

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**Sexualidade Saudável e Responsável: a resposta à
Gravidez Não Desejada**

Elsa Margarida Cordas Borralho Salgueiro

MESTRADO EM ENFERMAGEM

Orientador:

Prof.^a Dra. Maria Margarida Sim-Sim

2011

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**Sexualidade Saudável e Responsável: a resposta à
Gravidez Não Desejada**

Elsa Margarida Cordas Borralho Salgueiro

Relatório Apresentado para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem

Orientador:

Prof.^a Dra. Maria Margarida Sim-Sim

2011

Se atendermos uma mulher com complicações advindas do aborto porque não teve acesso a métodos de contracepção, falhámos com ela. Se ela se for embora sem um método de planeamento familiar, estamos a falhar pela segunda vez.

(Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo 1994)

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Margarida Sim-Sim, por compartilhar o seu saber, pela disponibilidade e paciência para me ensinar a crescer neste percurso formativo, mas sobretudo pela sua amizade.

Aos alunos, utentes e colegas que participaram neste trabalho e que dividiram connosco as suas opiniões.

Às docentes Helena Bengala e Fátima Freitas pela sua disponibilidade em cooperar neste projecto.

Aos meus colegas de mestrado, especialmente à Ana Cândido pela amizade e partilha de ideias.

À Madruga pelo seu companheirismo desde a formação base e pelas sugestões oferecidas ao longo do caminho.

Aos meus pais e sogros, pelo apoio desde sempre, nas lutas do quotidiano.

Aos três amores da minha vida, Fernando, Margarida Isabel e João Manuel pelo seu carinho, força, ânimo e compreensão por não reclamarem da ausência da mulher e mãe.

RESUMO

Título: Sexualidade Saudável e Responsável: a resposta à Gravidez Não Desejada

A Interrupção Voluntária da Gravidez, decorrente da Gravidez Não Desejada faz parte do nosso quotidiano profissional, desde 2007, facto que nos predispôs para o desenho de um Projecto no âmbito da temática. Este Relatório tem por objectivo descrever a Intervenção realizada em contexto profissional, contemplando três áreas de actuação: 1) Prestação, 2) Gestão dos Cuidados e 3) Extensão à Comunidade. Em cadeia, atingiram-se os prestadores de cuidados, os beneficiários actuais e aqueles que por desconhecimento e/ou comportamentos não saudáveis, importa informar no sentido de minorar os riscos. Nestes campos, introduziram-se medidas, propuseram-se instrumentos, protocolos e redes de interacção, cujos resultados a curto ou maior prazo, trazendo já benefícios no desenvolvimento pessoal, poderão oferecer contributos e ganhos, à instituição e à sua população. Através deste Projecto conseguiu-se, manter aberta uma unidade de cuidados significativa para a Saúde da Mulher. Outros benefícios estão perspectivados na articulação com as instituições escolares.

Palavras-chave: Gravidez Não Desejada, Interrupção Voluntária da Gravidez, Contracepção, Educação Sexual, Sexualidade.

ABSTRACT

Title: Healthy and Responsible Sexuality: the answer to Unwanted Pregnancy

Induced Abortion due to Unwanted Pregnancy is part of our professional daily life since 2007, a fact that made us develop a Project in this area. This Report aim is to describe the Intervention made in a professional context, seeking for three areas: 1) Care 2) Health Care Management and 3) Community Extensions. Working in chain the following groups were targeted: the care givers, the actual beneficiaries and those that due to unfamiliarity or non healthy behaviour are important to inform to minimize the risks. In these fields measures were introduced, instruments interaction nets and protocols were proposed. The results in a short or long term will be able to benefit personal development as well as contributes and gains to the institutions and to the community involved. Trough this project we have been able to keep open a Women Health Care Unit of utmost significance. Other objectives in articulation with schools are being studied and implemented.

Key words: Unwanted Pregnancy, Induced Abortion, Contraception, Sex Education, Sexuality.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	13
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	16
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	17
2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS	21
2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	22
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	24
3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES	24
3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO	27
3.2.1 Prestação de Cuidados	27
3.2.2 Gestão de Cuidados	28
3.2.3 Extensão à Comunidade	30
3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO	33
3.3.1 Prestação de Cuidados	33
3.3.2 Gestão de Cuidados	34
3.3.3 Extensão à Comunidade	34
3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO	36
3.4.1 Prestação de Cuidados	36
3.4.2 Gestão de Cuidados	37
3.4.3 Extensão à Comunidade	38
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS	39
4.1. OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	39
4.2. OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO	40
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	41
5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	41
5.1.1 Prestação de Cuidados	41

5.1.2 Gestão de Cuidados	43
5.1.3 Extensão à Comunidade	44
5.2. METODOLOGIAS	45
5.2.1 Prestação de Cuidados	45
5.2.2 Gestão de Cuidados	45
5.2.3 Extensão à Comunidade	46
5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS	47
5.3.1 Prestação de Cuidados	47
5.3.2 Gestão de Cuidados	48
5.3.3 Extensão à Comunidade	48
5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS	49
5.4.1 Prestação e Gestão de Cuidados	49
5.4.2 Extensão à Comunidade	50
5.5. CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS	50
5.5.1 Prestação e Gestão de Cuidados	50
5.5.2 Extensão à Comunidade	51
5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL	51
5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA	51
5.7.1 Prestação e Gestão de Cuidados	51
5.7.2 Extensão à Comunidade	52
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	53
6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS	53
6.1.1 Prestação e Gestão de Cuidados	53
6.1.2 Extensão à Comunidade	56
6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	58
6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS	59
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	61
CONCLUSÃO	64

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
APÊNDICES	73
APÊNDICE I(Protocolo da IVG na ULSNA até 1 de Agosto de 2011)	74
APÊNDICE II(Characterização da população na consulta de IVG da ULSNA no triénio 2008/2010)	76
APÊNDICE III(Análise das entrevistas realizadas às EESMOG da consulta de IVG)	85
APÊNDICE IV (Characterização da população na consulta de IVG da ULSNA em Fevereiro e Março de 2011)	92
APÊNDICE V(Characterização das EESMOG da consulta de IVG da ULSNA)	101
APÊNDICE VI(Characterização dos Adolescentes da Escola Básica 2,3 José Régio)	104
APÊNDICE VII(Characterização dos Jovens da Escola Superior de Saúde de Portalegre)	108
APÊNDICE VIII(Compromisso Terapêutico - impresso)	114
APÊNDICE IX(Kit de Métodos Contraceptivos - fotografias)	116
APÊNDICE X(Guia de Orientação - fotografias)	118
APÊNDICE XI(Registo de Enfermagem da Consulta de IVG - impresso)	120
APÊNDICE XII(Informação Clínica da Consulta de IVG - impresso)	126
APÊNDICE XIII (Sessão de Formação em Serviço: “Métodos Contraceptivos” - diapositivos)	128
APÊNDICE XIV(Sessão de Educação para a Saúde: “Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência” - diapositivos)	133
APÊNDICE XV(Sessão de Educação para a Saúde: “A Interrupção Voluntária da Gravidez na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano” - diapositivos)	140
APÊNDICE XVI(Plano da Sessão de Formação em Serviço: “Métodos Contraceptivos”)	146
APÊNDICE XVII(Estratos das entrevistas realizadas às EESMOG da consulta de IVG)	148
APÊNDICE XVIII(Questionário realizado às EESMOG da consulta de IVG)	155
APÊNDICE XIX(Plano da Sessão de Educação para a Saúde “Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência”)	158
APÊNDICE XX (Questionários realizados aos adolescentes do ensino básico - 1º e 2º tempo)	160
APÊNDICE XXI(Listagem das dúvidas dos adolescentes sobre sexualidade)	168

APÊNDICE XXII (Plano da Sessão de Educação para a Saúde: “A Interrupção Voluntária da Gravidez na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano”)	170
APÊNDICE XXIII(Questionários realizados aos jovens do ensino superior - 1ª e 2ª tempo)	172
APÊNDICE XXIV(Sessão de Formação em Serviço: “Métodos Contraceptivos” – comprovativo)	180
APÊNDICE XXV(Sessão de Educação para a Saúde “Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência” - comprovativos)	182
APÊNDICE XXVI(Sessão de Educação para a Saúde: “A Interrupção Voluntária da Gravidez na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano” - comprovativo)	185
APÊNDICE XXVII(Sessão de Educação para a Saúde “Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência” - fotografias)	187
APÊNDICE XXVIII(Sessão de Educação para a Saúde: “A Interrupção Voluntária da Gravidez na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano” - fotografias)	189
APÊNDICE XXIX(Autorização do estágio na Maternidade Dr. Francisco Feitinha)	191
APÊNDICE XXX(Ofícios de Pedido de Autorização à Escola Básica 2,3 José Régio e à Escola Superior de Saúde)	193
APÊNDICE XXXI(Pedido de Autorização aos encarregados de educação dos adolescentes da Escola Básica 2,3 José Régio)	196
APÊNDICE XXXII(Cronograma)	198
APÊNDICE XXXIII(Novo Protocolo da Consulta de IVG da ULSNA)	201
APÊNDICE XXXIV(Sessão de Formação em Serviço: “A IVG” - diapositivos)	228
APÊNDICE XXXV(Plano da Sessão de Formação em Serviço: “A IVG”)	235
APÊNDICE XXXVI(Sessão de Formação em Serviço: “A IVG” - comprovativo)	237

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Número Total de Partos e de Consultas Prévias em IVG entre 2008 e 2011	17
Tabela 2. Número de Partos e de Consultas Prévias em IVG, nos meses de Janeiro e de Fevereiro, entre 2008 e 2011	18
Tabela 3 - Número de Recidivas no Triénio 2008/2010	41
Tabela 4. Relação das Utentes com Processo de IVG e o Número de Filhos	100
Tabela 5. Relação das Utentes com Processo de IVG pelo Ano do Último Parto	100
Tabela 6. Relação das Utentes com Processo de IVG pelo Ano da Última IVG	100
Tabela 7. Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde no Ensino Básico.....	107
Tabela 8. Concepções dos Jovens Universitários sobre Relacionamentos Amorosos e Constituição de Família.....	111
Tabela 9. Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde no Ensino Superior.....	113

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por distrito de proveniência	77
Gráfico 2. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por concelho de proveniência	77
Gráfico 3. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por nacionalidade	77
Gráfico 4. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por escalão etário	78
Gráfico 6. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por vivência em casal	78
Gráfico 5. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por estado civil	78
Gráfico 7. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por nível de instrução concluída ...	79
Gráfico 8. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por situação laboral da mulher	79
Gráfico 9. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por frequência de consulta de P.F (no último ano)	80
Gráfico 10. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por paridade	80
Gráfico 11. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por IVG anterior	80
Gráfico 12. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por idade gestacional	81
Gráfico 13. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por método contraceptivo pré-IVG	81
Gráfico 14. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por contexto contraceptivo/falha contraceptiva	82
Gráfico 15. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por pedido e aceitação no processo e IVG realizadas	82
Gráfico 16. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por avaliação da IVG	83
Gráfico 17. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por complicações	83
Gráfico 18. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por contraceção pós-IVG	84
Gráfico 19. Distribuição das utentes por distrito de proveniência	93
Gráfico 20. Distribuição da utentes por concelho de proveniência	93
Gráfico 21. Distribuição das utentes por nacionalidade	93
Gráfico 22. Distribuição das utentes por escalão etário	94
Gráfico 23. Distribuição das utentes por estado civil	94
Gráfico 24. Distribuição das utentes por vivência em casal	94
Gráfico 25. Distribuição das utentes por nível de instrução concluído	95
Gráfico 26. Distribuição das utentes por situação laboral da mulher	95
Gráfico 27. Distribuição das utentes por situação laboral do companheiro	96
Gráfico 28. Distribuição das utentes por frequência de consulta de P.F (no último ano)	96
Gráfico 29. Distribuição das utentes por paridade	96
Gráfico 30. Distribuição das utentes por IVG anterior	97

Gráfico 31. Distribuição das utentes por idade gestacional	97
Gráfico 32. Distribuição das utentes por método contraceptivo pré-IVG.....	97
Gráfico 33. Distribuição das utentes por contexto contraceptivo/falha contraceptiva	98
Gráfico 34. Distribuição das utentes por aceitação no processo de IVG	98
Gráfico 35. Distribuição das utentes por avaliação da IVG	99
Gráfico 36. Distribuição das utentes por contraceção pós-IVG	99

1. INTRODUÇÃO

A gravidez é um marco na saúde reprodutiva de qualquer mulher. Regra geral é “um estado altamente desejado, que contém gratificações, como por exemplo, a promessa de um filho para criar e educar (...) ou a construção da sua própria família” (Noya& Leal, 1998, p.431). Contudo para outras mulheres, ou ainda para as mesmas, mas num outro momento da vida, a gravidez pode ser uma experiência dolorosa e sentida como uma invasão do corpo (Noya& Leal, 1998). Após a descoberta de uma Gravidez Não Desejada [GND], a mulher toma consciência da existência de duas alternativas à resolução da situação de conflito em que se encontra – prosseguir ou interromper a gravidez.

A interrupção da gravidez, vulgo aborto, na Roma Antiga era tida mais propriamente, não como um prejuízo para com o feto, mas como um delito contra a autoridade marital; alguns filósofos não reconheciam vida própria ao embrião (i.e. Platão), outros identificavam a animação fetal masculina aos 40 dias pós-concepção e a feminina aos 80 dias (i.e. Aristóteles); a Igreja Católica conotava o aborto como pecado sexual, associado ao adultério e ao coito sem intenção procriativa. Tornou-se com Pio IX, em 1869, na ideia da infusão da alma à data da concepção, um atentado à moral, levando à sua criminalização nos códigos penais de vários países (Tavares, 2004). Em Portugal, numa história de penalização ligada ao género, após décadas de perdas maternas, que representavam, para exemplo entre 2001-2007, 15% da mortalidade materna, tornou-se possível sob determinados requisitos, realizar Interrupção Voluntária da Gravidez [IVG] de forma segura (Ventura & Gomes, 2009). O recurso à interrupção por opção da mulher, é uma possibilidade legal, a partir do momento em que se verificou a publicação da Lei nº16/2007 de 17 de Abril, que legaliza a IVG até às 10 semanas de gestação. Salvaguardava-se assim, a acessibilidade a cuidados seguros por parte de todas as mulheres em idade reprodutiva e a possibilidade de diminuir o aborto clandestino.

No contexto dos cuidados de saúde e no sentido da promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva, compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica [EESMOG], cuidar deste grupo-alvo (mulheres em idade fértil) aos três níveis de prevenção da saúde, através da implementação de programas de intervenção e de educação para a saúde, no intuito da promoção de famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade(Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011). Através de protocolo definido pela Direcção Geral de Saúde [DGS], deve ser oferecido à mulher em processo de IVG, uma sequência de quatro

consultas, onde na primeira se realiza a datação da gestação e o esclarecimento sobre o processo para permitir uma decisão informada. As duas seguintes consistem na administração de medicação para dar início ao processo de interrupção da gravidez e uma última para avaliação ecográfica da eficácia do método utilizado e dar início contraceção pós-IVG.

Quotidianamente, desde meados de 2007, assistimos mulheres ao longo de todo o processo de IVG. No último ano, tanto na prestação directa de cuidados, como na qualidade de responsável pela gestão desta valência no serviço onde exercemos, percepcionámos, a ocorrência de uma crescente falta das utentes, à consulta de avaliação da interrupção (onde usualmente se inicia a contraceção pós-IVG) e um aumento significativo de situações de recidiva. Este facto comprovado estatisticamente através da análise casuística no último triénio encontra nas utentes mais ausentes, um perfil de mulher jovem (20-24 anos), que regularmente, não utiliza contraceção para evitar a gravidez.

Também indirectamente, pelas actividades de extensão à comunidade que realizamos, consideramos que, não será desprezível ponderar, além das utentes, outros grupos de mulheres, que atingem a capacidade procriativa. De facto, nestes grupos mais jovens, será importante a informação, tão só sobre sexualidade e contraceção, como sobre recursos que podem usufruir em caso de GND. Ou seja, tanto no Cuidar que nos ocupa na prestação directa e na gestão, como na urgência da prevenção em camadas populacionais mais jovens, entendemos que a IVG é uma temática suficientemente interessante, no desenho de um projecto de intervenção que demonstre o nosso agir profissional na área da especialidade.

Decorrente do perfil das utentes, acima referido, pretende-se com este nosso projecto de intervenção, por um lado, levar a ambiente cuidativo a jovem mulher quando se encontra no processo de IVG e à sua conseqüente recuperação. Por outro, prevenir a GND, em grupos de mulheres mais jovens, oferecendo informação sobre vivências saudáveis da sexualidade e recursos a IVG.

Assim estendemos a abrangência deste Projecto de Intervenção e conseqüente Relatório a três grupos populacionais: 1) às utentes da consulta de IVG, por necessidade de melhores resultados nos processos individuais, 2) às enfermeiras da consulta de IVG, na medida em que implicadas no processo de IVG, detém a maior relação terapêutica com a mulher-utente e 3) a adolescentes e jovem, pela possibilidade de virem a defrontar-se num futuro, com GND. Estes grupos, no alcance do actual trabalho,

pertencem à área de influência do Hospital Doutor José Maria Grande [HDJMG], local onde coordenamos, desde há três anos a consulta de IVG.

Desta forma, delimitámos a nossa intervenção em três campos de actuação:

- ❖ Prestação Directa de Cuidados;
- ❖ Gestão de Cuidados;
- ❖ Extensão à Comunidade.

No contexto destes campos de actuação definimos para cada um, o respectivo objectivo geral, que passamos a enunciar:

- 1) Promover a saúde sexual e reprodutiva da mulher em processo de IVG.
- 2) Contribuir para a qualidade do exercício de cuidados de enfermagem na consulta de IVG.
- 3) Contribuir para a diminuição da casuística da IVG na área de referência da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Entidade Pública Empresarial [ULSNA].

No desenvolvimento do texto deste relatório apresenta-se uma secção respeitante à contextualização dos recursos e ambiente de realização da nossa intervenção, seguida da análise da população-alvo. Posteriormente serão analisados os objectivos condutores do relatório e far-se-á uma reflexão sobre as intervenções desenvolvidas. Por fim analisar-se-á o processo de avaliação e controlo, assim como, as competências mobilizadas e adquiridas. O presente documento está de acordo com as Normas da American Psychological Association [APA] (2001).

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

A IVG é uma prática à escala mundial e em quase todas as culturas desde os primórdios da história da humanidade (Faúndes&Barzelatto, 2004). Contudo, a sensibilidade e delicadeza do assunto são patentes, uma vez que envolve “toda a terminação provocada, de gravidez, antes de o feto ter alcançado a viabilidade” (Greenhill&Friedman, 1976, p.386). Sem dúvida que se trata de um fenómeno social dos mais complexos, fazendo emergir opiniões divergentes, seja no campo ético, moral, emocional, cultural, religioso ou das relações de género.

No exercício da actividade, em contexto nacional, o EESMOG, é definido como um profissional com reconhecida “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados especializados na área clínica da sua especialidade” (Ministério da Saúde, 1998, p.1742), em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, sendo a entidade beneficiária dos seus cuidados e alvo de intervenção, a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo (OE, 2011). Segundo Franco (1998) ao referenciar Costa e Melo (1993), entende-se *competência* como a “faculdade que tem uma pessoa para resolver um assunto, aptidão, idoneidade, atribuição de poder, capacidade de exercer uma acção” (p.37), a fim de atingir a mestria numa actividade, conseguida através da formação académica e da prática (quer nas habilidades técnicas quer na atitude reflexiva do dia-a-dia). No sentido da especialização profissional a competência é objectivamente uma exigência necessária para saber agir e poder agir num contexto específico. As competências do EESMOG abarcam as várias etapas da saúde sexual e reprodutiva da mulher. Além da assistência no período pré, intra e pós-natal, as situações de resolução terapêutica para GND e a sua prevenção, estão explícitas em documento legal [Regulamento nº 127/2011, referente às Competências Especificas do EESMOG], nomeadamente a promoção da saúde da mulher em situação de abortamento, ao promover “a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade.” (OE, 2011, p.8663), e no âmbito de planeamento familiar, quando “concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de educação sexual (...), de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade” (OE, 2011, p.8662).

Na Maternidade Doutor Francisco Feitinha a consulta de IVG arrancou a 11 de Junho de 2007, e actualmente é a única unidade alentejana que presta este

serviço. Desempenhando funções de coordenação da equipa de enfermagem que participa na consulta de IVG da ULSNA e entendendo a nossa actuação como enfermeira especialista tanto em contexto hospitalar, na prestação directa junto da beneficiária e na gestão de cuidados, como também através de programas de prevenção da GND na comunidade, relata-se neste documento a intervenção alargada que tem sido realizada ao longo de três anos e meio no âmbito do exercício profissional.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

A caracterização do ambiente refere-se a três campos de intervenção:

- ❖ Prestação directa de Cuidados;
- ❖ Gestão/Coordenação da Equipa da Consulta de IVG;
- ❖ Extensão à Comunidade Juvenil Escolar.

1) Prestação Directa de Cuidados

O presente relatório enquadra-se na área de abrangência da Maternidade Doutor Francisco Feitinha (antigo Serviço de Ginecologia e Obstetrícia) do HDJMG, o qual está integrado na ULSNA. A sua influência assistencial estende-se a todo o distrito de Portalegre e no caso particular da consulta de IVG, dá ainda resposta a sete concelhos do distrito de Évora (Vila Viçosa, Borba, Redondo, Arraiolos, Alandroal, Estremoz e Mora) justificado pela objecção de consciência dos obstetras. A prestação directa de cuidados inclui a utente com patologia ginecológica e a mulher/recém-nascido/família, em regime de internamento e atendimento de urgência. Estatisticamente a Maternidade neste último triénio (2008/2010) tem vindo a ter uma queda do número de partos, pelo que verifica-se a proporção de dois nascimentos por uma IVG, como se pode ver na Tabela 1:

Tabela 1. Número Total de Partos e de Consultas Prévias em IVG entre 2008 e 2011

Ano	2008	2009	2010	2011 (até 28 de Fevereiro)
Nº de Partos	439	423	430	55
Nº de Consultas Prévias em IVG (1ª consulta)	199	210	186	58

No ano de 2011 (com a casuística dos meses de Janeiro e Fevereiro) o número de IVG já é superior ao número de partos. Embora seja muito prematuro pode prever-se uma inversão na relação partos/IVG (Tabela 2).

Tabela 2. Número de Partos e de Consultas Prévias em IVG, nos meses de Janeiro e de Fevereiro, entre 2008 e 2011

Ano	2008		2009		2010		2011	
Mês	Jan.	Fev.	Jan.	Fev.	Jan.	Fev.	Jan.	Fev.
Nº de Partos	40	32	45	31	31	37	35	20
Nº de Consultas Prévias em IVG (1ª consulta)	14	13	19	12	13	19	26	32

Na ULSNA este ganho de cuidados em saúde sexual e reprodutiva, está à disponibilidade das mulheres desde Junho de 2007, tendo-se realizado até ao final de 2010 um total de 655 consultas prévias (esta consulta é a primeira que se realiza no hospital, consistindo na abertura de processo administrativo e clínico na consulta de IVG). O método utilizado, em primeira linha, é o tipo medicamentoso e o protocolo de IVG instituído foi o preconizado pela DGS (Apêndice I).

Na casuística, do último triénio (2008/2010) constatou-se que a mulher que recorreu à consulta de IVG, apesar das características específicas de cada uma das utentes, apresentava o seguinte perfil: é «jovem» (20-24 anos), solteira, com vivência em casal, múltipara (com mais de um filho), com o 3º ciclo de escolaridade concluído, trabalho não qualificado, que não frequentou a consulta de Planeamento Familiar [P.F] no último ano e com contexto contraceptivo pré-IVG de «pílula».

2) Gestão/Coordenação da Equipa da Consulta de IVG

Decorrente das responsabilidades atribuídas pela chefia do serviço, a gestão dos cuidados da equipa é um factor importante no actual Relatório, na medida da optimização do processo de cuidados oferecidos. Esta é uma tarefa árdua, pois a IVG apresenta desafios que requerem respostas imparciais dos enfermeiros, ao mesmo tempo, “que se vêem pessoalmente envolvidos no problema da IVG, com os seus sentimentos a variar entre a condenação ou aprovação, sentimentos esses, determinados por sentimentos, crenças e atitudes” (Ribeiro & Araújo, 1998, p. 471). Noya e Leal(1998)

citando Baluk e Neil (1980) e Ribeiro e Araújo (1998) citando Werley et al. (1973) demonstraram nos seus estudos que, os profissionais de saúde cuidadores das mulheres em intenção de IVG, às ideias dominantes na sociedade, apresentam uma maior propensão à ansiedade, depressão e culpa. Ribeiro e Araújo (1998, citam Werley et al., 1973) acrescentam que os enfermeiros são o grupo profissional mais conservador relativamente à IVG, mas que são os mais permissivos, tal como os médicos, no aborto terapêutico, eugénico e ético.

Enfrentar este dilema é o grande desafio do EESMOG, o qual, no entender da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia [FIGO], Confederação Internacional das Parteiras [ICM], Conselho Internacional de Enfermeiras [ICN] & Agência dos Estados Unidos da América para Desenvolvimento Internacional [USAID], desempenha um papel especial ao advogar pelas mulheres que viveram a IVG. Na realidade é um profissional sensível para as apoiar, para as ajudar a tomar decisões informadas e esclarecidas sobre a sua saúde e para garantir que lhes sejam oferecidos cuidados de qualidade em termos de planeamento familiar (Murphy & Jordan, 2002; FIGO, ICM, ICN & USAID, 2009). Para reforçar esta última ideia, segundo Murphy e Jordan (2002) citando Andrews (2000) “o pessoal de enfermagem nas clínicas e hospitais é uma fonte perfeita de informação de seguimento e de auxílio para a contraceção e para a saúde sexual futura” (p.43). A FIGO preconiza fortalecer a formação dos profissionais de saúde, como medida para garantir práticas de alta qualidade nos serviços e orientação contraceptiva pós-IVG (FIGO et al., 2009). Neste âmbito, é necessário educar em serviço e criar condições de exercício profissional, para se conseguir actualização e motivação da equipa e assim oferecer, à mulher em fase crítica da vida sexual e reprodutiva, bons cuidados.

3) Extensão à Comunidade Juvenil Escolar

A Comunidade Juvenil Escolar que está agregada a esta intervenção no papel de EESMOG decorre, em primeira mão, da articulação com a Escola Básica 2, 3 José Régio e a Escola Superior de Saúde. Esta articulação, com intervenções já realizadas, pela necessidade do calendário das escolas, encontra-se ainda em fase de formalização de protocolo inter-institucional. Tal não impediu que os esforços em benefício da população juvenil local fossem planeados e realizados. Foi a partir de conversas informais que nos reconheceram como pessoa/profissional de recurso, iniciando-se assim, os primeiros

contactos. De facto, consideramos o desafio importante não só pelo desenvolvimento profissional/pessoal, mas porque também fazemos parte de uma instituição de saúde que tem por missão:

“Promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde” (ULSNA, 2010).

Assim, se iniciaram os primeiros passos no sentido da informação aos jovens, pondo em marcha projectos a maior tempo, de prevenção de GND e de informação sobre recursos para a realização de IVG, na intenção última, senão primeira, de evitar a perigosidade de aborto clandestino.

A adolescência é o período do desenvolvimento humano entre os 10 e 19 anos (OMS, 2005), caracterizado por uma revolução biopsicossocial. É uma fase de grandes transformações e crescimento onde além de se ganhar a possibilidade reprodutiva e sexual, tudo é vivido intensamente. Neste período de transição da fase infantil para o estado adulto, o jovem usualmente demonstra comportamentos instáveis, variando as suas atitudes e opiniões que o levará a definir a sua identidade. Durante o seu processo de maturação, o adolescente tem curiosidade sobre as temáticas relacionadas com a sexualidade, pelo que procura informação sobre o tema, mas nem sempre assimila que as relações sexuais podem ter consequências, como a GND e/ou Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Este risco e vulnerabilidade aumenta nos dias de hoje, porque os jovens amadurecem biologicamente e iniciam as suas experiências cada vez mais cedo, constituem família mais tarde, e as estruturas sociais assim como a cultura social são menos rígidas (Granja, 2009). Castro, Abramoray e Silva (2004) ao fazerem referência a uma investigação realizada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura [UNESCO], demonstram que a primeira relação sexual ocorre em média aos 14.5 anos, nos rapazes, e aos 15.5 anos, nas raparigas. A ocorrência deste facto está cada vez mais associada a comportamentos negativos da sexualidade, como a multiplicidade de parceiros e o não uso do preservativo (Castro, Abramoray & Silva, 2004), assim como a não adopção de outros métodos contraceptivos. Como efeito consequencial, surge facilmente a GND na adolescência, factor preocupante, pois as consequências biológicas, psicológicas e sociais que a acompanham, conduzem o jovem a três caminhos: casamento de conveniência, ser mãe solteira, ou então, interromper a gravidez (Vitiello, 1997).

As escolhas que fizerem no agora podem vir a ter repercussões significativas na sua vida futura. Para evitar esta situação a prevenção é a melhor conduta, pois de acordo com Moraes (2007), o acesso à informação e à educação, juntamente com a consciencialização e orientação sobre o uso de contraceptivos, são as únicas formas de combater e prevenir a GND. A mesma autora acrescenta, que esse acesso só poderá ocorrer através da associação de acções educacionais e de saúde (Moraes, 2007).

2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

A Maternidade ocupa toda a extensão do 4º piso. Na ala direita, encontra-se a área de internamento (com dezanove camas), enquanto na ala esquerda se pode encontrar a urgência obstétrica e ginecológica, gabinetes para realização da consulta externa e exames especiais (cardiotocografia, ecografias, histeroscópias, rastreio do cancro do colo do útero, Essure® – laqueação de trompas via histeroscópica), e o bloco de partos (com duas salas de parto).

Na consulta de IVG, aquando da primeira e da quarta consulta, é utilizado um gabinete da ala esquerda para realizar a ecografia e o esclarecimento da utente. Na segunda e terceira consulta utiliza-se um quarto da ala direita. Em termos de recursos humanos nesta consulta participam uma equipa médica (dois médicos do quadro e dois contratados), uma equipa de enfermagem (composta por sete EESMOG, a Enfermeira chefe e duas enfermeiras) e uma administrativa. Diariamente a consulta de IVG é distribuída em plano de trabalho, a uma das enfermeiras não objectoras que está de serviço no turno da manhã. Segue-se assim como metodologia de organização, o *Método Individual*, sendo a enfermeira “responsável pela prestação de cuidados globais aos doentes que lhe foram atribuídos, durante o turno de trabalho” (Frederico & Leitão, 1999, p.161). Este método ao dar ênfase às necessidades das utentes e, consequentemente, à personalização dos cuidados, cria segundo Frederico e Leitão (1999) uma “maior satisfação do doente, pois sabe qual é o enfermeiro, que lhe presta todos os cuidados, logo sente-se mais seguro e confiante” (p.162) e é o que mais se adequa à consulta de IVG, pois permite à enfermeira “conhecer devidamente o doente de forma, a que os planos de cuidados de enfermagem possam ser mais específicos (Frederico & Leitão, 1999, p.162).

2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Distinta da Gravidez não Planeada, decorrente de inabilidade contraceptiva, inoportuna para o momento da vida da mulher/família, mas que se aceita, a GND, além destes atributos, pressupõe a valorização negativa da constatação do estado gravídico, identifica-se como erro ou acidente no exercício sexual e conduz ao desejo de interromper o desenvolvimento do produto concepcional (Barrett&Wellings, 2002). Caso seja praticado por pessoas sem as competências necessárias e/ou as condições higiénico-sanitárias mínimas para a sua realização, é definida como um procedimento, inseguro, para terminar uma gravidez indesejada (WorldHealthOrganization [WHO], 1992). Anualmente, em todo o mundo, 20 milhões de interrupções ocorrem em condições precárias de saúde, o que origina cerca de 13% das mortes maternas conhecidas (OMS, 2005). Necessitam estas mulheres de cuidados de saúde, onde os profissionais de enfermagem têm um papel útil e oportuno. Ao EESMOG compete-lhe promover a saúde destas, promovendo estratégias de empoderamento. Advoga o cumprimento da legislação, implementa e avalia intervenções que respondam às suas necessidades e previne complicações na área da saúde sexual e reprodutiva (O.E, 2011). No regulamento das competências do EESMOG (O.E, 2011), este deve ainda conceber, planear, coordenar, implementar e avaliar projectos e intervenções de educação sexual adequados a cada estágio do ciclo reprodutivo da mulher e cooperar com outros profissionais em programas para melhoramento da qualidade dos cuidados e serviços. Concretamente sobre a GND, ao especialista compete potenciar a saúde da mulher durante e após a situação, 1) promovendo uma tomada de decisão consciente e esclarecida, 2) informando e orientando para os recursos existentes na comunidade, assim como, 3) sobre sexualidade e contracepção pós-IVG (O.E, 2011). A nossa intervenção, que será descrita neste relatório, justifica-se pela necessidade de desenvolver o perfil de competências inerentes ao EESMOG, no âmbito do nosso desempenho junto desta população particular.

Considerando a capacidade fértil da mulher entre os 15-49 anos, o grupo das adolescentes/jovens, surge como a faixa etária de maior preocupação para os profissionais de saúde, não só pelo processo de IVG em si mesmo, como pelo risco de recidivas. De facto as adolescentes/jovens, pela maior fragilidade inerente ao seu desenvolvimento, são mais susceptíveis à GND, também apresentam maior dificuldade

em procurar os recursos para IVG e aquelas que a tendo realizado, apresentam maior sintomatologia depressiva, além de repetição por inoperância contraceptiva (Sprinthall&Collins, 1994; Cosme & Leal, 1998). No serviço de Obstetrícia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, realizou-se um estudo sobre factores preditivos de recorrência de IVG, onde se concluiu que o único factor determinante para a ocorrência de GND e recidiva de IVG é a falta de *compliance* (adesão) com o método escolhido após a primeira interrupção, daí a necessidade de uma vigilância regular em consulta de P.F como metodologia preventiva (Carvalho, Almeida, Ramos, Bombas, Fernandes & Moura, 2010). Galli, Jefferson e Adesse (2007) afirmam também que a utilização dos contraceptivos tem influência no evento da GND, pois os métodos não possuem uma eficácia de 100%, podendo assim levar à interrupção da gravidez. A falta de contracepção pós-IVG é outro factor apontado pelos autores, que dificulta a prevenção de novas gravidezes e de IVG, caracterizando uma forma de negligência, pois o atendimento a essas mulheres, integrado com o programa de P.F contribuiria para romper o ciclo da IVG e a redução da mesma (Galli, Jefferson & Adesse, 2007).

Assim será importante, para evitar a GND, por um lado, assistir e orientar (sobretudo em termos de planeamento familiar) a mulher que se encontra em processo de IVG e por outro, oferecendo informação sobre vivências saudáveis da sexualidade.

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

Para Fortin (1999) “uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” (p.203). Nesta secção passamos à análise descritiva da nossa população, que são:

- ❖ *As Utentes da consulta de IVG.*

Com a descrição pretende-se não só dar a conhecer ao leitor as especificidades desta população, mas também facilitar a posterior compreensão na sua necessidade de cuidados de enfermagem especializados. Reflectindo sobre a população mais representativa, considerou-se oportuno alargar a nossa intervenção a outras populações-alvo, nomeadamente:

- ❖ *As Enfermeiras da consulta de IVG*, em termos de aquisição e ou desenvolvimento de competências no âmbito da contracepção, para melhoria da sua abordagem terapêutica.
- ❖ *Adolescentes* (a frequentar o 8º ano na Escola Básica 2,3 José Régio em Portalegre) e *Jovens* (a frequentar a Escola Superior de Saúde de Portalegre), em termos de aquisição e/ou desenvolvimento de atitudes e comportamentos preventivos face à GND. A escolha dos adolescentes deve-se ao facto, de se encontrarem na fase da vida em que ganham a força, a possibilidade reprodutiva e sexual. Os jovens, porque também eles se encontram numa fase de transição quer social quer sexual e por integrarem o segundo grupo de risco de IVG, a nível nacional, que são os estudantes (DGS, 2010).

3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

A nossa população é formada por todas as utentes que realizaram IVG no último triénio e que pertenciam à área de referência da ULSNA. Estatisticamente a sua análise foi efectuada tendo em conta os seguintes itens: a) Aspectos sócio-demográficos, b) História obstétrico-ginecológica, c) História contraceptiva e d) Aspectos do processo de IVG (Apêndice II).

a) Aspectos sócio-demográficos

A população é constituída por 590 utentes.

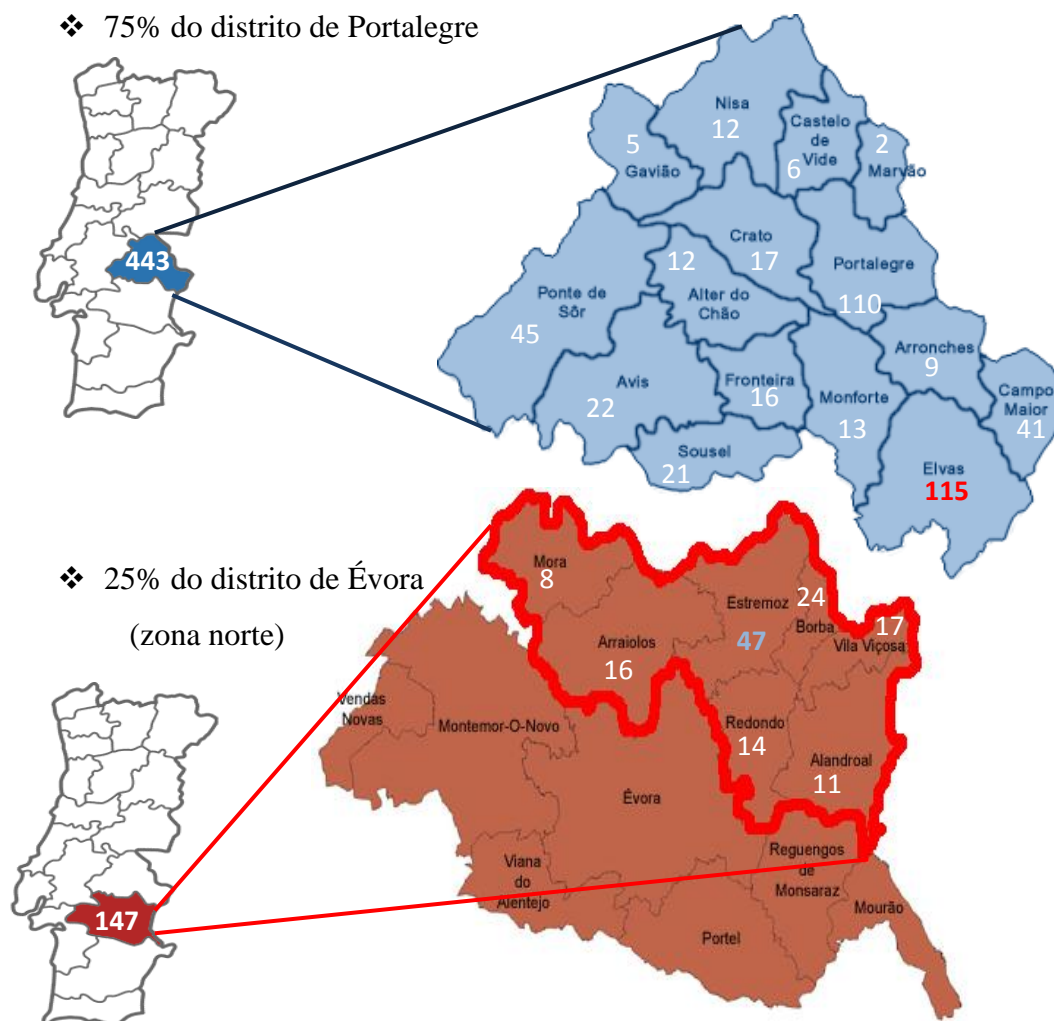


Figura1. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por distrito de proveniência

A maioria (92.5%) é de nacionalidade portuguesa. Com estrangeiras encontram-se representados, o grupo dos países do leste europeu (2.7%), seguido dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa [PALOP] com 2.4%. Constatou-se que a maioria das interrupções é referente a mulheres com idade compreendida entre os 20-34 (62.4%), com predomínio do escalão dos 20-24 anos (22.4%). As adolescentes surgem com 11.5%, o que inclui as IVG realizadas pelas mulheres menores de 15 anos que correspondem a 0.5% dos casos. A idade das utentes varia entre os 13 e os 51 anos e a média é de 28.5 anos. A maioria das IVG é realizada por mulheres solteiras (50.7%), que vivem em casal (55.6%). O nível de instrução concluído mais representado foi o Ensino Básico – 3º ciclo (28.6%), logo seguido do Ensino Secundário (28.3%). Relativamente à situação laboral da utente, as classes com maior frequência são as trabalhadoras não qualificadas (26.1%), as desempregadas (24.1%) e as estudantes (18.6%).

b) História Obstétrico-ginecológica

A maioria (70%) das utentes no último ano não frequentou a consulta de P.F. Das que frequentaram 78% indicaram o Centro de Saúde como local da consulta. A maior parte das utentes, cerca de 39.3 % têm dois ou mais filhos (múltiparas), enquanto 33.7% afirma não ter filhos (nulíparas) e 27% apenas um filho (primíparas). A maioria (91.5%) das utentes não tem historial de IVG anterior. Aquando da realização da IVG grande parte das utentes encontrava-se entre a 6^a e 8^a semana de gestação (67.5%), com uma prevalência de 28% na 6^a semana.

c) História contraceptiva

O método contraceptivo pré-IVG mais utilizado é a pílula, para 38.1% das utentes. Contudo 31.7% das mulheres afirma que não utilizar qualquer método para evitar a ocorrência de uma gravidez. No que respeita ao contexto contraceptivo/falha contraceptiva em que surge a gravidez que a conduz à IVG, identificámos, os seguintes, dezassete itens:

1. Pílula esquecimento.
2. Pílula antibiótico.
3. Pílula pausa.
4. Pílula alteração prescrição médica.
5. Pílula distúrbios gastrointestinais.
6. Pílula associação medicamentosa.
7. Pílula de Emergência.
8. Pílula de Amamentação.
9. Pílula falha desconhecida.
10. Coito interrompido.
11. Adesivo esquecimento.
12. Método do Calendário.
13. Diu deslocado/mal colocado.
14. Preservativo rompimento.
15. Preservativo falha não observável.
16. Anel falha não observável.
17. Sem método.

A falha contraceptiva a mais relatada, com 11.2% é a não observável do preservativo (a utente não visualizou rompimento, não consegue explicar o que aconteceu), seguida pela associação da pílula com a toma de antibiótico (9.2%).

d) Aspectos do processo de IVG

Em termos do número de pedidos de IVG (abertura de processo e realização de consulta prévia), de 2009 para 2010, houve uma descida, a qual foi acompanhada no que

respeita ao número de utentes aceites para IVG (após confirmação ecográfica de que estão dentro do prazo legal) e do número de utentes que efectivou a IVG (número das utentes aceites menos o número de utentes que desistiu antes da segunda consulta – primeira toma de medicação). Da totalidade de pedidos de IVG que chegaram à Maternidade no triénio, 82.7% terminaram em interrupção da gravidez. No triénio, a média de utentes não aceites no processo foi 5.5%, enquanto de desistência foi de 7.9%. Na maioria dos casos não surgiram complicações (62.5%), nomeadamente as que referem há prevalência de restos ovulares. No triénio, em 10.7% dos casos houve a necessidade de resolução cirúrgica (curetagem). Verificou-se uma média de 10% de abandono do processo antes da 4ª consulta (última consulta do processo de IVG, onde se confirma por ecografia o sucesso da interrupção).

3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

3.2.1 Prestação de Cuidados

Dos dados apresentados nos relatórios da Divisão de Saúde Reprodutiva da Direcção-geral de Saúde [DGS] destaca-se que foram realizadas 18.014 IVG, em 2008 e 18.951 IVG em 2009 (DGS, 2010). Embora os dados o sugiram, o número de IVG pode não estar a subir em Portugal, tal como explica Maria José Alves (ginecologista/obstetra da Maternidade Doutor Alfredo da Costa [MAC]) quando afirma que “é expectável que o número de abortos aumente nos primeiros anos, o conhecimento de serviços públicos e a diminuição do estigma farão com que mais mulheres se dirijam aos serviços de saúde e não à clandestinidade.” (Alves, 2009). Tornar o procedimento seguro para as mulheres foi o grande objectivo da despenalização do aborto no nosso país (DGS, 2010), a fim de diminuir a taxa de mortalidade e morbilidade materna.

Na ULSNA apesar dos dados estatísticos revelarem um decréscimo do número total de pedidos de IVG no ano de 2010, os mesmos também mostram um aumento de 10,6% de mulheres que assumem não utilizar contracepção, mas que não querem ter filhos ou querem adiar a gravidez (Gráfico 13). Aliás se reanalísarmos os mesmos pelas dezassete categorias referentes ao contexto contraceptivo/falha contraceptiva, verificamos que o contexto pré-IVG com maior percentual de utentes é a categoria de

«sem método». Surge assim um perfil de mulher diferente do traçado anteriormente: mulher «jovem» (20-24 anos), solteira, sem vivência em casal, nulípara (sem filhos), com o ensino secundário concluído (mas que inclui uma elevada frequência no ensino superior), com trabalho não qualificado ou estudante e que não frequentou a consulta de P.F no último ano. Trata-se de uma mulher mais independente e letrada, supostamente mais informada e esclarecida.

Ao focar ainda a nossa atenção nas adolescentes que recorreram à consulta de IVG da ULSNA, apurámos que estão a iniciar a vida sexual com práticas de sexo desprotegido para a GND e Infecções Sexualmente Transmissíveis [IST]. Isto, porque constatámos que as mulheres consideradas menores, em termos legais, no processo de IVG (com idade igual ou inferior a 15 anos) estavam inseridas, na sua totalidade, na categoria previamente referida.

Embora a maioria dos métodos contraceptivos sejam altamente eficazes se forem usados de forma consistente, muitas vezes, não se disponibiliza a informação necessária para garantir o seu uso correcto (OMS, 2005). A verdade é que um número elevado de GND ocorre anualmente como consequência do uso desadequado ou da falha do próprio método ou do seu abandono por crescente insatisfação. Para nós, como EESMOG, são todos sintomas de informação e de serviços de P.F de qualidade medíocre. Com base na análise da realidade “alguns países estão na verdade a viver um período de regressão na cobertura do planeamento familiar” (OMS, 2005, p.52).

3.2.2 Gestão de Cuidados

No desenrolar da Consulta de IVG na Maternidade Dr. Francisco Feitinha, ao longo destes anos, temos observado e tem-nos também sido manifestado, um progressivo desagrado em prestar cuidados neste âmbito, por parte da equipa de enfermagem. Como responsável pela coordenação desta equipa fazer a auscultação de cada uma das enfermeiras, tornou-se imperativo para compreender as necessidades das mesmas na realização da consulta de IVG. Tendo auscultado todas as EESMO através de entrevista, foram evidentes nos seus discursos significados referentes a (Apêndice III):

- 1) Desarticulação no circuito dos cuidados à utente.
- 2) Ambivalência na relação dever/competência profissional.
- 3) Interpretação da vivência da IVG de outrem.
- 4) Propostas de mudança.

No âmbito do circuito dos cuidados à utente, sublinham-se carências de orientações técnicas, como é a falta de um género de guião da conduta de enfermagem no processo de IVG, que esteja acessível aquando das consultas, para facilitar os ensinamentos e evitar o esquecimento de informações às utentes, (e.g., “...o processo em si, o que é para fazer na 1ª e 2ª consulta”), deficiente comunicação interinstitucional, sobretudo com os centros de saúde que referenciam as utentes (e.g., “...não traziam análises nenhumas”), conflito inter-pares (e.g., “...houve um bocado de controvérsia com os médicos”), gestão precária de recursos (e.g., “...são 6 h que elas estão aqui no serviço”) e a legalidade do ciclo, que é para a utente um contratempo e desagrado no processo (e.g., “...não queriam os 3 dias de reflexão”).

