

Mestrado Integrado em Medicina

Interrupção de Gravidez no Centro Materno Infantil do Norte: Análise descritiva no ano de 2017

Daniel Moutinho Soares

M

2018



Mestrado Integrado em Medicina

Interrupção de Gravidez no Centro Materno Infantil do Norte: Análise descritiva no ano de 2017

Interruption of Pregnancy in the
Centro Materno Infantil do Norte:
Descriptive analysis in the year of 2017

Autor: Daniel Moutinho Soares ^a

Orientador: Dr. Paulo Sarmento ^b

^a Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal

Endereço electrónico: dani_m_17@hotmail.com

^b Centro Materno Infantil do Norte, Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal



RESUMO

No ano de 2007 deu-se a legalização da interrupção de gravidez a pedido da mulher, em Portugal. Se realizada atempadamente e em locais especializados e acreditados, é uma prática segura e eficaz.

O processo de interrupção da gravidez pressupõe uma consulta prévia, que deve ser realizada apenas por profissionais "não objetores de consciência". É uma consulta de carácter obrigatório, onde é fornecida informação, tendo em vista uma tomada de decisão livre, informada e responsável e, por conseguinte, fornecer dados necessários para a obtenção de um consentimento informado.

A interrupção de uma gravidez pode ser realizada por diferentes motivos e em variados contextos, desde que se cumpram determinados critérios. É um procedimento que pode ser realizado de duas formas, farmacológica ou cirúrgica, ocorrendo quase sempre em regime domiciliar ou ambulatório hospitalar, geralmente sem necessidade de internamento.

A mulher tem o direito de escolher o método que pretende, embora a decisão deva ser tomada em conjunto com a equipa multidisciplinar que a acompanha, sendo debatidos e ponderados os riscos e benefícios dos diferentes métodos, bem como as possíveis contraindicações.

A interrupção medicamentosa da gravidez pressupõe a administração de uma associação de dois fármacos: Mifepristone e Misoprostol. Existem protocolos para a administração destes fármacos, que devem ser cumpridos criteriosamente. Para determinar se a interrupção foi bem sucedida, deverá haver uma nova consulta, 1 a 2 semanas após a administração farmacológica.

Objetivos: Foi definido como objetivo geral deste estudo, definir e caracterizar a população que recorreu ao Centro Materno Infantil do Norte no ano de 2017 para realização de interrupção de gravidez. Como objetivo específico propõe-se avaliar a eficácia do cumprimento dos protocolos de IVG, de acordo com os regimes preferidos pelas mulheres para realizarem o tratamento medicamentoso – domicílio ou ambulatório hospitalar.

Materiais e Métodos: Foi efetuado um estudo retrospectivo de todas as interrupções de gravidez realizadas no Centro Materno Infantil do Norte, durante o ano de 2017 (n= 1024). Este estudo teve por base a análise de uma base de dados anónima, realizada e disponibilizada pelas enfermeiras responsáveis pela consulta.

Resultados: As idades mais prevalentes encontram-se na faixa etária dos 19 aos 25 anos (37,3%). A maioria das utentes (81,2 %) encontra-se numa situação laboral ativa; 8,8% são estudantes e as restantes encontram-se desempregadas (8,8%) ou são domésticas (1,2%). Uma percentagem significativa das utentes tem formação em curso superior (40,68%).

Conclusões: Verifica-se que o recurso ao CMIN para realização de interrupção de gravidez não está diretamente relacionado com a situação laboral das mulheres nem com o seu grau de escolaridade. É de extrema importância investir nos cuidados de saúde primários e de prevenção e organizar as consultas de planeamento familiar, de modo a que sejam o mais

eficientes possível, dado o seu importante papel na prevenção de gravidezes indesejadas, inúmeras vezes motivadas por falhas dos métodos contraceptivos.

Palavras-chave

Aborto, interrupção voluntária da gravidez, Centro Materno Infantil do Norte

ABSTRACT

In the year of 2007 the legalization of the interruption of pregnancy at the request of the woman was carried out in Portugal. If done in a timely manner and in specialized and accredited places, it is a safe and effective practice.

The process of pregnancy interruption presupposes prior consultation. It is a mandatory consultation, where information is provided, with a view to a free, informed and responsible decision-making process and, therefore, to provide the necessary data to obtain an “informed consent”.

Pregnancy interruption can be carried out for different reasons and in different contexts, provided that certain criteria are met. It is a procedure that can be performed in two ways, pharmacological or surgical, occurring almost always on an domicile or outpatient basis, usually without the need for hospitalization.

The woman has the right to choose the method she intends to submit to, although the decision must be made jointly with the accompanying multidisciplinary team, discussing and weighting the risks and benefits of the different methods, as well as possible contraindications.

Pharmacological pregnancy interruption presupposes the administration of a combination of two drugs: Mifepristone and Misoprostol. There are protocols for the administration of these drugs, which must be carefully met. To determine if the interruption has been successful, new consultation should take place 1 to 2 weeks after pharmacological administration.

Objectives: It was defined as the general objective of this study to define and characterize the population that used the Centro Materno Infantil do Norte in the year of 2017 to perform pregnancy termination. As a specific objective, it is proposed to evaluate the effectiveness of compliance with pregnancy termination protocols, according to the regimens preferred by women to perform the medication treatment - domicile or outpatient.

Materials and Methods: A retrospective study of all interruptions of pregnancy performed at the Centro Materno Infantil do Norte in the year 2017 (n = 1024) was carried out. This study was based on an anonymous database, made and made available by the nurses responsible for the consultation.

Results: The most prevalent ages are in the range of 19 to 25 years (37.3%). The majority of the users (81.2%) are in an active working situation; 8.8% are students and the rest are unemployed (8.8%) or are domestic (1.2%). A significant percentage of users (40.68%) has higher education.

Conclusions: It is verifiable that the use of the CMIN to carry out the interruption of pregnancy is not directly related to the labor situation of the women, nor with their degree of education. It is of outmost importance to invest in primary health care and prevention and to organize family planning consultations in order to be as efficient as possible, given their important role in preventing unwanted pregnancies, many times due to contraceptive method failures.

Keywords

Abortion, voluntary interruption of pregnancy, Centro Materno Infantil do Norte.

ÍNDICE

1. Introdução	7
2. Interrupção de Gravidez	7
2.1. Etapas do Processo	8
2.1.1. Consulta Prévia	8
2.1.2. Interrupção Farmacológica	9
2.1.3. Complicações	11
2.1.4. Consulta de Revisão	12
3. Objetivos	13
4. Materiais e Métodos	13
5. Resultados	14
6. Discussão	30
7. Conclusões	31
Agradecimentos	33
Bibliografia	34
Anexos	37
Anexo 1	
Anexo 2	
Anexo 3	
Anexo 4	

LISTA DE ABREVIATURAS

CMIN – Centro Materno Infantil do Norte

DGS – Direção Geral de Saúde

IGO – Interrupção de Gravidez por Opção da mulher

IVG – Interrupção Voluntária de Gravidez

FIGO – *International Federation of Gynecology and Obstetrics*

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém Nascido

SNS – Sistema Nacional de Saúde

β -hCG – Gonadotrofina Coriónica humana β

1. Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a gravidez corresponde a um período de aproximadamente nove meses (ou cerca de quarenta semanas), durante os quais uma mulher transporta um embrião em desenvolvimento no interior do seu útero [1]. É um período de grande transformação para as mulheres que, para além das mudanças ao nível da vertente social, experimentam significativas alterações a nível anatómico e fisiológico.

O termo aborto refere-se a uma interrupção de uma gravidez com evolução inferior a 20-22 semanas de gestação, que pode ocorrer de forma espontânea ou induzida. O aborto induzido corresponde a uma interrupção voluntária da gravidez (IVG), farmacológica ou cirúrgica, por razões médicas ou eletivas [2].

Segundo a Sociedade Portuguesa de Neonatologia “o limite da viabilidade (definido pela idade gestacional a partir da qual sobrevivem mais de 50% dos RN) situa-se nas 25 semanas (...) e nos 500g de peso de nascimento”, desde 2004 [3].

Se realizado atempadamente, o aborto é uma prática segura e eficaz, com reduzidos riscos para as mulheres, desde que ocorra em locais especializados e acreditados [2].

Após várias alterações na legislação portuguesa, a última das quais aquando de um referendo nacional em 2007 (“Referendo à despenalização do aborto em Portugal”), deu-se a legalização da interrupção de gravidez a pedido da mulher (IGO) [4].

2. Interrupção de Gravidez

A interrupção de uma gravidez pode ser realizada em contexto de gravidez não evolutiva, malformações ou inviabilidade fetal, em casos que envolvam perigo de vida para a mulher, de lesão grave e/ou duradoura para a saúde física e/ou psíquica desta, ou por vontade expressa da mesma, desde que se cumpram alguns critérios, previstos na Lei Constitucional n.º 16/2007, de 17 de abril. Assim, segundo o Artigo 142.º (“exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez” [4]), “não é punível a interrupção da gravidez efetuada por médico, ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando:

- a) Constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;
 - b) Se mostrar indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão
-

para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;

c) Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;

d) A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas;

e) For realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.”

A interrupção da gravidez passa a ser considerada fora dos limites do quadro legal quando é realizada fora das circunstâncias e prazos definidos no artigo 142.º, ou quando é realizada em estabelecimentos não reconhecidos oficialmente pela DGS [4, 5, 6].

