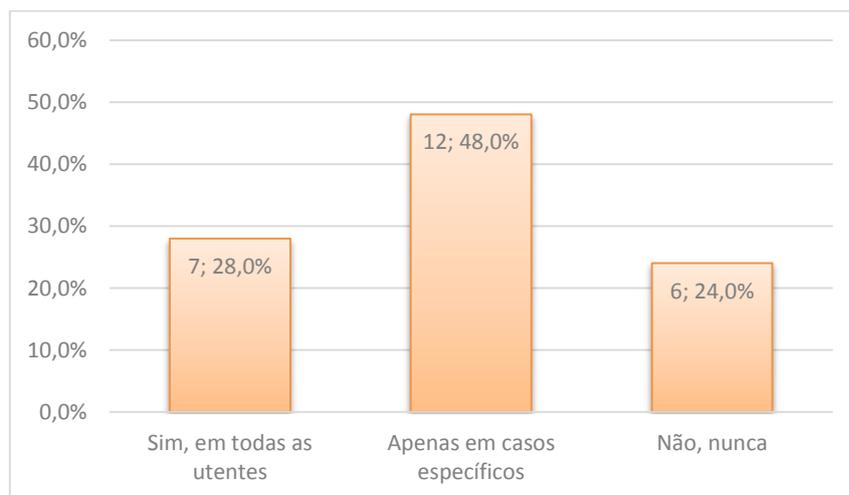


Gráfico 6 - Solicitação de outro tipo de exames aquando da Consulta Prévia

Tabela 5 - Outro tipo de exames

	n	n/N (%)
Hemograma	2	25%
Hemograma e coagulação	5	62,5%
Hemograma,glicemia,virulogia,creatinina	1	12,5%
Total N	8	100%

3.3.4. Métodos anticoncepcionais - esclarecimentos e orientações

Em 92% (n=23) dos centros é prestado esclarecimento e orientação acerca de métodos anticoncepcionais aquando da consulta prévia.

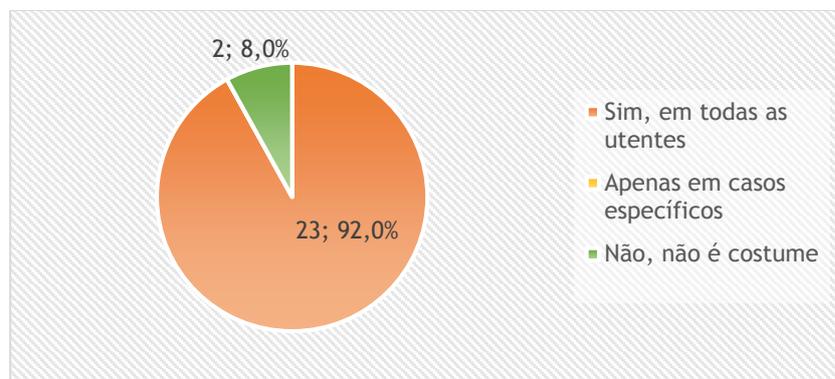


Gráfico 7 - Esclarecimento quanto a métodos anticoncepcionais

3.3.5. Marcação de consulta subsequente

Quando a consulta prévia é realizada fora do centro, a marcação de consulta subsequente fica a cargo da grávida em 16% (n=4), e por pedido direto do Centro de Saúde em 32% (n=8).

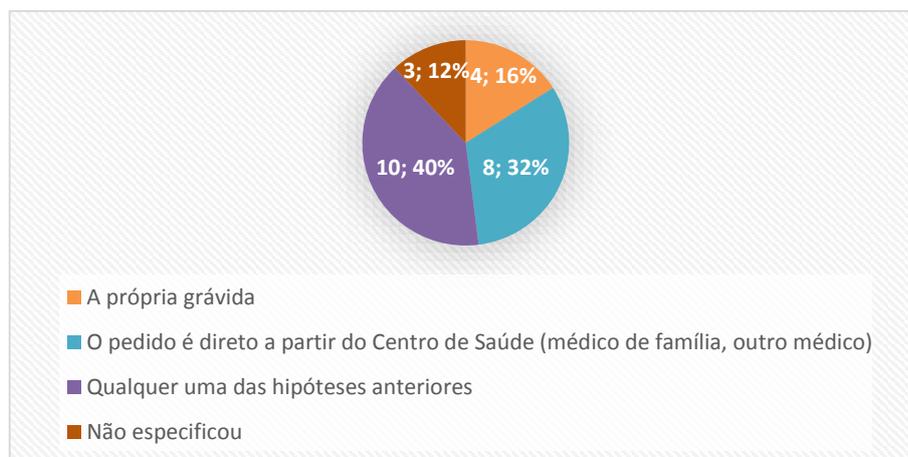


Gráfico 8 - Marcação de consulta subsequente

3.4. Tempo entre a Consulta Prévia e a segunda consulta

Entre a consulta prévia e uma segunda consulta medeia um mínimo de 3 dias em 79,17% (n=19) dos centros e um máximo de 7 dias em 33,33% (n=8) dos centros, sendo o mínimo referido de 1 dia de espera e o máximo de 8 dias.

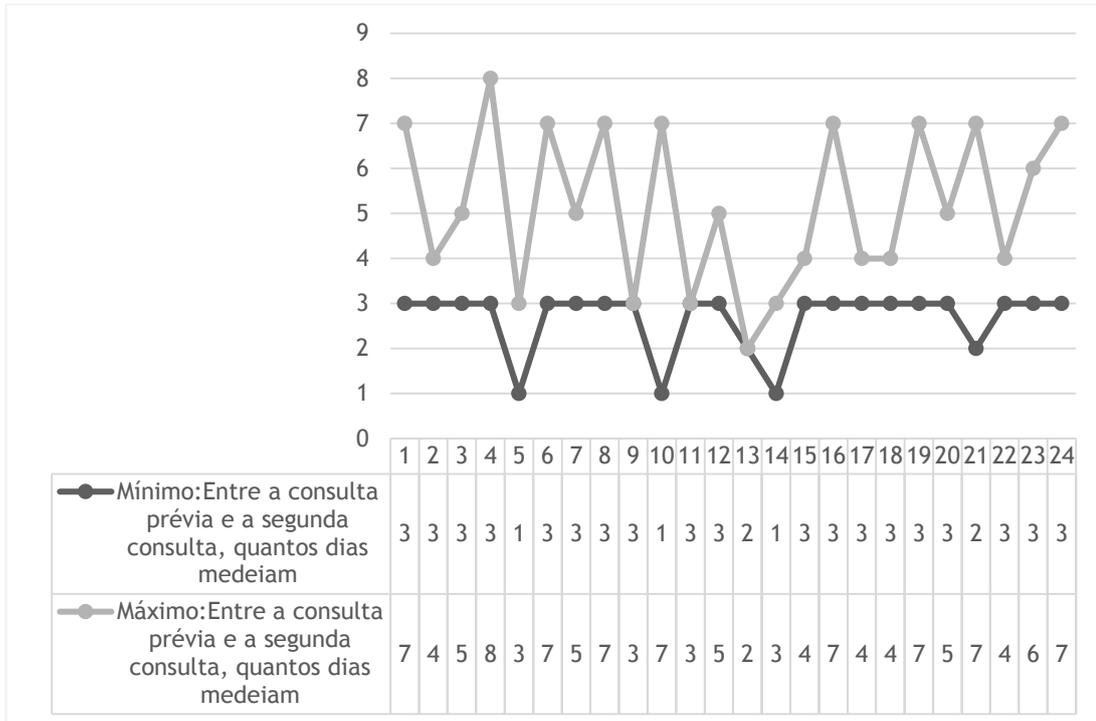


Gráfico 9 - Tempo entre a consulta prévia e uma segunda consulta

Tabela 6 - Tempo entre a consulta prévia e uma segunda consulta

Dias	Tempo mínimo		Tempo máximo		
	n	n/N%	Dias	n	n/N%
1	3	12,5%	2	1	4,17%
			3	4	16,67%
2	2	8,33%	4	5	20,83%
			5	4	16,67%
3	19	79,17%	6	1	4,17%
			7	8	33,33%
			8	1	4,17%
Total N	24*	100,00%	Total N	24*	100,00%

*Um dos centros não respondeu a esta questão

Numa tentativa de encontrar relação entre os diferentes tempos de espera, foi feito um cruzamento dos dados de ambas as variáveis, isto é, do tempo de espera para marcação de uma consulta inicial e do tempo que medeia entre a Consulta Prévia e uma segunda consulta. Utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman's Rho, pela dimensão reduzida da amostra. Analisando os níveis de significância e usando como referência o nível de significância de 5% conclui-se que não é possível concluir pela existência de relação entre os tempos de espera para a 1ª e a 2ª consultas.

Tabela 7 - Coeficiente de correlação Spearman's Rho para os tempos de espera

		Médio: Tempos de espera para a marcação da consulta inicial no centro	Mínimo: Tempos de espera para a marcação da consulta inicial no centro	Máximo: Tempos de espera para a marcação da consulta inicial no centro	Mínimo: Tempo entre a consulta prévia e a segunda consulta	Máximo: Tempo entre a consulta prévia e a segunda consulta	
Spearman's rho	Médio: Tempos de espera para a marcação da consulta inicial no centro	Coeficiente de correlação	1,000	,427*	,644**	-,248	-,117
		Sig. (2-tailed)		,037	,001	,242	,588
		N	24	24	24	24	24
	Mínimo: Tempos de espera para a marcação da consulta inicial no centro	Coeficiente de correlação	,427*	1,000	-,049	-,251	,035
		Sig. (2-tailed)	,037		,820	,236	,872
		N	24	24	24	24	24
	Máximo: Tempos de espera para a marcação da consulta inicial no centro	Coeficiente de correlação	,644**	-,049	1,000	-,035	,151
		Sig. (2-tailed)	,001	,820		,873	,483
		N	24	24	24	24	24
	Mínimo: Tempo entre a consulta prévia e a segunda consulta	Coeficiente de correlação	-,248	-,251	-,035	1,000	,240
		Sig. (2-tailed)	,242	,236	,873		,259
		N	24	24	24	24	24
Máximo: Tempo entre a consulta prévia e a segunda consulta	Coeficiente de correlação	-,117	,035	,151	,240	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,588	,872	,483	,259		
	N	24	24	24	24	24	

* Correlação com níveis de significância de 0.05 (2-tailed)

** Correlação com níveis de significância de 0.01 (2-tailed)

3.5. Consentimento Livre e Esclarecido

O Formulário de Consentimento Livre e Esclarecido é entregue às utentes em 76% (n=19) dos centros no momento da primeira consulta - que não a da interrupção da gravidez. Nenhum dos centros entrega os questionários apenas no dia da IVG propriamente dita.

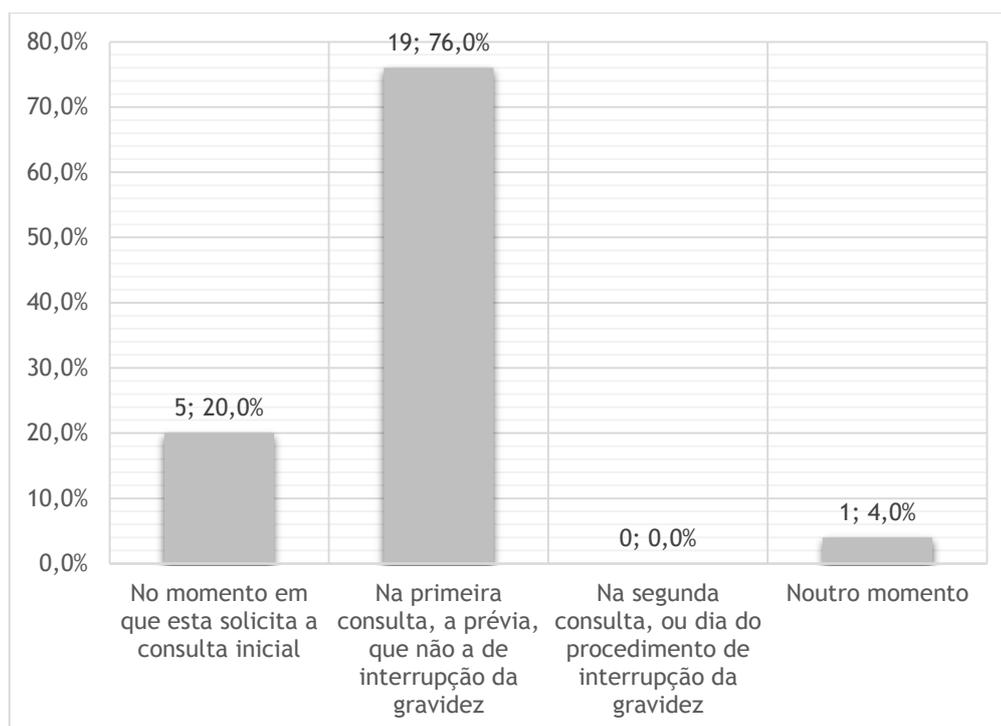


Gráfico 10 - Preenchimento do Consentimento Livre e Esclarecido

3.6. Apoio psicológico e social à grávida

É oferecido apoio psicológico sistematicamente a todas as utentes em 52% (n=13) dos centros, enquanto 48% (n=12) apenas o fazem a pedido, sendo raro que o mesmo seja formulado. Nenhum dos centros afirmou não ter disponível este tipo de apoio.