No que respeita ao dever e competência profissional, salientam-se a motivação inicial, cuja maioria da equipa justifica a sua participação na consulta de IVG, como um acto de ajudar e da sua competência, como EESMO (e.g., “...o meu papel é cuidar da mulher, independentemente do motivo”) e a motivação actual, que demonstram cansaço e insatisfação no seu desempenho (e.g., “...não estou a sentir-me muito bem nesta consulta...estou um pouco decepcionada com isto tudo”). Na mesma categoria realçam-se, ainda relutância à actividade (e.g., “hoje em dia faço um pouco porque sou obrigada e me é posto no plano de trabalho”), desinvestimento progressivo (e.g., “já não perco o tempo que perdia no início... é o essencial e acabou”) e responsabilidade não partilhada, não existindo uma efectiva equipa multidisciplinar, pois para as enfermeiras, a classe médica desvinculou-se do processo de IVG, restringindo a sua acção à realização de ecografias (e.g., “há falta de apoio médico... nós enfermeiras fazemos o processo praticamente sozinhas do principio ao fim”). Continuando na categoria anterior, sobressai também o dilema moral entre o Bem (Vida- Gravidez) e o Mal (Morte-IVG), onde a *revolta* é o sentimento compartilhado pela maioria das enfermeiras (e.g., “sinto um bocado de revolta”), razão de ser que assenta na dicotomia que é vivida nesta consulta (e.g., “fomos preparadas, as enfermeiras especialistas de saúde materna... para a evolução da gravidez e ao mesmo tempo estamos a colaborar ao contrário”), devido, por exemplo, a aspectos político-sociais, como é a gratuidade da IVG e o corte nos tratamentos de infertilidade (e.g., “cortam na infertilidade... por outro lado estamos a custear IVGs assim, algumas vêm segunda, terceira vez”). Há igualmente a personificação da experiência da utente (e.g., “é como se fosse comigo”), que na visão de algumas enfermeiras explica a descontextualização desta consulta na Maternidade (e.g., “deve ser complicado... estar a ouvir bebés ao lado a chorar”) e a

justificação da conduta profissional (e.g., “*o aborto faz parte da nossa profissão, da nossa especialização*”) que tem vindo a ser posta em causa (e.g., “*vou fazendo o que tenho para fazer, embora algumas vezes me custe bastante...mas quando parar é de vez*”).

Em relação à interpretação da vivência da IVG, destacam-se a desresponsabilização da utente, sobretudo, pela não utilização de contraceção por parte da mulher/casal que assume não querer ter filhos (e.g., “*se a gente não falar em nada [contraceção] elas abalam de cá na maior sem se preocuparem se vão engravidar ou não*”) e a penalização da recidiva (e.g., “*haver um tipo de penalização para a mulher que recorra ou venha a recorrer segunda ou terceira vez à IVG*”).

Quanto à proposta de alterações, reconhece-se que há uma necessidade de mudança e espaço de aceitação, para colmatar todas estas dificuldades identificadas na consulta de IVG, nomeadamente, na sua reorganização externa (e.g., “*um bom ensino na escola em relação à sexualidade, se houvesse um bom apoio a nível dos centros de saúde para consultas de planeamento*”) e interna (e.g., “*a segunda toma, já é feita por elas próprias em casa*”).

Em Obstetrícia, como em qualquer área, existem prós e contras que fazem parte das funções dos seus profissionais. E *ser EESMOG* é cuidar na vida (gravidez e parto) e na morte (IVG e Morte *in útero*). Constatámos nesta abordagem que alguns aspectos do funcionamento do serviço necessitavam ser melhorados.

3.2.3 Extensão à Comunidade

O edifício público, Escola Básica 2,3 José Régio, situa-se no Bairro dos Assentos, na freguesia da Sé, da cidade de Portalegre. Esta escola lecciona os anos compreendidos entre o 5º e 9º, bem como Cursos de Educação Formação [CEF] e do Programa Integrado de Educação e Formação [PIEF]. No ano lectivo 2010/2011, foi frequentada por alunos, distribuídos por vinte quatro turmas do ensino regular, quatro do CEF e três do PIEF. A faixa etária estudantil está compreendida entre os 10 e 17 anos. Em fase de desenvolvimento afectivo-sexual e a iniciar experiências de intimidade, na população de estudantes da escola anteriormente referida, não se regista qualquer caso de gravidez nos últimos cinco anos. Os registos de abandono escolar estão na sua maioria relacionados com a falta de assiduidade de alunos do 3º ciclo (1%), mas sobretudo do CEF (80%). O aumento do insucesso escolar e dos processos disciplinares ocorreram por

incremento da oferta formativa em CEF e PIEF, onde geralmente a motivação dos alunos para a aprendizagem é menor. Existe na escola um Gabinete de Apoio ao Aluno e Família, cuja dinamização engloba temáticas como a toxicodependência, o tabagismo e a gravidez precoce e um Serviço de Psicologia e Orientação (constituído por uma psicóloga) que tem nas suas atribuições colaborar nas actividades de implementação da educação sexual em meio escolar.

A legislação implementa a educação sexual em meio escolar (Lei 60/2009 de 6 de Agosto e a respectiva Portaria 196-A/2010), indicando conteúdos mínimos de acordo com os ciclos de ensino. Dá liberdade às escolas de elaborarem projectos que se ajustem às características e necessidades da comunidade escolar. Por outro lado, os professores apresentam algumas reservas para desempenhar estas tarefas, por manifestarem desconforto na abordagem dos temas, devido a medos, equívocos e insegurança (WHO, 2010). A fim de dar cumprimento à obrigatoriedade curricular da educação sexual, concordando com as directrizes da OMS, esta é abordada por uma equipa multidisciplinar (WHO, 2010). É comum trazer especialistas externos à escola para lidar com questões mais específicas, como médicos, enfermeiros, parteiras ou psicólogos. A nossa participação no âmbito escolar justifica-se assim em dois objectivos específicos do projecto educativo desta escola:

1. Investir nas boas práticas para uma vida saudável.
2. Criar práticas de higiene e promover os hábitos de vida saudável nos alunos.

Para além dos conhecimentos teóricos sobre os riscos da GND e IST e suas formas de prevenção, a enfermeira com o testemunho da sua prática profissional, consegue realizar uma abordagem positiva, eficaz e realista da sexualidade humana. Desta forma, obtém-se uma maior consonância com as curiosidades, interesses e necessidades dos próprios adolescentes e jovens, e portanto, alcançar o impacto comportamental que se pretende ter (WHO, 2010).



A Escola Superior de Saúde de Portalegre é uma unidade orgânica do Instituto de Politécnico de Portalegre, situada junto do HDJMG, onde se formam profissionais nos domínios da Enfermagem. Actualmente, existem 516 alunos, dos quais 347 frequentam a Licenciatura em Enfermagem, 67 o Mestrado em Enfermagem, 53 o Complemento de formação e 49 em Pós-graduações. A nossa intervenção recaiu sobre o 2º ano da licenciatura, onde existem 81 alunos (69 do sexo feminino e 12 do sexo masculino)

distribuídos por três turmas e com idade compreendida entre os 19 e 41 anos. Destes, 32% é do distrito de Portalegre.

Enquanto no adolescente se promove e fortalece a participação activa no processo da sua educação sexual, muito antes do início da sua prática, no jovem a relevância das práticas preventivas em termos de GND e IST é, sobretudo pela alta exposição aos factores e actividades que predispõem ao risco. Apesar de no meio académico haver maior acesso de informação sobre a sexualidade humana, sobre factores de risco e possíveis consequências da relação sexual desprotegida, a verdade é que se não houver uma simultânea consciencialização da necessidade da incorporação de medidas de protecção, muitos jovens iniciam a sua vida sexual sem se prevenir contra a GND e a aquisição de IST. Granja (2009) afirma que para o “jovem adoptar comportamentos seguros terá que perceber o risco como uma ameaça real para si (ou seja, acreditar que pode engravidar), e depois têm que existir mais benefícios nessa decisão do que desvantagens, para pôr em prática o comportamento preventivo” (p.47). O uso de métodos contraceptivos não está necessariamente associado ao conhecimento, nem um menor índice do seu uso pode ser relacionado directamente com a falta de informação (Pirota&Schor, 2004; Rabelo et al., 2006; Granja, 2009). Outros factores, como a confiança excessiva na invulnerabilidade, os tabus familiares e sociais no que respeita à abordagem da sexualidade, a aquisição de informação por parte de pessoas não qualificadas, a pressão dos pares e meios de comunicação, podem conduzir os jovens a práticas desprotegidas, tais como, a não utilização do preservativo, a automedicação de anticoncepcionais, promiscuidade e insegurança para negociar com o/a parceiro(a) o uso de contracepção (Pirota&Schor, 2004, Granja 2009). Segundo Granja (2009) “os técnicos já compreenderam que a informação por si só não altera os comportamentos de risco, e que é mais premente compreender a génese desses comportamentos” (p.48). O EESMOG é o profissional competente para partilhar saberes e encontrar pontos de convergência, para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde desta população. Ao identificar as práticas sexuais, medidas preventivas e o conhecimento dos jovens da nossa região, enquanto EESMOG, podemos detectar eventuais problemas e direccionar a nossa actuação, de forma, a promover uma melhor capacitação dos estudantes de enfermagem para a adopção de medidas de protecção voltadas para si próprios, para a prestação assistencial e orientação dos seus futuros clientes.

3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO

3.3.1 Prestação de Cuidados

A nível nacional, no III Encontro de reflexão sobre interrupção da gravidez por opção da mulher, realizado em Coimbra, a 5 e 6 de Novembro de 2010, verificamos que a maior parte dos trabalhos realizados são sobre a casuística dos serviços que efectuam este tipo de consulta. Na área da psicologia (sobretudo no âmbito académico), existem estudos (Noya& Leal, 1998; Sereno, Leal &Maroco, 2009a e b) no que se refere ao ajustamento psicológico, à decisão e experiência de IVG. Para Noya& Leal (1998) a GND e a IVG são eventos que anunciam desafios e dificuldades para aqueles que os vivenciam, visto que “ o aborto pode ser uma experiência stressante, mas pode também reduzir o stress resultante de uma gravidez indesejada” (p.437). A IVG acaba por “se tornar em experiências de crescimento, que trazem consigo sentimentos tais como o alívio e o bem-estar” (Noya& Leal, 1998, p.432). As respostas das mulheres face à IVG surgem então como função do seu desejo de gravidez e dos sentimentos acerca da IVG, pelo que, as mesmas embora considerem a decisão difícil e emocionalmente exigente, identificam uma baixa conflitualidade na decisão, o que leva a concluir que o turbilhão emocional vivido, é transitório e característico de uma situação de crise, distanciando-se assim do modelo da perda, que sobrevaloriza a ocorrência de reacções emocionais negativas no período pós-aborto (Sereno, Leal &Maroco, 2009b). O que assume maior relevo em termos de respostas emocionais, para a mulher que realiza IVG é o grau de crença que ela interioriza (Noya& Leal, 1998), é o significado que dá ao seu comportamento sexual, ou seja, a sua capacidade em separar a sexualidade como área de prazer e afectos, da sexualidade como procriação (Sereno, Leal &Maroco, 2009b). Estes autores (2009a) afirmam que “a maioria das gravidezes ocorrem muitas vezes por haver confusão entre estes dois planos” (p. 196). Crenças mais elevadas em torno da função reprodutora como primordial na sexualidade feminina (como é no caso das adolescentes, das mulheres menos instruídas, com baixa condição económica e que não utilizam contracepção) parecem estar vinculadas a um maior conflito na decisão e consequentemente, a uma maior reactividade emocional e a uma manifestação mais intensa de sintomatologia psicopatológica (Sereno, Leal &Maroco, 2009b). Os mesmos autores (2009b) citando Zapiain(1996) acrescentam ainda que “as mulheres com um

elevado nível de conflito, relativamente à integração da dimensão erótica na sua própria identidade de mulher, tendem a resistir à utilização de contraceptivos e a escolher os menos seguros” (p.197).

No que respeita a projectos de intervenção é-nos desconhecida a sua existência.

Na ULSNA o estudo que existe é a casuística caracterizando a população. Esta base de dados elaborada por nossa iniciativa, a partir do momento em que nos foi atribuída a responsabilidade de coordenação, é o guião dos registos enviados à DGS e a justificação da produtividade do serviço, no que respeita à consulta de IVG.

3.3.2 Gestão de Cuidados

Sendo recente a legalização da IVG nas unidades de saúde, são poucos os estudos ou projectos de intervenção que existem nesta área. Um dos significativos consiste no inquérito realizado pela Equipa da Linha Opções (2009) da APF, no qual colaborámos. Avaliou a percepção dos profissionais de saúde que asseguram a consulta de IVG no âmbito da aplicação da alínea e) da Lei 16/2007. Estudaram-se as dificuldades na implementação da lei nos serviços e os sentimentos dos profissionais neste processo. Como conclusão identificou-se a fraca motivação na realização desta consulta, devido a diversos factores, tais como: uma procura mais elevada do que a oferta em cuidados, a pouca adesão médica, a existência de necessidades formativas em termos de aspectos jurídicos, aconselhamento e métodos contraceptivos. As considerações pessoais também são referidas pois a atitude das mulheres colide com as crenças e valores de alguns técnicos (e.g., o tomar a opção da IVG quando não tomam outras medidas pré-conceptivas). Contudo o que incomoda mais os profissionais é a situação de recidiva e a omissão na lei do número de IVG que cada mulher pode fazer. Neste aspecto os profissionais sugerem que estas mulheres sejam co-responsabilizadas através da existência de um plano individual ou de um contrato terapêutico, que implica-se o pagamento de IVG subsequentes no caso de não cumprimento do mesmo (Equipa da Linha Opções, 2009).

3.3.3 Extensão à Comunidade

Nos relatórios de registo das interrupções da gravidez ao abrigo da Lei 16/2007 de 17 de Abril referentes aos períodos de 2008 e 2009 da DGS (2010), é visível que está a ocorrer um aumento na acessibilidade a esta consulta por parte das adolescentes,

sobretudo as menores de 15 anos. Neste escalão etário em 2008 houve 97 casos de IVG, enquanto em 2009 o seu número passou para 126. No escalão seguinte, dos 15 a 19 anos, em 2008 o número de IVG foi de 2.085 e em 2009 subiu para 2.231.

Sobre a IVG na adolescência, em 2009 foi realizado na MAC, um estudo retrospectivo que incluiu grávidas adolescentes que optaram por IVG (num total de 119) e que prosseguiram a gravidez (189 casos), a fim de comparar as suas características (Oliveira, Palma, Alves & Campos, 2010). Oliveira et al. (2010) concluíram que a gravidez na adolescência surge maioritariamente pela má utilização de um método contraceptivo (principalmente o preservativo) e a média de idade em ambos os grupos foi de 16 anos. A escolha por IVG correlaciona-se com um menor abandono escolar e a maior taxa de escolaridade. Pós-IVG mais de metade escolheu um método contraceptivo de longa duração (sobretudo implante e pílula). A taxa de recidiva foi de 9.8% (em que 56% das adolescentes tinha escolhido anteriormente a pílula). Num outro estudo de caracterização da população que recorre ao centro de atendimento a adolescentes Olá Jovem, na Amadora, Granja (2009) constatou que a IVG era uma realidade em 18.4% das jovens e, que destas, 14% já o tinha efectuado pela segunda vez. No que respeita à escolaridade 49% frequentava o ensino secundário.

Mas é sobretudo nos comportamentos e atitudes face à contracepção, que incidem os diversos estudos que encontramos (Coutinho, Saldanha & Azevedo, 2006; Ramos, Eira, Martins, Machado, Bordalo & Polónia, 2008; Granja, 2009; Chaves, Pessini, Bezerra & Nunes, 2010) e que demonstram que os jovens estão em geral bem informados no que diz respeito à prevenção da GND e IST, no entanto, têm por vezes dificuldades em transformar esses conhecimentos em comportamentos de saúde saudáveis. Por exemplo, reconhecem a necessidade do uso do preservativo, contudo abdicam dele em prol da relação, ao usarem a própria fidelidade, a confiança e o conhecimento do(a) parceiro(a) como forma de prevenção, quer porque se consideram invulneráveis, quer pela pressão dos pares e independentemente do nível de conhecimento. Esta negligência e abandono da contracepção, sobretudo do preservativo, é mais evidente nos estudantes universitários, mesmo após uma primeira gestação (Pirota&Schor, 2004, Rabelo et al., 2006). Matos, Reis, Ramiro e a Equipa Aventura Social (2011) num estudo de âmbito nacional sobre a saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior concluíram que a maioria é sexualmente activa (83.3%), com a sua primeira relação sexual aos 16 anos (79.2%) e que utiliza habitualmente a pílula (70.4%) e o preservativo (69%), como métodos contraceptivos. Para 97.6% dos estudantes a contracepção faz parte de uma sexualidade responsável, 8% confirma uma

GND e 3% refere já ter efectuado uma IVG (Matos et al., 2011). No mesmo estudo observou-se que a mulher apresenta uma maior preocupação preventiva face ao risco, enquanto os homens têm mais comportamentos de risco e uma maior aceitação do mesmo. No que respeita aos comportamentos de protecção (e.g., acesso e uso do preservativo, conversas sobre sexo seguro e o teste de VIH), os jovens que não tiveram educação sexual na escola apresentam uma atitude negativa perante os mesmos (Matos et al., 2011).

É nesta discrepância entre «informação» e «adopção de comportamento» que fazem sentido medidas promocionais que ajudem os jovens a transformar os seus conhecimentos em práticas de saúde. Neste contexto, a educação sexual nas escolas, assume um papel fulcral na formação dos jovens e adolescentes, a qual, tal como defende a OMS (WHO, 2010) deve ser holística. Sobre este facto, o estudo americano de Kohler, Manhart e Lafferty (2008) demonstra que os adolescentes sujeitos a uma educação sexual abrangente têm menor risco de gravidez, comparativamente aos que não receberam qualquer tipo de educação sexual ou que receberam apenas informação baseada na abstinência sexual. Em Matos et al. (2011) 93% dos jovens considera que é muito importante a educação sexual na saúde dos indivíduos, 91.9% que é muito importante nas escolas e que a mesma deve ser abordada através de acções/conferências por agentes externos (64.6%), pois 34% considera que os professores estão pouco/nada aptos. No mesmo estudo, em relação a quem deve ser responsável pela educação sexual nos jovens, a maior parte concorda que seja os pais/família (94.8%), os técnicos de saúde (94.2%) e a escola (91.1%). Contudo quanto questionados sobre as fontes de conhecimento da sexualidade, destacam-se os amigos (65.9%), a internet (48.7%) e a comunicação social (46.7%). As mulheres procuram informação mais frequentemente no centro de saúde (40.7%).

3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

3.4.1 Prestação de Cuidados

Sendo a nossa população-alvo, todas as utentes que realizem IVG, e o nosso contexto de intervenção, a Maternidade Doutor Francisco Feitinha do HDJMG da ULSNA, o recrutamento da mesma foi realizado de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

1. Integrar o processo de consulta de IVG da ULSNA.

2. Dar entrada no processo de IVG no mês de Fevereiro e Março de 2011 (meses teste da aplicação de medidas, descritas mais à frente).

Com base nestes critérios a nossa população-alvo ficou constituída por cinquenta e nove mulheres, que passamos a caracterizar:

A maioria é do distrito de Portalegre (75%), sobretudo do concelho de Elvas (24%). São de nacionalidade portuguesa (86%). A idade das utentes oscilou entre os 17 e 43 anos (M= 30.77 anos; DP= 7.28). O escalão etário que prevaleceu foi o dos 35-39 (30%). As utentes são sobretudo solteiras (49%), mas com vivência em casal (63%). Verifica-se que o grau de escolaridade concluído com maior representação (36%) é o Ensino Secundário. A situação laboral mais presente nas utentes é a de desempregada (25%) enquanto nos companheiros é a do trabalho não qualificado (29%). Cerca de 69% das utentes afirmaram não ter ido a nenhuma consulta de P.F no último ano. Num total de 44% das utentes tem dois ou mais filhos. Em 88% das utentes não existe historial de IVG anterior. Das sete utentes que referiram já ter realizado uma interrupção, três são recidivas no HDJMG (e uma delas é a terceira vez que recorre a esta consulta, pois da primeira vez, foi um caso não aceite por gravidez superior a 10 semanas de gestação). A maior parte das utentes (32%) tinha 6 semanas de gestação quando iniciou o processo. Quando questionadas em que contexto contraceptivo surgiu a gravidez, 39% afirmaram que não utilizaram qualquer método contraceptivo. Quando utilizaram um método anticoncepcional, a falha em 17% verificou-se com o uso do preservativo (mas as utentes não sabem explicar o porquê). Em 60% dos casos ocorreu resolução total, mas houve a necessidade de abordagem cirúrgica em 4%. Verificou-se 13% de falta à 4ª consulta (dois casos eram recidiva no HDJMG). Das 48 utentes que realizaram IVG (pois ocorreram três desistências após a consulta prévia, um caso de não gravidez, um aborto espontâneo durante o período de reflexão e seis casos não aceites por gravidez superior a 10 semanas), 85% saiu com um método contraceptivo - 49% com método de longa duração (preferencialmente o implante em 37% dos casos) e 22% optou pelo uso da pílula (Apêndice IV).

3.4.2 Gestão de Cuidados

No que respeita à equipa de enfermagem, a amostra é formada por sete EESMOG que prestam cuidados de enfermagem directos às utentes que realizam IVG, isto é, que se assumiram *não objectores* à alínea e) da Lei 16/2007 de 17 de Abril. São na sua

totalidade do sexo feminino, com média de idades de 44.3 anos (DP=4.88), variando entre os 39 e 52 anos. As participantes exercem Enfermagem entre os 16 a 30 anos (M=21 anos; DP=4.47) e a Especialização de Saúde Materna e Obstetrícia desde há 3 a 15 anos (M=6.6 anos; DP=3.35). Das cinco que responderam quanto à convicção religiosa, todas são católicas, sendo uma praticante (Apêndice V, Secção B).

3.4.3 Extensão à Comunidade

Quanto à população-alvo adolescente/jovem, passamos de seguida a fazer uma caracterização sumária das duas amostras que foram alvo da nossa intervenção:

- ❖ Os adolescentes são sobretudo do sexo feminino (N=24; 57.1%), com uma média de idade de 13.7anos (DP= .767).A grande maioria (N=31; 75.6%)vive em família nuclear com ambas as figuras parentais (Apêndice VI, Secção B).

- ❖ Os jovens universitários são maioritariamente do sexo feminino (N=44). A idade dos 52 participantes, todos solteiros, variou entre os 19 e os 28 anos (M=20.17 anos; DP=1.85). Somente dois dos participantes vivem com parceiro sexual. Relativamente a credo religioso, a maioria (N=46), diz-se católico e destes, menos de metade (N=22), diz-se praticante. Quanto à postura face a IVG, a maioria (N=23) diz-se Pró-Escolha, dezoito são indecisos e 11 afirmam-se Pró-Vida (Apêndice VII, Secção B)

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS

Para a concretização do nosso projecto de intervenção, traçamos objectivos, pois como nos refere Tavares (1990) “correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo (por exemplo: de saúde, comportamentos, etc.), pela implementação dos projectos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto, formam os planos” (p.113).

4.1. OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

No domínio das práticas de Enfermagem, a nossa intervenção foi desenvolvida em três vertentes:

1) Prestação Directa de Cuidados

- Promover contextos cuidativos que levem a mulher que realiza IVG, à auto-responsabilização pelo seu processo.
- Promover a satisfação da mulher que realiza IVG, com a assistência prestada.
- Melhorar a casuística no contexto cuidativo.

2) Gestão de Cuidados

- Optimizar os registos no processo de IVG, para diminuição das não conformidades detectadas na auditoria efectuada pelo Instituto Geral de Administração da Saúde, em Junho de 2010.
- Promover a continuidade dos cuidados pós-IVG, com a criação de um instrumento de comunicação com os centros de saúde de referência.

3) Extensão à Comunidade

- Sensibilizar a população adolescente para a adopção de medidas preventivas em matéria de saúde sexual e reprodutiva.
- Informar a população jovem sobre o processo de IVG e a sua realidade na ULSNA, para diminuição da casuística de estudantes na consulta de IVG.

4.2. OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO

Com as utentes da consulta de IVG:

- ❖ Capacitar a utente para a tomada de decisão e responsabilização no seu processo de IVG, para decréscimo da taxa de não comparência na 4ª consulta.
- ❖ Promover uma escolha contraceptiva pós-IVG consciente e informada para diminuição da taxa de recidiva na consulta de IVG da ULSNA.

Com as enfermeiras da consulta de IVG:

- ❖ Melhorar o cuidado assistencial à utente.
- ❖ Aumentar a satisfação de desempenho das enfermeiras nesta consulta.

Com a amostra de Adolescentes e Jovens:

- ❖ Promover atitudes e comportamentos positivos face à sexualidade, para diminuição do risco do início precoce e desprotegido da relação sexual.
- ❖ Aumentar o conhecimento do adolescente/jovem sobre métodos de evitar a GND, para capacitação da sua tomada de decisão livre e esclarecida em termos de saúde sexual e reprodutiva.
- ❖ Consciencializar os estudantes para a dimensão da problemática da IVG, na região da ULSNA, para diminuição dos comportamentos de risco (como o não uso da contracepção, múltiplos parceiros).

Em suma o que se pretende é a incremento dos indicadores em Saúde Sexual e Reprodutiva da comunidade beneficiadora dos nossos cuidados, para desta forma contribuir para o cumprimento do quinto, dos oito Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (plano de desenvolvimento a nível global, a cumprir até ao ano de 2015), estabelecidos em Setembro de 2000 pela comunidade internacional, aquando da realização da Cimeira do Milénio da Assembleia Geral das Nações Unidas (OMS, 2005).

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Nesta secção passamos ao desenvolvimento reflexivo de competências de planeamento, ao informar *o que fizemos* através do conjunto de intervenções realizadas, *o como* concretizamos a nossa acção (estratégias utilizadas), *com quem* perante os recursos utilizados e *o quando* pelo cumprimento do cronograma (Espiney, 2000).

5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

5.1.1 Prestação de Cuidados

No relatório da DGS (2010) faz-se referência que 1.8% das mulheres realizaram duas IVG em 2009 e que 4.7% das mulheres que efectuaram IVG em 2009 haviam feito uma anterior em 2008. Na análise da casuística do serviço, confirmada no relatório do Instituto Geral de Administração da Saúde decorrente de uma inspecção-geral efectuada no serviço em 2010, constatou-se que 17% das utentes faltaram à 4ª consulta (o que implica dizer que saíram do processo sem ter iniciado um método contraceptivo) e houve um acréscimo de oito casos de recidiva no ano de 2010 (que é inevitavelmente consequência da primeira).

Tabela 3 - Número de Recidivas no Triénio 2008/2010

Ano	Nº total	1ª IVG em 2007	1ª IVG em 2008	1ª IVG em 2009	1ª IVG em 2010
2008	1	-	1		
2009	1	1	-	-	
2010	9	-	1	6	2

Nas EESMOG uma crescente insatisfação na realização desta consulta na Maternidade Doutor Francisco Feitinhatem levado a que alguns técnicos da equipa multidisciplinar tenham adquirido, entretanto, o estatuto de objectores de consciência.

Para evitar esta situação, elaboramos alguns instrumentos de informação e de apoio educativo, para complementar os esclarecimentos em contracepção realizados

pelas enfermeiras não objectoras (sobretudo na consulta de IVG) e objectoras, em consulta de P.F e no pós-parto, aquando da alta.

a) Instrumento: ***Compromisso Terapêutico*** (Apêndice VIII)

Documento de carácter informativo, onde se redigiu um resumo do processo de IVG, se informa a utente da importância de realizar a avaliação da IVG (isto é, da sua comparência na 4ª consulta, para confirmação ecográfica do esvaziamento uterino) e de avisar o serviço de qualquer situação anómala no decurso do processo. Queremos com isto, auto-responsabilizar a utente e consciencializar o dever de conclusão do processo, não no sentido pejorativo, mas no intuito de lhe possibilitar uma participação activa no seu plano de cuidados e processo de recuperação.

b) Instrumento: ***Kit de Métodos Contraceptivos***(Apêndice IX)

Material de apoio a sessões de educação para a saúde a realizar no serviço ou externamente. Criámos este instrumento, pelas seguintes razões, 1) porque não existia na Maternidade nenhuma ferramenta que reunisse todos os métodos contraceptivos que existem no mercado e/ou que estão disponíveis no hospital; 2) para tornar os esclarecimentos sobre contracepção, objectivos e perceptíveis (permitindo aliar o sentido do tacto ao da visão), para as utentes poderem realizar uma escolha mais consciente e responsável. Na sua criação adoptámos a técnica da reciclagem, utilizando um estojo de um histeroscópio inoperacional e de amostras que estavam dispersas pelos gabinetes de consulta de obstetrícia e ginecologia.

c) Instrumento: ***Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos***(Apêndice X)

Para suporte teórico do kit, elaborámos este guia informativo (que está no interior do kit) sobre todos os métodos que o constituem, no que respeita: definição, local de aplicação, eficácia, quando da colocação, vantagens, desvantagens, contra-indicação e interacção. Para além disto, pretende-se que o mesmo seja um guia de orientação, para que a enfermeira realize o esclarecimento contraceptivo ou responda a questões colocadas pelas utentes, sem qualquer tipo de dúvida

5.1.2 Gestão de Cuidados

No âmbito da Gestão/Coordenação dos Cuidados, a nossa intervenção dirigiu-se a aspectos referentes à organização documental do serviço e à formação em serviço, que seguidamente se descrevem:

Organização documental

a) Instrumento: ***Registo de Enfermagem da Consulta de IVG*** (Apêndice XI)

Com o impresso de registo de enfermagem, criámos um documento único em que se pode ter acesso rápido e sequencial de todas as consultas do processo de IVG. Sistematizámos o protocolo em vigor, através de campos de preenchimento conciso e objectivo, e discriminámos as respectivas actividades de enfermagem (e.g., ensinos) em cada consulta. Com isto pretendemos melhorar a resposta da equipa de enfermagem, reduzindo o tempo gasto no acto de registar, conseguindo-se, por outro lado, evitar a omissão em aspectos importantíssimos como é caso da contracepção pós-IVG. Sendo um processo burocrático e exigente em termos de cumprimentos legais, este instrumento pretende ser um *plano de trabalho* orientador das enfermeiras. A Maternidade Doutor Francisco Feitinha, como serviço de referência, o seu dever é responder a conformidades de qualidade. Com a elaboração deste documento viemos dar resposta a não conformidades detectadas no decorrer da inspecção-geral do Inspecção-Geral das Actividades em Saúde, e que se prendiam sobretudo com:

- registos clínicos pouco sistematizados;
- sem evidência da informação transmitida às utentes;
- pouco explícitos em relação à orientação contraceptiva pós-IVG (23%) e orientação para a consulta de P.F no centro de saúde.

b) Instrumento: ***Informação Clínica da Consulta de IVG*** (Apêndice XII)

Impresso de Comunicação Inter-Institucional, criado para envio aquando da alta para o centro de saúde que referenciou a utente. Ao fazer parte da sua constituição o resumo do processo de IVG (com destaque para o a frequência das consultas e contracepção instituída), pretende-se abrir um canal de comunicação entre cuidados hospitalares e comunitários, de forma a co-responsabilizar todos os intervenientes, deixando os centros de saúde de ser meros sinaleiros desta consulta.

Formação em Serviço

- a) Instrumento: Sessão de formação -***Métodos Contraceptivos: apresentação do kit temático e do guia de orientação*** (Apêndice XIII)

Para que todas as enfermeiras usem a mesma *Linguagem cuidativa*, no sentido do código oral da equipa na educação para a saúde, nos ensinamentos sobre contraceção, a melhor abordagem aquando da introdução de novas metodologias de trabalho, é a utilização da formação em serviço. Para além da apresentação do kit e do guia, este espaço permitiu a discussão de ideias (e.g., local de permanência no serviço) e a aquisição e/ou reciclagem de conhecimentos. Este último ponto, é de extrema importância porque a enfermeira, é o profissional mais bem colocado para realizar esclarecimento contraceptivo (Murphy&Jordan, 2002;WHO, 2010) e utilizando estes novos instrumentos pode ser decisivo para atingir o seu principal objectivo, que é o aumento da satisfação com o método, a manutenção do mesmo e o seu uso consistente, por parte da utente, como forma preventiva da GND e consequente IVG.

5.1.3 Extensão à Comunidade

Segunda a OMS, a adolescência constitui um processo fundamental biológico e de vivências orgânicas, em que se acelera o desenvolvimento cognitivo e de estruturação da personalidade. A gravidez acarreta sérios riscos aos adolescentes devido à sua imaturidade física e psicológica, falta de apoio familiar, dificuldades em concluir os estudos, o que afecta a sua qualidade de vida, a sua oportunidade de emprego e estabilidade financeira (Branden, 2000). Pesquisas apontam também que a actividade sexual se tem iniciado cada vez mais cedo (Rabelo et al., 2006; Coutinho et al., 2008; Ramos, 2008; Granja, 2009; Chaves et al., 2010). A desinformação, a confiança excessiva na invulnerabilidade, os tabus sociais e familiares quanto à abordagem do tema sexualidade e a obtenção de informação por intermédio de pessoas não qualificadas são factores de influência negativa, podendo resultar em práticas sexuais sem protecção.

Os programas de ***Educação para aSaúde*** são importantes na orientação de questões como a sexualidade, a contraceção, GND e IST, com a finalidade de propiciar atitudes e práticas adequadas para o desenvolvimento de estilos de vida saudável (WHO, 2010).

- a) Instrumento: Sessão de Educação para a Saúde – *A Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência* (Apêndice XIV);
- b) Instrumento: Conferência – *A Interrupção Voluntária da Gravidez na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano* (Apêndice XV).

5.2. METODOLOGIAS

5.2.1 Prestação de Cuidados

A todas as utentes que assistimos no processo de IVG, aplicámos o método demonstrativo ao realizar a informação contraceptiva com o auxílio do *Kit Contraceptivo*, pois com a visualização e manuseio dos métodos, permite-se uma escolha mais consciente por parte da mulher/casal.

Na abordagem com a equipa de enfermagem realizámos uma sessão em serviço de 60 minutos de duração, em que recorremos ao método expositivo por diapositivos (Apêndice XVI). A formação em serviço é o momento ideal que permite a reunião das enfermeiras, não só para contexto formativo, mas para a apresentação e discussão das medidas de implementação do nosso projecto.

5.2.2 Gestão de Cuidados

A conduta da equipa de enfermagem é preponderante para a prestação de bons cuidados às utentes que realizam IVG. Fazer a monitorização contínua desse trabalho desenvolvido é também terminante e pode ser realizada através de 1) avaliações anónimas das utentes, 2) supervisão e 3) feedback de colegas (Beja, 2009). Assim, para fazer o levantamento das dificuldades encontradas por estes profissionais, que na sua opinião interfere com a melhoria dos cuidados, realizámos entrevistas individuais (Apêndice XVII). Segundo Polit e Hungler (1995), “se queremos saber o que as pessoas pensam, sentem ou acreditam, o meio mais directo é perguntar-lhes” (p.166). Realizámos uma entrevista não estruturada com a seguinte questão: “Descreva-me a sua experiência na consulta de IVG, desde o seu início até aos dias de hoje?”. Após a explicação verbal do projecto em que seriam envolvidos e de garantido o anonimato do relato recolhido, foi adquirida, por escrito, a sua anuência em participar (consentimento livre e esclarecido). Na análise das entrevistas foi seguido Bardin (2009). Aplicámos também

um questionário (Apêndice XVIII), após a sessão de formação em serviço *Métodos Contraceptivos: apresentação do kit temático e do guia de orientação*, para avaliação da mesma e para saber se as EESMOG se sentem preparadas para realizar informação contraceptiva (Apêndice V, Secção A).

5.2.3 Extensão à Comunidade

No ensino básico realizamos uma reunião prévia com a docente para efectuar um diagnóstico sobre o grupo relativamente à temática da sexualidade. Nas sessões de educação para a saúde, utilizou-se o método expositivo com apoio de diapositivos. A sessão foi estruturada por quatro temas centrais: a Contraceção, as IST, a Gravidez na Adolescência e a Higiene e Saúde na Puberdade (Apêndice XIX). Projectámos o filme *A idade dos brinquedos* (com a duração de seis minutos) que abordava o tema da gravidez na adolescência e suas consequências, através de testemunhos reais durante uma consulta de enfermagem. Embora o mesmo seja realizado no Brasil, está devidamente contextualizado com a nossa realidade. O recurso ao vídeo justificou-se, porque a curiosidade, a materialização de imagens ajuda a educação, no sentido de mostrar ao aluno a realidade, o concreto, visto que mexe com os sentidos (Moran, 1995). Para o mesmo autor é necessário que a escola utilize a força que a imagem representa em falar e sensibilizar, contudo, sempre com posterior discussão sobre os pontos positivos e negativos abordados e a relação com os assuntos em desenvolvimento (Moran, 1995). Usámos também o método demonstrativo através do ensino da colocação do preservativo e ao facultar o Kit contraceptivo (por nós organizado) para manuseio dos diversos métodos que o compõem. No final houve espaço para debate e esclarecimento de dúvidas, tendo sido bastante participativo sobretudo na turma em que a média de idade é mais alta, e simultaneamente apresenta uma maior representação de iniciação sexual.

Foram aplicados também dois questionários (Apêndice XX). Num primeiro tempo, através da aplicação dos questionários pela Professora da Área Projecto, realizámos uma recolha de dados, que nos permitiu: caracterizar o grupo de adolescentes em termos de variáveis sócio-demográficas, da sua percepção quanto aos custos e benefícios das relações sexuais, os seus conhecimentos sobre métodos contraceptivos e respectiva utilização prática (Apêndice VI, Secção A). Conseguimos, também, realizar uma avaliação diagnóstica em termos de necessidades dos adolescentes em matéria de sexualidade, que nos serviu de orientação dos temas a abordar na sessão

educativa (Apêndice XXI). Desta forma, pudemos trabalhar as dúvidas, medos e curiosidades dos alunos com a temática, sem que estes se sentissem expostos ou ameaçados na sua intimidade. Num segundo tempo (uma semana depois) levou-se a cabo uma Sessão de Educação para a Saúde. A avaliação procedeu-se num terceiro tempo (uma semana após a sessão), através da aplicação de um segundo questionário, adaptação do primeiro. O intento de ambos os questionários, foi o de permitir avaliar os conhecimentos dos adolescentes quanto aos métodos de evitamento da gravidez.



Na Escola Superior de Saúde reunimo-nos também com a docente regente da disciplina de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, para avaliar os conteúdos programáticos já dados relativamente à IVG e para aferir os temas a abordar. No ensino superior tal como no básico, utilizou-se o método expositivo complementado com diapositivos e terminou-se com um debate muito participativo por parte da assistência que teve a duração de 40 minutos (Apêndice XXII). O debate foi moderado por dois dos alunos, que pertenciam ao grupo de alunos do 11º Curso de Licenciatura em Enfermagem que esteve responsável pela organização e divulgação da conferência. Durante o mesmo, os alunos foram esclarecidos sobre as dúvidas que colocavam e expuseram a sua reflexão crítica sobre o assunto. Também aqui foram aplicados em aula dois questionários (Apêndice XXIII), com a periodicidade de uma semana antes e após da sessão de esclarecimento, que permitiu averiguar o nível de conhecimentos dos alunos face ao processo de IVG, assim como a sua postura para com esta problemática (Apêndice VII, Secção A).

5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS

5.3.1 Prestação de Cuidados

No dia 1 de Fevereiro passou a existir no processo de IVG o impresso *Compromisso Terapêutico*, após aprovação pela hierarquia do serviço e dado conhecimento às enfermeiras não objectoras. Este foi bem aceite pelas utentes que o acharam mais compreensível que o consentimento livre e esclarecido, proposto pela DGS.

No dia 31 de Janeiro foi realizada a formação em serviço sobre *Métodos contraceptivos* que pretendia a actualização de conhecimentos sobre os mesmos, para capacitar melhor o enfermeiro que faz informação contraceptiva (Apêndice XXIV). Para o auxiliar a transmitir ainda melhor a mensagem e permitir assim uma decisão consciente e livre da utente em termos de contracepção pós-IVG, organizámos um *kit* onde se podem encontrar todos os métodos contraceptivos existentes no mercado e um *guia de orientação* sobre indicação, modo de utilização e efeitos dos diversos contraceptivos. Ao permitir a observação palpável de todos os anticoncepcionais disponíveis no serviço, aumenta-se a percepção e escolha informada, por parte da utente. O que facilita a sua adesão ao método e, conseqüente, satisfação e manutenção do mesmo.

5.3.2 Gestão de Cuidados

Em Janeiro foram elaborados os impressos *Registo de Enfermagem e Informação Clínica da consulta de IVG*. Em reunião conjunta, com o Director de Serviço (também Coordenador da Consulta de IVG) e a Enfermeira Chefe, os mesmos foram colocados em apreciação. Após aprovação, os impressos foram apresentados à equipa de enfermagem, em plano de formação em serviço e foram bem aceites, pois vêm ao encontro das suas necessidades. Posteriormente, procedeu-se ao seu envio para o Conselho de Administração para apreciação e decisão do melhor meio de efectivar a comunicação com os centros de saúde (email, correio, fax), a fim de os implementar a partir de Março de 2011. Por ausência de qualquer tipo de resposta, até ao mês em questão, não foi possível a sua aplicação.

5.3.3 Extensão à Comunidade

Na escola básica a 15 e 17 de Fevereiro realizamos as Sessões de Educação para a Saúde (com duração de 120 minutos), cuja informação foi notoriamente absorvida (Apêndice XXV).

Antes da sessão os alunos responderam a um questionário avaliativo (questionário de auto-aplicação, com questões de caracterização, do tipo certo ou errado, de escolha múltipla) com questões relacionadas sobretudo com os métodos contraceptivos, gravidez na adolescência e a percepção do início da relação sexual. Após a sessão os alunos responderam a outro questionário com as questões avaliativas em comum com o primeiro. Os questionários foram aplicados à totalidade de alunos

previstos. Do confronto entre respostas pré e pós sessão resultou a aferição do conhecimento adquirido na mesma.



No dia 16 de Fevereiro realizámos a conferência (duração de 120 minutos) na Escola Superior de Saúde (Apêndice XXVI). Também aqui, os alunos responderam a dois questionários (pré e pós-sessão) que para além das questões de caracterização (no primeiro) tinham questões relacionadas com o processo prático e conduta face à IVG. Tal como no ensino básico, a aferição do conhecimento surgiu do confronto das respostas pré e pós sessão.

Ao contrário do que aconteceu no ensino básico, aqui tivemos que invalidar muitos dos questionários. Não devido ao seu mal preenchimento, mas sobretudo pela incapacidade de fazer a correspondência do mesmo aluno nos dois momentos distintos (porque os mesmos omitiam o número de identificação dos questionários). Tal facto veio diminuir a fiabilidade dos resultados encontrados, pois tivemos apenas 52 respondentes dos 82 possíveis.

Para Gomes e Sousa (2005), o *Enfermeiro* tem um papel fundamental como agente educador para a saúde e promotor de estilos de vida saudáveis, nos quais se engloba a prevenção da gravidez na adolescência. Uma vez que são diversos os efeitos e as consequências que a GND acarreta numa comunidade/sociedade, é importante que o EESMOG desempenhe o seu papel a nível da sensibilização, da prevenção e informação (mas atenção, de forma contínua). Todos somos responsáveis por oferecer as condições que os adolescentes/jovens necessitam para que se possam construir como Homens e Mulheres livres e responsáveis no exercício da sua sexualidade.

5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

5.4.1 Prestação e Gestão de Cuidados

Em termos de recursos humanos contamos com a colaboração da totalidade das enfermeiras não objectoras que participa na consulta de IVG.

Como responsável pela coordenação da equipa de enfermagem, procedemos mensalmente ao registo dos dados recolhidos na consulta prévia e à sua actualização

aquando do término do processo. Para tal utilizamos um dos computadores do serviço. No último triénio os dados foram analisados utilizando a folha de cálculo Microsoft Office Excel 2007. Em 2011 criámos uma nova base de dados para posterior análise estatística no programa StatisticalPackage for the Social Sciences [SPSS] versão 18. Na recolha dos dados participaram todas as EESMOG não objectoras da Maternidade. Foi facultado pela Enfermeira Chefe o relatório das não conformidades detectadas na consulta de IVG numa inspecção-geral realizada em Junho de 2010.

5.4.2 Extensão à Comunidade

No Ensino Básico colaborámos com a docente de Educação Visual e Tecnológica, que nos disponibilizou quatro tempos de aula da «Área Projecto» para a realização das duas sessões de educação para a saúde. Fez, ainda, a aplicação em aula dos dois questionários e é professora das turmas 8ºB e 8ºC (razão da escolha destas duas turmas), constituídas por um total de 42 alunos. Para exposição dos diapositivos de apoio à sessão utilizámos o quadro interactivo existente na sala de aula. Para demonstração dos diversos métodos contraceptivos usámos o Kit contraceptivo, por nós organizado (Apêndice XXVII).

No Ensino Superior cooperámos com a Professora regente da disciplina de Saúde Materna e Ginecológica. A abordagem realizada aos alunos do 2º ano da licenciatura em enfermagem foi feita através de uma conferência que foi extensível a toda a comunidade escolar e cuja dinamização de organização e divulgação (elaboração de um cartaz) esteve a cargo de um grupo de 5 alunos que estava a realizar um trabalho sobre gravidez na adolescência (Apêndice XXVIII). A escolha destas três turmas (85 alunos) justifica-se por a disciplina de Obstetrícia/Ginecologia fazer parte do currículo escolar do 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

5.5. CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

5.5.1 Prestação e Gestão de Cuidados

Foi realizada uma primeira reunião com o Director do Serviço e com a Enfermeira Chefe, para apresentação do projecto e pedido de autorização para a sua implementação na Maternidade Doutor Francisco Feitinha (Apêndice XXIX). Foram

ainda consumadas mais duas reuniões onde foram apresentados e colocados a apreciação os instrumentos por nós criados (*Compromisso Terapêutico, Registo de Enfermagem da consulta de IVG e Informação Clínica da consulta de IVG*).

5.5.2 Extensão à Comunidade

Para realização das Sessões de Educação para a Saúde e aplicação dos questionários, foi concretizada uma reunião com cada um dos directores das já referidas escolas e entregue um ofício para formalizar o pedido da autorização (Apêndice XXX).

Na escola básica realizámos por escrito o pedido de autorização para preenchimento dos questionários aos pais dos alunos, tendo concordado a totalidade (Apêndice XXXI).

5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Não se verificaram custos para os participantes. Para a instituição os custos envolveram somente o envio das seis cartas informativas do processo de IVG (das utentes que faltaram à 4^a consulta), para os Centros de Saúdes de referência. Os maiores gastos foram os inerentes à impressão dos questionários.

5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

Para uma melhor visualização por parte do leitor, encontra-se em apêndice a esquematização do cronograma (Apêndice XXXII).

5.7.1 Prestação e Gestão de Cuidados

Foram realizadas todas as intervenções que nos propusemos no projecto, contudo, a implementação de algumas sofreu um adiamento, por estar directamente dependente da anuência hierárquica.

No que respeita ao impresso de *Registo de Enfermagem da Consulta de IVG*, a sua aplicação prática só foi possível no mês de Agosto (cinco meses após o proposto no projecto de intervenção), por questões burocráticas da administração da ULSNA. Situação similar ocorreu com a folha de *Informação da Consulta de IVG* para os Centros de Saúde de referência. A partir de Agosto procedeu-se ao seu envio por correio, por

entender a equipa coordenadora da consulta de IVG, ser este o meio mais confidencial. Este é um dos pontos de discussão na reunião de Direcção da Maternidade com os Coordenadores dos Agrupamentos (Caia e S. Mamede) dos Centros de Saúde da ULSNA, a realizar no final de Setembro de 2011.

5.7.2 Extensão à Comunidade

As actividades foram todas realizadas dentro dos prazos previstos, dando assim cumprimento ao cronograma.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Kron (1978) afirma que “a avaliação é um processo de determinar o valor que algo possui na obtenção dos objectivos preestabelecidos” (p.196), tendo em conta as estratégias utilizadas e o modo como foram realizadas as acções. Esta é uma etapa que atravessa todos os momentos do projecto, pois permite a regulação de todo o processo, a qual é uma estratégia fundamental para assegurar o seu êxito (Espiney, 2000). A avaliação do processo diz respeito à qualidade (Kron, 1978).

