Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Serviço de Ginecologia/Obstetrícia A

Avaliação da Sensibilidade Médica para o Aconselhamento Contracetivo em Mulheres Portadoras de Comorbilidades

Máster en Anticoncepción, Salud Sexual y Reproductiva

Memória de Mestrado

Filipa Mendes Coutinho

Catarina Miranda Silva

2016 / 2017

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Serviço de Ginecologia/Obstetrícia A

Avaliação da Sensibilidade Médica para o Aconselhamento Contracetivo em Mulheres Portadoras de Comorbilidades

Máster en Anticoncepción, Salud Sexual y Reproductiva

Memória de Mestrado

Filipa Mendes Coutinho

Catarina Miranda Silva

2016 / 2017

Co-orientadores:

Vera Ramos

Maria João Carvalho

Fernanda Águas

Paulo Moura

Avaliação da Sensibilidade Médica para o Aconselhamento Contracetivo em Mulheres Portadoras de Comorbilidades

AUTORES

Filipa Mendes Coutinho, Catarina Miranda Silva

CO-ORIENTADORES

Vera Ramos, Maria João Carvalho, Fernanda Águas, Paulo Moura

INSTITUIÇÃO DE TRABALHO

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

Cerca de 45% de todas as gestações na Europa não são planeadas, resultando frequentemente em interrupções de gravidez por opção da mulher e num elevado número de gestações fora do momento escolhido pelo casal[1,2,3,4]. O aumento da utilização de métodos contracetivos e a diminuição da taxa de gravidez não desejada é um importante objetivo de Saúde Pública e inclui-se nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização Mundial de Saúde para 2030[2,4]. Evidência recente demonstrou que o aconselhamento contracetivo por parte do médico assistente aumenta a adesão ao método e poderá contribuir para diminuir o número de gravidezes não planeadas e abortos[2,5].

Tem-se verificado uma preocupação crescente com um aconselhamento contracetivo efetivo nas mulheres em idade fértil, incluindo as mulheres com morbilidade e mulheres polimedicadas[6,7,8]. Sabe-se que as malformações congénitas são uma causa frequente de morbilidade e mortalidade infantil, e que cerca de 10% de todas as anomalias congénitas foram associadas à exposição a fármacos teratogénicos[9,10,11,12,13,14]. Contudo, alguns estudos reportam que as mulheres sob fármacos teratogénicos utilizam métodos contracetivos semelhantes às que não fazem qualquer tipo de terapêutica farmacológica[15,16]. É desejável que estas doentes planeiem uma eventual gravidez para uma fase estável da sua doença e na ausência de medicação potencialmente teratogénica. É também fundamental que mulheres portadoras de doenças graves em que a gravidez esteja contraindicada ou

desaconselhada por potencial prejuízo para a sua saúde tenham acesso a contracetivos efetivos e seguros.

Assim, deverá ser dada uma atenção particular à contraceção e planeamento familiar nestas mulheres, devendo o seu acompanhamento médico ser multidisciplinar, e incluir um ginecologista[6,9,10]. Contudo, a bibliografia sugere que este tipo de aconselhamento apenas é realizado em um quarto de todas as consultas envolvendo mulheres em idade fértil[3,12]. As razões para esta baixa percentagem parecem basear-se na falta de conhecimentos acerca de métodos contracetivos, falta de tempo em consulta para abordar este assunto por oposição a prioridades em relação à doença de base[6], falta de rotina na colheita de história ginecológica ou obstétrica, baixo número de mulheres em idade fértil que frequentam a consulta e género do médico assistente[2,16,17].

Neste âmbito, em 2010, foi realizado nos Hospitais da Universidade de Coimbra um estudo que pretendeu avaliar a sensibilidade médica para o aconselhamento contracetivo em mulheres em idade fértil portadoras de doença crónica ou polimedicadas[18]. Este estudo concluiu que a preocupação com a contraceção eficaz era nula ou inconsistente na maioria dos médicos inquiridos (54,7%). De entre os que questionavam acerca do método contracetivo em uso, a maioria (62%) não fornecia informação completa sobre contraceção nem referenciava para consulta de Planeamento Familiar (PF). Por outro lado, em casos de contraindicação à gravidez, grande parte (79,5%) realizava aconselhamento contracetivo ou referenciava para consulta de especialidade. No entanto, dos inquiridos que afirmaram efetuar um aconselhamento contracetivo na sua consulta, a maioria não tinha participado, no último ano de prática clínica, em ações de atualização em contraceção (89,5%). A maioria dos inquiridos (64,6%) considerou que estas ações seriam úteis. Verificou-se também que a maioria dos médicos do hospital (79%) possuía pouco ou nenhum conhecimento dos recursos intra-hospitalares existentes no âmbito do PF. Em função dos resultados obtidos procedeu-se à divulgação de critérios de referenciação e a uma optimização do acesso à consulta de PF do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

OBJETIVOS

Objetivo primário

- Avaliar a sensibilidade médica e atitudes no aconselhamento contracetivo dos médicos de especialidades hospitalares que acompanham doentes em idade fértil, incluindo: mulheres medicadas com fármacos teratogénicos ou com potencial

interação com o contracetivo em uso, mulheres com contraindicação à gravidez e mulheres submetidas a cirurgia ou imobilização prolongada.

Objetivos secundários

- Avaliar se a idade, género, número de anos de prática clinica, área de especialidade (especialidade médica ou cirúrgica/médico-cirúrgica) e número médio de mulheres acompanhadas eram fatores influentes nos resultados.
- Avaliar a auto-perceção de conhecimentos dos médicos das várias especialidades na área da contraceção, a relevância do tema na sua prática clínica e o interesse na realização de ações de informação/sensibilização, assim como o conhecimento dos recursos existentes na instituição no âmbito do PF.
- Comparar os resultados atuais com os obtidos num estudo semelhante realizado na mesma instituição em 2010.

METODOLOGIA

Foi elaborado um questionário tendo como base o inquérito utilizado no estudo anterior e previamente validado (Anexo I). Este incluía um texto introdutório e explicativo dos objetivos do estudo, seguido de 18 perguntas de resposta fechada e única, divididas em dois grupos. O primeiro continha 5 perguntas relativas à caracterização da população (sexo, idade, especialidade, anos de prática clínica e número de mulheres em idade fértil acompanhadas, em média, por semana). O segundo grupo era constituído por 13 perguntas com o objetivo de avaliar as opiniões, atitudes e prática clínica habitual relativamente ao risco de gravidez não planeada em mulheres em idade fértil e portadoras de morbilidades. Foi analisada a frequência de procura de informação sobre o método de contraceção em uso, a avaliação do potencial de interação da medicação em uso com a contraceção, a abordagem de mulheres sob terapêutica teratogénica e a atitude em caso de doença crónica com contraindicação à gravidez ou cirurgia/imobilização prolongada em mulheres sob contraceção hormonal combinada (CHC). Foi também avaliada a importância atribuída ao aconselhamento contracetivo na mulher com doença crónica, se os participantes consideravam ter conhecimentos sobre contraceção suficientes para a sua prática clínica, se julgavam útil a realização de formação em contraceção e se tinham participado recentemente em alguma atividade de formação acerca do tema. Avaliou-se ainda o conhecimento e a utilização dos recursos existentes no hospital no âmbito

do planeamento familiar (consulta de PF com possibilidade de referenciação intra-hospitalar).