A interrupção voluntária de gravidez é um procedimento totalmente participado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) [4].

2.1 Etapas do processo

2.1.1 Consulta prévia

Antes de se proceder a uma interrupção de gravidez, é realizada uma consulta médica prévia, de carácter obrigatório, a todas as mulheres. Nesta fase precede-se à confirmação da gestação, assim como ao apuramento da idade gestacional utilizando-se, habitualmente, a ultrassonografia [3]. Durante o primeiro trimestre, através da história médica passada e de uma anamnese bem realizada – com exame físico cuidadoso e exaustivo – pode ser possível confirmar com precisão a idade gestacional. No segundo trimestre, se houver placenta prévia ou placenta anterior com histórico de cicatriz uterina, deve ser considerada ultrassonografia com Doppler.

No início do processo é ainda identificado o método contraceptivo utilizado até à data (ou ausência do mesmo), assim como as causas da sua ineficácia.

A consulta prévia é também um importante meio para informar a mulher, por forma a que esta possa optar por um método abortivo de forma devidamente informada, indo ao encontro das suas expectativas. Deverá ser uma escolha livre e individualizada da mulher, sendo responsabilidade do médico assegurar uma tomada de decisão devidamente informada e ponderada.

As mulheres que pretendam realizar uma interrupção de gravidez devem ser informadas, oralmente e por escrito, acerca de todo o processo, devendo explicitar-se a natureza do procedimento proposto, nos casos de interrupção cirúrgica, ou informações sobre o método medicamentoso.

Nesta fase as mulheres são alertadas para os riscos físicos que podem enfrentar ao realizar um aborto, tanto durante o procedimento como após. Devem ser fornecidas informações científicas objetivas sobre os riscos e alternativas, incluindo o risco de infecção e hemorragia, o perigo potencial para uma gravidez subsequente e o perigo potencial de infertilidade. É importante facultar também informações relevantes sobre a possível sobrevivência de um feto em gestação, assim como os riscos médicos associados ao transporte desse feto a termo.

À consulta prévia segue-se um período de reflexão obrigatório de 3 dias, durante o qual as mulheres têm direito a apoio em consulta com psicólogo e /ou assistente social [4,7]. Esta consulta tem o potencial de reconhecer situações que requeiram um acompanhamento mais próximo na tomada de decisão. Permite também esclarecer as mulheres acerca das condições de suporte fornecido em caso de desistência do processo. Este esclarecimento reveste-se de extrema importância pois, caso haja utentes que pretendam dar continuidade à gravidez, estas devem ser devidamente encaminhadas e orientadas.

Após fornecida e esclarecida toda a informação necessária, deve ser obtido um consentimento por escrito. Pode ser necessário o consentimento de um dos pais ou responsável legal, caso a utente tenha idade inferior a dezasseis anos ou não seja capaz de tomar uma decisão de forma consciente, situações nas quais não deverão deixar de receber todas as informações supracitadas. O modelo normalizado do consentimento livre e esclarecido para a interrupção da gravidez encontra-se anexado no final (ANEXO 1).

2.1.2 Interrupção farmacológica

Durante o processo de interrupção farmacológica do aborto, utiliza-se a ultrassonografia para observação da cavidade uterina, por forma a confirmar o sucesso da interrupção da gestação (remoção completa do conteúdo uterino). Em alternativa, esta pode ser confirmada medindo os níveis séricos quantitativos de Gonadotrofina Coriónica humana β (β -hCG) antes e depois do procedimento [2, 8, 9].

A interrupção medicamentosa, usando uma combinação de Mifepristone e Misoprostol, demonstrou ter uma elevada eficácia. [10, 11]. Para gestações até 9

semanas, a Organização Mundial de Saúde recomenda um regime, baseado em evidências, de 200 mg de Mifepristone, administrado por via oral, seguido de 800 µg de Misoprostol, administrado por via oral ou sublingual, 24 a 48 horas mais tarde, ou por via vaginal, 6 a 72 horas mais tarde. Para gestações até 7 semanas, a dose oral recomendada de Misoprostol passa a ser 400 µg [12]. Este regime tem uma eficácia de aproximadamente 98%, para a interrupções de gestação até às 9 semanas. Entre a 9ª e a 15ª semanas de gestação, esta eficácia vai apresentando uma redução gradual. Após a 15ª semana de gestação, mantêm-se os 200 mg de Mifepristone 24 a 48 h antes de iniciar a indução. Aqui, são instituídas Prostaglandinas para induzir o aborto – administração via vaginal de Prostaglandina E2; administração via vaginal ou oral de 600 a 800 µg de Misoprostol; administração via intramuscular de Prostaglandina F2α. Este regime revela-se altamente fidedigno, tendo uma eficácia quase total, a rondar os 100%. [13], [14].

O CMIN adota o protocolo para interrupção voluntária de gravidez preconizado pela DGS, que se encontra na Circular Normativa n.º9/SR de 21.06.2007 (página 9) – (ANEXO 2).

As utentes devem ser sempre alertadas sobre todas as situações que podem motivar a sua ida ao serviço de urgência. Em casos de anemia grave, a indução medicamentosa só deve ser feita em locais especializados, em que haja apoio de imuno hemoterapia e estejam disponíveis procedimentos transfusionais.

Em 2015 a Organização Mundial de Saúde publicou uma diretriz com orientações para os profissionais de saúde que têm autonomia para realizar interrupção de gravidez, por forma a nortear a gestão de possíveis efeitos colaterais e complicações que possam ameaçar a vida das mulheres, de maneira a que esta seja uma prática segura e eficaz [15, 16, 17]

Durante o processo de interrupção da gravidez, a equipa de enfermagem acompanha as utentes em três momentos com objetivos distintos, cumprindo protocolos e instruções de trabalho de enfermagem previamente definidos:

- Consulta de enfermagem: corresponde à segunda consulta do processo de IVG e à administração do Mifepristone, segundo o protocolo medicamentoso instituído. Nesta consulta é feita uma triagem das utentes que necessitam de acompanhamento de enfermagem.
- Acompanhamento pela equipa de enfermagem, com o objetivo de administrar a primeira toma de Misoprostol, segundo o protocolo instituído, e de executar as intervenções de enfermagem protocoladas, no sentido de minimizar a dor e o desconforto.
- Colaboração de enfermagem nas consultas médicas de controlo e de

planeamento familiar.

No dia do procedimento deve ser instituída terapêutica profilática, iniciando-se a administração de Antibióticos eficazes contra microrganismos do aparelho reprodutivo (incluindo *Clamídia*). Habitualmente, opta-se por um esquema de administração de 100 mg de Doxiciclina antes do procedimento e 200 mg após. Após o procedimento, também deve ser administrada Imunoglobulina Rh 0 (D) a mulheres cujo tipo sanguíneo seja Rh negativo e havendo incompatibilidade Rh.

2.1.3 Complicações

As taxas de complicações durante um aborto (complicações graves em <1%; mortalidade em <1:100.000) são maiores que as da contraceção, mas são 14 vezes mais baixas do que aquelas após o parto. As taxas de complicações aumentam conforme o avanço da idade gestacional [8].

As complicações graves precoces são mais associadas a interrupção cirúrgica: perfuração uterina (0,1%) ou, com menos frequência, perfuração intestinal ou de outro órgão, causada por instrumentos; hemorragia grave (0,06%), que pode resultar de trauma ou de atonia uterina; laceração do cérvix (0,1 a 1%), que varia desde uma lesão superficial até lesões cervicovaginais, raramente com fístulas. A anestesia geral ou local raramente causa complicações graves [10].

As complicações tardias mais comuns incluem sangramento e infeção significativa (0,1 a 2%) que, em geral, ocorrem em razão da retenção de fragmentos ovulares retidos. Quando há a ocorrência de um sangramento ou a suspeita de uma infeção, uma ultrassonografia pélvica deve ser realizada, podendo visualizar-se os fragmentos placentários retidos. Inflamação leve pode ser esperada mas, se a infeção for moderada ou grave, pode ocorrer peritonite ou sepsis. Uma sinéquia na cavidade endometrial ou fibrose tubária por infeção podem resultar em esterilidade. A dilatação forçada do cérvix, em gestações mais avançadas, pode contribuir para insuficiência cervical. No entanto, o aborto eletivo provavelmente não aumenta os riscos para o feto ou para a mãe em gestações subsequentes [9].

Normalmente, não há complicações psicológicas, mas podem ocorrer em mulheres que tenham tido sintomas do foro psicológico antes da gestação, mulheres que tenham experienciado um envolvimento emocional significativo com a gestação (por exemplo, interromperam gestação desejada por causa de uma indicação médica materna ou fetal) ou mulheres com suporte social limitado.

2.1.4 Consulta de Revisão

Após a realização da interrupção da gravidez, está preconizado o agendamento de uma consulta de revisão, de controlo e de planeamento familiar (cerca de 2 semanas após a interrupção de gravidez), para confirmar o sucesso do processo (eliminação completa do conteúdo uterino) e analisar qual o método contraceptivo a iniciar, o mais precocemente possível [17]. Aqui, devem ser identificadas as falhas da contraceção anterior, para que as mesmas não se repitam.