Quanto ao apoio social, 45,8% (n=11) dos centros oferecem-no sistematicamente às utentes, enquanto 54,2% (n=13) o fazem apenas a pedido, sendo também raramente solicitado. Nenhum dos centros afirmou não ter disponível este tipo de apoio.

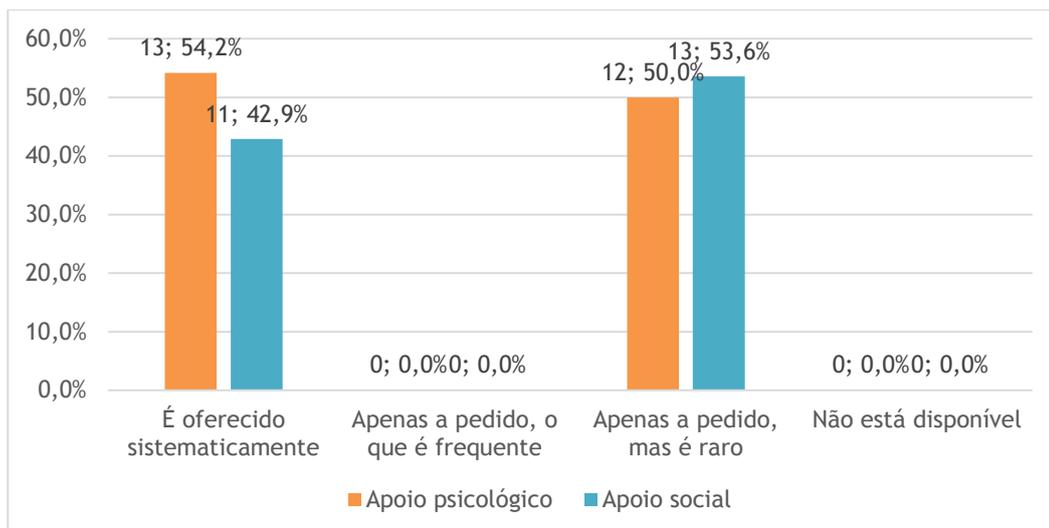


Gráfico 11 - Apoios disponíveis para a grávida

Nos centros que oferecem sistematicamente os apoios psicológico e social, verificou-se que o psicológico é aceite pelas utentes numa percentagem entre 10 a 20% em 33,33% (n=4) dos centros, enquanto o apoio social é aceite em menos de 10% das utentes, em 50% (n=6) dos centros. Nos centros que disponibilizam apoio apenas a pedido, sendo raro, o apoio psicológico tem adesão entre 90 e 100% em 58,33% (n=7) dos centros, e o apoio social tem adesão inferior a 10% em 46,15% (n=6).

Tabela 8 - Adesão ao apoio psicológico e social disponibilizado, por parte da grávida

	Disponibilização sistemática				Disponibilização a pedido, sendo raro			
	Adesão ao apoio psicológico		Adesão ao apoio social		Adesão ao apoio psicológico		Adesão ao apoio social	
	n	n/N (%)	n	n/N (%)	n	n/N (%)	n	n/N (%)
[0 - 10 %]	2	16,67%	6	50,00%	3	25,00%	6	46,15%
[10 - 20 %]	4	33,33%	2	16,67%	1	8,33%	1	7,69%
[20 - 30 %]	2	16,67%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
[30 - 40 %]	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
[40 - 50 %]	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
[50 - 60 %]	0	0,00%	1	8,33%	0	0,00%	0	0,00%
[60 - 70 %]	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
[70 - 80 %]	1	8,33%	0	0,00%	1	8,33%	0	0,00%
[80 - 90 %]	1	8,33%	1	8,33%	0	0,00%	1	7,69%
[90 - 100 %]	2	16,67%	2	16,67%	7	58,33%	5	38,46%
Total N	12*	100,00%	12	100,00%	12*	100,00%	13	100,00%

*Um dos centros não respondeu a esta questão

3.7. Métodos de interrupção da gravidez

3.7.1. Métodos disponibilizados

Em 60% (n=15) dos centros é utilizada preferencialmente a interrupção medicamentosa, 28% (n=8) realizam ambos os métodos, por escolha da utente. Nenhum dos centros inquiridos realiza apenas IVG cirúrgica.

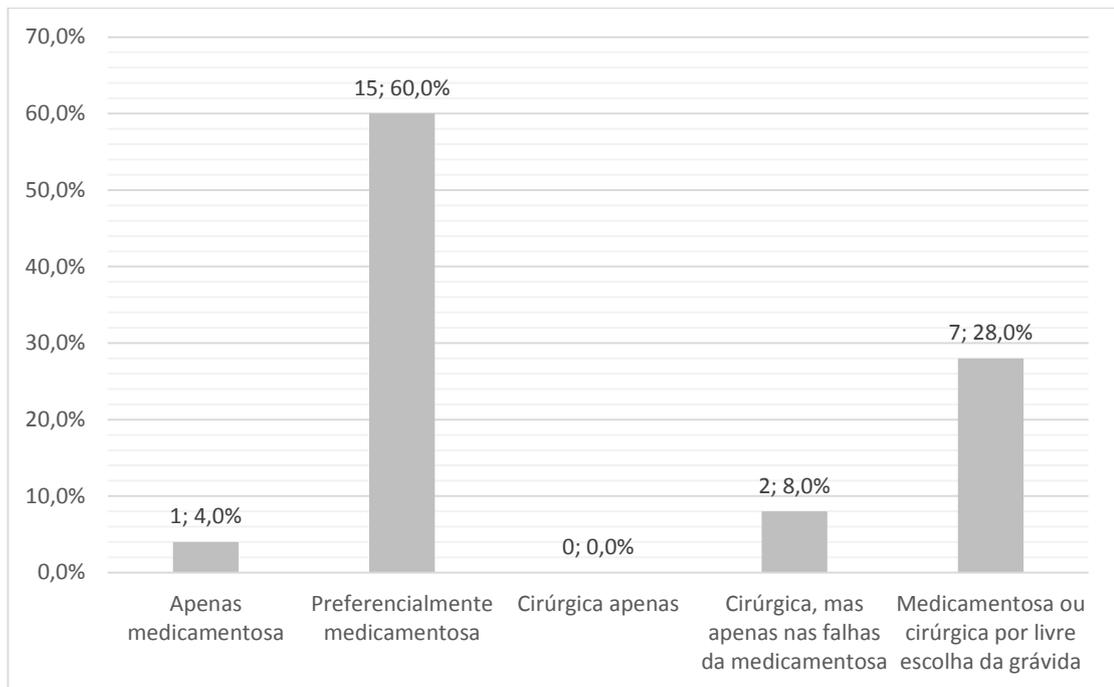


Gráfico 12 - Métodos de IVG

3.7.2. Número de consultas

Quanto à relação entre a número de consultas e o tipo de procedimento de IVG realizado, 60% (n=15) dos centros afirmam não existir diferença. No entanto, alguns centros afirmaram realizar o procedimento medicamentoso raramente, o que poderá representar um viés nos resultados desta questão.

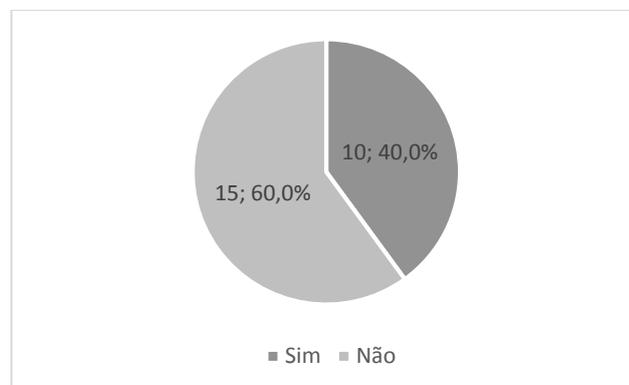


Gráfico 13 - Número de consultas consoante tipo de IVG

Do grupo que refere existir diferença no número de consultas consoante o tipo de IVG (N=9), 88,89% (n=8) dos centros indica 3 consultas para IVG medicamentosa, enquanto 55,56% (n=5) dos centros refere 2 consultas para IVG cirúrgica.

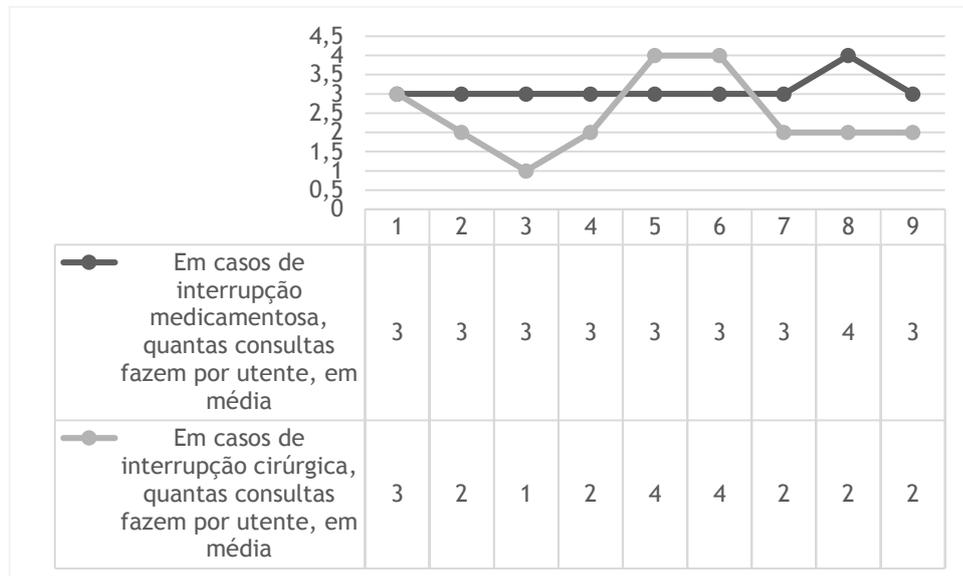


Gráfico 14 - Número de consultas de acordo com o tipo de IVG

3.7.3. Procedimento medicamentoso

No caso da IVG medicamentosa, todos os centros (100% - n=25) referem utilizar Mifepristone para o procedimento.

A dosagem utilizada por 88% (n=22) dos centros corresponde a 200mg, ou seja, 1 comprimido. Os que utilizam outra dosagem referem apenas os 400mg.

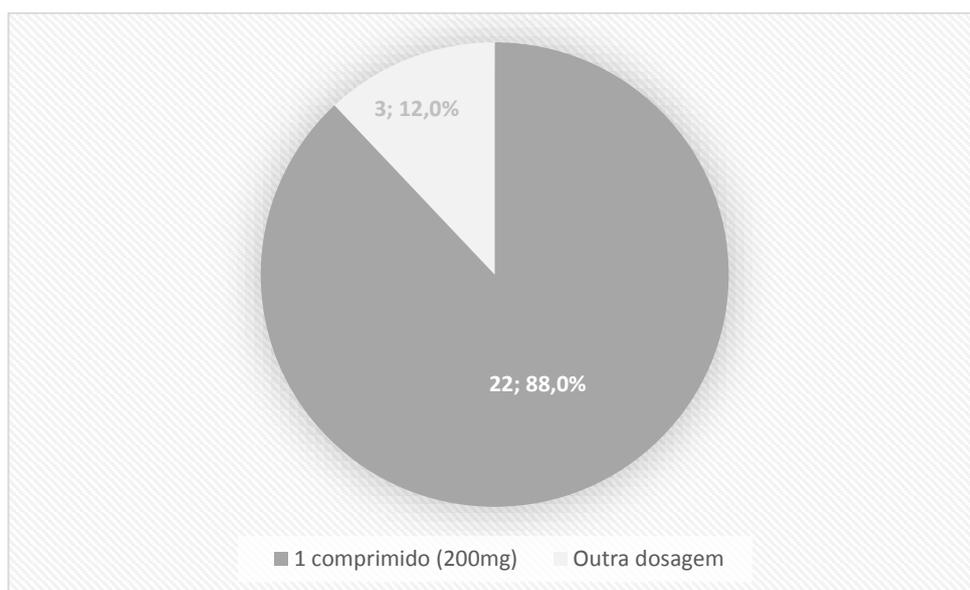


Gráfico 15 - Dosagem de Mifepristone utilizada

A administração do Mifepristone é feita na própria consulta em 92% (n=23) dos centros e em 4% (n=1) no domicílio. O centro que selecionou a opção “outra forma” não a especificou.