O inquérito foi realizado durante o mês de Abril de 2017 nas Reuniões de Serviço das seguintes especialidades: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Cardiologia, Pneumologia, Neurologia, Psiquiatria, Nefrologia, Urologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Dermatologia, Ortopedia, Reumatologia, Infeciologia e Pediatria. Foram consideradas especialidades médicas a Medicina Interna, Cardiologia, Psiquiatria, Neurologia, Infeciologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Endocrinologia, Hematologia, Reumatologia, Nefrologia e Pediatria; assumiram-se como especialidades cirúrgicas ou médico-cirúrgicas a Cirurgia Geral, Ortopedia, Urologia e Dermatologia.

A análise estatística foi realizada com recurso aos programas Microsoft Office Excel® e IBM *SPSS Statistics*® 22.0. Foi realizada uma análise estatística descritiva; posteriormente, foram utilizados os testes *t* de *Student* e χ^2 para análise de variáveis contínuas e categóricas, respectivamente. Foi considerado como significativamente estatístico um valor de *p* inferior a 0,05.

RESULTADOS

Todos os serviços contactados aceitaram participar. Foram distribuídos 283 questionários e foi recebido um total de 200 respostas (70,7%).

Caracterização da População

Eram mulheres 60% dos inquiridos, num total de 119 médicos (Tabela 1). O grupo etário com maior expressão foi o dos 25 a 29 anos (37,5%). Seguiram-se os escalões etários dos 30 a 34 anos com 17,5%; 50 a 59 anos com 13,5% das respostas, dos 35 a 39 anos com 8%, 45 a 49 anos com 7,5%, dos 40 a 44 anos com 7% e, por último, os escalões dos 50 a 54 anos e com mais de 60 anos que constituíram 4,5% dos participantes (Tabela 1). De acordo com a especialidade, verificou-se uma maior participação de profissionais de Medicina Interna, com 18% dos participantes, seguindo-se a Ortopedia (9,5%), Cirurgia Geral (9%), Endocrinologia (8,5%), Nefrologia (7,5%), Reumatologia (7%), Psiquiatria (6,5%), Neurologia (5,5%), Infeciologia (5%), Gastroenterologia (4,5%), Dermatologia e Urologia (ambas com 4% das respostas), Cardiologia e Pneumologia (ambas com 3,5%), Pediatria (2,5%) e, finalmente, Hematologia, com 1,5% de respostas (Tabela 1). Considerando-se o grupo de especialidades médicas *vs.* cirúrgicas, a grande maioria pertencia a especialidades médicas, com 73,5% das respostas, sendo os restantes 26,5% de especialidades

cirúrgicas ou médico-cirúrgicas. Cerca de metade (48,5%) dos médicos participantes eram internos da especialidade. Dentro dos médicos especialistas 10,5% eram especialistas há menos de 5 anos, 9,5% há 5 a 9 anos, 9% há 10 a 19 anos e 22,5% há pelo menos 20 anos, denotando uma população médica envelhecida (Tabela 1). Considerando como referência o último ano de atividade clínica, 50% dos médicos afirmaram ver menos de 10 mulheres em idade fértil por semana; viam entre 10 a 30 mulheres 35,5% dos médicos, mais de 30 mulheres por semana 9,5% e 6% referiram não ter ideia do número de mulheres nesta faixa etária observadas em consulta por semana (Tabela 1).

Atitudes e Prática Clínica

Durante a realização da anamnese de uma mulher em idade fértil, 41,5% dos médicos afirmou questionar sempre ou quase sempre acerca do método contracetivo em uso; 24,5% questionavam frequentemente, 31,5% apenas às vezes e 2,5% dos médicos nunca questionavam (Tabela 2). Na introdução de terapêutica potencialmente teratogénica, 64,5% dos inquiridos perguntava sempre ou quase sempre pelo método contracetivo usado, 16% questionava frequentemente, 14,5% perguntava às vezes e 5% nunca questionava (Tabela 2). Nesta situação, aproximadamente metade dos participantes (48,5%) referenciava a consulta de PF, enquanto 31% realizava um aconselhamento contracetivo individual, prescrevendo um método ou alterando o contracetivo atual; cerca de 13,5% aconselhava apenas “cuidado” e 7% afirmou que este assunto não constituía uma preocupação na sua prática clínica (Tabela 2). Em relação à introdução de terapêutica com risco de interação medicamentosa com o método contracetivo em uso, 43% dos médicos afirmaram referenciar a consulta de PF; um terço dos participantes (32%) realizava aconselhamento contracetivo individual, enquanto 16% aconselhava “cuidado” e 9% afirmava que este assunto não constituía uma preocupação (Tabela 2). Nos casos de doença crónica com contraindicação à gravidez, a grande maioria dos inquiridos (69,5%) referiu referenciar as utentes para consulta de PF; realizavam um aconselhamento contracetivo individual 19,5% dos inquiridos, 7% aconselhava “cuidado” e uma minoria (4,5%) afirmou que este assunto não constituía uma preocupação para si (Tabela 2). De entre os médicos que referenciavam para consulta de PF em caso de introdução de medicação teratogénica, contraindicação à gravidez ou potencial interferência com o método contracetivo elegido pela mulher (n=157), 31,8% referenciava quase sempre ou sempre, 29,3% referenciava frequentemente e 30% apenas às vezes (Tabela 2). Entre os médicos que realizavam apenas um aconselhamento geral sem referenciar à consulta de PF (n=43), a grande maioria (58%) afirmou fazê-lo por conhecimento

Tabela 1: Características gerais.

		n (%)
Género	Feminino	119 (59,5%)
	Masculino	88 (40,5%)
Grupo Etário	[25-29]	75 (37,5%)
	[30-34]	35 (17,5%)
	[35-39]	16 (8,0%)
	[40-44]	14 (7,0%)
	[45-49]	15 (7,5%)
	[50-54]	9 (4,5%)
	[55-59]	27 (13,5%)
	[≥60[	9 (4,5%)
Especialidade	Medicina Interna	36 (18,0%)
	Cirurgia Geral	18 (9,0%)
	Cardiologia	7 (3,5%)
	Psiquiatria	13 (6,5%)
	Neurologia	11 (5,5%)
	Infecciologia	10 (5,0%)
	Ortopedia	19 (9,5%)
	Pneumologia	7 (3,5%)
	Gastroenterologia	9 (4,5%)
	Endocrinologia	17 (8,5%)
	Hematologia	3 (1,5%)
	Reumatologia	14 (7,0%)
	Nefrologia	15 (7,5%)
	Dermatologia	8 (4,0%)
	Pediatria	5 (2,5%)
	Urologia	8 (4,0%)
Situação profissional/Anos de atividade clínica	Interno da especialidade	97 (48,5%)
	Especialista <5 anos	21 (10,5%)
	Especialista 5-9 anos	19 (9,5%)
	Especialista 10-19 anos	18 (9,0%)
	Especialista ≥20 anos	45 (22,5%)
Nº mulheres em idade fértil acompanhadas semanalmente em consulta	<10	100 (50,0%)
	10-30	69 (34,5%)
	≥30	19 (9,5%)
	Não sabe	12 (6,0%)