Se as pacientes desejam evitar a necessidade de abortos subsequentes devem iniciar contraceção, que podem principiar imediatamente após a interrupção. A contraceção hormonal, oral ou injetável pode ser iniciada no mesmo dia da intervenção. Também pode ser inserido um dispositivo intrauterino (DIU) assim que a gestação é interrompida, ato que habitualmente ocorre na consulta de controlo [8]. Esta abordagem torna a repetição de abortos menos provável. Destaca-se o facto de haver um fácil acesso aos vários métodos contraceptivos, assim como a sua comparticipação total por parte da entidade estatal.

3. Objetivos

Foi definido como objetivo geral deste estudo definir e caracterizar a população que recorreu ao Centro Materno Infantil do Norte no ano de 2017 para realização de interrupção de gravidez. Como objetivo específico propõe-se avaliar a eficácia do cumprimento dos protocolos de IVG, de acordo com os regimes preferidos pelas mulheres para realizarem o tratamento medicamentoso – domicílio ou ambulatório hospitalar.

4. Materiais e Métodos

Procedeu-se à realização de um estudo retrospectivo de todas as IVG realizadas no período entre janeiro e dezembro de 2017. A amostra foi constituída por 1024 mulheres (n=1024).

As utentes foram caracterizadas com recurso a uma base de dados anónima, organizada em documento Excel, realizada e cedida pelas enfermeiras responsáveis pela consulta. Os dados foram recolhidos sem recurso ao diário clínico das utentes, garantindo o seu total anonimato.

Após seleção criteriosa, procedeu-se à análise de variáveis quantitativas e qualitativas, referentes a características sociodemográficas das participantes: faixa etária, grau de escolaridade, situação laboral, número de gestações prévias, paridade, idade gestacional na altura da interrupção, realização prévia de IVG, utilização e eficácia de métodos contraceptivos utilizados previamente, assim como a identificação da sua falha, utilização de contraceção de emergência, local do procedimento e contraceção utilizada no final do mesmo.

5. RESULTADOS

Procede-se, de seguida, à caracterização do grupo de utentes que recorreu á IVG.

A. Faixa etária

Pela seguinte tabela (tabela 1) constata-se que a maioria das mulheres que se propõem à realização de IVG têm entre 19 e 25 anos (37,3%).

Intervalo de Idades	Frequência	Percentagem
12-15	6	0,6%
16-18	43	4,3%
19-25	373	37,3%
26-30	224	22,4%
31-35	176	17,6%
36-40	112	11,2%
>40	67	6,7%
Total	1001	100%

Tabela 1 – Total de utentes por faixa etária

A análise do gráfico 1 permite verificar que o segundo escalão etário que mais recorre ao CMIN corresponde às utentes com idade compreendida entre os 26 e os 30 anos, seguida da faixa etária dos 31 aos 35 anos. Em contraste, as utentes que menos recorreram encontram-se na faixa etária dos 12 aos 15 anos. A média de idades é de 28 anos.

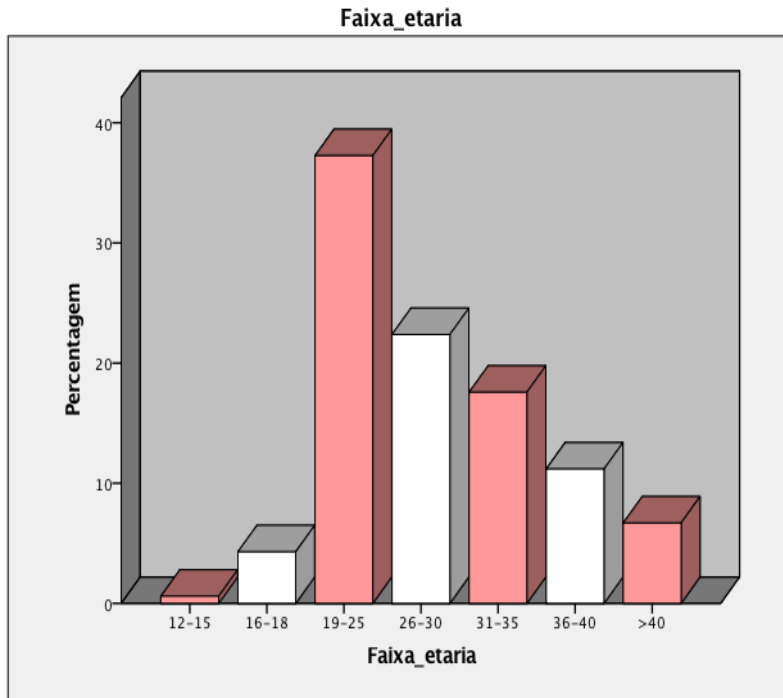


Gráfico 1 – Total de utentes por faixa etária

B. Grau de escolaridade

Na tabela seguinte (tabela 2) encontram-se representadas as utentes que recorreram ao CMIN, de acordo com o grau de escolaridade.

Escolaridade (Curso Superior)	Frequência	Percentagem
Não	439	59,3%
Sim	301	40,7%
Total	740	100%
Valores Omissos	261	

Tabela 2 – Distribuição das utentes de acordo com o grau de escolaridade

Pelo gráfico 2 podemos constatar que a percentagem de utentes que possuem curso superior (40,7%) não é muito inferior à percentagem de utentes sem formação superior (59,3%).

Gráfico 2 – Representação das utentes de acordo com o grau de escolaridade

C. Situação Laboral

De seguida apresenta-se uma tabela (tabela 3) na qual se pode verificar a distribuição das utentes que recorreram a IVG, de acordo com a situação laboral atual.

Situação Laboral	Frequência	Percentagem
Empregada	601	81,2%
Desempregada	65	8,8%
Estudante	65	8,8%
Doméstica	9	1,2%
Total	740	100%
Valores Omissos	261	

Tabela 3 – Total de utentes de acordo com a situação laboral

Pela análise do gráfico 3 verifica-se que a maioria das utentes têm emprego. É de referir que o número de utentes que se encontram desempregadas é o mesmo do número de utentes que se encontram a estudar – 65 (8,8%).

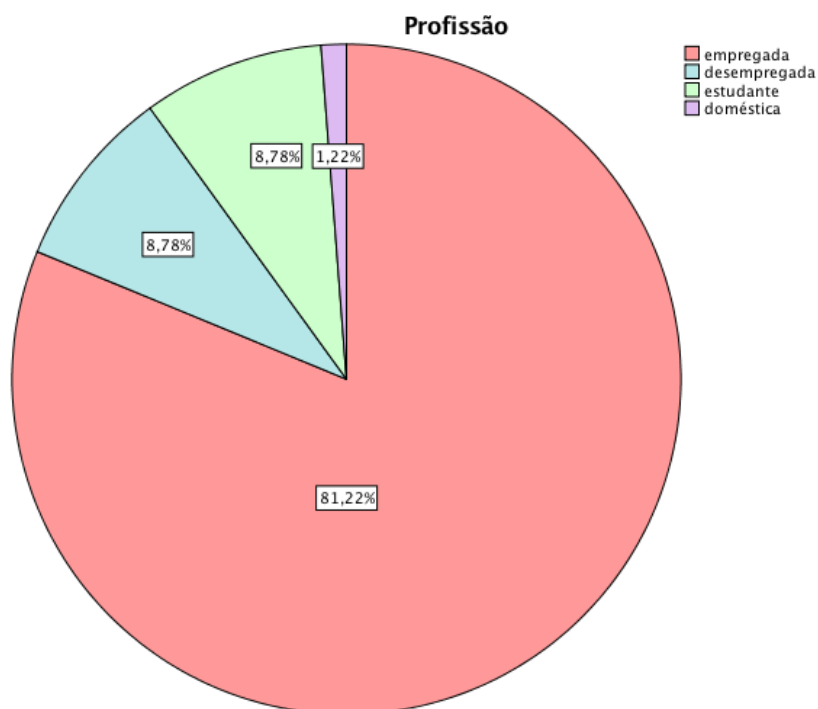


Gráfico 3 – Distribuição das utentes por situação laboral

D. Gestações

Nas tabelas 4 e 5 pode observar-se a frequência de utentes, de acordo com o número de gestações prévias, assim como a respetiva paridade.

Tabela 4 – Distribuição das utentes por nº de gestações prévias

N.º de Gestações	Frequência	Percentagem
1	345	40,2%
2	215	25,0%
3	170	19,8%
4	69	8,0%
5	39	4,5%
6	9	1%
7	7	0,8%
8	3	0,3%
9	2	0,2%
Total	859	100%
Valores Omissos	142	

Tabela 5 – Distribuição das utentes de acordo com a paridade

Paridade	Frequência	Percentagem
0	434	50,6%
1	228	26,6%
2	156	18,2%
3	30	3,5%
4	4	0,4%
5	2	0,2%
6	3	0,3%
7	1	0,1%
8	1	0,1%
Total	859	100%
Valores Omissos	142	

A observação dos gráficos 4 e 5 permite verificar que 40,2% das utentes são primigestas e que a percentagem de utentes nulíparas (50,6%) é superior à de utentes múltiparas.