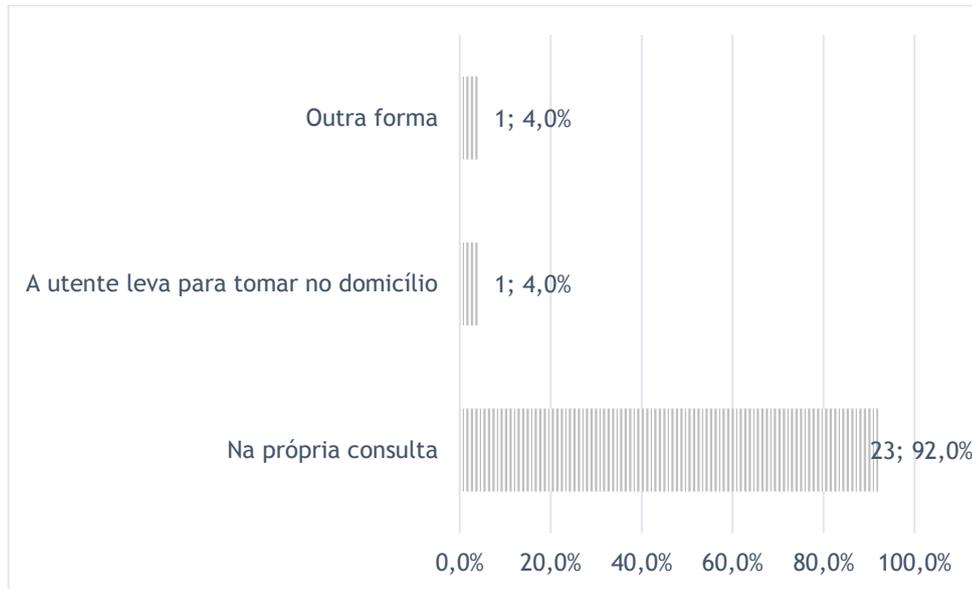


Gráfico 16 - Ministração do Mifepristone

Da mesma forma, todos os centros (100% - n=25) que responderam ao questionário utilizam Misoprostol para o procedimento medicamentoso, sendo a dosagem utilizada em 68% (n=17) de 800mg, correspondendo a 4 comprimidos, dependendo da idade gestacional. Nos centros que referiram uso de outras dosagens, são referidos 4 a 8 comprimidos, dependendo da idade gestacional, e ainda uma combinação de 800mg com 2 doses seguintes de 400mg se idade gestacional superior a 9 semanas.

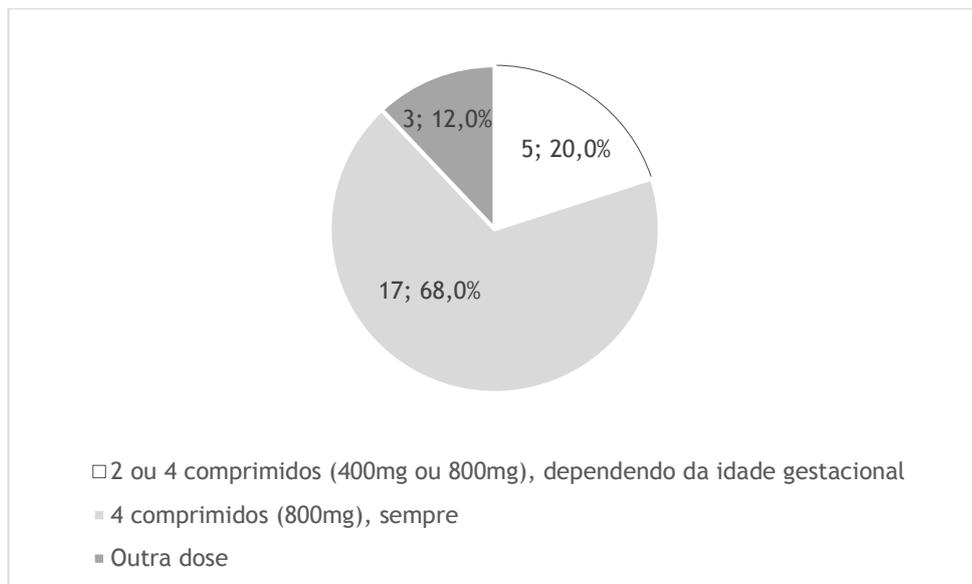


Gráfico 17 - Dosagem de Misoprostol

A via de eleição para ministração do Misoprostol é em 52% (n=13) a via vaginal, sendo seguida pela combinação das vias oral com a vaginal em 16% (n=4) dos centros. Em 8% (n=2) é utilizada a oral exclusiva. Os centros que mencionaram o uso de outra via referiram a via bucal como preferencial.

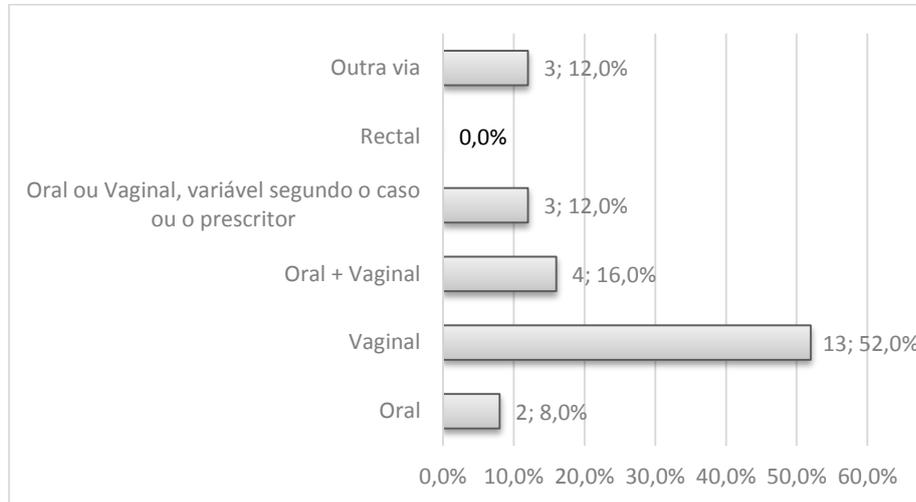


Gráfico 18 - Ministração do Misoprostol

A administração do Misoprostol é feita no próprio centro em 32% (n=8) dos centros e, nos restantes, a utente só vem ao centro se necessário, uma vez que os centros que responderam “outra forma” afirmaram ser feita no domicílio, com hipótese de recorrer ao serviço de urgência se necessário.

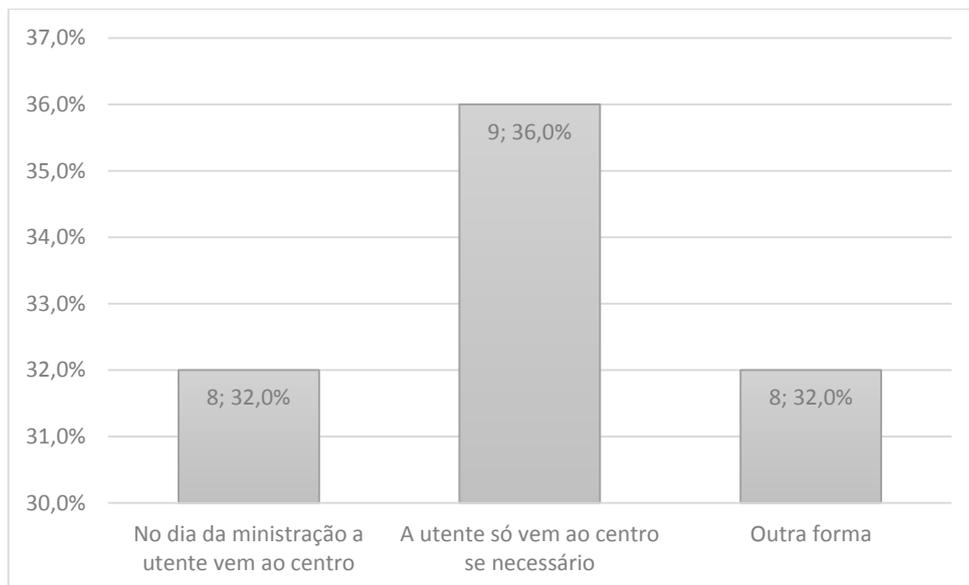


Gráfico 19 - Como é feita administração de Misoprostol

Ainda em relação à medicação utilizada no procedimento medicamentoso, 64% (n=16) utiliza outro tipo, além do específico já referido. Destes, 31,25% referem uso de analgesia (Ibuprofeno, Paracetamol, entre outros) e 25% o uso de antibioterapia profilática (a maioria com Azitromicina 1g). Em 31,25% (n=5) refere o uso combinado de analgesia com antibioterapia, enquanto 6,25% (n=1) refere combinação de contraceção logo após a toma do Misoprostol.

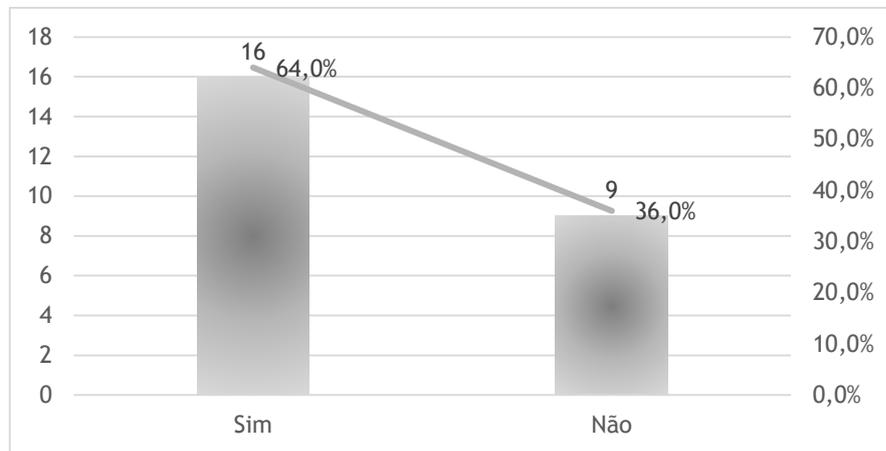


Gráfico 20 - Utilização de outro tipo de medicação

Tabela 9 - Outros tipos de medicação utilizados

Medicação	n	n/N%
Analgésico	5	31,25%
Analgésico + Antibioterapia	5	31,25%
Analgésico + Antibioterapia + Anti-emético	1	6,25%
Antibioterapia	4	25%
Antibioterapia + Analgésico + Pílula Contraceptiva a seguir a toma do Misoprostol	1	6,25%
Total de respostas (N)	16	100,00%

Quanto à frequência com que utilizam outra medicação, 68,8% (n=11) referem utilizá-la sistematicamente.

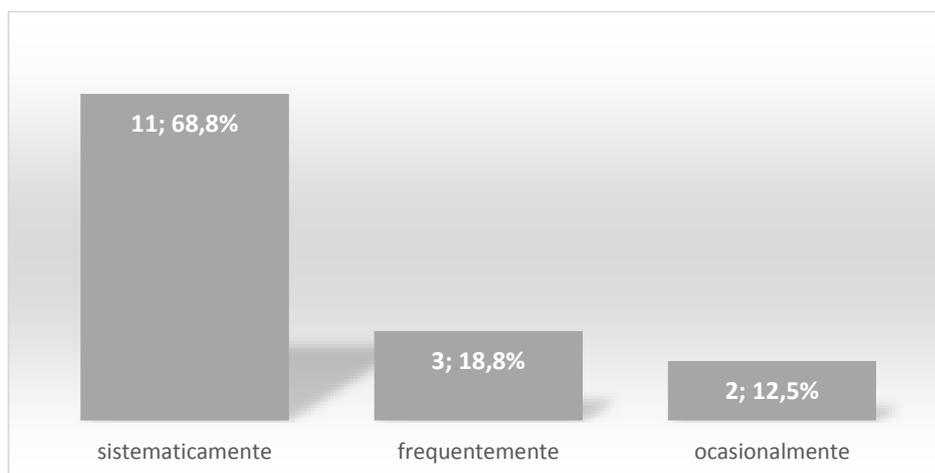


Gráfico 21 - Frequência de utilização de outra medicação

3.7.4. Interrupção cirúrgica

No caso da interrupção cirúrgica, 64% (n=16) dos centros realiza-a em regime ambulatorio. Quando realizado em internamento, este dura 1 dia (24 horas).

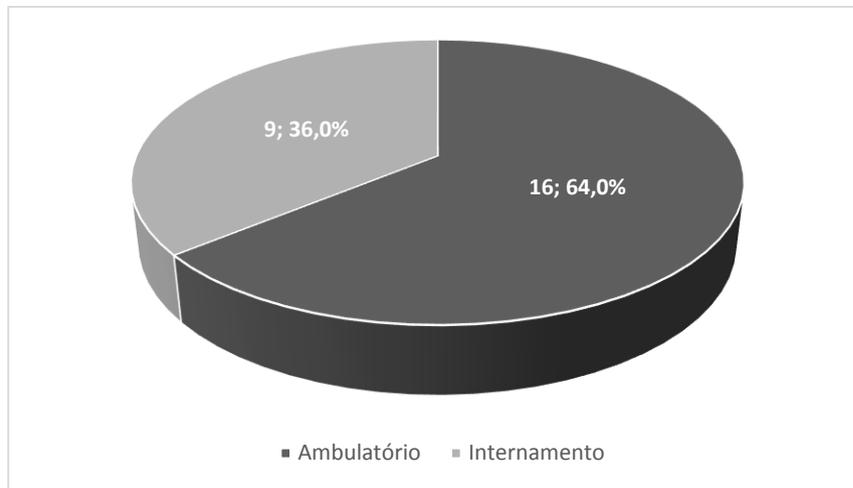


Gráfico 22 - Realização do procedimento cirúrgico de IVG

Na IVG cirúrgica, 44,4% (n=4) utilizam anestesia geral, sendo que em 22,2% (n=2) dos centros o tipo de anestesia é variável, dependendo do caso.

