

Assunto: Interrupção cirúrgica da gravidez até às 10 semanas de gestação

Nº: 10/SR
DATA: 21/06/07

Para: Todos os estabelecimentos de saúde

Contacto na DGS: Dra. Beatriz Pieroni Calado

A publicação da Lei 16/2007, de 17 de Abril, veio colocar novos desafios aos serviços de saúde e aos seus profissionais, face à necessidade de assegurar, a todas as mulheres com situações legalmente elegíveis, o acesso a uma interrupção da gravidez em segurança.

A possibilidade de recorrer, de modo fácil e sistemático a medicamentos seguros e eficazes para a interrupção da gravidez é ainda limitada no presente. Neste contexto, torna-se necessário assegurar que todos os hospitais com serviço de ginecologia/obstetrícia, apesar da longa experiência nesta área, disponham de profissionais preparados, de equipamento e de meios adequados para a interrupção cirúrgica da gravidez até às 10 semanas de gestação, garantindo a equidade no acesso a cuidados de qualidade e evitando os custos, frequentemente elevados, do tratamento das complicações do aborto clandestino.

Reforçando o princípio de que os cuidados nesta área devem ser prestados como parte integrante de um conjunto mais abrangente de serviços de saúde sexual e reprodutiva, a Direcção-Geral da Saúde, no âmbito das suas competências, emite a presente Orientação Técnica sobre os procedimentos a adoptar para a interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação, utilizando métodos cirúrgicos.

TÉCNICA RECOMENDADA

O método cirúrgico preferível para a interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação é a **aspiração** por vácuo, que tem vindo a substituir, na maioria dos países industrializados, a dilatação e curetagem.

A elevada eficácia da aspiração foi comprovada em vários estudos randomizados, sendo referidas taxas de sucesso entre 95% e 100%⁽¹⁾, quer com a utilização de vácuo manual, quer eléctrico⁽²⁾.

A aspiração está indicada para gravidezes com mais de 6 semanas, dada a maior falha deste método antes dessa idade gestacional.

Recomenda-se, preferencialmente, o uso de equipamento de aspiração eléctrico e de cânulas de plástico, rígidas e curvas, cujos diâmetros disponíveis devem variar entre 4 e 12 mm.

Ainda que variável com o tempo de gestação, a intervenção dura cerca de 3 a 10 minutos, podendo ser utilizada analgesia e anestesia local, ou anestesia geral. Na gravidez muito precoce a cânula de aspiração pode ser inserida sem dilatação prévia do colo, mas habitualmente é necessário o recurso a dilatadores mecânicos ou a medicamentos.

A dilatação seguida de curetagem é menos segura que a aspiração, com taxas de complicações maior duas a três vezes superiores, e é consideravelmente mais dolorosa para as mulheres. Nos locais onde a curetagem seja a prática corrente, devem ser feitos esforços para substituir esse procedimento por aspiração por vácuo eléctrico, no sentido de melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Na ausência de contra-indicações médicas, sociais ou geográficas, a interrupção da gravidez deve ser realizada em regime ambulatorio. No entanto, deve estar previsto um número de camas adequado para as situações que venham a ter indicação para internamento. Calcula-se que, em média, cerca de 5% das mulheres venham a necessitar deste tipo de cuidados.

PREPARAÇÃO DO COLO DO ÚTERO

A preparação cervical prévia torna o procedimento mais fácil e rápido e reduz a incidência de complicações imediatas. É especialmente benéfica nas mulheres que têm anomalias cervicais ou cirurgias anteriores e nas nulíparas, que têm maior risco de lesões cervicais ou perfurações uterinas⁽³⁾.

Na preparação prévia do colo do útero é recomendada a administração oral⁽⁴⁾ ou vaginal⁽⁵⁾ de 400 µg de *misoprostol* (2 comprimidos) 3 a 4 horas antes da intervenção cirúrgica.

A utilização oral de 200 mg de *mifepristone* 48 horas antes da intervenção é também muito eficaz, embora bastante mais dispendiosa, sendo de preferir em abortos cirúrgicos mais tardios, depois das 10 semanas.