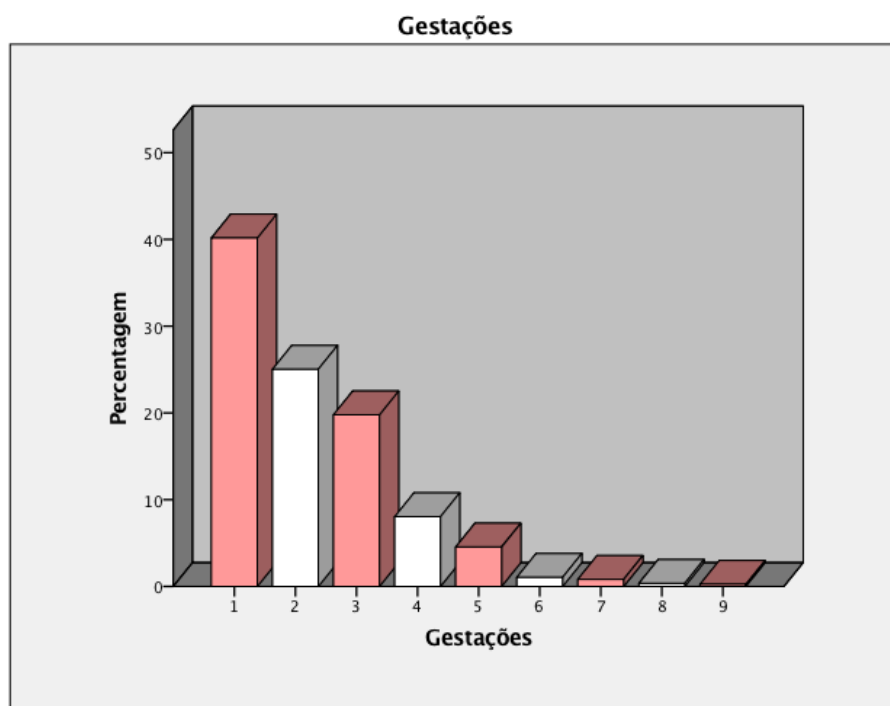


Gráfico 4 – Caracterização das utentes relativamente ao número de gestações

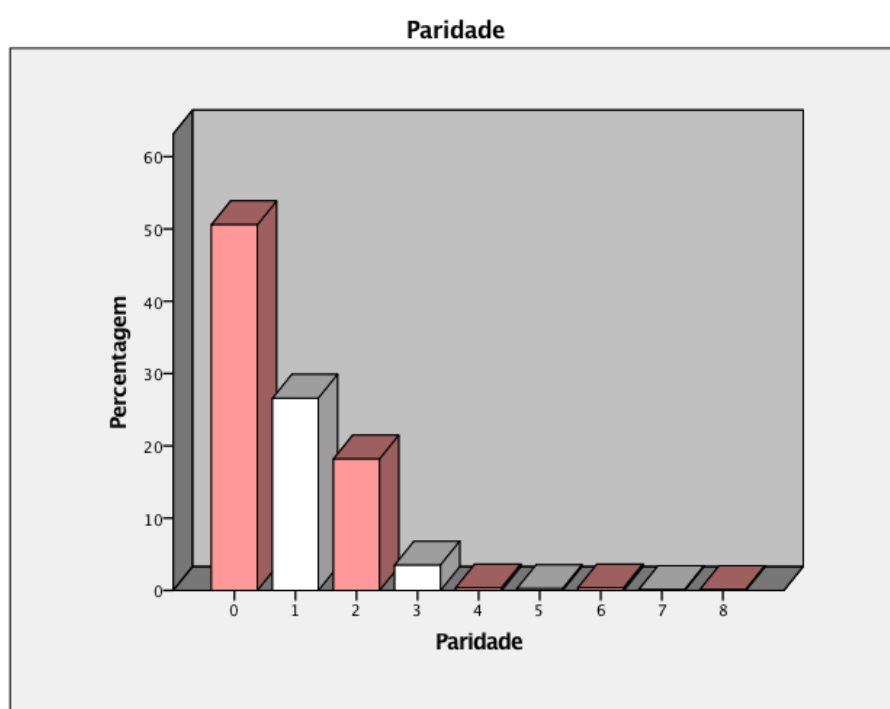


Gráfico 5 – Caracterização das utentes relativamente à paridade

E. Idade Gestacional

Na tabela 6 pode observar-se a distribuição das utentes de acordo com a idade gestacional.

Semanas de Gestações	Frequência	Percentagem
4	7	8%
5	58	6,8%
6	187	21,8%
7	225	26,2%
8	187	21,8%
9	114	13,3%
10	81	9,4%
Total	859	100%
Valores Omissos	142	

Tabela 6 – Total de Utesntes por idade gestacional

Pode verificar-se, no gráfico 6, que no início do processo medicamentoso – toma do Mifepristone – a maioria das utentes encontra-se na 7ª semana de gestação.

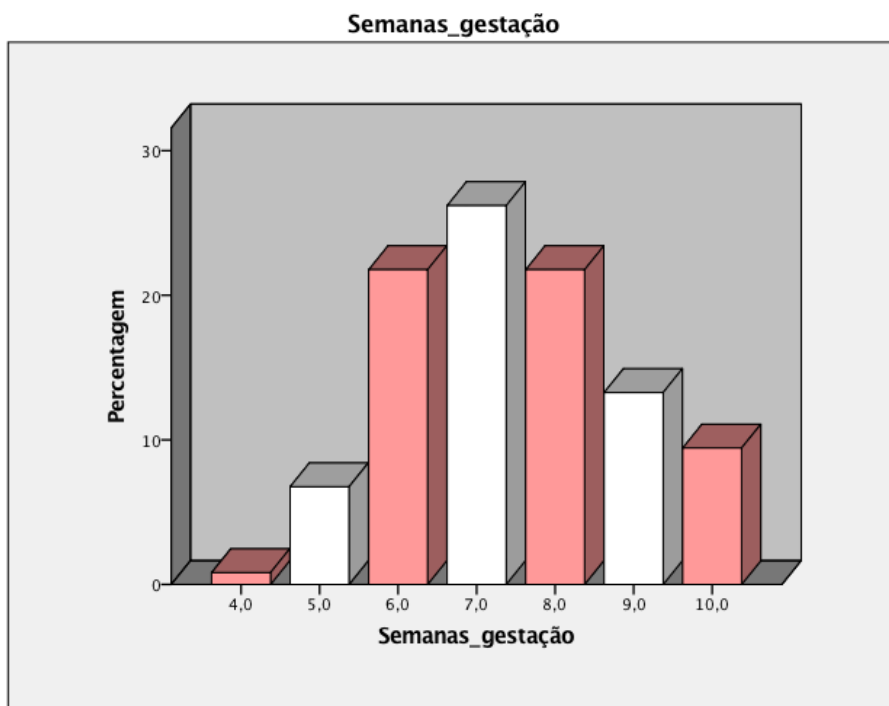


Gráfico 6 – Distribuição das utentes por idade gestacional

F. IVG Anterior

Na tabela 7 estão representados as utentes de acordo com realização prévia de IVG.

IVG Anterior	Frequência	Percentagem
0	661	76,9%
1	155	18%
2	34	4%
3	7	0,8%
4	2	0,2%
Total	859	100%
Valores Omissos	142	

Tabela 7 – Total de utentes por número de IVG anterior

O gráfico 7 evidencia uma maior prevalência de utentes que realizam IVG pela 1ª vez (76,9%), em comparação com as utentes que realizam IVG pela 2ª vez (18%) e pela 3ª vez

(4%). Apenas 7 utentes (0,8%%) recorrem a IVG pela 4ª vez e 2 utentes (0,2%) pela 5ª vez.

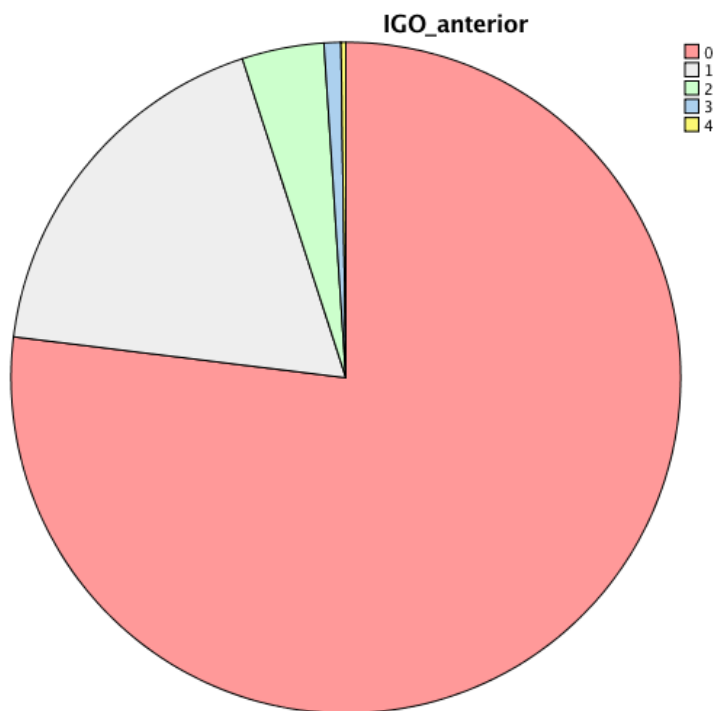


Gráfico 7 - Distribuição das utentes de acordo com realização prévia de IVG

G. Contraceção Prévia

Nas tabelas 8 e 9 as utentes estão caracterizadas de acordo com os métodos contraceptivos utilizados antes da interrupção da gravidez.

