

Assunto: Interrupção Medicamentosa da Gravidez

Nº: 9/SR
DATA: 21/06/07

Para: Todos os estabelecimentos de saúde

Contacto na DGS: Dra. Beatriz Pieroni Calado

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

A remoção de barreiras desnecessárias à prestação deste tipo de cuidados pode resultar em consideráveis ganhos em saúde pública e evitar os custos, frequentemente elevados, do tratamento das complicações do aborto clandestino.

A correcta preparação dos profissionais de saúde, apoiada em orientações técnicas internacionalmente reconhecidas, assim como a disponibilidade de equipamento e outros meios adequados, são também requisitos indispensáveis para a salvaguarda da saúde das mulheres.

Neste contexto, a Direcção-Geral da Saúde, no âmbito das suas competências, emite estas Orientações Técnicas sobre os procedimentos a adoptar para a interrupção da gravidez utilizando medicação específica.

INTRODUÇÃO

Os métodos não cirúrgicos de interrupção da gravidez têm provado ser seguros e eficazes⁽¹⁾, com resultados equivalentes aos dos métodos cirúrgicos.

O procedimento mais praticado em todo o mundo e recomendado pela Organização Mundial da Saúde utiliza a associação de *mifepristone* e *misoprostol*, cujo efeito é sobreponível ao de um aborto espontâneo.

O *mifepristone* liga-se aos receptores da progesterona inibindo a sua acção, com consequente interferência no prosseguimento da gravidez. O *misoprostol*, análogo sintético da prostaglandina, administrado 36/48 horas mais tarde, potencia as contracções uterinas e contribui para expulsar o produto de concepção.

A associação dos dois medicamentos tem mostrado ser altamente eficaz, segura e bem tolerada para a interrupção da gravidez até às 9 semanas⁽²⁾, com uma taxa de eficácia que atinge os 98%⁽³⁾. Apenas 2 a 5% das mulheres tratadas com o regime *mifepristone/misoprostol* requerem um procedimento cirúrgico posterior para completar o esvaziamento uterino ou para controlar a hemorragia⁽⁴⁾.

Este regime terapêutico está contra-indicado na gravidez ectópica. Se houver suspeição deste diagnóstico, é obrigatório o esclarecimento da situação e o tratamento adequado⁽⁵⁾.

O *misoprostol* também tem sido estudado em termos de eficácia e segurança quando administrado em esquema único. Embora não haja estudos comparativos, os dados disponíveis sugerem que, quando administrado isoladamente, o *misoprostol* tem menor eficácia, o procedimento dura mais tempo e é mais doloroso, com mais queixas gastrointestinais e mais efeitos acessórios do que o regime combinado⁽⁶⁾. Devido à disponibilidade da droga, o seu baixo custo e utilização

generalizada, estão em curso investigações com o objectivo de desenvolver um regime com *misoprostol* como droga única⁽⁷⁾, sendo a maior preocupação a possível teratogenicidade do medicamento no caso da continuação imprevista da gravidez⁽⁸⁾.

Os estudos quanto à aceitabilidade do regime *mifepristone/misoprostol* têm demonstrado que se a mulher estiver esclarecida e com expectativas realistas em relação aos procedimentos utilizados, terá um grau maior de satisfação, no final⁽⁹⁾. Para tal, é necessário que seja fornecida informação completa sobre o que esperar do método e os seus possíveis efeitos acessórios, devendo, por outro lado, ficar assegurado que a mulher compreendeu a importância de cumprir o protocolo estabelecido, será capaz de reconhecer as complicações e saberá como agir nessas circunstâncias.

No caso de insucesso da indução médica, ou de o aborto ser incompleto, será indispensável abordagem cirúrgica, pelo que todos os locais onde aquele método seja disponibilizado devem ter a capacidade de intervir cirurgicamente quando necessário, ou a possibilidade de encaminhar para outra instituição com a qual tenham protocolo estabelecido.