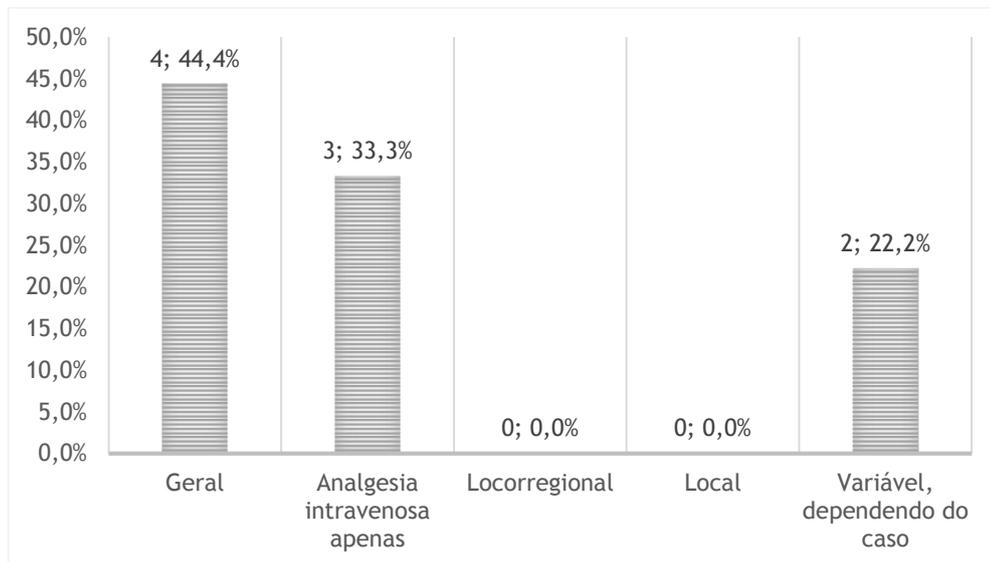


Gráfico 23 - Tipo de anestesia

3.8. Controlo pós-IVG

Constatou-se que 88% (n=22) dos centros realizam controlo após o procedimento de IVG a todas as utentes.

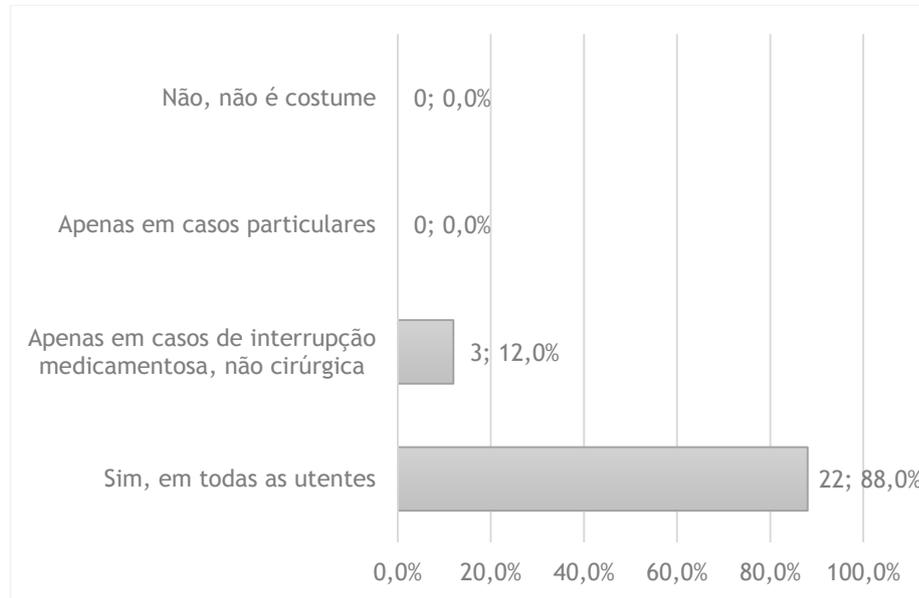


Gráfico 24 - Controlo pós-IVG

3.8.1. Verificação da interrupção da gravidez

Em 96% dos centros (n=24) é utilizada ecografia para verificação do sucesso da interrupção da gravidez.

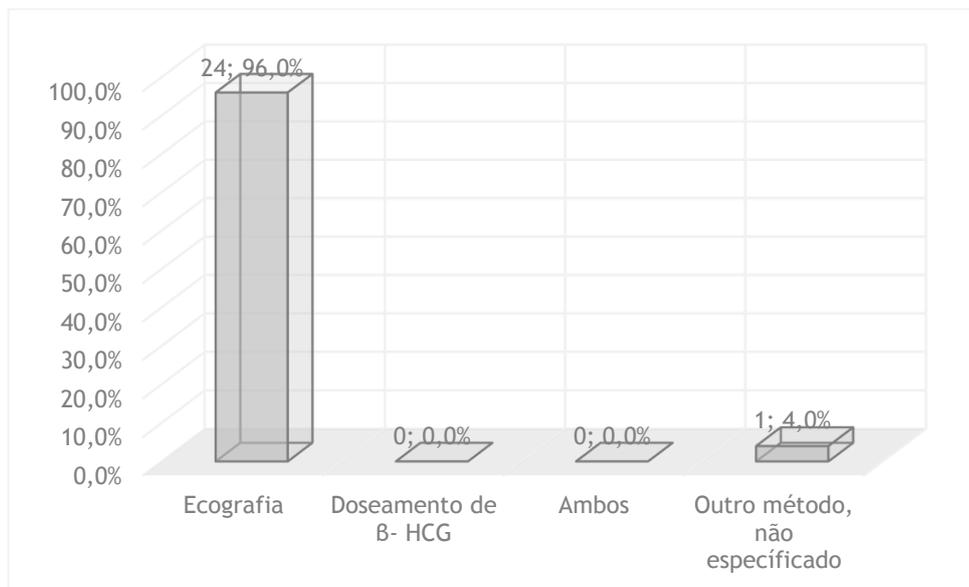


Gráfico 25 - Método de verificação do sucesso do procedimento

3.8.2. Consulta de seguimento

Em 68% (n=17) dos centros é feita consulta de seguimento a todas as utentes. Em 20% (n=5) esta é realizada apenas em casos de IVG medicamentosa.

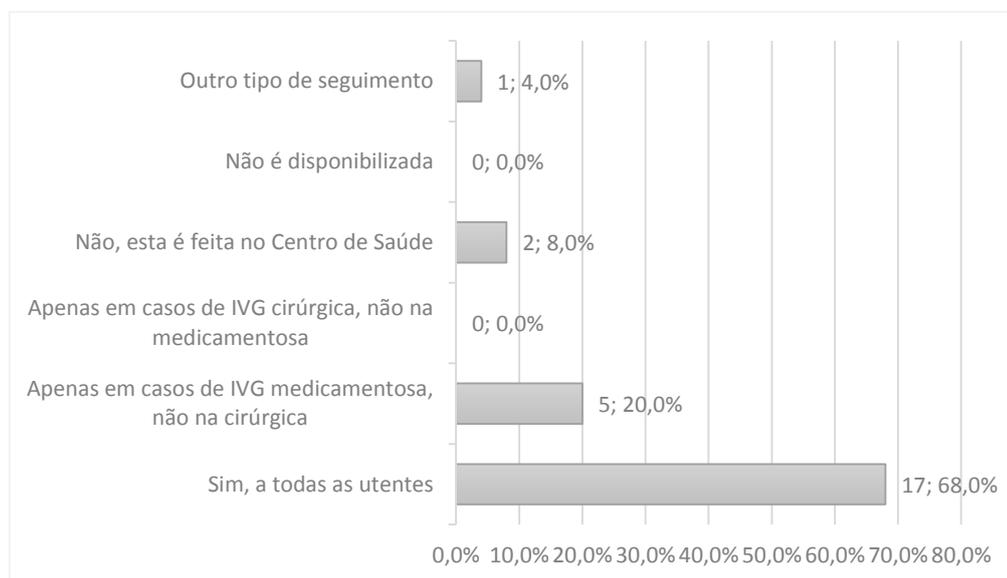


Gráfico 26 - Seguimento pós - IVG

Quando realizada no centro, em 54,55% (n=10) a consulta de seguimento é realizada entre 14 e 21 dias após a IVG. Nenhum dos centros ultrapassa os 21 dias para a realização da consulta de seguimento.

Tabela 10 - Tempo até à consulta de seguimento

Tempo até consulta de seguimento	n	n/N
<5 dias	2	9,09%
5-13 dias	8	36,36%
14-21 dias	12	54,55%
cerca de 1 mês	0	0,00%
Mais de 1 mês	0	0,00%
Total N	22	100,00%

Tendo em conta que seria espetável, pela bibliografia consultada, que alguns dos centros não realizassem na própria instituição a Consulta Prévia, vindo já reencaminhado após a mesma quer do Centro de Saúde quer de outro centro, o mesmo sendo aplicável à consulta de seguimento, pareceu-nos pertinente verificar se caso a Consulta Prévia fosse realizada fora do centro o mesmo aconteceria com a Consulta de Seguimento. Devido ao fato da dimensão da amostra ser bastante reduzida, como vemos pela tabela, a inferência estatística torna-se impossível.

Tabela 11 - Relação entre a Consulta Prévia e a Consulta de Seguimento

		Após a interrupção da gravidez, é feito algum tipo de consulta de seguimento/de controlo à utente no vosso serviço (a “3ª” consulta)?				Total
		Apenas em casos de IVG medicamentosa, não na cirúrgica	Não, esta é feita no Centro de Saúde	Outra opção	Sim, a todas as utentes	
No vosso centro a “consulta prévia” é realizada:	Apenas nas utentes que não tiveram consulta prévia no Centro de Saúde	3	0	1	1	5
	Nunca, vem sempre referenciada do exterior com exames já realizados	0	1	0	0	1
	Sempre, em todas as utentes, independentemente de a terem feito ou não no CS	2	1	0	16	19
Total		5	2	1	17	25

3.8.3. Métodos anticoncepcionais pós-IVG

Após a interrupção da gravidez, 52,0% (n=13) dos centros realizam controlo de métodos anticoncepcionais em todas as utentes. Dos restantes, 40,0% (n=10) aconselham consulta de planeamento familiar no Centro de saúde da área da residência.

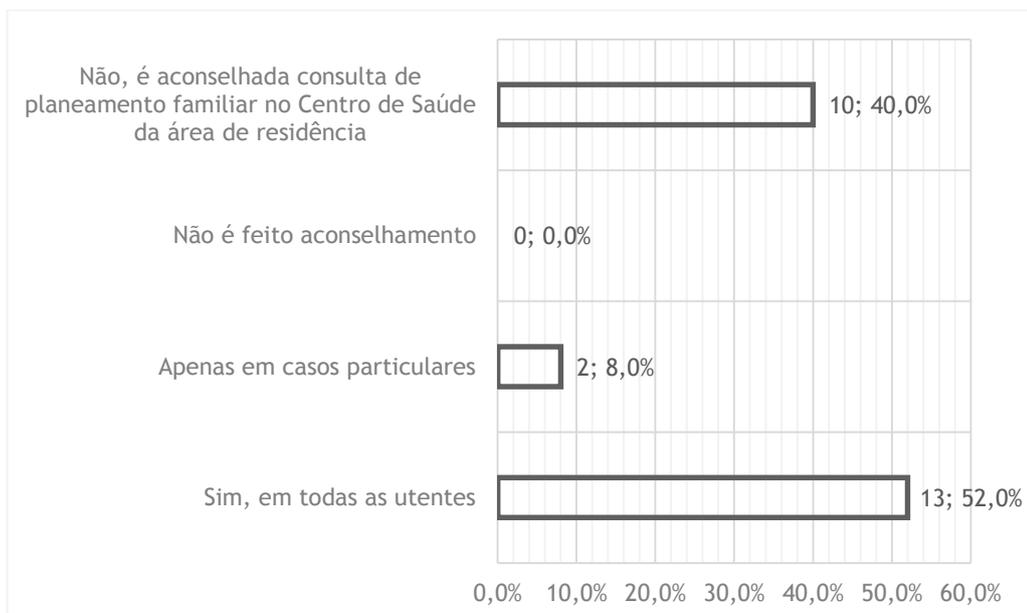


Gráfico 27 - Aconselhamento de métodos anticoncepcionais pós-IVG

Para garantia da adesão ao método anticoncepcional, pode marcar-se consulta de planeamento familiar, sendo que 60% (n=15) dos centros a encaminham para o centro de saúde enquanto apenas 12% (n=3) a realizam sempre no próprio centro.