Contraceção Prévia	Frequência	Percentagem
Não utilizava	245	28,5%
Utilizava	614	71,5%
Total	859	100%
Omissos	142	

Tabela 8 – Total de utentes por contraceção prévia

Método	Frequência	Percentagem
Pílula	370	44,2%
Preservativo	214	25,5%
Anel Vaginal	19	2,3%
DIU/SIU	8	1%
Sist. Transdérmico	1	0,1%
Não Utilizava	223	26,6%
Met. Naturais	3	0,4%
Total	838	100%
Omissos	163	

Tabela 9 – Total de utentes por contraceção utilizada

No gráfico 8 pode verificar-se que existe uma percentagem significativa de utentes (28,5%) que não utilizava qualquer método contraceptivo. Pelo gráfico 9 pode ver-se que o método anticoncecional mais utilizado é a pílula (44,2%), seguida do preservativo (25,5%).

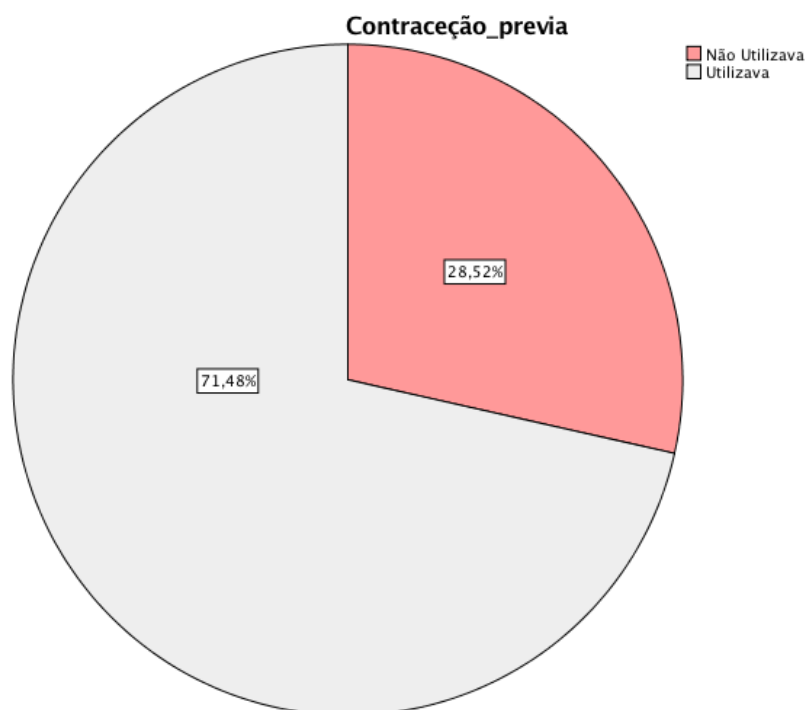


Gráfico 8 – Distribuição de utentes por contraceção prévia

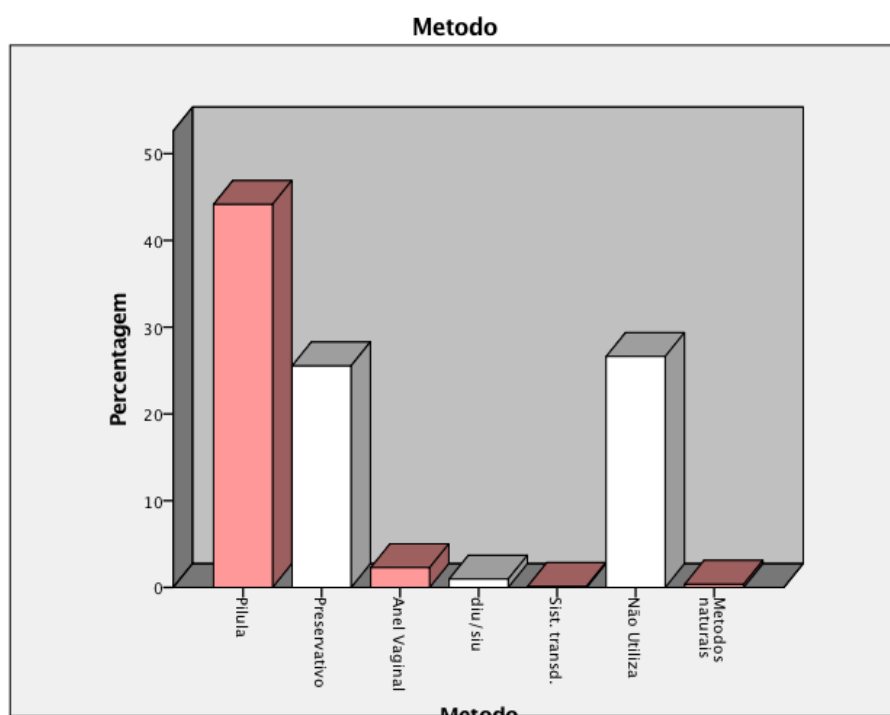


Gráfico 9 – Métodos contracetivos

H. Identificação da Falha

Na tabela 10 podemos observar a incidência de cada um dos motivos identificados para a falha do método contraceptivo utilizado antes da gravidez.

Falha	Frequência	Percentagem
Esquecimento de Pílula	173	28,2%
Medicação Associada	57	9,3%
Desconhece	151	24,6%
Mudança de Pílula	10	1,6%
Perturbações Gástricas	37	6%
Toma Irregular de Pílula	62	10,1%
Rompimento de Preservativo	56	9,1%
Troca de Método	1	0,2%
Má Colocação de Preservativo	6	1%
1º Mês	4	0,7%
Gravidez Planeada	3	0,5%
Não Colocou Anel Vaginal	1	0,2%
Interrompeu Toma da Pílula	52	8,5%
Total	613	100%
Omissos	388	

Tabela 10 – Identificação da falha

O gráfico 10 permite concluir que o método contraceptivo que apresenta maiores índices de ineficácia é a pílula, atribuindo-se a sua falha, principalmente, ao esquecimento da toma. Verifica-se que 173 mulheres (28,2%) se esqueceram da sua toma. Em 57 mulheres (9,3%) houve associação da toma da pílula com outro medicamento.

O preservativo é o segundo método menos eficaz, sendo que a sua falha se verificou em 56 mulheres (9,1%) por rompimento e em 6 (1%) por má colocação.

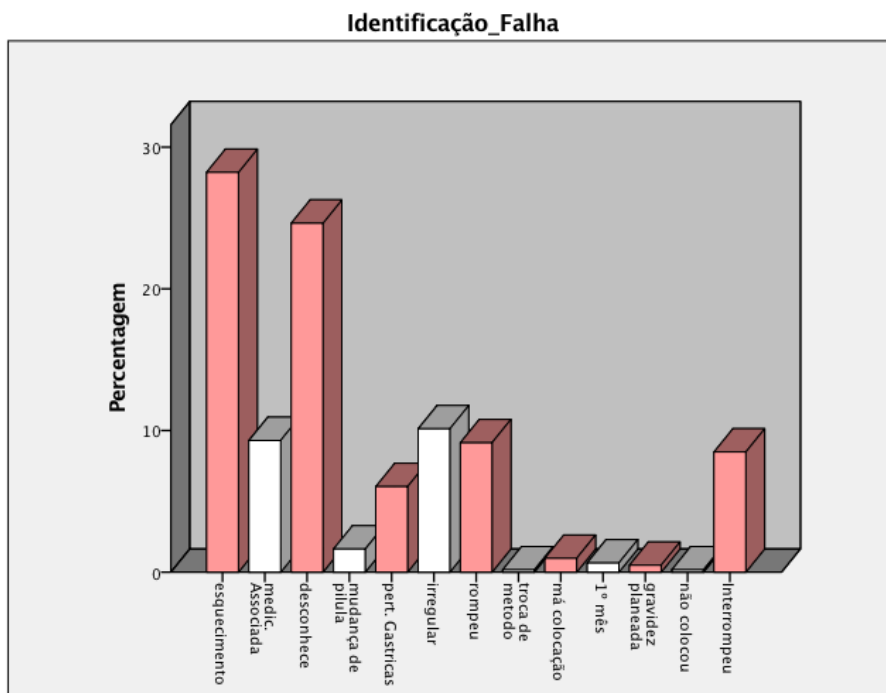


Gráfico 10 – Identificação da falha da contraceção

I. Contraceção de Emergência

Na tabela 11 vemos a frequência da utilização de contraceção de emergência

Contraceção de Emergência	Frequência	Percentagem
Sim	25	2,9%
Não	834	97,1%
Total	859	100%
Omissos	142	

Tabela 11 – Contraceção de Emergência

A contraceção de emergência – pílula do dia seguinte – apenas constitui opção para um reduzido número de utentes (2,91%) – gráfico 11.

