



sexualidade planeamento familiar

APF

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA

nº **42/43**

Edição
especial

A Situação do Aborto em Portugal ***Práticas, Contextos e Problemas***

Pág. **28** Linha
OPÇÕES

Pág. **34** Statement da APF
sobre a IVG



sexualidade planeamento familiar

Director	José Pacheco
Coordenadora	Elisa Guerreiro
Conselho Editorial	Ana Nunes de Almeida (Sociologia) António Manuel Marques (Sociologia) Conceição Brito Lopes (Direito) David Rebelo (Ginecologia/Obstetrícia) Duarte Vilar (Sociologia) Francisco Allen Gomes (Sexologia) Gabriela Moita (Psicologia, Educação e Sexologia) João Dória Nóbrega (Ginecologia/Obstetrícia)
Propriedade	APF - Associação para o Planeamento da Família
Redacção e Sede	Rua da Artilharia Um 38 - 2ª dt, 1250-040 Lisboa Tel. 21 385 39 93 Fax 21 388 73 79 apfportugal@mail.telepac.pt
Design e Produção	Ideias Virtuais Rua Acácio de Paiva, 16 - 2ª esq, 1700-006 Lisboa Tel. 21 845 13 90 Fax 21 845 13 91 ideiasvirtuais@ideiasvirtuais.pt
Registo	106 347
Depósito Legal	74683/94
ISSN	0872 - 7023
Tiragem	3200 exemplares
Preço de Capa	€2,5
Assinatura Anual	€9 - Particulares €15 - Instituições

Sumário

nº 42/43 • Janeiro/Dezembro 2006

Editorial

- 1 *José Pacheco*

Estudos

- 5 A Situação do Aborto em Portugal: Práticas, Contextos e Problemas

Comentários

- 24 Estudo sobre o Aborto em Portugal, 2006: Comentários da Sede da IPPF, Londres - *Upeka de Silva, Marcel Vekemans*

Linha OPÇÕES

- 28 Linha OPÇÕES - *Elisabete Souto*

Opinião

- 31 Quando não se diz tudo o que se sabe: do aborto e da psicopatologia - *Paulo Henrique Figueiredo*

Statement da APF sobre IVG

- 34 Statement da APF sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez

A revista Sexualidade e Planeamento Familiar publica artigos e notas de investigação ou debate nos domínios ligados à saúde sexual e reprodutiva e à actividade da APF. Os originais podem ser enviados em disquete ou por email, não devendo ultrapassar os 19 500 caracteres. Os artigos deverão ter indicação do(s) nome(s) do(s) autor(es), referência ao seu estatuto profissional e contacto para correspondência.

As referências bibliográficas (apenas as citadas no texto) deverão ser indicadas por ordem alfabética no final do texto, obedecendo às seguintes normas:

López, F.; Fuertes, A. (1999) *Para Compreender a Sexualidade*. Lisboa: APF.

Gomes, F. A. (1987). A sexualidade na segunda metade da vida. In F. Allen Gomes; Afonso de Albuquerque; J. Silveira Nunes (Coords.) *Sexologia em Portugal*, vol I (pp. 94-103). Lisboa: Texto Editora.

Savin-Williams, R. C.; Diamond, L. M. (2000) Sexual identity trajectories among sexual minority youths: gender comparisons. *Archives of Sexual Behaviour*, 29 (6), 607-627.

A equipa editorial reserva o direito de, com conhecimento e anuência dos autores, proceder a alterações ou adaptações do texto ou das figuras e quadros dos artigos para publicação.

Editorial

José Pacheco [Director]

Tenho que confessar o incómodo que senti por ser este o meu primeiro editorial, enquanto novo director da revista, por se tratar de um número extra, dedicado à interrupção voluntária da gravidez.

Incómodo porque a questão da legalização do aborto, por vontade da mulher ou do casal, há muito que devia estar resolvida. Mesmo que, por princípio, não goste de invocar o que acontece noutros países, como argumento seja para o que for, a mim e à maioria dos leitores, dará que pensar o facto de, na Europa dita civilizada, só a Irlanda não ter legalizado o aborto.

Incómodo ainda porque entendo que um referendo só faz sentido quando a questão a referendar afecta directamente todos os eleitores. Esse não é o caso da Interrupção Voluntária da Gravidez. Primariamente porque só diz respeito às mulheres em idade fértil e aos seus companheiros. Também porque diz respeito a uma parte da população que, apesar de estar em idade fértil, nem sequer tem idade legal para votar.

Incómodo ainda porque as pessoas que, com toda a legitimidade, irão votar NÃO, já têm toda a liberdade de não abortar e, vencendo o SIM, como espero que aconteça, com ela continuarão. Nesse sentido, os votantes do NÃO são uma brigada moral, na medida em que o voto que exprimem nada irá alterar em relação a si próprios mas irá impor aos outros aquilo que é a sua consciência e a sua moral sobre a questão do aborto.

Incómodo ainda porque se trata, efectivamente, de uma questão de consciência. E, sendo-o, não devia ser sujeita a referendo. Simplesmente, o que de há muito as mulheres portuguesas precisam é de uma lei que lhes

permita interromper uma gravidez indesejada em condições seguras e dignas. Provavelmente, isso só não aconteceu porque, efectivamente, os grandes partidos portugueses sempre esqueceram que, de facto, há 30 anos que vivemos num estado laico.

Incómodo ainda pela hipocrisia dos que entendem que os «motivos económicos» não são bons motivos. Em meu entender ou são muito ricos ou fazem pouco uso da inteligência. Na verdade, no momento em que fomos forçados a mergulhar no neo-liberalismo, a única certeza que o Estado nos assegura é a incerteza. Mesmo que aceite que, primariamente, um filho represente um compromisso afectivo, implica igualmente um compromisso económico de longo prazo, para os pais.

Se, no futuro, ainda restar alguma coisa do Estado Social, este há-de confrontar-se com os problemas inerentes às crianças negligenciadas, maltratadas e afectadas pela falta de recursos dos pais para as manter vivas e propiciar-lhes a educação que merecem.

Neste contexto, os motivos económicos são tão válidos como outros e, numa análise última, são até um paradigma de que a maioria dos nossos jovens quer assumir uma paternidade responsável, na medida em que querem garantir que dispõem de meios para assegurar o desenvolvimento dos seus filhos em condições dignas. É por isso que, quando os métodos anti-concepcionais falham querem ter o direito de poder optar pelo recurso à interrupção voluntária da gravidez.

Incómodo ainda pelos argumentos de ocasião. Os grupos que defendem o NÃO são moralmente irresponsáveis porque depois de andarem décadas a defender os

«métodos naturais», quando chega a época referendária passam a aceitar «todos os métodos anti-concepcionais» e mesmo os que, incorrectamente, chamam de abortivos para argumentarem que votar SIM, porque agora já não se justifica. São afectados de fraca memória porque efectivamente sempre estiveram contra a legalização do aborto. Agora, porque já não se justifica e antes quando havia muitos e se faziam, como dizem, no vão da escada. Aliás é preciso dizer, sem tibiezas, que os «métodos naturais», pela sua elevada ineficácia, estão seguramente entre os que mais frequentemente conduziram as mulheres à necessidade de ter que realizar um aborto. São argumentos de desespero, porque sabem que, desta vez, o NÃO não vai assegurar a maioria dos eleitores. Como é, de resto, sinal de desespero, é a multiplicação de movimentos a favor do NÃO, porque precisam de mais tempos de antena e porque querem dar a impressão de que são muitos. Quem está seguro da força das suas convicções não precisa de subterfúgios. Quem se socorre deles e de argumentos de ocasião é porque pressente a derrota do seu ideário.

A interrupção voluntária da gravidez não é um método anti-concepcional. Pode ter sido até à década de sessenta mas hoje não o é. Não tenho dúvidas que, hoje em dia, quase todas as mulheres sabem que existem métodos anti-concepcionais. Mas, como em outra qualquer área da vida, as pessoas erram e falham. Nas

estradas portuguesas existem inúmeros acidentes, apesar de todos sabermos o que devemos fazer para os prevenir. Existem padres que para encobrir as relações ilícitas com as suas companheiras, acabam por colaborar na realização de abortos ilegais. Existem padres que têm relações sexuais com crianças e sabem que não as deviam ter. E poderia continuar a enumerar um enorme rol de acontecimentos que «não deveriam acontecer» mas que... acontecem. Os exemplos negativos da classe eclesiástica que, com frequência, aborda a questão do aborto com soberba e pouca tolerância relativamente aos que erram e falham.

Para finalizar, os meus parabéns à equipa da APF que conseguiu realizar este importante estudo sobre o aborto em Portugal. Mais importante ainda se eu considerar que o Parlamento português, no rescaldo do anterior referendo, se comprometeu a fazer um estudo deste tipo, sem que nunca tivesse sido capaz de o fazer. Este estudo, infelizmente, veio mostrar que o aborto ainda continua a ser, pela frequência com que acontece, uma questão que não se pode minorizar.

Neste contexto, é meu dever moral apelar a que se vote SIM no próximo referendo para que as mulheres portuguesas tenham a possibilidade de se socorrer do aborto como meio de solucionar gravidezes não desejadas em condições seguras e dignas. **x**

Harmonia interior

Harmonia sexual



Harmonet[®]

... a pílula da Harmonia

Wyeth[®]

WYETH (LEDE) PT, PORTUGAL (FORMA) LDA, - Rua Dr. António Lourenço Borges, 2 - Anjo-Barcelos - Matosinhos - 1405-101 ALGES - Tel. 21 412 42 00
Censos Reg. Com. Censos No. 18 945 - Capital Social 250.000 EUR - NIPC 507 390 712