6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS

6.1.1 Prestação e Gestão de Cuidados

O impresso *Compromisso Terapêutico* foi assinado pela totalidade das utentes que realizou consulta prévia, mas em cinco deles, não houve preenchimento da quadrícula correspondente à autorização para contacto telefónico posterior. Uma das utentes que desistiu do processo de IVG informou o serviço da sua intenção, contudo as outras duas, não informaram o serviço e também não atenderam os nossos telefonemas. Houve ainda seis utentes que faltaram à 4ª consulta, sem qualquer aviso prévio. Face a estas ocorrências, é necessário que os profissionais promovam ainda mais o sentimento de confiança e de segurança (quer da confidencialidade quer dos cuidados), actuando, não de forma automática, como fazendo parte da rotina, mas demonstrando um interesse real em ajudá-las. Como através da *escuta*, que segundo Mariuttietal. (2007) citando Nery (2002), pode contribuir para a diminuição da ocorrência de comportamentos preconceituosos e de julgamento que recaem sobre a mulher, conduzindo-a a agir desta forma. E incidir na *consciencialização*, trabalhando com estas mulheres para melhorar as suas condições de vida através da auto-educação e tomada de consciência (Berer, 1990), reforçando a necessidade de não faltar à 4ª consulta para realizar a ecografia que confirmará o sucesso da interrupção e iniciar uma contracepção eficaz e responsável. Na verdade e perante estes factos, temos que concordar com Berer(1990) quando afirma que “não deveria ser necessário qualquer incentivo ou qualquer forma de coerção para convencer as mulheres daquilo que é do seu interesse” (p.12)

Com a utilização do *Kit Contraceptivo* durante o procedimento de informação contraceptiva, verificamos um aumento da escolha de métodos de longa duração, o que é, para a DGS, um bom indicador de saúde sexual e reprodutiva. Este, assim como o Guia orientador em métodos contraceptivos foram considerados instrumentos de trabalho muito bons (Apêndice V, Secção B), permitindo à EESMOG efectuar uma informação contraceptiva mais realista junto da utente. Com a visualização e a possibilidade de manuseio do método por parte da utente, em contexto real, esta consegue realizar a sua escolha de forma mais rápida e consciente, o que facilita positivamente o desempenho do profissional. Ao dispor desta mais-valia, ao que acrescenta Beja (2009) a formação inicial e contínua específica, as EESMOG da consulta de IVG ficam mais familiarizadas e sentem-se mais confortáveis na realização de informação contraceptiva, o que lhes permite assistir melhor as utentes e de acordo com as suas necessidades individuais. A maioria da equipa sente-se capacitada e segura na execução desta tarefa (Apêndice V, Secção B). Mas para atingir a qualidade na prestação de cuidados em Saúde Sexual e Reprodutiva e em particular, na IVG é necessário, segundo Beja (2009) que os profissionais adoptem uma atitude de auto-questionamento que lhes permita estarem conscientes dos seus limites, preconceitos e valores e que evitem a influência negativa destes na sua forma de interagir com as utentes. Em parte esta monitorização reflexiva já foi iniciada com a equipa de enfermagem, na realização das entrevistas individuais. Das narrativas das EESMOG, identificámos as situações que as incomodam mais e fazem reagir negativamente, pelo facto de colidirem com os seus próprios preconceitos. Muitas sobrepõem-se às descritas por Beja (2009, citando Corbett & Turner, 2003; WHO, 2003; Hyman & Castleman, 2005; Ely, 2007), nomeadamente:

- não uso/uso inconsistente/incorrecto de métodos contraceptivos;
- IVG de repetição;
- múltiplos parceiros sexuais
- vários nascimentos indesejados;
- actividade sexual na adolescência;
- razões que os profissionais não consideram válidas;
- desejo da mulher em ocultar a gravidez dos pais ou parceiro;
- desacordo no casal sobre o desfecho a dar à gravidez;
- coerção de terceiros em relação à decisão de IVG;
- IVG tardia;
- gravidez em mulheres seropositivas;

- abuso, incesto, violação e violência doméstica.

Por conseguinte só através das medidas anteriormente referidas é que se consegue: 1) tornar a IVG uma experiência positiva, 2) gerir as situações de normalidade e identificar as de crise e/ou psicopatologia, 3) promover a informação contraceptiva e potenciar a adesão ao planeamento familiar e concludentemente, prevenir a GND (Beja, 2009).

No que respeita ao impresso de *Registo de Enfermagem da consulta de IVG* da ULSNA, por atraso do seu reconhecimento administrativo e conseqüente implementação no serviço, não nos é possível fazer a avaliação da sua aplicação.

Quanto à folha de *Informação Clínica da consulta de IVG*, por não ter tido circuito de envio definido até Agosto, foi proposto à Direcção de serviço a realização de um teste via correio, somente com os casos que faltassem a alguma consulta. Os resultados foram bastante positivos, superando até as nossas expectativas. Isto, porque cumpriu o seu objectivo, que era o de informar o médico responsável pela referenciação da utente sobre o modo como decorreu o processo de IVG. E porque teve um efeito de feedback, que nos permitiu melhorar a casuística no que respeita à taxa de falta à 4ª consulta (6%) e de contracepção pós-IVG (94%). Assim dos seis casos que não concluíram o processo na 4ª consulta:

- três utentes regressaram, realizaram a ecografia de controlo e iniciaram contracepção, uma implante (recidiva no HDJMG) e duas a pílula;

- duas utentes recusaram a ecografia de controlo, contudo uma já tinha colocado implante na 3ª consulta (pois foi considerada de risco pela avaliação de enfermagem realizada na consulta prévia) e a outra colocou implante na consulta de P.F no centro de saúde (recidiva no HDJMG);

- uma utente não obtivemos qualquer tipo de informação, até que em Junho, deu entrada no serviço de urgência por metrorragias e restos ovulares, tendo sido submetida a curetagem (nota: utente detentora de estudos superiores).

Em resumo a ligação entre a última consulta hospitalar, referida muitas das vezes por follow-up contraceptivo após IVG e a consulta de PF no Centro de Saúde de referenciação, é de extrema importância para a prevenção de futuras GNDs (Fragoeiro, 2009). Com este compartilhar de informação, os cuidados primários deixaram de ser meros sinaleiros e passaram a sentir a responsabilidade de ajudar a concluir um processo,

que também fora por eles iniciado. Desta forma, com a chegada da utente ao ponto de partida do procedimento de interrupção da gravidez, podemos dizer com *qualidade*, que chegámos à conclusão e encerramento do processo de IVG.

6.1.2 Extensão à Comunidade

Na vertente da extensão à comunidade, constatou-se haver modificações após a implementação da nossa intervenção.

Da comparação entre o primeiro e segundo tempo de abordagem aos adolescentes, verifica-se que há diferenças significativas nos custos da relação sexual ($p=.005$), com mais custos identificados após a Sessão de Educação para a Saúde, não se observando diferenças nos benefícios. Parece que percebem, após informação sobre GND, contraceção e IST, maior susceptibilidade ao risco. Tal pode representar uma aquisição positiva, nas suas experiências/vivências da sexualidade, uma vez que diminui a sensação de invulnerabilidade, característica desta fase do desenvolvimento (Sprithall&Collins, 1994; Castro et al., 2004; Coutinho et al., 2006) e assim reduzir as probabilidades de comportamentos de risco. A sessão teve a intenção preventiva que se esperava obter. Foi interiorizada como um alerta no que respeita ao risco do início precoce da relação sexual. Quando comparados, os conhecimentos prévios sobre os métodos contraceptivos e sua utilização, conclui-se que houve um ganho significativo para a maioria das questões colocadas. Na prevenção da GND, os alunos deixaram de ter só como referência o preservativo e a pílula, estendendo-se os seus conhecimentos até a métodos definitivos. Os adolescentes preferem a família para abordar o assunto, gravidez, contudo preferem o enfermeiro para o tema da contraceção (Apêndice VI, Secção B).



Na visão dos jovens universitários é notória a afirmação das práticas sexualizadas que envolvem o coito (Tabela 8). Tal é coincidente com maior concordância com a relação coital pré-conjugal demonstrando a interpretação da sexualidade virada para a função de prazer, em detrimento da função reprodutora, além do adiamento do primeiro filho para depois da conclusão dos estudos académicos (Mendes, 2010; Bombas, 2011).

No que respeita à idade de iniciação sexual, a amostra de jovens seguiu o padrão observado em estudos nacionais (Nodin, 2001; Matos, 2010), em que a maioria (75%) já havia tido experiências de coito (Apêndice VII, Secção B). Esta iniciação deu-se

sobretudo em contexto de namoro e como protecção contraceptiva usando o preservativo. Nos últimos três meses, também a maioria referiu ter parceiro sexual, pelo que o namoro é o principal cenário das relações sexuais entre os universitários, sendo assim uma variável importante para a compreensão do comportamento sexual e reprodutivo (Pirotta&Schor, 2004). No contexto relacional com parceiro considerado fixo, destaca-se a substituição do preservativo pela contracepção hormonal. Embora o parceiro estável denote uma atitude de prevenção da GND, demonstra também que os jovens cedem a práticas inseguras, expondo-se ao risco de IST (Rabelo et al., 2006). Para corrigir o aumento desta estatística (GND e IST) Vilar (2004) defende que é importante o investimento na educação para a saúde na área da sexualidade, para que seja vivida de forma saudável e satisfatória. De facto, como refere Matos (2011), será importante incidir na mudança de comportamentos de risco e na alteração de atitudes relacionadas com a saúde.

No que respeita à GND, na amostra 30.8% refere contacto com a situação de IVG, mas só três casos referem participação activa em acompanhamento e esclarecimento de outrem e apenas uma participante refere ter realizado interrupção da gravidez. Após a intervenção, os sujeitos mostraram atitudes mais favoráveis à IVG encontrando-se diferenças significativas ($p=.001$). A abordagem do assunto, desmistificando-o e apresentando formas de acesso, em caso de GND, pode ser um factor de influência. Nos jovens universitários também ocorreu uma melhoria de conhecimentos face ao processo de IVG, pois da comparação entre as duas fases de abordagem, encontraram-se diferenças significativas ($p=.014$), sobretudo pelas participantes do sexo feminino, o que denota uma atitude mais prudente face ao risco (Matos, 2011). Apesar de estarmos a trabalhar com sujeitos com maior grau de instrução, é perceptível a necessidade de medidas educacionais no âmbito da sexualidade, que orientem os jovens em práticas sexuais mais responsáveis, de forma a reduzir a sua exposição a riscos que prejudiquem a sua saúde. Proporcionar informação verídica e contextualizada na realidade dos jovens, é torná-los multiplicadores da saúde e permitirá a nós técnicos a redução da incidência de GND e concomitantemente de IST.

Com este tipo de intervenção, Sessões de Educação para a Saúde, pensamos estar a contribuir para prevenção da GND, sobretudo na adolescência, indo ao encontro das recomendações da Assembleia da República (2007), que preconiza a promoção de “campanhas de informação e sensibilização dirigidas a adolescentes e jovens sobre a saúde

sexual e reprodutiva, regulares e devidamente avaliadas” (p. 3918). E para ser um programa eficaz, a educação sexual na escola, deve, segundo Mendes (2006) ser “uma abordagem pedagógica sistemática de temas ligados à sexualidade humana em contexto curricular, disciplinar e não disciplinar e extracurricular, numa lógica interdisciplinar, privilegiando o espaço turma e as diferentes necessidades de crianças e jovens” (p.43). A própria OMS (WHO, 2010) preconiza a realização de parcerias entre as escolas e as unidades de saúde, para que se proceda a uma educação sexual integral. O EEMOG é o profissional que possui competências para dar resposta a este *vazio* (devido ao sistemático retardamento, por parte dos professores, em implementar a legislação) e é um agente promotor da saúde em meio escolar, através da difusão de conhecimentos.

6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Ao redigirmos esta sessão podemos deixar aqui patente que o projecto por nós traçado é exequível e traz ganhos a todos, para os que cuidam e para os beneficiários dos cuidados.

Apesar de fazermos uma avaliação positiva, percebe-se que esta intervenção deve ter continuidade. Um projecto deste tipo, para ter a credibilidade merecida necessita uma avaliação sistemática. E é isso mesmo que pretendemos fazer no nosso desempenho futuro, dar seguimento e expandi-lo, porque, segundo Vitiello (1997) para se poder atingir o intento, a influência do educador tem que ser contínua, persistente e não desistir com facilidade. Algumas sugestões prendem-se com os seguintes aspectos:

❖ Prestação de Cuidados

- Criação de uma consulta de enfermagem de *Esclarecimento contraceptivo*, para a mulher/casal em idade fértil, onde para além da informação contraceptiva, disponibiliza-se métodos contraceptivos de curta e longa duração.

- Elaboração de um questionário de avaliação da satisfação das utentes da consulta de IVG e que em caso de recidiva, seja possível a comparação entre o anterior e actual protocolo.

❖ Gestão de Cuidados

- Estabelecimento do retorno da informação sobre a consulta de P.F (pós-IVG) no centro de saúde e arquivar no processo hospitalar.

❖ **Extensão à Comunidade**

- Criação de protocolos interinstitucionais (Maternidade e Escolas) para apoio na educação sexual e acompanhamento de casos de risco, através de:

- a) Preleção na comunidade escolar, no mínimo duas vezes por ano lectivo, sobre sexualidade nas dimensões biológica e psico-afectiva;
- b) Formação de professores sobre a forma de abordar a temática da sexualidade na escola;
- c) Criar no âmbito escolar a semana temática em Saúde Sexual e Reprodutiva (e.g., dinamização de oficinas);
- d) Criação de Gabinetes de Esclarecimento, construídos por equipas multidisciplinares e apostar em campanhas de prevenção, no esclarecimento e treino de competências relacionadas com a sexualidade (por exemplo, sobre métodos contraceptivos e facultá-los gratuitamente), apoiar e dar acompanhamento à jovem grávida/casal quer na formação pré-natal quer na opção de interrupção da gravidez.

6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS

A fase de implementação cumpriu o cronograma previsto, à excepção do adiamento da implementação do impresso *Registo de Enfermagem da consulta de IVG*.

Contudo, este interregno permitiu-nos aplicar uma medida correctiva, que julgamos de extrema necessidade para a manutenção da consulta de IVG na Maternidade Dr. Francisco Feitinha. Perante a análise dos testemunhos das enfermeiras, o que se previa a curto prazo, era o cessar desta consulta, justificada pela falta de recursos humanos, face à concretização de pedidos de desistência ou de invocação do estatuto de objecção de consciência. Tal acto conduziria todas as utentes alentejanas para o privado, que por ser somente realizado em Lisboa, porventura influenciaria o recurso ao aborto clandestino, traduzindo-se assim em *maus cuidados de saúde da Mulher* (OMS, 2005).

Assim, as medidas correctivas introduzidas foram as seguintes:

- a) Elaboração e implementação de um *Novo Protocolo de IVG*, com entrada em vigor a 2 de Agosto de 2011 (Apêndice XXXIII);

- b) Implementação simultânea dos impressos *Registo de Enfermagem e Informação Clínica da consulta de IVG*;
- c) Realização a 1 de Agosto de 2011, de uma sessão de formação em serviço para apresentação dos três instrumentos referidos anteriormente (Apêndice XXXIV, XXXV, XXXVI).

Apreciados pela Direcção de serviço, que os caracterizou como concisos e objectivos, a implementação do novo protocolo de IVG foi prioritário. Sua apresentação aos cuidados primários está reservada para meados de Setembro, na reunião conjunta com os coordenadores dos agrupamentos de S. Mamede e Caia. Durante os meses de Agosto, Setembro e Outubro, tanto o *Novo Protocolo* como os impressos de *Registo de Enfermagem e de Informação Clínica da Consulta de IVG*, encontrar-se-ão em fase de teste, com possibilidade de ajustamentos, identificados pelos profissionais e do grau de adesão das utentes. Esta intervenção adicional ao projecto inicial, cuja grande alteração se verifica na possibilidade da mulher (com idade gestacional inferior a 9 semanas) poder optar por realizar a 3ª consulta no domicílio, é uma mais-valia, pois vem ao encontro do maior desagrado manifestado pelas utentes, durante o processo de IVG, que é o número de consultas e a obrigatoriedade do internamento hospitalar. Isso, porque embora a IVG seja legal, a mesma ainda é vivida por muitas mulheres como um tabu, pelo que mostra-se como uma “experiência que leva à hospitalização desconfortante, pois, apesar do tempo de internação ser curto, a ansiedade e o desejo das mulheres de irem para suas casa era grande pelo medo de que pessoas significantes descobrissem o ocorrido” (Mariutti et al., 2007, s.p). Por outro lado, ao descongestionar o serviço com menos uma consulta, vimos ao encontro das expectativas da equipa de enfermagem, esperando-se assim a melhoria e satisfação no seu desempenho.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

O EESMOG é o profissional de referência para todas as mulheres a vivenciar processos de saúde/doença, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, com especial relevância na gravidez. Operacionalizar o perfil de competências deste profissional garante a qualidade dos cuidados oferecidos à mulher/família, permite a gestão otimizada de recursos humanos e financeiros e contribui para ganhos em saúde.

Este foi sem dúvida, o primordial objectivo que alcançámos com o desenvolvimento deste nosso projecto. Através do accionamento das estratégias presentes neste relatório, desencadeámos um processo de mudança no nosso quotidiano profissional.

Enquanto EESMOG, na implementação deste projecto, mobilizámos os nossos conhecimentos no sentido do trinómio *–Educar, Ajudar, Prevenir*. O caminho seguido, fez-nos consciencializar conquistas de competências clínicas para cuidar, em segurança, a curto, médio e longo prazo, a mulher que recorre à IVG. Em particular, mobilizámos as componentes de *formação e liderança de equipa*, gerando simultaneamente benefícios próprios e colectivos no sentido profissional.

Na primeira, ao efectivarmos as intervenções identificadas no relatório, comprovámos que o EESMOG tem na educação para a saúde, uma ferramenta de intervenção e metamorfose poderosa, assim a queira e saiba usar. Neste campo julgamos ter conseguido dividendos, quando ao nível das populações-alvo (Utentes, Profissionais, Adolescentes e Jovens) alcançámos os ganhos que de uma forma esquemática, apresentamos no Quadro 1:

Utentes (Prestação de cuidados)	
<i>Educar</i>	Educámo-las a responsabilizarem-se pelo seu processo de IVG, a promoverem o seu auto-cuidado e a preencherem as suas expectativas com uma adequada informação contraceptiva.
<i>Ajudar</i>	Ajudámo-la a efectuar uma escolha contraceptiva mais consciente e responsável, para garantir a eficácia do método e a sua manutenção.
<i>Prevenir</i>	Diminuir a ocorrência da GND e o recurso à IVG (principalmente a sua repetição).

Profissionais (Gestão de cuidados)	
<i>Educar</i>	Para que se sintam seguros em realizar informação contraceptiva. A aconselhar apropriadamente a utente para lhe proporcionar a escolha contraceptiva ideal.
<i>Ajudar</i>	A apoiarem as mulheres na selecção do método pós-IVG óptimo com base nas preferências individuais. A melhorar os seus registos, a favorecer o trabalho em equipa e a comunicação entre os pares.
<i>Prevenir</i>	O aumento do seu grau de insatisfação e a desistência de cuidar da mulher que realiza IVG.
Adolescentes e Jovens (extensão à comunidade)	
<i>Educar</i>	Para a adopção de comportamentos e atitudes positivos face à sexualidade.
<i>Ajudar</i>	A viver a sua sexualidade com responsabilidade.
<i>Prevenir</i>	Comportamentos de riscos que incrementem a GND, a IVG e IST.

Quadro 1. Ganhos nas populações-alvo

Na segunda componente, apesar dos obstáculos inerentes que qualquer mudança cria nos pares, conseguimos explorar esta capacidade e afirmamo-nos no papel de gestora de cuidados de enfermagem. No intuito da qualidade total direccionámos as nossas estratégias para o trabalho de equipa, para o quebrar de barreiras profissionais, para a melhoria na gestão dos recursos ena reflexão crítica do cuidar na consulta de IVG, sobretudo focalizando-nos na *Mulher*. Estimulámos acima de tudo, que os EESMOG da consulta de IVG, não tomassem como objecto dos seus cuidados somente o ente biológico, mas cada mulher, ser holístico que vive a situação de IVG na sua singularidade. Proporcionando-lhe o seu autoconhecimento, a consciencialização dos riscos a que se expõe na situação de IVG, a prevenção de reincidência, elaboração da actual situação, preservando-a nos aspectos sociais, afectivos e emocionais, evitando sequelas físicas e psicológicas. *É esta mudança no Paradigma de Fazer Enfermagem*, que nos dará valor enquanto grupo profissional, junto das mulheres, das famílias e da sociedade.

No nosso desempenho diário para respondermos à *Pessoa*(e estimulando a restante equipa) desenvolvemos as competências existenciais (pessoais, relacionais e técnicas). Isto é, as competências que fazem de cada enfermeira uma pessoa, e uma

profissional, capaz de se envolver com as suas utentes, permitindo-lhes e permitindo-se manter a distância certa para ser útil, eficaz, nos vários domínios que cada situação concreta de cuidados requer. Reforce-se a particularidade destes momentos de crise e de transição, frequentemente marcados pelo sofrimento físico, emocional, psicológico e espiritual, como é o caso da IVG.

Certificar o nosso saber profissional significa ir até ao fim no arcar das nossas competências, que para Benner (2001) passa pelo:

- a) Assumir de responsabilidades (papel de perito);
- b) Reforçar as dimensões da relação de ajuda (respeitar e advogar pelos direitos das utentes e promover a sua autonomia);
- c) Garantir a humanização dos cuidados;
- d) Promover a motivação através da formação;
- e) Profissionalismo (respeito pela deontologia e ética da profissão);
- f) Melhoramento das condições de trabalho entre os profissionais.

Nesta intervenção trabalhamos positivamente todas as etapas anteriormente referidas e valorizámos as nossas competências especializadas. De acordo com o regulamento das competências específicas do EESMOG demos cumprimento à lei vigente, mas, acima de tudo respondemos às necessidades de saúde sexual e reprodutiva das mulheres em idade fértil, advogando e promovendo estratégias para o seu empoderamento, no sentido da minimização de situações de morbi-mortalidade (OE, 2011). Na praxis com as utentes, após a intervenção, reconhecemo-nos integralmente nas competências do EESMOG. Foi nosso intuito máximo *o cuidar com qualidade*.

Ao definir *Qualidade de Cuidados de Saúde*, Frederico e Leitão (1999) citando Ferreira (1991), acrescentam a variável «competência do prestador», a qual se refere à capacidade deste para usar o melhor conhecimento disponível, por forma, a produzir consumidores sãos e satisfeitos. É desta forma que pretendemos que se sintam as utentes que realizam IVG na nossa Maternidade. De facto, a qualidade leva a preservação da saúde, e redução de custos e aumento dos benefícios. Reafirmando o compromisso, traduzido no Juramento de Nightingale ao entrar na profissão, mantido na formação Pós-Graduada e no quotidiano profissional através das competências do EESMOG, estamos disponíveis para Cuidara Mulher em situação de GND.

CONCLUSÃO

Com este trabalho consideramos ter respondido aos objectivos inicialmente delineados. Projectámos e implementámos as estratégias traçadas, no intuito duma consciencialização por parte da população alvo da importância da vivência de uma sexualidade saudável. Sobretudo com a tónica da responsabilização individual das utentes, no que respeita à efectividade dos seus direitos, face à IVG, de forma informada e esclarecida. Para que assim, a opção terapêutica IVG não seja uma recorrência e se torne um método contraceptivo alternativo.

Perante a casuística do serviço e a evidência de indicadores de necessidade de melhoria foi despoletada a necessidade de mudança. Agora só a continuidade pode demonstrar que as certezas que temos no hoje serão uma verdade no amanhã, que é a mudança de atitude face à sexualidade individual.

Para a vivência da sexualidade ser positiva, concluímos, acima de tudo, que é importante que se aposte na educação sexual como estratégia preventiva da saúde sexual e reprodutiva. Com esta nossa intervenção esperamos ter contribuído para a compreensão da necessidade de se intervir urgentemente na prevenção de comportamentos sexuais saudáveis e de se reconhecer a sexualidade como um campo de estudo (por exemplo, nas universidades), uma dimensão humana a realizar no meio escolar, e uma dimensão humana importante na prestação de cuidados de saúde. Contudo, a educação tem de deixar de ser apenas informativa e passar a ser formativa, atendendo, assim às necessidades de cada um (tendo em conta a fase da vida), enquanto ser integrante de um sistema social complexo, onde se inclui a família, comunidade e sociedade. Ao invés de *prevenir para não remediar* é mais importante *conhecer para prevenir*. A prevenção não é necessariamente um meio dispendioso (como se pode verificar neste projecto), leva o profissional a comunicar directamente com os beneficiários e a alcançar resultados mais satisfatórios, porque no binómio anterior, normalmente existe aceitação e cooperação.

Todos os anos, muitos milhões de mulheres, à escala mundial, passam pela experiência de uma GND. Só a aposta no “investimento contínuo na educação, na informação e na prestação de serviços públicos de contracepção pode fazer muito para minimizar estas experiências - embora nenhuma política de planeamento familiar consiga evitar todas as gravidezes não desejadas” (OMS, 2005). Perante isto, concluímos que estamos a trilhar o caminho certo e temos a segurança e confiança que a nossa

intervenção, ao promover vivências saudáveis e responsáveis da sexualidade, é a chave-mestra que responde à Gravidez Não Desejada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, M. (2009, Fevereiro). *Retrato dos últimos dois anos sobre a IVG*. Comunicação apresentada no Seminário Boas Práticas em IVG, Lisboa.
- American Psychological Association (2001). *Publication manual of the American Psychological Association* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Associação para o Planeamento da Família [APF]: Portal de Saúde Sexual e Reprodutiva: <http://www.apf.pt/?area=100&mid=003&lv=LVT49e89df9a8764>
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo* (4ª ed.). (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Edições 70 (Original publicado em 1977).
- Barrett, G. & Wellings, K. (2002). *What is a "planned" pregnancy?* Empirical data from a British study *Social Science and Medicine*. 55, 545-557.
- Beja, V. (2009, Julho/Dezembro). Aconselhamento na IVG a pedido: propostas de intervenção com base numa revisão de literatura. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 54/55, 11-19.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Berer, M. (1990). Mais do que dizer "não" o que seria uma política demográfica feminista? *In Quarto Congresso Interdisciplinar para as Mulheres*. Nova Iorque. 11-12.
- Bombas, T. (2011, Março). *Planeamento Familiar Nacional*. Comunicação apresentada nas 2^{as} Jornadas do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar do Médio Tejo, Torres Novas.
- Branden, P. (2000). *Enfermagem materno-infantil*. Rio de Janeiro: Reichman & Affonso Editores.
- Carvalho, M., Almeida, P., Ramos, V., Bombas, T., Fernandes, T. & Moura, P. (2010, Novembro). *Fatores preditivos de recorrência de IVG*. Poster apresentado no III Encontro de Reflexão sobre Interrupção da Gravidez por Opção da Mulher, Coimbra.
- Chaves, J., Pessini, L., Bezerra, A. & Nunes, R. (2010). Abortamento provocado e o uso de contraceptivos em adolescentes. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 8(2), 94-100. Retirado em 2 de Março, 2011 da WorldWide Web: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a002.pdf>

- Castro, M., Abramoray, M. & Silva, L. (2004). *Juventude e sexualidade*. São Paulo: UNESCO.
- Cosme, M. & Leal, I. (1998). Interrupção voluntária da gravidez e distúrbio pós-traumático de stress. *Análise Psicológica*, 2, 447-462.
- Coutinho, M., Saldanha, A. & Azevedo, R. (2006). Uso do preservativo na primeira relação sexual: mito ou realidade? *DST- Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis* 18(2), 124-129. Retirado em 1 de Março, 2011 da WorldWide Web:
Web:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=467141&indexSearch=ID#refine>
- Direção Geral da Saúde (2010). Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez – Janeiro a Dezembro de 2009. In *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Retirado em 14 de Março, 2011 da WorldWide Web:
<http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>
- Escola Básica 2,3 José Régio: Portal Oficial do Agrupamento nº1 de Portalegre
<http://eb23-joseregio.edu.pt/Docs/TEIP%20II09.pdf>
- Equipa da Linha Opções (2009, Janeiro/Julho). A IVG vista pelos profissionais de Saúde - apresentação dos principais resultados de um inquérito realizado aos Serviços de Saúde. *Sexualidade & Planeamento Familiar*. 52/53, 40-44.
- Espiney, L. (2000). *Do trabalho projecto ao Projecto de trabalho*. Material de apoio à disciplina Formação em contexto de trabalho, Curso Complemento de Formação em Enfermagem. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian.
- Faúndes, A. & Barzelatto, J. (2004). *O drama do aborto – em busca de um consenso*. Campinas: Editora Komedi.
- FIGO, ICM, ICN & USAID (2009) *Planeamento Familiar: componente –chave no atendimento pós-aborto* Retirado em 5 de Março, 2011 da WorldWide Web:
http://www.esdproj.org/site/DocServer/PAC_FP_consensus_report_Port_final_for_web.pdf?docID=3162
- Fragoeiro, M. (2009, Janeiro/Julho). O FollowUp Contraceptivo Após Interrupção Voluntária da Gravidez. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 52/53, 18-22.
- Franco, J. (1998). Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Sinais Vitais*, 17, 37-38.

- Frederico, M & Leitão, M. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Edições Sinais Vitais. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda.
- Fortin, F. (1999). *O Processo de Investigação da Concepção à Realidade*, Lisboa: Lusociência.
- Gabrielson, I., Goldsmith, S., Potts, L., Mathews, V. & Gabrielson, M. (1971). Adolescent Attitudes Toward Abortion: Effects on Contraceptive Practice. *American Journal of Public Health*, 61 (4) 730-738. Retirado em 20 de Janeiro, 2011 da World Wide Web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1529813/pdf/amjph0073900.pdf>
- Galli, B., Jefferson, D. & Adesse, L. (2007). Dilemas e soluções nos serviços de saúde: casos sobre a atenção e violência sexual e ao abortamento com foco nos direitos humanos das mulheres. *In Ipas Brasil*. Ipas Brasil e Comissão Nacional de Violência Sexual e Interrupção da Gravidez da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Retirado em 5 de Março, 2011 da WorldWide Web: http://www.ipas.org/Publicationsasset_upload_file220_3555.pdf
- Gomes, J. & Sousa, S. (2005, Fevereiro). Gravidez na Adolescência. *Nursing*. 196, 26-27.
- Granja, P. (2009, Janeiro/Junho). Caracterização dos comportamentos sexuais dos adolescentes que frequentam o Olá Jovem. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 52/53, 46-53.
- Greenhill, J. & Friedman, E. (1976). *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Hill, M. & Hill, A. (2009). *Investigação por Questionário* (2ª edição). Lisboa: Edições Sílabo (Original publicado em 2001).
- Lira, M. (2007). *A idade dos brinquedos* [Filme-video]. Brasil. 6 minutos. Retirado em 2 Março, 2009 da WorldWideWeb: <http://www.youtube.com/watch?v=XnKFKBmhmCo>.
- Kohler, P., Manhart, L. & Lafferty, W. (2008, April). Abstinence-Only and comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy. University of Washington, 2007. In *Journal of Adolescent Health*, 42(4), 344-351. Retirado em 12 de Março, 2011 da World Wide Web: [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(07\)00426-0/abstract](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(07)00426-0/abstract)
- Kron, T. (1978). *Manual de Enfermagem* (4ª edição). Rio de Janeiro: Interamericana (Original publicado em 1976).

- Mariutti, M., Almeida, A. & Panobianco, M. (2007, Janeiro/Fevereiro). O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(1), s.p. Retirado em 5 de Março, 2011 da WorldWide Web: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a04.pdf.
- Matos, M., Reis, M., Ramiro, L. & Equipa Aventura Social (2011). Saúde Sexual e Reprodutiva dos Estudantes do Ensino Superior. Relatório do estudo – dados nacionais 2010. In *Aventura Social*. Retirado em 9 de Junho, 2011 da World Wide Web: http://aventurasocial.com/arquivo/1303148036_Relatorio_HBSC_S_SREU.pdf
- Mendes, C. (2006, Julho). Educação Sexual na Adolescência. *Nursing*, 212, 37-43.
- Mendes, M. (2010, Outubro). *Fecundidade & Natalidade em Portugal*. Comunicação apresentada nas I Jornadas Internacionais de Saúde Materna, Évora.
- Moraes, R. (2007). Gravidez na adolescência. In *InfoEscola*. Retirado em 14 de Março, 2011 da WorldWide Web: <http://www.infoescola.com/sexualidade/gravidez-na-adolescencia/>
- Moran, J. (1995, Janeiro/Abril). O vídeo na sala de aula. *Comunicação & educação*, 2, 27-35. Retirado em 13 de Março, 2011 da WorldWide Web: <http://www.eca.usp.br/prof/moran/vidsal.htm>
- Murphy, F. & Jordan, S. (2002, Março). Interrupção Voluntária da Gravidez durante o primeiro trimestre: cuidados de enfermagem. *Nursing*, 164, 36-43.
- Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do Século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento familiar.
- Noya, A. & Leal, I. (1998). Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico? *Análise Psicológica*, 2 (16), 431-439.
- Oliveira, N., Palma, F., Alves, M. & Campos, A. (2010, Novembro). *Interrupção Voluntária da Gravidez na Adolescência*. Poster apresentado no III Encontro de reflexão sobre interrupção da gravidez por opção da mulher, Coimbra.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República*, 2ª série, nº 35, 8662-8666.
- Organização Mundial de Saúde (2005). Para que todas as mães e crianças contêm. In *Relatório da Saúde Mundial*. Retirado em 10 de Março, 2011 da WorldWide Web: http://www.OMS.int/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf

- Pirotta, K. & Schor, N. (2004). Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. *Revista de Saúde Pública*, 38 (4), 495-502. Retirado em 5 de Março, 2011 da WorldWide Web: <http://www.scielo.br/pdf/rspv38n421077.pdf>
- Pereira, A. (2003). *Guia Prático de Utilização do SPSS – Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo (Original publicado em 1999).
- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portugal, Assembleia da República. Lei nº 16/2007 de 17 de Abril. *Diário da República*, 1ª Série, nº 75, 2417-2418.
- Portugal, Assembleia da República. Lei nº 60/2009 de 6 de Agosto. *Diário da República*, 1ª Série, nº 151, 5097-5098.
- Portugal, Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril. *Diário da República*, Série I-A, nº 93, 1739-1757.
- Portugal, Ministério da Saúde. Portaria nº 741- A/2007 de 21 de Junho. *Diário da República*, 1ª Série, nº 118, 3936(2)-3936(11).
- Portugal, Ministérios da Saúde e Educação. Portaria nº 196- A/2010 de 9 de Abril. *Diário da República*, 1ª Série, nº 69, 1170(2)-1170(4).
- Portugal, Resolução da Assembleia da República nº 27/2007 de 21 de Junho. *Diário da República*, 1ª Série. nº 118, 3918.
- Rabelo, S., Júnior, J., Freitas, L., Lopes, E., Pinheiro, A., Aquino, P. et al. (2006). Gravidez e DST: práticas preventivas entre universitários. *DST-Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis* 18(2), 124-129. Retirado em 1 de Março, 2011 da WorldWide Web: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=467145&indexSearch=ID>
- Ramos, R., Eira, C., Martins, A., Machado, A., Bordalo, M. & Polónia, Z. (2008). Atitudes, comunicação e comportamentos face à sexualidade numa população de jovens em Matosinhos. *Arquivos de medicina*, 22 (1), 3-15. Retirado em 12 de Março, 2011 da WorldWide Web: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v22n1/v22n1a01.pdf>

- Ribeiro, J. & Araújo, T. (1998). Atitudes de técnicos de saúde e interrupção voluntária da gravidez, *Análise Psicológica*, 3 (16), 469-479.
- Sereno, S., Leal, I. & Maroco, J. (2009a). Construção e validação de um questionário de valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (2), 193-204.
- Sereno, S., Leal, I. & Maroco, J. (2009b). Interrupção Voluntária da Gravidez: ajustamento psicológico no processo de decisão. In *Associação para o Planeamento da Família*. Retirado em 15 Janeiro, 2010 da WorldWide Web: http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/Anexos%20APF%20Institucional/Formacao/Seminario%20IVG%2011%20de%20Dezembro/Tese_SS.pdf
- Small, S. (1993). Assessing Adolescents' Perceptions of the Costs and Benefits of Engaging in Sexual Intercourse. In C. Davis & W. Yarber & R. Bauserman & G. Schreer & S. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 47-49). California: Sage Publications.
- Sprinthall, N. & Collins, W. (1994). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Tavares, M. (2004). Aborto na esteira da longa luta pelo direito ao corpo. *Manifesto*, 5, 80-89.
- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (2010). Mais Saúde e Qualidade de vida. In *ULSNA*. Retirado em 23 de Fevereiro, 2011 da WorldWide Web: <http://www.ulsna.min-saude.pt/Ulsna/Paginas/MissaoVisaoValores.aspx>
- Ventura, M. & Gomes, M. (2009). *Relatório. Mortes Maternas em Portugal 2001-2007*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Vilar, D. (2004). Os últimos três anos. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 38/39, 3-6.
- Vitiello, N. (1997). *Sexualidade: quem educa o educador. Um manual para jovens, pais e educadores*. São Paulo: Iglu.
- World Health Organization (1992) *The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group*. Geneva, World Health Organization. Retirado em 5 de Março, 2011 da WorldWide Web: http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_MSM_92.5.pdf

WHO Regional Office for Europe and BZgA (2010).Standards in Sexuality Education in Europe.In World Health Organization [WHO].Retiradoem 5 de Março, 2011 da World Wide Web: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2010/12/standards-for-sexuality-education-in-europe-start-their-way-to-countries-of-eastern-europe-and-central-asia>

APÊNDICES

APÊNDICE I

(Protocolo da IVG na ULSNA até 1 de Agosto de 2011)

Consulta Prévia (1ª Consulta):

- Informação à grávida sobre o processo(para uma tomada de decisão livre, informada e responsável);
- Datação da gravidez;
- Estudo analítico (Hemograma com coagulação+grupo sanguíneo+serologias);
- Esclarecimento sobre os métodos contraceptivos;
- Fornecer o Consentimento livre e esclarecido;
- Mulheres menores de 16 anos ou psicicamente incapazes têm que ter um tutor.
- Disponibilizar apoio psicológico e social .

Período de Reflexão (no mínimo 3 dias)

2ª Consulta:

- 1ª toma de medicação (Mifepristone 200mg+Azitromicina 1000mg);
- Entrega do Consentimento livre e informado assinado;
- Administração de imunoglobulina anti-D (na mulher RH-)

36/48 horas

3ª Consulta:

- 2ª toma de medicação (misoprostol 800 µg via vaginal)
- Informar a mulher para sinais de alarme pós-aborto que a devem trazer à urgência.

15 dias

4ª Consulta:

- Confirmação da eficácia do método;
- Verificação ou implementação da contraceção escolhida;
- Marcação da consulta de P.F no Centro de Saúde que referenciou a mulher.

15 dias

Consulta de Planeamento Familiar no Centro de Saúde:

- Ideal para a mulher se informar e iniciar de forma correcta e sistemática a contraceção mais adequada ao seu caso.

Figura 2. Protocolo da IVG na ULSNA até 1 de Agosto de 2011

APÊNDICE II

**(Caracterização da população na consulta de IVG da ULSNA no triênio
2008/2010)**

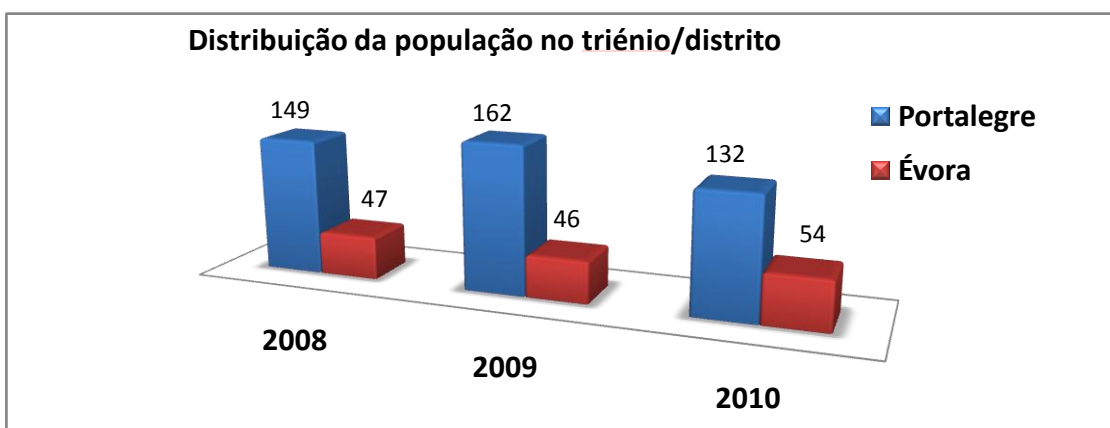


Gráfico 1. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por distrito de proveniência

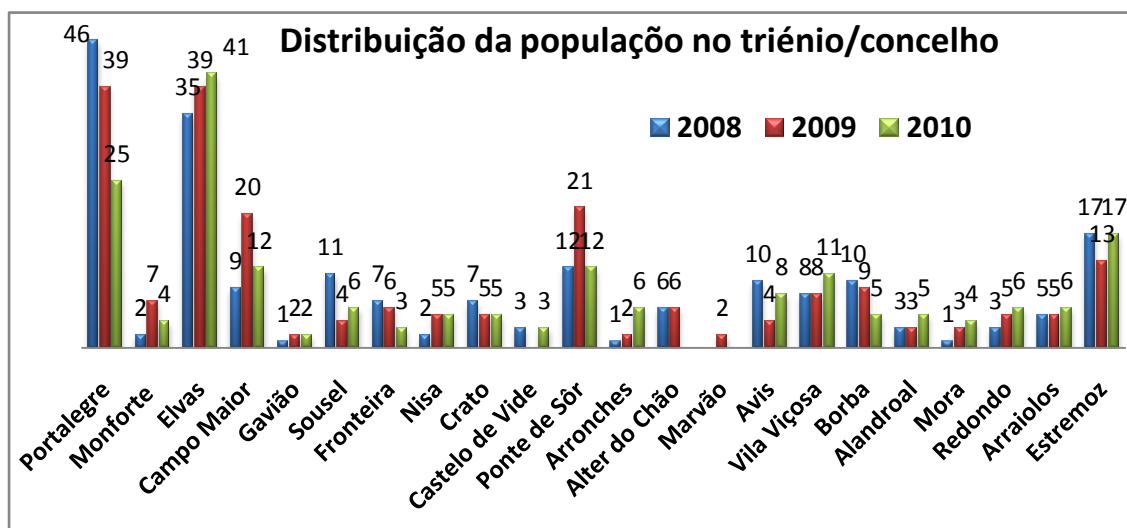


Gráfico 2. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por concelho de proveniência

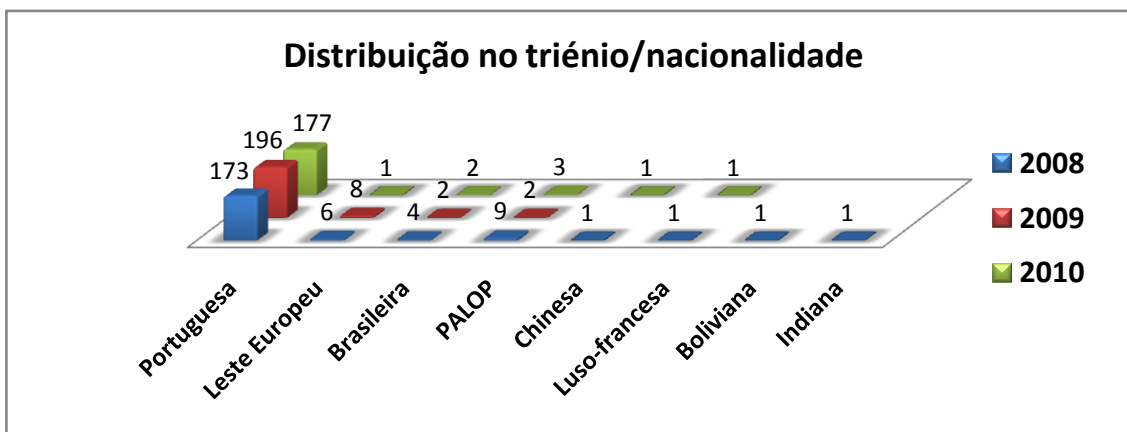


Gráfico 3. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por nacionalidade

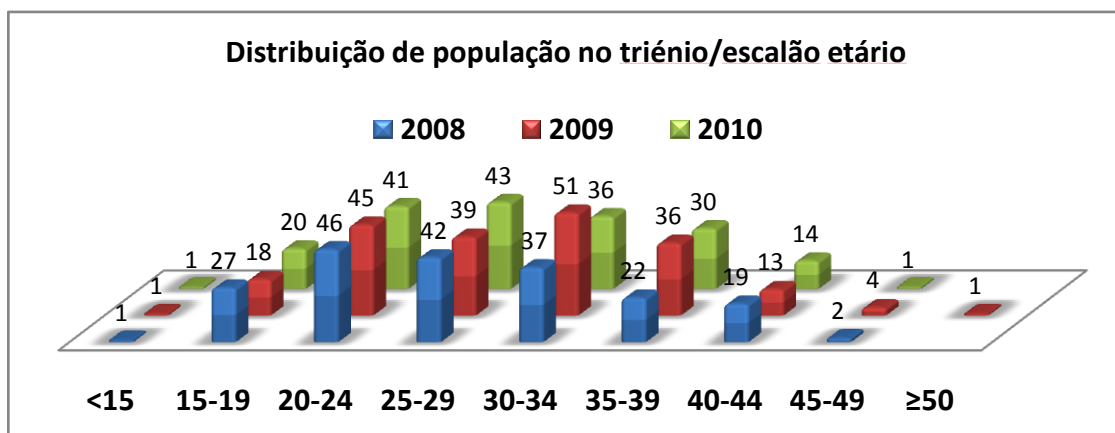


Gráfico 4. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por escalão etário

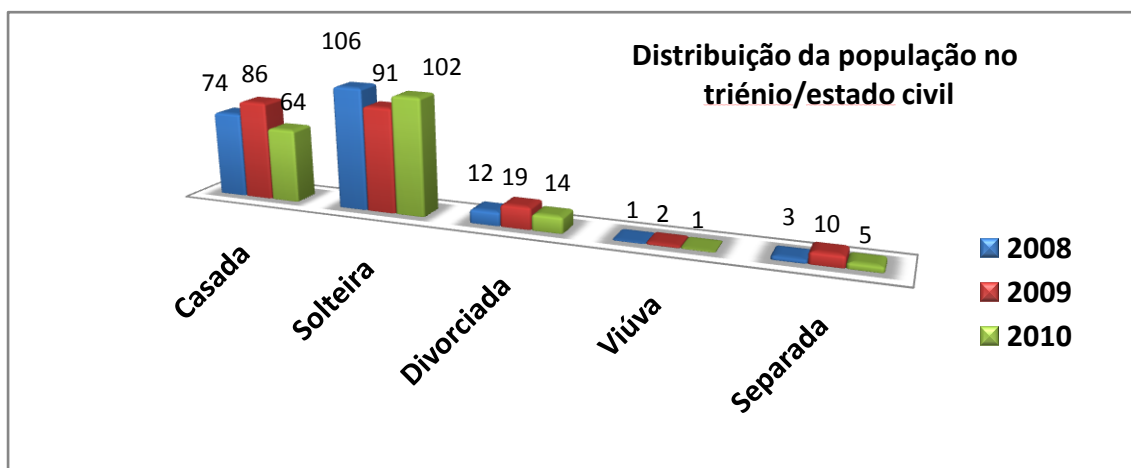


Gráfico 5. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por estado civil

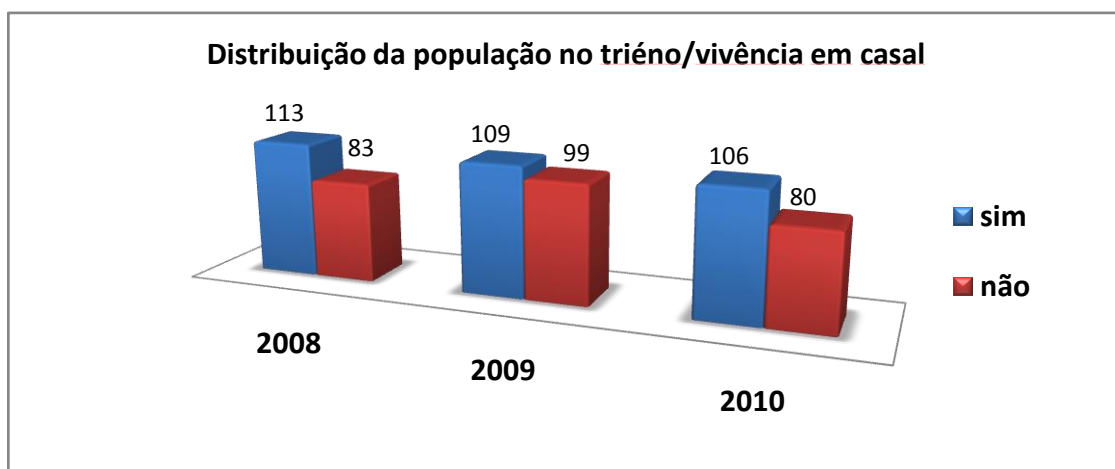


Gráfico 6. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por vivência em casal