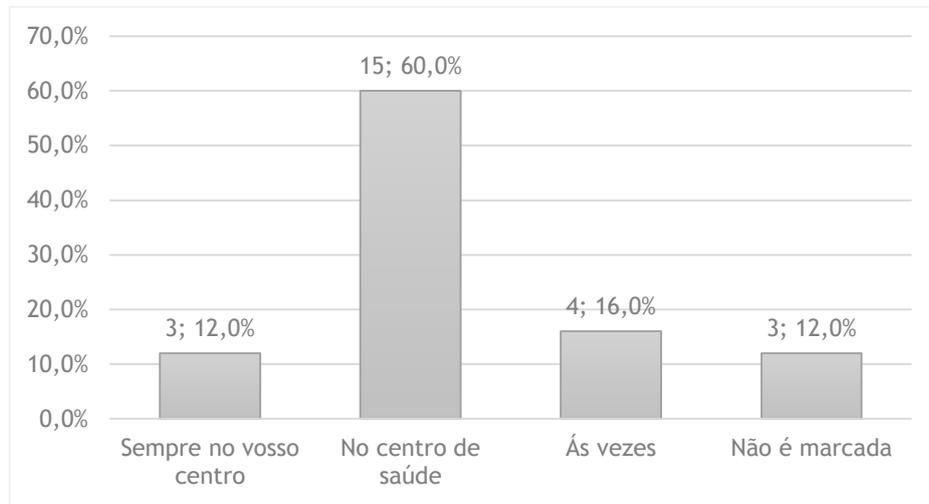


Gráfico 28 - Marcação de consulta de planeamento familiar

4. Discussão

Se é certo que todos os hospitais devem criar protocolos que garantam o atendimento atempado das solicitações de interrupção da gravidez e cumprimento dos prazos legalmente estabelecidos, (5) podem existir diferentes formas de fazê-lo.

A maioria dos pedidos para consulta de interrupção da gravidez, segundo a informação obtida por este estudo, é feito por iniciativa da grávida, seguindo-se o encaminhamento por parte do médico de família ou centro de saúde e, por último, o encaminhamento por outro médico, nomeadamente particular, informação sobreponível à descrita no Relatório de Registos de Interrupção Voluntária da Gravidez da DGS referente ao ano de 2012. (13) Isto pressupõe que as utentes têm informação de como chegar aos centros e, caso não tenham, têm hipótese de recorrer ao Centro de Saúde. Confirma-se, portanto, que a maioria dos pedidos de IVG é autónoma.

A IVG por opção da mulher deve ser precedida por uma primeira consulta - a Consulta Prévia - cujo objetivo é confirmar a gestação, datar a gravidez e fornecer todas as informações adicionais necessárias para a tomada de decisão por parte da grávida. (3-5) Constatou-se que 76% dos centros a realizam sempre, enquanto os restantes apenas a realizam quando esta não tenha sido realizada no centro de saúde ou outra instituição, ou seja, de uma forma ou de outra esta consulta é garantida, apesar de desejável, embora não obrigatório, (4) que fosse realizada no centro onde o procedimento é de fato realizado.

O tempo entre o pedido de marcação da consulta e a efetivação da mesma não deve ser superior a 5 dias, para desta forma reduzir os riscos da intervenção, (5) sendo, em média, 3 dias para 44% dos centros respondentes, embora em 72% seja igual ou superior a 5 dias, o que implica que este prazo acabe por ser ultrapassado, por motivos que não foram objeto deste estudo. Seria no entanto pertinente identificar o porquê deste achado.

É recomendado que a grávida se submeta, previamente à IVG, a um exame ecográfico para confirmação e datação da gravidez, quer seja no Centro de Saúde, quer seja no centro onde realiza a interrupção. (5) A maioria (84%) dos centros participantes no estudo realiza sempre ecografia, enquanto os restantes recebem o resultado da mesma do exterior, quer seja centro de saúde ou centro privado. Em relação à altura da realização desta ecografia, 84% dos centros realiza-a na primeira consulta, antes da IVG, como seria de esperar. No que diz respeito a outro tipo de exames efetuados também antes do procedimento, constatou-se que 88% dos centros realizam determinação do grupo sanguíneo a todas as grávidas que o desconheçam, o que indica que estará prevista a profilaxia com imunoglobulinas IgG anti-D a todas as grávidas Rh

negativas, após a interrupção, quer seja médica ou cirúrgica. (20) Outro tipo de exames é ainda pedido em 28% dos centros, sistematicamente, como sejam hemograma e provas de coagulação, o que pressupõe que a grávida fará um estudo do nível de hemoglobina, plaquetas, INR, bem como outros elementos analíticos que poderão ser úteis em caso de qualquer complicação que possa resultar do procedimento. Tudo isto indica que a grávida tem um bom acompanhamento pré-interrupção na generalidade dos centros.

A grávida recebe um impresso para o Consentimento Livre e Informado, sendo-lhe explicado que o deve ler e trazer assinado no dia da interrupção, garantido um tempo obrigatório de reflexão mínimo de 3 dias. (4, 5) Este impresso é entregue no momento da primeira consulta em 76% dos centros, sendo que nenhum dos centros entrega os questionários apenas no dia da IVG propriamente dita. Neste documento a grávida consente que foi informada de cada passo do procedimento, dos riscos envolvidos, das potenciais complicações do procedimento, tendo esclarecido as suas dúvidas, (4, 5) portanto convém que seja entregue de forma a garantir que a grávida tenha tempo para refletir sobre a informação que lhe foi dada, e não apenas no dia da interrupção, o que é cumprido na totalidade dos centros em Portugal, uma vez que nenhum entrega o Consentimento no dia da interrupção.

Quando questionados em relação a quanto tempo medeia, em dias, entre a consulta prévia e uma segunda consulta, nomeadamente de IVG, temos um mínimo de 3 dias em 79,17% dos centros, o que comprova que o tempo de reflexão de 3 dias é respeitado na maioria dos centros, embora não em todos, fundamento que desconhecemos. Neste ponto vários são os fatores que podem contribuir para a redução deste tempo de reflexão, nomeadamente o tempo de gestação, sendo uma questão interessante para esclarecimento adicional num estudo posterior, eventualmente.

Os serviços devem assegurar que a IVG deve ser realizada no espaço de 5 dias após a grávida ter o consentimento e toda a informação necessária a tomada de decisão, a não ser que a mulher peça para adiar o procedimento, dentro do prazo legal, obviamente. (4, 5) Observou-se que o tempo que medeia entre a Consulta Prévia e a segunda consulta em 41,67% dos centros foi superior a 5 dias, apesar de não terem identificado o motivo para tal. Vários são os fatores que podem contribuir para que este período ultrapasse os 5 dias, incluindo a reflexão da própria grávida, fato previsto pelas orientações, no entanto seria outro assunto a aprofundar.

Na tentativa de encontrarmos relação entre os diferentes tempos de espera, para deste modo verificar se um tempo maior de espera para a primeira consulta num centro estaria relacionado com um maior tempo de espera entre a consulta prévia e a segunda consulta, foi feito cruzamento destes dados, no entanto concluiu-se não existir relação entre as variáveis, ou seja, não existir relação entre os diferentes tempos de espera.

É compreensível uma confusão de sentimentos nas utentes que recorrem a este procedimento, quer seja culpa, depressão, ansiedade, ou outras questões, com possibilidade de desenvolvimento de doenças psiquiátricas. (16) O mesmo se aplica para as problemáticas sociais, uma vez que todo um conjunto de fatores, como a condição social, a religião, o estigma social, afetam a decisão da utente. (16) Por isso, à utente que recorra à IVG deverá ser disponibilizado apoio por psicólogo ou assistente social, e garantido a todas as grávidas que o desejem (5, 16), e de fato em 52% dos centros respondentes é oferecido sistematicamente apoio psicológico às utentes, e 45,8% dos centros oferecem sistematicamente apoio social às utentes. Constatou-se que todos os centros envolvidos neste estudo tinham disponíveis estes tipos de apoio caso a utente o pretendesse. Quanto à adesão por parte da grávida, apesar dos valores obtidos serem demasiado dispersos para podermos tirar uma conclusão com validade estatística, pode-se afirmar que o apoio social tem pouca adesão no geral, isto é, em ambos os grupos, enquanto o psicológico, quando pedido, tem boa adesão. Compreende-se que assim seja, uma vez que quando é procurado, e portanto desejado, a grávida tem maior apetência para aceitar o apoio que lhe é prestado. O apoio social tem sempre maior dificuldade em ser aceite do que o psicológico, em relação a todos as problemáticas, não apenas no caso da IVG.

Um dos objetivos específicos deste estudo era conhecer e comparar os métodos de interrupção da gravidez utilizados nos diversos centros, uma vez que este é um dos pontos pouco claros nas orientações. (4, 5) Segundo o observado, a maioria dos centros (60%) realiza interrupção medicamentosa preferencialmente, informação coincidente com a descrita no Relatório de Registos de Interrupção Voluntária da Gravidez da DGS referente ao ano de 2012. (13) Portanto, a maioria dos pedidos de IVG é autónoma. Nenhum dos centros realiza apenas interrupção cirúrgica, o que era expectável, uma vez que esta prática é mais comum nas unidades privadas em Portugal, (13) apesar de ser o método mais comumente utilizado na maioria dos países da União Europeia, uma vez que o procedimento medicamentoso ainda não está disponível em vários países, (14) como se vê na tabela em Anexo II.

É uniforme o recurso na IVG medicamentosa à associação Mifepristone com Misoprostol, estando comprovado cientificamente que esta associação tem maior eficácia, (17) no entanto a dose de cada um dos medicamentos varia nalguns centros. A maioria utiliza 200mg de Mifepristone, dose recomendada pelas orientações. Vários estudos já demonstraram que uma diminuição na dosagem de Mifepristone, dos 600mg inicialmente aconselhados pela FDA para 200mg, não diminui a eficácia do procedimento, reduzindo inclusive os custos do mesmo. (17)

O Misoprostol é utilizado maioritariamente numa dosagem de 800mg, sendo a via de administração preferencial deste (52%) a vaginal. Diversos estudos realizados revelam uma maior eficácia da dosagem de 800mg quando em comparação com a de 400mg, (18) assim como uma maior eficácia, associada a menores efeitos secundários, nomeadamente gastrointestinais, através da via vaginal comparativamente à via oral (17, 19). Em relação à ministração, a maioria

dos centros afirma que a toma do Mifepristone é feita na própria consulta, enquanto o Misoprostol é feito no domicílio.

A maioria dos centros, numa percentagem de 64%, associa ainda a esta combinação medicamentosa prevista outro tipo de medicação, como analgesia ou antibioterapia profilática, afirmando ainda que o faz com frequência. De acordo com a bibliografia consultada previamente a este estudo, seria desejável a realização de antibioterapia profilática, assim como um *screening* para infeções, como Chlamydia ou outras doenças sexualmente transmissíveis, (20) o que ocorre em alguns dos centros, embora não em todos, como seria desejável. Esta profilaxia é especialmente importante em casos de IVG cirúrgica, no entanto tem sido comprovado benefício também no procedimento medicamentoso. (20, 21)

A IVG cirúrgica é realizada, na maioria dos centros, em regime ambulatorio, com anestesia geral. Neste ponto, de acordo com estudos disponíveis, é possível realizar de forma segura o procedimento com outros tipos de anestesia, nomeadamente a local, (22, 23, 24) reduzindo inclusive os custos do procedimento. Portanto estes resultados poderão estar relacionados com a preferência da equipa de anestesia ou com a preferência do próprio centro.

Dos centros participantes, 40% afirmaram que o número de consultas varia consoante o tipo de método utilizado, sendo, na generalidade, de 4 consultas para o procedimento medicamentoso e apenas 2 para o procedimento cirúrgico, o que, faz sentido, uma vez que, ao ser mais eficaz, o aborto cirúrgico acaba por não necessitar de tanto controlo para verificação do sucesso da IVG. No entanto, não podemos confiar a 100% nestes resultados, uma vez que alguns dos centros realizam, mesmo que raramente, o procedimento cirúrgico, o que poderá enviesar os resultados desta questão, já que esse fato altera o número de consultas.