www.wyeth.pt

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO 1. DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO Harmonet 0,02 mg + 0,075 mg comprimido revestido. **2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Cada comprimido revestido contém 0,075 mg de gestodeno e 0,02 mg de etinilestradiol. Excipientes: Lista completa de excipientes, ver secção 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido revestido. **4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS 4.1 Indicações terapêuticas** Prevenção da gravidez. **4.2 Posologia e modo de administração** Como tomar Harmonet Tomar um comprimido por dia, sempre à mesma hora, segundo a ordem indicada no blister, durante 21 dias consecutivos. O blister seguinte deverá ser iniciado após um intervalo livre de 7 dias, durante o qual ocorrerá a hemorragia de privação que surge, normalmente, decorridos 2-3 dias após a toma do último comprimido e pode não ter terminado quando se iniciar um novo blister. **Como iniciar a toma de Harmonet** Ausência de contraceção hormonal no mês anterior Harmonet deve ser iniciado no primeiro dia do ciclo menstrual (i.e., no primeiro dia da hemorragia menstrual). Harmonet pode também ser iniciado entre o 2º e o 7º dia do ciclo menstrual; neste caso, no entanto, recomenda-se a utilização de um método contraceptivo não hormonal adicional (tal como preservativo e espermicida) durante os primeiros 7 dias de toma dos comprimidos. • Mudança de outro contraceptivo oral de associação (COA) para Harmonet. A mulher deve iniciar o Harmonet, de preferência, no dia seguinte à toma do último comprimido activo do contraceptivo oral anterior, podendo iniciar-se o mais tardar no dia seguinte ao intervalo livre da toma habitual do contraceptivo oral anterior ou à toma do último comprimido inactivo do contraceptivo oral anterior. • Mudança de um contraceptivo contendo apenas um progestagénio (mini-pílula, injeção, implante) A mulher pode mudar da mini-pílula em qualquer dia, iniciando o Harmonet no dia seguinte. No caso da remoção de um implante, o Harmonet deve ser iniciado no dia da sua remoção ou, no caso de uma injeção, no dia programado para a próxima injeção. Em todas estas situações, a mulher deve ser instruída no sentido de utilizar um método contraceptivo não hormonal adicional durante os primeiros 7 dias de toma dos comprimidos. • Após um aborto ocorrido no primeiro trimestre. A mulher pode iniciar de imediato a toma de Harmonet, não sendo necessárias, nestes casos, quaisquer medidas contraceptivas adicionais. • Após o parto ou após aborto ao segundo trimestre. Dado que o período pós-parto imediato está associado a um risco acrescido de tromboembolismo, a toma de COA não deve ser iniciada antes do 28º dia após o parto nas mulheres que não estão a amamentar, ou após aborto ao segundo trimestre. A mulher deve ser aconselhada a utilizar um método contraceptivo não hormonal adicional nos primeiros 7 dias de toma dos comprimidos. No entanto, se a mulher já teve relações sexuais, deve excluir-se a existência de gravidez antes de iniciar Harmonet ou aguardar o reinício do ciclo menstrual. (ver secção 4.4 e 4.6). **Como proceder em caso de esquecimento de um ou mais comprimidos** A protecção contraceptiva pode diminuir em caso de esquecimento, particularmente quando o esquecimento se prolonga para além dos dias de intervalo livre de toma. Se se verificar o esquecimento de um comprimido no horário habitual, a sua toma deverá ser feita, logo que possível, durante as 12 horas seguintes. Os restantes comprimidos deverão ser tomados como habitualmente. Se se verificar o esquecimento de um comprimido por um período superior a 12 horas após o horário habitual ou se for esquecido mais do que um comprimido, a protecção contraceptiva poderá estar reduzida. O último comprimido esquecido deverá ser tomado o mais rapidamente possível, mesmo que tal implique a toma de dois comprimidos no mesmo dia. Os restantes comprimidos devem ser tomados como habitualmente. Recomenda-se a utilização adicional de um método de contraceção não hormonal nos 7 dias seguintes. Se os 7 dias durante os quais é necessário utilizar um método contraceptivo adicional ultrapassarem o dia da toma do último comprimido do blister que está a ser utilizado, o próximo blister deve ser iniciado assim que o actual termine, não devendo ser feito qualquer intervalo entre os dois blisters. Deste modo, previne-se um intervalo prolongado na toma dos comprimidos, o que poderia aumentar o risco de ocorrer uma ovulação de escape. A mulher só deverá ter hemorragia de privação depois de concluir o segundo blister de Harmonet. Podem, no entanto, surgir episódios de spotting ou de hemorragia de interrupção durante a toma dos comprimidos. Se após a toma do segundo blister não ocorrer a hemorragia de privação, deve ser excluída a possibilidade de gravidez antes de se iniciar o blister seguinte. **Advertência em caso de vômitos** Se ocorrerem vômitos nas 4 horas seguintes à toma do comprimido, a absorção de Harmonet pode não ser completa. Neste caso, deverão ser seguidas as recomendações descritas em "Como proceder em caso de esquecimento de um ou mais comprimidos" e a mulher deve tomar um comprimido adicional de um outro blister. **Como atrasar a menstruação** Para atrasar a menstruação, a mulher deve iniciar outro blister de Harmonet, sem efectuar qualquer intervalo entre os dois blisters. Este atraso pode ser prolongado até terminar o segundo blister. Durante o prolongamento poderá ocorrer uma hemorragia de interrupção ou spotting. A toma regular de Harmonet deve ser recomeçada após o intervalo habitual de 7 dias sem toma dos comprimidos. **4.3 Contra-indicações** Harmonet está contra-indicado nas seguintes situações: hipersensibilidade às substâncias activas ou a qualquer um dos excipientes; trombose venosa profunda ou antecedentes de trombose venosa profunda; tromboembolismo ou antecedentes de tromboembolismo; doença arterial coronária ou vascular cerebral; valvulopatias trombogénicas; alterações rítmicas trombogénicas; trombofilias adquiridas ou hereditárias; cefaleias com sintomas neurológicos focais, tais como aura; diabetes com compromisso vascular; hipertensão arterial não controlada; carcinoma da mama conhecido ou suspeito ou outras neoplasias dependentes dos estrogénios conhecidas ou suspeitas; carcinomas ou adenomas hepáticos ou doença hepática activa, cujas provas de função hepática não tenham retomado os valores normais; hemorragia vaginal não diagnosticada; gravidez conhecida ou suspeita. **4.4 Advertências e precauções especiais de utilização** Advertências O tabagismo aumenta o risco de reacções adversas cardiovasculares graves em mulheres utilizadoras de contraceptivos orais. Este risco aumenta com a idade e com os hábitos tabágicos (em estudos epidemiológicos realizados, o consumo de 15 ou mais cigarros por dia foi associado a um risco significativamente acrescido de doença cardiovascular). Este risco é consideravelmente mais pronunciado em mulheres com mais de 35 anos. Por essa razão, as mulheres utilizadoras de contraceptivos orais devem deixar de fumar. **Acidentes trombóticos e tromboembólicos arteriais e venosos** A utilização de COA está associada a um risco acrescido de acidentes trombóticos e tromboembólicos arteriais e venosos. Sempre que se opte por um regime de tratamento com uma associação de estrogénios e progestagénios, recomenda-se a prescrição da dose mínima compatível com uma boa eficácia contraceptiva e que satisfaça as necessidades de cada mulher. Uma mulher que inicie a toma de contraceptivos orais pela primeira vez, deve utilizar uma formulação com uma quantidade inferior a 0,050 mg de estrogénios. Acidentes trombóticos e tromboembólicos venosos. A utilização de COA aumenta o risco de acidentes trombóticos e tromboembólicos venosos, nomeadamente trombose venosa profunda e embolismo pulmonar. A utilização de qualquer COA está associada a um aumento do risco de acidentes trombóticos e tromboembólicos venosos comparativamente à não utilização. O acréscimo no risco é maior durante o primeiro ano de utilização em mulheres que nunca tomaram COA e é menor que o risco de acidentes trombóticos e tromboembólicos venosos associado à gravidez, o qual se estima ser de 60 casos por 100.000 mulheres-anos. O tromboembolismo venoso é fatal em 1-2 % dos casos. Verificou-se em vários estudos epidemiológicos que as mulheres que utilizam contraceptivos orais contendo etinilestradiol, na maioria dos casos com uma dosagem de 30 µg, associado a um progestagénio como o desogestrel ou o gestodeno, têm um risco aumentado de acidentes trombóticos e tromboembólicos venosos comparativamente às que utilizam contraceptivos orais contendo menos de 0,050 mg de etinilestradiol e o progestagénio levonorgestrel. Dados de alguns estudos adicionais não demonstraram este aumento do risco. Relativamente aos COA contendo 0,020 mg de etinilestradiol em associação com gestodeno (tal como o Harmonet), a informação disponível é insuficiente para concluir sobre o risco comparativo de acidentes trombóticos e tromboembólicos. Relativamente aos contraceptivos orais contendo 0,030 mg de etinilestradiol em associação com desogestrel ou gestodeno, quando comparados com outros contraceptivos orais contendo menos de 0,050 mg de etinilestradiol e levonorgestrel, estimou-se que o risco relativo global de acidentes trombóticos e tromboembólicos venosos se encontrava no intervalo 1,5-2. A incidência de acidentes trombóticos e tromboembólicos venosos para os COA contendo levonorgestrel com menos de 0,050 mg de etinilestradiol é de aproximadamente 20 casos por 100.000 mulheres-anos de utilização. Relativamente aos contraceptivos orais contendo 0,030 mg de etinilestradiol em associação com desogestrel ou gestodeno, a incidência é de aproximadamente 30-40 casos por 100.000 mulheres-anos de utilização, ou seja, de 10-20 casos adicionais por 100.000 mulheres-anos de utilização. Recomenda-se que toda esta informação seja considerada quando se prescreve Harmonet, bem como quando se aconselha a mulher relativamente à escolha do método contraceptivo. O risco de acidentes trombóticos e tromboembólicos venosos está mais aumentado nas mulheres com situações clínicas predisponentes a acidentes trombóticos e tromboembólicos venosos, pelo que deverá existir algum cuidado na prescrição de contraceptivos orais nestas mulheres. São exemplos de situações que predispoem para acidentes trombóticos e tromboembólicos venosos: obesidade, cirurgia ou traumatismo com risco acrescido de trombose, parto recente ou aborto ao 2º trimestre, imobilização prolongada, idade. O risco relativo de complicações tromboembólicas no pós-operatório pode aumentar 2 a 4 vezes após a utilização de COA e o risco relativo de trombose venosa é duas vezes superior em mulheres com situações que predispoem para este tipo de acidentes. Se possível, o Harmonet deve ser descontinuado: nas 4 semanas anteriores e nas duas semanas posteriores a uma cirurgia electiva com risco acrescido de trombose; e durante uma imobilização prolongada. Dado que o pós-parto imediato está associado a um risco acrescido de tromboembolismo, a toma de COA não deve ser iniciada antes do 28º dia do puerpério nas mulheres que não estão a amamentar, ou após aborto ao segundo trimestre. **Acidentes trombóticos e tromboembólicos arteriais** A utilização de COA aumenta o risco de acidentes trombóticos e tromboembólicos arteriais, tendo sido referidos acidentes como enfarte do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais (isquémia e hemorragia cerebral, acidente isquémico transitório). O risco de acidentes trombóticos e tromboembólicos arteriais está aumentado nas mulheres com factores de risco subjacentes, pelo que a prescrição de COA nestas mulheres deverá ser feita cuidadosamente. São exemplos de factores de risco de acidentes trombóticos e tromboembólicos arteriais: tabagismo; hipertensão arterial; hiperlipidémias; obesidade; idade. As utilizadoras de contraceptivos orais com enxaquecas, nomeadamente enxaquecas com aura, podem estar sujeitas a um risco acrescido de acidente vascular cerebral (ver secção 4.3). **Lesões oculares** Durante a utilização de COA, foram notificados casos de trombose vascular da retina, o que poderá originar perda parcial ou total da visão. Se surgirem sinais ou sintomas, tais como alterações visuais, início de exoftalmia ou diplopia, papiledema ou lesões vasculares da retina, o Harmonet deve ser descontinuado e a causa imediatamente avaliada. **Pressão arterial** Verificou-se um aumento da pressão arterial nas mulheres que tomam COA. Mulheres com hipertensão, antecedentes de hipertensão, ou com doenças relacionadas com a hipertensão (incluindo algumas doenças renais), deverão ser aconselhadas a usar outro método contraceptivo. Se uma mulher, nestas condições, optar pelo COA, deve ser então cuidadosamente vigiada e se ocorrer uma elevação significativa da pressão arterial, o Harmonet deve ser suspenso. O aumento da pressão arterial relacionado com a toma de COA desaparece geralmente após a sua descontinuação, parecendo não existir qualquer diferença entre a ocorrência de hipertensão arterial em mulheres utilizadoras ou não utilizadoras. Os COA estão contra-indicados em mulheres com hipertensão arterial não controlada (ver secção 4.3). **Carcinoma dos órgãos reprodutivos** Alguns estudos sugerem que, em algumas populações de mulheres, a utilização de COA pode estar associada a um aumento do risco de neoplasia intra-epitelial cervical ou de cancro cervical invasivo. No entanto, permanece controverso o facto destes resultados poderem ser atribuídos a factores relacionados com o comportamento sexual ou a outros factores. Em caso de hemorragia genital anómala não diagnosticada, recomenda-se a realização de exames complementares para esclarecimento da mesma. Uma meta-análise de 54 estudos epidemiológicos evidenciou que as mulheres utilizadoras de contraceptivos orais têm um aumento muito ligeiro do risco relativo de cancro da mama, quando comparado com as não utilizadoras. Este aumento do risco desaparece gradualmente durante os 10 anos seguintes à interrupção do tratamento com COA. Estes estudos não fornecem evidência que permita estabelecer uma relação de causalidade. O aumento do risco de cancro da mama diagnosticado pode ser devido à detecção precoce de cancro da mama em utilizadoras de COA (devido a uma monitorização clínica mais regular) e/ou ao efeito biológico dos COA. Dado o cancro da mama ser raro na mulher com menos de 40 anos, o número excessivo diagnosticado em mulheres utilizadoras, actuais ou recentes, de contraceptivos orais foi inferior ao risco cumulativo de cancro da mama durante a sua vida. Os cânceros da mama diagnosticados em utilizadoras de contraceptivos orais tendem a ser de estado menos avançado que os diagnosticados nas não utilizadoras. **Neoplasia hepática/doença hepática** A utilização de COA pode estar associada, em casos muito raros, a adenomas hepáticos, e em casos extremamente raros, a carcinoma hepatocelular. O risco parece estar associado à duração do tratamento. A ruptura destes adenomas hepáticos pode ser fatal por provocar hemorragias intra-abdominais. A ocorrência de lesões hepáticas é mais provável nas mulheres com história de colestase associada à toma de COA ou com colestase durante a gravidez. Se estas mulheres optarem pela utilização de COA, devem ser cuidadosamente vigiadas e caso a situação recorra, o Harmonet deve ser suspenso. **Enxaquecas/Cefaleias** O aparecimento ou a exacerbação de enxaqueca ou o desenvolvimento de cefaleias com um padrão novo e recorrente, persistente ou intenso, obriga a uma interrupção de COA e a uma avaliação da causa. Mulheres com enxaquecas, nomeadamente enxaquecas com aura, e que tomam contraceptivos orais, podem estar sujeitas a um risco acrescido de acidente vascular cerebral (ver secção 4.3). **Outros** Produtos naturais ou extractos vegetais contendo Hypericum perforatum quando utilizados concomitantemente com Harmonet, podem diminuir as concentrações séricas de etinilestradiol, e consequentemente diminuir os seus efeitos terapêuticos (ver secção 4.5). **Precauções Exames médicos** Antes de iniciar a terapêutica com Harmonet, deve obter-se uma história clínica e familiar completa e exame físico que inclua a pressão arterial. Esta avaliação médica deve ser repetida regularmente durante a utilização de COA. **Efeitos nos hidratos de carbono e nos lípidos** Foi notificada intolerância à glicose em mulheres que tomam contraceptivos orais, pelo que as mulheres com alterações da tolerância à glicose ou diabetes mellitus devem ser cuidadosamente monitorizadas durante a utilização de Harmonet. Harmonet comprimidos revestidos contém lactose. Mulheres com doenças hereditárias raras de intolerância à galactose, deficiência de lactase de Lapp ou malabsorção de glicose-alactose não devem tomar este medicamento. Harmonet comprimidos revestidos contém sacarose. Doentes com doenças hereditárias raras de intolerância à frutose, malabsorção de glicose-galactose ou insuficiência de sacarase-isomaltase não devem tomar este medicamento. Uma pequena percentagem de mulheres terão alterações lipídicas adversas enquanto estiverem a tomar COA. Em mulheres com dislipidémias não controladas, deve ser considerada a contraceção não hormonal. Uma pequena percentagem de mulheres pode apresentar hipertrigliceridémia persistente enquanto toma contraceptivos orais. Aumentos dos triglicéridos plasmáticos podem originar pancreatite e outras complicações. As mulheres que tomam COA e que estão a ser tratadas por hiperlipidémia devem ser cuidadosamente vigiadas. **Hemorragia genital** Em algumas mulheres, a hemorragia de privação poderá não ocorrer nos dias do intervalo da toma. Se os comprimidos não foram tomados correctamente antes da primeira falta de hemorragia de privação ou se ocorrer duas faltas da hemorragia de privação consecutivas, deve suspender-se a toma dos comprimidos e utilizar-se um método contraceptivo não hormonal alternativo, até se excluir a possibilidade de gravidez. Verifica-se, por vezes, uma hemorragia intermenstrual ou spotting, especialmente durante os três primeiros meses de utilização. O tipo e a dose de progestagénio podem ser importantes. Se estas hemorragias persistirem ou recorerem, devem ser consideradas causas não hormonais e deve proceder-se ao diagnóstico através dos exames complementares adequados. Se for excluída a possibilidade de uma patologia, a continuação da utilização de Harmonet ou a alteração para outra formulação pode resolver o problema. Algumas mulheres podem apresentar amenorreia pós-contraceptivo oral (com possível anovulação) ou oligomenorreia, especialmente se forem situações pré-existent. **Depressão** Numa mulher com história de depressão, a utilização dos COA deve ser cuidadosa e o medicamento deve ser suspenso se se verificar uma recorrência grave da depressão. Se durante a toma de Harmonet a depressão aumentar de modo significativo, a toma do contraceptivo oral deve ser suspensa e deve ser utilizado um método de contraceção alternativo para verificar se os sintomas estão relacionados com o Harmonet. **Outros** As mulheres devem ser informadas de que o Harmonet não confere protecção contra a infeção pelo vírus HIV (SIDA) ou outras doenças sexualmente transmissíveis. A diarreia e os vômitos podem reduzir a absorção hormonal, com a consequente diminuição das concentrações séricas (ver Advertência em caso de vômitos na secção 4.2 e a secção 4.5). **4.5 Interações medicamentosas e outras formas de interação** As interações entre o etinilestradiol e outras substâncias podem levar à diminuição ou aumento da concentração sérica do etinilestradiol, respectivamente. A diminuição das concentrações séricas do etinilestradiol pode originar uma maior incidência de hemorragia de interrupção e irregularidades menstruais e pode possivelmente

A Situação do Aborto em Portugal: Práticas, Contextos e Problemas

INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas, a questão do aborto tem sido um tema de intensos debates públicos na sociedade portuguesa.

O aborto ilegal e inseguro é, ainda hoje, um importante problema que afecta a vida e a saúde de muitos milhares de mulheres portuguesas, constituindo uma importante causa de mortalidade e de morbilidade maternas.

Como é sabido, até 1984 a IVG era totalmente proibida por lei e, depois de 1984, a lei 6/84 não veio alterar substancialmente a situação. Por um lado, o articulado da lei não inclui de forma explícita a maior parte das razões pelas quais as mulheres abortam e que são motivos de ordem pessoal, emocional, familiar ou social. Por outro lado, a lei 6/84 foi interpretada da forma mais restritiva possível e, mesmo assim, muitos hospitais não a aplicam ou aplicam-na de forma selectiva, “escolhendo” algumas das situações previstas e ignorando outras.

A despenalização da IVG começou por ser uma reivindicação dos movimentos de mulheres no pós 25 de Abril. Foi objecto de debates parlamentares em 1982, 1983/84, 1997, 1998 e 2004. Foi objecto de um referendo em 1998, em que a vitória dos opositores à despenalização do aborto acabou por travar quaisquer mudanças legais e manter a situação. Houve diversos julgamentos de mulheres e profissionais que abalaram a opinião pública nacional e internacional e estamos, no momento em que este estudo é apresentado, em plena preparação de um novo referendo.

Jornalistas e órgãos de comunicação social foram também revelando os contornos dramáticos do aborto inseguro e clandestino em Portugal.

Como é também do conhecimento público, a Associação para o Planeamento da Família tem como um dos seus temas de trabalho a questão da interrupção voluntária de gravidez ou do aborto provocado.

A abordagem deste tema surgiu naturalmente pelo extenso trabalho que a APF desenvolve há cerca de 40 anos na promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres portuguesas, de todas as idades, condições geográficas e condições sociais.

Desde cedo, a APF foi sendo confrontada com inúmeras situações de mulheres com uma gravidez não desejada em curso e que recorriam à APF em busca de informações e de apoio.

Por outro lado, numerosos associados e associadas, dirigentes e voluntários da APF são profissionais que trabalham em centros de saúde, hospitais e outros estabelecimentos de saúde, tendo de lidar, no dia a dia, com estas mesmas situações de angústia, de procura de apoio sem sucesso ou, pior ainda, têm de se confrontar com as complicações resultantes de abortos clandestinos ou com abortos incompletos.

É também sabido que a APF tem defendido publicamente a necessidade de a lei ser mudada, no sentido de passar a integrar os aspectos ordem emocional e social.