insuficiente da importância do tema. Nos restantes casos, os participantes referiram a falta de tempo na consulta (4,7%), irrelevância do tema (4,7%), não ser da sua competência falar de contraceção (4,7%) e ainda a falta de resposta efetiva por parte dos serviços de ginecologia/obstetrícia (2.3%) como o principal motivo. Em 25,6% dos casos, os participantes referiram outro motivo para não referenciar à consulta de PF, que por ordem de frequência foi: o desconhecimento da existência da consulta (35,6%), referenciação para o médico de família (29%), não ser necessário proceder a orientação uma vez que as utentes estavam acompanhadas nesta área (10,6%), realização de aconselhamento individual (10,6%), utentes sem necessidade de contraceção (7,1%) e a ausência de prescrição de teratogéneos no seu quotidiano clínico (7,1%) (Tabela 2). Nas situações de doentes com indicação para cirurgia ou imobilização prolongada foram incluídas apenas 165 respostas, uma vez que para alguns médicos estas condições não se enquadravam na sua prática clínica habitual. Nesta amostra, 35% respondeu que não costumava inquirir acerca do tipo de contraceção, enquanto 10% suspendia o contracetivo sempre, 36% suspendia o contracetivo apenas em cirurgias *major* ou imobilizações prolongadas e 19% nunca suspendia o contracetivo (Tabela 2).

Formação e Recursos em Contraceção

Globalmente, 83% dos médicos inquiridos conferia um elevado grau de importância ao aconselhamento contracetivo. Este aconselhamento era indiferente em 9% e 8% referia que este tema tinha uma importância reduzida na sua prática clínica (Tabela 2). Apenas 12,5% dos inquiridos afirmava ter conhecimento dos recursos existentes no CHUC no âmbito do PF. Quase metade (49%) dos médicos desta instituição não tinha qualquer conhecimento da existência da consulta de PF no hospital e 38,5% tinha algum grau de conhecimento (Tabela 2). Na sua prática clínica, a maioria dos médicos (48,5%) considerava não possuir conhecimentos suficientes para a avaliação da contraceção em uso e discussão de alternativas adequadas; um terço (33,5%) afirmava talvez ter conhecimentos suficientes, 12,5% afirmava ter conhecimento suficiente do tema para realizar aconselhamento contracetivo e 5,5% afirmava não saber (Tabela 2). Não obtiveram qualquer formação recente na área da contraceção 95% dos médicos, e apenas 5% referiram algum tipo de formação nesta área (Tabela 2). A grande maioria dos inquiridos (79%) considerava útil a realização de ações de informação e sensibilização sobre contraceção, enquanto 19,5% responderam talvez ser útil e 1,5% que seria indiferente a realização deste tipo de formação. Nenhum inquirido respondeu que este tipo de ações não teria qualquer interesse (Tabela 2).

Tabela 2: Atitudes no aconselhamento contracetivo.

		n (%)
'Questiona sobre método contracetivo durante a anamnese numa doente em idade fértil?'	1. Quase sempre/sempre	83 (41,5%)
	2. Frequentemente	49 (24,5%)
	3. Às vezes	63 (31,5%)
	4. Nunca	5 (2,5%)
'Questiona sobre método contracetivo na introdução de terapêutica teratogénica?'	1. Quase sempre	129 (64,5%)
	2. Frequentemente	32 (16,0%)
	3. Às vezes	29 (14,5%)
	4. Nunca	10 (5,0%)
'Na situação anterior, como procede habitualmente?'	1. Referencia a consulta de PF	97 (48,5%)
	2. Aconselhamento contracetivo sem referenciação	62 (31,0%)
	3. Aconselha "cuidado"	19 (9,5%)
	4. Sem preocupação/referenciação	14 (7,0%)
'Como procede na introdução de terapêutica que pode interferir com a eficácia contracetiva?'	1. Referencia a consulta de PF	86 (43,0%)
	2. Aconselhamento contracetivo sem referenciação	64 (32,0%)
	3. Aconselha "cuidado"	32 (16,0%)
	4. Sem preocupação/referenciação	18 (9,0%)
'Como procede em caso de doença crónica com contraindicação à gravidez?'	1. Referencia a consulta de PF	139 (69,5%)
	2. Aconselhamento contracetivo sem referenciação	39 (19,5%)
	3. Aconselha "cuidado"	14 (7,0%)
	4. Sem preocupação/informa dos riscos	8 (4,0%)
'Em caso de cirurgia/ imobilização prolongada em mulher sob contraceção hormonal combinada, como procede?' (n = 165)	1. Não costumo inquirir sobre contraceção	58 (35,0%)
	2. Suspendo contracetivo sempre	16 (10,0%)
	3. Suspendo em cirurgias major	60 (36,0%)
	4. Nunca suspendo contracetivo	31 (19,0%)
'Grau de importância do aconselhamento contracetivo na mulher com doença crónica?'	1. Elevado	166 (83,0%)
	2. Indiferente	18 (9,0%)
	3. Reduzido	16 (8,0%)

'Tem conhecimento dos recursos existentes no CHUC no âmbito do PF?'	1.	Sim	25 (12,5%)
	2.	Algum	77 (38,5%)
	3.	Não	98 (49,0%)
'Se referencia a consulta de PF, com que frequência o faz?' (n = 157)	1.	Quase sempre/sempre	50 (31,8%)
	2.	Frequentemente	46 (29,3%)
	3.	Às vezes	47 (30,0%)
	4.	Nunca	14 (8,9%)
'Se procede a aconselhamento geral e não referencia, identifique motivo principal.' (n = 43)	1.	Falta de tempo	2 (4,7%)
	2.	Conhecimento insuficiente do tema	25 (58%)
	3.	Irrelevância do tema	2 (4,7%)
	4.	Não é da minha competência o assunto	2 (4,7%)
	5.	Falta de resposta dos serviços de ginecologia	1 (2.3%)
	6.	Outro	11 (25,6%)
'Em caso de outro motivo, identifique qual.' (n = 28)	1.	Referenciação para médico de família	8 (29,0%)
	2.	Aconselhamento individual	3 (10,6%)
	3.	Desconhecimento consulta PF	10 (35,6%)
	4.	Doentes já orientados neste âmbito	3 (10,6%)
	5.	Não prescreve teratogéneos	2 (7,1%)
	6.	Doente sem necessidade contraceção	2 (7,1%)
'Considera que possui conhecimentos suficientes para discutir alternativa contracetiva?'	1.	Sim	25 (12,5%)
	2.	Talvez	67 (33,5%)
	3.	Não	97 (48,5%)
	4.	Não sei	11 (5,5%)
'Frequentou recentemente alguma formação em contraceção?'	1.	Sim	10 (5,0%)
	2.	Não	190 (95,0%)
'Julga útil a realização de ações de informação/ sensibilização sobre contraceção?'	1.	Sim	158 (79%)
	2.	Talvez	39 (19,5%)
	3.	Não	0 (0,0%)
	4.	Indiferente	3 (1,5%)