Quanto ao controlo pós-IVG, acaba por ser garantido em todos os centros, uma vez que a maioria afirma realizar controlo pós-IVG sempre e os restantes apenas nos casos de IVG medicamentosa, uma vez que na cirúrgica o procedimento em si acaba por confirmar o sucesso da IVG. Na globalidade dos centros, este controlo é realizado por recurso à ecografia. Melhorando o controlo pós-IVG pode-se reduzir os impactos negativos do procedimento para a saúde da mulher. (25)

No caso da IVG medicamentosa é indispensável uma consulta médica de seguimento após a toma da medicação, cerca de 15 dias após a primeira toma, para verificar se a interrupção foi bem-sucedida. (4) Apenas 8% dos centros referem que este seguimento é realizado no centro de saúde, sendo que os restantes realizam-na no centro, mais concretamente entre 14 a 21 dias após a IVG, em 54,55% dos serviços, nunca ultrapassando o limite de 21 dias nos restantes. Se a mulher não estiver, ainda, a usar um método contraceptivo este é também o momento para se informar e iniciar a contraceção mais adequada ao seu caso (4), sendo que 52% dos centros

garantem aconselhamento anticoncepcional nesta fase, embora uma percentagem relativamente importante (40%) o delegue ao centro de saúde da utente, motivo pelo qual apenas uma pequena percentagem (12%) realiza consulta de planeamento familiar pós-IVG, enquanto a maioria afirma que esta é feita no centro de saúde. Contudo, quase a totalidade dos centros realiza aconselhamento anticoncepcional aquando da consulta prévia, apenas 6,9% não o faz, podendo isto querer dizer que o aconselhamento anticoncepcional poderá estar garantido nesta fase, motivo pelo qual a utente é encaminhada posteriormente para o Centro de Saúde. No entanto, estudos demonstram que é bastante importante a realização de aconselhamento anticoncepcional pós-IVG na adesão da utente ao método escolhido, pelo que este deverá ser sempre garantido. (26)

Tendo em conta que seria espetável, pelo descrito na bibliografia consultada (5) e confirmado pelos resultados deste estudo, que alguns dos centros não realizassem na própria instituição a Consulta Prévia, vindo já reencaminhado após a mesma, quer do Centro de Saúde quer de outro centro, o mesmo sendo aplicável à consulta de seguimento, pareceu-nos pertinente verificar se caso a Consulta Prévia fosse realizada fora do centro o mesmo aconteceria com a Consulta de Seguimento. Devido ao fato da dimensão da amostra ser bastante reduzida, a inferência estatística não foi possível.

O presente estudo tem uma amostra significativa do seu universo mas teria sido desejável uma maior participação e disponibilidade dos centros, pois certamente que os procedimentos realizados nalguns dos que não participaram poderão ter limitado o conhecimento do panorama global.

5. Conclusões

Ao analisarmos os dados, sobressaem alguns pontos em comum entre a globalidade dos centros. No que diz respeito à realização da Consulta Prévia, quer seja no Centro de Saúde ou no serviço onde se realiza o procedimento, esta acaba por ser garantida, realizando-se sempre um exame ecográfico para comprovação e datação da gravidez. Os apoios psicológico e social são disponibilizados na generalidade dos centros, embora não possamos retirar conclusões fidedignas quanto à adesão por parte das utentes pela dispersão dos resultados. O controlo pós-IVG, a consulta de seguimento, o aconselhamento anticoncepcional e o planeamento familiar, acabam por ser garantidos em todos os casos, pelos nossos resultados, uma vez que os centros que não o efetuam reencaminham as utentes para o centro de saúde. No entanto, caso não haja sincronização perfeita dos serviços com os Centros de Saúde, estes deixam de ser garantidos, o que deve ser tido em conta.

A maioria dos centros realiza interrupção medicamentosa preferencialmente, recorrendo ao Mifepristone e Misoprostol, e nenhum dos centros que participou no estudo realiza o método cirúrgico exclusivamente.

Notou-se, ainda, que a maioria dos pedidos para consulta de interrupção da gravidez é feito pela própria grávida, o que pressupõe que as utentes têm informação de como chegar aos centros, tendo sempre a hipótese de recorrer ao Centro de Saúde para reencaminhamento. Portanto, a acessibilidade à IVG parece boa em Portugal.

Verificaram-se, no entanto, algumas diferenças, nomeadamente no que diz respeito ao tempo de reflexão obrigatório, já que este é respeitado na maioria dos centros, mas não em todos. Além deste ponto, o tempo entre o pedido de marcação da consulta e a efetivação da mesma, que não deveria ser superior a 5 dias, para desta forma reduzir os riscos da intervenção, acaba por ser superior a este período de tempo em 36% dos centros inquiridos. Da mesma forma, o tempo que medeia entre a Consulta Prévia e a segunda consulta em 41,67% dos centros foi superior a 5 dias.

Este estudo teve uma limitação logística, uma vez que foram obtidas poucas respostas completas numa amostra que, já por si, era limitada. Desta forma, achamos que seria relevante a realização de um estudo semelhante, incluindo possivelmente os centros de saúde, para melhor aferir se há uma boa colaboração destes para algumas das áreas que os serviços inquiridos neste estudo afirmaram ser da responsabilidade dos cuidados de saúde primários, como a consulta prévia, quando é realizada nestes, a consulta de seguimento ou o planeamento familiar.

Apesar das variações existentes, concluiu-se que os protocolos atualmente utilizados em Portugal são no seu essencial semelhantes e cumprem as orientações normativas, sendo inclusive que, quando em comparação com alguns países europeus (anexo II), exprimem um bom atendimento e seguimento das utentes que recorrem a este procedimento, apesar de ser Portugal um dos países em que mais tarde foi legalizado.

De alguns dos dados se colhem sugestões para futuros trabalhos, desejavelmente prospetivos, como por exemplo, a eficácia de protocolos medicamentosos fixos comparativamente aos variáveis, ou a necessidade de verificação do seguimento pós-IVG quando não realizado nos Serviços.

6. Referências bibliográficas

1. Torres, José. Aborto - Legislação comparada. Cien. Cult. [internet] 2012. 64(2). Disponível em:
http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252012000200017&script=sci_arttext
2. Lei n.º16/2007, de 17 de Abril. Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. Diário da República. 17 de Abril de 2007. 1ª Série - N.º75. p.2417-8.
3. Portaria n.º741-A/2007, de 21 de Junho. Diário da República, 1ª série – N.º 118. p.3936 (2-11).
4. Interrupção da gravidez por opção da mulher: guia informativo. - Lisboa: DGS; 2007.
5. Circular normativa n.º11/SR, de 21 Junho 2007. Lisboa: DGS; 2007.
6. Kirkman M, Rowe H, Hardiman A, Mallett S, Rosenthal D. Reasons women give for abortion: a review of the literature. Arch Womens Mental Health. 2009 Dec; 12(6):365-78.
7. Biggs M, Gould H, Foster D. Understanding Why Women Seek Abortions in the US. BMC Womens Health. 2013; 13(29).
8. Kirkman M, Rosenthal D, Mallett S, Rowe H, Hardiman A. Reasons women give for contemplating or undergoing abortion: a qualitative investigation in Victoria, Australia. Sex Reprod Healthc. 2010 Nov; 1(4):149-55.
9. Trupin S, Moreno C. Medical Abortion: Overview and Management. Medscape General Medicine. 2002; 4(1).
10. Creinin M, Blumenthal P, Shulman L. Mifepristone-Misoprostol Medical Abortion Mortality. Medscape General Medicine. 2006; 8(2):26
11. Qian-Xi Zhu, Er-Sheng Gao, Ai-Min Chen, Lin Luo, Yi-Min Cheng, Wei Yuan. Mifepristone-Induced Abortion and Placental Complications in Subsequent Pregnancy. Hum. Reprod. (2009) 24 (2): 315-319.

12. St John H, Critchley H, Glasier A. Can we identify women at risk of more than one termination of pregnancy? *Contraception*. 2005 Jan;71(1):31-4.
13. Relatório dos registos de Interrupção da Gravidez ao abrigo de lei 16/2007 de 17 de Abril - Lisboa: DGS [Abril de 2013] - 32 p.
14. Abortion Legislation in Europe - Brussels: IPPF European Network; 2009. 8th edition - 88p - Available from:
http://www.spdc.pt/files/publicacoes/Pub_AbortionlegislationinEuropeIPPFEN_Feb2009.pdf
15. Aguiar P. Guia Prático Climepsi de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS. 1ªedição. Lisboa. 2007.
16. Psychosocial aspects of induced abortion - Scotland: Department of Psychiatry and Substance Abuse Services; *Clin Obstet Gynecol*. 1997 Sep; 40(3):673-86.
17. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Nov 9; (11)
18. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. - Geneva, Switzerland: World Health Organisation Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation; *BJOG*. 2000 Apr; 107(4):524-30
19. von Hertzen H, Honkanen H, Piaggio G, Bartfai G, Erdenetungalag R, Gemzell-Danielsson K, Gopalan S, Horga M, Jerve F, Mittal S, Ngoc NT, Peregoudov A, Prasad RN, Pretnar-Darovec A, Shah RS, Song S, Tang OS, Wu SC. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. - Geneva, Switzerland: WHO Research Group on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. *BJOG*. 2003 Sep; 110(9):808-18. -
20. Willacy H, Cox J. Termination of Pregnancy. *Patient.co.uk*. 2013 - Available from:
<http://www.patient.co.uk/doctor/termination-of-pregnancy>
21. Low N, Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Mar; 14(3)
22. Mackay, H Trent MD, MPH; Schulz, Kenneth F. MBA; Grimes, David A. MD. Safety of Local Versus General Anesthesia for Second-Trimester Dilatation and Evacuation Abortion. *Obstetrics & Gynecology*. November 1985; 66(5).

23. Peterson HB, Grimes DA, Cates W Jr, Rubin GL. 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*. 1981; 141(7):763-768.
24. Thonneau P, Fougeryrollasa B, Ducotb B, Boubilleya D, Difa J, Lalandea M, Soulata C. Complications of abortion performed under local anesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. October 1998; 81(1):59-63.
25. Greenslade FC, Mckay H, Wolf M, Mclaurin K. Post-abortion care: a women's health initiative to combat unsafe abortion. *Adv Abort Care*. 1994; 4(1):1-4.
26. Ceylan A, Ertem M, Saka G, Akdeniz N. Post abortion family planning counseling as a tool to increase contraception use. *BMC Public Health*. 2009; 9(20) - Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/20>

7. Anexos

Anexo I - Circular normativa nº11/SR, de 21 Junho 2007, DGS



Direção-Geral da Saúde

Circular Normativa

Assunto: Organização dos Serviços para implementação da Lei

16/2007 de 17 de Abril

Nº: 11/SR DATA: 21/06/07

Para: Todos os estabelecimentos de saúde

Contacto na DGS: Dra. Beatriz Pieroni Calado

A Declaração das Nações Unidas, que estabelece os *Objectivos de Desenvolvimento do Milénio*, considera a promoção da saúde sexual e reprodutiva como uma componente essencial **para o progresso e o desenvolvimento das populações, a nível mundial**. A **redução da taxa de mortalidade** materna constitui um dos objectivos centrais, tendo sido fixada como meta, a diminuição da mesma em $\frac{3}{4}$, até 2015.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, cerca de 13% das mortes maternas conhecidas, em todo o mundo, foram atribuídas a complicações pós-aborto inseguro. Em Portugal na última década, para cerca de uma dezena de mortes maternas/ano, uma, em média, foi devida àquela causa. No entanto, nos países onde as mulheres têm possibilidade de recorrer a serviços de saúde para a interrupção da gravidez, a morte materna por esse tipo de complicações é extremamente rara.

A Lei 16/2007 da Assembleia da República veio criar condições para o desenvolvimento, nos serviços públicos de saúde, de um modelo de prestação de cuidados com níveis de qualidade, eficiência e eficácia, que garantam e respeitem a dignidade e os direitos da mulher, com reconhecimento da sua capacidade de escolha e decisão, e inseridos num contexto mais abrangente que contemple a perspectiva duma vida sexual e reprodutiva saudáveis.

Assim, e tendo em conta as boas práticas necessárias para a realização, em segurança, da interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação, a Direcção-Geral da Saúde, no âmbito das suas competências, estabelece os princípios que devem orientar a organização da prestação de cuidados com aquele objectivo, nos estabelecimentos públicos de saúde.

ACESSO

Independentemente da porta de entrada no SNS escolhida pela mulher, os hospitais e os centros de saúde, através das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF), devem estabelecer protocolos, activando canais de comunicação e modelos de referência eficazes, que garantam o atendimento atempado das solicitações de interrupção da gravidez e o cumprimento dos prazos legalmente fixados.

Poderão ser adoptados diversos modelos de complementaridade e partilha de cuidados, de acordo com os recursos e as facilidades disponíveis nas diferentes instituições. No entanto, qualquer que seja o modelo de articulação que venha a ser acordado, deverá ficar claramente expresso, em protocolo, o que competirá a cada instituição e a cada profissional envolvido, as formas de comunicação entre os prestadores de cuidados e o circuito a percorrer pela mulher, antes e depois da interrupção da gravidez.

Como para outras áreas da Saúde Reprodutiva, têm igualmente acesso a estes cuidados, as mulheres imigrantes residentes, independentemente da sua situação legal.

Aos conselhos de administração dos hospitais com departamentos/serviços de Ginecologia/Obstetrícia e aos responsáveis pelos estabelecimentos de cuidados saúde primários, compete a divulgação do circuito de atendimento definido, a todos os profissionais da sua unidade, designadamente ao pessoal administrativo que contacta directamente com o público. Quanto mais divulgado e operacional for esse circuito, menor será o recurso aos serviços de urgência para apresentação de um pedido de interrupção da gravidez.