reduzir a eficácia de Harmonet. Durante a utilização concomitante de Harmonet com substâncias que diminuem a concentração sérica do etinilestradiol, recomenda-se a utilização de um método contraceptivo não hormonal adicional (por exemplo, preservativo e espermicida). No caso de utilização prolongada desses medicamentos, os COA não devem ser considerados como um método de contracepção de primeira linha. Depois da descontinuação das substâncias que podem diminuir a concentração sérica do etinilestradiol, recomenda-se a utilização de um método contraceptivo não hormonal adicional durante, pelo menos, 7 dias. Após a descontinuação das substâncias causadoras de indução das enzimas microsossomais hepáticas que provocaram diminuição das concentrações séricas de etinilestradiol recomenda-se uma utilização mais prolongada do método contraceptivo adicional. A indução enzimática pode demorar várias semanas para regressar completamente, dependendo da dose, duração da utilização e taxa de eliminação da substância indutora. Exemplos de substâncias que podem diminuir a concentração sérica do etinilestradiol: qualquer substância que reduza o trânsito gastrointestinal e consequentemente a absorção do etinilestradiol; substâncias que induzem as enzimas microsossomais hepáticas tais como a rifampicina, rifabutina, barbitúricos, primidona, fenitiazina, fenitoína, dexamestasona, griseofulvina, topiramato, alguns inibidores da protease e modafinil; *Hypericum perforatum*, conhecido por chá de hipericão, e ritonavir (possivelmente por indução das enzimas microsossomais hepáticas); alguns antibióticos (por ex. ampicilina ou outras penicilinas e tetraciclinas), por diminuição da circulação entero-hepática dos estrogénios. Exemplos de substâncias que podem aumentar a concentração sérica do etinilestradiol: atrovastatina; inibidores metabólicos da sulfoconjugação na parede gastrointestinal tais como ácido ascórbico (vitamina C) e paracetamol (acetaminofeno); substâncias que inibem as isoenzimas 3A4 do citocromo P450, tais como indinavir, fluconazole e toleandomicina. A toleandomicina pode aumentar o risco de colestase intra-hepática durante a administração simultânea com COA. O etinilestradiol pode interferir com o metabolismo de outros fármacos por inibição das enzimas microsossomais hepáticas, ou por indução da conjugação hepática dos fármacos, particularmente a glucuronocoujugação. Deste modo, as concentrações plasmáticas e teciduais podem ser aumentadas (por ex. ciclosporina, teofilina, corticosteróides) ou diminuídas (por ex. lamotrigina). Nos doentes tratados com finarizina, a utilização de COA pode aumentar o risco de surgir galactosemia. De modo a identificar potenciais interações, deve consultar-se toda a informação relativa aos medicamentos administrados concomitantemente. Interferências com Testes Laboratoriais A utilização de COA pode provocar alterações fisiológicas que se podem reflectir nos resultados de determinados testes laboratoriais, incluindo: parâmetros bioquímicos de função hepática (diminuição da bilirrubina e da fosfatase alcalina), da função tiroideia (elevação das T3 e T4 totais devido à elevação da proteína de ligação à tiroxina e diminuição da T3 livre pelo método da resina), da função suprarrenal (aumento do cortisol plasmático, aumento da globulina de ligação ao cortisol, diminuição do sulfato de desidroepiandrosterona) e da função renal (aumento da creatinina e da depuração da creatinina); níveis plasmáticos de algumas proteínas transportadoras, tais como as globulinas de ligação aos corticosteróides e frações lipídicas e lipoproteínas; parâmetros do metabolismo dos hidratos de carbono; parâmetros da coagulação e da fibrinólise; diminuição dos níveis séricos de folatos. **4.6 Gravidez e aleitamento** **Gravidez:** Este medicamento não está indicado na gravidez (ver secção 4.3). Extensos estudos epidemiológicos evidenciaram que não existe um risco acrescido de anomalias em crianças nascidas de mulheres utilizadoras de COA antes da gravidez. Se ocorrer uma gravidez durante a utilização de Harmonet, este deve ser interrompido de imediato, muito embora estudos realizados não tenham sugerido um efeito teratogénico quando tomado, inadvertidamente, no início da gravidez. **Aleitamento:** Em geral, não se recomenda a utilização de COA em mulheres a amamentar. Foram identificadas pequenas quantidades de estrogénios contraceptivos e/ou metabólitos no leite de mulheres em período de aleitamento, tendo sido referidos alguns efeitos adversos nas crianças, incluindo icterícia e aumento do volume mamário. A toma de Harmonet pode influenciar a lactação, podendo reduzir a quantidade de leite materno e alterar a sua composição. Durante a lactação, deve ser proposto outro método contraceptivo. **4.7 Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar de máquinas** Não relevante. **4.8 Efeitos indesejáveis** A utilização de contraceptivos orais tem sido associada a: risco aumentado de acidentes trombóticos e tromboembólicos arteriais e venosos, incluindo enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral, acidente isquémico transitório, trombose venosa e embolismo pulmonar; risco aumentado de neoplasia intra-epitelial do colo do útero e de cancro do colo do útero; risco aumentado de diagnóstico de cancro da mama. Os efeitos indesejáveis são classificados de acordo com a sua frequência de notificação pelo CIOMS em: Muito frequentes: > 10%; Frequentes: > 1% e < 10%; Pouco frequentes: > 0,1% e < 1%; Raros: > 0,01% e < 0,1%. Os efeitos indesejáveis são apresentados por ordem decrescente de gravidade dentro de cada classe de frequência. Os efeitos indesejáveis mais graves verificados com a utilização de contraceptivos orais são referidos na secção 4.4. Outros efeitos indesejáveis que têm sido relacionados com a utilização de contraceptivos orais são os seguintes: **INFECÇÕES E INFESTAÇÕES** Frequentes: Vaginite, incluindo candidíase **NEOPLASIAS BENIGNAS, MALIGNAS E NÃO ESPECIFICADAS (INCLUINDO QUISTOS E POLÍPOS)** Muito raro: Adenomas hepáticos; carcinomas hepatocelulares **DOENÇAS DO SISTEMA IMUNITÁRIO** Raro: Reações anafiláticas/anafilactóides, incluindo casos muito raros de urticária, angioedema, e reacções intensas a nível respiratório e circulatório **Muito raro:** Exacerbação do lúpus eritematoso sistémico **DOENÇAS DO METABOLISMO E DA NUTRIÇÃO** Pouco frequentes: Alterações do apetite (aumento ou diminuição) **Raro:** Intolerância à glucose **Muito raro:** Exacerbação da porfiria **PERTURBAÇÕES DO FORO PSQUIÁTRICO** Frequentes: Alterações do humor, incluindo depressão; alterações da libido **DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO** Muito frequentes: Cefaleias, incluindo enxaqueca **Frequentes:** Nervosismo, tonturas **Muito raro:** Exacerbação da coreia **AFECCÕES OCULARES** **Muito raro:** Intolerância às lentes de contacto **Muito raro:** Nevrite óptica*, trombose vascular da retina **VASCULOPATIAS** **Muito raro:** Agravamento das veias varicosas **DOENÇAS GASTROINTESTINAIS** Frequentes: Náuseas, vómitos, dor abdominal **Pouco frequentes:** Cólicas abdominais, distensão abdominal **Muito raro:** Pancreatite, **AFECCÕES HEPATOBILIARES** **Raro:** Icterícia colestática **Muito raro:** Doença da vesícula biliar, incluindo litíase** **AFECCÕES DOS TECIDOS CUTÂNEOS E SUBCUTÂNEOS** Frequentes: Acne **Pouco frequentes:** Erupção cutânea, cloasma (melasma) que pode persistir, hirsutismo, alopecia **Raro:** Eritema nodoso **Muito raro:** Eritema multiforme **DOENÇAS RENAIS E URRINÁRIAS** **Muito raro:** Síndrome hemolítico urémico **DOENÇAS DOS ÓRGÃOS GENITAIS E DA MAMA** **Muito frequentes:** Hemorragias de disrupção/apopting **Frequentes:** Mastalgias, sensibilidade mamária, aumento do volume mamário, secreção mamária, dismenorreia, alterações do fluxo menstrual, alterações da secreção e ectropion cervical, amenorreia **PERTURBAÇÕES GERAIS E ALTERAÇÕES NO LOCAL DE ADMINISTRAÇÃO** Frequentes: Retenção de fluidos/edema **EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO** Frequentes: Alterações do peso (aumento ou diminuição) **Pouco frequentes:** Aumento da tensão arterial, alterações dos níveis lipídicos séricos, incluindo hipertriglicidémia **Raros:** Diminuição dos níveis séricos de folatos***. * A nevríte óptica pode originar perda parcial ou completa da visão. ** Os COA podem agravar a doença da vesícula biliar e acelerar o desenvolvimento da doença previamente assintomática. *** Os níveis séricos de folatos podem ser diminuídos pela utilização de COA. Esta situação pode ter expressão clínica se a mulher engravidar imediatamente após a suspensão do contraceptivo oral. **4.9 Sobredosagem** Os sintomas de uma sobredosagem com contraceptivos orais em adultos e crianças podem incluir náuseas, vómitos, sensibilidade mamária, tonturas, dor abdominal e sonolência/fadiga. Nos indivíduos do sexo feminino pode ocorrer hemorragia de privação. Não existe antídoto específico e o tratamento da sobredosagem, se necessário, é sintomático. **5. PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS** **5.1 Propriedades farmacodinâmicas** Grupo farmacoterapêutico: 8.5.1.2. – Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas, Hormonas sexuais, Estrogénios e progestágenos, Anticoncepcionais Código ATC: G03AA10 (Gestodeno e estrogénio). Os COA actuam por um mecanismo de inibição das gonadotrofinas. Embora o mecanismo principal desta acção seja a inibição da ovulação, também originam alterações no muco cervical (o que aumenta a dificuldade do esperma atravessar o muco cervical e assim penetrar na cavidade uterina) e no endométrio (reduzindo a probabilidade de implantação). A taxa de falhas dos COA é cerca de 0,1% ao ano, desde que administrados de forma correcta e precisa; contudo, a taxa de falhas na utilização habitual em todos os contraceptivos orais é de 5% ao ano. A eficácia da maioria dos métodos contraceptivos depende da correcção na sua utilização. Deste modo, a falha do método contraceptivo oral está mais relacionada com o esquecimento da toma dos comprimidos. **5.2 Propriedades farmacocinéticas** **Étinilestradiol:** Absorção O etinilestradiol é rápida e completamente absorvido a partir do tracto gastrointestinal. A biodisponibilidade absoluta é de aproximadamente 40-60%. A concentração sérica máxima é atingida após 1-2 horas. Distribuição O etinilestradiol liga-se fortemente à albumina sérica (aproximadamente 98%). O etinilestradiol induz um aumento nas concentrações plasmáticas das proteínas transportadoras de hormonas sexuais (SHBG). O estado estacionário é atingido durante a segunda metade do ciclo de tratamento quando os níveis séricos são cerca de 30-50% superiores (comparativamente à toma única). Metabolismo O etinilestradiol sofre conjugação pré-sistémica a nível da mucosa do intestino delgado e do fígado, bem como circulação entero-hepática. A hidroxilação na posição 2 pelas enzimas do citocromo P450 é a principal reacção oxidativa. Formam-se vários metabólitos hidroxilados e metilados que se apresentam na forma livre e na forma conjugada com glucuronóides e sulfatos. Eliminação A diminuição dos níveis séricos ocorre em duas fases. A semi-vida terminal do etinilestradiol é de aproximadamente 16-18 horas. Os metabólitos são excretados em maior percentagem nas fezes do que na urina. Gestodeno: Absorção O gestodeno é rápida e completamente absorvido a partir do tracto gastrointestinal. A biodisponibilidade absoluta é de cerca de 99%. A concentração sérica máxima é atingida 1 hora após a ingestão. Distribuição O gestodeno liga-se principalmente à globulina de ligação às hormonas sexuais-SHBG (50-70%) e em menor percentagem à albumina sérica. Apenas 1-2% da concentração sérica total do fármaco se apresenta como esteroide livre. Após a administração repetida ocorre acumulação plasmática, atingindo-se o estado estacionário durante a segunda metade do ciclo de tratamento. Metabolismo O gestodeno é completamente metabolizado por redução do grupo 3-ceto e da dupla ligação 4-4 e ainda por vários passos metabólicos oxidativos. O gestodeno não altera significativamente a cinética do etinilestradiol. Eliminação A semi-vida terminal do gestodeno é de 16-18 horas após administração repetida. Os metabólitos são excretados em maior percentagem na urina do que nas fezes. **5.3 Dados sobre segurança pré-clínica** Foram efectuados estudos toxicológicos com cada um dos componentes individualmente e com a associação. Os estudos de toxicidade aguda em animais não revelaram risco de sintomas agudos provocados por sobredosagem acidental. Estudos de segurança com administração repetida não revelaram quaisquer efeitos sugestivos de riscos inesperados no ser humano. Estudos de carcinogenicidade de dose repetida, a longo prazo, não demonstraram qualquer potencial carcinogénico; no entanto, é importante ter em consideração que os estrogénios sexuais podem promover o desenvolvimento de certos tecidos em tumores hormono-dependentes. Estudos de teratogenicidade não apontam qualquer risco particular quando as associações estrogénio-progestagénio são usadas correctamente; contudo é essencial suspender imediatamente o Harmonet se for tomado por engano no início da gravidez. Os estudos de mutagenicidade não revelaram qualquer potencial mutagénico para o etinilestradiol ou o gestodeno. **6. INFORMAÇÕES FARMACÉUTICAS** **6.1 Lista dos excipientes** Lactose, amido de milho, povidona, estearato de magnésio, sacarose, povidona, polietilenglicol, carbonato de cálcio, talco e cera E. **6.2 Incompatibilidades** Não aplicável. **6.3 Prazo de validade** 3 anos. **6.4 Precauções especiais de conservação** Não conservar acima de 25°C. **6.5 Natureza e conteúdo do recipiente** Blistar de PVC/PVDC/folha de alumínio ou blister de PVC. Embalagens com 1 blister (21 comprimidos revestidos). Embalagens com 3 blisters (3 x 21 comprimidos revestidos). **6.6 Instruções de utilização e manipulação** Não aplicável. **7. TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO** WYETH LEADERLE PORTUGAL (FARMA), LDA, Rua Dr. António Loureiro Borges, 2, Arquiparque - Miraflores - 1495-131 Algés | T. 214 128 200 | F. 214 128 82 | N. 2493781 | 9. DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO/RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO Data da Primeira Autorização de Introdução no Mercado: 07/02/1997 Data da Renovação da Autorização de Introdução no Mercado: 07/02/2002 **10. DATA DA REVISÃO DO TEXTO** 12/2005

Harmonet	P.V.P.	Regime Geral (70%)		Regime Especial (85%)	
		Estado	Utente	Estado	Utente
21 comp. Rev.	5,88 €	4,12 €	1,76 €	5,00 €	0,88 €

Medicamento sujeito a receita médica

Fazêmo-lo porque defendemos a maternidade/paternidade consciente e desejada e porque pensamos que as mulheres e os casais têm o direito de tomar decisões em contextos que vão afectar profundamente as suas vidas e o seu futuro.

Fazêmo-lo porque está em causa a saúde física e psíquica de dezenas de milhares de mulheres. Como é internacionalmente reconhecido, o aborto clandestino é um problema de saúde pública.

O recurso ao aborto deve ser reduzido e prevenido através do uso de contracepção segura e eficaz. Mas se as mulheres desejarem interromper uma gravidez que não desejam devem poder fazê-lo em condições de segurança, de legalidade e dignidade. Ou seja, está em causa o direito à saúde.

O problema e a situação do aborto em Portugal nunca foram objecto de estudos à escala nacional que permitissem traçar com algum rigor os contornos da situação, os contextos de ocorrência das gravidezes indesejadas, as condições em que os abortos são feitos. Houve diversos estudos de âmbito limitado pela dimensão e características das amostras investigadas. Houve, noutros casos, estudos de natureza qualitativa cujas conclusões não podiam ser generalizadas e também algumas projecções que procuraram quantificar a magnitude do problema do aborto em Portugal. No entanto, existe de facto uma enorme lacuna de conhecimento sobre esta questão.

Há alguns anos, e em consequência do referendo de 1998, a Assembleia da República aprovou a realização de um estudo sobre o aborto e a saúde reprodutiva em Portugal. Mas de forma incompreensível, este estudo nunca foi sequer objecto de concurso e, portanto, nunca chegou a ser realizado.

Pelo exposto e procurando contribuir para colmatar a lacuna atrás referida, a APF decidiu realizar um estudo a que chamou “A Situação do Aborto em Portugal: Práticas, Contextos e Problemas”, que só foi possível com o apoio do Innovation Fund da IPPF – International Planned Parenthood Federation (Federação Internacional de Planeamento Familiar) e à qual agradecemos publicamente.

Ao realizar este estudo, tivêmos consciência clara das suas possíveis limitações. Estamos a inquirir mulheres sobre factos que são, ou podem ser, considerados como

crime. Estudos realizados em países onde o aborto é legal noutras condições mais alargadas, revelaram que muitas mulheres omitem o facto de terem recorrido ao aborto e têm dificuldades em falar sobre esses factos.

Esta constatação leva-nos a afirmar que os números sobre o aborto que a seguir se apresentam podem efectivamente pecar por defeito e nunca por excesso.

Por outro lado, constatando estas dificuldades e a forma como o estudo decorreu, louvamos o grande profissionalismo demonstrado pelas cerca de 30 entrevistadoras envolvidas e o excelente desempenho da Consulmark, empresa que realizou o estudo.

Finalmente, para além dos valores específicos e do seu posicionamento face à questão da IVG, a APF tem sempre norteado a sua actuação pela defesa da verdade e do rigor científicos. Ao longo de 40 anos de vida, a APF tem contribuído para um melhor conhecimento das realidades da saúde sexual e reprodutiva em Portugal, sozinha ou em parceria com entidades prestigiadas na investigação científica no nosso país. Por isso publicamos os resultados desses estudos, submetendo-os ao debate público e à crítica. E é isso, uma vez mais, que agora fazemos.

Os resultados do estudo, em parte esperados, são noutra parte surpreendentes. Mostram que o aborto é um problema que afecta muitas mulheres portuguesas, muitas mesmo! Estas mulheres enfrentam este problema sozinhas ou quase sozinhas. Os dados revelam sofrimento humano antes, durante e depois da realização do aborto. Sofrimento este que poderia e poderá ser evitado se a IVG se realizar em condições de legalidade, em serviços de saúde apropriados e sob supervisão médica.

Por tudo isto, o estudo reforça a nossa determinação em tudo fazer para continuar a prevenir o recurso ao aborto, mas também para continuar a lutar pelo acesso a serviços que tornem o aborto legal, seguro e cada vez menos frequente.

Lisboa, 10 de Janeiro de 2007
A Direcção Nacional da APF

METODOLOGIA DO ESTUDO

A Associação para o Planeamento da Família, no âmbito do Projecto Opções, seleccionou a Consulmark para a realização de um estudo de opinião que tinha como objectivo básico conhecer as práticas de aborto em Portugal. Para além deste objectivo procurou-se avaliar as práticas de utilização de métodos contraceptivos e as opiniões face ao aborto e ao referendo.

O Questionário Utilizado

O questionário utilizado seguiu o modelo proposto pela APF, tendo sido adaptado às características específicas do tema em estudo.

O questionário foi submetido a um teste-piloto com os seguintes objectivos:

- avaliar a lógica utilizada na sequência das perguntas
- detectar os níveis de consistência e de compreensão do texto respectivo
- detectar eventuais novas hipóteses de resposta.

Na sequência deste teste, e com o intuito de reduzir o risco de “recusas” e de conseguir um melhor envolvimento por parte das entrevistadas, decidiu-se que o bloco respeitante às “práticas de aborto” seria feito em auto-preenchimento, isto é, a própria entrevistada registava as suas respostas e colocava depois este bloco do questionário num envelope, fechando-o.

Após a conclusão da entrevista, a entrevistadora colocava o questionário que tinha feito juntamente com o envelope da entrevistada num envelope maior, fechando-o de modo a garantir a total confidencialidade das respostas.

A Recolha de Informação

Os dados foram recolhidos através de entrevistas individuais, pessoais, junto de 2000 mulheres entre os 18 e os 49 anos (em idade fértil), seleccionadas aleatoriamente.

A selecção das entrevistadas a inquirir foi feita do seguinte modo:

- a) selecção aleatória das localidades, considerando a estratificação por diferentes habitats;

- b) selecção do lar em cada ponto de amostragem/zona/localidade feita a partir de uma rua previamente seleccionada onde o prédio/lar de início foi escolhido em função do dia de arranque do trabalho de campo respectivo;
- c) selecção dos restantes lares fixos em cada um desses pontos foi feita a partir de um intervalo sistemático: de 5 em 5 lares, nos centros urbanos e de 3 em 3 lares, nas localidades semi-urbanas e rurais;
- d) selecção, dentro do lar, da última mulher aniversariante.