Avaliação por Grupo Etário, Género, Anos de Prática Clínica e Número de Doentes Acompanhadas por Semana

Os médicos do género feminino questionavam mais frequentemente acerca do método contracetivo usado (p=0,010), realizavam aconselhamento contracetivo individual ou referenciavam para consulta de PF mais vezes (p=0,024) e atribuíam maior importância ao aconselhamento contracetivo na mulher com doença crónica (p=0,003) (Tabela 3). Os médicos mais velhos (mais que 35 anos) questionavam mais vezes sobre contraceção no caso de introdução de terapêuticas potencialmente teratogénicas (p=0,017) e tinham maior conhecimento dos recursos existentes no CHUC no âmbito do PF (p=0,010) (Tabela 3). Os profissionais das especialidades médicas foram os que referiram mais frequentemente questionar acerca do método contracetivo em uso na realização da anamnese de uma doente em idade fértil (p<0,0001), e que mais inquiriam acerca de contraceção no caso de introdução de medicamentos potencialmente teratogénicos (p=0,001). Atribuíam também mais importância ao aconselhamento contracetivo na mulher com doença crónica (p<0,0001), tinham mais conhecimentos acerca dos recursos existentes no CHUC no âmbito do PF (p=0,011), e mais frequentemente consideravam ter conhecimentos suficientes para a avaliação da contraceção em uso e discussão de alternativas adequadas (p=0,002) (Tabela 4). Os médicos com mais de 10 anos de atividade profissional questionavam mais sobre o uso de contraceção na introdução de medicamentos com potencial teratogénico (p=0,042) e apresentavam mais conhecimentos dos recursos existentes na instituição para planeamento da família (p=0,005) (Tabela 4). Não se observaram diferenças significativas relativamente ao número de mulheres em idade fértil acompanhadas por semana (Tabela 5).

Tabela 3: Prática e opinião médica por sexo e idade.

Questionário	Sexo			Idade		
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	*p*	<35 anos n (%)	≥35 anos n (%)	*p*
'Questiona sobre método contracetivo durante a anamnese numa doente em idade fértil?'						
1. Quase sempre/ sempre	57 (47,8%)	26 (32,1%)	**0,010**	40 (36,3%)	43 (47,8%)	0,06
2. Frequentemente	30 (25,1%)	19 (23,4%)		27 (24,4%)	22 (24,4%)	
3. Às vezes	19 (24,3%)	34 (42,0%)		39 (35,4%)	24 (26,7%)	
4. Nunca	3 (2,5%)	2 (2,5%)		4 (3,6%)	1 (1,1%)	
'Questiona sobre método contracetivo na introdução de terapêutica teratogénica?'						
1. Quase sempre/ sempre	79 (66,4%)	50 (61,7%)	0,342	63 (57,3%)	66 (73,3%)	**0,017**
2. Frequentemente	19 (16,0%)	13 (16,0%)		19 (17,3%)	13 (14,4%)	
3. Às vezes	19 (16,0%)	10 (12,4%)		23 (20,9%)	6 (6,7%)	
4. Nunca	2 (1,6%)	8 (9,9%)		5 (4,5%)	5 (5,6%)	
'Como procede na introdução de terapêutica que pode interferir com a eficácia contracetiva?'						
1. Referencia a consulta de PF	54 (45,4%)	32 (39,5%)	0,124	44 (40,0%)	42 (46,7%)	0,734
2. Aconselhamento contracetivo sem referenciação	41 (34,4%)	23 (28,4%)		41 (37,3%)	23 (25,6%)	
3. Aconselha "cuidado"	17 (14,3%)	15 (18,5%)		15 (13,6%)	17 (18,8%)	
4. Sem preocupação/ referenciação	7 (5,9%)	11 (13,6%)		10 (9,1%)	8 (8,9%)	
'Como procede em caso de doença crónica com contraindicação à gravidez?'						
1. Referencia a consulta de PF	89 (74,8%)	50 (61,8%)		73 (66,4%)	66 (73,3%)	
2. Aconselhamento contracetivo sem referenciação	22 (18,5%)	17 (21,0%)	**0,024**	26 (23,6%)	13 (14,4%)	0,407
3. Aconselha "cuidado"	7 (5,9%)	7 (8,6%)		7 (6,4%)	7 (7,9%)	
4. Sem preocupação/ informa dos riscos	1 (0,8%)	7 (8,6%)		4 (3,6%)	4 (4,4%)	

'Em caso de cirurgia/ imobilização prolongada em mulher sob contraceção hormonal combinada, como procede?' (n = 165)						
1. Não costumo inquirir sobre contraceção	30 (30,6%)	28 (41,8%)	0,335	25 (27,4%)	33 (44,5%)	0,057
2. Suspendo sempre o contracetivo	11 (11,3%)	5 (7,5%)		8 (8,8%)	8 (10,9%)	
3. Suspendo em cirurgias major	40 (40,8%)	20 (29,8%)		40 (44,0%)	20 (27,0%)	
4. Nunca suspendo contracetivo	17 (17,3%)	14 (20,9%)		18 (19,8%)	13 (17,6%)	
'Grau de importância do aconselhamento contracetivo na mulher com doença crónica?'						
1. Elevado	106 (89,1%)	59 (72,8%)	**0,003**	87 (79,1%)	79 (87,8%)	0,170
2. Indiferente	10 (8,4%)	9 (11,2%)		16 (14,5%)	2 (2,2%)	
3. Reduzido	3 (2,5%)	13 (16,0%)		7 (6,4%)	9 (10,0%)	
'Tem conhecimento dos recursos existentes no CHUC no âmbito do PF?'						
1. Sim	16 (13,4%)	9 (11,2%)	0,466	9 (8,2%)	16 (17,8%)	**0,010**
2. Algum	41 (34,5%)	36 (44,4%)		39 (35,4%)	38 (42,2%)	
3. Não	62 (52.1%)	36 (44,4%)		62 (56,4%)	36 (40,0%)	
'Considera que possui conhecimentos suficientes para discutir alternativa contracetiva?'						
1. Sim	17 (14,3%)	8 (9,9%)	0,911	11 (10,0%)	14 (15,6%)	0,625
2. Talvez	37 (31,1%)	30 (37,0%)		44 (40,0%)	23 (25,6%)	
3. Não	57 (47,9%)	40 (49,4%)		48 (43,6%)	49 (54,4%)	
4. Não sei	8 (6,7%)	3 (3,7%)		7 (6,4%)	4 (4,4%)	
'Frequentou recentemente alguma formação em contraceção?'						
1. Sim	5 (4,2%)	4 (4,9%)	0,806	3 (2,7%)	6 (6,7%)	0,182
2. Não	114 (95,8%)	77 (95,1%)		107 (97,3%)	84 (93,3%)	
'Julga útil a realização de ações de informação/ sensibilização sobre contraceção?'						
1. Sim	101 (84,9%)	57 (70,4%)	**0,013**	87 (79,1%)	71 (78,9%)	0,993
2. Talvez	17 (14,3%)	22 (27,2%)		21 (19,1)	18 (20,0%)	
3. Não	0 (0,0%)	0 (0,0%)		0 (0,0%)	0 (0,0%)	
4. Indiferente	1 (0,8%)	2 (2,4%)		2 (1,8%)	1 (1,1%)	

Tabela 4: Diferenças na opinião médica por médica *versus* cirúrgica e anos de prática clínica.