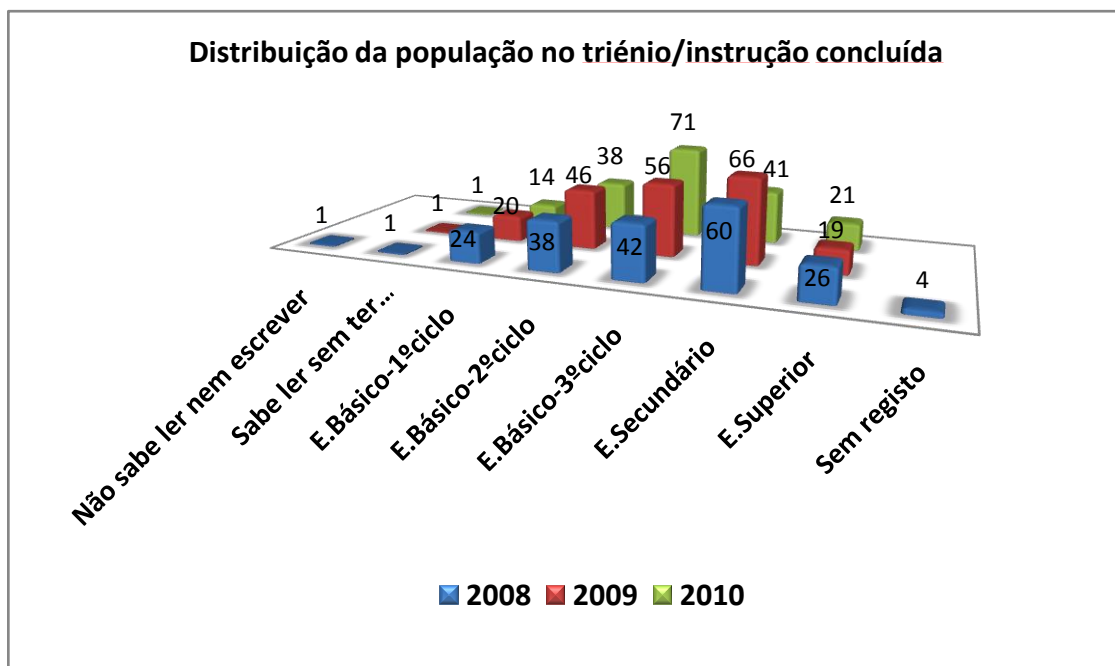


Gráfico 7. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por nível de instrução concluída

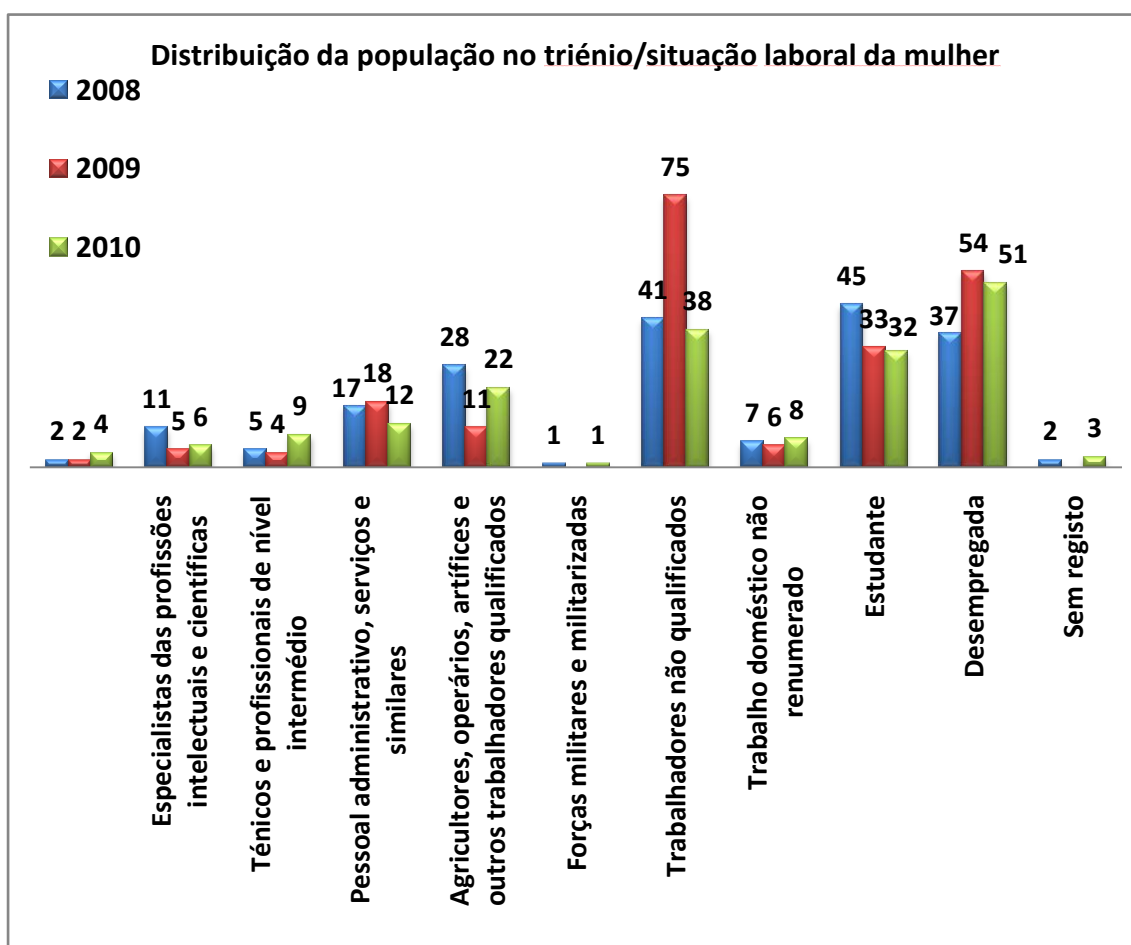


Gráfico 8. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por situação laboral da mulher

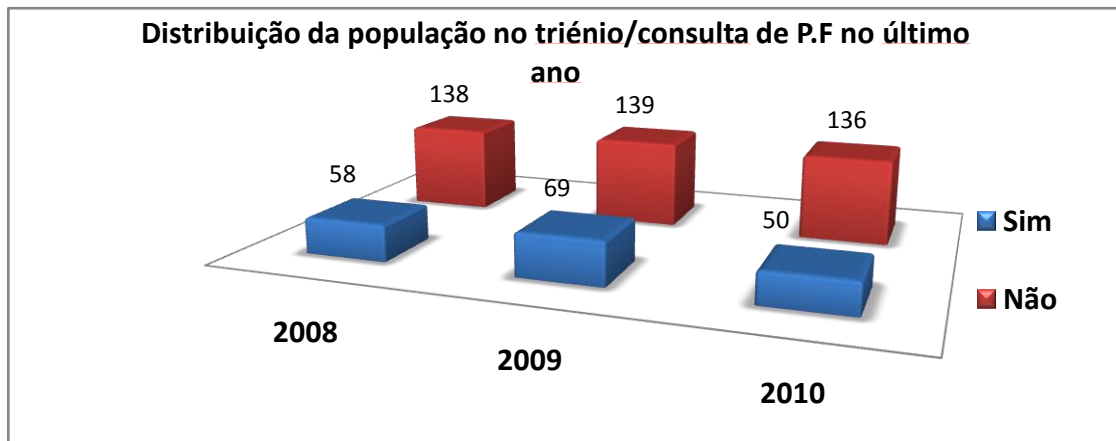


Gráfico 9. Distribuição da população no triênio 2008/2010 por frequência de consulta de P.F (no último ano)

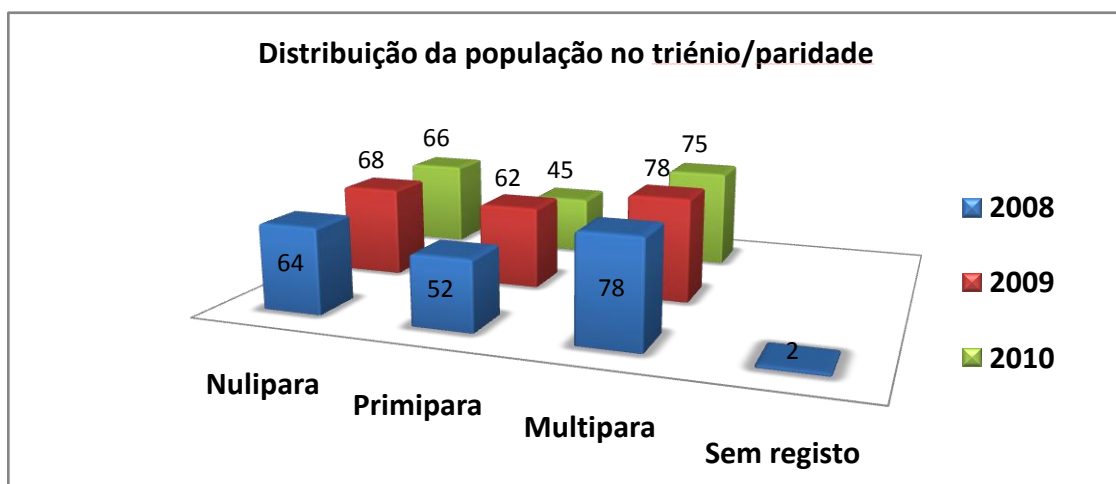


Gráfico 10. Distribuição da população no triênio 2008/2010 por paridade

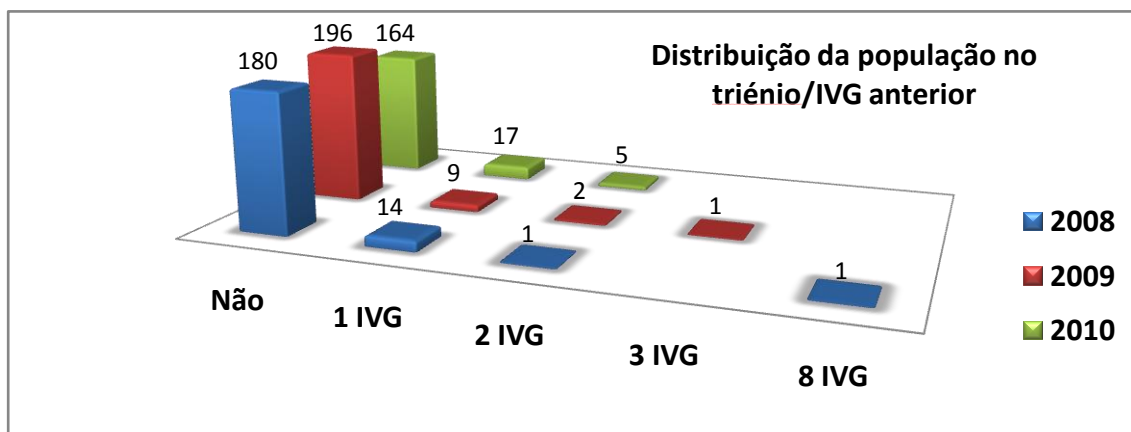


Gráfico 11. Distribuição da população no triênio 2008/2010 por IVG anterior

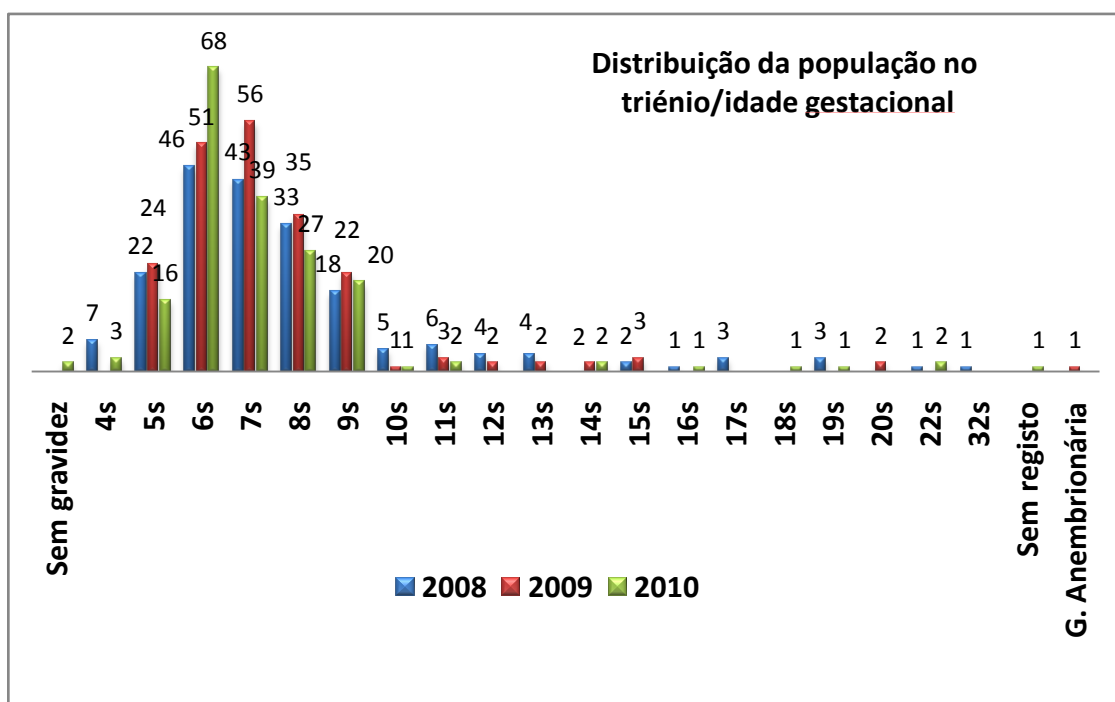


Gráfico 12. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por idade gestacional

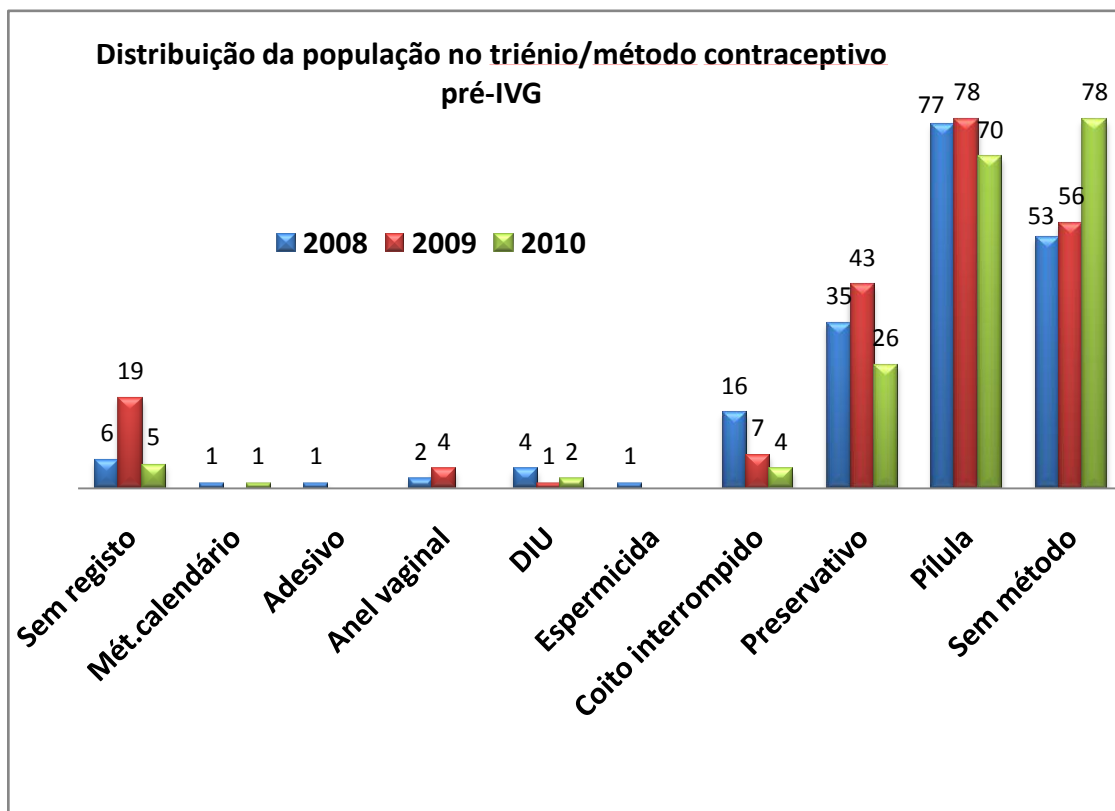


Gráfico 13. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por método contraceptivo pré-IVG

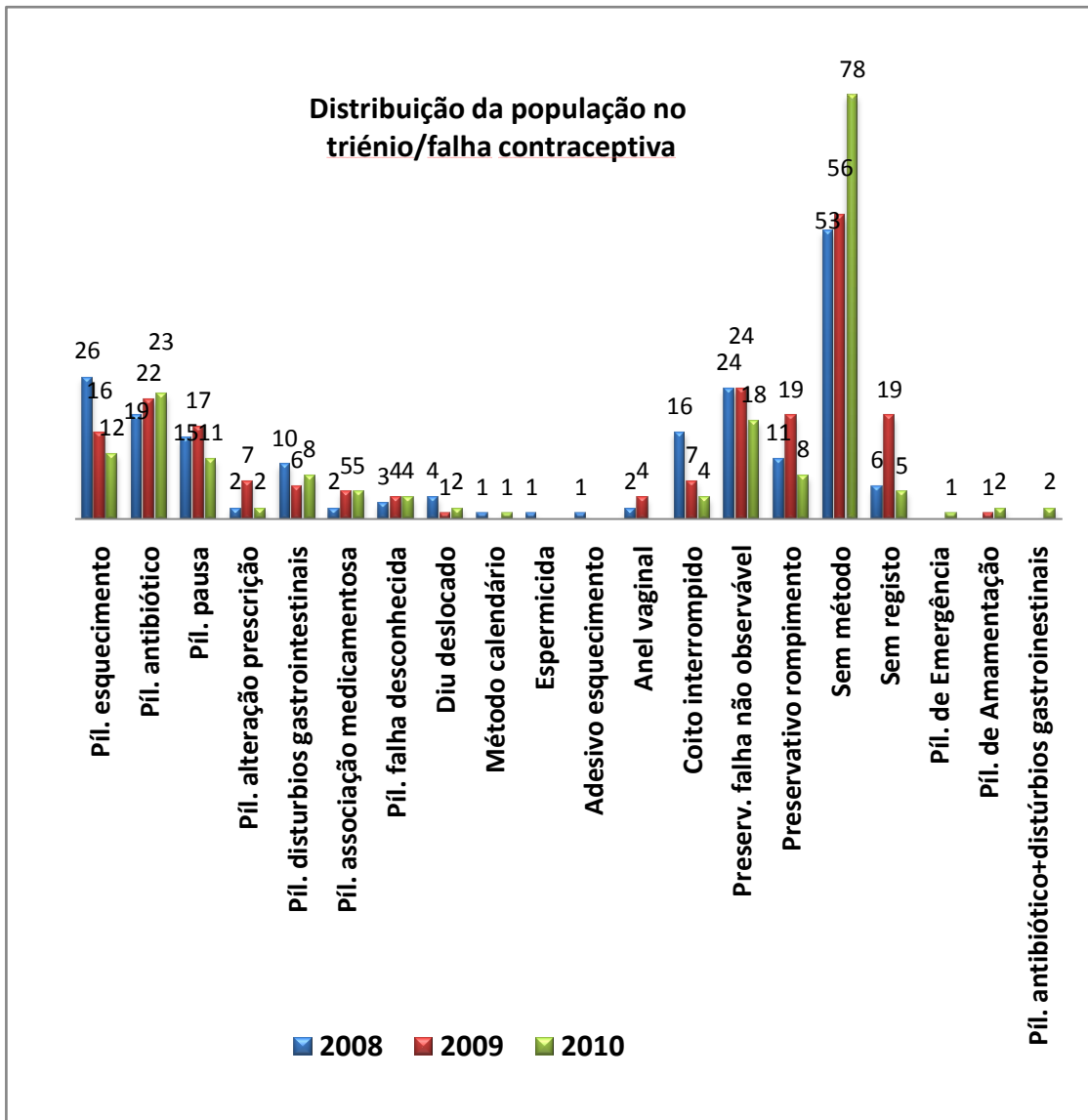


Gráfico 14. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por contexto contraceptivo/falha contraceptiva

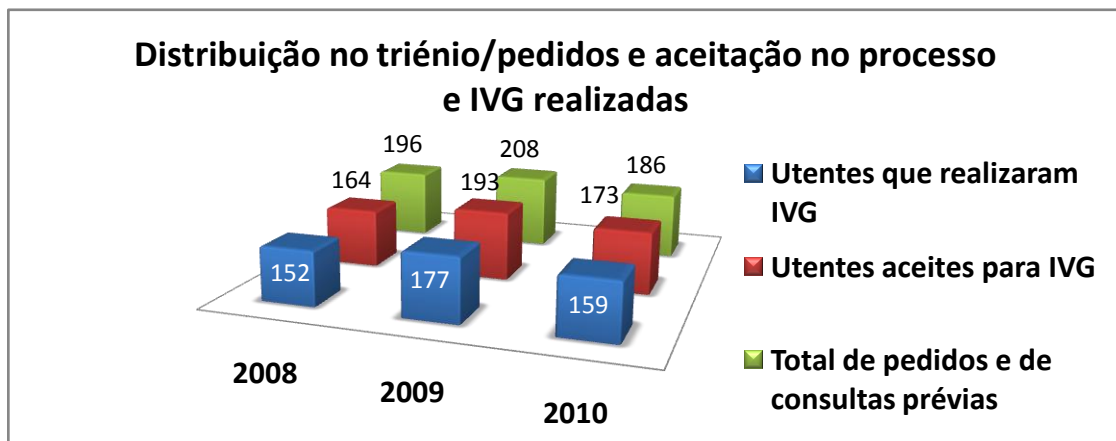


Gráfico 15. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por pedido e aceitação no processo e IVG realizadas

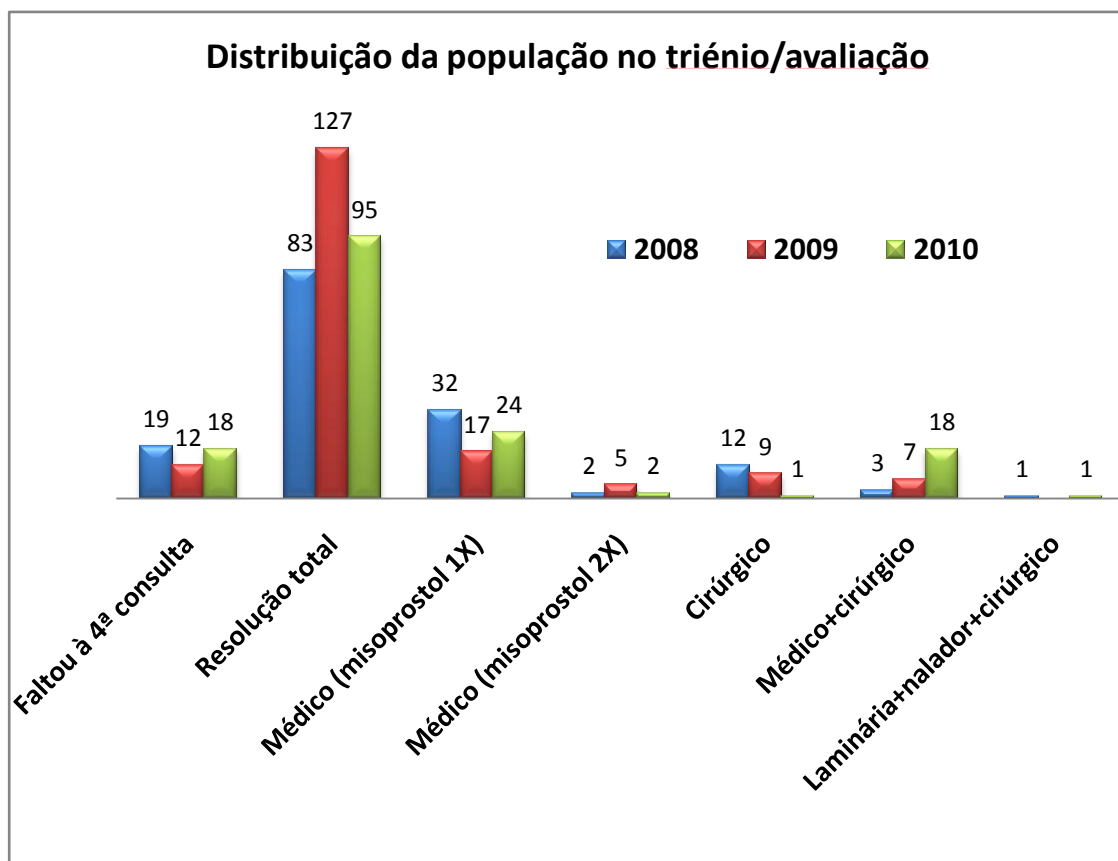


Gráfico 16. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por avaliação da IVG

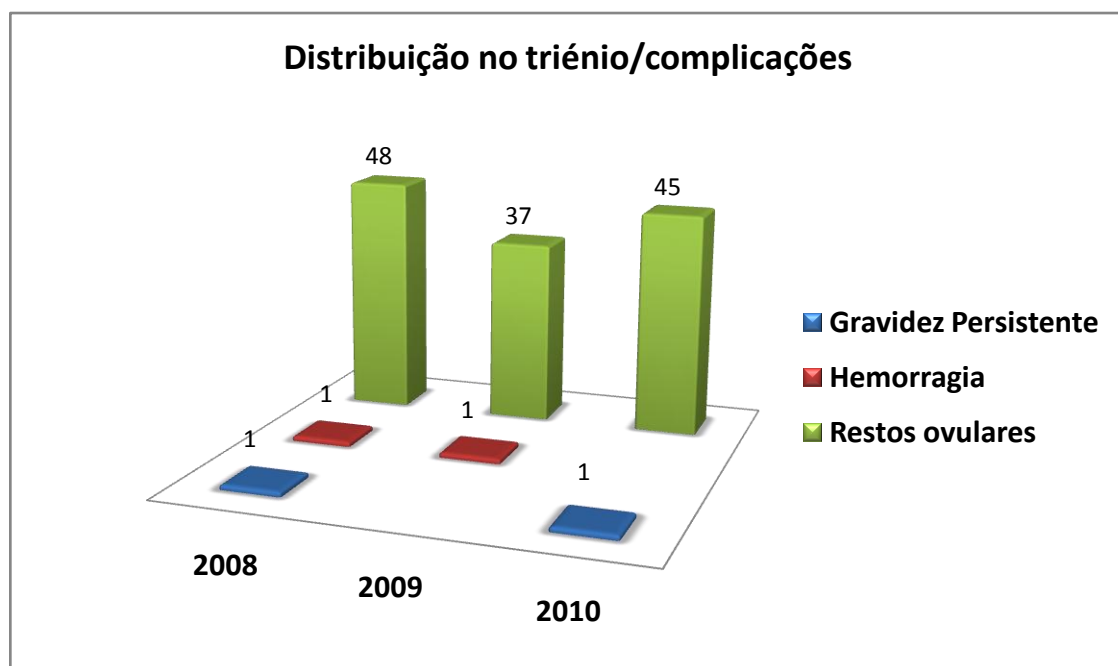


Gráfico 17. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por complicações

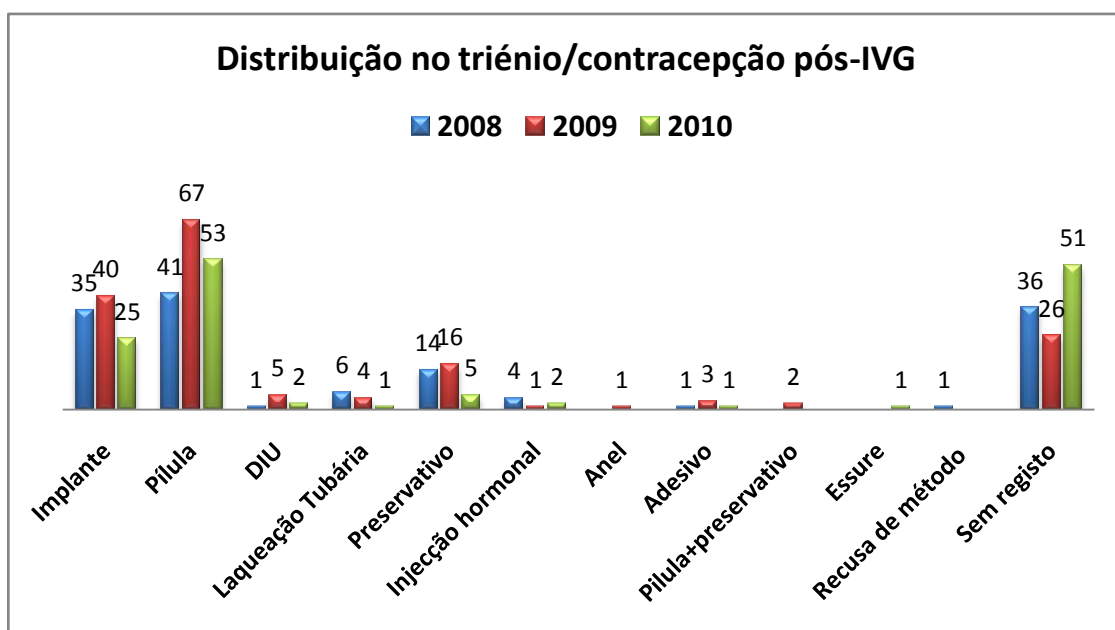


Gráfico 18. Distribuição da população no triénio 2008/2010 por contraceção pós-IVG

APÊNDICE III

(Análise das entrevistas realizadas às EESMOG da consulta de IVG)

Matriz da análise das entrevistas das EESMOG da consulta de IVG

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
Desarticulação no circuito dos cuidados à utente	Carência de Orientações técnicas	<p><i>...a gente tem que estar bem cientes e confiantes daquilo que está a dizer às mulheres (...) falta um bocadinho de apoio (...) o processo em si, o que é para fazer na primeira, na segunda, etc. (E7)</i></p>
	Comunicação Interinstitucional deficiente	<p><i>...na última vez que estive lá na consulta prévia vieram duas senhoras do centro de saúde (...) e não traziam análises nenhuma(...), o que inicialmente isso era mais rígido, elas vinham logo com análises e o médico via (E1)</i></p> <p><i>...a vinda delas da consulta do centro de saúde para aqui, há uma má conjugação e não há feedback entre nós, não sei porquê,(...) que nos enfiam logo assim para o hospital (E6)</i></p>
	Conflito inter-pares	<p><i>...no início houve um bocado de controvérsia com os médicos, (...) acabamos nós por fazer praticamente toda a consulta, os médicos limitam-se sobretudo a fazer ecografia (...) eles não explicam nada às senhoras, acaba por ser o nosso papel(...) quando devem começar a tomar o novo anticoncepcional, muitas vezes os médicos divergem nas opiniões (...) É uma confusão e uma situação chata quando nos contradizem perante as mulheres, porque são eles que não seguem o protocolo (E3)</i></p> <p><i>...as mulheres precisam de respostas (...) acho que não devo ser eu sozinha a tomar essa decisão e esclarecer a mulher sozinha porque são coisas que têm que ser eles a explicar às senhoras. Isso é um aspecto que me limita um bocado, acho eu até, o meu gosto e de prestar esses cuidados às mulheres no processo de IVG...pensava eu que havia uma equipa multidisciplinar que estava empenhada neste projecto (E7)</i></p>

Desarticulação no circuito dos cuidados à utente (continuação)	Gestão precária de recursos humanos, materiais e financeiros	<p><i>... estamos a ocupar uma cama, são 6 horas que elas aqui estão no serviço, muitas das vezes é utilizada medicação analgésica e não há um registo efectivo, (...) são horas que não estão contabilizadas a nível da estatística, da gestão do serviço e é tempo que se disponibiliza, nós e material (E3).</i></p> <p><i>...o processo de IVG não se devia desenvolver aqui (...) parece que estamos a misturar isto tudo (...) haver um local próprio, mais reservado (...) fora do internamento, do nosso serviço (E7)</i></p>
	Legalidade do processo	<p><i>... não queria os três dias de reflexão, elas querem-se é despachar-se (...) para ela até lhe levantava mais problemas (...) queria logo ficar internada a fazer (E2)</i></p> <p><i>... porque é tanto tempo, porque têm e vir tantas vezes ao hospital para fazer a IVG (...) são de muito longe e têm que se deslocar várias vezes e trabalham ou andam na escola (E6)</i></p>
Ambivalência na relação dever/competência profission	Motivação inicial	<p><i>...o meu papel é cuidar da mulher, independentemente do motivo (E1)</i></p> <p><i>... na expectativa de achar que podia ajudar a mulher realmente (E4)</i></p> <p><i>...no sentido que é legal a realização de uma IVG, eu penso que é da minha obrigação, faz parte das minhas competências... fazer aquilo que é inerente à minha profissão (E5)</i></p> <p><i>... com entusiasmo porque ia participar numa coisa nova, num direito que a mulher tem (E7)</i></p>
	Motivação actual	<p><i>... não estou a sentir-me muito bem nesta consulta de IVG (...) estou um pouco decepcionada com isto tudo (E4)</i></p> <p><i>... na nossa profissão há coisas que nós não gostamos de fazer (E5)</i></p> <p><i>...tenho duas filhas que são adolescentes, não sei, eu posso estar a recriminar alguém e depois (...) espero que as minhas gaiatas não lhes aconteça nada disso(E6)</i></p>

Ambivalência na relação dever/competência profissional (continuação)	Relutância à actividade	<i>...hoje em dia faço um pouco porque sou obrigada e me é posto no plano de trabalho que estou naquele dia responsável pelas IVGs (E7)</i>
	Desinvestimento progressivo	<i>...ao princípio fazia uma consulta completa em que lhe explicava o método tintim por tintim (...) e a pouco e pouco tenho vindo a diminuir isso, porque elas não querem saber, os médicos não querem saber, sou só eu que vou querer saber disso!? Não. ... na consulta prévia já não perco o tempo que perdia no início (...) é o essencial e acabou (E4)</i>
	Responsabilidade não partilhada	<i>...o que está agora a acontecer nós vemos as análises (...) e o médico nunca mais, nem sequer se preocupa com isso (...) não se sentem responsáveis pelo processo em si (E1).</i> <i>...somos nós as especialistas que temos aqui que fazer tudo, porque aqui os médicos fazem a ecografia só(...) quatro consultas são feitas com uma mulher, em que é a enfermeira que fala, é a enfermeira que explica, é a enfermeira que pergunta e a enfermeira é que tem a obrigação, o cuidado(E4)</i> <i>...sinto que há falta do apoio médico, sinto que nós enfermeiras fazemos o processo praticamente sozinhas do princípio ao fim, (...) ele sai mesmo do gabinete (E7)</i>
	Dilema moral entre o Bem (Vida-Gravidez) e o Mal (Morte-IVG)	<i>... sinto-me triste, ao mesmo tempo quando vejo um embrião perfeito e no ecografo ali com os batimentos cardíacos (...) outras que engravidaram e que ao mesmo tempo não querem aquele filho e outras querem o filho tão desejado e não o conseguem, (...) sinto um bocado de revolta,(...)tento disfarçar porque a minha intenção é mesmo a prestação de cuidados e eu sou enfermeira p'ro bem e p'ro mal ao mesmo tempo,(...) fomos preparadas, as enfermeiras especialistas de saúde materna, para a gravidez, para a evolução da gravidez, e ao mesmo tempo estamos a colaborar ao contrário,(...) é um sentimento duo que às vezes (...) é minha função prestar também cuidados de qualidade e se estas mulheres fossem a outros sítios e ficassem com problemas para o resto da vida eu penso que era bem pior, pelo menos assim têm, têm cuidados dignos e, e acessíveis que só algumas pessoas é que poderiam tê-los (E1)</i> <i>...não há controlo nenhum do número de IVG que as pessoa podem fazer, isto é também um custo para</i>

<p>Ambivalência na relação dever/competência profissional (continuação)</p>	<p>Dilema moral entre o Bem (Vida-Gravidez) e o Mal (Morte-IVG)</p>	<p><i>o estado, pronto, por um lado cortam na infertilidade, deixam de, por exemplo, mulheres que estão anos e anos que não conseguem engravidar, deixam de ter... o estado deixa de custear isso e por outro lado estamos a custear IVGs assim, algumas vêm segunda, terceira vez e mais sem qualquer tipo de controlo (E2)</i></p> <p><i>...deviam dar mais apoio às questões de infertilidade e apoiar as mulheres nisso e estão a apoiar uma interrupção voluntária da gravidez... o estado não participa quase nada ou mesmo nada, ou estão anos à espera da primeira consulta da infertilidade e elas aqui, de um dia para o outro tem a consulta de IVG e fazem uma interrupção (E3).</i></p> <p><i>... o ser eu agora a introduzir os comprimidos (...) custa imenso, mais a segunda toma, que é quando a gente lida ali mais directamente com elas e quando realmente se dá ali a expulsão do feto. Tem-me custado bastante, não julgava que fosse assim, eu pensava que fosse... naquela de ajudar uma mulher, mas não, aquilo é um método anticoncepcional (...) ultimamente acho que realmente, no fundo, no fundo estou ali a assassinar alguém (emociona-se) (E4)</i></p> <p><i>... eu fui votar pela despenalização do aborto, não fui votar, por esta pouca vergonha, que é a liberalização do aborto (...)dai mais a minha revolta (...) é estar-se a oferecer tudo a estas mulheres que não têm o mínimo de responsabilidade pela sua saúde e por aquilo que querem das suas vidas e estar-se a retirar os apoios às infertilidades (E5)</i></p>
	<p>Personificação da experiência da utent e</p>	<p><i>...as melhores condições que ela pode ter em consciência, decidir o que é melhor naquele momento para ela (E1)</i></p> <p><i>...e eu vejo por mim, é como se fosse comigo. Se não quero engravidar, tenho que tomar alguma coisa (E4)</i></p> <p><i>...deve ser complicado estar num processo de IVG, ali nas seis horas que estão cá internadas, estar a ouvir bebés ao lado a chorar! (E7)</i></p>
	<p>Justificação da conduta</p>	<p><i>...houve aí uma situação que me custou tanto introduzir os comprimidos na segunda toma que eu</i></p>

	profissional	<p><i>pensei e até falei com a chefe que queria começar a ser objectora de consciência (...) depois devido ao serviço e a já haver tantos objectores cá, pronto, e mais, é parte do distrito de Évora que cá vêm, se a aqui vamos todos a fazer a mesma coisa, coitadas das alentejanas, daquelas que realmente precisam, lá terá que ir tudo para Lisboa (riso), quietei-me e vou fazendo, vou fazendo o que tenho que fazer, embora algumas das vezes me custe bastante...mas quando parar é de vez (E4).</i></p> <p><i>... apesar de eu ter escolhido a vertente obstetrícia pelo dar vida e pelo não à doença, porque me sinto bem pelo dar vida, há coisas que na obstetrícia se têm que fazer e o aborto faz parte da nossa profissão da nossa especialização... (E5)</i></p> <p><i>... isto faz parte do ciclo reprodutivo da mulher (...) e nós somos formados para isto, está bem, muito mais virados para o nascimento, para o parto, para a vida (...) faz parte das nossas funções como enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia. Mas não é por que eu tenha gosto em o fazer, mas sei que as mulheres têm esse direito (E7)</i></p>
Interpretação da vivência da IVG de outrem	Desresponsabilização da Mulher	<p><i>... as mulheres têm vindo a fazer isso só como se fosse um método, pronto, engravidam, não querem o filho, abortam e pronto, tornou-se tudo uma coisa muito insensível para muitas mulheres e realmente eu não estou a sentir-me muito bem nesta consulta de IVG (...) mas se a gente não falar em nada (contraceção), elas abalam de cá na maior sem se preocuparem se vão engravidar ou não. (E4)</i></p> <p><i>...independentemente das idades, elas tentam enganar-nos muitas vezes (...) um método contraceptivo que falhou e na sequência das perguntas nós vamos ver (...)que não se tiveram a importar com método conceptivo nenhum e depois é que se lembraram e é que ficaram grávidas e decidiram a interrupção voluntária da gravide (E6).</i></p>
	Penalização da Recidiva	<p><i>... haver um tipo de penalização para mulher que recorra ou venha a recorrer segunda ou terceira vez à IVG, a mulher também tem que se sentir responsável e estar consciente de que aconteceu uma vez, mas não se vai repetir mais (E3).</i></p> <p><i>...como já tivemos casos em que já vieram à segunda e acho que já houve casos em que vieram à terceira, (...) para mim é triste, as mulheres hoje em dia não têm responsabilidade nenhuma com o</i></p>

Interpretação da vivência da IVG de outrem (continuação)		<p><i>corpo delas, não querem saber nada disso (E4)</i></p> <p><i>...faz-me impressão quando não se usa um método contraceptivo e se vem fazer um aborto, porque não se teve o cuidado de usar (...) principalmente quando são situações de repetição aí fico muito revoltada (E5)</i></p>
Propostas de mudança	Reorganização externa à consulta de IVG	<p><i>... se houvesse um bom ensino na escola em relação à sexualidade, se houvesse um bom apoio a nível de centros de saúde para consultas de planeamento familiar, se calhar não havia depois tantos estes problema (E2)</i></p>
	Reorganização interna da consulta de IVG	<p><i>...sei que nos outros hospitais já vêm fazendo a segunda toma, já é feita por elas próprias em casa e se esses hospitais optaram assim e se têm tido bons resultados, acho que elas poderiam fazer o mesmo, do que sermos nós aqui a fazer (E3)</i></p> <p><i>...isso que tu estás a fazer (...) acho que é importante, serve muito para reflectirmos e conversamos sobre as coisas. Porque há coisas que possivelmente poderão ser alteradas e a gente sabe que as têm que fazer, mas fazê-lo se calhar com mais organização (...) de forma a que se reduza o número de interrupções. (E7).</i></p>