QUADRO-BASE DE DISTRIBUIÇÃO DAS ENTREVISTAS

	< 10 mil hab.	10/30 mil hab.	30/100 mil hab.	> 100 mil hab.	TOTAL
Aveiro	92	11	7	0	110
Braga	99	1	24	0	124
Bragança	22	3	0	0	25
Guarda	28	3	0	0	31
Porto	165	47	11	52	274
V. Castelo	42	0	0	0	42
Vila Real	35	5	0	0	39
Viseu	63	3	0	0	66
NORTE	546	73	41	52	712
Leiria	101	25	0	0	126
Santarém	112	20	0	0	131
Coimbra	89	9	28	0	126
C. Branco	47	14	0	0	61
CENTRO	349	68	28	0	445
Setúbal	67	45	25	0	137
Lisboa	139	72	36	151	398
LISBOA	206	117	60	151	534
Évora	40	0	11	0	52
Beja	46	6	0	0	52
Portalegre	32	8	0	0	40
Faro	59	16	0	0	75
SUL	177	30	11	0	218
PORTUGAL CONTINENTAL					1909
Açores					43
Madeira					48
PORTUGAL INSULAR					91
TOTAL					2000

(Fonte: INE. Censos 2001)

O Trabalho de Campo

A realização das entrevistas esteve a cargo do departamento de trabalho de campo da empresa contratada e decorreu entre os dias 6 de Outubro e 10 de Novembro. A equipa de entrevistadores, num total de 30 pessoas, foi exclusivamente composta por elementos do sexo feminino que contavam com vasta experiência em estudos de opinião, nomeadamente em temáticas de maior sensibilidade.

Estas entrevistadoras foram ainda especificamente preparadas para este trabalho através de um “briefing”, que contou com a presença da APF.

A margem de erro associada a este estudo, para um intervalo de confiança a 95%, é de 2,2%.

Análise e Tratamento dos Dados

Os questionários obtidos foram submetidos a um controlo de qualidade em 2 etapas:

- supervisão directa das entrevistas – através de contactos pessoais e telefónicos (na base de 15% do total de cada entrevistador);
- depuração e análise de coerência da totalidade dos questionários, o que implicou uma revisão, codificação e edição dos mesmos.

Este controlo preparou o ficheiro para tratamento informático, permitindo dissipar erros de resposta, erros de introdução, falhas lógicas de sequência na condução de entrevistas, incoerências nas respostas obtidas.

O tratamento dos dados foi efectuado através de software específico de análise estatística, o SPSS.

Os resultados foram apresentados com os valores obtidos na amostra e com **os valores extrapolados para o universo da população portuguesa**, após a sua ponderação pelas variáveis idade e região.

Abaixo constam os quadros com os valores iniciais para estas duas variáveis na amostra e após a sua extrapolação.

	TOTAL	Norte	Centro	Lisboa	Sul	Portugal Insular
TOTAL	2000	714	443	534	218	91
18/24 anos	20,4%	22,4%	17,8%	19,3%	22,5%	15,4%
25/34 anos	32,5%	29,0%	37,0%	33,5%	32,6%	31,9%
35/44 anos	32,5%	34,0%	31,4%	32,6%	28,0%	36,3%
45/49 anos	14,6%	14,1%	13,8%	14,6%	17,0%	16,5%

	TOTAL	Norte	Centro	Lisboa	Sul	Portugal Insular
TOTAL	2.446.314	906.950	529.951	637.586	251.061	120.766
18/24 anos	18,9%	19,5%	19,5%	17,1%	19,1%	21,8%
25/34 anos	33,4%	32,8%	32,7%	35,2%	32,7%	33,4%
35/44 anos	32,4%	32,7%	32,3%	32,2%	32,3%	31,1%
45/49 anos	15,3%	15,0%	15,5%	15,4%	15,9%	13,6%

Fonte: INE (Estimativas da População Residente a 31.Dez.2005)

Os resultados são ventilados **pelas variáveis idade, região, estado civil, grau de instrução e o índice de religiosidade**. Na secção do questionário relativa à caracterização do aborto não foram efectuados cruzamentos devido à reduzida dimensão da amostra.

PERFIL DAS ENTREVISTADAS

Idade

O presente estudo é portanto representativo da população portuguesa, isto é, coincide com as estatísticas gerais e distribuição da população feminina residente em Portugal, como descrito anteriormente.

A grande maioria das entrevistadas tem **idades** entre os 25 e os 44 anos (65% da amostra), e encontra-se casada ou vive em união de facto (57%), no que respeita ao **estado civil**.

GRÁFICO 1 – IDADE

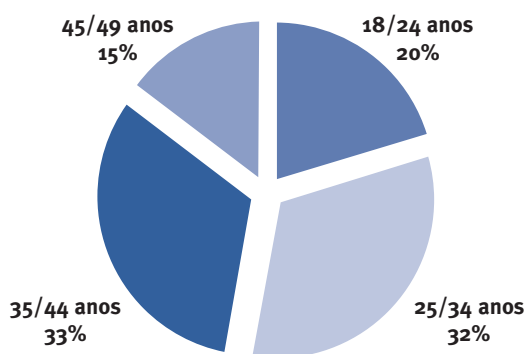
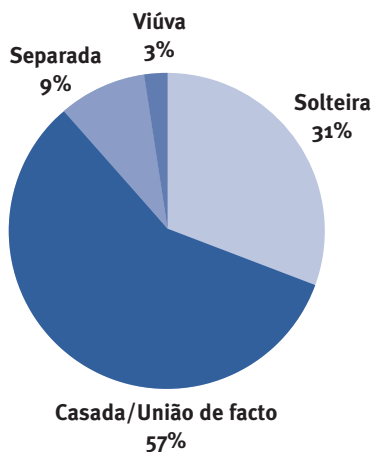


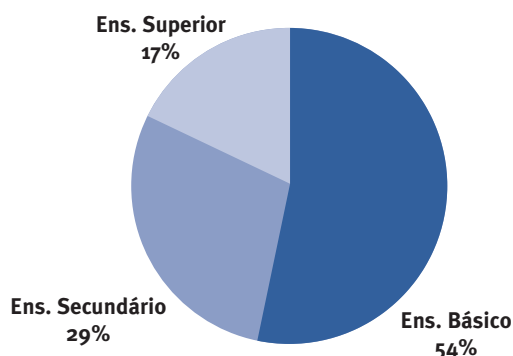
GRÁFICO 2 – ESTADO CIVIL



Grau de Instrução

Relativamente ao **grau de instrução**, as mulheres abrangidas neste estudo têm essencialmente o ensino básico, isto é, habilitações académicas até ao 9.º ano (54%), e apenas 17% tem habilitações ao nível do ensino superior.

GRÁFICO 3 – GRAU DE INSTRUÇÃO



Número de Filhos

Quanto ao **número de filhos**, a maior parte das entrevistadas já teve filhos (67,6%). Destas, o maior número tem 1 filho (45,3%) ou 2 filhos (39,5%). Apenas 15,2% tem 3 ou mais filhos.

Religiosidade

Relativamente às **práticas religiosas**, o número mais expressivo identifica-se com uma religião, participando ocasionalmente em actos religiosos (46%).

QUADRO 1 – IDENTIFICAÇÃO E PRÁTICAS RELIGIOSAS

Não se identifica com qualquer religião	18,5%
Identifica-se com uma religião mas nunca participa em actos religiosos	10,6%
Identifica-se com uma religião e participa de vez em quando em actos religiosos	46,0%
Identifica-se com uma religião e participa com alguma frequência em actos religiosos	13,5%
Identifica-se com uma religião e participa frequentemente em actos religiosos	11,4%

Marcilon 20/10

Etinilestradiol 20 mcg DESOGESTREL 150 MCG

Há 15 anos...



EFICAZ⁽¹⁾ E BEM TOLERADA⁽²⁾

BOM CONTROLO DE CICLO⁽²⁾

**EFEITO NEUTRO
SOBRE O PESO CORPORAL⁽³⁾**

ELEVADO GRAU DE SATISFAÇÃO⁽³⁾



www.organon.pt

ORGANON PORTUGUESA - Produtos Químicos e Farmacêuticos, Lda

Avenida João de Deus, 6, 118, 21 1070-109 Lisboa

Teléfono: 31 724 77 77 Fax: 31 724 77 76

Cap. Social 221.000 Euros - P.M. no. Cotas de Reg. Com. Lisboa nº 40 822 - Cont. nº 599 238 131

Ref. Bibliográficas:

(1) Lammerts, Oo Jan Berg, Acta Obstet Gynecol Scand 1991; 70: 497-500; (2) Gruber et al., Trans Endocrinol 2000; 5(2): 115-121; (3) P. Lavin, C. Bravo, Eur J Contracept Reprod Health Care 2002; 7(suppl 1):86.

Mercilon® 20x21

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

DENOMINAÇÃO DA ESPECIALIDADE Mercilon **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Composição por comprimido **Substância activa** Desogestrel (Progestagénio) 0.15 mg Etinilestradiol (Estrógeno) 0.02 mg **Excipiente** q.b.p. 1 comprimido O excipiente contém lactose. **FORMA FARMACÉUTICA (E VIA DE ADMINISTRAÇÃO)** Mercilon apresenta-se na forma farmacéutica de comprimido para administração por via oral.

INFORMAÇÕES CLÍNICAS INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS Contraceção oral. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** Inicia-se a ingestão da primeira embalagem no primeiro dia da menstruação. Esta posologia também é válida quando se muda de outro contraceptivo oral para o Mercilon. Será tomado um comprimido por dia, à mesma hora, sem interrupção, durante 21 dias, seguidos de um período de 7 dias sem comprimidos. Após o parto, a ingestão pode ser iniciada no primeiro dia da menstruação espontânea. Se for necessário começar mais cedo, por exemplo logo após o parto, deverão ser tomadas medidas contraceptivas adicionais durante os primeiros 14 dias. Após um aborto ou uma interrupção voluntária da gravidez, a administração do Mercilon deve começar imediatamente. Assim, não serão necessárias medidas contraceptivas adicionais. **CONTRA-INDICAÇÕES** (N.B. Em certas circunstâncias é aconselhável procurar o conselho de um médico da especialidade). Gravidez; Doenças cardiovasculares ou cerebrovasculares, por exemplo tromboflebites e patologia tromboembólica ou antecedentes destas situações; Hipertensão grave; Doenças hepáticas graves ou antecedentes destas doenças, se os valores das provas da função hepática aparecerem alterados; Icterícia colestática; antecedentes de icterícia durante a gravidez ou devido ao uso de esteróides; síndrome de Rotor e síndrome de Dubin-Johnson; Presença ou suspeita de tumores estrogénio-dependentes; Hiperplasia do endométrio; Hemorragia vaginal não diagnosticada; Porfíria; Hiperlipoproteïnemia, especialmente em presença doutros factores de risco que predisõem para doenças cardiovasculares; Antecedentes de herpes gravídico ou prurido grave durante gravidez ou administração anterior de esteróides. **PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE USO** Se ocorrerem sinais de doença tromboembólica, o tratamento deve ser imediatamente suspenso; O consumo de tabaco aumenta a possibilidade de contrair uma doença vascular, um risco que aumenta com a idade. Além disso, este risco é, provavelmente maior nas utentes de contraceptivos orais que contêm estrogénios do que nas não-utentes. Por conseguinte, as mulheres com idade superior a 35 anos deverão ser aconselhadas a deixar de fumar se pretendem usar este medicamento; Nas mulheres a que estão a ser administrados medicamentos que contêm estrogénios, o risco de trombose venosas profundas pode aumentar transitariamente se forem submetidas a grandes intervenções cirúrgicas ou imobilizações prolongadas; Em presença de grandes veias varicosas, os benefícios dos medicamentos que contêm estrogénios devem ser confrontados com os possíveis riscos; A utilização deve ser suspensa se as provas da função hepática aparecerem alteradas; Ocasionalmente, verifica-se cloasma durante o uso de medicamentos que contêm estrogénios e/ou progestagénios, especialmente em mulheres com antecedentes de cloasma gravídico. As mulheres com esta tendência devem evitar a exposição ao sol enquanto estiverem a tomar este medicamento; O uso de esteróides pode influenciar os valores de algumas análises laboratoriais; Durante o uso prolongado de medicamentos que contêm estrogénios e/ou progestagénios são aconselháveis exames médicos periódicos; As doentes com qualquer das seguintes situações deverão ser vigiadas: - insuficiência cardíaca latente ou manifesta, disfunção renal, hipertensão, epilepsia ou enxaqueca (ou antecedentes destas situações), dado que é possível que ocorra agravamento ou recorrência; - na anemia de células falciformes, em circunstâncias particulares, tais como durante infecções ou anoxia, os medicamentos que contêm estrogénios podem induzir processos tromboembólicos em mulheres com esta doença; -doenças ginecológicas sensíveis aos estrogénios como, por exemplo, fibromiomas uterinos, os quais podem aumentar de volume e, endometriose que pode ser agravada durante o tratamento com estrogénios.

Diminuição da eficácia Quando este medicamento é ingerido de acordo com as instruções, é muito pouco provável ocorrer gravidez. No entanto, a eficácia dos contraceptivos orais pode ficar reduzida quando: os comprimidos não tiverem sido tomados de acordo com as instruções, isto é, tenha havido esquecimento de um ou mais comprimidos; tiverem ocorrido perturbações gastrointestinais, como diarreia e/ou vômitos, nas quatro horas seguintes à ingestão do comprimido; forem usados simultaneamente outros medicamentos. Se não surgir uma hemorragia de privação e não tiver ocorrido qualquer das situações atrás mencionadas, é muito pouco provável que exista uma gravidez e o uso do contraceptivo oral pode ser prosseguido. Se, no entanto, tiver ocorrido alguma daquelas situações, dever-se-á suspender a ingestão dos comprimidos até se excluir a existência de uma gravidez antes de reiniciar a sua ingestão. **INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS** Podem ocorrer hemorragias irregulares e diminuição de eficácia quando os contraceptivos orais são usados associados a outros fármacos, tais como anticonvulsivantes, barbitúricos, antibióticos (ex. tetraciclina, rifampicina, etc), carvão activado e certos laxantes. Os contraceptivos orais podem diminuir a tolerância à glicose e aumentar a necessidade de insulina ou de outros fármacos antidiabéticos em doentes diabéticas. **GRAVIDEZ E AMAMENTAÇÃO** Este medicamento está contra-indicado durante a gravidez. Os contraceptivos orais que contêm estrogénios/progestagénios podem alterar a qualidade e reduzir a quantidade da secreção do leite. Uma pequena quantidade de substâncias activas pode ser excretada no leite. **EFEITO SOBRE A CAPACIDADE DE CONDUÇÃO E UTILIZAÇÃO DE MAQUINAS** Não se detectou qualquer efeito. **EFEITOS SECUNDÁRIOS** Têm-se associado à terapêutica estrogénica e/ou progestagénica os seguintes efeitos secundários: **Aparelho genito-urinário** hemorragias intracíclicas, amenorria pós-pílula, alterações da secreção cervical, aumento de volume de fibromiomas uterinos, agravamento de endometriose e algumas infecções vaginais (ex. candidase). **Seios** mastalgia, mastodinia, aumento de volume e escorrência mamilar. **Aparelho gastrointestinal** náuseas, vômitos, colestíase e icterícia colestática. **Aparelho cardiovascular** Trombose e aumento da tensão arterial. **Pele** cloasma, eritema nodoso e erupção. **Olhos** desconforto na córnea nas portadoras de lentes de contacto. **SNC** cefaleias, enxaquecas e alterações do humor. **Diversos** Têm sido referidos, muito raramente, adenomas hepáticos em mulheres utilizadoras de contraceptivos orais. O adenoma pode manifestar-se por uma massa abdominal e/ou por dor abdominal aguda. Deve pensar-se na hipótese duma hemorragia dum adenoma hepático quando a mulher apresentar dores abdominais ou sinais de hemorragia intra-abdominal. Durante o uso de contraceptivos orais que contêm estrogénios pode, ocasionalmente, ocorrer depressão. Se esta for acompanhada por um distúrbio do metabolismo do triptofano, pode ter interesse terapêutico a administração de vitamina B₆. Retenção hídrica, diminuição da tolerância à glicose e alterações no peso corporal. **SOBREDOSAGEM** A toxicidade do desogestrel e do etinilestradiol é muito baixa. Por conseguinte, não são esperados sintomas de toxicidade com o Mercilon quando, por exemplo, uma criançaingere simultaneamente vários comprimidos. Neste caso, os sintomas que poderão ocorrer são: náuseas, vômitos, e nas jovens uma ligeira hemorragia vaginal. Provavelmente, não será necessário um tratamento específico se se puder administrar a necessária terapêutica de suporte. **PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS MERCILON** é um contraceptivo oral de combinação que contém como substâncias activas o estrogénio etinilestradiol e o progestagénio desogestrel. Estudos clínicos revelaram que os contraceptivos orais que contêm etinilestradiol e desogestrel são desprovidos dos efeitos metabólicos indesejáveis atribuídos à actividade androgénica de alguns progestagénios contidos nos contraceptivos orais. Quando tomado nas doses recomendadas, o Mercilon inibe a função hipófise-ovário e, consequentemente, a ovulação. Além disso, induz uma hemorragia uterina regular, a qual, quanto ao fluxo e duração, se assemelha a uma menstruação normal. Geralmente, esta hemorragia começa dois ou três dias após a ingestão do último comprimido e é indolor. Nos ensaios clínicos, o Mercilon mostrou uma taxa de gravidez muito baixa, um bom controlo de ciclo, baixa incidência de efeitos secundários e, consequentemente, uma taxa de abandonos também baixa. **INFORMAÇÕES FARMACÉUTICAS LISTA DE EXCIPIENTES** Amido de batata, povidona, ácido esteárico, estearato de magnésio, dióxido de silício coloidal, tocoferol e lactose **INCOMPATIBILIDADES** Não se conhecem. **VALIDADE** O prazo de validade é de 3 anos. **CONDIÇÕES DE ARMAZENAGEM** Mercilon deve ser conservado entre 2-30°C e ao abrigo da luz e da humidade. **NATUREZA E CONTEÚDO DO RECIPIENTE MERCILON** encontra-se acondicionado em placa, a qual é acondicionada em carteira de alumínio fechada. Este conjunto juntamente com o respectivo folheto informativo encontra-se acondicionado na respectiva cartonagem. **TITULAR DA INTRODUÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO** ORGANON PORTUGUESA, LDA. Av. José Malhoa, 16B - 2º 1070-159 LISBOA NÚMEROS DE A.L.M 8780502 - emb. de 1 x 21 comp. 8780510 - emb. de 3 x 21 comp. **DATA DE APROVAÇÃO DO RCM** Aprovado em Fevereiro/1993

Nº AIM	Tabela de Preços	Regime Geral			
	Apresentação	P.V.P.*	Estado	Utente	Comp.
8780502	Mercilon 1x21 comp.	5,12	3,53	1,59	69%
8780510	Mercilon 3x21 comp.	11,86	8,18	3,68	69%

*5% de IVA incluído

Medicamento sujeito a receita médica

As mulheres que não se identificam com nenhuma religião são cerca de 18%; as que se identificam com uma religião mas não participam em actos religiosos 11%. Ao inverso, cerca de 25% de mulheres participam com frequência em actos religiosos.