PRÉ-REQUISITOS PARA UTILIZAÇÃO DO REGIME MIFEPRISTONE/MISOPROSTOL

* Gravidez intra-uterina < 63 dias (9 sem.) confirmada por ecografia

* Aceitação do método pela mulher

* Acesso fácil ao hospital (máximo 1 hora)

* Ausência das seguintes contra-indicações:

- anemia grave, coagulopatia ou tratamento anti-coagulante
- porfíria
- asma severa não controlada
- arritmias e outras patologias do foro cardiovascular
- alergia a um dos fármacos utilizados
- gravidez com DIU intra-cavitário
- insuficiência supra-renal ou tratamento com glucocorticoides
- situações de insuficiência hepática ou renal, diabetes com vasculopatia, hábitos tabágicos acentuados em idades superiores a 35 anos, doença inflamatória aguda do intestino, devem ser avaliadas individualmente.

VANTAGENS E DESVANTAGENS DO REGIME MIFEPRISTONE/MISOPROSTOL

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

No entanto, pode exigir mais consultas, ocasionar um período de hemorragia maior e mais dores que o método cirúrgico, e gerar ansiedade sobre a sua eficácia.

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

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

REGIME TERAPÊUTICO ATÉ ÀS 9 SEMANAS COMPLETAS DE GESTAÇÃO

O processo de indução da interrupção da gravidez inicia-se com a administração de *mifepristone* na dose, recomendada actualmente, de *1 comprimido/200 mg por via oral*.

Após 36/48 horas, será administrada a *prostaglandina*, sendo o *misoprostol* a substância de eleição na maioria dos países⁽¹⁰⁾. A toma oral de *2 comprimidos/400 µg de misoprostol* é eficaz até às 7 semanas de gravidez⁽¹¹⁾. Quando se trata de gravidezes entre as 7 e 9 semanas, recomenda-se *4 comprimidos/800 µg de misoprostol*, por via oral ou vaginal⁽¹²⁾ ou, a utilização, por esta via, de *1,0 mg de gemeprost*, sendo que este último é consideravelmente mais dispendioso e necessita de refrigeração.

A maioria dos protocolos requer que estes produtos sejam tomados sob vigilância clínica, sendo necessário agendar uma segunda consulta, 36/48 horas depois da administração do *mifepristone*, para ser fornecida a *prostaglandina*.

Logo após a toma do *mifepristone*, a mulher pode ausentar-se do local de consulta, mas nunca sem antes se verificar que está ciente de que vai sangrar (e eventualmente expulsar o produto de concepção), sabe como reconhecer as complicações e quem deve contactar se tal ocorrer.

Após a administração da *prostaglandina*, na segunda consulta, o período de observação é de 4-6 horas, o que poderá ser feito no estabelecimento de saúde. Neste espaço de tempo, 90% das mulheres expulsam o produto de concepção. Para as restantes, que não vão expulsar naquele intervalo, deverá ser agendada nova consulta dentro de duas semanas, para confirmação de que o aborto se efectivou.

Quando se optar pela saída da mulher logo após a toma do *misoprostol*, deverá ficar **sempre** agendada uma consulta posterior, duas semanas depois, para confirmar a eliminação completa do conteúdo uterino.

A decisão de permitir, ou não, que a mulher se ausente do estabelecimento de saúde deve ter em conta não só as disponibilidades da instituição, mas também, o perfil da mulher, a distância até o local de residência e as facilidades de transporte de que dispõe.

A profilaxia da infecção pós-interrupção da gravidez tem sido utilizada em muitos países, na sequência dos 4 casos publicados pelo FDA de *sepsis* pós-aborto, atribuídos a *Clostridium sordellii*, embora não haja evidência de relação directa com os medicamentos utilizados⁽¹³⁾. Caso se entenda necessário, poderá ser utilizada a dose de *1 g de azithromicina via oral* em simultâneo com a toma do *mifepristone*.