**(Caracterização da população na consulta de IVG da ULSNA em
Fevereiro e Março de 2011)**



Gráfico 19. Distribuição das utentes por distrito de proveniência

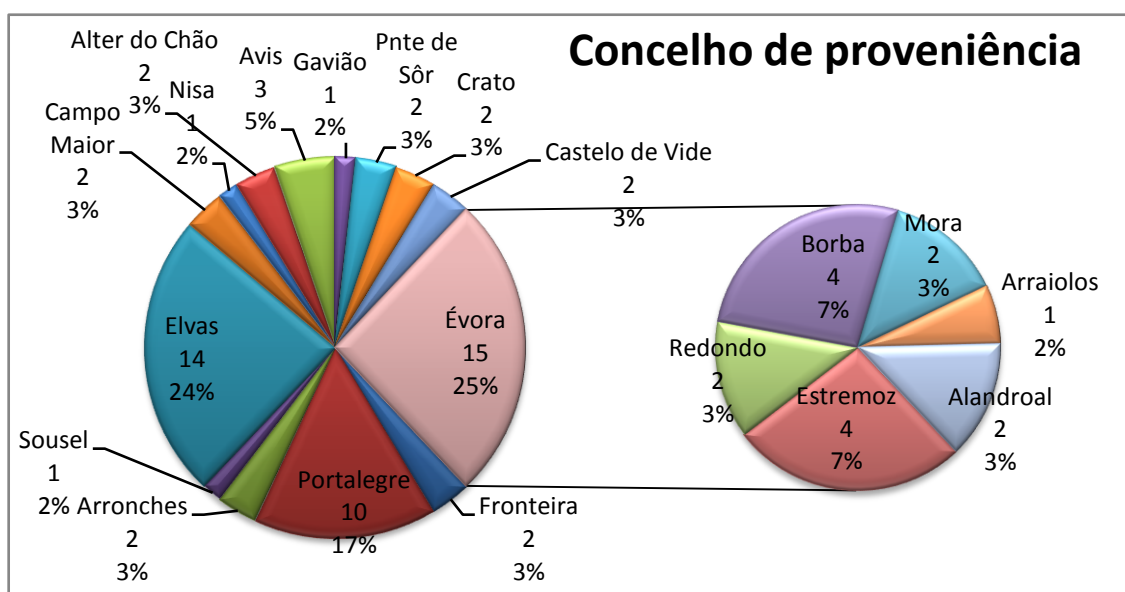


Gráfico 20. Distribuição das utentes por concelho de proveniência

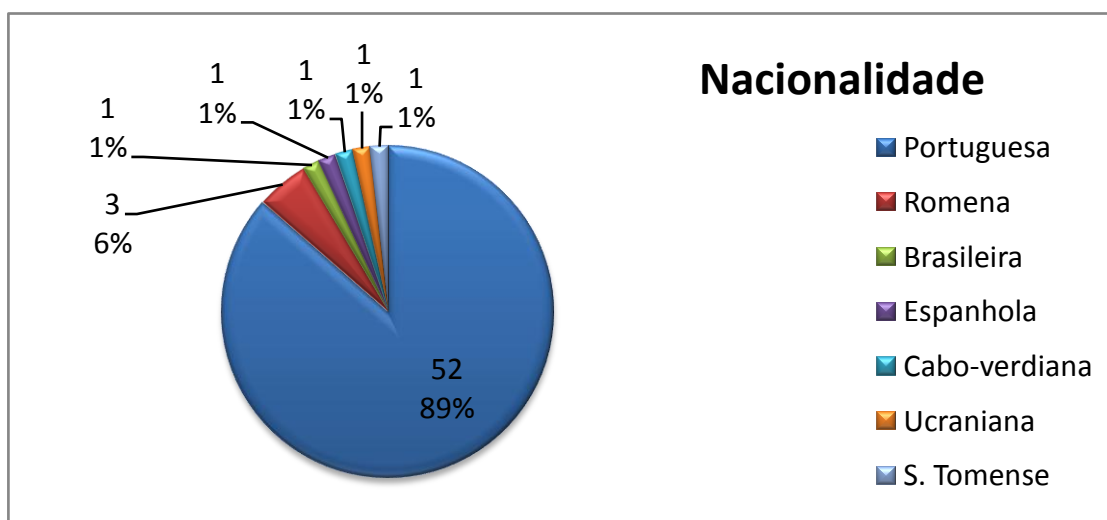


Gráfico 21. Distribuição das utentes por nacionalidade

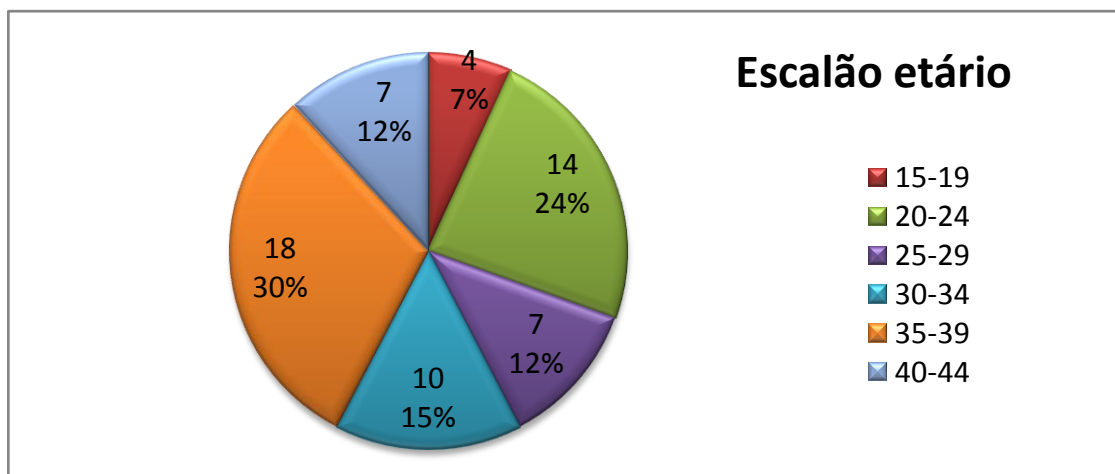


Gráfico 22. Distribuição das utentes por escalão etário

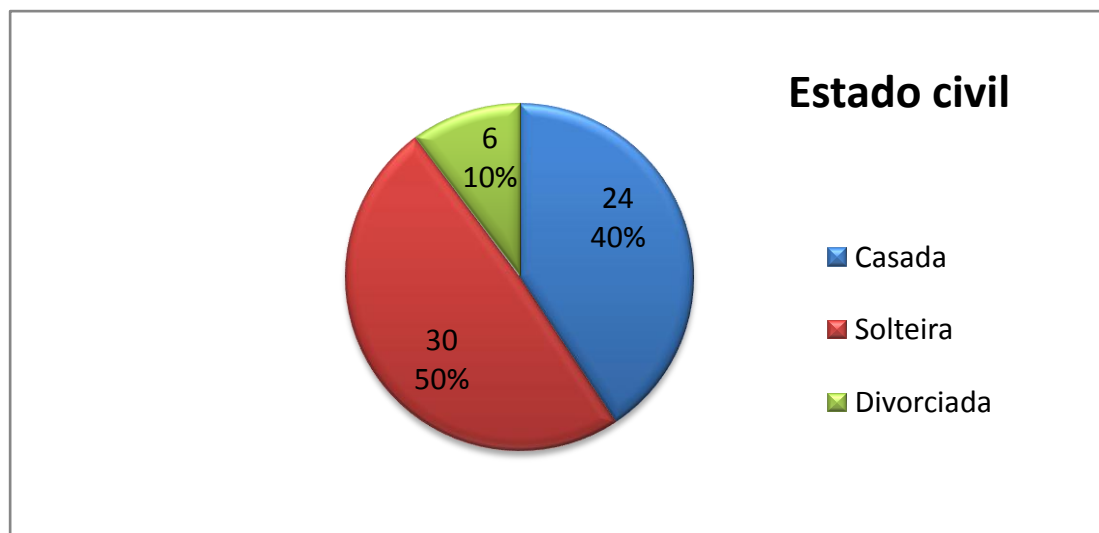


Gráfico 23. Distribuição das utentes por estado civil

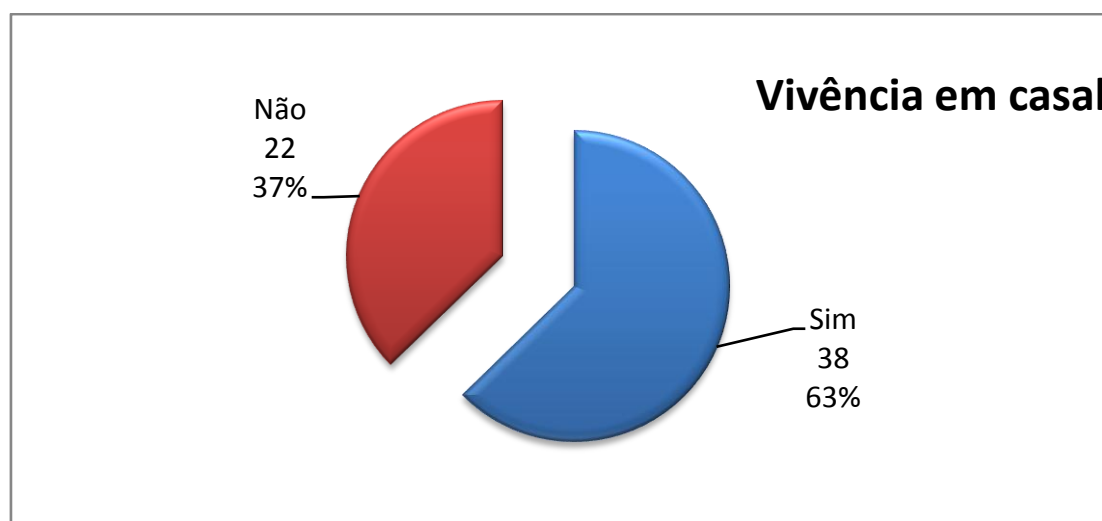


Gráfico 24. Distribuição das utentes por vivência em casal

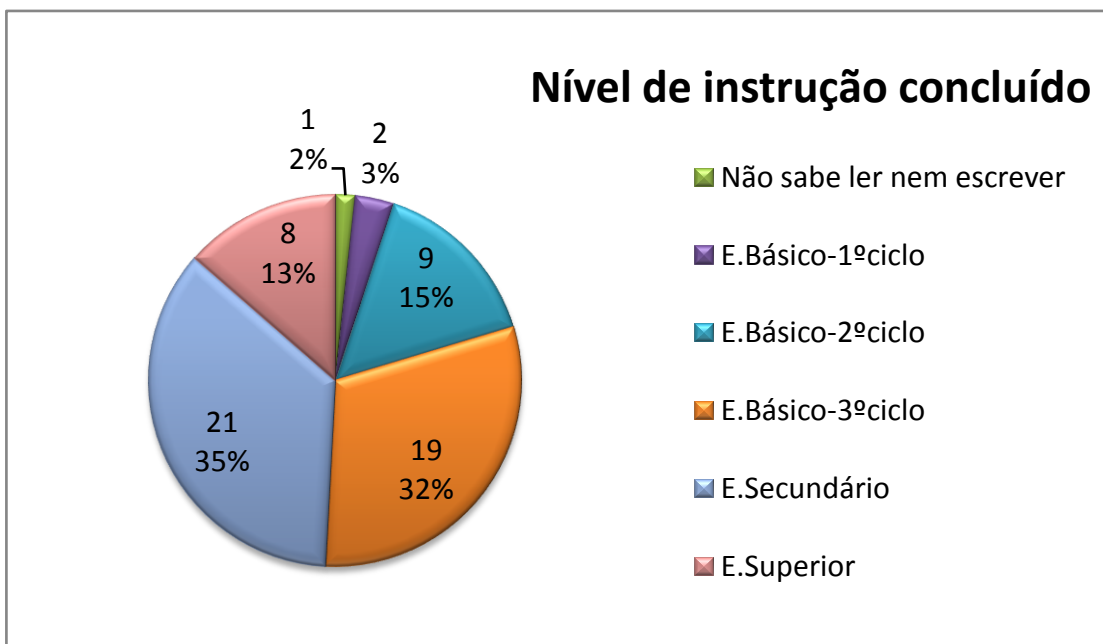


Gráfico 25. Distribuição das utentes por nível de instrução concluído

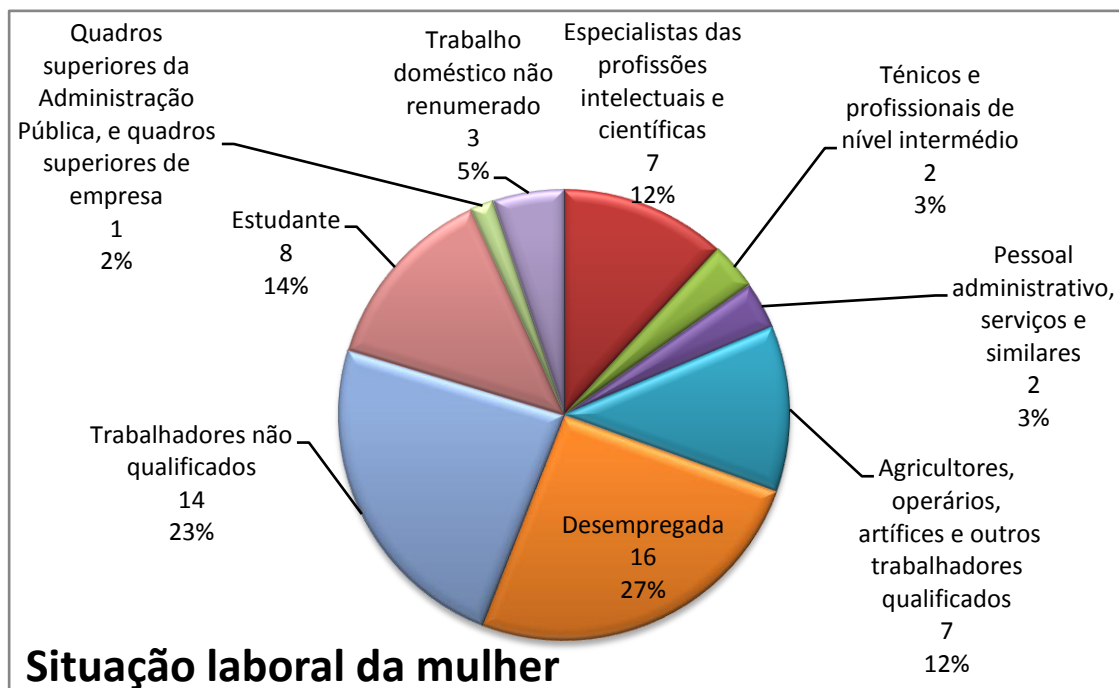


Gráfico 26. Distribuição das utentes por situação laboral da mulher

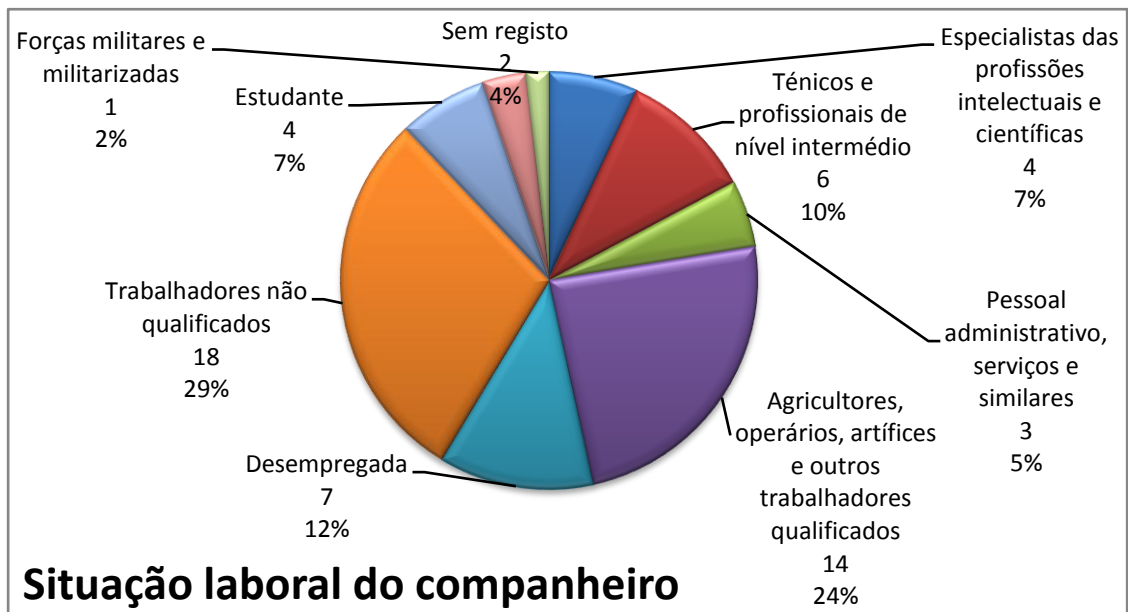


Gráfico 27. Distribuição das utentes por situação laboral do companheiro

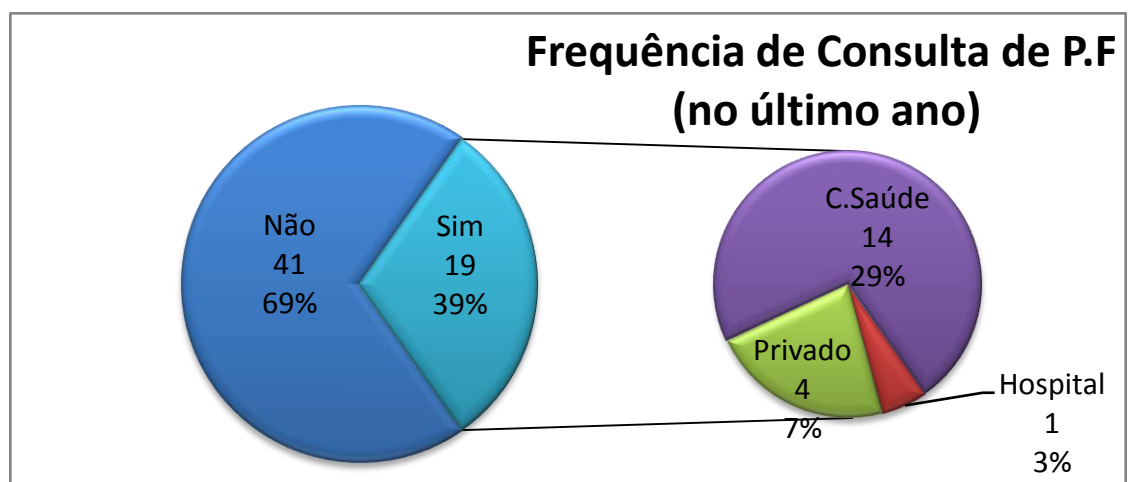


Gráfico 28. Distribuição das utentes por frequência de consulta de P.F (no último ano)

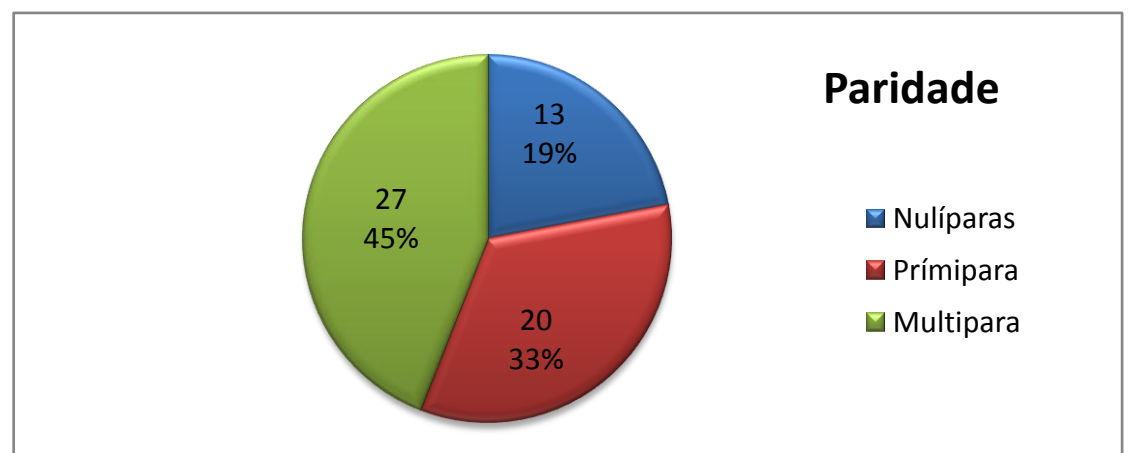


Gráfico 29. Distribuição das utentes por paridade

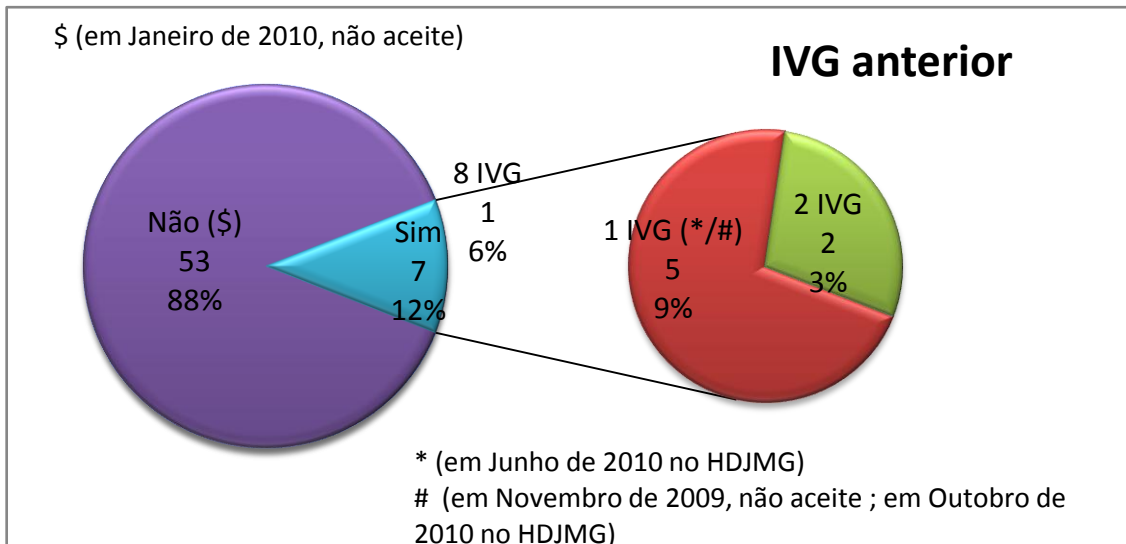


Gráfico 30. Distribuição das utentes por IVG anterior

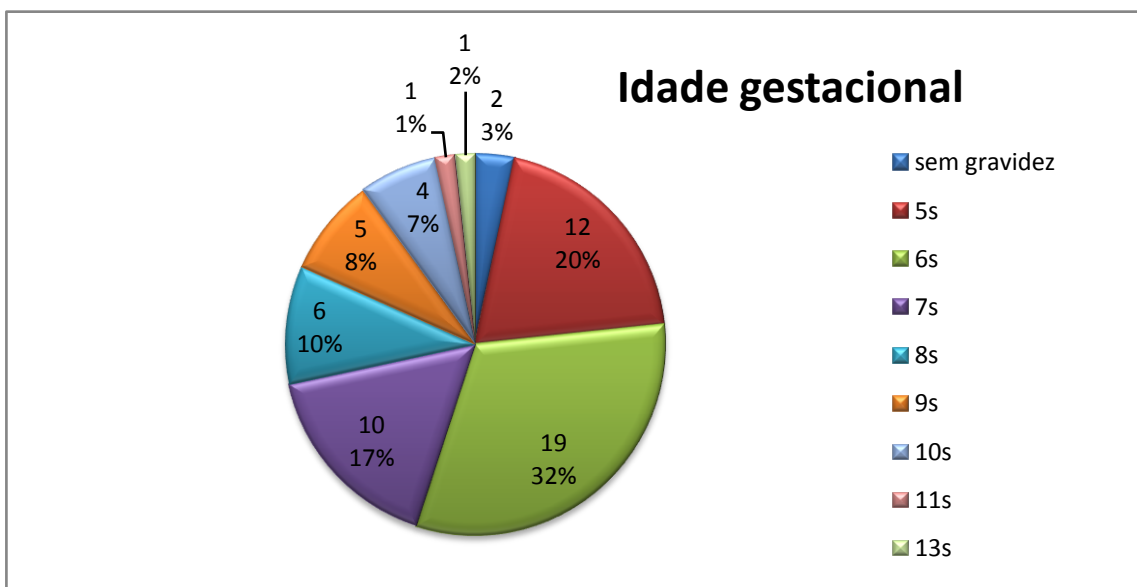


Gráfico 31. Distribuição das utentes por idade gestacional

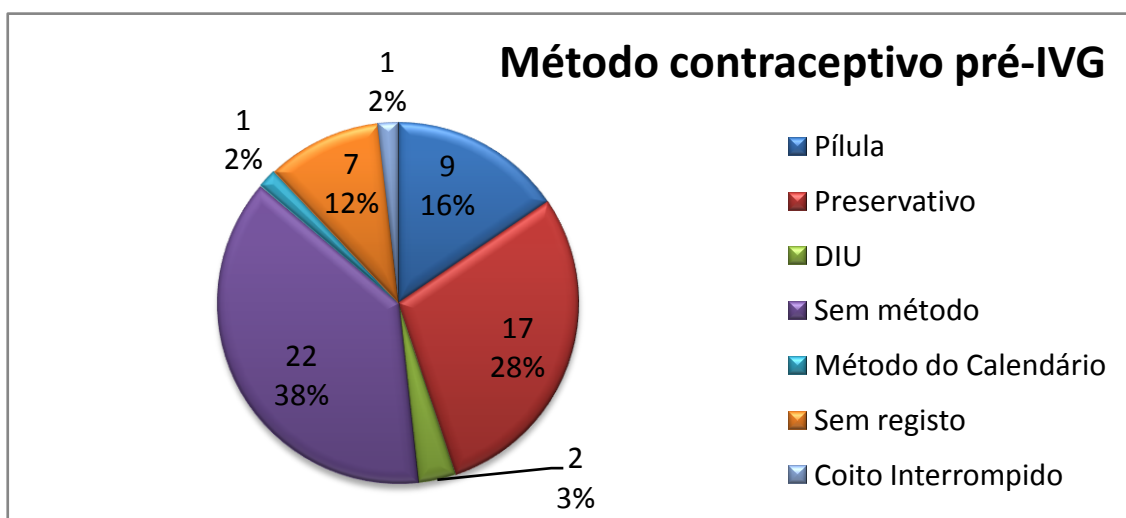


Gráfico 32. Distribuição das utentes por método contraceptivo pré-IVG

Contexto contraceptivo/falha contraceptiva

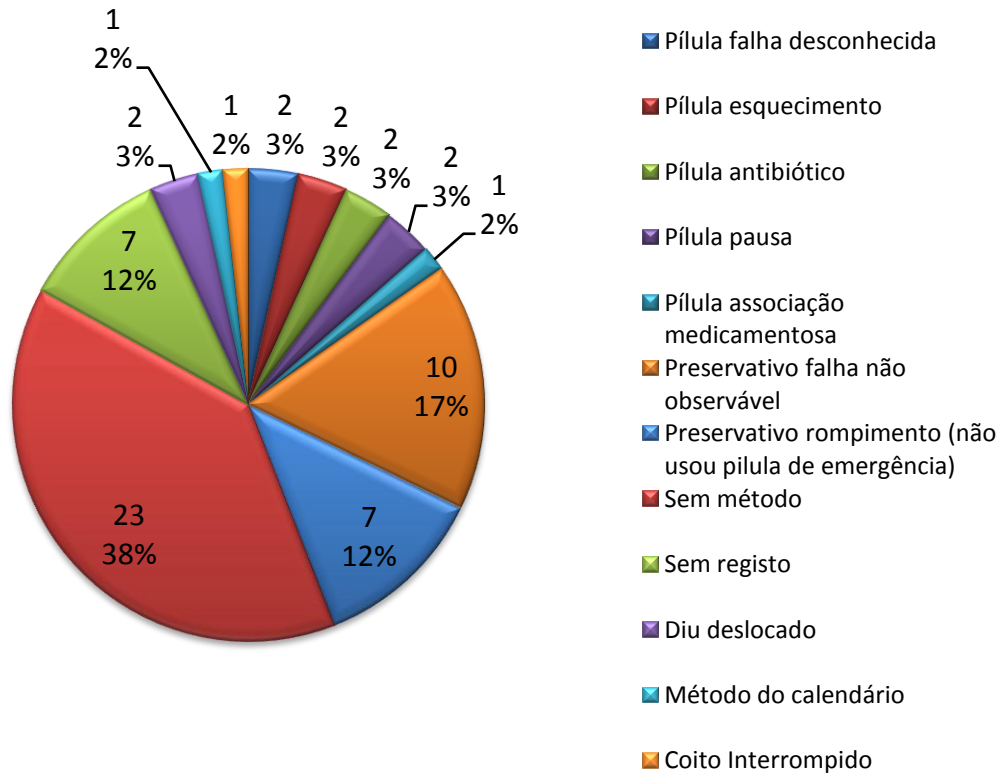
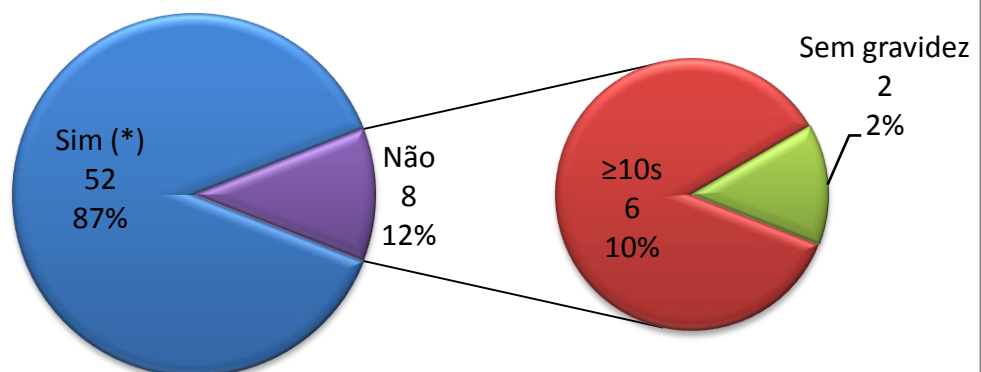


Gráfico 33. Distribuição das utentes por contexto contraceptivo/falha contraceptiva

Aceitação no processo de IVG



* (inclui 3 desistências e 1 aborto espontâneo antes da 2ª consulta)

Gráfico 34. Distribuição das utentes por aceitação no processo de IVG

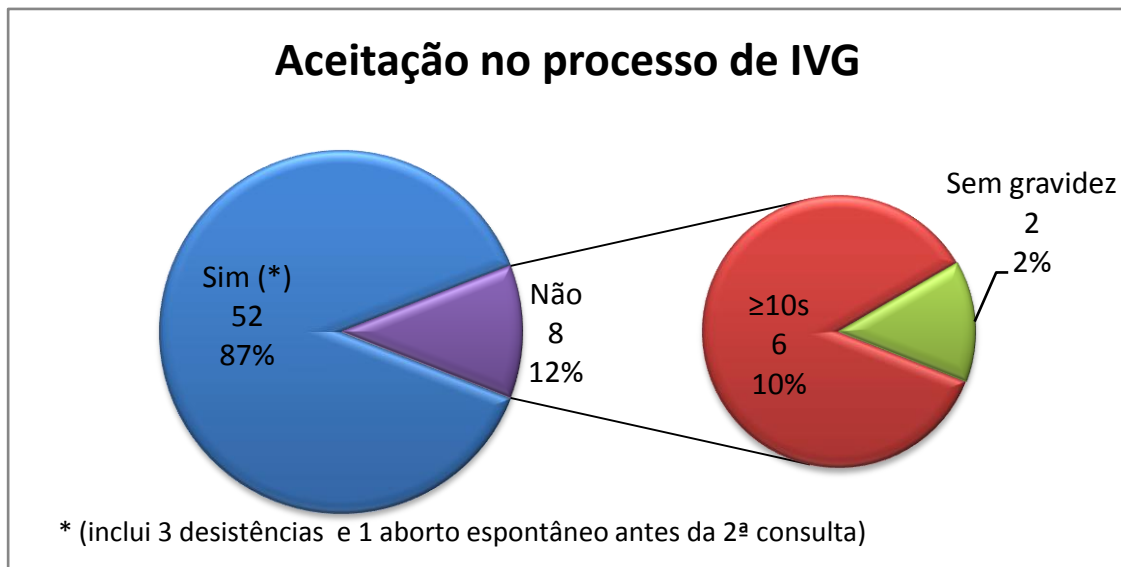


Gráfico 35. Distribuição das utentes por avaliação da IVG

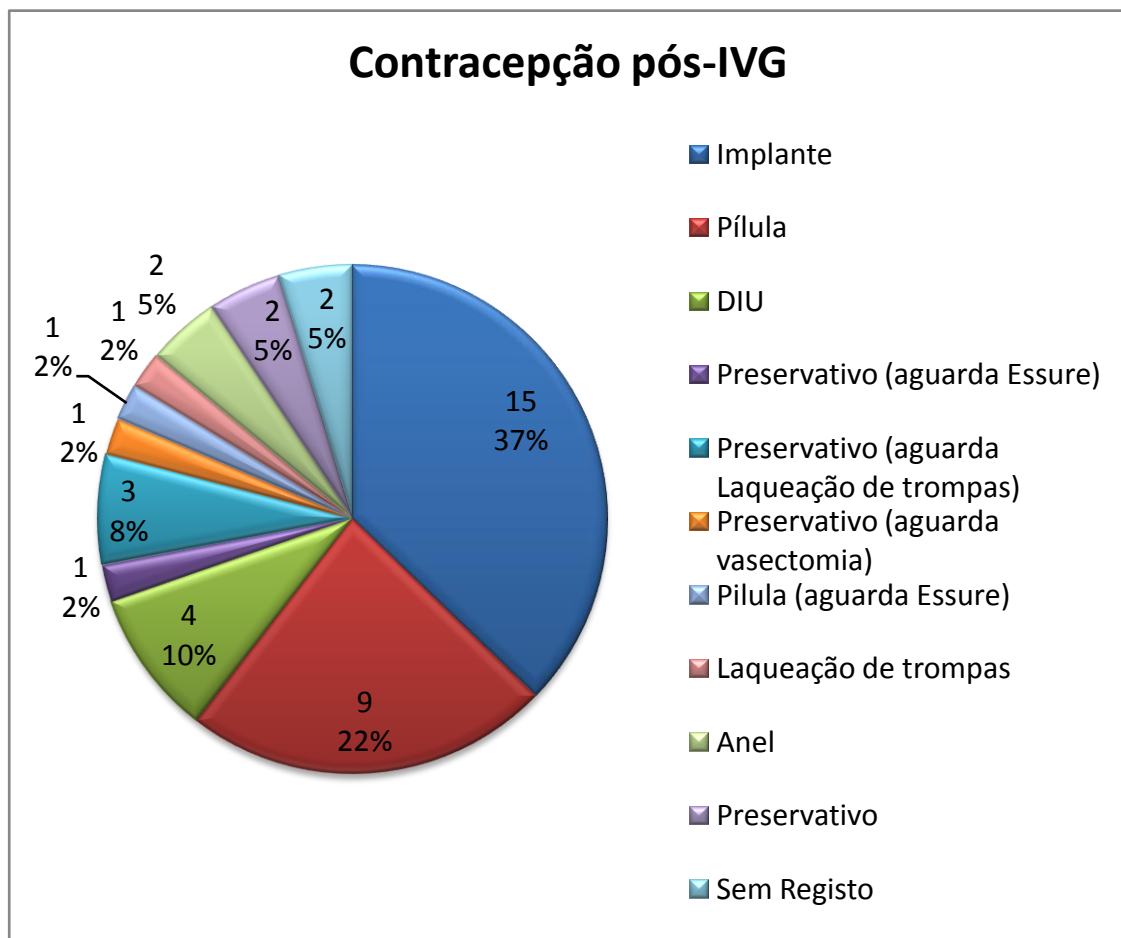


Gráfico 36. Distribuição das utentes por contraceção pós-IVG

Tabela 4. Relação das Utentes com Processo de IVG e o Número de Filhos

Nº de filhos	Frequência	Percentagem
0	13	21.7
1	20	33.3
2	18	30.0
3	6	10.0
4	2	3.3
5	1	1.7
Total	60	100.0

Tabela 5. Relação das Utentes com Processo de IVG pelo Ano do Último Parto

Ano último parto	Frequência	Percentagem
Ano passado	5	10.6
2-5 anos	14	29.8
6-10 anos	17	36.2
11-15 anos	9	19.2
16-20	1	2.1
≥21	1	2.1
Total	47	100.0

Tabela 6. Relação das Utentes com Processo de IVG pelo Ano da Última IVG

Ano última IVG	Frequência	Percentagem
2010	2	28.6
2009	2	28.6
1994	1	14.3
1989	1	14.3
Sem registo	1	14.3
Total	7	100.0

APÊNDICE V

(Caracterização das EESMOG da consulta de IVG da ULSNA)

Caracterização das EESMOG da Consulta de IVG

Secção A: Aspectos Metodológicos

O contacto com as EESMOG foi efectuado através da aplicação de um questionário, após a realização da sessão de formação em serviço – Métodos Contraceptivos: apresentação de Kit Temático e de Guia de Orientação. O referido questionário apresentava-se com as seguintes secções:

- 1) Caracterização Sócio-demográfica. Questões apresentadas: idade, género, anos de serviço, anos de especialidade e religiosidade.
- 2) Avaliação da Sessão Formativa. Três questões sobre as expectativas, o esclarecimento dos temas e a contribuição da sessão para o melhoramento do desempenho profissional dos EESMOG.
- 3) Avaliação da Utilidade dos Instrumentos de Trabalho. Questão sobre conveniência no uso do Kit e Guia Orientador em Métodos Contraceptivos como instrumentos de trabalho.
- 4) Avaliação em Informação Contraceptiva. Três questões sobre aquisição de formação, capacitação e segurança na realização de informação contraceptiva, por parte dos EESMOG.

Secção B: Resultados

Caracterização Sócio-demográfica e Religiosidade dos Sujeitos. Participaram sete EESMOG, todas não objectoras, com média de idades de 44.3 anos (DP=4.88), variando entre os 39 e 52 anos. As participantes exercem Enfermagem desde há 16 a 30 anos (M=21 anos; DP=4.47) e a Especialização de Saúde Materna desde há 3 a 15 anos. Das cinco que responderam, todas são católicas, sendo uma praticante.

Avaliação da Sessão Formativa. A Sessão de Formação respondeu positivamente às expectativas (N=4 “Bom”; N=3 “Muito Bom”). Todas consideraram que os temas abordados foram esclarecedores. Os contributos da Sessão para o seu desempenho futuro foram considerados positivos (N=4 “Bom”; N=3 “Muito Bom”).

Avaliação da Utilidade dos Instrumentos de Trabalho. Os instrumentos apresentados (Kit e Guia Orientador em Métodos Contraceptivos) foram considerados

positivos, no que respeita à sua utilidade junto das utentes (N=2 “Bom”; N=5 “Muito Bom”).

Avaliação em Informação Contraceptiva. Das especialistas presentes, cinco frequentaram Cursos em Informação Contraceptiva e duas não. Considera a maioria das participantes que está capacitada para informação contraceptiva (N=1 “Não”; N=6 “Sim”), observando-se os mesmos resultados na segurança para este tipo de informação. A justificação da resposta “Não”, segundo as próprias palavras escritas da EESMOG: “não me sinto com bases suficientes para esclarecimento e ajudar a utente na escolha de métodos contraceptivos” (Sic).

APÊNDICE VI

(Caracterização dos Adolescentes da Escola Básica 2,3 José Régio)

Caracterização dos Adolescentes

Secção A: Aspectos Metodológicos

O contacto com os adolescentes decorreu em três momentos. No primeiro momento a professora aplicou um primeiro questionário cujas secções abaixo se descrevem; num segundo momento foram abordadas as temáticas segundo os interesses dos adolescentes; num terceiro momento foi aplicado o questionário do primeiro episódio adaptado e realizada a avaliação. Para melhor explicação enunciam-se as Secções.

- 1) Caracterização Sócio-demográfica. Questões apresentadas: idade, sexo e estrutura familiar.
- 2) Custos e benefícios do relacionamento sexual. Utilizou-se a *Assessing Adolescents' Perceptions of the Costs and Benefits of Engaging in Sexual Intercourse [APCBESI]* (Small, Silverberg & Kerns, 1993). Os Custos e Benefícios da Relação Sexual foram avaliados através da APCBESI, que é uma escala intervalar com 20 itens, apresentada por Small, Silverberg e Kerns (1993). A resposta aos itens da APCBESI é dada numa escala de quatro pontos que variam de 0 (concordo totalmente) a 3 (discordo totalmente). É apresentada em duas subescalas, a primeira referente aos custos, precedida da frase “porque é que os adolescentes não têm relações sexuais”, apresentando, para exemplo, variáveis manifestas tais como “os adolescentes não têm relações sexuais porque acham que não têm idade para isso”. A segunda subescala, respeitante aos benefícios, apresenta ao início a expressão “porque é que os adolescentes têm relações sexuais” e a formulação dos itens, é para exemplo “os adolescentes têm relações sexuais porque isso os faz sentir mais confiantes e seguros em si mesmos”. A pontuação de cada subescala obtém-se pela soma dos itens, após a sua reversão, variando de 0 a 30 pontos, representando as pontuações mais elevadas mais custos ou mais benefícios. No estudo dos autores, a consistência interna na subescala custos foi de .70; na amostra actual, observou-se uma alfa de Cronbach fraco (Hill & Hill, 2009), mas aceitável no presente contexto deste relatório, sendo no primeiro e segundo tempo de aplicação .64 e .61. A subescala benefícios, no estudo dos autores é de .65; na amostra actual, o alfa de Cronbach foi .82 no primeiro tempo e no segundo momento .84.

- 3) Iniciação sexual e acessibilidade da contraceção. Uma questão sobre o início de relação coital e duas sobre a facilidade de aquisição do preservativo.
- 4) Especificidade dos Agentes de Educação Sexual face aos Assuntos. Questões sobre identificação de pessoas a quem recorrem.
- 5) Conhecimentos sobre contraceção. Conjunto de 15 questões sobre contraceptivos. Escala dicotómica, Verdadeiro/Falso. A pontuação total era obtida através do somatório de respostas certas. Maior pontuação significaria melhor conhecimento.
- 6) Temas de interesse para futuro Programa de Educação para a Saúde na Escola. Questão que solicita o enunciar de temas para desenvolvimento de protocolo para o próximo ano escolar. Tratada posteriormente de forma qualitativa emergindo as temáticas a desenvolver na Sessão de Educação para a Saúde.

No terceiro episódio de contacto com estes estudantes, no questionário aplicado foram contemplados os pontos 2), 5), acrescentando-se uma secção, com sete itens, que recolhia a opinião dos alunos sobre a Sessão de Educação para a Saúde.

Secção B: Resultados

Aspectos sócio-demográficos. Os adolescentes são principalmente do sexo feminino (N=24; 57.1%) e com uma média de idade de 13.7anos (DP=.767). Maioritariamente vivem em família nuclear(N=31; 75.6%).

Custos e Benefícios da Relação Sexual. Na primeira fase de contacto com os sujeitos, a média dos custos foi de 15.16 (DP=3.62) e a média dos benefícios 11.90 (DP= 4.72), revelando assim que os sujeitos encontram mais custos que benefícios. Em teste t de Student para amostras emparelhadas, constatou-se que as diferenças são significativas ($t_{(41)}=3.904$; $p=.000$). Após a intervenção, a média dos custos foi de 16.76 (DP=3.41) e a média dos benefícios 11.80 (DP= 4.84), mantendo-se a postura significativa de mais custos que benefícios, com diferenças significativas ($t_{(41)}=5.758$; $p=.000$). Contudo, se se entrar em comparação entre o primeiro e segundo tempo de abordagem aos adolescentes, verifica-se que há diferenças significativas nos custos ($p=.005$), com mais custos identificados após a intervenção, não se observando diferenças nos benefícios.

Iniciação sexual e acessibilidade da contracepção. A maioria dos adolescentes ainda não teve experiência coital (N=38; 90.5%). Dos quatro sujeitos que afirmaram ter esta experiência, um tem 14 anos e os restantes 15 anos. Destes últimos, um sujeito é do sexo feminino. A maior parte dos sujeitos (N=23;54.8%) afirma que se necessitasse, obteria com facilidade um preservativo, preferencialmente na farmácia (N=18; 54.5%); os pais viriam em segundo lugar com representação de 15.2% e o supermercado 12.1%.

Especificidade dos Agentes de Educação Sexual face aos Assuntos. De acordo com a opinião destes jovens, a gravidez na adolescência, deveria ser abordada preferencialmente pela família (N=28; 66.7%); reconhecem autoridade aos pais (N=22; 52.4%) e aos técnicos de saúde (N=15; 35.7%) para tratar os assuntos da contracepção. Contudo, quando questionados sobre o à-vontade com os pais para falar sobre métodos para evitar a gravidez, somente 14.3%, reconhecem-no continuamente (“sempre”).

Conhecimentos sobre contracepção. Através de um teste *t* de Student para amostras emparelhadas, observou-se, entre o primeiro e o segundo momentos de recolha de dados, diferença significativa ($t_{(41)}=-9.051$; $p=.000$). Ou seja, os adolescentes apresentavam no 1º tempo uma média de pontuação nos seus conhecimentos mais baixa (M=7.5; DP=2.64) comparativamente ao 2º tempo (M=11.92; DP=1.68).

Secção C: Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

Relativamente à metodologia utilizada durante a sessão, no global, os adolescentes consideraram-na positiva (57.1% muito bom; 35.7% bom); a opinião dos estudantes foi regra geral positiva nos vários itens, como se comprova na Tabela 7.

Tabela 7. Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde no Ensino Básico

Qualificadores	Categorias			
	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Clareza da linguagem/vocabulário	-	4.8	40.5	54.8
Esclarecimento dos temas através dos diapositivos	-	-	50.0	50.0
Esclarecimento nos espaços de debate	-	4.8	52.4	42.9
Compreensão dos temas através do filme	2.4	9.5	57.1	31.0
Conhecimento dos métodos contraceptivos através do kit	-	2.4	38.1	59.5
Nível de informação que obteve sobre os temas	-	2.4	57.1	40.5

APÊNDICE VII

(Caracterização dos Jovens da Escola Superior de Saúde de Portalegre)

Caracterização dos Jovens Universitários

Secção A: Aspectos Metodológicos

O contacto com os jovens universitários estabeleceu-se em três momentos. No primeiro momento a docente aplicou um primeiro questionário cujas secções se enumeram abaixo; no segundo momento foi realizada a conferência sobre a temática da IVG; num último momento foi aplicado um segundo questionário avaliativo (adaptação do questionário realizado na primeira fase).

- 1) Caracterização Sócio-demográfica e Religiosidade. Questões apresentadas: idade, género, estado civil, vivência em casal, religiosidade e auto-classificação face à IVG.
- 2) Concepções dos Sujeitos Sobre Relacionamentos Amorosos e Constituição de Família. Questões sobre a opinião dos sujeitos relativamente à idade de início de cinco aspectos afectivo-sexuais, nomeadamente o namoro, a primeira relaxação sexual, o uso de contraceção, o casamento e o nascimento do primeiro filho.
- 3) Experiências Afectivo-sexuais dos Sujeitos. Conjunto de sete questões sobre identificação de experiências afectivo-sexuais, como de coito, uso de contraceção e gravidez.
- 4) Contacto com Situações de IVG. Questões de identificação de conhecimento, acompanhamento e/ou vivência de IVG.
- 5) Percepção sobre IVG (atitudes). As atitudes face à Interrupção Voluntária da Gravidez foram avaliadas através do instrumento de Gabrielson, Goldsmith, Potts, Mathews e Gabrielson (1971)¹. Este instrumento é composto por duas secções: a primeira, onde se apresenta uma vinheta e a segunda onde se encontra uma escala com sete itens. Ambas as secções são apresentadas em escala intervalar de quatro posições, variando entre concordo totalmente e discordo totalmente, onde as afirmações são, por exemplo “a IVG é realmente segura se for realizada num hospital”. De acordo com os autores, as afirmações com

¹Não foi solicitado permissão para uso deste instrumento, uma vez que a referência, tanto quanto foi possível encontrar na Internet, nos indica o 1º autor falecido, conforme o Obituário da Universidade da Califórnia. Scholl ofPublicHealth, que regista o seu falecimento em 2010 (http://yalemedicine.yale.edu/ym_au10/obits.html)

sentido negativo são revertidas. O score é obtido através da soma dos itens, após ser atribuído às posições de aceitação face à IVG, o valor um, e às posições de rejeição face à IVG, o valor zero. Maior pontuação significa atitude mais favorável à IVG. A consistência interna da escala, na apresentação dicotômica das variáveis manifestas, através do coeficiente Kuder-Richardson, mostra um alfa de .821.

- 6) Conhecimentos sobre IVG (aspectos legais e método). Conjunto de sete questões sobre o processo de realização de IVG e seus aspectos legais. Escala dicotômica, Verdadeiro/Falso. A pontuação total era obtida através do somatório de respostas certas. Maior pontuação significaria melhor conhecimento.

No último momento com os jovens universitários, no questionário aplicado foram respondidos os pontos 5) e 6), adicionando-se uma secção de avaliação à Sessão de Educação para a Saúde, constituída por 11 itens.

Secção B: Resultados

Caracterização Sócio-demográfica e Religiosidade dos Sujeitos. A idade dos 52 participantes, todos solteiros, variou entre os 19 e os 28 anos (M=20.17 anos; DP=1.85). Eram sobretudo do sexo feminino (N=24; 57.1%). A grande maioria dos participantes da actividade era do sexo feminino (N=44). Apenas dois vivem com parceiro sexual. Relativamente a credo religioso, a maioria (N=46), diz-se católico e destes, menos de metade (N=22), diz-se praticante. Quanto à postura face a IVG, a maioria (N=23) diz-se Pró-Escolha, dezoito são Indecisos e 11 afirmam-se Pró-Vida.

Concepções dos Sujeitos Sobre Relacionamentos Amorosos e Constituição de Família. Relativamente a aspectos de namoro e de constituição de família, entendem o seguinte: a) as raparigas devem/podem começar a namorar em média aos 15.05 anos (DP=1.14) e os rapazes, em média aos 14.64 anos (DP=2.51); b) a primeira relação sexual para as raparigas deve/pode ocorrer, em média aos 16.98 anos (DP=1.06) e para os rapazes aos 16.88 anos (DP=1.14); c) o uso de contraceptivos para as raparigas deve/pode iniciar-se em média cerca dos 16.56 anos (DP=.940) e para os rapazes aos 16.54 anos (DP=.996); d) a idade para casar nas raparigas deve/pode ser em média cerca dos 25.13 anos (DP=2.67) e para os rapazes aos 25.83 anos (DP=2.21); e) para as

raparigas a idade ideal para ter o primeiro filho é em média aos 27.3 anos (DP=2.53) e no caso dos rapazes aos 27.9 anos (DP=2.68). A Tabela 8 resume a informação.

Tabela 8. Concepções dos Jovens Universitários sobre Relacionamentos Amorosos e Constituição de Família

Categorias (de Namoro e de Constituição de Família)	Idade Ideal (média)	
	Raparigas	Rapazes
Começar a namorar	15.05	14.64
Primeira relação sexual	16.98	16.88
Iniciar contraceção	16.56	16.54
Casar	25.13	25.83
Primeiro filho	27.3	27.9

Experiências Afectivo-sexuais dos Sujeitos. No que respeita a aspectos da sua própria vida afectivo-sexual, a grande maioria (N=39; 75%) tem experiências de coito, tendo-se iniciado em média cerca dos 16.54 anos (DP=1.21), variando a iniciação entre os 14 e os 19 anos. Dos 39 sexualmente activos, no primeiro episódio de coito, a maioria protegeu-se (N=36; 92.3%), usando preservativo (N=32; 94.1%). O episódio de iniciação deu-se, na maior parte dos casos com namorado (N=36; 92.3%), referindo três sujeitos parceiro ocasional. Nos últimos três meses, a maioria (N=26; 66.7%) teve um parceiro sexual, dois sujeitos tiveram três parceiros (5.1%) e onze estudantes negam a existência de parceiro (N=28.2%). Dos 39 com experiências de coito, a maioria (N=34; 87.2%) refere usar actualmente contraceção, sendo a pílula o método mais utilizado (N=16; 30.8%).

Contactos com Situações de IVG. Nos sujeitos, dezasseis (30.8%) conhecem alguém que realizou IVG. Relativamente ao número de IVG de pessoas conhecidas, respondem 50% dos sujeitos que nessas pessoas encontram episódios de uma IVG, enquanto 37.5% referem que nessas pessoas encontram a realização de duas IVG e 12.5% referem que nessas pessoas encontram três episódios de IVG. Três dos estudantes já prestaram algum tipo de informação sobre locais onde se pode realizar IVG. Nos participantes do sexo feminino, apenas uma refere ter realizado IVG e nenhum do sexo masculino propôs tal à respectiva parceira.

Percepção sobre IVG (atitudes). Na primeira fase de contacto com os sujeitos, a média das atitudes face à IVG foi de 6.22 (DP=2.62). Na segunda fase de contacto a média foi mais elevada (M=7.04), encontrando-se diferenças significativas no teste Mann-Whitney para comparação de amostras ($U_{(49)}=657.500$; $Z=3.417$; $p=.001$). Entende-se através destes resultados, que após a intervenção, os sujeitos mostram atitudes mais favoráveis à IVG. De facto, a abordagem do assunto, desmistificando-o e apresentando formas de acesso, em caso de gravidez não desejada, pode ser um factor que influencia.

Conhecimentos sobre IVG (aspectos legais e método). Através de um conjunto de questões, avaliaram-se os conhecimentos dos sujeitos sobre aspectos legais e método de IVG. Na primeira fase, a pontuação dos sujeitos revelou uma média de 4.92 (DP=.853) e na segunda fase uma média de 5.57 (DP=1.03), encontrando-se diferenças significativas no teste Mann-Whitney para comparação de amostras ($U_{(52)}=738.00$; $Z=3.795$; $p=.000$). Realizando-se um teste Mann-Whitney, observou-se também que, enquanto na fase anterior à formação, a diferença de conhecimentos entre rapazes e raparigas não registava diferenças significativas ($p=.501$), após a actividade de formação, registou-se nas raparigas uma média de ordenações mais elevada (M=27.06) comparativamente aos rapazes (M=23.44) e com diferenças significativas ($U_{(52)}=200.500$; $Z=2.456$; $p=.014$).

Secção C: Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

Após a realização da Sessão de Educação para a Saúde, foi realizada uma avaliação, onde se observam os seguintes resultados:

1. A sessão correspondeu às expectativas, uma vez que a maior parte a considerou positiva (N=26; 50% classificou em “bom” e N=10; 19.2% em “muito bom”).
2. Todos os estudantes consideraram que foram abordados temas onde necessitavam esclarecimentos.