Baseando-nos nas variáveis anteriores – identificação religiosa e práticas religiosas, definimos 3 categorias de religiosidade

Regionalmente, destacam-se as regiões do Norte e das Ilhas como as que demonstram maior religiosidade, por oposição às regiões do Centro, Lisboa e Sul.

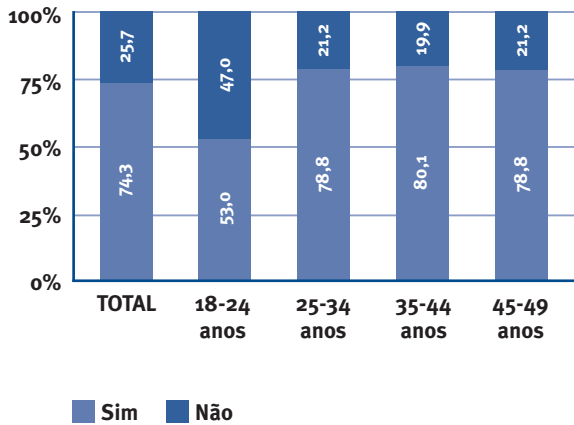
QUADRO 2 – RELIGIOSIDADE						
	TOTAL	Norte	Centro	Lisboa	Sul	Portugal Insular
Ateias/ Não Praticantes	29,1%	16,6%	37,3%	38,1%	38,6%	19,5%
Praticantes Ocasionalmente	46,0%	46,2%	47,7%	43,7%	47,7%	46,1%
Praticantes Frequentes	24,9%	37,2%	15,0%	18,2%	13,7%	34,5%

PRÁTICAS DE SAÚDE

Recurso aos Serviços de Saúde

No que respeita às práticas de saúde, a maior parte das mulheres responde que costuma ir a **consultas de Ginecologia/Planeamento Familiar** (74,3%). Salientamos que no grupo de mulheres mais jovens (mas em idade fértil), cerca de metade das mulheres não recorre a nenhum destes serviços de saúde.

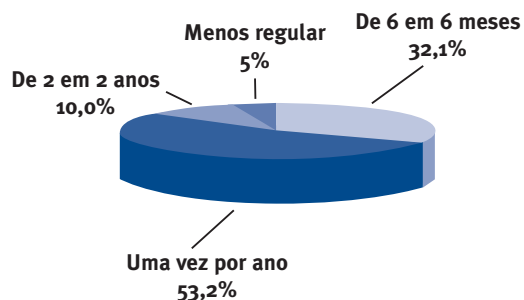
GRÁFICO 4 – IDA A CONSULTAS DE GINECOLOGIA E PLANEAMENTO FAMILIAR



Das mulheres que recorrem a estes serviços, a maioria fá-lo no Centro de Saúde (53,2%), ainda que uma fatia importante refira o médico (40,1%) e o Hospital (11,8%).

Apresenta-se de seguida a regularidade no acesso a estas consultas: mais de metade das mulheres vai uma vez por ano, cerca de 32% vai de 6 em 6 meses, e 10% de 2 em 2 anos:

GRÁFICO 5 – REGULARIDADE DE IDA ÀS CONSULTAS



Exames de Vigilância da Saúde da Mulher

Quando questionadas sobre **exames de vigilância da saúde da mulher** (observação mamária, mamografia e citologia/papanicolau) e a última vez que os realizaram, fazemos notar a elevada percentagem de mulheres que nunca fez.

QUADRO 3 – PERIODICIDADE DE REALIZAÇÃO DE EXAMES

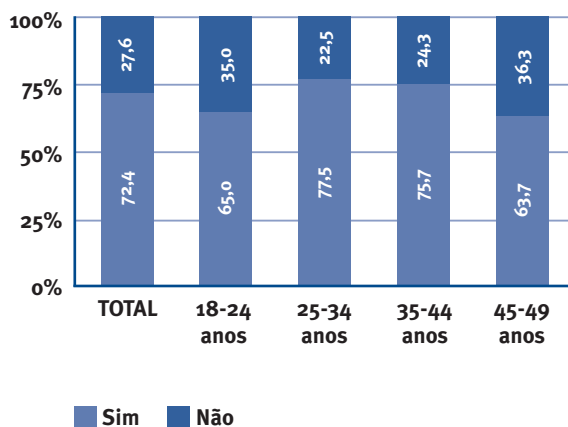
	A última vez foi...			
	... no último ano	... dois/três anos	... mais de três anos	Nunca fez
Observação mamária?	50,2%	15,2%	7,4%	27,3%
Mamografia?	27,3%	14,2%	8,0%	50,6%
Citologia/Papanicolau?	46,4%	20,3%	11,2%	22,1%

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Uso de Métodos Contraceptivos

A propósito de **métodos contraceptivos**, colocou-se às mulheres a questão do seu uso no momento. A grande maioria das mulheres refere que está a fazer alguma coisa para evitar ter filhos (72,4%); e é no grupo de mulheres entre os 25-34 anos que o seu uso é mais significativo, por oposição às mulheres entre os 45-49 anos.

GRÁFICO 6 – USO DE ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO



Quando utilizam algum método contraceptivo, **o mais comum** é a pílula, em todos os grupos de idades. Nos grupos mais jovens (18-34 anos), o método mais utilizado a seguir à pílula é o preservativo, enquanto que no grupo dos 35-44 anos é o DIU; no das mulheres com idades compreendidas entre os 45-49 anos, o segundo método mais utilizado é a laqueação de trompas/histerectomia.

QUADRO 4 – MÉTODO CONTRACEPTIVO USADO

	TOTAL	Idade			
		18/24 anos	25/34 anos	35/44 anos	45/49 anos
Pílula	73,4%	79,4%	81,1%	71,1%	51,0%
Preservativo	10,0%	14,8%	8,4%	7,2%	15,0%
Laqueação das Trompas/Histerectomia	6,3%	–	1,2%	8,7%	21,7%
DIU	5,9%	–	5,2%	9,3%	6,9%
Outros métodos Métodos naturais; coito interrompido; vasectomia; espermicidas	4,4%	5,8%	4,1%	3,7%	5,4%

Na escolha do método contraceptivo que utilizam estas mulheres, houve fundamentalmente aconselhamento por parte do médico (86,9% dos casos):

Das mulheres que **não estão a utilizar qualquer método contraceptivo** no momento (27,6% do total, como se

QUADRO 5 – RAZÕES DO NÃO USO DE CONTRACEPÇÃO

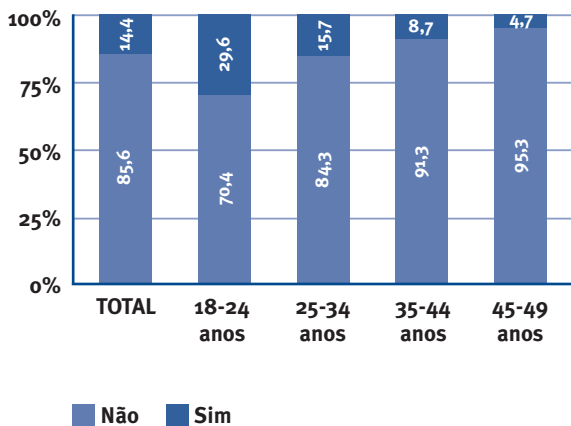
	TOTAL	Idade			
		18/24 anos	25/34 anos	35/44 anos	45/49 anos
Não tem actividade sexual	45,1%	72,9%	36,8%	36,9%	34,6%
Quer engravidar	16,3%	6,7%	38,7%	14,4%	–
Não se dá bem com nenhum dos métodos	14,2%	8,4%	6,9%	25,3%	15,3%
Motivos pessoais/Opção própria	4,5%	4,3%	3,1%	4,5%	6,9%
Está grávida	3,2%	2,9%	7,9%	1,3%	–
Está na menopausa	3,1%	–	–	1,3%	13,7%
Infertilidade da própria/do companheiro	2,9%	–	1,9%	4,3%	5,7%
Outro motivo	5,8%	1,5%	2,6%	6,9%	13,5%
Sem resposta	4,9%	3,3%	1,9%	5,1%	10,4%

observou no quadro anterior), a maior parte refere que não tem presentemente actividade sexual e essas são sobretudo as mais jovens (18-24 anos). Uma justificação importante e que convém destacar, em todos os grupos de idades, é “Não se dá bem com nenhum dos métodos”: por exemplo, 25,3% das mulheres do grupo dos 35-44 anos.

Uso de Contraceção de Emergência

Ainda no capítulo dos métodos contraceptivos, questionaram-se as mulheres sobre o uso da **contraceção de emergência**: verificamos que apenas 14,4% da população terá recorrido a este método, sendo menos usada pelas mulheres mais velhas e mais usada pelas mais novas, conforme se observa no quadro seguinte:

GRÁFICO 7 – ALGUMA VEZ USOU CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA



AS PRÁTICAS DE ABORTO

Ocorrência de Abortos Espontâneos e Provocados

Este estudo demonstra que 72,6% das mulheres já engravidou mas apenas 67,6% tem filhos.

Do total de mulheres abrangidas pelo estudo, 12,6% já teve **abortos espontâneos** e 14,5% fez pelo menos uma **interrupção voluntária da gravidez (IVG)**.

Se considerarmos apenas o **número** de mulheres que já engravidou, então as percentagens apresentam-se na ordem dos 17,4% (mulheres com abortos espontâneos) e 20% (mulheres que fizeram IVG).

QUADRO 6 – OCORRÊNCIA DE ABORTOS ESPONTÂNEOS E PROVOCADOS

	Total
PERCENTAGEM de mulheres que já engravidou	72,6%
PERCENTAGEM de mulheres que já teve filhos	67,6%
Base: mulheres, entre os 18 e os 49 anos	
Base: mulheres, entre os 18 e os 49 anos, que já engravidaram	93,1%
PERCENTAGEM de mulheres que já teve abortos espontâneos	
Base: mulheres, entre os 18 e os 49 anos	12,6%
Base: mulheres, entre os 18 e os 49 anos, que já engravidaram	17,4%
PERCENTAGEM de mulheres que já fez interrupção voluntária da gravidez	
Base: mulheres, entre os 18 e os 49 anos	14,5%
Base: mulheres, entre os 18 e os 49 anos, que já engravidaram	20,0%

Do ponto de vista da **idade**, observamos que o maior número de IVG's foi realizado sobretudo pelo grupo de mulheres mais velhas. Estes valores podem ser explicados porque uma grande parte das mulheres dos escalões etários mais baixos ainda não terá engravidado: daí a tendência.

Contudo, se observarmos apenas as mulheres que, no conjunto da amostra, já engravidaram, o maior número de IVG's ocorreu nos escalões mais jovens (18-24 anos). Como demonstrado no quadro que se segue, 36,8% das jovens entre os 18 e os 24 anos que engravidaram, abortaram pelo menos uma vez.

QUADRO 7 – PRÁTICA DE IVG POR IDADE

	TOTAL	Idade			
		18/24 anos	25/34 anos	35/44 anos	45/49 anos
Já fizeram interrupção voluntária da gravidez					
Base: mulheres, entre os 18 e os 49 anos	14,5%	8,2%	14,9%	15,5%	19,4%
Base: mulheres, entre os 18 e os 49 anos, que já engravidaram	20,0%	36,8%	21,3%	16,5%	20,0%

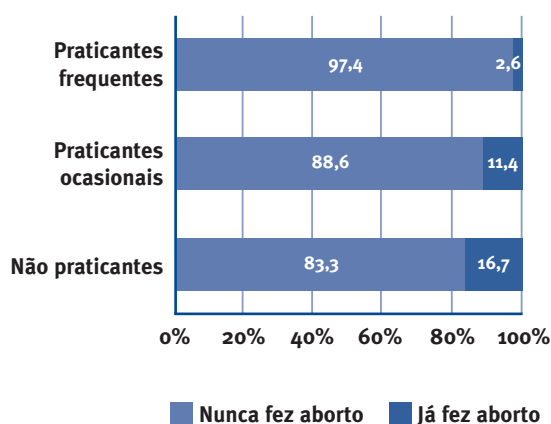
Cruzando o número de mulheres que já engravidaram com o **estado civil**, verificamos que a maior parte das mulheres que fez IVG é solteira ou separada/divorciada, como atesta o quadro seguinte:

QUADRO 8 – PRÁTICA DE IVG SEGUNDO O ESTADO CIVIL

	TOTAL	Estado civil			
		Solteira	Casada	Separada/ Divorciada	Viúva
Já fizeram interrupção voluntária da gravidez					
Base: mulheres, entre os 18 e os 49 anos	14,5%	11,1%	14,1%	25,3%	26,8%
Base: mulheres, entre os 18 e os 49 anos, que já engravidaram	20,0%	39,2%	15,4%	34,8%	10,4%

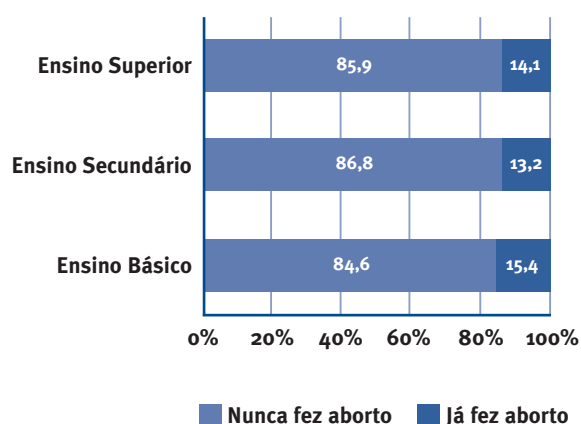
Quando observamos as **práticas religiosas** das mulheres que referem ter feito pelo menos uma IVG, podemos notar que a variável religiosidade está inversamente relacionada com a prática da IVG:

GRÁFICO 8 – PRÁTICA DE IVG SEGUNDO A RELIGIOSIDADE



Já no que diz respeito à **escolaridade** das mulheres, não se manifesta qualquer relação entre o grau de instrução e a prática de aborto:

GRÁFICO 9 – PRÁTICA DE IVG SEGUNDO A ESCOLARIDADE



Quanto ao **número** de IVG's por mulher, concluímos que a grande maioria das mulheres o fez uma única vez.

QUADRO 9 – REPETIÇÃO DE ABORTO

	Total
PERCENTAGEM de mulheres que já fez interrupção voluntária da gravidez	14,5%
Fez UMA interrupção voluntária da gravidez	12,0%
Fez DUAS interrupções voluntárias da gravidez	2,1%
Fez TRÊS interrupções voluntárias da gravidez	0,3%
Fez QUATRO interrupções voluntárias da gravidez	0,1%

Circunstâncias do Primeiro Aborto

Quando se questionam as mulheres sobre a **idade** que tinham quando fizeram a primeira IVG, verificamos que esta é sobretudo realizada entre os 17 e os 20 anos, e entre os 25 e os 34 anos.

QUADRO 10 – IDADE AQUANDO DO PRIMEIRO ABORTO

	Primeiro aborto
13/16 anos	3,8%
17/20 anos	30,0%
21/24 anos	20,6%
25/34 anos	35,6%
35/46 anos	10,0%

Concluimos também, e este aspecto é de destacar, que cerca de 73% destas IVG's se realizaram até às 10 semanas de gravidez.

Observando a **religiosidade** das mulheres, verificamos que a tendência para os abortos mais tardios (mais semanas de gravidez) se encontram nas mulheres com práticas religiosas do que nas mulheres ateias/não praticantes:

QUADRO 11 – IDADE DE GESTAÇÃO NA IVG SEGUNDO A RELIGIOSIDADE				
	Total	Religiosidade		
		Ateias/Não praticantes	Praticantes ocasionais	Praticantes frequentes
10 ou menos semanas	72,7%	76,5%	74,6%	53,5%
11/12 semanas	16,0%	12,7%	16,9%	22,8%
13/16 semanas	7,9%	8,2%	4,2%	20,6%
17 ou mais semanas	1,0%	0,8%	1,5%	-
Não recorda	2,5%	1,8%	2,9%	3,0%

Na altura do primeiro aborto, as mulheres viviam na sua grande maioria com o marido/companheiro; com menor expressão, aparecem as mulheres que viviam sozinhas. Todas as mais jovens (13-16 anos) viviam com os pais; as jovens entre os 17 e os 20 anos viviam sobretudo com outros familiares que não os pais, e as mulheres mais velhas viviam essencialmente com os seus companheiros/maridos.

QUADRO 12 – COM QUEM VIVIA QUANDO FEZ A IVG (POR IDADES)						
Com quem vivia quando fez a primeira IVG?	Total	Idade				
		13/16 anos	17/20 anos	21/24 anos	25/34 anos	35/46 anos
Marido/companheiro	72,0%	-	59,6%	21,4%	74,3%	90,0%
Pais	2,1%	100%	-	-	-	-
Outros familiares	2,1%	-	20,2%	-	-	-
Sozinha	23,8%	-	20,2%	78,6%	25,7%	10,0%

Na altura da primeira IVG, a maior parte das mulheres não estava a utilizar qualquer **método contraceptivo** (46,1%).