Questionário	Especialidade			Anos prática clínica		
	Médica n (%)	Cirúrgica n (%)	*p*	<10 anos n (%)	≥10 anos n (%)	*p*
'Questiona sobre método contracetivo durante a anamnese numa doente em idade fértil?'						
1. Quase sempre/ sempre	77 (52,4%)	6 (11,3%)	**<0,0001**	55 (40,1%)	28 (44,4%)	0,383
2. Frequentemente	34 (23,2%)	15 (28,3%)		33 (24,1%)	16 (25,4%)	
3. Às vezes	33 (22,4%)	30 (56,6%)		44 (32,2%)	19 (30,2%)	
4. Nunca	3 (2,0%)	2 (3,8%)		5 (3,6%)	0 (0,0%)	
'Questiona sobre método contracetivo na introdução de terapêutica teratogénica?'						
1. Quase sempre/ sempre	103 (70,1%)	26 (49,1%)	**0,001**	82 (59,9%)	47 (74,6%)	**0,042**
2. Frequentemente	24 (16,3%)	8 (15,1%)		23 (16,7%)	9 (14,3%)	
3. Às vezes	16 (10,9%)	13 (24,5%)		26 (19,0%)	3 (4,8%)	
4. Nunca	4 (2,7%)	6 (11,3%)		6 (4,4%)	4 (6,3%)	
'Como procede na introdução de terapêutica que pode interferir com a eficácia contracetiva?'						
1. Referencia a consulta de PF	66 (44,9%)	20 (37,7%)	0,051	55 (40,2%)	31 (49,2%)	0,488
2. Aconselhamento contracetivo sem referenciação	52 (35,4%)	12 (22,7%)		48 (35,0%)	16 (25,4%)	
3. Aconselha "cuidado"	19 (12,9%)	13 (24,5%)		23 (16,8%)	9 (14,3%)	
4. Sem preocupação/ referenciação	10 (6,8%)	8 (15,1%)		11 (8,0%)	7 (11,1%)	
'Como procede em caso de doença crónica com contraindicação à gravidez?'						
1. Referencia a consulta de PF	102 (69,4%)	37 (69,8%)	0,537	92 (67,2%)	47 (74,6%)	0,433
2. Aconselhamento contracetivo sem referenciação	35 (23,8%)	4 (7,5%)		32 (22,6%)	8 (12,8%)	
3. Aconselha "cuidado"	7 (4,8%)	7 (13,2%)		10 (7,3%)	4 (6,3%)	
4. Sem preocupação/informa riscos	3 (2,0%)	5 (9,5%)		4 (2,9%)	4 (6,3%)	

'Em caso de cirurgia/ imobilização prolongada em mulher sob contraceção hormonal combinada, como procede?' (n = 165)						
1. Não costumo inquirir sobre contraceção	35 (30,4%)	23 (46,0%)	0,352	41 (34,7%)	17 (36,3%)	0,134
2. Suspendo sempre o contracetivo	14 (12,2%)	2 (4,0%)		11 (9,3%)	5 (10,7%)	
3. Suspendo em cirurgias major	45 (39,1%)	15 (30,0%)		45 (38,2%)	15 (31,9%)	
4. Nunca suspendo contracetivo	21 (18,3%)	10 (20,0%)		21 (17,8%)	10 (21,1%)	
'Grau de importância do aconselhamento contracetivo na mulher com doença crónica?'						
1. Elevado	131 (89,2%)	35 (66,0%)	**<0,0001**	109 (79,6%)	57 (90,5%)	0,069
2. Indiferente	8 (5,4%)	10 (18,9%)		16 (11,6%)	2 (3,2%)	
3. Reduzido	8 (5,4%)	8 (15,1%)		12 (8,8%)	4 (6,3%)	
'Tem conhecimento dos recursos existentes no CHUC no âmbito do PF?'						
1. Sim	21 (14,3%)	4 (7,5%)	**0,011**	10 (7,3%)	15 (23,8%)	**0,005**
2. Algum	62 (42,2%)	15 (28,3%)		53 (38,7%)	24 (38,1%)	
3. Não	64 (43,5%)	34 (64,2%)		74 (54%)	24 (38,1%)	
'Considera que possui conhecimentos suficientes para discutir alternativa contracetiva?'						
1. Sim	24 (16,3%)	1 (1,9%)	**0,002**	16 (11,7%)	9 (14,3%)	0,807
2. Talvez	53 (36,1%)	14 (26,4%)		49 (35,8%)	18 (28,6%)	
3. Não	62 (42,2%)	35 (66,0%)		64 (46,7%)	33 (52,4%)	
4. Não sei	8 (5,4%)	3 (5,7%)		8 (5,8%)	3 (4,7%)	
'Frequentou recentemente alguma formação em contraceção?'						
1. Sim	9 (6,1%)	0 (0,0%)	0,660	5 (3,6%)	4 (6,3%)	0,393
2. Não	138 (93,9%)	53 (100%)		132 (94,4%)	59 (93,7%)	
'Julga útil a realização de ações de informação/ sensibilização sobre contraceção?'						
1. Sim	119 (81,0%)	39 (73,6%)	0,261	109 (79,6%)	49 (77,8%)	0,774
2. Talvez	26 (17,7%)	15 (24,5%)		26 (19,0%)	13 (20,6%)	
3. Não	0 (0,0%)	0 (0,0%)		0 (0,0%)	0 (0,0%)	
4. Indiferente	2 (1,3%)	1 (1,9%)		2 (1,5%)	1 (1,6%)	

Tabela 5: Diferenças na opinião médica por número de doentes em idade fértil por semana.