ANESTESIA

O procedimento pode ser realizado sob anestesia geral ou local.

Na maior parte das instituições, a anestesia geral tem sido a prática mais corrente, visto fazer parte do normal funcionamento dos blocos operatórios. No entanto, a opção pela anestesia geral na interrupção da gravidez até às 10 semanas aumenta os riscos clínicos e está associada a maior taxa de hemorragia⁽⁶⁾, exigindo um período de recobro mais prolongado. Tem também, como é sabido, algumas contra-indicações. Por outro lado, aumenta os custos não só para a instituição como para as mulheres, particularmente porque certos protocolos hospitalares exigem que aí permaneçam por uma noite.

Apesar de, em Portugal, as mulheres e os médicos estarem pouco familiarizados com o uso da anestesia local nestas situações, recomenda-se a sua progressiva utilização tendo em conta as vantagens que apresenta, designadamente, uma menor ocorrência de acidentes graves ou fatais, um tempo de recuperação mais rápido e a possibilidade de alta após um período de aproximadamente 30 minutos em observação.

A utente deve ser informada, na consulta prévia da técnica ou técnicas disponíveis, das vantagens e desvantagens e, sempre que possível, deve escolher a que prefere.

Controlo da dor

A maioria das mulheres refere algum grau de dor associado a este tipo de intervenção quando se usa anestesia local. Os estudos evidenciam que a intensidade da dor varia com a idade, a paridade, o tempo de gestação, a número de dilatações cervicais e o grau de ansiedade⁽⁷⁾.

O controlo adequado da dor não significa, necessariamente, um grande investimento em drogas ou equipamento. A informação realista e o bom atendimento são desde logo formas de diminuir a percepção de dor. Descuidar este elemento importante aumenta a ansiedade e o mal-estar da mulher e compromete a qualidade dos cuidados.

ANTIBIOTERAPIA PROFILÁTICA

Tendo em conta que as infecções do tracto genital, incluindo a doença inflamatória pélvica, podem ocorrer em cerca de 10% dos casos⁽⁸⁾, recomenda-se a administração profiláctica de um

antibiótico com cobertura para agentes anaeróbios e *C.trachomatis*, de acordo com protocolo hospitalar ou, por exemplo, a administração endovenosa de 2 g de *cefalexina*.

As situações que necessitem de antibioterapia profilática para endocardite bacteriana devem ser sempre identificadas e administrado o antibiótico preconizado para tal, de acordo com as orientações pré-estabelecidas.

CONTROLO ECOGRÁFICO PÓS-ASPIRAÇÃO

- Facultativo, de acordo com a experiência da instituição
- Mandatório se ocorrer qualquer dúvida ou complicação intra operatória

COMPLICAÇÕES

Em condições de segurança e com profissionais treinados, as ocorrências graves e que requerem hospitalização são muito raras, inferiores a 0,1%⁽⁹⁾.

As complicações podem ser: anestésicas, hemorragia, lesões do colo, perfuração uterina e aborto incompleto.

CONTRACEPÇÃO APÓS A INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ

É fundamental assegurar a escolha de um método eficaz de contracepção após o aborto, pelo que a articulação com as consultas de planeamento familiar deve estar protocolada em todos os serviços, quer aquelas consultas se realizem no hospital quer no centro de saúde.

A escolha da contracepção deve ter em conta, entre outros factores, o(s) método(s) já usado(s) pela mulher e a sua adequada ou inadequada utilização.

Os hospitais e os centros de saúde devem dispor de métodos que possam ser disponibilizados o mais precocemente possível após a interrupção da gravidez.

O DIU e o implante podem ser inseridos imediatamente após a aspiração/curetagem.

Os contraceptivos hormonais, orais ou injectáveis, podem ser iniciados no próprio dia ou no dia seguinte.

Se for possível na instituição, e em casos seleccionados, pode ser realizada no mesmo tempo operatório a laqueação tubária por laparotomia ou laparoscopia. A decisão, nestes casos, merece especial cuidado já que se trata de um método definitivo, decidido numa situação de particular *stress* da mulher e/ou do casal.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

De acordo com a legislação em vigor, a interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação por opção da mulher, só pode ser efectuada após a realização de uma consulta médica, seguida de um período de reflexão não inferior a 3 dias.