O dado mais relevante neste campo é que as percentagens de não utilização de métodos são mais expressivas nos grupos das mulheres que viviam com os pais, outros familiares ou sozinhas.

As mulheres que viviam com o marido/companheiro, apresentam, de uma forma dispersa, circunstâncias diversas na altura da gravidez indesejada.

QUADRO 13 – USO DE CONTRACEÇÃO AQUANDO DA IVG					
Em que circunstâncias engravidou?	Total	Com quem vivia na altura da primeira IVG			
		Marido/companheiro	Pais	Outros familiares	Sozinha
O método contraceptivo que estava a usar falhou	20,8%	29,7%	4,1%	26,8%	16,1%
Não estava a usar qualquer método contraceptivo	46,1%	29,0%	66,5%	55,2%	66,3%
Descuido (“enganou-se nas contas”)	15,0%	18,7%	11,3%	-	12,1%
Não sabe explicar	18,1%	22,6%	18,1%	18,0%	5,5%

Nos casos de não utilização de métodos, as justificações invocadas relacionam-se com o início de uma nova relação (27,9%) ou “um descuido” (24,3%). Outros motivos: não tinha parceiro fixo (15,5%), tinha tido um filho há pouco tempo (9,2%), estava com problemas de saúde (8,4%), estava à espera de ir a uma consulta (6%) ou outros motivos (8,8%).

QUADRO 14 – RAZÕES DE NÃO USO DA CONTRACEÇÃO AQUANDO DA IVG	
Motivo porque não estava a usar qualquer método contraceptivo	
Estava à espera de ir a uma consulta	6,0%
Estava com problemas de saúde	8,4%
Tinha tido um filho há pouco tempo	9,2%
Foi no início de uma nova relação	27,9%
Foi um descuido	24,3%
Não tinha parceiro fixo	15,5%
Outro motivo	8,8%

Nos casos em que se estava a utilizar algum método contraceptivo que falhou, os métodos contraceptivos mais referidos são a pílula (44,2%) e o preservativo (43,8%). São ainda mencionados o DIU (7%), os espermicidas (1,8%) e outros métodos (3,3%).

QUADRO 15 – CONTRACEPTIVO QUE USAVA AQUANDO DA IVG

Método contraceptivo que estava a usar	
Pílula	44,2%
Preservativo	43,8%
DIU	7,0%
Espermicidas	1,8%
Outro método	3,3%

Motivos da Decisão de Abortar

Segundo os resultados deste estudo, as **razões** que motivaram a decisão de interromper a gravidez são muito variadas, como se comprova no quadro que se segue:

QUADRO 16 – MOTIVOS DA IVG

Quais os motivos que levaram à decisão de abortar?	
Era muito jovem	17,8%
As condições económicas não o permitiam	14,1%
Por não desejar ter filhos	13,2%
Tinha tido um filho há pouco tempo	10,4%
Marido/Companheiro rejeitou gravidez	9,4%
Instabilidade conjugal	9,1%
Por pressões familiares	8,0%
Por problemas de saúde	4,2%
Por malformações do feto	3,3%
Já não tinha idade para ter filhos	2,6%
Outro motivo	8,1%

Esta tomada de decisão não foi, no entanto, fácil. Cerca de 75% das mulheres classifica esta **decisão** como “muitíssimo difícil” (40,8%) ou “muito difícil” (34,9%). Apenas 12,6% dizem que não foi difícil tomar esta decisão, e 11,6% considerou relativamente difícil.

QUADRO 17 – DIFICULDADE NA DECISÃO DE FAZER O ABORTO

A dificuldade na tomada de decisão	
FOI MUITÍSSIMO DIFÍCIL	40,8%
FOI MUITO DIFÍCIL	34,9%
FOI RELATIVAMENTE DIFÍCIL	11,6%
NÃO FOI DIFÍCIL	12,6%

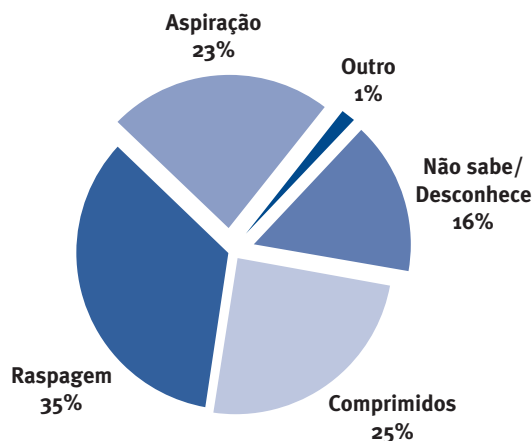
Esta decisão foi tomada sem **aconselhamento** algum, num número significativo de mulheres (22,5%). No entanto, a maioria das mulheres partilhou a situação com alguém, tendo sido aconselhadas na decisão de interromper a gravidez, particularmente com o marido/companheiro (43,8%) ou com um familiar (17,2%).

Caracterização do Aborto

Quanto à **realização de exames médicos antes da interrupção**, 34,1% das mulheres não fez nenhum exame; 34,8% fez apenas análises e 25,8% fez apenas ecografia. Apenas 5,3% fez análises e ecografia antes da IVG.

Por último, o **método** utilizado no recurso ao aborto, foi sobretudo a raspagem (35%) ou os comprimidos (25%), seguido do método da aspiração (23%). Em 16% dos casos, a mulher desconhece o método que foi utilizado.

GRÁFICO 10 – MÉTODO DE ABORTO



Nos casos em que se utilizou medicação como método abortivo, o principal recurso foi “uma pessoa amiga que arranjou” (51,9%); em seguida, os comprimidos foram fornecidos num hospital (23,1%), foram comprados na farmácia (18,2%) ou ainda “outra forma” não especificada (6,8%).

Na sequência desta IVG, 34,5% das mulheres tiveram que recorrer a um serviço de saúde, para **completar o aborto**.

Nos casos em que se tratou de **aborto cirúrgico**, a maior parte das situações ocorreu numa casa particular (39,4%), ou numa clínica privada (32,2%). Em menor número, aconteceram em consultórios médicos (18,2%), hospitais públicos (6,9%) ou em casa (1,3%).

Quanto ao país, em 85,7% dos casos ocorreu em Portugal, e apenas em 14,3% em Espanha.

As fontes de informação sobre o local onde se podia realizar o aborto foram, sem margem para dúvidas, os amigos (72,5%) e de seguida os profissionais de saúde (22,7%). Mencionam-se ainda anúncios de jornal, internet ou outra não especificada.

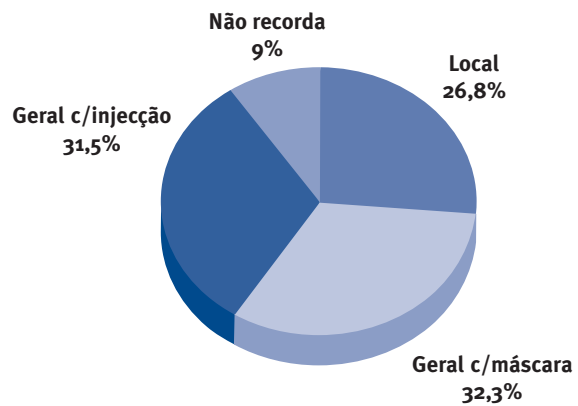
No que toca à avaliação que as mulheres fazem sobre a qualidade do local onde realizaram o aborto, a classificação é, em geral positiva ou muito positiva:

QUADRO 18 – AVALIAÇÃO DO LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ABORTO			
Avaliação do local de realização do aborto (EM PONTUAÇÕES MÉDIAS)			
Higiene	3,44		
Privacidade	3,39		
Conforto	3,29		
Localização	3,22		
Acolhimento	3,31		
Perg. – Como é que avalia o local onde fez o aborto?			
Muito positivo	Positivo	Negativo	Muito negativo
4	3	2	1

Os acompanhantes foram sobretudo os maridos/companheiros (34,2%), um familiar (28,5%), uma pessoa amiga (24,7%) ou outra pessoa (3%). Cerca de 10% das mulheres estiveram absolutamente sozinhas.

Em 12,5% dos casos não foi utilizada nenhuma anestesia. Em contrapartida, 87,5% dos casos, foi utilizada uma anestesia: geral com máscara (32,5%), geral com injeção (31,5%), local (26,8%). Em 9% dos casos, a entrevistada não se recorda de qual foi o tipo de anestesia que se utilizou.

GRÁFICO 11 – USO DE ANESTESIA NA IVG



Apesar dos elevados níveis de anestesia, cerca de 60% das entrevistadas refere dores durante o processo de aborto: 31,9% refere que teve algumas dores, 29,4% refere que teve muitas dores e apenas 38,7% refere que não teve dores.

Na caracterização do profissional que realizou o aborto, assim como a avaliação do desempenho do mesmo, observem-se os quadros seguintes:

QUADRO 19 – PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ABORTO	
O profissional que realizou o aborto	
Médico/a	45,0%
Parteira	30,6%
Enfermeiro/a	13,0%
Outro profissional	5,0%
Não sabe	6,3%

QUADRO 20 – AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O ABORTO	
Como foi tratada pelo profissional que realizou o aborto	
Muito bem tratada	17,8%
Bem tratada	14,1%
Assim assim	13,2%
Mal tratada	10,4%
Muito mal tratada	9,4%

Relativamente ao **custo das IVG's**, as entrevistadas classificam o aborto realizado como “muito caro” (46,9%) ou “caro” (24%). Apenas 16,3% consideraram “barato” e 12,8% “nem caro nem barato”.

Complicações Após o Aborto Cirúrgico

A grande maioria das mulheres foi informada de **procedimentos a ter em caso de complicações** (78,1%), sendo que as restantes 21,9% não tiveram qualquer esclarecimento a esse nível.

Na sequência do aborto realizado, a maior parte destas mulheres não teve qualquer **problema de saúde**, sendo de notar que 19,5% refere implicações: hemorragias (56,5%), problemas emocionais (43,6%), febre alta (21,9%), infecção (19,1%) ou outro problema não especificado (9,5%).

Na **resolução destes problemas**, houve recurso sobretudo a médicos particulares, mas também a outras instituições de saúde, tendo-se dado internamento hospitalar em 27,4% dos casos.

QUADRO 21 – A QUEM RECORREU QUANDO TEVE COMPLICAÇÕES APÓS O ABORTO

Local de resolução de problemas	
Médico particular	31,9%
Hospital	21,3%
Centro de saúde	19,1%
Outro local	27,6%

Na sequência destas complicações, e apesar do recurso posterior aos serviços de saúde, 6,5% das mulheres considera que ficou com **problemas graves para a sua saúde**.

No que respeita aos **sentimentos** pós-aborto, o “alívio” é o mais referido (31,9%), seguido da “culpa” (28,5%), “dúvida” (26,2%) ou outro, incluindo: tristeza, vergonha, remorsos, desgosto, pena, arrependimento, agonia, “conformada”, frustração, revolta, ódio pelo companheiro.

Finalmente, apenas 29,8% das mulheres que recorreram à IVG dizem ter recebido **aconselhamento contraceptivo** após o aborto.

AS POSIÇÕES FACE AO ABORTO E AO REFERENDO

Aceitação do Aborto

Quando questionadas sobre a sua **posição face ao aborto** e a situações em que consideram aceitável a sua prática, a esmagadora maioria das entrevistadas é favorável nas situações em que a saúde da mulher está em risco, o feto tem malformação ou a gravidez resulta de uma violação.

Estes valores são muito elevados na globalidade da amostra, independentemente de já terem recorrido ou não anteriormente ao aborto.

Nas situações em que a gravidez não é desejada, as opiniões dividem-se: 79,1% acha aceitável, no caso das mulheres que já recorreram ao aborto; ao passo que a percentagem das mulheres que dizem nunca ter feito um aborto e considera esta uma razão aceitável, desce para 48,5%.

QUADRO 22 – OPINIÃO SOBRE A IVG SEGUNDO A PRÁTICA DE ABORTO

	TOTAL	PRÁTICA DE ABORTO	
		Nunca fez	Já fez
... a saúde da mulher está em risco	94,6%	94,1%	98,0%
... o feto tem malformação	94,3%	93,8%	97,1%
... a gravidez resulta de uma violação	92,4%	91,6%	97,6%
... a gravidez não é desejada	52,9%	48,5%	79,1%

Observando as mesmas situações, cruzadas com a variável religiosidade, das entrevistadas, os resultados apresentam-se diferentes:

QUADRO 23 – OPINIÃO SOBRE A IVG SEGUNDO A RELIGIOSIDADE

	Total	A RELIGIOSIDADE		
		Ateias/Não praticantes	Praticantes ocasionais	Praticantes frequentes
... a saúde da mulher está em risco	94,6%	96,2%	96,5%	89,4%
... o feto tem malformação	94,3%	95,8%	97,0%	87,4%
... a gravidez resulta de uma violação	92,4%	94,6%	94,9%	85,3%
... a gravidez não é desejada	52,9%	68,8%	55,9%	28,9%

Actual Legislação

Para avaliar o posicionamento por parte das mulheres face à **actual legislação**, os entrevistadores mostraram às entrevistadas um cartão com a actual legislação, perguntando a opinião das mesmas relativamente a eventuais alterações à lei actual.

Como conclusão, verifica-se que a maior parte das mulheres considera que a lei devia ser alterada no sentido de um alargamento (62,4%), independentemente de terem ou não realizado um aborto anteriormente:

QUADRO 24 – OPINIÃO SOBRE A LEGISLAÇÃO ACTUAL SOBRE IVG SEGUNDO A PRÁTICA DE ABORTO

	TOTAL	A PRÁTICA DE ABORTO	
		Nunca Fez Aborto	Já Fez Aborto
A actual legislação NÃO DEVIDA SER ALTERADA	29,8%	31,9%	17,5%
A actual legislação DEVIDA SER MAIS RESTRITIVA	7,8%	8,5%	3,6%
A actual legislação DEVIDA SER MAIS ALARGADA	62,4%	59,6%	79,0%

A mesma questão apresenta-se no quadro seguinte considerando também as práticas religiosas das entrevistadas:

QUADRO 25 – OPINIÃO SOBRE A LEGISLAÇÃO ACTUAL SOBRE IVG SEGUNDO A RELIGIOSIDADE

	Total	A RELIGIOSIDADE		
		Ateias/Não praticantes	Praticantes ocasionais	Praticantes frequentes
A actual legislação NÃO DEVIDA SER ALTERADA	29,8%	21,7%	24,5%	49,2%
A actual legislação DEVIDA SER MAIS RESTRITIVA	7,8%	4,4%	7,5%	12,3%
A actual legislação DEVIDA SER MAIS ALARGADA	62,4%	73,9%	68,0%	38,5%

Intenção de Voto no Referendo

Relativamente ao próximo **referendo**, os entrevistadores colocaram às mulheres a questão: “É provável que dentro de meses haja um referendo sobre a despenalização do aborto. Qual será a sua posição?”. Perante esta pergunta, a maior parte das mulheres referiu que pretende votar a favor da despenalização.

As posições são maioritariamente favoráveis nesta questão, independentemente de as mulheres terem ou não realizado um aborto anteriormente.

QUADRO 26 – INTENÇÃO DE VOTO NO REFERENDO SEGUNDO A PRÁTICA DE ABORTO

	TOTAL	A PRÁTICA DE ABORTO	
		Nunca Fez Aborto	Já Fez Aborto
Vai votar a FAVOR da despenalização	56,5%	53,4%	75,1%
Vai votar CONTRA a despenalização	22,4%	24,8%	8,2%
Não vai votar	21,1%	21,9%	16,7%

A mesma questão apresenta-se no quadro seguinte considerando também as práticas religiosas das entrevistadas, obtendo-se novamente posições favoráveis à despenalização:

QUADRO 27 – INTENÇÃO DE VOTO NO REFERENDO SEGUNDO A RELIGIOSIDADE

	Total	A RELIGIOSIDADE		
		Ateias/Não praticantes	Praticantes ocasionais	Praticantes frequentes
Vai votar a FAVOR da despenalização	56,5%	62,3%	65,2%	33,7%
Vai votar CONTRA a despenalização	22,4%	14,5%	16,6%	42,1%
Não vai votar	21,1%	23,1%	18,2%	24,3%

Por último, apresenta-se a mesma questão, segundo o grau de instrução das entrevistadas, invariavelmente com resultados mais favoráveis à despenalização:

QUADRO 28 – INTENÇÃO DE VOTO NO REFERENDO SEGUNDO O GRAU DE INSTRUÇÃO

	Total	GRAU DE INSTRUÇÃO		
		Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior
Vai votar a FAVOR da despenalização	56,5%	53,2%	58,0%	64,3%
Vai votar CONTRA a despenalização	22,4%	24,0%	20,3%	20,4%
Não vai votar	21,1%	22,8%	21,6%	15,3%

De salientar, contudo, que cerca de 21% das mulheres não tem intenção de ir votar, à altura de realização do estudo.