Questionário	Nº mulheres/semana		*p*
	<10 ou não sabe n (%)	≥10 mulheres n (%)	
'Questiona sobre método contracetivo durante a anamnese numa doente em idade fértil?'			0,414
1. Quase sempre/ sempre	44 (39,3%)	39 (44,3%)	
2. Frequentemente	28 (25,0%)	21 (23,9%)	
3. Às vezes	36 (32,1%)	27 (30,7%)	
4. Nunca	4 (36,0%)	1 (1,1%)	
'Questiona sobre método contracetivo na introdução de terapêutica teratogénica?'			0,209
1. Quase sempre/ sempre	68 (60,7%)	61 (69.4%)	
2. Frequentemente	20 (17,8%)	12 (13,6%)	
3. Às vezes	17 (15,2%)	12 (13,6%)	
4. Nunca	7 (6,3%)	3 (3,4%)	
'Como procede na introdução de terapêutica que pode interferir com a eficácia contracetiva?'			0,935
1. Referencia a consulta de PF	49 (43,8%)	37 (42,0%)	
2. Aconselhamento contracetivo sem referenciação	33 (29,5%)	31 (35,3%)	
3. Aconselha "cuidado"	20 (17,8%)	12 (13,6%)	
4. Sem preocupação/ referenciação	10 (8,9%)	8 (9,1%)	
'Como procede em caso de doença crónica com contraindicação à gravidez?'			0,971
1. Referencia a consulta de PF	78 (69,6%)	61 (69,3%)	
2. Aconselhamento contracetivo sem referenciação	21 (18,8%)	18 (20,5%)	
3. Aconselha "cuidado"	8 (7,1%)	6 (6,8%)	
4. Sem preocupação/ informa dos riscos	5 (4,5%)	3 (3,4%)	
'Em caso de cirurgia/ imobilização prolongada em mulher sob contraceção hormonal combinada, como procede?' (n=165)			0,995
1. Não costumo inquirir sobre contraceção	30 (31,9%)	28 (39,5%)	
2. Suspendo sempre o contracetivo	11 (11,7%)	5 (7,0%)	
3. Suspendo em cirurgias major	39 (41,5%)	21 (29,6%)	
4. Nunca suspendo contracetivo	14 (14,9%)	17 (23,9%)	

'Grau de importância do aconselhamento contracetivo na mulher com doença crónica?'			
1. Elevado	88 (78,6%)	78 (88,7%)	0,560
2. Indiferente	12 (10,7%)	6 (6,8%)	
3. Reduzido	12 (10,7)	4 (4,5%)	
'Tem conhecimento dos recursos existentes no CHUC no âmbito do PF?'			
1. Sim	11 (9,8%)	14 (15,9%)	0,248
2. Algum	43 (38,4%)	34 (38,6%)	
3. Não	58 (51,8%)	40 (45,5%)	
'Considera que possui conhecimentos suficientes para discutir alternativa contracetiva?'			
1. Sim	10 (8,9%)	15 (17,0%)	0,422
2. Talvez	40 (35,7%)	27 (30,7%)	
3. Não	56 (50,0%)	41 (46,6%)	
4. Não sei	6 (5,4%)	5 (5,7%)	
'Frequentou recentemente alguma formação em contraceção?'			
1. Sim	4 (3,6%)	5 (5,7%)	0,476
2. Não	108 (96,4%)	83 (94,3%)	
'Julga útil a realização de ações de informação/ sensibilização sobre contraceção?'			
1. Sim	87 (77,7%)	71 (80,7%)	0,595
2. Talvez	23 (20,5%)	16 (18,2%)	
3. Não	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
4. Indiferente	2 (1,8%)	1 (1,1%)	

DISCUSSÃO

Atitudes e Prática Clínica

Apenas dois terços (66%) da população estudada abordam de forma mais ou menos sistemática (sempre/quase sempre ou frequentemente) o método contracetivo em uso, aumentando este número para 80,5% nas situações de prescrição de terapêutica teratogénica. Nesta situação 79,5% procede a uma orientação (48,5% para consulta de PF e 31% realiza aconselhamento individual) deixando mesmo assim 20,5% das utentes sem orientação específica. Na introdução de medicação com potencial para interferir na eficácia do método contracetivo, 43% dos profissionais afirmou referenciar as doentes e 32% realizar um aconselhamento individual. Nas situações de doença crónica e contraindicação à gestação, 69,5% referenciava as doentes, enquanto apenas 19,5% realizava aconselhamento na sua consulta. Em todas estas situações (prescrição de terapêutica teratogénica, interferência com a contraceção em uso e contraindicação à gravidez), apenas uma minoria aconselhava apenas "cuidado" para não engravidar ou afirmou que a contraceção não constituía uma preocupação (20,5%, 25% e 11%, respetivamente).

Considerando o estudo realizado em 2010, após o qual foi otimizado o acesso à consulta de PF e divulgados critérios de referenciação intra-hospitalar específicos, parece haver uma maior taxa de referenciação nos casos de contraindicação à gravidez (aumentou de 40,8% para 69,5%)[18].

Formação e Recursos em Contraceção

A maioria (83%) dos inquiridos atribuiu um grau elevado de importância ao aconselhamento contracetivo na mulher com doença crónica. Apenas 5% referiu ter frequentado recentemente alguma formação nesta área e somente 12,5% afirmou ter conhecimento dos recursos existentes no centro hospitalar no âmbito da contraceção, enquanto no estudo anterior 10,5% dos participantes afirmaram ter participado nalgum tipo de formação e 21,0% tinha conhecimento dos recursos intra-hospitalares existentes[18].

No presente estudo apenas 12,5% dos médicos referia possuir conhecimentos suficientes para conseguir avaliar e discutir opções contracetivas adequadas, e 79% julgava útil a participação em ações de informação e sensibilização sobre contraceção. Estes dados vão de acordo ao encontrado na literatura e ao estudo previamente realizado (em que 64,6% considerava este tipo de formação útil para a sua prática clínica)[18.] Existe um elevado grau de preocupação relativamente ao tópico da contraceção mas há um défice de conhecimentos neste âmbito, seja pela falta de abordagem deste tema durante o ensino médico pré-graduado, seja pela pouca

frequência de ações de informação[2,5,11]. Tal como descrito em trabalhos anteriores, as causas referidas como mais comuns para esta falta de conhecimentos ou de abordagem sistemática em consulta prendem-se com a falta de tempo de consulta, a prioridade de outros assuntos em relação à contraceção e o não conhecimento dos recursos em PF existentes na instituição de trabalho[2,6,11].

Avaliação por Grupo Etário, Género, Anos de Prática Clínica e Número de Doentes Acompanhadas por Semana

Quando comparados os resultados entre médicos do sexo feminino e masculino observamos que as mulheres questionaram mais frequentemente sobre o método contracetivo em uso, e que esta diferença era estatisticamente significativa (p=0,010). Também se observaram diferenças significativas em relação às atitudes em doentes com patologia que contraindica a gestação, sendo que 74,8% dos médicos do sexo feminino referenciava a consulta de PF enquanto os do sexo masculino referenciavam apenas em 61,8% dos casos; de entre os profissionais do sexo masculino, 8,6% referiam que o aconselhamento nestas situações não constituía uma preocupação, enquanto apenas 0,8% das mulheres eram desta opinião. No grau de importância atribuído ao aconselhamento contracetivo, 89,1% das médicas referiu uma importância elevada enquanto apenas 71,6% dos médicos concorda com esta perspetiva; os médicos atribuíam um grau de importância reduzido a este tipo de aconselhamento com maior frequência que as médicas (16% e 2,5%, respetivamente). Quanto à participação em sessões de informação sobre contraceção, a maioria dos inquiridos considerou-a útil (84,9% das médicas e 70,4% dos médicos). Estes resultados vão de encontro ao já descrito noutras publicações, assim como no estudo realizado previamente na mesma instituição, onde se observa comumente uma maior preocupação e sensibilidade por parte dos médicos do sexo feminino na abordagem da contraceção na mulher em idade fértil[2,6,10,18]. Uma explicação pode também estar relacionada com uma maior proximidade e confiança na abordagem de questões de saúde feminina face a um profissional do mesmo género, por oposição aos do sexo oposto.