Questionaram-se também os estudantes sobre os aspectos metodológicos e as representações são positivas e exprimiram-se da seguinte forma, como pode ser observado na Tabela 9:

Tabela 9. Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde no Ensino Superior

Qualificadores	Categorias			
	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Estruturação dos conteúdos	-	26.9	55.8	17.3
Utilidade dos conteúdos	-	19.2	59.6	21.2
Interesse dos conteúdos	-	17.3	51.9	30.8
Clareza da linguagem/vocabulário	9.6	11.5	55.8	23.1
Esclarecimento do tema através dos diapositivos	1.9	25.0	53.8	19.2
Esclarecimento no espaço de debate	1.9	21.2	51.9	25
Domínio do formador sobre o assunto	1.9	17.3	50	28.8
Contributos da sessão para a consciencialização sobre a IVG	1.9	15.4	65.4	17.3
Contributos da sessão para tomada de decisão sobre IVG	15.4	19.2	55.8	9.6

APÊNDICE VIII

(Compromisso Terapêutico - impresso)

COMPROMISSO TERAPÊUTICO

Eu, abaixo-assinado, iniciei o processo de Interrupção Voluntária da Gravidez, nesta Consulta Prévia, na Maternidade Dr. Francisco Feitinha, do Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre, cujo processo tem o n.º: _____.

Confirmando que, no âmbito da consulta prévia todo o processo me foi explicado de forma clara e compreensível e que tomei conhecimento das possíveis complicações que podem surgir (hemorragia, infecção, restos ovulares, persistência da gravidez).

Confirmando que fui esclarecida de forma clara sobre todas as questões por mim colocadas, o que me vai permitir decidir livremente, nos próximos 3 dias de reflexão, se continuo ou não o processo de IVG.

Confirmando que fui esclarecida sobre os vários métodos terapêuticos que podem ser utilizados na IVG e que tal facto permitiu que eu pudesse colaborar na escolha do mesmo.

Fui informada e alertada para a extrema importância de cumprir o plano terapêutico e da necessidade em comparecer a todas as consultas que me forem marcadas até ao final do processo, para o bem da minha saúde, designadamente:

- Consulta Prévia
- 2.ª Consulta – Início do Terapêutica
- 3.ª Consulta – Continuação da Terapêutica
- 4.ª Consulta – Confirmação do fim da gravidez e ausência de complicações
- Outras consultas que sejam marcadas, que sejam necessárias.
-

Fui informada da importância em iniciar um método contraceptivo no decorrer do processo de IVG

Fui informada da importância em comparecer na consulta de Planeamento Familiar no Centro de Saúde

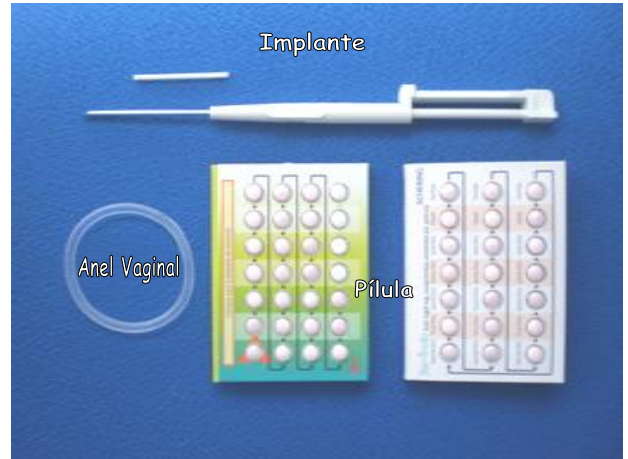
Fui informada da importância de eu contactar este serviço (para o 245 301 000, ext:11263 ou 11277) caso desista do processo de IVG, para que se proceda ao encerramento do meu processo, aberto nesta consulta.

Aceito de livre vontade, ser contactada pelo serviço em caso de ser necessário.

Data ____/____/____

Assinatura _____

APÊNDICE IX
(Kit de Métodos Contraceptivos - fotografias)



APÊNDICE X
(Guia de Orientação - fotografias)




□ Índice

Nota Prévia 4

Métodos Contraceptivos

 Adesivo (sistema transdérmico) ...5

 Anel Vaginal6

 Dispositivo intra - uterino: DIU ...7

 Implante8

 Pílula9

 Preservativo10

Referências Bibliográficas11

APÊNDICE XI

(Registo de Enfermagem da Consulta de IVG - impresso)

APÊNDICE XII

(Informação Clínica da Consulta de IVG - impresso)

APÊNDICE XIII

**(Sessão de Formação em Serviço: “Métodos Contraceptivos” -
diapositivos)**

Métodos Contraceptivos

Apresentação do Kit tomático



Apresentação Guia de Orientação

31/01/2011 @lga Salgueiro

Kit de Métodos Contraceptivos



Anel Vaginal



Implante



Pílula

Kit de Métodos Contraceptivos



Dispositivo Intra-uterino



Preservativo



Adesivo



Útero (modelo)

Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos



Índice

Nota Prévia 4

Métodos Contraceptivos

Adesivo (sistema transdérmico) ...5

Anel Vaginal6

Dispositivo intra-uterino: DIU ...7

Implante 8

Pílula9

Preservativo10

Referências Bibliográficas11

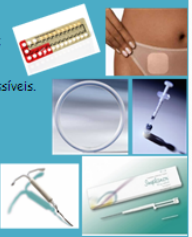
Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos

Nota Prévia
Quando se fala em Saúde Sexual e Reprodutiva estão subentendidos vários temas específicos...

- Direito à escolha da contraceção;
- Promoção da Educação Sexual;
- Promoção de uma sexualidade saudável e responsável;
- Prevenção da gravidez indesejada;
- Reduzir o número de infeções sexualmente transmissíveis.

Na escolha de um método contraceptivo adequado o profissional de saúde deve atender a três aspectos:

- Eficácia (durabilidade);
- Comodidade (de uso por parte da mulher);
- Segurança (efeitos secundários).



Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos

Estrutura geral para cada método:



Definição
Local
Eficácia
Quando colocar
Vantagens
Desvantagens
Contra-indicação
Interação

Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos



Adesivo



Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos



Definição	<ul style="list-style-type: none"> Adesivo fino, quadrado, confortável e fácil de colocar; Transfere continuamente hormonas (estrogénio e progesterona) através da pele para a corrente sanguínea, impedindo a ovulação. 	
Local	<ul style="list-style-type: none"> Braço (face externa); Dorso; Abdômen; Glúteos. 	<p>Alternar locais</p> <p>Não colocar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mamas Pele com escoriações ou irritada
Quando Colocar	<ul style="list-style-type: none"> Cada adesivo é colocado uma vez por semana, durante 3 semanas consecutivas, seguidas de uma semana de descanso. 1º adesivo coloca-se no 1º dia da menstruação (Não é necessário contraceção adicional) Adesivo colocado após o 6º dia da menstruação, é necessário usar método contraceptivo adicional (preservativo) Após 7 dias, o 1º adesivo é retirado e substituído por outro. A mudança acontece no 8º e 15º dia do ciclo, podendo ser mudado a qualquer hora do dia. Após 3 semanas faz-se a semana de descanso, surge hemorragia de privação. Surge novo ciclo após 7 dias sem adesivo. Sendo colocado novamente no 8º. 	

Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos



Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> Método reversível; Evita pensar todos os dias em contraceção; Fácil de usar; Em caso de vômitos ou diarreia não é colocada em causa a eficácia deste método; Hemorragias mais curtas, regulares e menos dolorosas; Pode fazer as suas actividades diárias, como: o banho, idas à piscina, exercício físico, sem tomar nenhuma medida de precaução.
Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> Não protege contra as IST's; Mulheres que têm contra-indicado o uso de pilula não devem usar este método.

Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos

Anel Mensal

Anel Vaginal

Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos

Definição	<ul style="list-style-type: none"> Anel de plástico, transparente e flexível; Impregnado de estrogénio e progesterona, que vão sendo libertados para a corrente sanguínea, de forma regular.
Local	Inserido na vagina pela própria mulher.
Quando colocar	<ul style="list-style-type: none"> 1º dia da menstruação, onde permanece durante 3 semanas; Segue-se um intervalo de 1 semana, até colocar novo anel; Durante este período surge hemorragia de privação (menstruação). Se sair acidentalmente da vagina poderá ser recolocado depois de lavado com água morna. Se esteve mais de 3 horas fora da vagina é recomendável usar o preservativo, especialmente se o facto se deu na primeira semana.
Contra-indicação	<ul style="list-style-type: none"> Durante a amamentação; Se tiver contra indicada a pilula; Problemas de fígado; Perdas de sangue entre as menstruações ou após relações sexuais; Câncer da mama ou aparelho reprodutor; Problemas Cardíacos.

Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos


Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> Evita pensar todos os dias em contraceção; Não interfere nas relações sexuais; Períodos mais regulares; Diminuição de dores menstruais; Em caso de vômitos ou diarreia a sua eficácia não é posta em causa, pois a hormona não necessita ser absorvida pelo tubo digestivo; É um método reversível: a mulher retoma a fertilidade inicial após retirar o anel;
Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> Não protege contra as IST's; Náuseas; Vômitos; Hemorragia vaginal; Rara perda ou aumento de peso; Irritação vaginal por diminuição da lubrificação.

Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos




Dispositivo Intra-uterino (DIU)

Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos



Definição	* Dispositivo de plástico revestido com fio de cobre.
Local	* Inserido no útero; * A colocação e remoção é realizada por um médico.
Eficácia	* Quando colocado assegura desde logo a contraceção (aconselhável abstinência sexual durante 48 horas). * 3, 5 ou 10 anos.
Quando colocar	* Nos últimos dias da menstruação; * Pode ser colocado 4 a 6 semanas após o parto ou aborto; * Pode ser colocado imediatamente após uma IVG inferior a 12s.
Indicação	* Mulheres que necessitam de um método muito eficaz e a quem a contraceção hormonal está contra-indicada; * Mulheres que se esquecem, com frequência, de tomar a pílula; * Fumadoras com mais de 35 anos; * Mulheres que não são capazes de utilizar outro tipo de contraceção ou não podem fazê-lo.

Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos



Vantagens	* Procedimento único que assegura a contraceção; * Não interfere nas relações sexuais; * Método "invisível"; * Método reversível (quando retirado a mulher retoma aos níveis anteriores de fertilidade).
Desvantagens	* Não protege contra as ISTs; * Aumento da quantidade ou duração do fluxo menstrual; * Rara dor pélvica.
Efeitos Colaterais	* Dor pélvica (Pode ocorrer no momento e durante alguns dias após a colocação); * Spotting (pode ocorrer nos primeiros meses após a colocação, desaparecendo com o tempo); * Menstruações mais abundantes (é vulgar um aumento da quantidade ou da duração do fluxo menstrual); * Corrimento vaginal (aumento da secreção mucóide, que não tem significado patológico).
Interação	* Anti-inflamatórios


Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos






Implante

Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos



Definição	* Pequeno bastonete flexível; * Liberta uma hormona (progesterona) que impede a ovulação.
Local	* Via subcutânea na face interna do braço, sob anestesia local; * A colocação e remoção é realizada por um médico.
Eficácia	* Eficácia 99%; * Eficaz durante 3 anos (ao fim destes pode ser substituído por um novo).
Quando colocar	* Começo: até ao 5º dia da menstruação, ficando logo protegida de uma gravidez indesejada); * Se colocado noutra dia do ciclo, recomenda-se o uso de preservativo durante 7 dias; * Pode ser retirado em qualquer altura.
Vantagens	* Método reversível (retorna à fertilidade pré-existente depois de retirado); * Evita pensar todos os dias em contraceção; * Pode ser usado por mulheres que não podem ou não querem tomar estrogénios; * Vômitos ou diarreia a eficácia não é posta em causa (pois a hormona não necessita ser absorvida pelo tubo digestivo); * A mulher pode amamentar-se usar o implante; * Não interfere sobre factores da coagulação, a fibrinólise e tensão arterial.

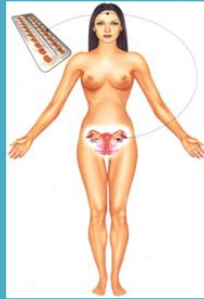
Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos



Desvantagens	* Não protege contra as ISTs; * Irregularidades no ciclo menstrual, podendo variar entre spotting e amenorreia (devido à ausência de estrogénio); * Leve aumento de peso; * Podem surgir quistos benignos (geralmente desaparecem sem tratamento); * Cefaleias; * Náuseas; * Variações de humor.
Contra-indicação	* Suspeita de gravidez; * Distúrbios hepáticos e renais; * Perdas de sangue entre as menstruações ou após relações sexuais; * Cancro da mama ou aparelho reprodutor; * Problemas cardíacos.
Interação	* Epilépticos

Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos

☐ Pílula



Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos



Definição	Método que utiliza hormonas (estrogénio e progesterona) para inibir a ovulação.
Quando tomar	*Início: 1º dia da menstruação (não é necessário método adicional); *Após o 6º dia deve ser usado método adicional durante 7 dias (preservativo); *Deve sempre ser tomada à mesma hora.
Esquecimento de tomar pílula	* Atraso inferior a 12 horas: tomar a pílula logo que se lembre, continuar a tomar a pílula à hora habitual. * Atraso superior a 12 horas: tomar a pílula assim que se lembre usando um método contraceptivo adicional (preservativo durante 7 dias)
Pílula – vômitos e/ou diarreia	* Se passaram menos de 4 horas: tomar outro comprimido e continuar a toma à hora habitual. Se continuar a sintomatologia o procedimento é igual ao atraso superior a 12 horas. * Se passaram mais de 4 horas: eficácia mantém-se assegurada. A toma da pílula deve ser feita de forma habitual.

Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos



Contra-indicação	*Diabetes mellitus; *Hipertensão; *Hipertipidémia; *Depressão grave; *Epilepsia; *Cefaleias graves; *Distúrbios vasculares, renais ou hepáticos.
Vantagens	*Não interfere na relação sexual; *Regula os ciclos menstruais; *Melhora a tensão pré-menstrual e a dismenorreia; *Não afecta a fertilidade; *Reduzem 50% o risco de cancro do ovário e do endométrio; *Diminui a incidência de quistos do ovário e a doença poliquística.
Desvantagens	*Dificuldade em fazer a toma diária e regular da pílula; *Não protege contra as ISTs; *Podem surgir náuseas e vômitos; *Alterações de peso; *Spotting
Interação	*Antifúngicos; *Anticonvulsivantes; *Antibióticos.

Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos



☐ Preservativo

Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos



Definição	*Fabricado em látex, pré-lubrificado;
Eficácia	*5-10 gravidezes em 100 mulheres/ano.
Local	*Colocado no pénis erecto antes do contacto genital.
Vantagens	* Único método que protege contra as IST's e respectivas consequências; *Não tem efeitos sistémicos; *Não necessita de supervisão médica; *Estimula o envolvimento masculino na contraceção e na prevenção de IST's; *Pode contribuir para minorar situações de ejaculação prematura.
Desvantagens	*Raramente surge alergia ao látex; *Se não for correctamente colocado, pode rasgar ou ficar retido na vagina durante o coito; *Pode interferir negativamente com o acto sexual.

Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos

☐ Sites consultados:

APF - Associação para o Planeamento da Família: Portal de Saúde Sexual e Reprodutiva:
<http://www.apf.pt/?area=100&mid=003&lvt=LVT49e89df9a8764>
Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar:
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/1005991.pdf>

Obrigada

APÊNDICE XIV

(Sessão de Educação para a Saúde: “Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência” - diapositivos)



A Contraceção

É qualquer processo que evite a fertilização do óvulo ou a implantação do ovo.

- * Direito ao casal/mulher
- * Acesso fácil
- * Equacionar cada caso

Factores a ter em conta para uma escolha mais ajustada:

- Idade
- Perfil saúde
- Valores culturais
- Objectivos em termos de Planeamento Familiar
- Modo de acção dos vários métodos (eficácia, efeitos colaterais, ...)

Métodos Contraceptivos

Métodos Naturais:

- Coito interrompido
- Método Ogino-Knauss (calendário ou tabela)
- Método Billings
- Método da Temperatura

Métodos de Barreira:

- Preservativo masculino
- Preservativo Feminino
- Diafragma
- Espermicidas

Métodos Hormonais:

- Oral – Pílula
- Injectável – Depo-Provera
- Implante – Implanon
- Adesivo – Evra *Novidade*
- Anel Vaginal – Nuvaring *Novidade*

Métodos Intra-Uterinos:

- DIU
- SIU

Métodos Definitivos:

- Esterilização Masculina
- Esterilização Feminina

Métodos Naturais

(NÃO PROTEGEM DAS IST's ou GRAVIDEZ)

- Baseiam-se no facto de a mulher ter apenas alguns dias férteis no seu ciclo menstrual, o chamado período fértil ou "perigoso".
- O principal objectivo é conhecer o dia da ovulação para que a mulher possa determinar, ao certo, qual é o período fértil.

Coito Interrompido

Consiste em retirar o pénis da vagina antes que se dê a ejaculação.

Desvantagens:

- Exige um grande auto-domínio, que origina ansiedade e tensão psicológica perturbadoras do bem-estar;
- Implica uma quebra na relação e uma forte limitação no usufruir do prazer sexual;
- Não é seguro, pois durante o período de excitação sexual, é normal que o pénis expulse algumas gotas de líquido, e estas podem já conter espermatozoides.

Método de Ogino-Knauss (Calendário ou tabela)

Consiste em estudar a duração dos ciclos menstruais, durante vários meses (6 a 12 ciclos consecutivos), e determinar, por cálculo matemático, o dia provável da ovulação que, teoricamente será cerca do 15º dia antes da menstruação seguinte.

* Tendo em conta que a fase fértil começa no 18º dia antes de acabar o menor ciclo e vai até o 11º dia antes de acabar o maior ciclo:

Primeiro dia fértil = menor ciclo - 18, por exemplo 25 dias, o primeiro dia fértil é o 7º dia.

Último dia fértil = maior ciclo - 11, por exemplo 30 dias, o último dia do período fértil será o 19º dia.

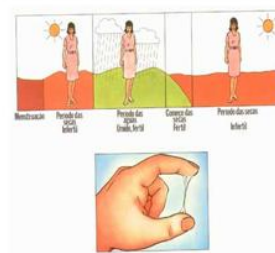
* Durante esta fase, a mulher deve abster-se de ter relações sexuais para não haver a gravidez.

* O risco é que nenhuma mulher sabe ao certo se seu ciclo irá permanecer o mesmo, uma vez que este é modificado por emoções, sentimentos e doenças.



Método de Billings

* Consiste na observação das alterações do muco cervical (secreção normal produzida pelo colo do útero, que se torna mais abundante, mais líquido e mais transparente na altura da ovulação (consistência tipo de clara de ovo).



* Após a ovulação, o muco fica mais espesso, de cor amarelada e a sua quantidade diminui, devido à acção da progesterona.

* A mulher irá observar a quantidade de humidade nos pequenos lábios e na vagina, vendo a distensão do muco entre dois dedos.

NÃO PROTEGE DAS IST's

Método da Temperatura

Consiste na avaliação diária da temperatura basal, antes de efectuar qualquer actividade (normalmente ao acordar).



* Um aumento da temperatura (0,5°C) ocorre 24-36 horas após a ovulação e assim permanece durante o restante ciclo.

* Se tiver ocorrido uma relação sexual 3 a 4 dias antes da ovulação, pode surgir uma gravidez, porque os espermatozoides conseguem manter-se com vida durante este período de tempo

NÃO PROTEGE DAS IST's



Pílula

(Método Hormonal - impede a ovulação)

Tipos

- * Combinada (monofásica ou trifásica): estrogénio + progestagénio
- * Progestativa (mini-pílula): só progestagénio

Modo de utilização:

Combinada

- 1 Comprimido diário aproximadamente à mesma hora;
- iniciar no 1º dia do ciclo, durante 21 dias;
- pausa de 7 dias;
- 8º dia começa nova embalagem.



Progestativa

- 1 comprimido diariamente exactamente à mesma hora;
- todos os dias do ciclo.

NÃO PROTEGE DAS IST's



Pílula

(Método Hormonal - impede a ovulação)

Vantagens:

- Facilmente acessível;
- Administração prática e cómoda;
- Acção reversível.



Desvantagens:

- Produto sintético que interfere com o equilíbrio normal da mulher;
- Possíveis efeitos adversos dependendo da dose;
- Necessidade de vigilância médica regular;
- Diminuição da sua acção com perda de eficácia com a toma simultânea de alguns medicamentos.



Implante

(Método Hormonal - contraceção de longa duração/três anos)

Modo de utilização:

- Aplicação subcutânea, realizada com um aplicador próprio e com anestesia local;
- É inserido no lado interno da parte superior do braço, cerca de 6-8 cm acima da prega do cotovelo;
- Necessidade de outro método associado durante 7 dias.



Indicações:

- Dificuldade na utilização de outros métodos;
- Fluxo menstrual abundante;
- Contra-indicação aos estrogénios.



NÃO PROTEGE DAS IST's

Sistema Transdérmico (adesivo)

(Método Hormonal - impede a ovulação/absorção de estrogénio e progestagénio através da pele)

Modo de utilização:

- Embalagens com 3 adesivos;
- Colocar um adesivo nas 1ª 24h de menstruação (usando preservativo nos 7 dias seguintes);
- É colocado um adesivo durante 7 dias (ao 8º dia coloca-se um novo adesivo).
- Cada adesivo deve ser mudado semanalmente durante três semanas, seguido por uma semana sem adesivo, quando aparece a menstruação;
- Pode ser colocado: nádegas, abdómen, parte superior e externa do braço ou parte superior do ombro (excluindo as mamas).



Vantagens:

- Não sai ao tomar banho;
- Evita passagem hepática.



NÃO PROTEGE DAS IST's

Anel Vaginal

(Método Hormonal de baixa dosagem - impede a ovulação/absorção de estrogénio e progestagénio através da parede vaginal)

Modo de utilização:

- Colocar o anel nas 1ª 24h de menstruação, no interior da vagina (como se tivesse a colocar um "tampão");
- Retirar quando completar 21 dias (no mesmo dia da semana em que foi colocado);
- Fazer pausa de 1 semana;
- Colocar outro anel no mesmo dia da semana em que foi retirado (ex: sábado).



Vantagens:

- Aplicação mensal (durante 3 semanas)
- Menos desequilíbrios hormonais (constante e baixa libertação de hormonas)
- Evita passagem hepática.



NÃO PROTEGE DAS IST's

Pilula do dia seguinte

(Contraceção de Emergência)

Modo de utilização:

- Administração nas 72 horas após o acto sexual desprotegido

4 pilulas combinadas:

- 2 comp. o mais cedo possível
- 2 comp. 12h depois dos primeiros
- Sujeito a Receita Médica (TetraGynon)

ou

2 pilulas só com progestativo

- 1 comp. o mais cedo possível
- 1 comp. 12h depois do primeiro
- Venda Livre (Norlevo, Levonelle)



Indicações:

- Uso incorrecto ou falha do método contraceptivo.

Contra-indicações:

- Não existem, excepto a gravidez (não é abortiva).

Efeitos secundários:

- Náuseas/vómitos nas 1^{as} 24 horas;
- Tensão mamária e spotting;
- Cefaleias e dores abdominais.

NÃO PROTEGE DAS IST's

1

Dispositivo Intra-uterino (DIU)

Modo de utilização:

- Inserido no útero, por um médico, nos últimos dias de menstruação.
- É um método de longa duração (3, 5 e 10 anos)

Indicações:

- Mulheres que já tenham filhos.
- Mulheres com ou sem filhos que não possam fazer métodos hormonais (ex: mulheres fumadoras com mais de 35 anos).

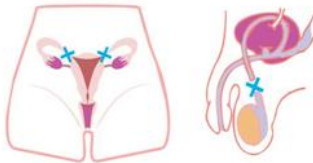


NÃO PROTEGE DAS IST's

2

Laqueação de trompas (Vasectomia)

(Métodos definitivos ou irreversíveis - esterilização feminina e masculina)



Modo de utilização:

- Exige uma cirurgia que pode ser com anestesia geral ou local.

Indicações:

- Casais que não desejam ter mais filhos.

NÃO PROTEGE DAS IST's

3

Preservativo Feminino

(Método de Barreira mecânica - impede o encontro entre o espermatozóide e o óvulo)

Modo de utilização:

- Segurar o preservativo com a extremidade aberta para baixo;
- Usar o polegar e o dedo médio para comprimir o anel flexível do lado fechado, de forma a torná-lo um anel estreito;
- Inserir o anel e o preservativo na vagina;
- Usar o dedo indicador para empurrar o anel o mais profundamente possível na vagina;
- No final do coito torcer o anel externo e puxar delicadamente o preservativo para fora e deitar no lixo (não na sanita)

Eficácia: O nível de protecção é o mesmo que o preservativo masculino



4

Preservativo Feminino

(Método de Barreira mecânica - impede o encontro entre o espermatozóide e o óvulo)

Desvantagens:

- Não está ainda disponível em farmácias (só em alguns centros de saúde, hospitais, organizações não governamentais, como a APF).
- Não utilizar ao mesmo tempo que o preservativo masculino.



Vantagens:

- Pode ser inserido até 8 horas antes do coito;
- Diminui o risco de gravidez e ...

MÉTODO QUE PROTEGE DAS IST's

5

Preservativo Masculino

(Método de Barreira mecânica - impede o encontro entre o espermatozóide e o óvulo)

Modo de utilização:

- 1) Abrir a embalagem com cuidado para não danificar o preservativo e colocar antes de qualquer contacto entre os órgãos genitais;
- 2) Com o pénis em erecção, desenrolar com cuidado, deixando um espaço, ou reservatório, na extremidade sem conter ar (para evitar que se rompa);
- 3) Desenrolar até à base do pénis;
- 4) Retirar logo após a ejaculação, tendo o cuidado de o segurar para impedir que fique retido na vagina. Dar um nó na extremidade aberta do preservativo e deitar para o balde do lixo (não deitar para o chão ou para a sanita).

Eficácia de 100% (quando utilizado correctamente)

(ÚNICO) MÉTODO QUE PROTEGE DAS IST's



Preservativo Masculino

(Método de Barreira mecânica - impede o encontro entre o espermatozóide e o óvulo)

Vantagens:

- Vende-se sem receita médica;
- Não interfere com o ciclo menstrual;
- Ausência de efeitos sobre o organismo;
- Protecção contra infecções sexualmente transmissíveis;
- Pode melhorar situações de ejaculação precoce.



Desvantagens:

- Por vezes provoca alergias (ao látex);
- Pode ficar retido na vagina por perda precoce de erecção;
- Pode rasgar durante o coito.

1

Infecções Sexualmente Transmissíveis

* As ISTs, transmitem-se essencialmente através das relações sexuais, mas podem atingir não só os órgãos genitais como todo o corpo.

O aumento "assustador" das ISTs, nos dias de hoje é uma questão grave de Saúde Pública, que tem como principais causas:

- * Mudanças dos comportamentos sexuais, sobretudo dos jovens.
 - início precoce da vida sexual;
 - vários parceiros (as).
- * A toxicodependência do (a) próprio ou do (a) parceiro (a).
- * Falta de uma Educação Sexual, que informe sobre:
 - a prevenção;
 - os sinais e sintomas de alerta da doença;
 - as consequências do não tratamento.

2

Infecções Sexualmente Transmissíveis

DOENÇA/CAUSA	TRANSMISSÃO	SINTOMAS/HOMENS	SINTOMAS/MULHERES	PROFILAXIAS
Gonorreia <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (bactéria)	Directo: contacto sexual e parit. Indirecto: roupa interior, toalhas, artigos de higiene íntima	Dor nos 2 urínios. Comimento amarelado e com pus na uretra.	80% não apresentam sintomas. Andar à urinar e comimento.	Hi-prostatina, epididimite, nódulo inflamatório, nódulo inflamatório. M. Doença Inflamatória Pélvica, Bortolinitis, esterilidade e possível cegueira do recém-nascido.
Sífilis <i>Tréponema pallidum</i> (bactéria)	Directo: contacto sexual, via placentária (sífilis congénita)	Fase 1: úlcera avermelhada, indolores nos genitais, boca ou brux ("cancro duro") Fase 2: gânglios linfáticos nas virilhas, axilas ou pescoço. Manchas no peito, costas, mãos e pés.	Pode não ser perceptível se a lesão se localizar na vagina. A primeira ferida desaparece mas a infecção persiste e pode atingir vários órgãos.	Lesões no sistema circulatório e nervoso. Pode ser fatal se não for tratada. Malformação ou morte do recém-nascido.

3

Infecções Sexualmente Transmissíveis

DOENÇA/CAUSA	TRANSMISSÃO	SINTOMAS/HOMENS	SINTOMAS/MULHERES	PROFILAXIAS
Herpes (<i>Vírus simplex 1 e 2</i>) Herpes 2 (genital)	Herpes 1 (mucosa oral) Herpes 2 (genital)	Verúculas dolorosas nos genitais. Muito contagioso.	As feridas podem estar localizadas no colo do útero. As gânglios não visíveis não visíveis o mártir.	Persistência da infecção (existem medicamentos, mas a cura é difícil). Pode contagiar o feto.
Condiloma Acuminado (<i>Vírus da papiloma humano</i>)	Directo: sexo oral, vaginal e anal. Indirecto: esponjas públicas	Inchapas que se localizam nos genitais externos e à sua volta com a forma de verrugas. Desenvolvem-se em zonas húmidas.	Inchapas que se localizam na vagina, colo do útero, genitais internos e assuolito. Pode ter a forma de uma couve-flor.	As mulheres devem fazer o rastreio através do teste de Papanicolaou, pois aumenta o risco de cancro do colo do útero (90%). Recentemente foi lançada no mercado uma vacina que previne a infecção por alguns dos subtipos mais frequentes de HPV, encontrando-se já no plano nacional de vacinação.

4

Infecções Sexualmente Transmissíveis

DOENÇA/CAUSA	TRANSMISSÃO	SINTOMAS/HOMENS	SINTOMAS/MULHERES	PROFILAXIAS
Pediculose <i>Phtirus pubis</i> (parasita - visível à vista desarmada)	Directo: acto sexual Indirecto: roupa de cama, vestimentas, uso comum de toalhas e toalhetes.	Fome comichão, podendo aparecer feridas pelo copo. Andar à urinar, dor/irritação, vulgarmente chamadas de "Oratos" (obstrução de uriditencia nos pêlos públicos, mas também nos pêlos axilares, coxas, axilas, nuca e sobrancaia).		Persistência da infecção.
Tricomoníase <i>Trichomonas vaginalis</i> (parasita)	Contacto sexual: roupa interior, toalhas	Andar à urinar? Pus na uretra. Podem não apresentar sintomas (estas são mais frequentes nas mulheres).	Dor nos 2 urínios. Mau estar nas relações sexuais. Odoor desagradável e comimento amarelado esverdeado.	Infecções persistentes (M. infecção uriditica). Hi uretrite).
Candidíase <i>Candida albicans</i> (fungo)	Directo: contacto sexual Não é de transmissão exclusivamente sexual diabetes, grandes, uso de contraceptivos orais, uso de antibióticos e medicamentos imunossupressivos (que diminuem as defesas imunológicas do organismo) obesidade, uso de roupas justas e húmidas, etc.	Sensação de ardor forte à urinar.	Prurido intenso na zona vulvo-vaginal.	Persistência da infecção.

5

Infecções Sexualmente Transmissíveis

DOENÇA/CAUSA	TRANSMISSÃO	SINTOMAS/HOMENS	SINTOMAS/MULHERES	PROFILAXIAS
Hepatite B (<i>Vírus da hepatite B</i>)	Sangue, sêmen, secreção vaginal, via placentária, leite materno, saliva, partilha de agulha de dentes, lâminas de barbear	Cançaço, febre baixa, icterícia, desconforto abdominal. Existe vacina que já faz parte do Programa Nacional de Vacinação.		Evolução para doença crónica
Hepatite C (<i>Vírus da hepatite C</i>)		Cançaço, febre baixa, icterícia, desconforto abdominal. Não existe vacina.		Evolução para doença crónica. Câncer. Cancro do fígado
SIDA (<i>Vírus da Imunodeficiência Humana</i>)	Contacto sexual, sangue, parto, partilha de agulhas	Perda de peso acentuada, diarreia crónica (mais de 3 meses de duração), febre persistente (mais de 1 mês), aparecimento de diversas infeções (com diminuição das reacções)		Rápida evolução da doença

Seve seguro de compo vestido!



6



Consequências da Gravidez na Adolescência

Consequências psicológicas:

- Maior incidência de baixa de auto-estima;
- Stress e depressão;
- Abandono escolar que pode levar à frustração, quer nas raparigas (têm que cuidar e amamentar o bebé) quer nos rapazes (têm que trabalhar para sustentar o bebé);
- Potencial rejeição por parte do parceiro;
- Sentimentos de culpabilidade.

Consequências associadas à decisão de interromper a gravidez:

- Se o processo de interrupção for clandestino, as consequências podem ser graves (hemorragias, infecção ou até a morte);
- Infertilidade;
- Em termos psicológicos é muito perturbador (depressão, culpabilidade).

Prevenção da Gravidez na Adolescência

✓ Abstinência sexual ou iniciação tardia da actividade sexual, so quando se sentirem preparados para assumir uma relação madura e responsável (não se deve ceder aos caprichos do parceiro, como «prova de amor!»?);

✓ Esclarecer dúvidas e falar abertamente sobre sexualidade com os pais, técnicos de saúde ou professores;

✓ Utilização frequente de forma consciente e correcta do uso de métodos contraceptivos, preferencialmente a dupla contraceção – hormonal – preservativo (previne a gravidez e protege de ISTs).



Higiene e Saúde na Puberdade



A **puberdade** é a fase do desenvolvimento humano em que as glândulas sebáceas e sudoríparas aumentam o seu funcionamento exigindo “novos” hábitos de higiene pessoal e de saúde.

Em ambos os sexos, ocorrem mudanças dos níveis hormonais, que vão produzir substâncias capazes de originarem odores corporais desagradáveis.

Os pré-adolescentes não estão, com frequência, muito receptivos e informados sobre práticas saudáveis relacionadas com a alimentação e nutrição, a higiene pessoal, a limpeza dos locais de estudo e de dormir, a actividade física, etc.



Na puberdade as glândulas sebáceas produzem muito sebo, ou seja, uma substância oleosa que pode tornar o cabelo oleoso e dar origem a borbulhas e pontos negros. As glândulas sudoríparas libertam mais suor, sobretudo nas axilas e à volta de zona genital.

- ✓ Banho diário ou lavagem das zonas corporais;
- ✓ Mudança diária da roupa interior, que deve ser de algodão – evitar dormir com cueca/slip e soutiã;
- ✓ Evitar o uso de penso diário e mudar de 2/2h durante a menstruação;
- ✓ Pele com acne – lavagem diária com gel próprio ou sabonete de glicerina, usar esfoliante 2X por semana e creme hidratante diário – **não espremer as borbulhas ou pontos negros**.

Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência

Sites consultados:

- <http://www.apf.pt/?area=100&mid=003&ivr=VT49e89df9a6764>
- <http://www.dss.pt/uploag/membroid/ficheiros/005991.pdf>
- <http://oeventos.blogspot.com/2010/11/metodos-anticoncepcionais-metodode.html>
- <http://aeducacaosexual.blogspot.com/2011/01/2-ciclo-area-5-saude-sexual-e.html>

Obrigada!

15 e 17 de Fevereiro de 2011

Prof.ª - *Albiteria Elna Salgueiro*

APÊNDICE XV

(Sessão de Educação para a Saúde: “A Interrupção Voluntária da Gravidez na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano” - diapositivos)



ULSNA

Dimensão do problema

No Mundo:

- 20 milhões de abortos inseguros/ano.
- 80.000 mulheres morrem por ano devido a complicações de aborto inseguro, o qual pode, também, comprometer o futuro reprodutivo da mulher, causando, por exemplo, infertilidade.
- Estima-se que 123 milhões de casais não utilizem contraceção, embora pretendam espaçar ou limitar as gravidezes.

Em Portugal (com base no relatório da DGS):

- Foram realizadas 18.014 (em 2008) e 18.951 IVGs (em 2009).
- 1,6% das mulheres realizaram 2 IVGs em 2009.
- 4,7% das mulheres que realizaram IVG em 2009, haviam realizado uma anterior em 2008.

ULSNA

A situação em Portugal – antes e depois da alteração à Lei da IVG

- Até 1984 o aborto era totalmente proibido em Portugal.

Foi aprovada a Lei 6/64 – Lei de exclusão de ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez:

- risco de vida da mulher (sem limite de tempo);
- risco grave para a saúde física e psíquica da mulher (12 semanas);
- violação (12 semanas);
- malformações do feto (16 semanas).

- Em 1997 (Lei 90/97) houve alargamento dos prazos em:
 - para 16 semanas;
 - para 24 semanas.

ULSNA

A situação em Portugal – antes e depois da alteração à Lei da IVG

- Durante todos estes anos, o aborto foi a 1ª causa de morte materna em Portugal e a razão que levou milhares de mulheres aos hospitais com abortos retidos/incompletos ou com outras complicações mais graves.
- Em Junho 1998 – 1º Referendo (Não – 50%) sem efeito vinculativo porque só 31% do eleitorado é que participou.

Mediatização de diversos julgamentos de mulheres e profissionais de saúde (Julgamento da Maia em 2001 e 2002 com um total de 43 arguidos).

- Em Fevereiro de 2007 – 2º Referendo (ganhou o SIM - 60%) com a questão: "Concorda com a despenalização da Interrupção Voluntária da Gravidez, se realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas, em estabelecimento de saúde legalmente autorizado?"

ULSNA

Actual Legislação Portuguesa sobre IVG

- A Lei 16/2007 de 17 de Abril, permite que as mulheres possam solicitar uma IVG se:
 - Constitua o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física e psíquica da mulher grávida;
 - Se mostre indicado para evitar o perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física e psíquica da mulher grávida, e seja realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;
 - Haja seguros motivos para rever que o nascituro venha a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e seja realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;
 - A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e auto determinação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas de gravidez;
 - For realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

ULSNA

Actual Legislação Portuguesa sobre IVG

- Se penso interromper a gravidez, onde devo dirigir-me?**
A estabelecimentos de saúde públicos ou em estabelecimentos privados oficialmente reconhecidos. No caso dos primeiros, a mulher deverá dirigir-se ao Centro de Saúde ou Hospital da sua área de residência. A IVG pode ser feita através de fármacos - o método medicamentoso - ou através de aspiração - o método cirúrgico.
- Sou estrangeira ou imigrante. Tenho os mesmos direitos?**
Dispõem dos mesmos direitos no acesso a serviços e consultas de Saúde Sexual e Reprodutiva, independentemente da sua situação legal.
- É confidencial?**
De acordo com a ética profissional inerente a qualquer prestação de cuidados de saúde, a intimidade e o respeito pela esfera íntima dos utentes, assim como as decisões, estão sujeitas à confidencialidade e ao segredo profissional.
- É gratuito?**
No Sistema Nacional de Saúde (centros de saúde e hospitais públicos) todas as grávidas estão isentas do pagamento de custos ou taxas moderadoras.

A IVG na ULSNA

* Início em 11 de Julho de 2007

* **Área de influência:**
 Distrito de Portalegre (15 concelhos) Distrito de Évora (7 concelhos)

A IVG na ULSNA

* **Recursos Humanos:**
 Médicos = 1 residentes + 3 tafeiros
 Enfermagem = 11 Enfermeiras
 Administrativa = 1 técnica
 Enfermeiros de Referência (C.Saúde) = 16 (PTG) + 7 (Évora)

Processo de IVG

* **Consulta prévia (1ª consulta)**
 → é de carácter obrigatório e deve ser marcada pelo centro de saúde
 (o período entre a marcação e a realização da consulta não pode exceder os 5 dias);
 → marcações às 3ª e 5ª-feiras (de manhã) e 6ª-feiras (às 14 horas), num máximo de três em cada período.

A IVG na ULSNA

* **Consulta prévia (1ª consulta)**
 → o técnico de saúde deve esclarecer todas as dúvidas da mulher, fornecer a informação necessária e garantir a ausência de pressões, tendo em vista uma tomada de decisão livre, informada e responsável; a mulher pode fazer-se acompanhar por terceiros em todo o processo de IVG.
 → após clarificado o pedido de IVG (carta médica devidamente identificada com vinheta médica ou código de barras e expresso o pedido de IVG), é determinado o tempo de gestação (através de ecografia) e «incentivado» o método medicamentoso;
 → estudo analítico – Hemograma (coagulação + Serologias + Grupo de Sangue (fazer o pedido de imunoglobulina anti-D, na mulher Rh -));
 → é um espaço privilegiado para o esclarecimento sobre os métodos contraceptivos.

A IVG na ULSNA

* **Consulta prévia (1ª consulta)**
 → é entregue à mulher um impresso do Consentimento Livre e Esclarecido que deverá ser lido, assinado e entregue ao técnico até à data da 2ª consulta;
 → no caso das mulheres menores de 16 anos ou mulheres psiquicamente incapazes, o Consentimento Livre e Esclarecido terá de ser assinado pelo seu representante legal (pai, mãe ou tutor devidamente identificado – deixar no processo, fotocópia dos cartões de cidadão ou da certidão de tutela emitida pelo tribunal);
 → é obrigatório um período de reflexão mínimo de 3 dias, entre a consulta prévia e a 2ª consulta, durante a qual a mulher pode solicitar apoio psicológico ou social. Este período poderá ser mais longo se a mulher assim o desejar (entre a assinatura do consentimento e a 2ª consulta não pode exceder 5 dias);
 → no final da consulta prévia são marcadas a 2ª e 3ª consulta.

A IVG na ULSNA

2ª consulta: 1ª toma de medicação (Mifepristone 200mg+ Azitromicina 1000mg);
 → entrega do consentimento informado;
 → administração de imunoglobulina anti-D (mulher RH-).
 (36 a 48 horas)

3ª consulta: 2ª toma de medicação (Misoprostol, 4 comprimidos, via vaginal)
 → marcação da 4ª consulta, ao fim de 15 dias, para avaliação ecográfica
 → Informar a mulher sobre os sinais de alarme pós-aborto, que a devem trazer ao SU:
 ❖ Hemorragia muito abundante (utilização de mais de 2 pensos ultra absorventes por hora, durante 2 horas consecutivas);
 ❖ Súbita hemorragia 2 semanas ou mais pós-IVG;
 ❖ Febre alta e persistente;

A IVG na ULSNA

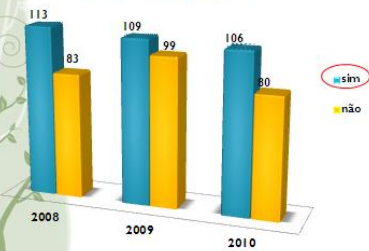
3ª consulta: (sinais de alarme - continuação)
 ❖ Cólicas abdominais acompanhadas de dores violentas;
 ❖ Episódios de diarreia persistentes após as primeiras 24 horas;
 ❖ Desconforto emocional muito intenso e prolongado, ao ponto de interferir com o quotidiano.
 (15 dias)

4ª consulta: avaliação ecográfica e implementação de método contraceptivo
 → resolução total = marcação de consulta de P.Familiar no C.Saúde;
 → resolução parcial = misoprostol e marcação de 5ª consulta com ECO;
 → persistência de restos ovulares na 5ª consulta = curetagem
 (15 dias)

Consulta de P. Familiar no C.Saúde: ideal para a mulher se informar e iniciar de forma correcta e sistemática a contracepção mais adequada ao seu caso.