Em todas as situações deverá ser identificado o grupo sanguíneo da mulher e, se adequado, administrada a imunoglobulina anti-D, no dia da toma do mifepristone, caso a gravidez seja superior a 6 semanas.

Nota: A Agência Europeia do Medicamento (EMA) admite a utilização do *misoprostol*, na interrupção da gravidez, apenas por via oral. No entanto, a evidência científica demonstra menos efeitos colaterais e maior eficácia, nesta e em outras situações obstétricas, quando o produto é utilizado por via vaginal, sendo esta a via de administração proposta pela Organização Mundial da Saúde para as interrupções de gestações com mais de 7 semanas. Neste contexto, a utilização da via vaginal fica ao critério do médico prescriptor.

EFEITOS DA ADMINISTRAÇÃO MIFEPRISTONE/MISOPROSTOL

Em consequência da medicação, a mulher apresentará a mesma sintomatologia de um aborto espontâneo: dor pélvica mais ou menos intensa e perda hemática tipo menstrual que pode ser prolongada por 9 dias, ou até 45 dias em casos mais raros⁽¹⁴⁾. Está indicada a prescrição simultânea de um analgésico.

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

COMPLICAÇÕES DA INTERRUPÇÃO COM O REGIME MIFEPRISTONE/MISOPROSTOL

Nas condições de segurança enumeradas e com pessoal treinado, as complicações do método são raras. Cerca de 2 a 5% das mulheres vão necessitar de uma intervenção posterior para resolver situações de aborto incompleto, de falha do método ou para controlar a hemorragia.

As sequelas a longo prazo são muito raras e apenas verificadas associadas a complicações graves ou, nos casos relacionados com o foro psíquico, como continuação de situações pré-existentes⁽¹⁵⁾.

CONTRACEPÇÃO APÓS A INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ

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

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

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

A contracepção hormonal, oral, injectável ou o implante podem ser iniciados no próprio dia da toma do *misoprostol*. Não tendo havido complicações, o DIU pode ser colocado na consulta de controlo.

PROCEDIMENTOS PARA A UTILIZAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO MIFEPRISTONE/MISOPROSTOL NA INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ ATÉ AS 9 SEMANAS DE GESTAÇÃO

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

1. CONSULTA PRÉVIA

O protocolo *mifepristone/misoprostol* acima referido está indicado para utilização até às 9 semanas de gestação, uma vez que a sua eficácia diminui com o aumento da idade gestacional.

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

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

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

- *Atestado médico* que certifica tratar-se de gravidez até 10 semanas (modelo normalizado)
- Impresso para o *Consentimento livre e esclarecido* (modelo normalizado)
- *Guia informativo sobre a interrupção da gravidez*
- *Folheto* com as informações relativas ao método e à forma de actuar caso surjam complicações
- Indicação da data e local para a administração do *mifepristone*
- Informação sobre onde e como obter, durante o período de reflexão, apoio de psicólogo ou assistente social se assim o desejar
- Imunoglobulina anti-D, se adequado.

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

2. PERÍODO DE REFLEXÃO

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

3. CONSULTA PARA ADMINISTRAÇÃO DO MIFEPRISTONE

- A mulher entrega o impresso assinado do consentimento livre e esclarecido que deve ser arquivado no processo clínico
- Depois de se informar adequadamente a utente sobre o que é esperado ocorrer nas próximas horas, é administrado o *mifepristone*

- É agendada a consulta seguinte para uma data entre 36/48 horas, depois.

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

4. CONSULTA PARA A ADMINISTRAÇÃO DA PROSTAGLANDINA

Após a administração da *prostaglandina*, a mulher poderá aguardar no local, 4-6 horas, até à expulsão do produto de concepção, ou regressar ao domicílio. Essa decisão deve ter em conta não só as disponibilidades da instituição, mas também as características da mulher, a distância a que reside e as facilidades de transporte de que dispõe.