Tendo em vista a organização dos serviços deve, também, ser consultada a Circular Normativa sobre “Organização dos Serviços para implementação da Lei 16/2007, de 17 de Abril” divulgada por esta Direcção-Geral nesta mesma data.

1. CONSULTA PRÉVIA

A determinação da idade gestacional é um factor crítico para a selecção do método mais apropriado para a interrupção da gravidez. O primeiro passo será confirmar, com recurso ao exame ecográfico, que a mulher tem uma gravidez intrauterina e evolutiva, estimando-se a idade gestacional. Dependendo do local onde se realiza a consulta prévia, a ecografia pode ser realizada no próprio hospital ou ser trazida pela utente, devendo ser agraphada ao relatório uma

fotografia datada e identificada desse exame. Nas gravidezes até às 6 semanas deve-se dar preferência ao método de interrupção medicamentosa ou retardar a intervenção cirúrgica para uma data posterior, a partir das 7 semanas de gestação, quando a possibilidade de falha é menor.

Nesta consulta, deve-se certificar de que a mulher obteve toda a informação de que necessita para uma decisão livre e esclarecida, assim como para a escolha de um método contraceptivo a iniciar de imediato após a interrupção da gravidez.

Todo o processo de consulta terá em atenção que, no final, a mulher deve receber:

- *atestado médico* que certifica tratar-se de gravidez até 10 semanas (modelo normalizado)
- impresso para o *Consentimento livre e esclarecido* assinado no verso pelo profissional que prestou as informações à grávida (modelo normalizado)
- *Guia informativo sobre a interrupção da gravidez*
- *folheto* com as informações relativas ao método e à forma de actuar caso surjam complicações
- indicação da data e do local da intervenção e eventual medicação para preparação do colo
- orientações sobre onde e como obter, durante o período de reflexão, apoio de psicólogo ou assistente social, se assim o desejar.

Poderá ser preenchida a primeira parte do Registo da Interrupção da Gravidez.

2. PERÍODO DE REFLEXÃO

Entre a consulta prévia e o momento da intervenção deve ser respeitado um período de reflexão não inferior a 3 dias, salvaguardados os prazos legais para a interrupção da gravidez.

3. PROCEDIMENTOS NO DIA DA INTERVENÇÃO

- a mulher (ou o seu representante legal) entrega, assinado, o impresso do *Consentimento livre e esclarecido* que deve ser arquivado no processo clínico

Após a intervenção:

- administração de imunoglobulina anti-D, quando adequado
- fornecimento do método contraceptivo com indicações precisas sobre o início, forma de utilização e efeitos colaterais
- reforço das informações sobre os cuidados pós-cirúrgicos
- confirmação de que a mulher dispõe ainda do folheto com as informações sobre o método e a forma de actuar caso surjam complicações
- *marcação da consulta de saúde reprodutiva/planeamento familiar no hospital ou no centro de saúde, de acordo com o protocolo estabelecido.*

Deverá ser concluído o preenchimento do Registo da Interrupção da Gravidez e enviado para processamento informático.

O Director-Geral da Saúde



Francisco George

Anexo: “Informação à Utente”