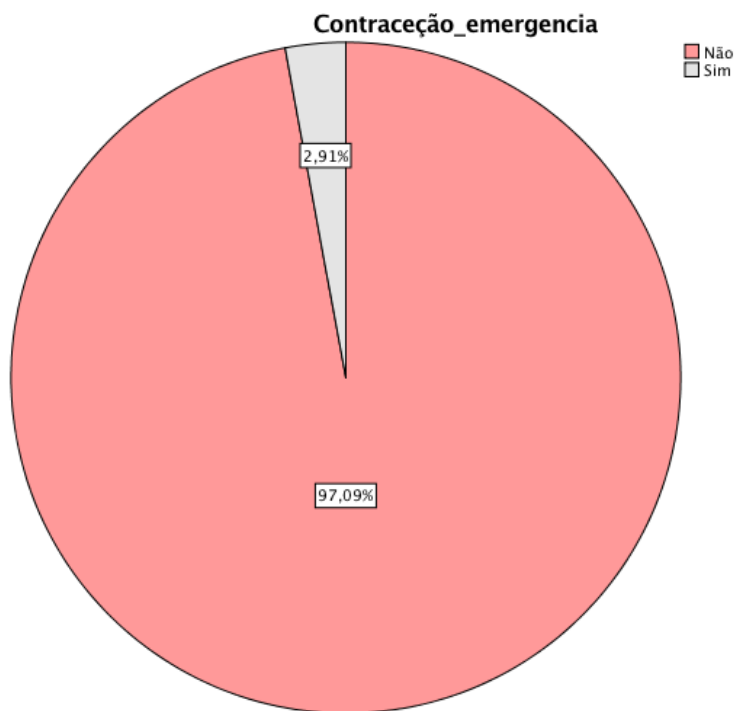


Gráfico 11 – Utilização de Contraceção de Emergência

J. Local do Procedimento

Na tabela 12 estão distribuídas as utentes de acordo com o regime escolhido para a realização de IVG – domicílio ou ambulatório hospitalar.

Local do Procedimento	Frequência	Percentagem
Domicílio	808	80,7%
CMIN	193	19,3%
Total	1001	100%

Tabela 12 – Local do Procedimento

Pode constatar-se que a maioria das utentes (80,7%), realizam o procedimento no domicílio – gráfico 12.

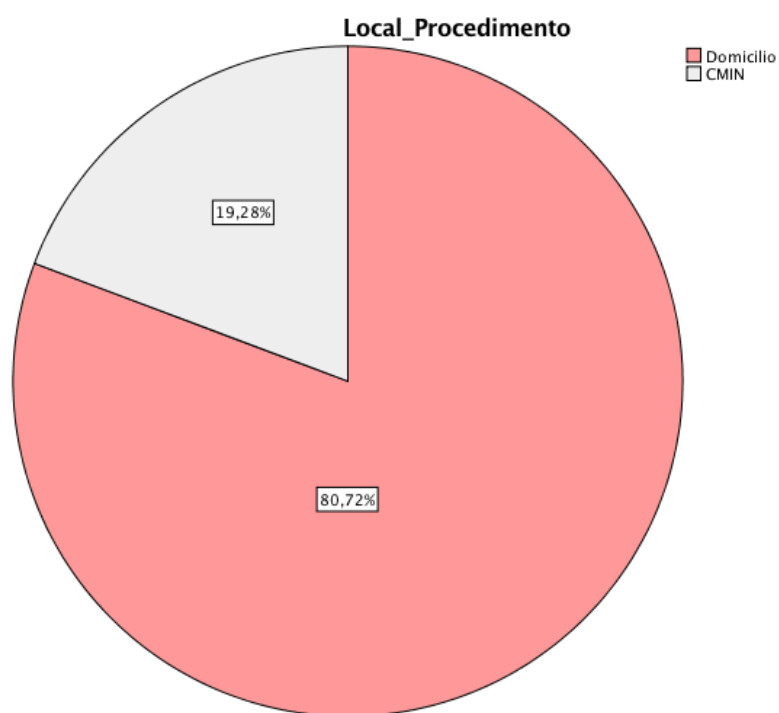


Gráfico 12 – Local do Procedimento

K. Contraceção no final do processo

Na tabela seguinte (tabela 13) encontram-se distribuídas as utentes de acordo com o método contraceptivo adotado no final do processo.

Contraceção Final	Frequência	Percentagem
Implante Subcutâneo	93	10,6%
Pílula	328	37,5%
Anel Vaginal	155	17,7%
DIU/SIU	249	28,5%
Perservativo	13	1,5%
Laqueação Tubar	24	2,7%
Recusa Contraceção	2	0,2%
Depo-Provera (Acetato de Medroxiprogesterona)	6	0,7%
Vasectomia	2	0,2%
Sistema Transdermico	2	0,2
Total	874	100%
Valores Omissos	125	

Tabela 13 – Utentes de acordo com a contraceção final

Não obstante o facto de a pílula ser o método contraceptivo onde ocorrem mais falhas, continua a ser o mais adotado pelas utentes (37,5%), seguido do DIU (28,5%) e do anel vaginal (17,7%) (gráfico 13).

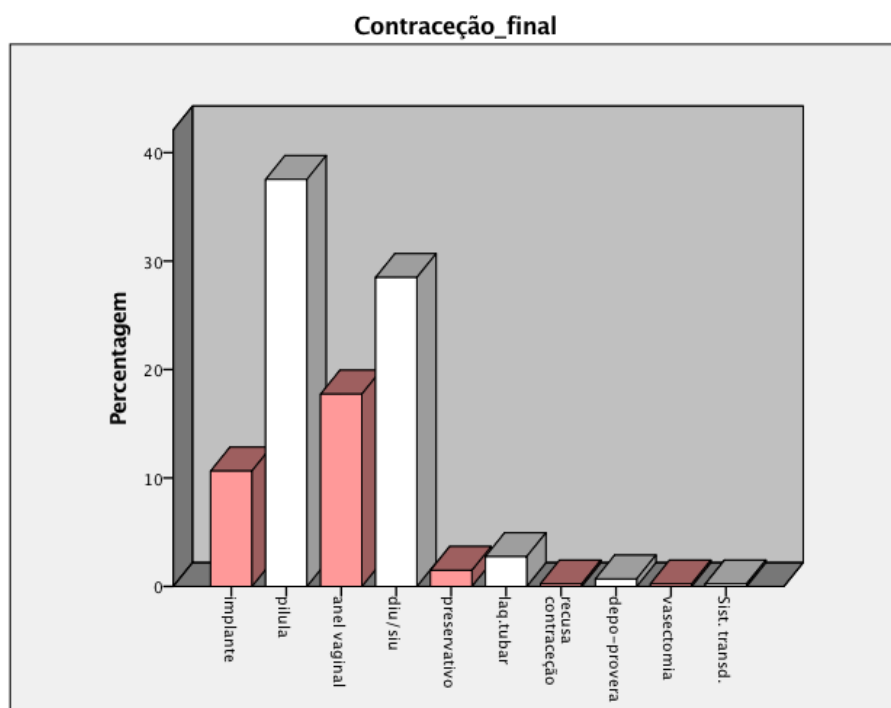


Gráfico 13 – Contraceção Final

6. DISCUSSÃO

Nos últimos anos, a segurança e eficácia da interrupção farmacológica de gravidez tem sido comprovada pela evidência, o que resultou na simplificação e padronização dos protocolos adotados e das competências dos profissionais de saúde necessárias para a sua instituição. Devido ao elevado número de utentes, é importante uma boa articulação entre a equipa multidisciplinar no acompanhamento destas, por forma a potenciar a qualidade dos cuidados prestados e o tempo dispensado a cada utente.

A partir do ano de 2007 houve um incremento do número de interrupções de gravidez realizadas, no entanto, esse aumento tem vindo a apresentar um decréscimo progressivo.

Em Portugal, até à despenalização do aborto, o Ministério da Saúde estimava que ocorriam cerca de 20 mil abortos por ano [20].

O número total de atendimentos no CMIN em 2017 foi de 1024 utentes, sendo que 23 não deram consecução ao processo. Assim, deram consecução ao processo 1001 utentes, o que representa uma diminuição residual comparativamente ao ano de 2016, em que o procedimento foi realizado a 1007 utentes. De entre as 23 utentes que não prosseguiram a IVG, 4 tiveram abortos espontâneos, 2 engravidaram devido a falha do processo e as restantes 17 decidiram continuar com a gestação.

A maioria das utentes (81,2 %) encontra-se numa situação laboral ativa; 8,8% são estudantes e as restantes encontram-se desempregadas (8,8%) ou são domésticas (1,2%). Constatou-se que existe uma quantidade significativa de mulheres com nível de escolaridade superior.

No que diz respeito à idade das mulheres que recorreram ao CMIN para IVG em 2017, 37,3% da população está incluída na faixa etária entre os 19 e os 25 anos.

No que diz respeito à escolha do local para proceder a IVG, relativamente às utentes que recorreram ao Centro Materno Infantil do Norte, registaram-se 808 realizadas no domicílio e 193 em ambulatório hospitalar. Verifica-se, portanto, haver uma proporção significativamente maior de mulheres que optam por realizar o procedimento em casa (80,7%), em detrimento do regime ambulatório hospitalar (19,3%). Das 808 IVG realizadas no domicílio, 21 necessitaram de internamento para conclusão do processo e 13 de curetagem. Das 193 realizadas em regime ambulatório hospitalar, houve 7 internamentos e 2 curetagens. Não houve registo de complicações graves nem mortes maternas.

7. CONCLUSÕES

A maioria das utentes que recorre ao CMIN para interrupção de gravidez encontra-se numa situação laboral ativa (81,2 %), o que permite concluir que esta opção não está diretamente ligada a questões de falta de emprego.

Ao contrário do que seria expectável, uma percentagem significativa (40,68%) das utentes que realizaram interrupção de gravidez no CMIN no ano de 2017 possuem formação em curso superior. Dado o nível de intrusão, seria de supor que estas utentes tivessem um maior conhecimento acerca dos métodos contraceptivos e sua utilização, pelo que, a taxa de abortamentos esperada neste grupo seria inferior. Este facto permite constatar que, muito provavelmente, as campanhas de sensibilização junto da população ainda possuem algumas lacunas.