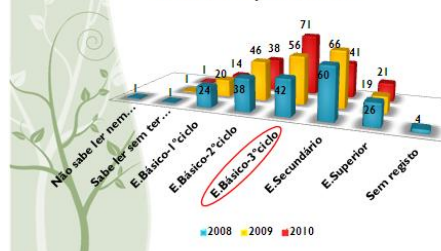
A IVG na ULSNA (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

Distribuição da população no triénio/vivência em casal



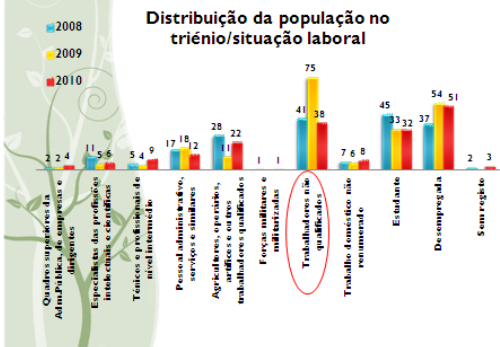
A IVG na ULSNA (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

Distribuição da população no triénio/instrução concluída



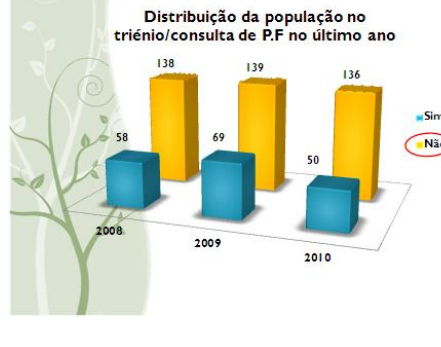
A IVG na ULSNA (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

Distribuição da população no triénio/situação laboral



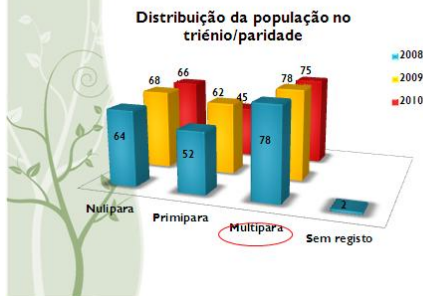
A IVG na ULSNA (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

Distribuição da população no triénio/consulta de P.F no último ano



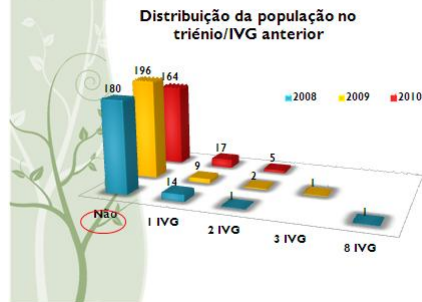
A IVG na ULSNA (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

Distribuição da população no triénio/paridade



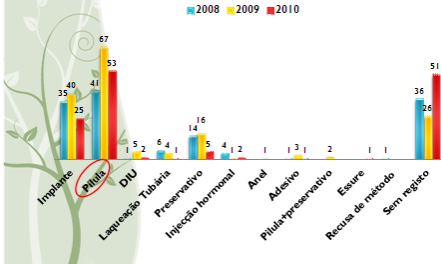
A IVG na ULSNA (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

Distribuição da população no triénio/IVG anterior



A IVG na ULSNA (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

Distribuição da população no triénio/contraceção pós-IVG



A IVG na ULSNA (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

C. Prévia	Salutância PFG	Aceite	Indistância	IVGs realizados	Realização total	Abordagem cirúrgica	Complicações	Contraceção Pós-IVG
598	590	530	42	488	305	52	134	356
	100%	90%	7%	83%	100%	62.5%	11%	27%
								73%

Idade	LG	PP prévia	Conceção	Estado civil	Vive com	Instrução	Situação laboral	Paridade	Contraceção Pré e Pós-IVG
20-24	45	Não	1º Elvas	Solteira	Sim	E Básico 3º ciclo	1º Não qualificado 2º Desemprego 3º Estudante	Multipara	(Pré) Pílula (Pós) Pílula
25-33									
13-51									
Nacidas		Nº total	IVG em 2007	IVG em 2008	IVG em 2009	IVG em 2010			
2008		1		1					
2009		1	1						
2010		9		1	6	2			

A IVG na ULSNA (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

Total de partos = 1297

Total de IVGs = 598



A IVG na ULSNA



«Metade das mulheres portuguesas em idade fértil **não faz contraceção**, optando pela prática de relações sexuais desprotegidas»

(4º Inquérito Nacional de Saúde, 2007)

A IVG na ULSNA



«A utilização de protecção é essencial para uma vida sexual plena e consciente»

(Ana Gomes, 34 anos, em www.saudereprodutiva.dgs.pt)

Referências Bibliográficas:

Direcção Geral da Saúde (2010). Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez – Janeiro a Dezembro de 2009. In *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Acedido a 14 de Março de 2011 em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>

Portal do Instituto Nacional de Estatística:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpcid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=6449883&DESTAQUESsmode=2&xlang=pt

APÊNDICE XVI

(Plano da Sessão de Formação em Serviço: “Métodos Contraceptivos”)

Plano de Secção em Serviço

<p>Título: <i>Métodos Contraceptivos – apresentação de Kit Temático e de Guia de Orientação</i></p> <p>Data: 31 de Janeiro de 2011</p> <p>Duração: 60 minutos</p> <p>Local: Sala de Multiusos da Maternidade Dr. Francisco Feitinha</p>	<p>Formador: Elsa Salgueiro (mestranda)</p> <p>Destinatários: Enfermeiros da consulta de IVG</p>	<p>Objectivo Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criar um instrumento de coadjuvação na informação contraceptiva das utentes da consulta de IVG <p>Objectivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Operacionalizar o Kit contraceptivo e o Guia de orientação; - Capacitar as utentes da consulta de IVG, a realizar um escolha contraceptiva esclarecida e responsável; - Apoiar o enfermeiro em termos técnico-científicos na realização de informação contraceptiva.
---	--	--

Conteúdos programáticos	Métodos Pedagógicos	Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnico-pedagógicos	Avaliação	Duração (min.)	Referências Bibliográficas
<i>Introdução</i>	Expositivo		Computador Televisão		5'	APF - Associação para o Planeamento da Família: <u>Portal de Saúde Sexual e Reprodutiva:</u> http://www.apf.pt/?area=100&mid=003&lvt=LVT49e89df9a8764 Saúde Reprodutiva: <u>Planeamento Familiar</u> http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005991.pdf
<i>Desenvolvimento:</i> Métodos Contraceptivos: <ul style="list-style-type: none"> • Definição • Local de colocação • Eficácia • Quando colocar • Vantagens e desvantagens • Contra-indicação e Interacção 	Expositivo Demonstrativo	Formação em serviço	Apresentação PowerPoint Kit Contraceptivo Guia de Orientação	Indicadores de participação (atenção geral ao conteúdos, ruído na sala, questões finais)	35'	
<i>Síntese dos conteúdos</i> Esclarecimento de dúvidas	Expositivo			Questionário de escolha múltipla	20'	

APÊNDICE XVII

(Estratos das entrevistas realizadas às EESMOG da consulta de IVG)

Estratos das entrevistas realizadas as EESMOG da consulta de IVG

Entrevista	Unidades de contexto
1	<p>...o meu papel é cuidar da mulher, independentemente do motivo (...) mas aceitei entrar no projecto, porque a minha função é cuidar da mulher é prestar-lhe os melhores cuidados e as melhores condições que ela pode ter em consciência, decidir o que é melhor naquele momento para ela...</p> <p>...na última vez que estive lá na consulta prévia, foi: vieram duas senhoras do centro de saúde, até posso dizer que um era o centro de saúde de Arronches, que a senhora vinha com seis semanas e tal, perto das sete semanas de gravidez e não trazia análises nenhuma, de tipo nenhum, o que inicialmente isso era mais rígido, elas vinham logo com análises e o médico via logo na altura as análises. O que eu acho que passa a acontecer, o que está agora a acontecer nós vemos as análises e confirmamos os grupos de sangue e o médico nunca mais, nem sequer se preocupa com isso. Não é que nós não sejamos capaz de o fazer, mas isso dá-lhes jeito a eles ser assim, eles não se sentem responsáveis pelo processo em si...</p> <p>...em termos da minha experiência, sinceramente eu por vezes fico também comovida e, e... sinto-me triste, ao mesmo tempo quando vejo um embrião perfeito e no ecografo ali com os batimentos cardíacos e sinto que, tenho pessoas conhecidas que querem ao mesmo tempo engravidar e outras que engravidaram e que ao mesmo tempo não querem aquele filho e outra querem o filho tão desejado e não o conseguem, não digo que às vezes não sinto um bocado de revolta, que a vida é um bocado injusta, é um sentimento que por vezes acontece, mas eu tento, tento, vá lá, ou não demonstrá-lo ao mesmo tempo, tento disfarçar porque a minha intenção é mesmo a prestação de cuidados e eu sou enfermeira p'ro bem e p'ro mal ao mesmo tempo, (...) eu acho que não estou a fazer nada, nada em termos de ético, em relação à minha profissão, eu sei que nós fomos preparadas, as enfermeiras especialistas de saúde materna, para a gravidez, para a evolução da gravidez, e ao mesmo tempo estamos a colaborar ao contrário, não é! Estamos a proporcionar que aquele embrião não se desenvolva, porque ao administrar a terapêutica, ao estamos...mas eu acho que ao mesmo tempo é um sentimento duo que às vezes me acompanha, mas ao mesmo tempo penso que, que é minha função prestar também cuidados de qualidade e se estas mulheres fossem a outros sítios e ficassem com problemas para o resto da vida eu penso que era bem pior, pelo menos assim têm, têm cuidados dignos e, e acessíveis que só algumas pessoas é que poderiam tê-los.</p>
2	<p>... por vontade delas até não queriam os três dias de reflexão, elas querem-se é despachar-se, vêm já com a ideia formada de que querem fazer a IVG e portanto, que não querem continuar com aquela gravidez, não querem ter a criança e para elas a questão dos 3 dias de reflexão, para elas já é, houve uma que até me disse que isso para ela até lhe levantava mais problemas, porque ela já vinha mentalizada para fazer, queria logo ficar internada a fazer e que não queria reflectir mais sobre o assunto.</p> <p>...o que falha penso eu que é a nível dos cuidados de saúde primários, a nível de planeamento familiar, se houvesse um bom ensino na escola em relação à</p>

	<p>sexualidade, se houvesse um bom apoio a nível de centros de saúde para consultas de planeamento familiar, se calhar não havia depois tantos estes problemas, acho eu, estas IVGs assim, zumba, zumba, zumba.</p> <p>...mas em relação à IVG em si a única coisa que eu acho, que a minha posição se alterou foi com, mas isso é a nível da lei, estás a perceber, não há controlo nenhum do número de IVG que as pessoa podem fazer, isto é também um custo para o estado, pronto, por um lado cortam na infertilidade, deixam de, de ... por exemplo, mulheres que estão anos e anos que não conseguem engravidar, deixam de ter... o estado deixa de custear isso e por outro lado estamos a custear IVGs assim, algumas vêm segunda, terceira vez e mais sem qualquer tipo de controlo, estás a perceber, isso é que eu acho mal, mas isso não é em relação à nossa consulta, nem à maneira como a gente faz as coisas, isso é em relação à lei em si, que eu, quanto a mim devia ser revista nesse aspecto, afinal de contas há tanta crise, tanta crise, deixam de custear as infertilidades, deixam de haver disponibilidade económica para custear tanta coisa que deveria haver e continuamos a pagar aqui IVGs sem destino sem qualquer controle, isto depende, portanto, apesar da gente lhes dizer que têm que ir com, com um método anticoncepcional, e a gente diz-lhe essas coisas todas.</p>
<p>3</p>	<p>...no inicio havia porque ano estava muito bem explicito qual era o nosso papel nas consultas. Se era o médico que explicava o processo se era a enfermeira e, no inicio houve um bocado de controvérsia com os médicos, mas depois isso foi esclarecido e acabamos nós por fazer praticamente toda a consulta, os médicos limitam-se sobretudo a fazer ecografia e da parte deles não há qualquer explicação, isso noto, eles não explicam nada às senhoras, acaba por ser o nosso papel.</p> <p>... depois há um pouco de controvérsia em relação à altura exacta, quando devem começar a tomar o novo anticoncepcional, muitas vezes os médicos divergem nas opiniões, uns dizem que é para tomar logo na segunda toma da medicação, outros que devem esperar pela ecografia a ver se já está tudo limpo. É uma confusão e uma situação chata quando nos contradizem perante as mulheres, porque são eles que não seguem o protocolo</p> <p>...eu sei que nos outros hospitais já vêm fazendo a segunda toma, já é feita por elas próprias em casa e se esses hospitais optaram assim e se têm tido bons resultados, acho que elas poderiam fazer o mesmo, do que sermos nós aqui a fazer, porque estamos a ocupar uma cama, são 6 horas que elas aqui estão no serviço, muitas das vezes é utilizada medicação analgésica e não há um registo efectivo (...) são horas que não estão contabilizadas a nível da estatística, da gestão do serviço e é tempo que se disponibiliza, nós e material...</p> <p>...que deviam dar mais apoio às questões de infertilidade e apoiar as mulheres nisso e estão a apoiar uma interrupção voluntaria da gravidez. Acho que sim, que deviam investir na outra parte e essa parte ser mais, digamos que, não sei, as mulheres gastam mais dinheiro nos tratamentos de infertilidade e muitas das vezes têm que recorrer ao estrangeiro, não é!? Aqui mais perto a Espanha ou até Inglaterra, mais longe, para poderem ter filhos e fazer esses tratamentos, não é! E o estado não comparticipa quase nada ou mesmo nada, ou estão anos à espera da primeira consulta da infertilidade e elas aqui, de um dia para o outro tem a consulta de IVG e</p>

	<p>fazem uma interrupção. E se há baixa de natalidade e se querem mais meninos no país, acho que continuam a dar muito apoio às interrupções, e não à outra e deveria ser o contrário, como especialista em saúde materna e se estou naquilo que gosto e quero, não é!? Pronto, que os meninos nasçam e que haja meninos, pronto, o estado devia de apoiar mais a infertilidade e não esse casos, haver um tipo de penalização para mulher que recorra ou venha a recorrer segunda ou terceira vez à IVG, à interrupção voluntária, a mulher também tem que se sentir responsável e estar consciente de que aconteceu uma vez, mas não se vai repetir mais, isso é o que eu acho.</p>
<p>4</p>	<p>Eu quando comecei aqui nas consultas de IVG foi mesmo na expectativa de achar que podia ajudar a mulher realmente, pronto elas a fazerem uma interrupção da gravidez com ajuda aqui, a nível hospitalar...</p> <p>... um pouco mais responsáveis e que não se viesse a detectar o que se tem vindo a detectar que é, as mulheres têm vindo a fazer isso só como se fosse um método, pronto, engravidam, não querem o filho, abortam e pronto, tornou-se tudo uma coisa muito insensível para muitas mulheres e realmente eu não estou a sentir-me muito bem nesta consulta de IVG.</p> <p>...o que se passou na consulta de IVG, foi mesmo, eu ao princípio fazia uma consulta completa em que lhe explicava o método tintim por tintim, explicava tudo, tudo, tudo, os métodos todos que elas tinham ao dispor delas, aquilo que podiam fazer, tudo eu explicava-lhes tudo. E a pouco e pouco tenho vindo a diminuir isso, porque elas não querem saber, os médicos não querem saber, sou só eu que vou querer saber disso!? Não. Então o que é que comecei a fazer, essas consultas prévias são resumidas ali ao mínimo, são ali todas... é explicar o método só umas palavrinhas por outras, algumas dúvidas que elas tenham, tudo bem se estão interessadas explico-lhe, agora se não me fizeram perguntas nenhuma, explico-lhe o essencial, é o método, o que vêm fazer, como é que se vai passar e depois métodos, pergunto se elas já tinha algum ou não e como é que é e, muitas delas nem se mostram disponíveis para ouvir, e então eu no fim destes anos todos, acho que estou ali a falar para o boneco e então cansei-me. Elas têm que pensar quando vierem à segunda toma, então trazem já elas predefinido se querem, qual o método que querem, que escolheram e então será aí falado, porque eu na consulta prévia já não perco o tempo que perdia ao início, pura e simplesmente porque estou um pouco decepcionada com isto tudo, é o essencial e acabou.</p> <p>... como já tivemos casos em que já vieram à segunda e acho que já houve casos em que vieram à terceira, então isto tem vindo a ser, para mim é triste, as mulheres hoje em dia não têm responsabilidade nenhuma com o corpo delas, não querem saber nada disso e, pronto, também porque como realmente sou especialista e somos nós as especialistas que temos aqui que fazer tudo, porque aqui os médicos fazem a ecografia só, única e simplesmente, consulta prévia, a primeira toma, a segunda toma, até às vezes falar na consulta de revisão somos nós porque os médicos praticamente não dizem nada às mulheres... Depois tem a ver com a parte médica, tem a ver que quatro consultas são feitas com uma mulher, em que é a enfermeira que fala, é a enfermeira que explica, é a enfermeira que pergunta e a enfermeira é que tem a obrigação, o cuidado, quase ... e eu vejo por mim, é como se fosse</p>

	<p>comigo. Se não quero engravidar, tenho que tomar alguma coisa, mas se a gente não falar em nada, ela abalam de cá na maior sem se preocuparem se vão engravidar ou não.</p> <p>... não me tenho sentido nada, nada mesmo bem. O ser eu agora a introduzir os comprimidos quando é na segunda toma, saber que sou eu que estou (sorriso) ali a provocar um aborto, não. Há certas situações que me custa imenso, mais a segundo toma, que é quando a gente lida ali mais directamente com elas e quando realmente se dá ali a expulsão do feto. Tem-me custado bastante, não julgava que fosse assim, eu pensava que fosse de maneira diferente. Fosse mesmo naquela de ajudar uma mulher, mas não, aquilo é um método anticoncepcional e poucas são aquelas que vêm para aí e que realmente precisam e que sentem. Porque há muitas, eu tenho notado ali nas consultas prévias que muitas vêm na maior descontração, (sorriso) não faz impressão nenhuma a elas o que vêm fazer e isso a mim custa-me muito, custa imenso.</p> <p>...tem me afectado até que ponto, que houve aí uma situação que me custou tanto introduzir os comprimidos na segunda toma que eu pensei e até falei com a chefe que queria começar a ser objectora de consciência... cheguei a pensar nisso, mas pronto, depois devido ao serviço e a já haver tantos objectores cá, pronto, e mais, é parte do distrito de Évora que cá vêm, se a aqui vamos todos a fazer a mesma coisa, coitadas das alentejanas, daquelas que realmente precisam, lá terá que ir tudo para Lisboa (riso), quietei-me e vou fazendo, vou fazendo o que tenho que fazer, embora algumas das vezes me custe bastante... ultimamente acho que realmente, no fundo, no fundo estou ali a assassinar alguém (emociona-se) ... eu acho que não seria uma ideia muito má, parar por uns tempos, mas depois não sei até que ponto é que voltaria a recomeçar, não sei! Por isso, por enquanto vou fazendo... comecei e vou continuar, até que algum dia em que não seja capaz e resolva parar, mas quando parar é de vez.</p>
<p>5</p>	<p>... na nossa profissão há coisas que nós não gostamos de fazer (...) mas no sentido de que é legal a realização de uma IVG, eu penso que é da minha obrigação, faz parte das minhas competências e é nesse sentido que o faço. Não me foi imposto de forma nenhuma, mas penso que é minha obrigação fazer aquilo que é inerente à minha profissão.</p> <p>... como já disse não custa entrar no processo, nem realizar o processo, mas faz-me impressão quando não se usa um método contraceptivo e se vem fazer um aborto, porque não se teve o cuidado de usar um metido contraceptivo e pronto (...) principalmente quando são situações de repetição aí fico muito revoltada. Porque quando nós, quando eu fui votar para o dito referendo, eu fui votar pela despenalização do aborto, não fui votar, por esta pouca vergonha, que é a liberalização do aborto e outra coisa que me faz muita impressão, e daí mais a minha revolta nesse sentido e não em relação às mulheres, é estar-se a oferecer tudo a estas mulheres que não têm o mínimo de responsabilidade pela sua saúde e por aquilo que querem das suas vidas e estar-se a retirar os apoios às infertilidades. Pronto para um país que nós temos envelhecidíssimo, em que não há nascimentos, é uma coisa que me revolta ainda mais, independentemente da forma como elas vêm ou da forma como isto é, é, pronto, da forma como elas próprias vêm o aborto.</p>

	<p>... se voltássemos ao início de todo o processo eu continuaria a ser não objectora, porque há situações que se têm que fazer, que se tem que actuar e apesar de eu ter escolhido a vertente obstetrícia pelo dar vida e pelo não à doença, porque me sinto bem pelo dar vida, há coisas que na obstetrícia se têm que fazer e o aborto faz parte da nossa profissão da nossa especialização, apesar da minha revolta, continuo a ser não objectora de consciência, mas com alguns ressentimentos relativamente àquilo que disse anteriormente.</p>
<p>6</p>	<p>... as razões é (sorri), é um bocado pessoal e franca, é assim, eu tenho duas filhas que são adolescentes, não sei, eu posso estar a recriminar alguém e depois como que...uff, acontece o mesmo às minhas (...) acho que foi um dos aspectos que me levou a fazer consulta e a continuar nela, é que eu tenho duas meninas lá em casa ...</p> <p>... a única coisa que eu acho mais descuidado é a vinda delas da consulta do centro de saúde para aqui, há uma má conjugação e não há feedback entre nós, não sei porquê, se as colegas e os médicos de lá, não estão preparados ou não querem estar preparados, ou é uma coisa que eles discordam mas aceitam porque é legal, mas que nos enfiam logo assim para o hospital,...</p> <p>... porque é tanto tempo, porque têm que vir tantas vezes ao hospital para fazer a IVG; que é a prévia, a primeira dose e a segunda dose, com um internamento de 6 horas e os 15 dias para fazer a ecografia de reavaliação (...) é uma pergunta que elas fazem, porque ou são de muito longe e têm que se deslocar várias vezes e trabalham ou andam na escola...</p> <p>... dificuldades eu acho, entre aspas, quando elas nos chegam aqui, independentemente das idades, elas tentam enganar-nos muitas vezes (...)um método contraceptivo que falhou e na sequência das perguntas nós vamos ver que afinal, quer dizer, que não se tiveram a importar com método conceptivo nenhum e depois é que se lembraram e é que ficaram grávidas e decidiram a interrupção voluntária da gravidez.</p>
<p>7</p>	<p>... comecei com algum entusiasmo e não é por, não é que eu seja pelo aborto, nada disso, sou sim pela legalização; mas com entusiasmo porque ia participar numa coisa nova, num direito que a mulher tem e ia participar numa coisa nova, que pensava eu, que estava muito bem planeada, que havia profissionais que, que todos os profissionais, que havia uma equipa multidisciplinar que estava empenhada neste projecto, na implementação e pôr as coisas a funcionar. Mas hoje em dia faço um pouco porque sou obrigada e me é posto no plano de trabalho que estou naquele dia responsável pelas IVGs.</p> <p>... que ter muito mais cuidado é a primeira consulta, a consulta prévia, porque são dadas todas as informações e a gente tem que estar bem cientes e confiantes daquilo que está a dizer às mulheres e por vezes acho que também falta um bocadinho de apoio, eu já te disse isto..., a agenda das IVGs falta lá o processo todo, o que faz falta, nós não estamos lá todos os dias e às vezes há pequenos pormenores que falham, o programa em si, o processo em si, o que é para fazer na primeira, na segunda, etc, o processo em si devia estar lá.</p> <p>... acho que é importante isso que tu estás a fazer (riso), acho que é importante, serve</p>

muito para reflectirmos e conversamos sobre as coisas. Porque há coisas que possivelmente poderão ser alteradas e a gente sabe que as têm que fazer, mas fazê-lo se calhar com mais organização. É importante os dados que vocês apresentam, acho que sim a gente conhecer as mulheres que recorrem ao nosso serviço, o perfil da mulher que recorre e ter esses conhecimentos até para depois fazer face a eles e de forma a que se reduza o número de interrupções.

... sinto isso mais quando vamos fazer a consulta prévia, sinto que há falta do apoio médico, sinto que nós enfermeiras fazemos o processo praticamente sozinhas do princípio ao fim, o médico faz a ecografia inicial para datar a gravidez e faz depois a reavaliação final, o resto do processo, tanto de aspectos burocráticos como outros directamente nos cuidados directos somos nós que fazemos, por vezes, se calhar até tomamos algumas decisões, mas também com conhecimento de causa, é claro, mas temos muito falta de apoio. O médico chega, coloca a sonda, data a gravidez e pronto, ele sai mesmo do gabinete, nem sequer fica lá, o resto é feito por nós. E às vezes sinto-me um bocado limitada, há coisas que as pessoas, as mulheres precisam de respostas que eu sozinha, eu sei responder, mas acho que não devo ser eu sozinha a tomar essa decisão e esclarecer a mulher sozinha porque são coisas que têm que ser eles a explicar às senhoras. Isso é um aspecto que me limita um bocado, acho eu até, o meu gosto e de prestar esses cuidados às mulheres no processo de IVG.

... o processo de IVG não se devia desenvolver aqui, porque para determinadas mulheres também deve ser complicado estar num processo de IVG, ali nas seis horas que estão cá internadas, estar a ouvir bebés ao lado a chorar! Não deve ser fácil para elas também e parece que estamos a misturar isto tudo. Penso que havia de haver um local próprio, mais reservado, por muito que a gente não queira, fora do internamento, do nosso serviço...

... isto é uma função nossa, isto faz parte do ciclo reprodutivo da mulher, do ciclo e de, é nesta fase que isto acontece e nós somos formados para isto, está bem, muito mais virados para o nascimento, para o parto, para a vida, não é!? Mas é a nós que nos cabe fazer isto. Faz parte das nossas funções como enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia. Mas não é por que eu tenha gosto em o fazer, mas sei que as mulheres têm esse direito.

APÊNDICE XVIII

(Questionário realizado às EESMOG da consulta de IVG)

Apresentação

Este questionário faz parte do projecto «Sexualidade saudável e responsável: a resposta à Gravidez Não Desejada», que estou a desenvolver como mestranda de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, na Universidade de Évora e tem como objectivo recolher a sua opinião relativamente à sessão de formação em serviço: «Métodos Contraceptivos – apresentação de Kit Temático e de Guia de Orientação». Peço que respondas com honestidade; não há respostas certas ou erradas; o que quero mesmo saber são as suas opiniões.

Assinale com um X na quadrícula se concorda com a seguinte afirmação:

Preencho este questionário voluntariamente.

Muito obrigada pela colaboração

(A Enfermeira)

MATERNIDADE DR. FRANCISCO FEITINHA

Secção de Formação em Serviço: «Métodos Contraceptivos – apresentação de Kit Temático e de Guia de Orientação»

Data: 31/01/2011

Duração: 60'

Questionário

Idade: ____ **Sexo:** F M **Anos de serviço:** ____ **Anos de especial.:** ____
Religião: Não Sim _____ **Praticante:** Sim Não

1. Em que nível a sessão respondeu às suas expectativas?
Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

2. Foram abordados todos ostemas que gostaria de ver esclarecidos?
Sim Não
Se respondeu "Não", indique quais:

3. A contribuição da sessão para melhorar o desempenho de competências junto das utentes?
Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

4. A utilidade destes instrumentos de trabalho (Kit e Guia Orientador em Métodos Contraceptivos)?
Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

5.1 Frequentou alguma formação em informação contraceptiva? Sim Não
5.2 Sente-se capacitado para fazer informação contraceptiva? Sim Não
5.3 Sente-se seguro a fazer informação contraceptiva? Sim Não
Se respondeu não, porquê? _____

OBRIGADA

APÊNDICE XIX

(Plano da Sessão de Educação para a Saúde “Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência”)

Plano de Sessão de Educação para a Saúde

<p>Título: <i>A Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência</i></p> <p>Data: 15 e 17 de Fevereiro de 2011</p> <p>Duração: 90 minutos</p> <p>Local: Escola Básica 2,3 José Régio (Agrupamento de Escolas nº1 de Portalegre)</p>	<p>Formador: Elsa Salgueiro (mestranda)</p> <p>Destinatários: alunos do 8º B e C</p>	<p>Objectivo Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar os adolescentes para a adopção de medidas preventivas em matéria de saúde sexual e reprodutiva (SSR). <p>Objectivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover atitudes e comportamentos positivos face à sexualidade, para diminuição do risco do início precoce e desprotegido da relação sexual. - Aumentar o conhecimento dos adolescentes sobre métodos de evitar a GND, para capacitação da sua tomada de decisão livre e esclarecida em termos de SSR.
---	--	--

Conteúdos programáticos	Métodos Pedagógicos	Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnico-pedagógicos	Avaliação	Duração (min.)	Referências Bibliográficas
<i>Introdução</i>	Expositivo		Computador		5'	http://www.apf.pt/?area=100&mid=003&lv=LVT49e89df9a
<p><i>Desenvolvimento:</i></p> <p>Métodos Contraceptivos Infecções Sexualmente Transmissíveis Gravidez na Adolescência Higiene e saúde</p>	Expositivo	Aula	Quadro interactivo	Indicadores de participação (atenção geral ao conteúdos, ruído na sala, questões finais)	55'	http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005991.pdf http://oeventos.blogspot.com/2010/11/metodos-anticoncepcionais-metodo-de.html http://aeducacaosexual.blogspot.com/2011/01/2-ciclo-area-5-saude-sexual-e.html
<p><i>Síntese dos conteúdos</i></p> <p>Esclarecimento de dúvidas</p>	Expositivo		Kit Contraceptivo	Aplicação prática (colocar e retirar de preservativo)	30'	
		Filme: "A idade dos brinquedos"		Oral (por formulação de perguntas)		

APÊNDICE XX

(Questionários realizados aos adolescentes do ensino básico - 1º e 2º tempo)

Questionário nº _____

Nº de aluno _____

Ano _____

Turma _____

Apresentação

Este questionário faz parte de um projecto que estou a desenvolver como Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia e tem como objectivo recolher dados sobre opiniões e comportamentos afectivos e sexuais dos adolescentes. Peço que respondas com honestidade; não há respostas certas ou erradas; o que quero mesmo saber são as tuas opiniões.

Assinala com um X na quadrícula se concordas com a seguinte afirmação:

Os meus pais deram consentimento para eu preencher o questionário.

Muito obrigada pela colaboração

(A Enfermeira)

ESCOLA BÁSICA 2,3 JOSÉ RÉGIO - PORTALEGRE

Promoção e Educação para a Saúde

Questionário 1

Idade: ____ Sexo: F M

Com quem vive: Pai Mãe Irmão _____ Irmã _____

Outro _____

1ª Parte – Percepção sobre custos e benefícios da relação sexual

APCBESI (Stephen A. Small, 1993) Adaptação para português da Escala Assessing Adolescent's Perceptions of Costs and Benefits of Engaging in Sexual Intercourse

De acordo com a escala, responde marcando com um a resposta que te parece mais adequada:

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
0	1	2	3

1. Porque é que os adolescentes não têm relações sexuais

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1.1. Os adolescentes <u>não têm relações sexuais</u> porque acham que é moralmente errado ou é contra a sua religião.	0	1	2	3
1.2. Os adolescentes <u>não têm relações sexuais</u> porque não querem apanhar uma doença sexual, como por exemplo a SIDA.	0	1	2	3
1.3. Os adolescentes <u>não têm relações sexuais</u> porque os pais não o aprovam, não concordam.	0	1	2	3
1.4. Os adolescentes <u>não têm relações sexuais</u> porque acham que não têm idade para isso.	0	1	2	3
1.5. Os adolescentes <u>não têm relações sexuais</u> porque os seus amigos não são a favor (não concordariam).	0	1	2	3
1.6. Os adolescentes <u>não têm relações sexuais</u> porque pode levar a uma gravidez.	0	1	2	3
1.7. Os adolescentes <u>não têm relações sexuais</u> quando não estão apaixonados.	0	1	2	3
1.8. Os adolescentes <u>não têm relações sexuais</u> porque não precisam disso para se sentirem felizes.	0	1	2	3
1.9. Os adolescentes <u>não têm relações sexuais</u> porque ao fazê-lo sentir-se-iam culpados.	0	1	2	3
1.10. Os adolescentes <u>não têm relações sexuais</u> porque poderia resultar daí uma gravidez, que complicaria, quer para o rapaz quer para a rapariga, os planos futuros (escolar e profissional)	0	1	2	3

2. Porque é que os adolescentes têm relações sexuais

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
2.1. Os adolescentes <u>têm relações sexuais</u> porque isso os ajuda a esquecer os problemas.	0	1	2	3
2.2. Os adolescentes <u>têm relações sexuais</u> porque isso os faz sentir mais crescidos.	0	1	2	3
2.3. Os adolescentes <u>têm relações sexuais</u> porque querem engravidar ou tornar-se pais.	0	1	2	3
2.4. Os adolescentes <u>têm relações sexuais</u> para conseguir ter ou para manter o namorado(a).	0	1	2	3
2.5. Os adolescentes <u>têm relações sexuais</u> porque isso os faz felizes.	0	1	2	3
2.6. Os adolescentes <u>têm relações sexuais</u> porque isso os faz sentirem-se amados.	0	1	2	3
2.7. Os adolescentes <u>têm relações sexuais</u> porque querem corresponder às expectativas que os amigos esperam deles	0	1	2	3
2.8. Os adolescentes <u>têm relações sexuais</u> porque querem saber como é.	0	1	2	3
2.9. Os adolescentes <u>têm relações sexuais</u> porque isso os faz sentir mais confiantes e seguros de si mesmos.	0	1	2	3
2.10. Os adolescentes <u>têm relações sexuais</u> porque as pessoas que eles admiram transmitem a ideia de que é “fixe” fazê-lo.	0	1	2	3

3.1 Se fosse necessário hoje usar um preservativo, terias facilidade em obtê-lo?

Sim Não

3.2 A quem ou onde te dirigias?

4. Na tua opinião, quem achas que deveria abordar a temática da gravidez na adolescência? (assinala a resposta ou as respostas que entendas, mas por ordem decrescente de importância, por ex: 1º, 2º, 3º, etc.)

A família A comunicação social O enfermeiro(a)
(TV, rádio, revistas)

A escola Os colegas/amigos Outro _____

5. Na tua opinião, quem achas que deveria abordar com os adolescentes os métodos para evitar a gravidez? (assinala a resposta ou as respostas que entendas, mas por ordem decrescente de importância, por ex: 1º, 2º, 3º, etc.)

A família A comunicação social Um técnico de saúde
 (TV, rádio, revistas) (médico/enfermeiro)

A escola Os colegas/amigos Outro _____

	Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Sempre
6. Questões relacionadas com o uso de métodos para evitar a gravidez são abordadas com à-vontade nas conversas do dia-a-dia que tens com os teus pais (ou com quem os substitui)?	0	1	2	3

	Falso	Verdadeiro
7.1. O preservativo é descartável (só se usa uma vez).		
7.2. O preservativo é colocado quando o pénis ainda não está erecto.		
7.3. O preservativo deve ser retirado logo após a relação sexual quando o pénis ainda está erecto.		
7.4. O preservativo deve ser retirado logo após a relação sexual e verificar-se sempre se não está roto.		
7.5. A pílula de emergência (do dia seguinte) pode ser tomada até às 72h após a relação sexual.		
7.6. O coito interrompido é um método seguro para evitar uma gravidez.		
7.7. O dispositivo intra-uterino (DIU) é colocado dentro do útero.		
7.8. A mulher deve tomar a pílula todos os dias, sempre no mesmo horário		
7.9. Quando se termina uma caixa de pílulas, deve-se começar outra no 2º dia.		
7.10. O preservativo é o único método que protege da gravidez, mas não previne as ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis).		
7.11. O adesivo transdérmico deve ser colocado na vagina.		
7.12. Quando a mulher se esquece de tomar a pílula, não deve tomar as que falhou, mas deve até terminar a caixa utilizar também o preservativo.		
7.13. Na mulher que tem ciclos regulares o método do calendário é muito eficaz para evitar uma gravidez.		
7.14. O implante é um método de longa duração (pode ser usado durante 3 anos).		
7.15. O anel vaginal é colocado na vagina e deve ser retirado ao fim de 21 dias.		

8. Quais são as tuas principais dúvidas sobre a sexualidade?

OBRIGADA

Secção de Educação para a Saúde: «Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência»

Data: 15/02/2011

Duração:90'

Docente: Helena Bengala

Questionário 2

Idade: _____	Sexo: F	M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------	---------	---	--------------------------	--------------------------

1ª Parte – Percepção sobre custos e benefícios da relação sexual

APCBESI (Stephen A. Small, 1993) Adaptação para português da Escala Assessing Adolescent's Perception of Costs and Benefits of Engaging in Sexual Intercourse

De acordo com a escala, responde marcando com um a resposta que te parece mais adequada:

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
0	1	2	3

1. Porque é que os adolescentes não têm relações sexuais

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1.1. Os adolescentes <u>não têm relações sexuais</u> porque acham que é moralmente errado ou é contra a sua religião.	0	1	2	3
1.2. Os adolescentes <u>não têm relações sexuais</u> porque não querem apanhar uma doença sexual, como por exemplo a SIDA.	0	1	2	3
1.3. Os adolescentes <u>não têm relações sexuais</u> porque os pais não o aprovam, não concordam.	0	1	2	3
1.4. Os adolescentes <u>não têm relações sexuais</u> porque acham que não têm idade para isso.	0	1	2	3
1.5. Os adolescentes <u>não têm relações sexuais</u> porque os seus amigos não são a favor (não concordariam).	0	1	2	3
1.6. Os adolescentes <u>não têm relações sexuais</u> porque pode levar a uma gravidez.	0	1	2	3
1.7. Os adolescentes <u>não têm relações sexuais</u> quando não estão apaixonados.	0	1	2	3
1.8. Os adolescentes <u>não têm relações sexuais</u> porque não precisam disso para se sentirem felizes.	0	1	2	3
1.9. Os adolescentes <u>não têm relações sexuais</u> porque ao fazê-lo sentir-se-iam culpados.	0	1	2	3
1.10. Os adolescentes <u>não têm relações sexuais</u> porque poderia resultar daí uma gravidez, que complicaria, quer para o rapaz quer para a rapariga, os planos futuros (escolar e profissional)	0	1	2	3

2. Porque é que os adolescentes têm relações sexuais

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
2.1. Os adolescentes <u>têm relações sexuais</u> porque isso os ajuda a esquecer os problemas.	0	1	2	3
2.2. Os adolescentes <u>têm relações sexuais</u> porque isso os faz sentir mais crescidos.	0	1	2	3
2.3. Os adolescentes <u>têm relações sexuais</u> porque querem engravidar ou tornar-se pais.	0	1	2	3
2.4. Os adolescentes <u>têm relações sexuais</u> para conseguir ter ou para manter o namorado(a).	0	1	2	3
2.5. Os adolescentes <u>têm relações sexuais</u> porque isso os faz felizes.	0	1	2	3
2.6. Os adolescentes <u>têm relações sexuais</u> porque isso os faz sentirem-se amados.	0	1	2	3
2.7. Os adolescentes <u>têm relações sexuais</u> porque querem corresponder às expectativas que os amigos esperam deles	0	1	2	3
2.8. Os adolescentes <u>têm relações sexuais</u> porque querem saber como é.	0	1	2	3
2.9. Os adolescentes <u>têm relações sexuais</u> porque isso os faz sentir mais confiantes e seguros de si mesmos.	0	1	2	3
2.10. Os adolescentes <u>têm relações sexuais</u> porque as pessoas que eles admiram transmitem a ideia de que é "fixe" fazê-lo.	0	1	2	3

	Falso	Verdadeiro
3.1. O preservativo é descartável (só se usa uma vez).		
3.2. O preservativo é colocado quando o pénis ainda não está erecto.		
3.3 O preservativo deve ser retirado logo após a relação sexual quando o pénis ainda está erecto.		
3.4 O preservativo deve ser retirado logo após a relação sexual e verificar-se sempre se não está roto.		
3.5. A pílula de emergência (do dia seguinte) pode ser tomada até às 72h após a relação sexual.		
3.6. O coito interrompido é um método seguro para evitar uma gravidez.		
3.7. O dispositivo intra-uterino (DIU) é colocado dentro do útero.		
3.8. A mulher deve tomar a pílula todos os dias, sempre no mesmo horário		
3.9. Quando se termina uma caixa de pílulas, deve-se começar outra no 2º dia.		
3.10. O preservativo é o único método que protege da gravidez, mas não previne as ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis).		
3.11. O adesivo transdérmico deve ser colocado na vagina.		
3.12. Quando a mulher se esquece de tomar a pílula, não deve tomar as que falhou, mas deve até terminar a caixa utilizar também o preservativo.		
3.13. Na mulher que tem ciclos regulares o método do calendário é muito eficaz para evitar uma gravidez.		
3.14. O implante é um método de longa duração (pode ser usado durante 3 anos).		
3.15. O anel vaginal é colocado na vagina e deve ser retirado ao fim de 21 dias.		

4. Consideras que a sessão de educação para a saúde foi de encontro aos teus desejos e dúvidas na área da Sexualidade?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

5. Em relação ao material utilizado na sessão, dá a tua opinião:

5.1 A clareza da linguagem / vocabulário utilizada?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

5.2 O esclarecimento dos temas através dos diapositivos?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

5.3 O esclarecimento nos espaços de debate?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

5.4 A compreensão dos temas através do filme?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

5.5 O conhecimento dos métodos contraceptivos através do Kit?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

5.6 Qual o nível de Informação que obtiveste sobre os temas?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

OBRIGADA

APÊNDICE XXI

(Listagem das dúvidas dos adolescentes sobre sexualidade)

LISTAGEM DAS DÚVIDAS DOS ADOLESCENTES (ENSINO BÁSICO)		
	RAPARIGAS	RAPAZES
Com dúvidas	<p>O que é o anel vaginal?</p> <p>O que é o adesivo transdérmico?</p> <p>O que é o implante?</p> <p>O que é o coito?</p> <p>Como se usa o preservativo?</p> <p>Como se transmitem as ISTs?</p> <p>O rapaz sente o mesmo que a rapariga?</p> <p>Quando sabemos que devemos meter o preservativo?</p> <p>Porque não se poder ter relações quando se está menstruada, mesmo com o preservativo?</p> <p>Qual a idade mais adequada para ter relações sexuais?</p> <p>O que se deve fazer se estivermos grávidas?</p> <p>Uma mulher quando tem o período engravida?</p> <p>A pílula deve-se tomar a partir de que idade?</p> <p>Uma rapariga que já tem o período à 1 mês e naquele mês acaba o período, se ela tiver relações sexuais (quando não tiver o período) pode engravidar?</p> <p>Como usar os métodos contraceptivos?</p> <p>Quanto tempo permanece o espermatozóide no útero?</p> <p>Como se coloca o preservativo feminino?</p> <p>Na minha idade tudo me dá dúvidas sobre este assunto</p> <p>O que se pode fazer para não ficar com SIDA?</p>	<p>Quantos «objectos» há para evitar a gravidez?</p> <p>O que é o coito?</p> <p>O que é o DIU?</p> <p>O que é o anel vaginal?</p> <p>O que é o adesivo transdérmico?</p> <p>Com se vê que o preservativo está bom?</p> <p>Em relação às coisas que a mulher deve tomar para não engravidar</p>
Sem dúvidas	1	6
Não respondeu	7	3

Quadro 2. Dúvidas dos adolescentes sobre sexualidade

APÊNDICE XXII

(Plano da Sessão de Educação para a Saúde: “A Interrupção Voluntária da Gravidez na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano”)

Plano de Educação para a Saúde

<p>Título: <i>A Interrupção Voluntária da Gravidez na ULSNA</i></p> <p>Data: 16 de Fevereiro de 2011</p> <p>Duração: 90 minutos</p> <p>Local: Escola Superior de Saúde de Portalegre</p>	<p>Formador: Elsa Salgueiro (mestranda)</p> <p>Destinatários: alunos da 11ª Licenciatura em Enfermagem</p>	<p>Objectivo Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar os jovens para a adopção de medidas preventivas em matéria de saúde sexual e reprodutiva (SSR). <p>Objectivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consciencializar os estudantes para a dimensão da problemática da IVG, na região da ULSNA; - Desenvolver o conhecimento, nos jovens, da informação a dar e locais para IVG
--	--	---

Conteúdos programáticos	Métodos Pedagógicos	Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnico-pedagógicos	Avaliação	Duração (min.)	Referências Bibliográficas
<i>Introdução</i>	Expositivo		Computador Videoprojector		5'	Direcção Geral da Saúde (2010). Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez – Janeiro a Dezembro de 2009. <i>In Programa Nacional de Saúde Reprodutiva.</i> http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ Portal do Instituto Nacional de Estatística: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=6449883&DESTAQUESmodo=2&xlang=p
<i>Desenvolvimento:</i> Dimensão mundial e nacional da IVG Perspectiva histórica do aborto em Portugal até à actualidade Consulta de IVG na ULSNA (protocolo, análise estatística do triénio 2008/2010)	Expositivo	Conferência	Tela Apresentação PowerPoint	Indicadores de participação (atenção geral ao conteúdos, ruído na sala, questões finais)	40'	
<i>Síntese dos conteúdos</i>	Expositivo	Debate em plenário		Colocação de questões pelos estudantes	5' 40'	

APÊNDICE XXIII

(Questionários realizados aos jovens do ensino superior - 1ª e 2ª tempo)

Questionário nº _____

Nº de aluno _____

Ano _____

Turma _____

Apresentação

Este questionário faz parte de um projecto que estou a desenvolver como Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia e tem como objectivo recolher dados sobre opiniões e comportamentos afectivos e sexuais dos jovens. Peço que respondas com honestidade; não há respostas certas ou erradas; o que quero mesmo saber são as tuas opiniões.

Assinala com um X na quadrícula se concordas com a seguinte afirmação:

Preencho este questionário voluntariamente.

Muito obrigada pela colaboração

(A Enfermeira)

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE
Promoção e Educação para a Saúde

Questionário 1

Idade: _____ Género: F M Estado Civil: _____
Vive em casal: Não
Religião: Não Sim _____ Praticante: Sim Não
Auto-classificação face à IVG: Pró-vida Indeciso Pró-escolha

1. Na sua opinião, com que idade se deve:

- 1.1 Começar a namorar: homem _____ mulher _____
1.2 Ter a 1ª relação sexual: homem _____ mulher _____
1.3 Começar a usar métodos para evitar a gravidez? homem _____ mulher _____
1.4 Casar: homem _____ mulher _____
1.5 Ter o 1º filho: homem _____ mulher _____

2. Aspectos da sua vida sexual [experiências de coito]?

Iniciada Não Iniciada [passe à questão 3]

2.1. Com que idade teve a sua 1ª relação sexual? _____

2.2. Na 1ª vez utilizou contraceção? Não Sim Qual: _____

2.3. Com quem iniciou a sua vida sexual?

Namorado(a) Cônjuge Parceiro(a) casual

2.4. Nos últimos três meses quantos parceiros sexuais teve? _____

2.5. Actualmente tem relações sexuais?

Com parceiro fixo Sem parceiro fixo Não tem parceiro(a)

2.6. Está a utilizar método(s) contraceptivo(s)? Não Sim

Se respondeu sim, indique de 1 até 3 os seu preferidos:

Preservativo masculino Implante Adesivo Anel
 DIU

Coito interrompido Outro _____

Se respondeu preservativo, com que frequência o usa?

Raras vezes Algumas vezes Muitas vezes Sempre

3. Conhece alguém que já tenha realizado uma IVG (Interrupção Voluntária da Gravidez)?

Não Sim Quantas pessoas? _____

3.1. Alguma vez ajudou/colaborou com alguém que tenha realizado uma IVG?
(ex: dando-lhe informação acerca dos locais onde realizar, acompanhando-a no processo)

Não Sim

3.2. (RAPARIGAS) Alguma vez realizou uma IVG?

Não Sim

3.3. (RAPAZES) Alguma vez propôs à sua parceira a realização de uma IVG?

Não Sim

Percepção sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez

(Sadja Goldsmith, 1970). Adaptação para português do artigo **Adolescent Attitudes Toward Abortion: effects on contraceptive practice** (vol.16, nº 4, American Journal of Public Health)

De acordo com a escala, responda marcando com um a resposta que melhor expressa o seu sentimento.

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
0	1	2	3

4. «Bárbara ficou muito transtornada ao descobrir que estava grávida. Foi ao seu médico, que a encaminhou para realizar uma IVG. Imagine que é o(a) melhor amigo(a) de Bárbara e que ela lhe conta tudo. Com se sentiria perante o que Bárbara fez.»	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
4.1. Ela tomou a atitude errada. Devia ter seguido com a gravidez e ter tido o bebé.	0	1	2	3
4.2. Ela devia ter tido o bebé e, depois se não conseguisse	0	1	2	3

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
5.1. A IVG é realmente segura se for realizada num bom hospital.	0	1	2	3
5.2. A IVG pode levar as mulheres a ter sentimentos de culpa.	0	1	2	3
5.3. A IVG é melhor opção, do que permitir o nascimento de uma criança não desejada e que não seja cuidada adequadamente.	0	1	2	3
5.4. A IVG é uma coisa má, porque é como assassinar alguém.	0	1	2	3
5.5. Se uma rapariga “anda por aí” com vários parceiros e fica grávida, tem culpas e não lhe deve ser concedida a IVG.				
5.6. A IVG deve estar legalmente disponível para quem o realmente queira fazer.	0	1	2	3
5.7. Mesmo que eu tivesse uma gravidez não desejada, não me permitiria a mim mesma fazer uma IVG.	0	1	2	3

6. Assinale com uma X a afirmação correcta:	Falso	Verdadeiro
6.1. A Lei nº16/2007 de 17 de Abril legalizou a Interrupção Voluntária da Gravidez até às 11s		
6.2. Existem dois métodos de IVG: o medicamentoso e o cirúrgico		
6.3. A mulher com idade inferior a 18 anos, para realizar IVG necessita ter um tutor		
6.4. O processo de IVG é gratuito		
6.5. A mulher só pode realizar um máximo de trêsIVG		
6.6. A mulher estrangeira ilegal em Portugal não pode realizar IVG		
6.7. Durante o processo de IVG a mulher não pode ter acompanhante		

OBRIGADA

Secção de Educação para a Saúde: «A Interrupção Voluntária da Gravidez na ULSNA (avaliação do triénio 2008/2010)»

Data: 16/02/2011

Duração:90'

Docente: Fátima Freitas

Questionário 2

Idade: _____	Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
--------------	---

Percepção sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez (Sadja Goldsmith, 1970). Adaptação para português do artigo Adolescent Attitudes Toward Abortion: effects on contraceptive practice (vol.16, nº 4, American Journal of Public Health)

De acordo com a escala, responda marcando com um a resposta que melhor expressa o seu sentimento.

Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
0	1	2	3

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
1. «Bárbara ficou muito transtornada ao descobrir que estava grávida. Foi ao seu médico, que a encaminhou para realizar uma IVG. Imagine que é o(a) melhor amigo(a) de Bárbara e que ela lhe conta tudo. Com se sentiria perante o que Bárbara fez.»				
1.1. Ela tomou a atitude errada. Devia ter seguido com a gravidez e ter tido o bebé.	0	1	2	3
1.2. Ela devia ter tido o bebé e, depois se não conseguisse tomar conta dele devia dá-lo para adopção.	0	1	2	3
1.3. Ela tomou a atitude certa, se na verdade, não queria ter o bebé .	0	1	2	3

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
2.1. A IVG é realmente segura se for realizada num bom hospital.	0	1	2	3
2.2. A IVG pode levar as mulheres a ter sentimentos de culpa.	0	1	2	3
2.3. A IVG é melhor opção, do que permitir o nascimento de uma criança não desejada e que não seja cuidada adequadamente.	0	1	2	3
2.4. A IVG é uma coisa má, porque é como assassinar alguém.	0	1	2	3
2.5. Se uma rapariga “anda por aí” com vários parceiros e fica grávida, tem culpas e não lhe deve ser concedida a IVG.				
2.6. A IVG deve estar legalmente disponível para quem o realmente queira fazer.	0	1	2	3
2.7. Mesmo que eu tivesse uma gravidez não desejada, não	0	1	2	3

me permitiria a mim mesma fazer uma IVG.				
3. Assinale com uma X a afirmação correcta:			Falso	Verdadeiro
3.1. A Lei nº16/2007 de 17 de Abril legalizou a Interrupção Voluntária da Gravidez até às 11s				
3.2. Existem dois métodos de IVG: o medicamentoso e o cirúrgico				
3.3. A mulher com idade inferior a 18 anos, para realizar IVG necessita ter um tutor				
3.4. O processo de IVG é gratuito				
3.5. A mulher só pode realizar um máximo de três IVG				
3.6. A mulher estrangeira ilegal em Portugal não pode realizar IVG				
3.7. Durante o processo de IVG a mulher não pode ter acompanhante				

4. Relativamente às suas expectativas, como avalia a sessão?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

5. Foram abordados todos os temas que gostaria de ver esclarecidos? Sim Não

Se respondeu "Não", indique quais:

6. Em relação à metodologia da sessão, dê a sua opinião:

6.1. A estruturação dos conteúdos apresentados?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

6.2. A utilidade dos conteúdos?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

6.3. O interesse dos conteúdos?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

6.4. A clareza da linguagem / vocabulário utilizada?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

6.5. A contribuição dos diapositivos para o esclarecimento do tema abordado?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

6.6. Esclarecimento nos espaços de debate?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

7. A contribuição da sessão para a sua consciencialização sobre o assunto da IVG?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

7.1 A contribuição da sessão para a sua tomada de decisão relativamente à IVG?

Insuficiente Suficiente Bom Muito Bom

OBRIGADA

APÊNDICE XXIV

**(Sessão de Formação em Serviço: “Métodos Contraceptivos” –
comprovativo)**

APÊNDICE XXV

(Sessão de Educação para a Saúde “Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência” - comprovativos)

APÊNDICE XXVI

(Sessão de Educação para a Saúde: “A Interrupção Voluntária da Gravidez na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano” - comprovativo)

APÊNDICE XXVII

(Sessão de Educação para a Saúde “Saúde Sexual e Reprodutiva na Adolescência” - fotografias)



APÊNDICE XXVIII

(Sessão de Educação para a Saúde: “A Interrupção Voluntária da Gravidez na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano” - fotografias)



**Conferência
Interrupção Voluntária
da Gravidez**

**Oradora: Elsa Salgueiro,
Enfermeira Especialista em
Saúde Materna e Obstetria**

Temas a serem abordados:

- Dimensão do problema a nível mundial e nacional;
- Perspetiva histórica do aborto em Portugal até à actualidade;
- Conselho de IVG na Maternidade de Portugal (processo instituído);
- Análise estatística do mesmo (2006-2010);
- Perfil tipo da uterina que recorre à IVG na USLSNA.