Os médicos com mais de 35 anos avaliavam de forma mais consistente o método contracetivo em uso (87,7%), enquanto apenas 74,6% dos médicos mais jovens o faziam. Relativamente ao conhecimento dos recursos existentes no CHUC no âmbito do PF também se observaram diferenças, com 56,4% dos médicos com idade inferior a 35 anos a desconhecerem por completo esta consulta por oposição a 40% no grupo dos profissionais com mais de 35 anos. Os nossos resultados foram concordantes com a literatura publicada, em que se verificou também que quando comparados os

médicos internos de especialidade com médicos especialistas, parece haver uma tendência para que os médicos especialistas questionem mais sobre contraceção por rotina e apresentem mais conhecimentos acerca dos recursos existentes. Estes achados podem dever-se ao facto de, na maioria dos casos, os médicos mais velhos trabalharem há mais tempo na instituição de saúde e conhecerem melhor os recursos disponíveis[5,6,11]. Por outro lado, num menor número de estudos (incluindo o previamente realizado nesta instituição) encontra-se descrito que são os médicos mais jovens quem mais aborda estas temáticas, o que estaria provavelmente relacionado com a proximidade temporal à abordagem destas matérias em ensino pré-graduado[9,18].

Foi na comparação das respostas dos participantes de especialidades médicas e cirúrgicas que se obtiveram o maior número de diferenças com significado estatístico. Os profissionais de especialidades médicas questionam de forma mais consistente o método contracetivo em uso na sua prática clínica (52,4% de médicos de especialidade médicas *vs.* 11,3% das especialidade cirúrgicas); avaliam mais frequentemente acerca do método anticoncecional na introdução de terapêuticas potencialmente teratogénicas, com 70,1% dos colegas a responder que questiona sempre ou quase sempre para 49,1% dos médicos de especialidades cirúrgicas. Também são os profissionais de saúde de especialidades médicas que com mais frequência qualificam como elevada a importância atribuída ao aconselhamento contracetivo (89,1%) para apenas 66% de médicos de especialidades cirúrgicas. Os profissionais de especialidades cirúrgicas têm significativamente menos conhecimento dos recursos no âmbito do PF no seu local de trabalho (7,5%) em relação aos de especialidades médicas (14,3%). Por fim, são os cirurgiões quem menos possui conhecimentos relativamente a contraceção para discutir alternativas com as suas utentes (1,9%) em relação a 16,3% de profissionais de especialidades médicas que afirma ter esta capacidade. De referir ainda que ambas as classes médicas afirmaram, de forma semelhante, não ter frequentado recentemente qualquer ação de informação sobre contraceção (93,9% *vs.* 100%, p=0,66), embora na sua maioria ambas considerassem útil a participação em sessões de formação neste tema (81% e 73,6%). Encontra-se pouca informação na literatura comparando as especialidades médicas e cirúrgicas, uma vez que na maioria dos casos os estudos são feitos em especialistas ou internos de especialidades médicas, com mais frequência entre internistas e médicos de medicina geral e familiar. Contudo as diferenças encontradas no nosso estudo parecem-nos importantes, uma vez que nas especialidades médicas é observado um maior número de doentes em consulta, com maior periodicidade, e por um período de tempo em geral mais longo – permitindo, em alguma altura do

acompanhamento, a abordagem ao tema da contraceção e discussão de alternativas caso surjam obstáculos. Além disso, são estas especialidades que mais frequentemente introduzem novas terapêuticas, algumas potencialmente teratogénicas. Na questão mais orientada para as especialidades cirúrgicas ('Em caso de cirurgia ou imobilização prolongada numa doente sobre contraceção hormonal combinada, como costuma proceder?') não existiu uma diferença estatisticamente significativa em relação às respostas dadas pelas especialidades médicas: 39,1% dos profissionais de especialidades médicas suspendem o contracetivo nestas situações por oposição a 30% nas especialidades cirúrgicas[19].

Quando analisada a amostra pelos anos de prática clínica (menos de 10 anos de prática e 10 anos ou mais), obtiveram-se também duas variáveis com significado estatístico. A primeira demonstra que médicos com mais tempo de prática clínica questionam mais consistentemente acerca de contraceção no momento de iniciar terapêuticas potencialmente teratogénicas (88,9%) em comparação com os médicos com menos experiência clínica (76,7%). Observou-se também que 23,8% dos médicos com mais de 10 anos de prática clínica tinham conhecimento dos recursos existentes no âmbito do PF, enquanto apenas 7,3% dos médicos com menos de 10 anos de prática os conheciam, o que pode estar relacionado com a divulgação dos recursos existentes no hospital aquando do estudo anterior.

Na comparação relativa ao número de doentes em idade fértil acompanhadas por semana (<10 mulheres *vs.* 10 ou mais mulheres/semana), não foi encontrada nenhuma diferença significativa nas variáveis estudadas.

Pontos Fortes e Limitações

Neste trabalho obtiveram-se respostas voluntárias de uma amostra representativa, tendo respondido ao questionário tanto internos como especialistas, homens e mulheres e médicos de especialidades médicas e cirúrgicas, aproximando a amostra daquilo que é a população de médicos do centro hospitalar. Este estudo, realizado num hospital terciário com idoneidade para a formação de jovens médicos, permite-nos reconhecer que lacunas e necessidades em termos de treino e sensibilização no âmbito da contraceção continuam presentes.

O estudo apresenta também algumas limitações: o tamanho da amostra relativamente ao total de médicos em exercício no hospital poderá condicionar os resultados e não ser representativo da população médica global. Mais estudos semelhantes devem ser realizados por forma a validar os resultados obtidos. A participação foi voluntária o que poderá também condicionar os achados, favorecendo as respostas mais afirmativas da importância do tema da contraceção. Finalmente, o estudo foi realizado num único

hospital onde todos os recursos estão presentes, pelo que a sua extrapolação para o panorama nacional deve ser criteriosa.

CONCLUSÕES

Existe preocupação médica na prevenção de uma gravidez não planeada em mulheres com doenças crónicas e/ou sob terapêutica potencialmente teratogénica. Contudo, é ainda baixa a percentagem de profissionais de saúde que por rotina questiona acerca da utilização de métodos contracetivos em uso ou orienta as doentes para um aconselhamento individualizado e efetivo. O número de utentes atendidas em média não foi determinante para uma melhor resposta neste âmbito.

É fundamental fomentar a sensibilização transversal da comunidade médica para a importância da saúde sexual e reprodutiva, de modo a contribuir para reduzir os riscos associados a uma gravidez não desejada bem como os riscos de uma gravidez não planeada nesta população com morbilidade e frequentemente polimedicada.