CONCLUSÕES

1. As mulheres inquiridas são **utentes regulares dos serviços de saúde** e mais de metade recorre pelo menos uma vez por ano às consultas existentes e realiza exames médicos
2. **A grande maioria das mulheres inquiridas usa contraceção segura** e eficaz e, por isso, está posta de parte a utilização do aborto como forma regular de controlo da fecundidade.
3. A grande maioria das mulheres que não utilizam contraceção ou não têm actividade sexual, ou estão grávidas ou à espera de engravidar, ou têm problemas de infertilidade ou estão na menopausa. **Mas há uma franja minoritária mas significativa de mulheres – 29% das não utilizadoras de contraceção, correspondente a 8% do total da amostra, que estão em risco de gravidez não desejada**, porque sendo sexualmente activas e não se encontrando em nenhuma das situações anteriores, não usam contraceção.
4. O estudo revela ainda que há um **uso moderado da contraceção de emergência**, que não substitui o uso regular de outro tipo de contraceptivos.
5. **O aborto provocado é um problema que afecta centenas de milhares (cerca de 354 000 segundo o estudo) de mulheres portuguesas**, ainda que seja praticado por uma minoria das mulheres (14,5%).
6. **O aborto ocorre em mulheres de todas as idades e**, tomando como indicador social o grau de instrução, acontece **em mulheres de todas as condições sociais e sobretudo em mulheres casadas. Portanto o aborto não é um fenómeno que toca somente as mulheres mais jovens, sós, e mais pobres.**
7. A grande maioria das mulheres abortou uma vez, confirmando-se aqui de novo, a ideia de que actualmente **o aborto não é uma forma regular de controlo da natalidade, antes acontecendo de forma esporádica e pontual na vida de uma mulher.**
8. **Na sua grande maioria, em mais de 70% dos casos, os abortos foram realizados até às 10 semanas (89% até às 12 semanas)** pelo que, mesmo em con-

dições de clandestinidade, estamos perante uma situação de abortos precoces.

9. **As mulheres mais religiosas, recorrem menos ao aborto** mas, quando tal acontece, fazem-no **mais tardiamente**.
10. **A maior parte das mulheres engravidou sem o desejo porque não estava a usar contraceção** ou não estava a usar um método seguro pelo que existe aqui uma margem possível de prevenção e de redução do aborto.
11. **As dificuldades no acesso à contraceção não são indicadas como um motivo significativo de não uso**. Apenas 6% das mulheres que não estavam a usar contraceptivos estavam à espera de uma consulta.
12. **Mas 1 em cada 5 mulheres que abortaram estava a usar contraceção**, o que contraria a ideia de que, hoje em dia, “só engravida quem quer”.
13. A maior parte das mulheres – mais de 90% - que decide abortar fá-lo por **motivos não contemplados na actual legislação e declara que foi uma decisão muito difícil**, contrariando-se aqui a ideia de que, no caso de a IVG vir a ser despenalizada a pedido da mulher, as mulheres vão facilmente abortar.
14. O estudo revela que **a grande maioria dos abortos provocados aconteceu em Portugal (85%), em estabelecimentos ou locais não autorizados** para a prática de IVG, casas, clínicas ou consultórios particulares, e foram realizados por profissionais de saúde. As mulheres avaliam de forma razoável as condições da prática da IVG e o desempenho dos profissionais envolvidos. Pelo que **estamos em situações não satisfatórias, mas também não parecem ser caracterizadas por elevados níveis de precaridade** característicos de épocas anteriores.
15. O estudo revela ainda que **as mulheres fazem abortos com muito pouca informação prévia**, sobretudo assente em pessoas amigas e **pagando preços que consideram muito caros**.
16. **1 em cada 5 mulheres que aborta teve complicações graves após o aborto**. Aplicando as percentagens encontradas ao universo estimado de abortos verificamos que **cerca de 19000 mulheres tiveram de ser internadas devido a complicações de aborto cirúrgico**. Comparando estes dados com países onde o aborto é legal, comprovam-se aqui maiores níveis de insegurança na prática de aborto em Portugal.
17. **Os sentimentos referidos logo após a realização do aborto são diversos** – alívio, dúvidas, culpa e outros sentimentos de tipo negativo. Mesmo assim, **a grande maioria (cerca de 93%) das mulheres afirma que não ficou com problemas por ter realizado o aborto**, o que contraria a ideia por vezes apresentada de que as mulheres que abortam ficam “traumatizadas para o resto da vida”.
18. Por último, só uma minoria de mulheres recebeu aconselhamento contraceptivo após o aborto pelo que **as condições em que se realizam os abortos não previnem a sua potencial repetição**.
19. Sendo sobretudo favoráveis a ocorrência de IVG nos casos já previstos na lei, **mais de metade das mulheres concorda com a IVG quando a mulher “não deseja a gravidez”**. Esta última posição aumenta nas mulheres menos religiosas ou que já fizeram um aborto.
20. Em consonância com o já referido, mais de **60% das mulheres defende o alargamento das condições legais** da prática de IVG, a **maioria das mulheres - cerca de 56% - votará SIM no próximo referendo, 22% votará NÃO e 21% não tenciona ir votar**. x

Estudo sobre o Aborto em Portugal, 2006

Comentários da Sede da IPPF, Londres

Upeka de Silva [Jurista e Responsável de Programas]

Marcel Vekemans [Ginecologista/Obstetra e Conselheiro Médico Principal]

A IPPF promove o direito da mulher a escolher o número e o espaçamento dos seus filhos, a usar contraceção para evitar uma gravidez não desejada e a ter acesso a aborto seguro e legal se tal ocorrer. Acreditamos que o Estudo sobre a Prática do Aborto em Portugal contribui significativamente para uma melhor compreensão das realidades que as mulheres enfrentam em Portugal caso aconteça uma gravidez não desejada e, assim sendo, torna-se um instrumento valioso para ações de campanha sobre a questão do aborto.

OMISSÃO DE RELATOS

A primeira e principal questão que se deve levantar é a da omissão de relatos.

O interesse da omissão de relatos reside não só na validação dos dados recolhidos mas também no realce das diversas normas socioculturais com impacto na capacidade e boa vontade da mulher em revelar o seu recurso a serviços de aborto. Um estudo na Estónia, por exemplo, revelou que os abortos eram frequentemente referidos como espontâneos e que era menos provável que as mulheres mais velhas, com abortos mais tardios, solteiras ou com mais de três filhos, referissem o seu recurso a serviços de aborto.¹

Num estudo de New Jersey, apenas 30% dos abortos praticados eram referidos pelas próprias mulheres do estudo, como se verifica nos registos médicos dessas mulheres!²

Registos sobre a omissão de relatos em vários estudos mostram que o índice de compreensão está entre 40% e 60%.³

Por que razão as mulheres omitem referir o recurso aos serviços de aborto? A principal razão é o estigma e a culpa, e a respectiva necessidade em guardar segredo do aborto que tenham feito. Além disso, o método da sondagem, se sentido como uma invasão, bem como algumas características do entrevistador, podem levar a omitir esse recurso, também relacionado com sentimentos de estigma e culpa. Poderá argumentar-se que as mulheres de todo o mundo vivem em ambientes em que as decisões sobre os seus próprios corpos estão rodeadas de vergonha e não podem ser, portanto, livremente discutidas.

Com base em dados recolhidos no Estudo, podem usar-se dois métodos para calcular grosseiramente a omissão de relatos.

(1) Anderson BA, Katus K, Puur A, Silver BD. *The Validity of Survey Responses on Abortion: Evidence from Estonia*. Demography 1994; 31(1), 115-32.

(2) Jagannathan R. *Relying on Surveys to Understand Abortion Behavior: Some Cautionary Evidence*. American Journal of Public Health 2001; 91(11): 1825-31.

(3) Ibid, p. 1825.

- No final da sua vida reprodutiva, 19,4% das entrevistadas tinham feito, pelo menos, um aborto, o que para a população total de MIRs (Mulheres em Idade Reprodutiva) corresponde a 19.000 abortos por ano e a uma taxa de aborto de 8‰ MIR

[19,4% de 2.446.314⁴ = 474.585 com correcções para abortos repetidos = 573.457 ao longo de 30 anos de vida reprodutiva, i.e., 19.000 por ano]

- Nos últimos 21 meses, 5% das entrevistadas fizeram um aborto, o que corresponde a 10.130 abortos por ano [2.446.314 x 5% x 12/21]

Se os números acima estiverem correctos, a omissão de relatos estará nos 47% (19.000 – 10.130/19.000), o que é compatível com os números mencionados na literatura e contribui para a credibilidade dos dados recolhidos confirmando que as mulheres têm, de facto, relutância em falar sobre o seu recurso a serviços de aborto.

Um outro método para descobrir possíveis omissões de relatos é comparando os dados com os de outro país. Sabemos, por exemplo, que as mulheres portuguesas têm menos filhos e taxas mais baixas de uso de contraceptivos do que as mulheres na Bélgica, um país com o mesmo número de habitantes. Consequentemente, a taxa de aborto tem de ser superior a 7‰ e o número de abortos superior a 16.000, o que condiz com o cálculo anterior de 8‰ MIR e 19.000 abortos por ano.

	Portugal	Bélgica
- Taxa Total de Fertilidade	1,4	1,6 ⁵
- Métodos Modernos de Planeamento Familiar	33 %	76 % ⁶
- Taxa de Aborto	8 ‰	7 ‰ ⁷
- Nº de Abortos/ano	19.000	16.000 ⁸

Um importante ponto a ter em conta é que quando o aborto for liberalizado, estes números poderão mudar. Encontraram-se vários padrões.

RELIGIÃO E ABORTO

Os dados mostram que 11% das mulheres com uma prática religiosa ocasional procuraram serviços de aborto, contrariamente a 2% das que os procuraram frequentemente. Registos do Guttmacher Institute e da Planned Parenthood of America também revelam que

mulheres religiosas que se descrevem como Cristãs Renascidas, Cristãs Evangélicas ou Católicas recorrem ao aborto.⁹

É essencial, porém, termos a consciência de que, muito embora ser muito religiosa possa reduzir o recurso ao aborto, estas mesmas pessoas tendem a procurar estes serviços numa fase mais tardia da gravidez, sendo também as que mais provavelmente omitem o seu recurso aos serviços de aborto.

O reconhecimento de que estas mulheres precisam e procuram serviços de aborto, independentemente das suas crenças religiosas, é útil para desafiar o mito de que as mulheres que a eles recorrem não são religiosas, sendo, assim, “pecadoras”. Compreender isto poderá contribuir para reduzir o estigma associado ao aborto.

FACTORES DE RISCO

Há muitas razões para as mulheres optarem por fazer um aborto e que são sérias e válidas. O Estudo indica que as razões que levam as mulheres portuguesas a optar por serviços de aborto estão ligadas mais a atitudes sociais negativas, como as dirigidas a mães jovens e solteiras, do que a pressões socio-económicas graves. É mais provável, por exemplo, que mulheres jovens e solteiras recorram a serviços de aborto em Portugal do que na Holanda¹⁰, o que levanta uma questão que merece a pena realçar: uma mulher jovem que não é casada e está grávida é estigmatizada por ser

(4) “As Práticas de Aborto”, Estudo *A Situação do Aborto em Portugal: Práticas, Contextos e Problemas*.

(5) CIA. The World Factbook 2006 <https://www.cia.gov/cia/publications/factbook/index.html>

(6) State of the World Population 2004. UNFPA p. 104 http://www.unfpa.org/swp/2004/pdf/en_swpo4.pdf

(7) Henshaw SK, Singh S, Haas T. *The incidence of abortion worldwide. Int Fam Plann Persp.* 1999; 25(Suppl 1): S30-S38.

(8) Tissot B, Vekemans M. *L'interruption de grossesse en Belgique et dans les pays voisins*, Bruxelles, Exécutif de la Communauté Française, 1990. 80 pp.

(9) Arthur J. *The only moral abortion is my abortion: When the anti-choice choose.* 2001 <http://www.prochoiceactionnetwork-canada.org/articles/anti-ales.shtml>

(10) CASA Nederland. Jaarverslag 2005. Den Haag, The Netherlands.

irresponsável ou promíscua. Quando decide recorrer ao aborto também é estigmatizada, o que leva à omissão do relato desse aborto. O que é que isto diz quanto a atitudes para com as mulheres?

ASPECTOS CLÍNICOS

Comparativamente com alguns países de África onde as mulheres morrem de abortos não seguros é consolador ver que as mulheres portuguesas têm, de facto, acesso a aborto bastante seguro, estando mesmo a ser usado o aborto médico (i.e., aborto induzido por fármacos), e que o índice de complicações é baixo. No entanto, os dados mostram que a qualidade dos serviços poderia ser melhorada. Uma das áreas de melhoramento pode ser a redução de intervenções cirúrgicas depois de aborto médico, através da formação dos técnicos sobre o uso adequado do aborto médico e sua monitorização. Além disso, uma maior formação de capacidades e de orientação sobre as mais recentes tecnologias e práticas de aborto poderia ajudar a reduzir a excessiva “medicalização” dos serviços de aborto (i.e., exigir que as mulheres sejam hospitalizadas) que presentemente levanta barreiras desnecessárias ao acesso. A ausência de serviços de follow up e apoio indica que pode não estar a ser oferecido às mulheres aconselhamento contraceptivo adequado pós-aborto de forma a evitar futuras gravidezes não desejadas. Por fim, um número significativo de mulheres parece sentir culpa ou vergonha, o que poderia ser evitado com a disponibilização de cuidados de alta

qualidade, antes e depois do aborto e de forma mais consistente.

O acesso mais amplo a serviços de aborto seguro é uma questão séria de saúde pública. Tem um profundo impacto não só nas vidas das mulheres mas também nas suas famílias. Para além das preocupações de saúde pública há também uma questão dos direitos humanos fundamentais para a saúde, em que são vitais o acesso a serviços de aborto de alta qualidade e a decisão pessoal de recorrer ou não a esses serviços.

A CAMINHO DO REFERENDO

A população portuguesa parece apoiar o aborto legal no caso de violação, incesto, deficiência do feto e para proteger a saúde da mulher. Este consenso tem de ser formado tendo em conta que as mulheres recorrem a serviços de aborto por um maior número de razões que devem ser respeitadas, como pobreza, sofrimento, idade, saúde familiar e solidão. O valor que atribuímos à maternidade não deve conduzir à maternidade forçada.

Actualmente, a lei permite a exploração financeira de mulheres em sofrimento em lugar de apoiar as decisões que tomam sobre os seus próprios corpos. Por fim, as alterações na lei devem ser complementadas pela disponibilização de serviços de alta qualidade, como uma questão de saúde pública e dignidade humana. Os dados dizem-nos muito, mas não devemos esquecer as mulheres por detrás desses números. **x**

Tive uma relação não protegida!
O método contraceptivo falhou!

Novo contraceptivo
de Emergência

Postinor®

levonorgestrel 1,5 mg

Só uma vez*

* até 72 horas após a relação sexual



Medicamento não sujeito a receita médica.

Em caso de dúvida, consulte
o seu Médico ou Farmacêutico.

**A contracepção de emergência
só se justifica se:**

- Houver uma falha do método contraceptivo; ou
- Após uma relação sexual desprotegida

Schering Lusitana

2,17 Estrada da Indústria
Lusitana, 201 - 1600-11
1770 - 217 Monte Marinho
www.schering.pt

Schering Lusitana Ltd.
Lusitana Way, 201 - 1600-11
1770 - 217 Monte Marinho
www.schering.pt

Contratante nº: 800.264.017
Rua Quilina 740, S/A - 11.340-000
Município: Santos, Reg. Com. de Comércio nº: 12776, No. 100-00, 11.340-000

Linha OPÇÕES

707 2002 49

Elisabete Souto [Psicóloga, Coordenadora da Linha Telefónica OPÇÕES]

Mulher, 25 anos que pede informações sobre questões legais;

Mulher, 40 anos com uma filha de 8 anos recentemente separada do marido descobre que está grávida e não deseja esta gravidez;

Professora que pede ajuda porque a aluna lhe confidenciou estar grávida;

Uma jovem que pede esclarecimentos sobre contraceção pós IVG;

Uma mãe que liga porque a nora voltou a engravidar;

Uma jovem, 20 anos, um teste positivo recebido esta manhã.

A Associação para o Planeamento da Família (APF) tem, desde os anos 80, espaços de atendimento no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva. Estes espaços funcionam actualmente em todas as Delegações Regionais da APF e neles é prestado aconselhamento presencial e telefónico.

No contacto com a população que procura este aconselhamento, recebemos vários pedidos de ajuda relativamente a situações de gravidez não desejada. Desta forma, uma vez detectadas as necessidades de informação nesta área, foi criado um serviço especializado para fazer face a este tipo de problemática.

Desenvolvida a ideia e tendo o Projecto OPÇÕES sido aprovado pelo *Innovation Fund* da IPPF (International Planned Parenthood Federation), foi possível incluir nas actividades deste projecto esta linha telefónica de ajuda.

A **Linha telefónica OPÇÕES** é um serviço de informação, aconselhamento especializado sobre gravidez não desejada e acompanhamento contraceptivo.

Este serviço funciona de segunda a sexta-feira das 12h às 20h e entrou em funcionamento em Dezembro de 2006. O serviço está disponível em todo o território Nacional através do número 707 2002 49.

A equipa técnica possui formação de base nas áreas das Ciências Sociais e Humanas e experiência em atendimento telefónico e presencial.

De salientar que este Projecto tem um grupo Consultivo constituído por profissionais de saúde, de Educação, das Ciências Sociais, do Direito e da Investigação.



As situações acima descritas traduzem exemplos de pedidos que chegam diariamente. E relativamente ao tipo de apoio prestado, a intervenção da equipa técnica passa por:

- Disponibilizar informação
- Apurar a realidade sobre a gravidez
- Clarificar o enquadramento legal
- Apoiar na decisão
- Encaminhar
- Aconselhar contraceção pós-aborto

Deste modo, pretende-se que qualquer pessoa que se veja confrontada directa ou indirectamente com uma situação de gravidez não desejada, encontre um espaço onde possa falar abertamente sobre o seu caso, no qual se sinta ouvida quanto às suas dúvidas, receios, angústias e sem medo de represálias pelo momento que

vive e situação em que se encontra, um espaço onde as mulheres possam desmontar a situação, pensar as várias possibilidades e levá-las a questionar o significado que aquela gravidez tem para elas.