A maior percentagem das utentes, dá sequência ao processo no domicílio, o que implica um maior gasto de tempo (superior aos 30 minutos estabelecidos) no primeiro contacto de enfermagem, para informação e instrução do plano terapêutico (toma do Misoprostol no domicílio) bem como sobre métodos contraceptivos para futura contraceção responsável. Surge a necessidade da garantia de uma consulta de planeamento familiar minuciosa, para avaliar a adesão da utente à contraceção e sua vigilância. Além da carga emocional que o processo acarreta, existe a necessidade de esclarecer, ensinar e instruir a mulher sobre todo o processo, especialmente o regime terapêutico, para que se sinta segura no seu domicílio.

O facto de haver um maior número de mulheres a optar pela interrupção farmacológica no domicílio deve-se a múltiplos fatores, nomeadamente por ser a modalidade que oferece maior comodidade, sem haver necessidade de deslocação ao CMIN. No entanto, esta opção deve ser estudada criteriosamente em casos de gestações mais avançadas, gravidezes de mulheres com patologia, que necessitem de um acompanhamento mais rigoroso, ou em casos em que as utentes habitem a uma distância considerável do hospital. Nestes casos, deve ser bem ponderada a hipótese de realizar a intervenção em regime ambulatório hospitalar.

É de salientar que no ano de 2017, as IVG realizadas através do CMIN apresentaram uma baixa prevalência de complicações associadas (internamentos e curetagens), não se registando qualquer complicação grave ou morte materna, o que é bastante satisfatório no que diz respeito à eficácia e segurança dos protocolos implementados.

Evidencia-se que uma das principais causas que levam as mulheres a realizar interrupção de gravidez é a falha do método contraceptivo, nomeadamente a sua má utilização. Neste contexto, a articulação da segunda consulta e acompanhamento com a consulta de revisão e planeamento familiar mostrou-se benéfica para este processo, na medida em que

proporcionou uma continuidade dos cuidados e a avaliação e validação dos métodos contraceptivos transmitidos nos contactos com as utentes e adoptados posteriormente pelas mesmas.

Conclui-se, por fim, que é de extrema importância prestar uma assistência contínua à mulher e garantir que esta compreende claramente as instruções fornecidas durante todo o processo de IVG, principalmente as medidas a tomar no domicílio. Só assim se poderá sentir plenamente esclarecida, de maneira a que possa cooperar eficazmente com a equipa multidisciplinar e por forma a que a interrupção da gravidez decorra da forma mais segura e eficiente possível.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento muito especial ao Professor Dr. Paulo Sarmento, por se ter disponibilizado para a orientação deste trabalho e por estar sempre acessível para esclarecimento de dúvidas e ajuda na resposta aos desafios e obstáculos que foram surgindo.

À Enfermeira Maria Alcina Borges, por gentilmente ter disponibilizado a base de dados da enfermagem, sem a qual este estudo não seria possível.

Aos meus pais, ao meu irmão e à Ana, por toda a ajuda, compreensão e apoio, não só na elaboração deste trabalho, como ao longo de todo o percurso académico.

Um bem haja a todos.

BIBLIOGRAFIA

- [1] World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research (2012) Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd Edition.
- [2] Sech L, Gutierrez PS, Silverstein E, Mishell DR. Aborto induzido (Interrupção da gestação). Manual MSD: Versão para Profissionais.
- [3] Ribeiro FR, Spink MJ, (2011) Repertórios Interpretativos Na Controvérsia Sobre a Legalização do Aborto de Fetos Anencefálicos, *Psicologia & Sociedade*; 23: 63-71
- [4] “Decreto Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril,” in *Diário da República* n.º75 - I Série, Lisboa.
- [5] “Lei n.º 6/84 de 11 de Maio,” in *Diário da República* n.º109 - I Série, Lisboa.
- [6] “Lei n.º 90/97 de 30 de Julho,” in *Diário da República* n.º174- I Série-A, Lisboa: Assembleia da República.
- [7] “Portaria n.º 741-A/2007 de 21 de Junho,” in *Diário da República* n.º118 - I Série, no. 2, Lisboa.
- [8] Lavecchia M, Abenhaim HA. (2015) Effect of menstrual age on failure of medical management in women with early pregnancy loss. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, Canada*;37:617–623
- [9] Creinin MD, Spitz IM. (1999) Use of various ultrasonographic criteria to evaluate the efficacy of mifepristone and misoprostol for medical abortion. *American Journal Obstetrics Gynecology*. 181:1419–1424
- [10] Medical Abortion: An International Forum on Policies, Programmes and Services (2005) Medical Abortion: Expanding access to safe abortion and saving Women's lives: medical abortion. Johannesburg, South Africa, *Reprod Health Matters*, 13 (26): 11-12
- [11] Warriner IK, Wang D, Huong NT, Thapa K, Tamang A, Shah I et al, (2011)

Can mid-level health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomized controlled equivalence trial in Nepal. *Lancet*, 377: 1155-1161

[12] World Health Organization (2012) Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems. WHO, Geneva : (2nd ed.).

[13] Puri M, Tamang A, Shrestha P, Joshi D (2014) The role of auxiliary nurse-midwives and community health volunteers in expanding access to medical abortion in rural Nepal. *Reproductive Health Matters* . 43: 1-10

[14] Tamang A, Tuladhar S, Tamang J, Ganatra B, Dulal B (2012) Factors associated with choice of medical or surgical abortion among women in Nepal. *International Journal Gynecology Obstetrics*. 118 (Supplement 1): S52-S56

[15] World Health Organization (2015) Health workers' roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception. WHO, Geneva.

[16] Sneeringer RK, Billings DL, Ganatra B, Baird TL (2012) Roles of pharmacists in expanding access to safe and effective medical abortion in developing countries: a review of the literature. *Journal of Public Health Policy*. 33 (2): 218-229

[17] Fernandez MM, Coeytaux F, Leon RG, Harrison DL (2009) Assessing the global availability of Misoprostol. *International Journal of Gynaecology Obstetrics*. 105 (2):180-186

[18] Direcção-Geral de Saúde - Divisão de Saúde Reprodutiva (2013) Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez ao Abrigo da Lei 16/2007 de 17 de Abril - Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2012. Ministério da Saúde

[19] Direcção-Geral de Saúde - Divisão de Saúde Reprodutiva. (2012) Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez ao Abrigo da Lei 16/2007 de 17 de Abril - Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2011. Ministério da Saúde.

[20] Dias CM, Falcão IM, Falcão JM (2000) Contribuição para o estudo da ocorrência da interrupção voluntária da gravidez em Portugal continental (1993 a 1997): estimativas utilizando dados da rede de médicos sentinela e dos diagnósticos das altas hospitalares

(grupos de diagnósticos homogéneos). Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 18, no. 2, pp. 55–63

ANEXOS

ANEXO 1 - Circular Informativa n.º20/SR de 18.07.2007 (DGS)**Direção-Geral da Saúde****Circular Informativa****Assunto:** Modelo Normalizado do Consentimento livre e esclarecido para a interrupção da gravidez**Nº:** 20/SR
DATA: 18/07/07**Para:** Hospitais com Serviços de Ginecologia/Obstetrícia**Contacto na DGS:** Dra. Beatriz Pieroni Calado

A Portaria n.º741-A/2007 de 21 de Junho, no seu Artigo 4.º, determina o modelo de documento normalizado para o *Consentimento livre e esclarecido* para a interrupção da gravidez, ao abrigo do Artigo 142.º do Código Penal, onde se incluem as situações relacionadas com anomalia grave do feto.

Neste contexto, o impresso modelo instituído pela Circular Normativa n.º16/DSMIA/2001 é revogado, devendo ser substituído pelo constante do anexo I da Portaria n.º741-A/2007, cuja cópia se junta.

Informa-se, ainda, que de acordo com a referida Portaria - Artigo 8º, todas as interrupções de gravidez são de declaração obrigatória à Direção-Geral da Saúde, através de Registo *on line*.

O Director-Geral da Saúde

Francisco George



CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ

Estabelecimento de saúde

Eu _____ com o processo clínico n.º _____, venho declarar, de acordo com o n.º 4 do artigo 142º do Código Penal, que fui devidamente informada e que estou esclarecida sobre as condições em que vai ser realizada, no meu caso, a interrupção da gravidez e os procedimentos e eventuais consequências para a minha saúde inerentes à sua realização. Assim:

- ☐ Confirmando que tive a possibilidade de colocar todas as questões que pretendia e que as explicações que me foram fornecidas foram suficientemente claras para permitir a minha livre decisão;
- ☐ Confirmando que estou esclarecida sobre as consequências da interrupção da gravidez e que tenho consciência da possibilidade de ocorrerem complicações e de vir a ser necessária a realização de actos diferentes daqueles inicialmente propostos;
- ☐ Autorizo, nas circunstâncias acima referidas, que sejam efectuados todos os actos médicos indicados;
- ☐ Confirmando que fui informada sobre a importância, para a minha saúde, de seguir as recomendações e prescrições médicas no período pré e pós interrupção da gravidez, assim como de comparecer nas consultas que me forem indicadas;
- ☐ Autorizo a utilização posterior dos meus dados pessoais relativos à interrupção da gravidez, para os efeitos previstos na lei.

A preencher nas situações de interrupção da gravidez por opção da mulher, nos termos da alínea e) do n.º 1 do artigo 142º do Código Penal.

