

**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%<sup>(1)</sup>, quer com a utilização de vácuo manual, quer eléctrico<sup>(2)</sup>.

*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<sup>(3)</sup>.

Na preparação prévia do colo do útero é recomendada a administração oral<sup>(4)</sup> ou vaginal<sup>(5)</sup> 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<sup>(6)</sup>, 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<sup>(7)</sup>.

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<sup>(8)</sup>, 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%<sup>(9)</sup>.

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

### CONTRACEPÇÃO APÓS A INTERRUPTÃO 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:**

--