Fundamentalmente criada para ajudar seja qual for a situação, seja qual for a dúvida, seja qual for a opção, a **Linha telefónica OPÇÕES** actua de forma isenta, sem juízos de valor e sem preconceitos e com total confidencialidade.

No espaço de um mês, o serviço registou 60 chamadas efectivas sendo estas maioritariamente efectuadas por mulheres entre os 25 e os 50 anos.

Muitas destas mulheres vivem este processo sozinhas e desamparadas, enquanto outras apresentam uma decisão pensada e reflectida e apenas telefonam a pedir esclarecimentos vários no âmbito destas questões. **x**

Quando não se diz tudo o que se sabe: do aborto e da psicopatologia

Paulo Henrique Figueiredo [Psicólogo Clínico no Hospital Psiquiátrico do Lorrão, Mestre em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental pela Universidade de Coimbra]

Sabemos da epistemologia de K. Popper e de T. Kuhn que a ciência não é neutra, pela simples razão de que o observador nunca o é. Mas também é verdade que a evolução do conhecimento, do que sabemos de nós e do mundo, tem sido um combate constante contra os paradigmas aprioristicamente assumidos, irrefutáveis verdades que, de Galileu a Einstein, têm sido desconfirmadas pelo esforço da imparcialidade.

Vem isto a propósito das “verdades” proferidas cate-drativamente pelo Sr. Presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental a propósito das sequelas psicopatológicas da interrupção voluntária da gravidez, referendável no próximo dia 11 de Fevereiro. Em momento algum afirmando a dissociação das suas atitudes públicas do seu estatuto institucional, o Sr. Prof. Dr. Adriano Vaz Serra terá afirmado (segundo a comunicação social, não desmentida pelo próprio até ao momento) que parte significativa das mulheres que abortam apresenta sintomas compatíveis com o diagnóstico clínico de *stress* pós-traumático, sendo que muitas mais evidenciam sinais parcelares do citado síndrome e, ainda, que tal patologia poderia conduzir a comportamentos suicidários. Como fundamentação para tão conclusivas assumpções, o seu autor cita como referência “um estudo efectuado nos Estados Unidos em 2004”.

A perturbação de *stress* pós-traumático surgiu na nosologia psicopatológica na sequência da observação dos distúrbios apresentados pelos soldados Americanos que tinham combatido na guerra do Vietname, nomeadamente na classificação proposta pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) em 1980. Anteriormente, já desde a Guerra Civil Americana tinham sido observadas as perturbações emocionais decorrentes da exposição a cenários de ameaça à vida, cimentadas

com observações científicas durante a I e II Guerras Mundiais, denominando-se como “neurose de guerra”, “fadiga de batalha” e *shell shock*, este interpretado como consequência do estrondo do rebentamento de granadas. O conceito, alargado a outros contextos de vida, postula a experiência de fortes emoções (medo, horror, sentimento de desprotecção) no contexto da confrontação da pessoa com um acontecimento envolvendo uma séria ameaça à vida ou à integridade física. Caracteriza-se pela evidência de uma constelação de sintomas, nomeadamente a involuntária e persistente re-experiência do acontecimento traumático através de sonhos recorrentes, memórias expressivas e pormenorizadas, imagens intrusivas e *flashbacks* (revivência do fenómeno, comportando-se a pessoa como se o acontecimento traumático estivesse de novo a suceder). A pessoa tende a evitar todos os estímulos que possam estar associados ao sucedido, como determinados locais e pessoas, programas de televisão, etc. Em vão, luta para afastar mentalmente as memórias do trauma; furta-se a abordar o sucedido em pormenor, ao mesmo tempo que ruma acerca dos “porquês” de tal lhe ter acontecido e das formas de o poder ter evitado. É dominante um estado de contínua activação, com hipervigilância, problemas de sono, irritabilidade, isolamento social, sentimentos de desvinculação nas relações interpessoais, sensação de embotamento emocional, dificuldade de concentração e respostas exageradas de medo. Muito frequentemente há comorbilidade com quadros do espectro ansioso e depressivo, bem como abuso de álcool e/ou outras drogas.

Em nenhum momento da evolução do conhecimento científico em psicopatologia a efectuação voluntária de uma interrupção da gravidez foi reconhecida como

detonadora de um quadro clínico de *stress* pós-traumático. Tal etiologia não consta em nenhuma classificação sindrômica como factor determinante, nem na citada classificação da APA (e sucedâneas) nem na ordenação proposta pela Organização Mundial de Saúde (Classificação Internacional de Doenças, 10ª versão). Não está reconhecido pelas mais importantes entidades internacionais, como a Associação Americana de Psiquiatria ou a Associação Americana de Psicologia. Aquilo a que alguns chamam de “síndrome de stress traumático pós-aborto” não existe cientificamente, é uma invenção propositada.

Não conhecemos o citado estudo “efectuado nos Estados Unidos em 2004”. Mas conhecemos muitos estudos longitudinais conduzidos com rigorosas metodologias de investigação que afirmam exactamente o contrário: a probabilidade de ocorrência de sequelas psicopatológicas em mulheres que voluntariamente abortaram é “minúscula numa perspectiva de saúde pública” (parafraseando E. Koop, um intelectualmente honesto investigador norte-americano que, investido pelo então Presidente Ronald Reagan para realizar um estudo acerca deste tema – com óbvias expectativas ... -, teve a coragem de não mistificar a realidade). A grande maioria da investigação neste domínio tem concluído, ao contrário, que a esmagadora maioria das mulheres que voluntariamente abortam mantêm a sua saúde mental, experienciando até uma sensação de alívio contrastante com o seu estado psicológico prévio, sendo transitórias eventuais emoções negativas – ao contrário dos casos das mulheres que, querendo ter filhos, perderam a sua gravidez. Ainda, as conclusões apontam para que os casos de evidência psicopatológica pós-aborto voluntário (nomeadamente dos foros depressivo e ansioso) estão associados com perturbações psicológicas prévias ou com vulnerabilidades específicas, podendo eclodir por um numeroso espectro de acontecimentos de vida. Obviamente, o aborto é um factor de *stress* - como o é, também, uma gravidez indesejada, e muitos outros factos da nossa vida. Mas as reacções psicológicas daí decorrentes são interpretáveis no quadro dos recursos individuais de lidar com esses acontecimentos, não num modelo psicopatológico determinista.

Poderíamos citar não um mas numerosos estudos que conduzem a estas conclusões. Como um conduzido em Inglaterra sob a égide do prestigiado *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* que implicou o seguimento durante 11 anos de mais de 13000 mulheres com gravidezes não desejadas e que não encontrou qualquer diferença significativa na saúde psicológica entre as mulheres que terminaram a gravidez e as que a levaram até ao final.

Mas o que nos levou a escrever este texto é a nossa indignação a propósito da mistificação levada a cabo por alguém que, não demarcando (legítimas) opiniões próprias das suas funções institucionais, envieza a informação, confundindo deliberadamente o discurso científico segundo interesses ideológicos pessoais. Abordando e tomando como conclusivo apenas uma parte dos dados da investigação acerca da realidade de um tema tão complexo como é o processamento emocional da mulher que recorre, por contingências da sua vida, à interrupção voluntária da gravidez, ao não afirmar (no mínimo) que se trata de um tema controverso, o Sr. Presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental prestou um péssimo serviço à credibilidade da instituição a que preside.

Poderíamos questionar o Sr. Prof. Dr. Adriano Vaz Serra acerca da evidência de *stress* pós-traumático nas mulheres que abortam clandestinamente em “clínicas” de vão-de-escada, ou das que são submetidas a julgamento. Também acerca de síndromes depressivos arrastados em mulheres que cuidam dos filhos não planeados em condições miseráveis, da gravidez indesejada como um forte preditor da depressão pós-parto, e das perturbações no desenvolvimento psicossocial em parte significativa das crianças não desejadas. Ainda, acerca da saúde psicológica da assertiva auto-determinação das pessoas que decidem do momento em que se sentem com condições para serem pais. E da conveniência de avaliação e seguimento psicoterapêutico preventivo das mulheres vulneráveis, que a clandestinidade não permite.

Mas adivinhamos que estes temas não são objecto de estudos científicos “conduzidos nos Estados Unidos em 2004”. Simplesmente porque já constituem uma conquista civilizacional. **x**

Statement da APF sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez

1. A APF E A PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NÃO DESEJADA E DO RECURSO AO ABORTO

A APF, Associação para o Planeamento da Família, há 40 anos que promove a informação e o acesso aos cuidados e serviços de Planeamento Familiar e Educação Sexual como estratégias para a promoção da Saúde e dos Direitos Sexuais e Reprodutivos e em prol da defesa da Maternidade e da Paternidade conscientes, responsáveis e livres em Portugal.

A APF, enquanto IPSS da Saúde, cuja actividade assenta numa estrutura nacional e regional, no voluntariado social e técnico e no trabalho de inúmeros profissionais, reivindica o seu papel como primeira organização não governamental a ter abordado estas questões e, seguramente, como a ONG que tem desenvolvido uma actividade mais alargada em prol daqueles objectivos, junto das mulheres e dos homens portugueses, dos jovens e das famílias portuguesas.

Orgulhamo-nos, por isso, de ter contribuído para a melhoria dos indicadores de saúde materna e infantil, para a redução da gravidez e da maternidade precoces em jovens e adolescentes e para a capacitação das pessoas para fazerem escolhas livres, informadas e responsáveis na sua vida sexual e reprodutiva.

Reivindicamos também, por tudo isto, o nosso contributo como fundamental nas melhorias alcançadas nas últimas décadas, na prevenção da gravidez não desejada e na redução do recurso ao aborto.

2. A NECESSIDADE DA IVG COMO CUIDADO DE SAÚDE LEGAL E SEGURO

O estudo apresentado pela APF em 13 de Dezembro de 2006 revelou que, no mínimo, entre 340 mil a 360 mil mulheres entre os 18 e os 49 anos alguma vez fez um aborto provocado. Os mesmos dados mostram que o aborto ocorre em todas as idades e em todos os estratos sociais. Tendo em atenção que mesmo em países onde a IVG é legal, as mulheres omitem algumas vezes a prática e o recurso ao aborto, acreditamos que estes números podem ser abaixo da realidade.

A APF tem por várias vezes reconhecido, e até publicamente, os enormes progressos que ocorreram em Portugal nas últimas décadas no uso de contracepção segura. Hoje em dia mais de 80% das mulheres em idade fértil usa alguma forma de contracepção e, destas, mais de 85% usa métodos seguros e eficazes de contracepção.

Sabemos no entanto que apesar das melhorias alcançadas com a efectivação dos cuidados de Planeamento Familiar no contexto da Saúde Sexual e Reprodutiva, não foi ainda alcançada uma situação de excelência.

Mesmo que o seja, não existem métodos contraceptivos 100% seguros e existirão sempre falhas humanas e técnicas, existem factores e situações de vulnerabilidade pessoal pelo que muitas mulheres e casais continuarão a enfrentar situações de gravidezes não planeadas e não desejadas.

O estudo da APF atrás referido demonstra claramente o que afirmamos - 60% das mulheres que abortaram, engravidaram por não uso de contracepção ou uso de formas de contracepção insegura. No entanto, cerca de 40% das gravidezes não desejadas ocorreram em mulheres que estavam a usar contracepção

Sabemos também que mesmo nos países onde a cobertura dos serviços de contracepção é considerada de excelência, continuam a acontecer situações de interrupção voluntária da gravidez.

Sabemos, por último, que a existência de leis repressivas face à IVG não reduzem o número de abortos e não previnem a recidiva, pois não garantem o respectivo encaminhamento para contracepção segura, como o mesmo estudo claramente revelou.

Bem pelo contrário, a legislação repressiva em matéria de aborto promove a existência do aborto inseguro e clandestino, com consequências danosas para a saúde física e psíquica das mulheres.

E, por isso, o aborto inseguro como um problema de saúde, tal como foi reconhecido na Conferência de Tíblissi, em 1990, na Conferência do Cairo em 1994, e em numerosas declarações internacionais sobre os direitos das mulheres e sobre a saúde sexual e reprodutiva.

Neste sentido, se consideramos que o aborto não deve ser utilizado como método contraceptivo, também reconhecemos que o aborto pode ser um último recurso para uma mulher face a uma gravidez que não deseja.

3. A SITUAÇÃO LEGAL DA IVG EM PORTUGAL

Até 1984, o aborto era proibido em Portugal em todas as circunstâncias. A lei 6/84 veio permitir despenalizar a IVG nos casos de perigo de vida para a mulher, perigo de lesão grave e duradoura para a saúde física e psíquica da mulher, quando existe malformação fetal ou quando a gravidez resultou de crime contra a autodeterminação sexual da mulher. Em 1997 esta legislação foi modificada em termos dos prazos de IVG, nos casos de malformação fetal e de crime contra a autodeterminação sexual das mulheres (lei 90/97).

No entanto, a lei portuguesa tem sido objecto de uma interpretação muito restritiva pelos hospitais públicos portugueses, muitos dos quais não cumprem o que está disposto na lei ou cumprem-na de forma muito selectiva.

Esta interpretação e o não cumprimento da lei não asseguram, portanto, a resposta necessária à maioria das situações de gravidez não desejada e de recurso ao aborto, as quais estão relacionadas com razões de ordem pessoal e não com a existência de uma patologia explícita de natureza física ou mental.

A não resposta por parte dos estabelecimentos públicos ou publicamente reconhecidos, tem sido responsável pela existência de um negócio de aborto clandestino especulativo e perigoso. Tem também provocado o encaminhamento crescente de mulheres portuguesas para clínicas, noutros países, para interromperem uma gravidez que não desejam.

Nos últimos anos, tem também aumentado de forma muito significativa o uso de medicamentos abortivos, sem acompanhamento clínico, que leva à existência de abortos realizados em condições penosas e igualmente perigosas para a saúde das mulheres.

Em consequência desta situação, o aborto continua a ser uma das principais causas de morte materna e a causa que leva alguns milhares de atendimentos hospitalares a mulheres com abortos retidos ou incompletos, ou com complicações resultantes de aborto clandestino.

4. A POSIÇÃO DA APF SOBRE A DESPENALIZAÇÃO DA IVG

Ao longo de mais de três décadas, muitas organizações, personalidades e profissionais de saúde têm lutado por mudanças na lei, de forma a combater o aborto inseguro e ilegal, e de forma a que a IVG legal seja integrada nos cuidados de saúde.

Assim como nos orgulhamos do nosso papel na prevenção das gravidezes não desejadas e na diminuição do recurso ao aborto, a APF reivindica também um papel cívico muito importante nos esforços feitos para mudar e melhorar a legislação sobre IVG, no sentido de se defender a Saúde e os direitos das mulheres em Portugal.

Em 1992, a Assembleia Geral de Sócios da APF aprovou, pela primeira vez, uma posição oficial da APF sobre a questão do aborto, defendendo-se as situações já previstas na legislação portuguesa, o alargamento da IVG por malformação fetal até às 24 semanas de gravidez e a possibilidade de IVG ser realizada a pedido da mulher até às 12 semanas de gravidez.

Por tudo isto, reafirmamos a nossa posição a favor da despenalização do aborto e do acesso a serviços de aborto legal e seguro no conjunto de circunstâncias já previstas na legislação portuguesa.

Reafirmamos a decisão da Assembleia Geral de Sócios da APF de 1992, a favor do alargamento das condições previstas na lei permitindo que a IVG seja feita até às 12 semanas de gravidez, a pedido da mulher, ou seja, por razões de ordem estritamente pessoal.

Tendo em conta o actual debate referendário, a APF apoia a reivindicação da despenalização da IVG até às 10 semanas a pedido da mulher.

Neste sentido, a APF defende não só a mudança da lei 90/97 mas defende também que a mesma seja regulamentada de forma a que seja efectivamente implementada em todos os estabelecimentos hospitalares e que seja também aplicada de forma transparente nos estabelecimentos de saúde privados, com supervisão, declaração e controlo de qualidade, de forma a erradicar definitivamente o aborto clandestino em Portugal e de forma a facilitar uma resposta rápida e atempada aos pedidos de IVG.

Reconhecendo que um aborto é uma situação difícil para as mulheres, a APF é também favorável a outros procedimentos de natureza legal e judicial, de forma a que nenhuma mulher seja perseguida por prática de aborto.

Finalmente e reconhecendo que o recurso ao aborto em Portugal pode e deve ser prevenido e reduzido, a APF reafirma o seu compromisso de tudo fazer pela promoção da educação sexual e contraceptiva da população e pela promoção do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Documento aprovado em Assembleia Geral de Sócios da APF, realizada em Lisboa em 6 de Janeiro de 2007

Livro

**“A Situação do Aborto em Portugal:
Práticas, Contextos e Problemas”**

Publicado na presente edição da Revista Sexualidade & Planeamento Familiar, também já se encontra editado em livro, formato de 50 páginas e preço de venda ao público de 5,00 euros.



Cartaz, postais, autocolantes...

“Linha OPÇÕES”

Constituem um conjunto de materiais produzidos no âmbito da criação da Linha Telefónica OPÇÕES e de suporte à sua divulgação.

Associação para o Planeamento da Família

R. Artilharia Um, 38 - 2º dto. 1250-040 Lisboa

telefone 21 385 39 93 | fax 21 388 73 79

e-mail apfportugal@mail.telepac.pt | <http://www.apf.pt>



Evra

O 1º CONTRACEPTIVO SEMANAL TRANSDÉRMICO⁽¹⁾

Apetece
reconsiderar
a contracepção.



JANSSEN-CILAG
FARMACÉUTICA, Lda.

Estrada Consiglieri Pedroso, 69-A - Quez de Baixo
2749-503 • Portugal • Tel. 214 368 835/39
Soc. por quotas, Com. Com. de Oeiras, matr. N.º 10576
Capital social = 2.693.508,64 • N.º contrib. 500 189 412