- ☐ Confirmando que fui informada sobre as condições de apoio que o Estado pode dar à prossecução da gravidez e à maternidade.
- ☐ Confirmando que, mediante a minha solicitação, me foi dada a possibilidade de acompanhamento psicológico ou por assistente social, durante o período de reflexão, que não foi inferior a 3 dias.

Como me foi explicado, esta interrupção da gravidez:

- ☐ Constitui o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o meu corpo ou para a minha saúde física ou psíquica
- ☐ Está indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o meu corpo ou para a minha saúde física ou psíquica e vai ser realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez
- ☐ Está indicada porque há seguros motivos para prever que o meu feto virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita e vai ser realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez
- ☐ Está indicada porque o feto é inviável
- ☐ Será efectuada porque a gravidez resultou de crime contra a minha liberdade e autodeterminação sexual e vai ser realizada nas primeiras 16 semanas de gravidez
- ☐ Será efectuada por minha opção e vai ser realizada nas primeiras 10 semanas de gravidez

Pretendo a interrupção da minha gravidez e autorizo a utilização do seguinte procedimento:

- ☐ Cirúrgico com anestesia local
- ☐ Cirúrgico com anestesia geral
- ☐ Medicamentoso
- ☐ Medicamentoso seguido de cirúrgico

Nome (em maiúsculas) _____

Assinatura _____

DATA ____/____/____

(Preencher em caso de menor de 16 anos ou mulher psiquicamente incapaz)

Nome do representante legal, do ascendente, do descendente ou do parente na linha colateral
(art. 142º, n.º 5 do Código Penal)

Assinatura _____

DATA ____/____/____



INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS PRESTADOS NA CONSULTA PRÉVIA

Confirmo que, no âmbito da consulta prévia, realizada no estabelecimento de saúde
_____ em ____/____/____,
informei a grávida _____

ou o representante legal, o ascendente, o descendente ou o parente na linha colateral

de forma adequada e compreensível, do significado da interrupção da gravidez, assim como dos
seus possíveis riscos e complicações.

Nome (em maiúsculas)

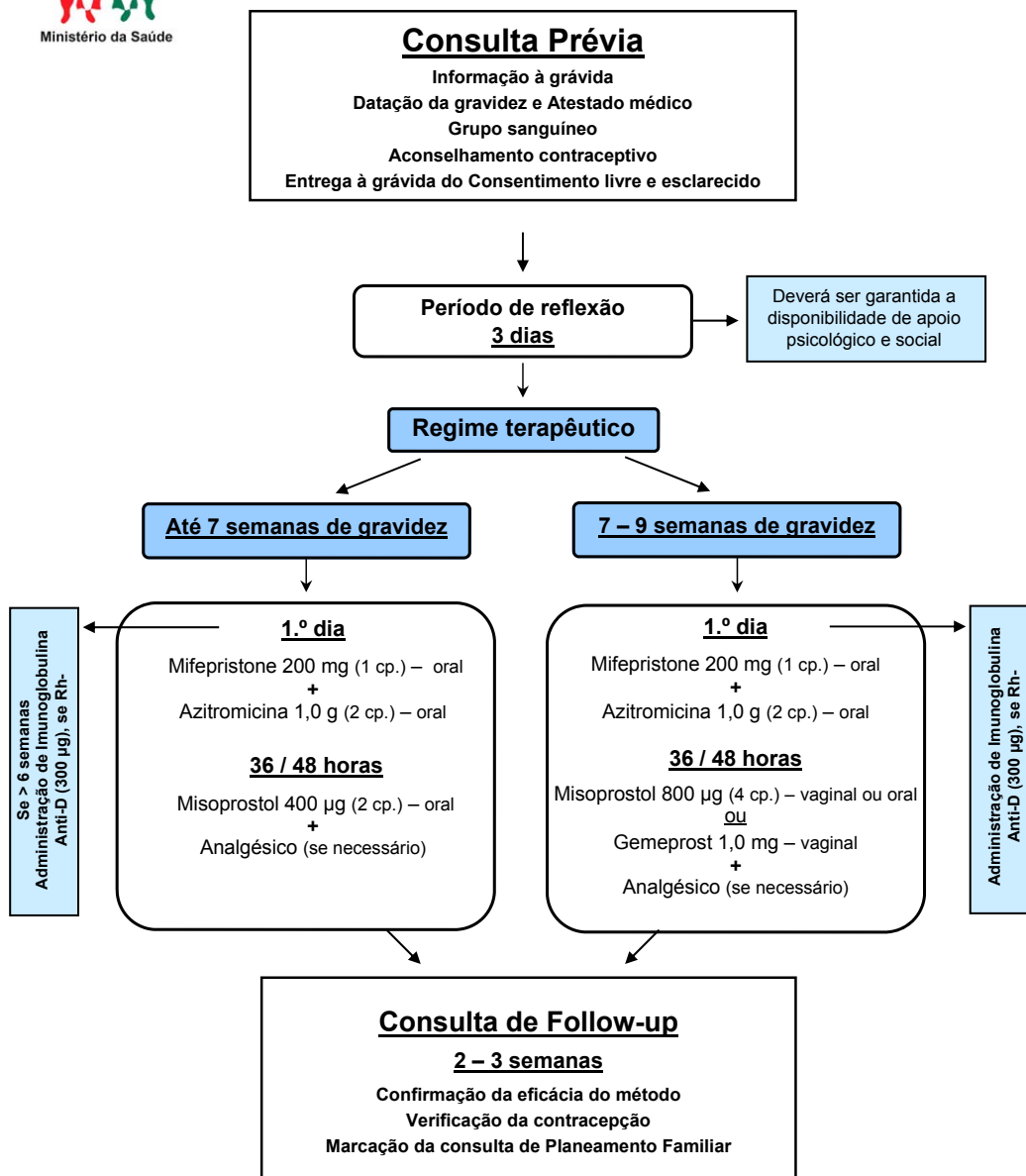
Assinatura

Data ____/____/____

ANEXO 2 - Circular Normativa n.º9/SR de 21.06.2007, página 9 (DGS)



Regime Terapêutico mifepristone/prostaglandina



ANEXO 3 – Folha para recolha da base de dados (Consulta de Enfermagem)

IGO – Folha de trabalho Mod.A Consulta de enfermagem: _____ Acompanhamento: _____  centro hospitalar do Porto Departamento da mulher										
Identidade / N.º processo	Idade prof	Gesta / Para	Grupo de sangue	Método/falha	S.G (sem)	Em casa / mjd	Método a usar	Interrup. anterior Data/local	Consulta Revisão C. externa	Método C. instituído C. Externa

ANEXO 4 – Folha de Registo das Interrupções de Gravidez (DGS)



REGISTO DA INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ

Os dados contidos neste registo são anónimos e não podem ser tomados públicos de forma individualizada em nenhuma circunstância. Serão utilizados apenas com fins estatísticos de saúde pública.

Motivo	1	Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da grávida	Acesso ao serviço para a interrupção da gravidez	1	Encaminhamento do Centro de Saúde
	2	Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida		2	Encaminhamento do Hospital Público
	3	Grave doença ou malformação congénita do nascituro		3	Encaminhamento de clínica / médico privado
	4	Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual		4	Iniciativa própria
	5	Por opção da mulher		5	Outro

A. DADOS DA UTENTE

IDADE

NACIONALIDADE

1	Portuguesa
2	Outra

 Se outra Nacionalidade, qual?

DISTRITO DE RESIDÊNCIA

CONCELHO DE RESIDÊNCIA

VIVE EM CASAL

1	Sim
2	Não

 ESTADO CIVIL

1	Solteira
2	Casada
3	Viúva
4	Divorciada
5	Separada

NÍVEL DE INSTRUÇÃO CONCLUÍDO

1	Não sabe ler nem escrever
2	Sabe ler sem ter frequentado a escola
3	Ensino Básico – 1.º Ciclo
4	Ensino Básico – 2.º Ciclo
5	Ensino Básico – 3.º Ciclo
6	Ensino Secundário
7	Ensino Superior

 SITUAÇÃO LABORAL

Grávida	Companheiro (caso exista)	
1	Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	1
2	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	2
3	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	3
4	Pessoal Administrativo, Serviços e similares	4
5	Agricultores, Operários, Artífices e outros Trabalhadores Qualificados	5
6	Forças militares e militarizadas	6
7	Trabalhadores não qualificados	7
8	Trabalho doméstico não remunerado	8
9	Estudante	9
10	Desempregado	10

N.º DE FILHOS Ano do último parto (aaaa)

N.º Interrupções da gravidez anteriores Ano da última interrupção da gravidez (aaaa)

No último ano esteve numa consulta para a utilização ou controlo de métodos contraceptivos?

1	Sim
2	Não

[se SIM] Especifique:

1	Público – Centro de Saúde	3	Privado
2	Público – Hospital	4	Outro

B. DADOS DA INTERVENÇÃO

Dias de espera para a consulta prévia

Data da consulta prévia aaaa-mm-dd

Data da intervenção/medicação inicial aaaa-mm-dd

Semanas de gestação no momento da intervenção

Procedimento utilizado na interrupção da gravidez:

1	Cirúrgico com anestesia local
2	Cirúrgico com anestesia geral
3	Medicamentoso
4	Outro

C. CONTRACEPÇÃO APÓS INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ

Método contraceptivo prescrito após a interrupção da gravidez

1	DIU
2	Implante
3	Hormonal oral ou injectável
4	Laqueação de trompas
5	Outro
6	Nenhum