No caso da mulher regressar de imediato ao domicílio:

- confirmar que ela ainda dispõe do folheto com as informações sobre o método e está consciente do que é esperado ocorrer nas próximas horas
- fornecer um método contraceptivo com indicação precisa sobre o início e forma de utilização e efeitos colaterais. O implante, o depo-provera ou a pílula podem ser iniciados no próprio dia
- marcação de consulta de controlo para as próximas duas ou três semanas.

5. CONSULTA DE CONTROLO

Para as mulheres que regressam a casa logo após a toma da *prostaglandina* e para as restantes que, permanecendo no estabelecimento de saúde, não expulsam nas primeiras 6 horas, deverá ser agendada nova consulta, no sentido de assegurar que o método foi eficaz e não há necessidade de intervenção complementar.

Deve ser marcada consulta de saúde reprodutiva/planeamento familiar no hospital ou no centro de saúde de acordo com o protocolo instituído.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

No momento actual o *mifepristone* não está comercializado em Portugal e a sua importação só pode ser feita para utilização hospitalar, podendo ser adquirido para os serviços por proposta do respectivo director. Neste contexto, os serviços de ginecologia/obstetrícia devem organizar-se e estabelecer regras claras de procedimentos de forma a facilitar o acesso e assegurar o atendimento atempado das mulheres que solicitam a interrupção da gravidez ao abrigo da legislação.

Poderão ser estabelecidos protocolos de articulação com os centros de saúde, através das Unidades Coordenadoras Funcionais, que garantam a colaboração estreita entre os profissionais dos dois níveis de cuidados nas diferentes etapas da aplicação, em tempo útil, do método *mifepristone/misoprostol*. Neste caso, o serviço hospitalar é responsável por assegurar a formação adequada dos profissionais dos centros de saúde.

Recomenda-se que os serviços mantenham uma monitorização dos casos em que utilizaram o método medicamentoso e nos quais ocorreram complicações, indicando, para cada situação, o tipo de ocorrência (hemorragia, aborto incompleto ou outra). Estes dados deverão ser avaliados semestralmente.

Aconselha-se a consulta da Circular Normativa sobre “Organização dos Serviços para implementação da Lei 16/2007 de 17 de Abril” divulgada nesta mesma data.

Nota: Esta Orientação Técnica será revista no prazo máximo de 1 ano.

O Director-Geral da Saúde



Francisco George

Anexos: “Esquema de Regime Terapêutico” e “Informação à Utente”

Referência Bibliográficas

- (1) Ashok PW et al, 1998a. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction* 13:2962-2965. Schaff EA et al, 1999. Low-dose mifepristone 200mg and vaginal misoprostol for abortion. *Contraception* 59:1-6. Spitz IM et al, 1998. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *New England Journal of Medicine* 338:1241-1173. Trussell J et al, 1999. Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception* 60:119-135
- (2) RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2000. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline nº 7. London, RCOG Press
- (3) Trussell J et al, 1999. Estimating the efficacy of medical abortion. *Contraception* 60:119-135
- (4) World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation, 2000. Comparison of two doses of mifepristone for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107:524-530
- (5) World Health Organization, 2000a. Managing the complications of pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.7)
- (6) Bugalho et al, 2000. Termination of pregnancies <6 weeks gestation with a single dose of 800 µg of vaginal misoprostol. *Contraception* 61:47-50
- (7) Blanchard et al, 2000. Misoprostol alone: a new method of medical abortion? *Journal of the American Medical Women’s Association* 55:189-190