No âmbito dos recursos humanos, aqueles órgãos são ainda responsáveis pela:

f designação de um profissional/equipa para dinamizar e avaliar regularmente a qualidade da prestação de cuidados e os resultados esperados/obtidos

f implementação da(s) equipa(s) de intervenção que deve(m) integrar, no mínimo: médico, enfermeiro e administrativo

f definição da articulação entre os técnicos de saúde do organismo e estabelecimento dos protocolos com outras instituições/serviços

f formação adequada dos profissionais.

ACOLHIMENTO

A forma de acolhimento tem um papel crucial no atendimento. A garantia da confidencialidade e privacidade, diminui o medo da crítica, facilita o acesso e promove a qualidade dos cuidados.

Os serviços deverão providenciar para que sejam claras e do conhecimento de todos os funcionários e do público, as formas definidas na instituição para o acolhimento/condução numa situação de pedido de interrupção da gravidez, de modo a minimizar o número de pessoas a contactar pela mulher e a assegurar respostas atempadas face às diferentes idades gestacionais.

São essenciais:

f a definição e publicitação dos horários das consultas (dias e horas)

f a disponibilização de número telefónico directo para marcação de consulta.

Sempre que possível deve ser facultado, no momento da marcação da consulta prévia, o “*Guia informativo sobre a interrupção da gravidez por opção da mulher*”.

CONSULTA PRÉVIA

De acordo com a Lei 16/2007, a **interrupção da gravidez por opção da mulher** - alínea e) do artigo 142º do Código Penal - deve ser precedida pela realização de uma consulta, cujo objectivo é confirmar uma gestação em curso, datar a gravidez e fornecer as informações necessárias para que a mulher possa decidir de forma livre e consciente.

Sempre que possível, deverão ser designadas para esta consulta, equipas de médico/enfermeiro que, em complementaridade e de acordo com as respectivas competências, assegurem que as mulheres são correctamente esclarecidas e agilizem os procedimentos dentro dos prazos legalmente previstos.

Tendo em conta que os riscos de uma interrupção de gravidez são tanto menores quanto menor for a idade gestacional, o período entre a **marcação** e a efectivação da consulta prévia **não deve ser superior a 5 dias**, sem prejuízo de serem tidos em conta os prazos legais estabelecidos.

Se for essa a vontade da mulher grávida, e desde que estejam asseguradas as condições para uma decisão livre e esclarecida, deve ser autorizada a presença de uma terceira pessoa nesta consulta.

Procedimentos

1. Cada utente que solicita a interrupção da gravidez deve ter um processo individual onde estão registados os dados pessoais de interesse médico e os referentes à observação clínica. O relatório do exame ecográfico (com fotografia identificada, anexa) para localização e datação da gravidez deve constar deste processo. O exame ecográfico pode ser realizado no próprio hospital durante a consulta, ou ser efectuado, previamente, no exterior.

Caso a consulta prévia seja realizada no centro de saúde, e havendo necessidade de envio ao hospital para a realização da interrupção da gravidez, os dados clínicos acima descritos devem fazer parte da nota de referência.

2. Na posse de toda a informação considerada necessária o médico confirma e atesta em **impresso próprio** que se trata de uma gravidez que não excede as 10 semanas de gestação. O documento fica arquivado no processo clínico.

3. Tendo em vista facilitar os procedimentos de recolha dos dados para o registo da interrupção da gravidez, poderá ser preenchida a 1ª parte do **Registo Obrigatório**.

Informações a transmitir à grávida

Uma vez confirmadas as circunstâncias que possibilitam a interrupção da gravidez, a mulher deverá receber as informações pertinentes - de acordo com o tempo de gestação, a sua situação clínica e os factores de risco envolvidos - sobre os métodos de interrupção da gravidez disponíveis (cirúrgica e medicamentosa) podendo escolher o método que preferir, desde que clinicamente adequado e disponível na instituição.

Deverão, ainda, ser fornecidos esclarecimentos sobre o tipo de procedimentos envolvidos, as vantagens, os riscos e as eventuais complicações dos diferentes métodos, o tempo de demora previsível, o retorno à rotina diária e à actividade sexual.

Os profissionais de saúde que acolhem as mulheres que solicitam a interrupção da gravidez, deverão desenvolver competências que lhes permitam identificar as situações que requeiram outro tipo de suporte para a tomada de decisão consciente e que não poderá ser facultado apenas na consulta prévia. Por vezes estarão subjacentes histórias do foro psicológico e/ou

psiquiátrico, de grande pobreza e/ou de ausência de suporte social, ou até com evidências de coerção. A estas mulheres em particular, assim como a todas que o solicitem, deve ser disponibilizado um apoio específico por psicólogo ou assistente social, assim como informação escrita sobre as respostas sociais concedidas pelo Estado na eventual prossecução da gravidez.

Na consulta prévia, deverá ainda ser discutida a questão do uso de contraceção e das diferentes opções disponíveis, promovendo-se a escolha de um método contraceptivo adequado a iniciar, o mais precocemente possível, após a interrupção da gravidez.

Documentos a entregar à grávida

f Impresso para o **Consentimento livre e esclarecido**, sendo-lhe explicado que o deve ler e trazer assinado, no dia da interrupção da gravidez. No caso de se tratar de menor de 16 anos ou psiquicamente incapaz, o consentimento é assinado pelo representante legal, a quem devem ter sido facultadas todas as informações necessárias. O profissional de saúde que transmitir os esclarecimentos à grávida ou ao seu representante legal deve assinar, no verso e em local próprio, o referido documento

f **Guia informativo** sobre a interrupção da gravidez (caso não tenha sido facultado anteriormente)

f Impresso que complementa a informação já fornecida sobre o método de interrupção acordado com a grávida - cirúrgico ou medicamentoso - e no qual devem constar a data da consulta prévia e a data prevista da interrupção da gravidez.

Marcação da data da interrupção da gravidez

Independentemente da decisão posterior da mulher, deverá ficar agendada a consulta seguinte, na qual se prevê a realização da interrupção da gravidez. Para a marcação dessa data deverá ser tido, sempre, em consideração, não só o período de reflexão, mas também, a idade gestacional.

No caso da consulta prévia ser efectuada no centro de saúde, e havendo necessidade de enviar ao hospital para a realização da interrupção da gravidez, o agendamento dessa consulta deverá ser feito pelo centro de saúde, no próprio dia.

PERÍODO DE REFLEXÃO

A partir do momento em que, no âmbito de uma consulta prévia num centro de saúde ou hospital, foi disponibilizada à mulher a informação considerada necessária para a sua decisão esclarecida, inicia-se o período de reflexão, previsto na Lei 16/2007, que não poderá ser inferior a 3 dias.

O período de reflexão de 3 dias corresponde a um tempo mínimo, pelo que pode ser alargado a pedido da mulher (tendo em atenção o cumprimento dos prazos legais).

INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ

Na posse do **Certificado de comprovação do tempo de gestação** e do **Consentimento livre e esclarecido**, devidamente preenchidos, os serviços devem assegurar que a interrupção da gravidez se realiza no espaço de 5 dias, salvo se a mulher solicitar um período superior, dentro do prazo legal.

Os procedimentos a adoptar na interrupção da gravidez, quer por método cirúrgico quer medicamentoso, estão descritos em circulares próprias.

Cabe aos conselhos de administração tomar as medidas necessárias para que, de acordo com as recomendações internacionais de boas práticas, os serviços venham a dispor:

Para a interrupção cirúrgica da gravidez

- f* Aparelho de aspiração por vácuo, eléctrico
- f* Jogos de cânulas de plástico, rígidas e curvas, com diâmetros de 4 a 12 mm

Para a interrupção medicamentosa da gravidez

Medicamentos que constam do formulário hospitalar:

- f* Mifepristone - comprimidos de 200 mg, cuja aquisição deve ser efectuada de acordo com a

Circular Informativa 2/DSMIA de 31.01.2006, da Direcção-Geral da Saúde

- f* Misoprostol - comprimidos de 200 µg

CONTRACEPÇÃO

É fundamental assegurar a utilização de um método contraceptivo eficaz após a interrupção da gravidez. Os serviços devem ter disponíveis para utilização imediata contraceptivos, em particular aqueles cujo início pode ser simultâneo ao processo de interrupção, como o dispositivo intra-uterino e o implante.

ENCAMINHAMENTO

Mesmo que tenha sido disponibilizado um método contraceptivo no decurso do processo de interrupção da gravidez (DIU, implante ou outro), deve ser sempre garantido o seguimento, no prazo de 15 dias, em consulta de saúde reprodutiva/planeamento familiar no centro de saúde ou no hospital, de acordo com o protocolo estabelecido na UCF.

REGISTO OBRIGATÓRIO

Todas as interrupções de gravidez, cirúrgicas ou medicamentosas, efectuadas ao abrigo do n.º 1 do artigo 142º do Código Penal, são de declaração obrigatória a esta Direcção-Geral.

Os conselhos de administração dos hospitais devem solicitar à Direcção-Geral da Saúde o registo e a senha de acesso ao formulário electrónico para cumprimento dessa obrigação e garantir o envio on-line, até ao dia 20 de cada mês, do registo das intervenções realizadas no mês anterior.

O Director-Geral da Saúde



Francisco George

Anexo II: Panorama Europeu de IVG

No início do século XXI, a IVG passou a ser permitida, com algum tempo de gestação como restrição, nos seguintes países da Europa: Reino Unido, Holanda, Suécia, Roménia, Dinamarca, Letónia, República Checa, Eslováquia, Grécia, Hungria, Bélgica, Bulgária, França, Alemanha, Lituânia, Estónia, Eslovénia, Áustria, Itália e Espanha. (14)

	Data de legislação	“Data limite”	Período de reflexão (obrigatório)	Testes obrigatórios antes - IVG	Método mais comum	Notas
Portugal	Abril 2007	Até às 10 semanas	3 dias	- Análises clínicas - Ecografia - Tipagem Rh	Ambos disponíveis; Medicamentoso mais utilizado	- Consentimento obrigatório - Consulta prévia obrigatória - Apoio psicológico e social disponível
Reino Unido	1967	Até às 24 semanas			Ambos, dependendo do tempo de gestação; Medicamentosa: até às 9 semanas, com uso de Mifepristone e Prostaglandinas (Misoprostol).	Deve ser realizado em um hospital ou em uma clínica especializada; Aconselhamento opcional
Suécia	2007	Até às 18 semanas			Principalmente medicamentoso (79,9% até às 9 semanas)	Obrigatório ser num dos centros aprovados para o procedimento
Roménia	Novembro 1996	Até às 14 semanas			Apenas cirúrgico; Medicamentoso não legal	
Dinamarca	Junho 1995	Até às 12 semanas			Por opção da grávida: Medicamentoso até 8 semanas Cirúrgico até 12 semanas	Aconselhamento pré e pós-IVG (não obrigatório); Tempo de espera: 1 a 2 semanas
República Checa	Janeiro 1987	Até às 12 semanas após DUM			Cirúrgico; medicamentoso não legal	Aconselhamento pré e pós-IVG obrigatório
Eslováquia	1991	Até às 12 semanas			Cirúrgico; Medicamentoso ainda não registado	Aconselhamento obrigatório; “Free choice of physician”

Grécia	Junho 1986	Até às 12 semanas			90%: Cirúrgico (D&C) 10%: Medicamentoso (Mifepristone e Misoprostol - com hospitalização)	
Hungria	Junho de 2000	Até às 12 semanas	3 dias		Cirúrgico (apenas); medicamentoso não disponível	Aconselhamento obrigatório com mínimo de 2 presenças (pré-IVG); Apenas legal em hospitais públicos
Holanda	Mai 1984	Até viabilidade e fetal - normalmente até 22/24 semanas	5 dias		Ambos estão disponíveis e são amplamente utilizados	Planeamento familiar pós-IVG obrigatório
Bulgária	Dezembro 1990	Até as 12 semanas		- Exame ginecológico - Análises (sangue e urina) - Tipagem sanguínea -	Cirúrgico; medicamentoso não legal	Aconselhamento pré e pós-IVG obrigatório
França	2001	Até 12 semanas	1 semana (caso não esteja perto de ultrapassar o prazo legal)		Medicamentoso em 50% casos: com Mifepristone e GYMISA	Limite para aborto medicamentoso 5-7 semanas
Alemanha	Mai 1993	Até 12 semanas	3 dias		76% - Cirúrgico por aspiração por vácuo 13% - Medicamentoso	Aconselhamento obrigatório - 79% em clínicas privadas - 82% dos cirúrgicos utilizam anestesia geral
Bélgica	Agosto 1990	Até 12 semanas após concepção ou 14 semanas após DUM	6 dias - Apoio psicológico é obrigatório	_____	Medicamentoso até às 7 semanas após a DUM (16%); Cirúrgico - aspiração por vácuo até às 14 semanas (84%)	A primeira consulta e a interrupção têm que ser feitas no mesmo centro; A maioria dos abortos são realizados em clínicas privadas
Lituânia	1994	Até as 12 semanas	_____	- Análises clínicas - Citologia cervical	Cirúrgico; Medicamentoso não legal	
Áustria	Janeiro 1975	Até 3 meses	_____	- Tipagem Rh - Ecografia - Teste HIV - Teste para sífilis	Cirúrgico	Método medicamentoso é menos utilizado - sendo utilizado Mifepristone -

				- Anticorpos hepatite		apenas em hospitais públicos
Itália	Maio 1978	Até aos 90 dias	7 dias		Cirúrgico	Aconselhamento pré-IVG (não obrigatório)
Espanha	Fevereiro 2010	Até às 14 semanas			Cirúrgico (Medicamentoso mais caro - uso de Mifepristone e Misoprostol)	A maioria é realizada no privado; Em 2013 voltou a polémica em relação à sua legalização - em discussão atualmente

Nota: Foram excluídos da tabela, por falta de dados, os seguintes países: Letónia, Estónia e Eslovénia.