**Aos alunos da
11ª Licenciatura
Sala de Conferências
16 de Fevereiro de 2011
11 horas**




APÊNDICE XXIX

(Autorização do estágio na Maternidade Dr. Francisco Feitinha)

APÊNDICE XXX

**(Ofícios de Pedido de Autorização à Escola Básica 2,3 José Régio e à
Escola Superior de Saúde)**

APÊNDICE XXXI

**(Pedido de Autorização aos encarregados de educação dos adolescentes
da Escola Básica 2,3 José Régio)**

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Elsa Margarida Cordas Borralho Salgueiro, enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, a desempenhar funções na Maternidade Dr. Francisco Feitinha, em Portalegre, e a frequentar o mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, da Universidade de Évora, pretende desenvolver o projecto de intervenção «Sexualidade saudável e responsável: a resposta à gravidez não desejada». A finalidade deste projecto consiste em envolver a população adolescente/jovem da área de influência do Hospital Dr. José Maria Grande, no sentido de promover vivências saudáveis da sexualidade, designadamente:

1. Prevenir a Gravidez Não Desejada;

Para tal pretende-se desenvolver uma sessão de esclarecimento sobre gravidez na adolescência, métodos contraceptivos e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Para avaliação da mesma é necessário o preenchimento de um questionário (anónimo) pré e pós-sessão pelo seu educando. Assim o encarregado de educação autorize o seu educando a preenchê-lo. Informamos também que uma cópia do questionário será entregue à Professora Helena Bengala, responsável pela aula de Área Projecto, onde o mesmo será aplicado. Para esclarecimentos pode ligar para o nº de telefone 939458802. Desde já muito obrigada por possibilitar a concretização deste projecto de intervenção.

Com os melhores cumprimentos.

Portalegre, 7 de Fevereiro de 2011

A Enfermeira

Eu abaixo assinado autorizo o meu educando _____, da turma _____, do ano _____, nº _____, a participar neste projecto e a responder ao questionário.

O Encarregado de Educação

APÊNDICE XXXII
(Cronograma)

CRONOGRAMA										
Área de Intervenção	Actividade	Mês								
		Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro
Prestação de cuidados	Reunião de apresentação do projecto com o Director de Serviço e Enfermeira Chefe da Maternidade Dr. Francisco Feitinha									
	Elaboração, aprovação e apresentação do instrumento: <i>Compromisso Terapêutico</i>									
	Aplicação do instrumento: <i>Compromisso Terapêutico</i>									
	Elaboração dos instrumentos: <i>Kit temático e do Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos.</i>									
	Aplicação dos instrumentos: <i>Kit temático e do Guia de Orientação em Métodos Contraceptivos.</i>									
Gestão de Cuidados	Auscultação (através da realização de entrevista) das EESMOG da consulta de IVG									
	Transcrição e análise das entrevistas									
	Realização da Formação em Serviço: <i>Métodos Contraceptivos: apresentação do Kit temático e do Guia de Orientação.</i>									
	Elaboração e aplicação de questionário às EESMOG da consulta de IVG									
	Elaboração das bases de dados (EESMOG da consulta de IVG)									
	Análise estatística (SPSS)									
	Elaboração dos Instrumentos: <i>Registo de Enfermagem e Informação Clínica da Consulta de IVG.</i>									
	Aprovação dos Instrumentos: <i>Registo de Enfermagem e Informação Clínica da Consulta de IVG.</i>									
	Elaboração do <i>Novo Protocolo da Consulta de IVG.</i>									
	Aprovação do <i>Novo Protocolo da Consulta de IVG.</i>									
	Realização da Formação em Serviço: <i>IVG - apresentação do Novo Protocolo e impressos de Registo de Enfermagem a Consulta de IVG.</i>									
Aplicação do <i>Novo Protocolo da Consulta de IVG e dos instrumentos: Registo de Enfermagem e Informação Clínica.</i>										

APÊNDICE XXXIII
(Novo Protocolo da Consulta de IVG da ULSNA)

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE

Maternidade Dr. Francisco Feitinha

Protocolo da Consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez

Portalegre

Agosto/201

Índice

<u>PROTOCOLO DA INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ</u>	204
<u>Etapas do Processo de IVG</u>	204
1. <u>Referenciação</u>	205
2. <u>Consulta prévia (1ª consulta – D1)</u>	206
3. <u>2ª consulta – D4 – 1ª Toma</u>	208
4. <u>3ª Consulta – D6</u>	210
5. <u>1ª Avaliação – D16</u>	211
6. <u>Consulta de P.F no C. Saúde de referenciação</u>	211
<u>APÊNDICES</u>	213
<u>Apêndice 1</u>	214
<u>(Conteúdo funcional da técnica administrativa na consulta de IVG)</u>	214
<u>Apêndice 2</u>	216
<u>(Considerações a ter no processo de IVG por via medicamentosa)</u>	216
<u>Apêndice 3</u>	219
<u>(Contracepção após a interrupção da gravidez)</u>	219
<u>Apêndice 4</u>	222
<u>(Termo de Responsabilidade)</u>	222
<u>Apêndice 5</u>	224
<u>(Constituição do Processo Clínico para a Consulta de IVG)</u>	224
<u>Apêndice 6</u>	226
<u>(Fluxograma da Consulta de IVG na ULSNA)</u>	226

PROTOCOLO DA INTERRUÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

(por via medicamentosa)

Para dar cumprimento à Lei nº16/2007 de 17 de Abril, que legaliza a Interrupção Voluntária da Gravidez [IVG] até às 10 semanas de gestação, a Maternidade Dr. Francisco Feitinha da ULSNA, iniciou o projecto de IVG em 11 de Junho de 2007. Até à presente data a conduta da equipa desta consulta foi baseada inteiramente no protocolo proposto pela Direcção Geral de Saúde.

Perante os resultados (avaliação de resolução total na reavaliação ecográfica pós-IVG) na nossa instituição (em que as mulheres na terceira consulta tinham um internamento de 6 horas – 62,5%) e os verificados por outras instituições a nível nacional em que a mesma experiência se efectuou em regime ambulatorio (ex: Hospital de Sta. Maria – 98%, Maternidade Alfredo da Costa – 95%)², constatamos a necessidade de reestruturação do actual protocolo, no intuito de melhorar a eficácia das nossas práticas.

Parece-nos ter de ajuizar que a nossa taxa de sucesso é muito baixa apesar do nosso empenho, além de que o trabalho exigido com o regime de semi-internamento praticado por nós, obriga a ter uma sala em exclusivo para estas utentes o que não se justifica dado os exemplos oriundos de outras maternidades com regime ambulatorio e boas de taxas de resolução.

É necessário, com a nossa experiência adquirida e com a das outras equipas, **estabelecer novas actuações e reformular o processo de IVG:**

Etapas do Processo de IVG

O processo de IVG é constituído pelas seguintes etapas:

- 1) Referenciação
- 2) Consulta Prévia
- 3) 2ª Consulta
- 4) 3ª Consulta
- 5) 1ª Avaliação
- 6) Consulta de Planeamento Familiar no Centro de Saúde de referenciação

² III Encontro de Reflexão sobre a Interrupção da Gravidez por opção da Mulher (2010, Novembro).
Coimbra

1. Referenciação

Todas as utentes que se dirijam à Maternidade para iniciar processo de IVG devem ser referenciadas pelo médico de família do Centro de Saúde ou pelo médico particular e, fazer-se acompanhar dos seguintes documentos:

- Carta médica devidamente identificada com vinheta médica ou código de barras e **expresso o pedido de IVG**;
- Estudo analítico – Hemograma c/coagulação + Serologias + Grupo de sangue.

As marcações são realizadas com a administrativa da Maternidade, de segunda a sexta-feira, nos períodos das 9-12:30h e 14-17:30h (Apêndice 1)

2. Consulta prévia (1ª consulta – D1)

- Deve realizar-se até ao **quinto dia, após solicitação pelo centro de saúde;**
- Realizam-se às 3ª, 4ª, 5ª e 6ª feiras (entre as 11 e 16 horas) e a utente pode fazer-se acompanhar por terceiros em todo o processo de IVG;

Objectivos da consulta:

- Fornecer a informação necessária sobre o processo de IVG, para uma **tomada de decisão livre, informada e responsável**, por parte da utente;
- Fazer a avaliação clínica da utente (ecografia, estudo analítico e **requisitar imunoglobulina anti-D, na mulher Rh -**);
- Informar sobre os métodos de IVG – **cirúrgico e medicamentoso** (Apêndice 2);
- Disponibilizar apoio psicológico e social à utente/família;
- **Esclarecer sobre os métodos contraceptivos** (Apêndice 3);
- Fornecer impresso de **Consentimento Livre e Esclarecido sobre a aceitação da IVG. Entre a data da assinatura do consentimento e a 2ª consulta não pode exceder 5 dias.**
No caso de mulheres **menores de 16 anos ou mulheres psicologicamente incapazes**, o Consentimento Livre e Esclarecido terá de ser assinado pelo seu representante legal (**pai, mãe ou tutor devidamente identificado – deixar no processo, fotocópia dos cartões de cidadão ou da certidão de tutela emitida pelo tribunal**);
- Informar da obrigatoriedade de um **período de reflexão mínimo de 3 dias**, entre a consulta prévia e a 2ª consulta. Este período poderá ser mais longo se a mulher assim o desejar.
- Agendar e informar a utente das consultas seguintes:
 - **2ª consulta – D4** (após os três dias de reflexão);

- **3ª consulta – D6** [só para as utentes que façam a segunda toma de medicação no internamento (36 a 48 horas após a 2ª consulta)];
- **1ª avaliação – D16** (10 dias após a 3ª consulta).

→ Realizar os registos de Enfermagem.

NOTA: anotar o contacto telefónico do serviço na folha de marcação das consultas (245 301 000 extensão: 11277 ou 11271).

3. 2ª consulta – D4 – 1ª Toma

- Deve realizar-se após o término do período de reflexão;
- Realizam-se todos os dias da semana (entre as 11 e 13 horas).

Objectivos da consulta:

- Receber e arquivar no processo o consentimento informado, assinado pela utente/representante legal;
- Esclarecer a utente de possíveis dúvidas;
- Proceder à administração terapêutica (mifepristone 200 mg);
- Fornecer à utente a terapêutica antibiótica profilática para fazer ao deitar (azitromicina 1000 mg, via oral). Em caso de antecedentes alérgicos, presenciar a administração da azitromicina no serviço e vigiar a utente durante 30 minutos);
- Administração da imunoglobulina anti-D, na mulher Rh -;
- Fazer ensino sobre a administração terapêutica;
- Confirmar com a utente o método contraceptivo pós-IVG escolhido;
- Efectuar o pedido da contracepção escolhida (ex: requisição para a farmácia; proposta cirúrgica, marcação de consulta de Ginecologia ou Urologia) para que o mesmo esteja disponível no dia da 1ª avaliação (D16). No caso de DIU identificar com uma vinheta da utente e deixá-lo disponível no armário da contracepção.
- Realizar os registos de Enfermagem.

De acordo com a idade gestacional, colocam-se duas hipóteses para aplicação do método medicamentoso:

- a) No domicílio - **Utente com idade gestacional inferior a 9 semanas**
- b) No hospital - **Utente com idade gestacional igual ou superior às 9 semanas**

a) 2ª Toma no Domicílio (utente com idade gestacional inferior a 9 semanas):

- Fornecer à utente a terapêutica que deverá tomar passadas 36 a 48 horas após a primeira administração de medicação:
 - **4 comprimidos de misoprostol (800 µg) - 2 comprimidos para fazer via bucal e 2 comprimidos (humedecidos) para fazer via vaginal, com repouso posterior no leito de 1 hora (*).**
- Fazer ensinios sobre administração de terapêutica e eventuais efeitos secundários, designadamente:
 - ❖ Hemorragia muito abundante **(utilização de mais de 2 pensos ultra-absorventes por hora, durante 2 horas consecutivas);**

 - ❖ Súbita hemorragia 2 semanas ou mais pós IVG;
 - ❖ Febre alta e persistente;
 - ❖ Cólicas abdominais acompanhadas de dores violentas;
 - ❖ Episódios de diarreia e vômitos persistentes após as primeiras 24 horas;
 - ❖ Desconforto emocional muito intenso e prolongado, ao ponto de interferir com o quotidiano.
- Validar a próxima consulta;
- Assinar o impresso de Termo de Responsabilidade (Apêndice 4).

(*)na eventualidade do profissional avaliar alguma dificuldade que coloque em causa a correcta administração da terapêutica por parte da utente, este deve propor a hipótese seguinte.

4. 3ª Consulta – D6

b) 2ª Toma no Hospital (utente com idade gestacional igual ou superior às 9 semanas):

- Administrar à utente a terapêutica, 36 a 48 horas após a primeira administração de medicação:
 - **4 comprimidos de misoprostol (800 µg) - 2 comprimidos para fazer via bucal e 2 comprimidos (humedecidos) para fazer via vaginal, com repouso posterior no leito de 1 hora.**
- Fazer ensinios sobre administração de terapêutica e eventuais efeitos secundários;
- Vigiar a utente no serviço durante 6 horas;
- Validar a próxima consulta;
- Realizar os registos de Enfermagem.

5. 1ª Avaliação – D16

- Deve realizar-se 10 dias após a segunda administração terapêutica;
- Realizam-se às 3ª, 4ª, 5ª e 6ª feiras (entre as 11 e 16 horas).

Objectivos da consulta:

- Realizar a avaliação ecográfica pós-IVG;
- Implementar o método contraceptivo escolhido pela utente;
- Referenciar a utente para a consulta de Planeamento Familiar do Centro de Saúde (**marcações efectuadas pela administrativa da Maternidade, até 15 dias pós-IVG**);
- Enviar para o Centro de Saúde a **folha de registo - Informação Clínica**;
- Realizar os registos de Enfermagem.

6. Consulta de P.F no C. Saúde de referência

- Deve realizar-se 15 dias após a alta da consulta hospitalar.

Objectivos da consulta:

- Avaliação da manutenção e satisfação do método contraceptivo pós-IVG escolhido pela utente/casal.

A equipa coordenadora da consulta de IVG da ULSNA

(Coordenador da consulta de IVG e Director da Maternidade Dr. Francisco Feitinha)

(Enf.^a Chefe da Maternidade Dr. Francisco Feitinha)

(Enf.^a Especialista Elsa Salgueiro)

(Enf.^a Especialista Aida Barradas)

APÊNDICES

Apêndice 1

(Conteúdo funcional da técnica administrativa na consulta de IVG)

Conteúdo funcional da técnica administrativa na consulta de IVG

- Marcação da Consulta Prévia nas 3^a, 4^a,5^a e 6^a feiras, às 11h (no máximo de três utentes por dia);
- Regista a informação do pedido no impresso Registo de Enfermagem – Consulta Prévia, no campo destinado à técnica administrativa;
- Organiza o Processo Clínico com os impressos necessários à consulta de IVG e vinhetas da utente;
- Anexa ao Processo Clínico os documentos enviados pelo Centro de Saúde /Privado;
- Efectua a marcação de consultas em caso de necessidade (ex: de ginecologia ou urologia);
- Gere as propostas cirúrgicas para Laqueação de trompas;
- Efectua a marcação da consulta de Planeamento Familiar no Centro de Saúde de referência e o registo da mesma no impresso – Registo de Enfermagem – 1^a e 2^a avaliação;
- Envia o impresso - Informação Clínica (depois de preenchido pela enfermeira) para o médico de família/particular que referenciou a utente para a consulta de IVG;
- Arquiva os processos clínicos de IVG encerrados;
- Mantém activos os processos clínicos de IVG, no caso das utentes que faltarem a uma consulta, durante uma semana. Faz o seu arquivo terminado este prazo.
- Regista na agenda as escalas mensais: médica e de enfermagem.
- Realiza, mensalmente, os registos da consulta de IVG na aplicação informática da Direcção Geral da Saúde.

Apêndice 2

(Considerações a ter no processo de IVG por via medicamentosa)

Considerações a ter no processo de IVG por via medicamentosa³

Pré-requisitos para utilização do regime mifepristone/misoprostol

- Gravidez **intra-uterina < 70 dias** (69 d - 9 sem. e 6 dias) confirmada e atestada por **ecografia**
- **Aceitação do método** pela mulher
- **Acesso fácil ao hospital** (máximo 1 hora)
- Ausência das seguintes **contra-indicações**:
 - anemia grave
 - coagulopatia ou tratamento anti-coagulante
 - porfíria
 - asma severa não controlada
 - arritmias e outras patologias do foro cardiovascular
 - alergia a um dos fármacos utilizados
 - gravidez com DIU in útero
 - insuficiência supra-renal ou tratamento com glucocorticoides
 - situações de insuficiência hepática ou renal
 - diabetes com vasculopatia,
 - hábitostabágicos acentuados em idades superiores a 35 anos
 - doença inflamatória aguda do intestino.

Vantagens e desvantagens do regime mifepristone/misoprostol

³Fiala, C. & Gemzell-Danielsson, K. (2006). Review of medical abortion using mifepristone in combination with a prostaglandin analogue. *In Contraception*. 74. 66-86.

Este método evita os riscos cirúrgicos e anestésicos, pode permitir mais privacidade e compatibilidade com compromissos ou obrigações pessoais da mulher e ser percebido como um processo "natural".

**Situações em que o método, eventualmente, será o mais indicado para
terminar uma gravidez**

- quando há excesso de peso, obesidade ou obesidade mórbida (IMC >30) e não coexistem factores de risco cardiovasculares
- quando há malformação uterina,
- riscofibromiomatoso ou cirurgia prévia do colo do útero
- se a mulher quer ou ganha em evitar uma cirurgia/anestesia
- em gravidezes < 7 semanas, quando o aborto médico é mais eficaz do que o cirúrgico.

Efeitos da administração mifepristone/misoprostol

Em consequência da medicação, a mulher apresentará a mesma sintomatologia de um aborto espontâneo: **dor pélvica** mais ou menos intensa e **perda hemática** tipo menstrual que pode ser prolongada por 9 dias, ou até 45 dias (em casos mais raros). Está indicada a prescrição simultânea de um analgésico tipo **ibuprofeno**. Fica protocolado para o alívio da dor: Ibuprofeno 800mg ou Paracetamol 1000mg (em antecedentes alérgicos ao Ibuprofeno).

Outros efeitos acessórios incluem **náuseas, vômitos e diarreia**, não sendo necessário, no entanto, receitar antieméticos.

Apêndice 3

(Contracepção após a interrupção da gravidez)

Contraceção após a interrupção da gravidez

É fundamental assegurar a utilização de um **método contraceptivo eficaz** após o aborto, pelo que a articulação com as consultas de planeamento familiar deve estar protocolada. A **escolha da contraceção** deve ter em conta, entre outros factores, o(s) método(s) já usado(s) pela mulher e a sua adequada ou inadequada utilização.

Aquando da 1ª avaliação e caso tenha alta do processo de IVG, a utente deve iniciar o método contraceptivo escolhido (em média a mulher torna-se fértil ao fim de 10 dias pós-IVG):

CONTRACEPÇÃO PÓS-IVG	
Método	Procedimento
Pílula	Envio do impresso - Prescrição Medicamentosa, para a farmácia, com a data da 1ª avaliação. Guardar no armário da IVG, no contentor da contraceção escolhida (assinalar o nº de caso). Inicia na 1ª avaliação, caso tenha alta do processo de IVG.
Implante	Envio do impresso - Prescrição Medicamentosa, para a farmácia, com a data da 1ª avaliação. Guardar no armário da IVG, no contentor da contraceção escolhida (assinalar o nº de caso). Inicia na 1ª avaliação, caso tenha alta do processo de IVG.
DIU	Retirar do stock do serviço e identificar com uma vinheta da utente (assinalar o nº de caso). Guardar no armário da IVG, no contentor da contraceção

DIU	<p>escolhida.</p> <p>Inicia na 1ª avaliação, caso tenha alta do processo de IVG.</p>
Laqueação de Trompas	<p>Envio do impresso - Prescrição Medicamentosa, para a farmácia, com a data da 1ª avaliação (no caso de requisição de Depo Provera 150).</p> <p>Encaminhamento da utente para a técnica administrativa, para assinar o impresso de proposta cirúrgica.</p> <p>Inicia na 1ª avaliação, caso tenha alta do processo de IVG, Depo Provera 150 ou Preservativo (opção da utente e avaliação do profissional), enquanto aguarda pela cirurgia (previsão de 15 dias).</p>
ESSURE®	<p>Preencher o impresso de marcação de consulta (Mod. 15) para a consulta de ESSURE da Dra. Beatriz e entregar à técnica administrativa.</p> <p>Envio do impresso - Prescrição Medicamentosa, para a farmácia, com a data da 1ª avaliação e requisitar CO.</p> <p>Inicia pílula na 1ª avaliação, caso tenha alta do processo de IVG.</p>
Vasectomia	<p>Preencher o impresso de marcação de consulta (Mod. 15) para a consulta de urologia, acompanhado de carta médica. Entregar à técnica administrativa para marcação.</p> <p>Inicia na 1ª avaliação, caso tenha alta do processo de IVG, Pílula ou Preservativo (opção da utente), enquanto aguarda pela consulta.</p>

NOTA: Se a utente decidir prosseguir a gravidez depois de ter iniciado a toma dos medicamentos, não se poderá garantir a ausência de riscos para o feto.

Apêndice 4

(Termo de Responsabilidade)

Termo de Responsabilidade

Declaro que aderi ao método medicamentoso, no âmbito do processo de IVG e que me responsabilizo em fazer a medicação que me foi fornecida, no domicílio e respeitar as orientações que me foram dadas.

Nome

BI n.º

Portalegre, / / 20.....

Apêndice 5

(Constituição do Processo Clínico para a Consulta de IVG)

Constituição do Processo Clínico para a Consulta de IVG

O Processo Clínico da consulta de IVG da Maternidade Dr. Francisco Feitinha, da ULSNA, deve conter os seguintes impressos:

- 1) Registo de Interrupção da Gravidez (da Direcção Geral de Saúde [DGS]);
- 2) Interrupção Medicamentosa da Gravidez – Informação à utente (DGS);
- 3) Informação e Esclarecimentos prestados na Consulta Prévia (DGS);
- 4) Consentimento Livre e Esclarecido (DGS);
- 5) Certificado de Comprovação do Tempo de Gestação (DGS);
- 6) Modelo de Prescrição (do Hospital Dr. José Maria Grande [HDJMG]);
- 7) Termo de responsabilidade – realização da medicação no domicílio (HDJMG)
- 8) Modelo de Prescrição da Contracepção Hormonal (HDJMG);
- 9) Diário Clínico (HDJMG);
- 10) Registo de Enfermagem (HDJMG);
- 11) Informação Clínica (HDJMG).

NOTA: no preenchimento dos impressos é obrigatório assinalar todos os campos que se adaptem à condição clínica da utente.

Apêndice 6

(Fluxograma da Consulta de IVG na ULSNA)

Fluxograma da Consulta de IVG da ULSNA

- Envio de carta médica identificada com vinheta médica ou código de barras e expresso o pedido de IVG;
- Requisição de estudo analítico (HG com coagulação+grupo sanguíneo+serologias);
- Marcações com a administrativa da Maternidade, de segunda a sexta-feira, nos períodos das 9-12:30h e 14-17:30h.

Referenciação do Centro de Saúde

(máximo 5 dias)

- Realização às 3ª, 4ª, 5ª e 6ª feiras (entre as 11 e 16 horas)
- Informação à utente sobre o processo (para uma tomada de decisão livre, informada e responsável);
- Avaliação clínica da utente (ecografia+HG com coagulação+grupo sanguíneo+serologias+requisição de imunoglobulina anti-D, na mulher Rh -);
- Esclarecimento sobre os métodos contraceptivos;
- Fornecer o Consentimento livre e esclarecido;
- Mulheres menores de 16 anos ou psiquicamente incapazes têm que ter um tutor.
- Disponibilizar apoio psicológico e social ;
- Agendamento das consultas seguintes.

Consulta Prévia (D1)

Período de Reflexão (mínimo 3 dias)

- Entrega do Consentimento livre e informado assinado;
- Administração à utente da 1ª toma de medicação (Mifepristone 200mg);
- Fornecer à utente a terapêutica antibiótica profilática (Azitromicina 1000mg) para fazer ao deitar. Em caso de antecedentes alérgicos, presenciar a administração no serviço e vigiar a utente durante 30 minutos.
- Administração de imunoglobulina anti-D (na mulher RH -);
- Confirmar o método contraceptivo pós-IVG e realizar o seu pedido.

2ª Consulta (D4)

(36 a 48 horas)

(36 a 48 horas)

- Fornecer 4 comprimidos de Misoprostol (800 µg) - 2 comp. via bucal (na bochecha) e 2 comp. via vaginal (humedecidos), com repouso posterior no leito de 1h.
- Fazer ensino sobre administração da terapêutica e efeitos secundários;
- Validar a próxima consulta.
- Entrega do Termo de Responsabilidade assinado.

2ª Toma no Domicílio

- Administrar 4 comprimidos de Misoprostol (800 µg) - 2 comp. via bucal e 2 comp. via vaginal (humedecidos), com repouso posterior no leito de 1h;
- Fazer ensino sobre a administração da terapêutica e efeitos secundários;
- Vigilância no serviço durante 6h;
- Validar a próxima consulta.

3ª Consulta (D6)

2ª Toma no Hospital

(10 dias)

(10 dias)

- Ecografia pós-IVG;
- Início do método contraceptivo escolhido;
- Marcação da consulta de PF no C.Saúde

1ª Avaliação (D16)

(15 dias)

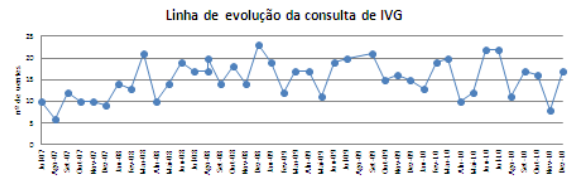
Consulta de Planeamento Familiar no C.Saúde

APÊNDICE XXXIV

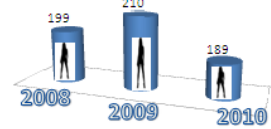
(Sessão de Formação em Serviço: “A IVG” - diapositivos)



IVG na ULSN (avaliação estatística do trínio 2008/2010)

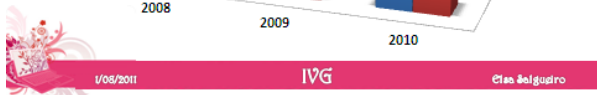
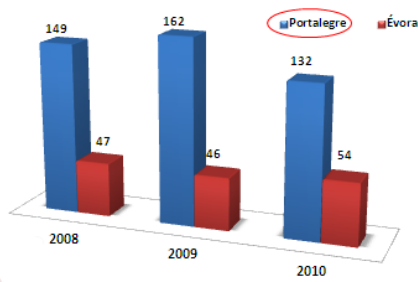


Distribuição do nº de pedidos de IVG por ano



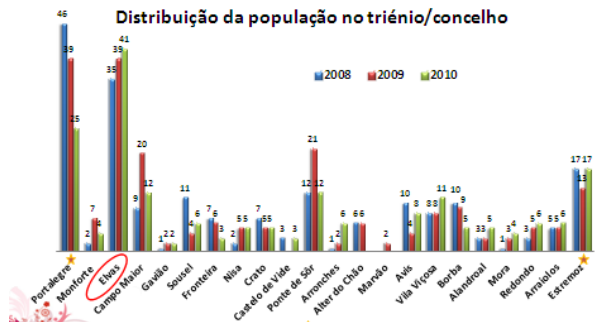
IVG na ULSN (avaliação estatística do trínio 2008/2010)

Distribuição da população no trínio/distrito



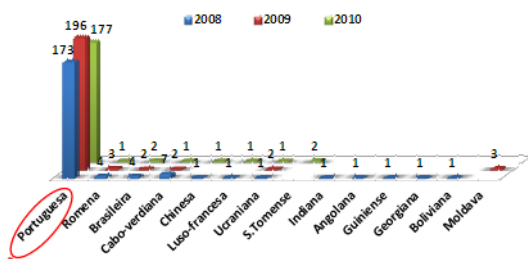
IVG na ULSN (avaliação estatística do trínio 2008/2010)

Distribuição da população no trínio/concelho



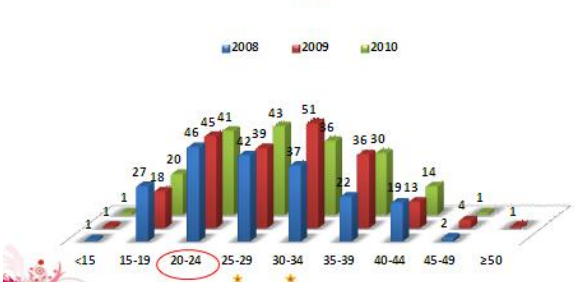
IVG na ULSN (avaliação estatística do trínio 2008/2010)

Distribuição da população no trínio/nacionalidade



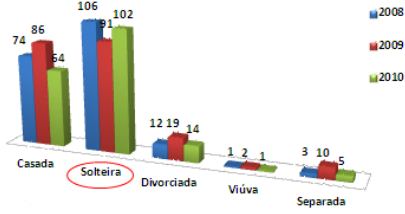
IVG na ULSN (avaliação estatística do trínio 2008/2010)

Distribuição de população no trínio/escallo etário



IVG na ULSN (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

Distribuição da população no triénio/estado civil



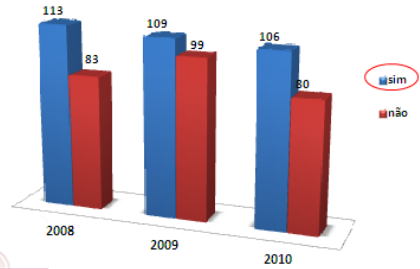
1/06/2011

IVG

Ciãa de Agosto

IVG na ULSN (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

Distribuição da população no triénio/vivência em casal



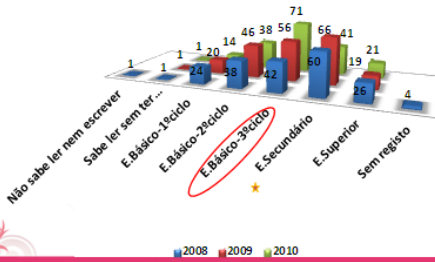
1/06/2011

IVG

Ciãa de Agosto

IVG na ULSN (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

Distribuição da população no triénio/instrução concluída



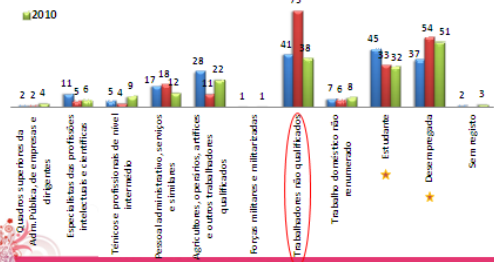
1/06/2011

IVG

Ciãa de Agosto

IVG na ULSN (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

Distribuição da população no triénio/situação laboral



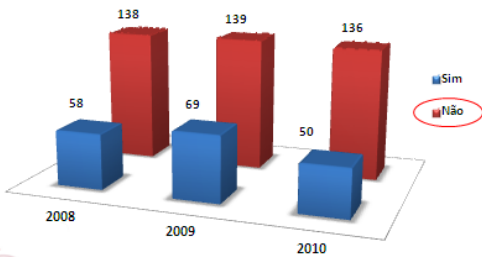
1/06/2011

IVG

Ciãa de Agosto

IVG na ULSN (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

Distribuição da população no triénio/consulta de P.F. no último ano



1/06/2011

IVG

Ciãa de Agosto

IVG na ULSN (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

Distribuição da população no triénio/paridade

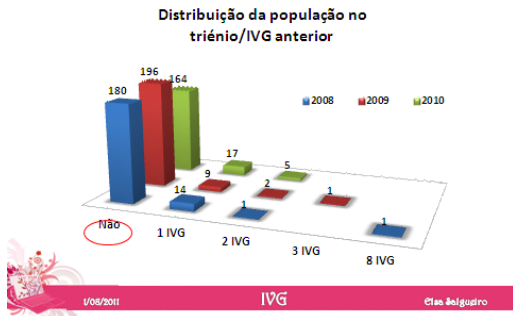


1/06/2011

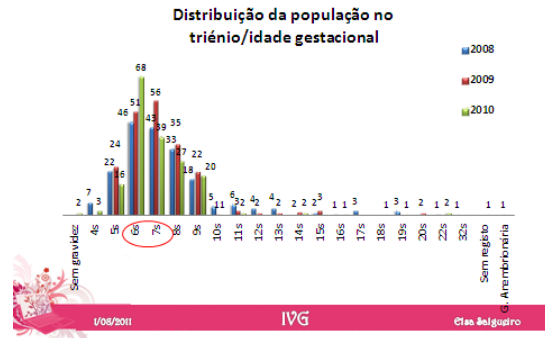
IVG

Ciãa de Agosto

A IVG na ULSNA (avaliação estatística do triénio 2008/2010)



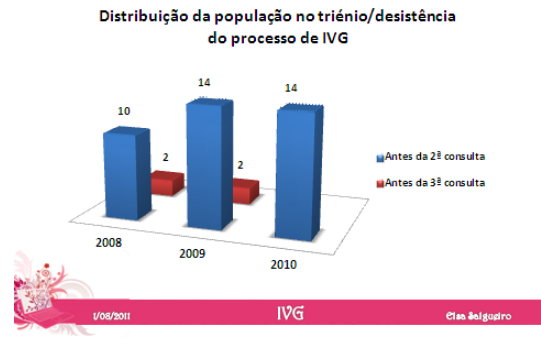
A IVG na ULSNA (avaliação estatística do triénio 2008/2010)



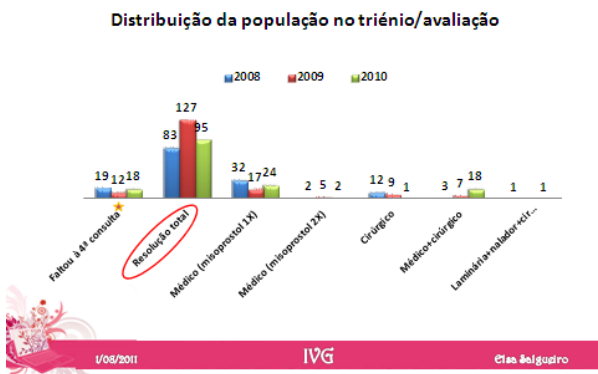
A IVG na ULSNA (avaliação estatística do triénio 2008/2010)



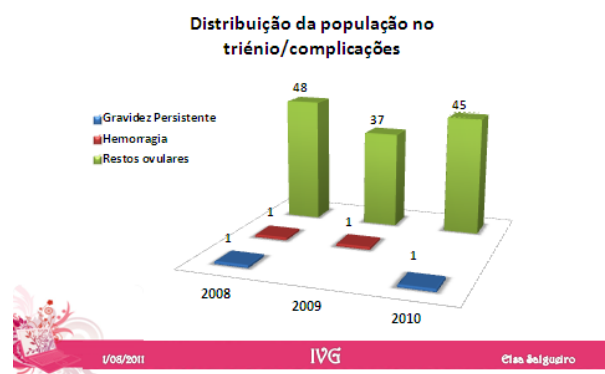
A IVG na ULSNA (avaliação estatística do triénio 2008/2010)



A IVG na ULSNA (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

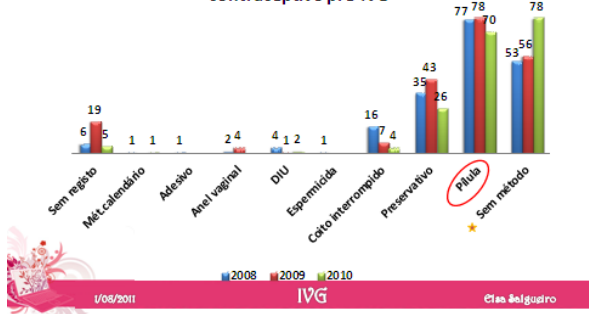


A IVG na ULSNA (avaliação estatística do triénio 2008/2010)



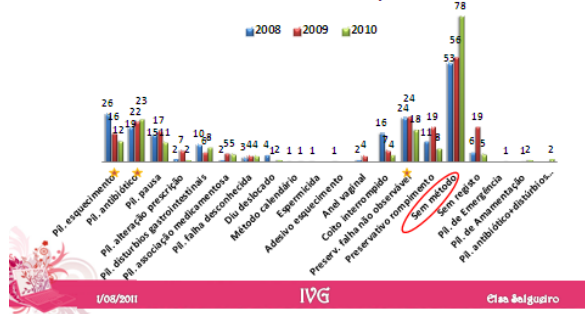
IVG na ULSN (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

Distribuição da população no triénio/método contraceptivo pré-IVG



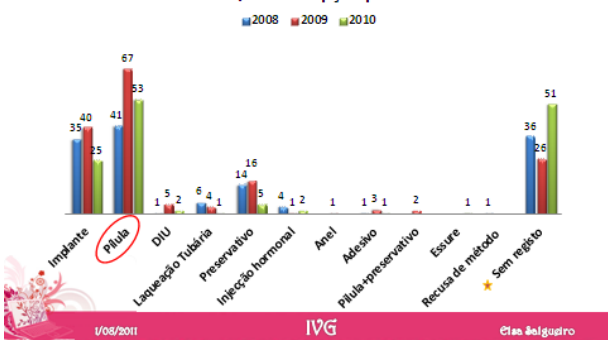
IVG na ULSN (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

Distribuição da população no triénio/falha contraceptiva



IVG na ULSN (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

Distribuição da população no triénio/contraceção pós-IVG



IVG na ULSN (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

C. Prévia	Referência PTG	Aceites	Desistência	IVG's realizadas	Resolução total	Abordagem cirúrgica	Complicações	Contraceção Pós-IVG
598	590	530	42	488	305	52	134	356
	100%	90%	7%	83%	100%	62.5%	11%	27%

Idade	LG	PF prévia	Concelho	Estado Civil	Vive casal	Instrução	Situação laboral	Paridade	Contraceção Pré e Pós-IVG
20-24	6s	Não	14 Elvas 24 Portalegre 31 Estremoz	Solteira	Sim	E. Básico 3º ciclo	1º Não qualificado 2º Desemprego 3º Estudante	Multipara	(Pré) Pílula (Pós) Pílula
28.53									
13-51									
	Recidivas	Nº total	IVG em 2007	IVG em 2008	IVG em 2009	IVG em 2010			
	2008	1		1					
	2009	1	1						
	2010	9			1	6	2		

IVG na ULSN (avaliação estatística do triénio 2008/2010)

Total de partos = 1297

Total de IVGs = 598



Novo Protocolo de IVG (por via medicamentosa)

- Objectivos:**
- Reorganizar as consultas;
 - Melhorar a eficácia das práticas profissionais;
 - Melhorar os cuidados às utentes.

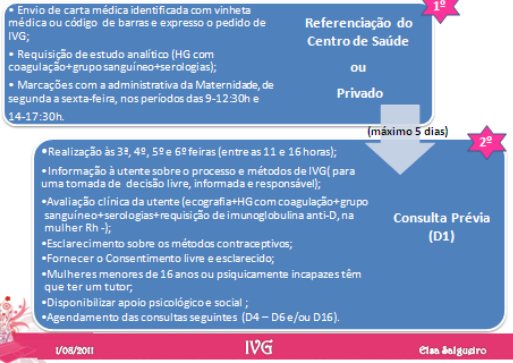
Entrada em vigor: 2 de Agosto de 2011

Etapas do Processo de IVG:

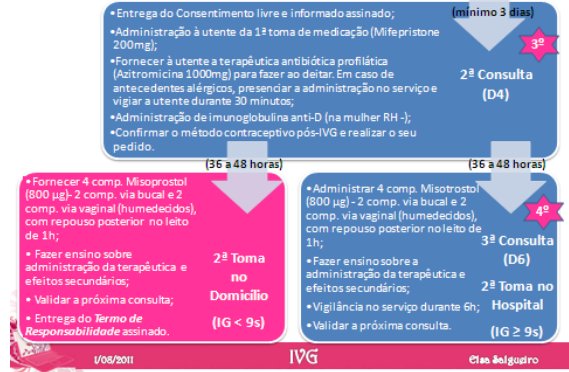
1. Referenciação
2. Consulta Prévia
3. 2ª Consulta
4. 3ª Consulta
5. 1ª Avaliação
6. Consulta de Planeamento Familiar no Centro de Saúde de referenciação



Novo Protocolo de IVG (por via medicamentosa)



Novo Protocolo de IVG (por via medicamentosa)



Novo Protocolo de IVG (por via medicamentosa)

Termo de Responsabilidade

Declaro que aderi ao método medicamentoso, no âmbito do processo de IVG e que me responsabilizo em fazer a medicação que me foi fornecida, no domicílio e respeitar as orientações que me foram dadas.

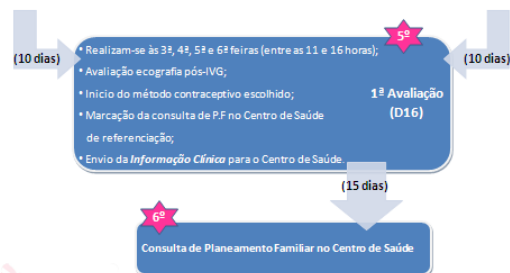
Nome

Bl n.º

Portalegre, / / 20.....

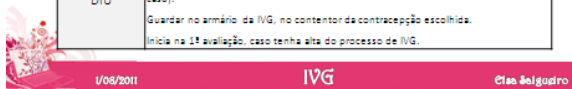


Novo Protocolo de IVG (por via medicamentosa)



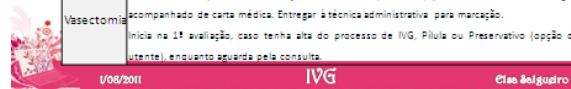
Novo Protocolo da IVG (por via medicamentosa)

CONTRACEÇÃO PÓS-IVG (Iniciar na 1ª avaliação)	
Método	Procedimento
Pílula	Envio do impresso - Prescrição Medicamentosa, para a farmácia, com a data da 1ª avaliação. Guardar no armário da IVG, no contentor da contraceção escolhida (assinalar o nº de caso). Inicia na 1ª avaliação, caso tenha alta do processo de IVG.
Implante	Envio do impresso - Prescrição Medicamentosa, para a farmácia, com a data da 1ª avaliação. Guardar no armário da IVG, no contentor da contraceção escolhida (assinalar o nº de caso). Inicia na 1ª avaliação, caso tenha alta do processo de IVG.
DIU	Retirar do stock do serviço e identificar com uma vinheta da utente (assinalar o nº de caso). Guardar no armário da IVG, no contentor da contraceção escolhida. Inicia na 1ª avaliação, caso tenha alta do processo de IVG.



Novo Protocolo da IVG (por via medicamentosa)

CONTRACEÇÃO PÓS-IVG (Iniciar na 1ª avaliação)	
Método	Procedimento
Laqueação de Trompas	Envio do impresso - Prescrição Medicamentosa, para a farmácia, com a data da 1ª avaliação (no caso de requisição de Depo Provera 150). Encaminhamento da utente para a técnica administrativa, para assinar o impresso de proposta cirúrgica. Inicia na 1ª avaliação, caso tenha alta do processo de IVG. Depo Provera 150 ou Preservativo (opção da utente e avaliação do profissional), enquanto aguarda pela LT (previsão de 15 dias).
ESSURE®	Preencher o impresso de marcação de consulta (Mod. 15) para a consulta de ESSURE da Dra. Beatriz e entregar à técnica administrativa. Envio do impresso - Prescrição Medicamentosa, para a farmácia, com a data da 1ª avaliação e requisitar CO. Inicia pílula na 1ª avaliação, caso tenha alta do processo de IVG.
Vasectomia	Preencher o impresso de marcação de consulta (Mod. 15) para a consulta de urologia, acompanhado de carta médica. Entregar à técnica administrativa para marcação. Inicia na 1ª avaliação, caso tenha alta do processo de IVG. Pílula ou Preservativo (opção da utente), enquanto aguarda pela consulta.



Novo Protocolo da IVG (por via medicamentosa)

NOTAS:

Se a utente decidir prosseguir a gravidez depois de ter iniciado a toma dos medicamentos, não se poderá garantir a ausência de riscos para o feto. ✓

Em caso de queixas algícas, fica protocolado a prescrição de analgesia (Ibuprofeno 800mg e Paracetamol 1000 mg). ✓

Registo de Enfermagem

1. Impresso Registo de Enfermagem;
2. Impresso Informação Clínica.

NOTA:

No preenchimento dos impressos é obrigatório assinalar todos os campos que se adaptem à condição clínica da utente. ✓

1/08/2011

IVG

Claudia Salgueiro

Registo de Enfermagem (impresso)

Constituído por 5 folhas:

- Consulta Prévia (D1)
- 2ª Consulta (D4)
- 3ª Consulta (D6)
- 1ª Avaliação (D16)
- 2ª Avaliação (D7)

Preenchimento:

- Resposta de escolha múltipla
- Rápido
- Ensinos e Informação a transmitir à utente

Objectivos:

- Optimizar os registos de enfermagem;
- Diminuir a taxa de não conformidades no processo de IVG.

1/08/2011

IVG

Claudia Salgueiro

Informação Clínica (impresso)

Constituído por 1 folha:

- Síntese da consulta de IVG:
 1. cumprimento do processo
 2. contraceção pós-IVG

Preenchimento:

- Na alta hospitalar da consulta de IVG;
- Canal de comunicação com o C.S (a determinar)

Objectivos:

- Estabelecer comunicação com o C.S de referênciação;
- Co-responsabilizar os C.S no processo de IVG.

1/08/2011

IVG

Claudia Salgueiro

Novo Protocolo da IVG (por via medicamentosa)

Constituição do Processo Clínico para a Consulta de IVG

- 1) Registo de Interrupção da Gravidez (da Direcção Geral de Saúde [DGS]);
- 2) Interrupção Medicamentosa da Gravidez – Informação à utente (DGS);
- 3) Informação e Esclarecimentos prestados na Consulta Prévia (DGS);
- 4) Consentimento Livre e Esclarecido (DGS);
- 5) Certificado de Comprovação do Tempo de Gestação (DGS);
- 6) Modelo de Prescrição (do Hospital Dr. José Maria Grande [HJMG]);
- 7) Modelo de Prescrição da Contraceção Hormonal (HJMG);
- 8) Diário Clínico (HJMG);
- 9) Termo de responsabilidade – realização da medicação no domicílio (HJMG)
- 10) Registo de Enfermagem (HJMG);
- 11) Informação Clínica (HJMG).

1/08/2011

IVG

Claudia Salgueiro

Novo Protocolo da IVG (por via medicamentosa)

Conteúdo funcional da técnica administrativa na consulta de IVG

- Marcação da Consulta Prévia nas 2ª, 4ª, 5ª e 6ª feiras, às 11h (no máximo de três utentes por dia);
- Regista a informação do pedido no Impresso Registo de Enfermagem – Consulta Prévia;
- Organiza o Processo Clínico com os impressos necessários à consulta de IVG e vinhetas da utente;
- Anexa ao Processo Clínico os documentos enviados pelo Centro de Saúde / Privado;
- Efectua a marcação de consultas em caso de necessidade (ex: de ginecologia ou urologia);
- Gere as propostas cirúrgicas para Laqueação de trompas;
- Efectua a marcação da consulta de P.F. no C.Saúde de referênciação e o registo da mesma no impresso – Registo de Enfermagem – 1ª e 2ª avaliação;
- Envia o impresso - Informação Clínica (depois de preenchido pela enfermeira) para o médico de família/particular que referendou a utente para a consulta de IVG;
- Arquiva os processos clínicos de IVG encerrados;
- Mantém activos os processos clínicos de IVG, no caso das utentes que faltem a uma consulta, durante uma semana. Faz o seu arquivo terminado este prazo;
- Regista na agenda a escala mensal: médico e enfermeira;
- Realiza, mensalmente, os registos da consulta de IVG na aplicação informática da DGS.

1/08/2011

IVG

Claudia Salgueiro



APÊNDICE XXXV

(Plano da Sessão de Formação em Serviço: “A IVG”)

APÊNDICE XXXVI

(Sessão de Formação em Serviço: “A IVG” - comprovativo)