- (8) Fonseca et al, 1991. Misoprostol and congenital malformations. *Lancet* 338:56.
Gonzalez et al, 1998. Congenital abnormalities in Brazilian children associated with misoprostol misuse in first trimester of pregnancy. *Lancet* 351:1624-1627.
Schonhofer PS, 1991. Brazil: misuse of misoprostol as an abortifacient may induce malformations. *Lancet*: 337:1534-1535.
Oriolli IM and Castilla EE, 2000. Epidemiological assessment of misoprostol teratogenicity. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107:519-523
- (9) Breitbart V, 2000. Counseling for medical abortion. *American Journal for Obstetrics and Gynaecology* 183 (Suppl 2):S26-S33
- (10) RCOG - Royal College of Obstetrics and Gynaecologists, 2000. The care of women requesting induced abortion. Evidence based guideline n° 7. London, RCOG Press
- (11) World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation, 2000. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107:524-530
- (12) El-Refaey H et al, 1995. Induction of abortion with mifepristone (RU 486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine* 332:983-987
- (13) Creinin MD et al, 1999. Medical abortion in early pregnancy. In Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes D and Stubblefield PG (eds). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York, Churchill Livingstone, pp.91-106
- (14) Dagg PKB, 1991. The psychological sequelae of therapeutic abortion – denied and completed. *American Journal of Psychiatry* 148:578-585



Regime Terapêutico mifepristone/prostaglandina

Consulta Prévia

Informação à grávida
Datação da gravidez e Atestado médico
Grupo sanguíneo
Aconselhamento contraceptivo
Entrega à grávida do Consentimento livre e esclarecido

Período de reflexão
3 dias

Deverá ser garantida a
disponibilidade de apoio
psicológico e social

Regime terapêutico

Até 7 semanas de gravidez

7 – 9 semanas de gravidez

1.º dia

Mifepristone 200 mg (1 cp.) – oral
+
Azitromicina 1,0 g (2 cp.) – oral

36 / 48 horas

Misoprostol 400 µg (2 cp.) – oral
+
Analgésico (se necessário)

Se > 6 semanas

Administração de Imunoglobulina
Anti-D (300 µg), se Rh-

1.º dia

Mifepristone 200 mg (1 cp.) – oral
+
Azitromicina 1,0 g (2 cp.) – oral

36 / 48 horas

Misoprostol 800 µg (4 cp.) – vaginal ou oral
ou
Gemeprost 1,0 mg – vaginal
+
Analgésico (se necessário)

Administração de Imunoglobulina
Anti-D (300 µg), se Rh-

Consulta de Follow-up

2 – 3 semanas

Confirmação da eficácia do método
Verificação da contracepção
Marcação da consulta de Planeamento Familiar



INTERRUPÇÃO MEDICAMENTOSA DA GRAVIDEZ INFORMAÇÃO À UTENTE

SE PENSA SOLICITAR A INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ UTILIZANDO MEDICAMENTOS, PARA QUE POSSA ESTAR MELHOR INFORMADA, LEIA ATENTAMENTE O SEGUINTE:

EM QUE CONSISTE ESTE MÉTODO?

Consiste na toma de dois medicamentos diferentes:

- O *MIFEPRISTONE* é o primeiro fármaco a tomar
- A *PROSTAGLANDINA* será administrada 36/48 horas mais tarde.

QUAL A FUNÇÃO DOS MEDICAMENTOS?

O *MIFEPRISTONE* interrompe a gravidez - bloqueia a acção da hormona necessária à manutenção da gravidez (a progesterona), favorece as contracções e a abertura do colo do útero.

A *PROSTAGLANDINA* completa a acção do *MIFEPRISTONE* - aumenta as contracções do útero e provoca a expulsão do seu conteúdo.

CONTRA-INDICAÇÕES

O *MIFEPRISTONE* não deve ser usado nos seguintes casos:

- se a gravidez não está confirmada
- quando há suspeita de gravidez ectópica (fora do útero)
- se há insuficiência supra-renal
- em casos de asma grave
- em caso de alergia ao *MIFEPRISTONE*

Para além destas situações, a utilização está também contra-indicada nos casos de insuficiência hepática, insuficiência renal ou durante a amamentação.

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

O QUE PODE ACONTECER APÓS A TOMA DO *MIFEPRISTONE* ?