Anexo III: Amostra do estudo

Centros creditados pela DGS para realização da IVG (13)

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia
Centro Hospitalar de Vila Real/Peso Régua, E.P.E.
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E. - Unidade de Guimarães
Centro Hospitalar de Alto Minho, E.P.E.
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.
Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E.
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde
Hospital de Chaves
Hospital Pedro Hispano, E.P.E. (ULSM)
Hospital S. João, E.P.E.
Hospital S. Marcos Braga
Maternidade Júlio Diniz
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
Hospital Amato Lusitano
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga - Hospital S. Sebastião
Hospital Distrital Figueira da Foz
Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.
Hospital Santo André, E.P.E.
Hospital São Teotónio, E.P.E.
Maternidade Bissaya Barreto
Maternidade Daniel de Matos
Hospital Beatriz Ângelo - Loures
Hospital S. Bernardo, E.P.E.
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
Hospital Dr. Fernando Fonseca, E.P.E.
Hospital Garcia Orta
Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E.
Hospital Reynaldo dos Santos
Hospital Santa Maria
Hospital de Cascais Dr José Almeida
Maternidade Dr. Alfredo da Costa
Hospital Dr. José Maria Grande (Portalegre)
Hospital de Faro
Hospital do Barlavento Algarvio, E.P.E.
Hospital da Horta
Centro Hospitalar do Funchal

Centros adicionais

Hospital Sousa Martins
Hospital Divino Espírito Santo (Ponta Delgada)
Hospital D. Estefânia
Hospital S. Francisco Xavier
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa - Hospital Padre Américo
Hospital José Joaquim Fernandes (Beja)
Hospital do Espírito Santo, EPE
Centro Hospitalar de Torres Vedras
Hospital S. Sebastião (Santa Maria da Feira)

Anexo IV: Parecer da Comissão de Ética



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde

Exma. Senhora
Mariana Sofia Martins
Faculdade de Ciências da Saúde

Sua Referência	Sua Data	Nossa Referência	Nossa Data
000.000.000	0000.00.00	000.000.000	2013.12.20

Assunto: Parecer da Comissão de Ética da FCS

No seguimento da solicitação de apreciação do Projecto “*Protocolos seguidos na Interrupção Voluntária da Gravidez por Opção da Mulher em Portugal*”, por parte da Comissão de Ética da FCS, envio em anexo o parecer resultante da análise do referido projecto de investigação.

Cordiais cumprimentos

O Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde
Prof. Doutor Luís Taborda Barata



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PARECER

Processo: CE-FCS-2013-035

Data conclusão processo: 20-12-2013

Tema Projecto/Proponente: “*Protocolos seguidos na Interrupção Voluntária da Gravidez por Opção da Mulher em Portugal*” – Exma. Sra. Mariana Sofia Martins

Exmo. Sr. Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde

Apreciado o pedido referente ao processo acima mencionado esta Comissão não detectou matéria que ofenda os princípios éticos.

Covilhã, 20 de Dezembro de 2013



O Vice-Presidente da Comissão de Ética
Prof. Doutor Joaquim Viana

Anexo V:

Protocolos seguidos na Interrupção Voluntária da Gravidez por Opção da Mulher em Portugal

O presente questionário pretende coletar a informação das diferentes práticas em IVG a nível nacional, sendo os seus resultados integrados na elaboração de uma dissertação de Mestrado em Medicina, intitulada “Protocolos seguidos na Interrupção Voluntária da Gravidez por Opção da Mulher em Portugal”.

As respostas são rigorosamente confidenciais, sendo os dados apresentados apenas no seu conjunto, sem referência específica a cada uma das unidades envolvidas, cuja identificação é, pelo contrário, necessária na fase de cruzamento da informação.

Pede-se a vossa colaboração, uma vez que a realização deste estudo só será possível com as suas respostas. É importante que responda a todas as questões, com o maior rigor e sinceridade, para se obter um estudo representativo e válido. Agradecemos antecipadamente a sua colaboração e atenção dispensada.

Para maior facilidade solicitamos que o questionário seja preenchido pelo responsável, no seu Serviço, pelos procedimentos de IVG por opção da mulher.

Covilhã, Maio de 2013

Mariana Sofia dos Santos Martins

1) O vosso centro realiza Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) por opção da mulher?

- Sim
- Não
- Não Sei

2) As utentes que recorrem ao vosso serviço para realizar IVG vêm (indicar todas as que se apliquem)*

- Por orientação clínica do médico de família
- Por orientação clínica de médico particular
- Por iniciativa própria
- Outra opção - qual?:

3) Por favor ordene as opções selecionadas na questão anterior por ordem de frequência (1=mais frequente)*

4) Em 2012, quais foram os tempos de espera (em dias) para a marcação da consulta inicial no vosso centro, seja a prévia ou não?*

Médio::

Mínimo::

Máximo::

Se desejar adicionar algum comentário em relação à questão anterior utilize o espaço seguinte:



5) No vosso centro a “consulta prévia” é realizada:*

- Sempre, em todas as utentes, independentemente de a terem feito ou não no Centro de Saúde
- Apenas nas utentes que não tiveram consulta prévia no Centro de Saúde
- Nunca, vem sempre referenciada do exterior com exames já realizados

6) A ecografia inicial para confirmação da gravidez e do tempo de gestação no vosso centro é realizada?*

- Sempre, em todas as utentes
- Apenas nas utentes que não tiveram consulta prévia no Centro de Saúde e não fizeram antes ecografia ou que não trazem relatório desta
- Não, é solicitada para realização no exterior
- Não é realizada

7) Quando é costume realizar a ecografia inicial?*

- Na 1ª consulta, quando a utente solicita a IVG
- Apenas antes da interrupção propriamente dita, ou seja, no dia da interrupção (cirúrgica) ou da prescrição (medicamentosa)
- Em ambas as consultas sistematicamente
- Em ambas as consultas não sistematicamente
- Numa outra consulta específica para realizar a ecografia
- Em outro momento, especifique-o: *

8) Se a ecografia for realizada noutra instituição, indique qual?*

- Centro Privado
- Noutro hospital
- Outro local, especifique: *

9) A confirmação do grupo sanguíneo, caso a utente o desconheça:

- Faz-se na instituição
- É solicitado para realizar no exterior
- Não é solicitado

10) Na consulta prévia da utente, para além da ecografia e da determinação do grupo sanguíneo, solicitam outro tipo de exames?*

- Sim, em todas as utentes (indique os exames): *
- Apenas em casos específicos
- Não, nunca

11) Na consulta prévia são logo feitos esclarecimento e orientação em relação a métodos anticoncepcionais?*

- Sim, em todas as utentes
- Apenas em casos específicos
- Não, não é costume

12) Quando a consulta prévia é realizada fora do hospital, quem faz a marcação da segunda ou subsequente no serviço hospitalar:

- A própria grávida
- O pedido é direto a partir do Centro de Saúde (médico de família, outro médico):
- Qualquer uma das hipóteses anteriores

13) Entre a consulta prévia e a segunda consulta, quantos dias medeiam (em regra)?*

Mínimo:

Máximo:

14) Quando é apresentado à utente o formulário Consentimento Livre e Esclarecido?*

- No momento em que esta solicita a consulta inicial
- Na primeira consulta, a prévia, que não a de interrupção da gravidez
- Na segunda consulta, ou dia do procedimento de interrupção da gravidez
- Noutro momento. Especifique.: *

15) A grávida tem, por opção, acesso a apoio psicológico. Com que frequência no vosso centro este é disponibilizado?*

- É oferecido sistematicamente
- Apenas a pedido, o que é frequente
- Apenas a pedido, mas é raro
- Não está disponível

16) A grávida tem, por opção, acesso a apoio social. Com que frequência no vosso centro este é disponibilizado?

- É oferecido sistematicamente
- Apenas a pedido, o que é frequente
- Apenas a pedido, mas é raro
- Não está disponível

17) A grávida tem, por opção, acesso a apoio psicológico. Com que frequência no vosso centro este é aceite (qual o percentual)?

0 _____ [] _____ 100

18) A grávida tem, por opção, acesso a apoio social. Com que frequência no vosso centro este é aceite (qual o percentual)?

0 _____ [] _____ 100

19) Quais os métodos de interrupção da gravidez disponibilizados no vosso serviço?*

- Apenas medicamentosa
- Preferencialmente medicamentosa
- Cirúrgica apenas.
- Cirúrgica, mas apenas nas falhas da medicamentosa
- Medicamentosa ou cirúrgica por livre escolha da grávida

20) O número de consultas realizadas por utente varia consoante o método escolhido para a interrupção da gravidez (médico ou cirúrgico)?*

- Sim
- Não

21) Se o número de consultas varia, indique quantas consultas fazem por utente, em média:*

Em casos de interrupção medicamentosa::

Em casos de interrupção cirúrgica::

22) No procedimento medicamentoso para interrupção da gravidez utilizam Mifepristone?*

- Sim
- Não

23) Qual a dose utilizada de Mifepristone?*

- 1 comprimido (200mg)

Outra dosagem. Especifique.: *

24) Como é feita a ministração do Mifepristone?

- Na própria consulta
- A utente leva para tomar no domicílio
- Se utiliza outra forma, indique-a: *

25) No procedimento medicamentoso para interrupção da gravidez utilizam Misoprostol?*

- Sim
- Não

26) Qual a dose de Misoprostol utilizada?*

- 2 ou 4 comprimidos (400mg ou 800mg), dependendo da idade gestacional
- 4 comprimidos (800mg), sempre
- Se usa outra dose, indique qual:

27) Quais as vias de administração do Misoprostol utilizadas?*

- Oral
- Vaginal
- Oral + Vaginal
- Oral ou Vaginal, variável segundo o caso ou o prescritor
- Rectal
- Se utiliza outra via indique-a:

28) Como é feita a ministração do Misoprostol?*

- No dia da ministração a utente vem ao centro
- A utente só vem ao centro se necessário
- Se utiliza outra forma, indique-a: *

29) Se não usa Misoprostol, que outro fármaco utiliza?*

30) Utiliza ou prescreve algum outro tipo de medicação acima não referido?*

- Sim. Indique qual no campo seguinte.: *
- Não

31) Indique a frequência com que usa outra medicação.*

- sistematicamente
- frequentemente
- ocasionalmente

32) No caso do interrupção cirúrgica, sem complicações, é feito em regime de:*

- Ambulatório
- Internamento

33) Em média, qual a duração (em dias) do internamento?*

34) Qual o tipo de anestesia usada no aborto cirúrgico?*

- Geral
- Analgesia intravenosa apenas
- Locorregional
- Local
- Variável, dependendo do caso

35) Realizam algum controlo de verificação da interrupção da gravidez?*

- Sim, em todas as utentes
- Apenas em casos de interrupção medicamentosa, não cirúrgica
- Apenas em casos particulares
- Não, não é costume

36) Qual(is) o(s) método(s) de controlo utilizado(s)?*

- Ecografia
- Doseamento de β - HCG
- Ambos
- Se utiliza outro método, especifique-o: *

37) Após a interrupção da gravidez, é feito algum tipo de consulta de seguimento/de controlo à utente no vosso serviço (a “3ª” consulta)?*

- Sim, a todas as utentes
- Apenas em casos de IVG medicamentosa, não na cirúrgica
- Apenas em casos de IVG cirúrgica, não na medicamentosa
- Não, esta é feita no Centro de Saúde
- Não é disponibilizada
- Outro tipo de seguimento, especifique: *

38) Quanto tempo depois da interrupção é feita a consulta de seguimento?*

-
- 5-13 dias depois
- 14-21 dias depois
- cerca de 1 mês depois
- > 1 mês depois

39) Após a interrupção voluntária da gravidez é feito algum tipo de controlo de uso de métodos anticoncecionais à utente?*

- Sim, em todas as utentes
- Apenas em casos particulares
- Não é feito aconselhamento
- Não, é aconselhada consulta de planeamento familiar no Centro de Saúde da área de residência

40) Para garantir a adesão ao método de Planeamento Familiar é marcada consulta para data posterior?*

- Sempre no vosso centro
- No centro de saúde
- Às vezes
- Não é marcada

41) Indique, por favor, o Centro Hospitalar/Hospital/Clinica pelo qual responde (OPCIONAL)

Muito obrigada pela sua colaboração.