REFERÊNCIAS

1. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. Studies in Family Planning; 2014. 45(3), 301-314
2. Dirksen R, Shulman B, Teal S, Huebschmann A. Contraceptive Counseling by General Internal Medicine Faculty and Residents. Journal of Women's Health; 2014. 23; 8:707-713
3. Jones RK, Kooistra K. Abortion incidence and access to services in the United States, 2008. Perspect Sex Reprod Health, 2011; 43:41-50
4. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. Perspect Sex Reprod Health 2006;38:90-96
5. Lee J, Parisi SM, Akers AY, Borrero S,et al. The impact of contraceptive counseling in primary care on contraceptive use. J Gen Intern Med 2011;26:731-736
6. Lohr PA, Schwarz EB, Gladstein JE, Nelson AL. Provision of contraceptive counseling by internal medicine residents. Journal of Women's Health 2009; 18:127-130
7. Scholle SH, Chang JC, Harman J, McNeil M. Trends in women's health services by type of physician seen. Women's Health Issue. 2002;12:165-177
8. Kost K, Singh S, Vaughn B, et al. Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth. Contraception 2008;77:10-21
9. Schwarz EB, Maselli J, Norton M, Gonzales R. Prescription of teratogenic medications in United States ambulatory practices. 2005. The American Journal of Medicine. 2005;118:1240-1249
10. Andrade SE, Gurwitz JH, Davis RL, et al. Prescription drug use in pregnancy. American Journal of Obstetrics and gynecology. 2004;191:398-407
11. Eisenberg DL, Stika C, Desai A, Baker D, et al. Providing contraception for women taking potentially teratogenic medications: a survey of internal medicine physicians' knowledge, attitudes and barriers. 2009. Journal of General Internal Medicine. 2010; 25(4):291-297
12. Petrini J, Damus K, Russel R, Poschman K, et al. Contribution of birth defects to infant mortality in the United States. Teratology. 2002;66:S3-6
13. Yoon PW, Olney RS, Khoury MJ, Sappenfield WM, et al. Contribution of birth defects and genetic diseases to pediatric hospitalizations. A population based study. Archive Pediatric Adolescent Medicine. 1997;151:1096-103
14. Schwartz EB, Postlethwaite DA, Hung YY, Armstrong MA. Documentation of contraception and pregnancy when prescribing potentially teratogenic

medications for reproductive age women. 2007. Ann Intern Med, 2007;147:370-376

15. Isaacs JN, Creinin MD. Miscommunication between health care providers and patients may result in unplanned pregnancies. Contraception 2003;68:373-376
16. Lohr P, Schwarz EB, Gladstein JE, Nelson AL. Provision of contraceptive counseling by internal medicine residents. Journal of women's health. 2009;18:127-131
17. Leeman L. Medical barriers to effective contraception. Obstetric and Gynecology Clin N Am. 2007;34:19-29
18. Ramos VN, Rodrigues A, Sousa S, Bombas T, et al. Avaliação da sensibilidade médica para o risco de gravidez não planeada [Internet]. Coimbra: Repositório Institucional do CHUC; 2010 [citado a 29 Maio 2017]. Disponível em: http://hdl.handle.net/10400.4/1951
19. WHO, Department of Reproductive Health and Research. Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. Fifth edition. Genebra: World Health Organization; Agosto 2015 [citado a 29 Maio 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf?ua=1

ANEXO I: Inquérito administrado

Sensibilidade Médica para o Aconselhamento Contracetivo

Caraterização da população:

1) Sexo: ___ Feminino
___ Masculino

2) Idade: ___ 25-29 anos
___ 30-34 anos
___ 35-39 anos
___ 40-44 anos
___ 45-49 anos
___ 50-54 anos
___ 55-59 anos
___ ≥ 60 anos

3) Especialidade:
___ Medicina Interna
___ Cirurgia Geral
___ Cardiologia
___ Psiquiatria
___ Neurologia
___ Infeciologia
___ Ortopedia
___ Pneumologia
___ Gastroenterologia
___ Endocrinologia
___ Hematologia
___ Reumatologia
___ Nefrologia
___ Dermatologia

4) Anos de Prática Clínica:
___ Interno da especialidade
Ano de internato: ____
___ Especialista há < 5 anos
___ Especialista há 5-9 anos
___ Especialista há 10-19 anos
___ Especialista há ≥ 20 anos

Tendo em conta o último ano de actividade clínica, escolha a resposta mais de acordo com a sua prática:

5) Quantas mulheres em idade fértil acompanha, em média, por semana:
___ <10
___ 10-30
___ >30
___ Não sei

6) Durante a realização da anamnese numa doente em idade fértil questiona sobre o método contracetivo em uso?

___ Quase sempre/Sempre
___ Frequentemente
___ Às vezes
___ Nunca

7) Na introdução de terapêuticas potencialmente teratogénicas questiona sobre o uso de contracepção?

___ Quase sempre/Sempre
___ Frequentemente
___ Às vezes
___ Nunca

7.1) Na situação anterior, como procede habitualmente:

___ Referencia a Consulta de Planeamento Familiar (PF)
___ Realiza um aconselhamento contracetivo individual, prescrevendo um método/outro método
___ Aconselha "cuidado"
___ Este assunto não constitui uma preocupação

8) Na introdução de terapêutica que potencialmente interfere com a eficácia do método contracetivo em uso, como procede?

___ Referencia a Consulta de PF
___ Realiza um aconselhamento contracetivo individual, prescrevendo outro método
___ Aconselha "cuidado"
___ Este assunto não constitui uma preocupação

9) Como procede no caso de doença crónica com contraindicação à gravidez?

___ Referencia a Consulta de PF
___ Realiza um aconselhamento contracetivo individual
___ Aconselha "cuidado"
___ Este assunto não constitui uma preocupação para si e informa a utente dos riscos

10) Em caso de cirurgia ou imobilização prolongada numa doente sobre contracepção hormonal combinada (pilula/anel/selo), como costuma proceder:

___ Não costumo inquirir sobre o tipo de contraceção
___ Suspendo o contraceptivo sempre
___ Suspendo o contraceptivo em cirurgias major ou imobilizações prolongadas
___ Nunca suspendo o contraceptivo

11) Que grau de importância atribui ao aconselhamento contracetivo na mulher com doença crónica?

___ Elevado
___ Indiferente
___ Reduzido

12) Tem conhecimento dos recursos existentes no CHUC no âmbito do PF?

___ Sim
___ Algum
___ Não

13) Se referencia para a consulta de PF (em caso de introdução de novas terapêuticas, prescrição de medicamentos potencialmente de teratogéneos, contraindicação à gravidez ou não desejo atual de gravidez)**, com que frequência o faz?**

___ Quase sempre/Sempre
___ Frequentemente
___ Às vezes
___ Nunca

14) Se procede apenas a um aconselhamento geral e não faz referenciação à consulta de PF, indique o principal motivo:

___ Falta de tempo
___ Conhecimento insuficiente do tema
___ Irrelevância do tema
___ Não é da minha competência falar de contraceção
___ Falta de resposta efetiva dos Serviços de Ginecologia/Obstetrícia
___ Outra: _____

15) Nas situações clínicas mais frequentes, considera que possui conhecimentos suficientes para a avaliação da contraceção em uso e discussão de alternativas adequadas?

___ Sim
___ Talvez
___ Não
___ Não sei

16) Frequentou recentemente alguma formação sobre contraceção?

___ Sim
___ Não

17) Julga útil a realização de ações de informação/sensibilização sobre contraceção?

___ Sim
___ Talvez
___ Não
___ Indiferente