Referência Bibliográficas

- (1) Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M and Leonard A., 1993. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care* 3(2):1-4
- (2) Westfall JM, O'Brien-Gonzales A and Barley G, 1998. Update on early medical and surgical abortion. *Journal of Women's Health* 7:991-995
- (3) Grimes DA, Schulz KF and Cates W Jr, 1984. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *JAMA* 251:2108-2112; Schulz KF, Grimes DA and Cates W Jr, 1983. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet* 1:1182-1184
- (4) Ngai SW, Chan YM, Tang OS and Ho PC, 1999. The use of misoprostol for pre-operative cervical dilatation prior to vacuum aspiration: a randomized trial. *Human Reproduction* 8:2139-2142
- (5) Singh K, Fong YF, Prasad RNV and Dong F, 1998. Randomized trial to determine optimal dose of vaginal misoprostol for preabortion cervical priming. *Obstetrics and Gynecology* 92:795-798
- (6) Lawson HW, Frye A, Atrash HK, Smith JC, Shulman HB and Ramick M, 1994. Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 171:1365-1372; MacKay HT, Schulz KF and Grimes DA. (1985) Safety of local versus general anaesthesia for second trimester dilatation and evacuation abortion. *Obstetrics and Gynecology* 66:661-665; Osborn JF, Arisi E, Spinelli A and Stazi MA, 1990. General anaesthesia, a risk factor for complication following induced abortion? *European Journal of Epidemiology* 6:416-422; Grimes DA and Cates W Jr, 1979. Complications from legally induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey* 34:177-191
- (7) Smith GM, Stubblefield PG, Chirchirillo L and McCarthy MJ, 1979. Pain of first trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 133:489-498; Borgatta L and Nickinovich D, 1997. Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine* 42:287-293
- (8) Sonne-Holm S, Heisterberg L, Hebjorn S, Dyring-Andersen K, Andersen JT, Hejl BL, 1981. Prophylactic antibiotics in first-trimester abortions: a clinical, controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 139:693-6; Krohn K, 1981. Investigation of the prophylactic effect of tinidazole on the postoperative infection rate of patients undergoing vacuum aspiration. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases Suppl* 26:101-3; Westrom L, Svensson L, Wolner-Hanssen P, Mardh PA, 1981. A clinical double-blind study on the effect of prophylactically administered single dose tinidazole on the occurrence of endometritis after first trimester legal abortion. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases Suppl* 26:104-9; Heisterberg L, Gnarpe H, 1988. Preventative lymecycline therapy in women with a history of pelvic inflammatory disease undergoing first-trimester abortion: a clinical, controlled trial. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology* 28:241-7; Heisterberg L, Petersen K, 1985. Metronidazole prophylaxis in elective first trimester abortion. *Obstetrics and Gynecology* 65:371-4; Darj E, Stralin EB, Nillsson S, 1987. The prophylactic effect of doxycycline on postoperative infection rate after first trimester abortion. *Obstetrics and Gynecology* 70:755-8
- (9) Hakim-Elahi E, Tovell HM and Burnhill MS, 1990. Complications of first trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology* 76:129-135



INTERRUPÇÃO CIRÚRGICA DA GRAVIDEZ INFORMAÇÃO À UTENTE

SE PENSA SOLICITAR A INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ POR MÉTODO CIRÚRGICO, PARA QUE POSSA ESTAR MELHOR INFORMADA, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

ANTES DA INTERVENÇÃO

Se na consulta prévia lhe foi prescrita medicação para a preparação do colo do útero, esta deve ser utilizada no dia da intervenção, de acordo com as instruções que lhe foram dadas. Esse medicamento serve para facilitar a intervenção, tornando o colo do útero mais mole e dilatado, pelo que poderão ocorrer perdas de sangue que não a deverão preocupar.

NO DIA DA INTERVENÇÃO

Cumpra as instruções que lhe foram dadas quanto à hora e local de apresentação no hospital. Não se esqueça de levar o impresso de *Consentimento livre e esclarecido*, já assinado.

- **SE ESTÁ PLANEADA ANESTESIA LOCAL**
Ingira apenas uma refeição ligeira (chá com torradas, por exemplo).
- **SE ESTÁ PLANEADA ANESTESIA GERAL**
Não coma, nem beba (inclusive água) nas 6 horas antes da intervenção.

INTERVENÇÃO

A intervenção cirúrgica é realizada num bloco operatório equipado com material apropriado e demora cerca de dez minutos.

Se o seu grupo sanguíneo é Rh negativo, ser-lhe-á administrado um medicamento para evitar problemas numa gravidez posterior.

Será, também, administrado um antibiótico para prevenir infecções.