Vómitos - Se vomitar nas 2 horas seguintes à toma dos comprimidos, deve contactar o médico.

Talvez seja necessário tomar nova dose.

Perdas de sangue e dores - Pode começar a perder sangue como numa menstruação; rara vezes as perdas de sangue serão mais abundantes, mesmo com a saída de coágulos. Também pode sentir dores ligeiras, tipo cólica. Apesar da hemorragia, raramente o aborto poderá dar-se nesta fase.

É portanto indispensável que cumpra rigorosamente as instruções que foram dadas para a toma do 2.º medicamento, 36/48 horas depois.

O QUE PODE ACONTECER APÓS A TOMA DA *PROSTAGLANDINA* ?

Dores - As contracções uterinas provocam dores semelhantes às da menstruação, mas por vezes mais fortes. Não hesite em tomar os medicamentos analgésicos que lhe foram receitados.

Perdas de sangue - As perdas de sangue podem ocorrer logo após a administração da *PROSTAGLANDINA*, mas às vezes, só aparecem mais tarde.

AS PERDAS DE SANGUE NÃO SÃO UM SINAL DE QUE A GRAVIDEZ TENHA TERMINADO!

- Em 60% dos casos, o aborto ocorre nas 4 horas que se seguem à toma deste medicamento.

- Em 40% dos casos, o aborto dá-se nas 24 a 72 horas seguintes.

A perda de sangue pode durar até duas semanas. Se após a toma do 2.º medicamento e, para além das 72 horas, não tiver iniciado perdas de sangue, informe a equipa da consulta onde recebeu os comprimidos.

Não hesite em contactar a equipa de saúde que a segue na interrupção da gravidez, ou outra que tenha sido indicada:

- se tiver dúvidas
- se sentir febre, com temperatura superior a 38.º C, dores fortes apesar da toma de analgésicos, perdas de sangue abundantes e persistentes ou mal-estar acentuado.

Se não for dia de consulta ou fora das horas de atendimento, deve dirigir-se à urgência do hospital.

CONSULTA DE CONTROLO

Se lhe for marcada uma consulta de controlo, para cerca de 15 dias após a toma do 1.º medicamento, é absolutamente necessário que compareça.

O médico irá verificar se o processo de interrupção da gravidez está totalmente concluído (o risco de falha do método é de 2 a 5%) e assegurar-se da ausência de complicações.

No caso da expulsão ter sido incompleta, ser-lhe-á proposta uma técnica cirúrgica, para extracção dos fragmentos que possam ter ficado retidos no útero.

CONTRACEPÇÃO

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

Todos os contraceptivos, incluindo o dispositivo intra-uterino (DIU) e os métodos hormonais podem ser utilizados após a interrupção da gravidez. Alguns métodos são iniciados no próprio dia da toma da prostaglandina, outros, só o poderão ser mais tarde, na consulta de controlo. O início de um método contraceptivo deve ser programado na consulta prévia.

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

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

TOME NOTA DAS DATAS					
CONSULTA PRÉVIA	PERÍODO DE REFLEXÃO	TOMA DO MIFEPRISTONE	TOMA DA PROSTAGLANDINA	CONSULTA DE CONTROLO	
___/___/___			___/___/___	___/___/___	___/___/___
PEDIDO DE INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ ATESTADO DE DATAÇÃO DA GRAVIDEZ OPÇÃO PELO MÉTODO DE INDUÇÃO COM MEDICAMENTOS MARCAÇÃO DA CONSULTA DE INÍCIO DO MÉTODO			ENTREGA DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MARCAÇÃO DA CONSULTA PARA 36 A 48 H MAIS TARDE	MARCAÇÃO DA CONSULTA DE CONTROLO	COMPROVAÇÃO DA EXPULSÃO COMPLETA VERIFICAÇÃO DA CONTRACEPÇÃO MARCAÇÃO DA CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR

EM CASO DE NECESSIDADE CONTACTAR:

--