- **SE ESTÁ PLANEADA ANESTESIA LOCAL**
O médico procederá à anestesia local do útero e aguardará alguns minutos para que possa actuar. Depois fará a dilatação do colo do útero que estará facilitada pela medicação que fez anteriormente.
A aspiração é de curta duração e sem dor. Logo que o útero esteja completamente vazio, contrairá, e será nesse momento que poderá sentir alguma dor, semelhante à dor menstrual.
A interrupção da gravidez estará então terminada.
- **SE ESTÁ PLANEADA ANESTESIA GERAL**
O anestesista irá fazer-lhe algumas perguntas sobre o seu estado de saúde, com o objectivo de identificar alguns factores que possam desaconselhar este tipo de anestesia.

QUE COMPLICAÇÕES PODEM SURTIR DURANTE A INTERRUPÇÃO CIRÚRGICA DA GRAVIDEZ

A interrupção cirúrgica da gravidez é um dos procedimentos médicos mais seguros quando efectuada por profissionais treinados, com equipamentos e técnicas adequados.

No entanto, todos os actos cirúrgicos, mesmo quando realizados em condições de segurança e segundo as normas em vigor, implicam algum risco. Este risco pode ser maior devido aos seus problemas de saúde (antecedentes médico-cirúrgicos ou certos medicamentos que utiliza) pelo que será sempre do seu interesse comunicá-los.

Embora muito raras, poderão ocorrer algumas complicações como a retenção de fragmentos ovulares, que torne necessária uma nova aspiração ou curetagem, lesões do colo do útero e

perfurações uterinas. Quando estas situações acontecem, são geralmente identificadas no momento, podendo ser necessária uma intervenção cirúrgica mais alargada para as tratar.

DEPOIS DA INTERVENÇÃO

Em regra terá alta no próprio dia da intervenção, cerca de 30 minutos mais tarde se foi utilizada anestesia local ou cerca de 3 horas depois, se fez anestesia geral.

Antes de sair, será informada das precauções a ter em conta.

As perdas de sangue podem prolongar-se durante alguns dias. Se tiver dores, não hesite em tomar algum analgésico, como *Paracetamol*.

Será necessário entrar rapidamente em contacto com a equipa de saúde que lhe foi indicada se nos dias seguintes à interrupção da gravidez tiver dores fortes no baixo ventre, febre, arrepios, grande hemorragia. Todas estas situações necessitam de tratamento médico.

A menstruação normal ocorrerá dentro de 4 a 6 semanas.

CONTRACEPÇÃO

Logo após a interrupção da gravidez pode engravidar de novo. Assim, será necessário iniciar de imediato um método contraceptivo.

Todos os contraceptivos, incluindo o dispositivo intra-uterino (DIU) e os métodos hormonais podem ser utilizados após a interrupção da gravidez. O DIU e o implante podem ser colocados imediatamente após a aspiração/curetagem. A pílula pode ser iniciada no próprio dia ou no dia seguinte.

A escolha e o início de um método contraceptivo devem ser discutidos na consulta prévia.

Após a intervenção ficará marcada uma consulta de planeamento familiar no hospital ou no centro de saúde.

NÃO HESITE EM COLOCAR QUESTÕES À EQUIPA DE SAÚDE QUE A ACOMPANHA.

ATÉ À SUA IDA À CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR, TENHA SEMPRE CONSIGO ESTE IMPRESSO.

TOME NOTA DAS DATAS				
CONSULTA PRÉVIA	PERÍODO DE REFLEXÃO	INTERVENÇÃO CIRÚRGICA		CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR
___/___/___		___/___/___		___/___/___
PEDIDO DE INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ		MEDICAÇÃO DE PREPARAÇÃO DO COLO ENTREGA DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		CONFIRMAÇÃO DA AUSÊNCIA DE COMPLICAÇÕES
ATESTADO MÉDICO DE DATAÇÃO DA GRAVIDEZ		ANESTESIA LOCAL CERCA DE 30 MINUTOS EM OBSERVAÇÃO	ANESTESIA GERAL CERCA DE 3 HORAS EM OBSERVAÇÃO	
OPÇÃO PELO MÉTODO CIRÚRGICO	INÍCIO DA CONTRACEPÇÃO ESCOLHIDA		VERIFICAÇÃO DA CONTRACEPÇÃO	
MARCAÇÃO DA INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ	MARCAÇÃO DA CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR ALTA			

EM CASO DE NECESSIDADE CONTACTAR:

--