Ipas

Actualizações Clínicas em Saúde Reprodutiva 2026



© 2026 Ipas.

Foto de portada de Sophoto Studios para Ipas.

Citação sugerida:

Ipas. (2026). *Actualizações Clínicas em Saúde Reprodutiva*. E. Jackson (Ed.). Ipas.

O Ipas trabalha a nível mundial para melhorar o acesso aos serviços de aborto seguro e contracepção para que todas as mulheres e adolescentes possam decidir o seu próprio futuro. Em toda a África, Ásia e América Latina, trabalhamos com parceiros para tornar os serviços de aborto seguro e contracepção amplamente disponíveis, para conectar as mulheres com informações vitais de modo que possam aceder a serviços seguros e defender o aborto seguro e legal.

O Ipas é uma organização sem fins lucrativos registada ao abrigo da secção 501(c)(3) do código fiscal dos EUA. Todas as contribuições para o Ipas podem ser dedutíveis nos impostos na medida do permitido por lei.

Para mais informações ou para doações ao Ipas:

info@ipas.org
www.ipas.org
P.O. Box 9990
Chapel Hill, NC 27515 USA

Ipas Network
11 Holland Avenue, Suite 300, Ottawa ON K1Y 4S, Canadá

Actualizações Clínicas em Saúde Reprodutiva 2026

Editora Médica:
Emily Jackson

Bibliotecária Responsável:
Allison Campbell

Equipa de Consultores Clínicos:

Sangeeta Batra, India

Abiyot Belai, Etiópia

Deeb Shrestha Dangol, Nepal

Ernest Nyamato, Quénia

Guillermo Ortiz, Estados Unidos

Bill Powell, Estados Unidos

Marcela Masabanda, América Latina e México

Mike Mpoyi, República Democrática do Congo

Henry Flores Bolivia

Edward Ngoga, Quénia

Agradecimentos

Agradecimentos a todos os que contribuíram para a elaboração desta e das versões anteriores das *Actualizações Clínicas em Saúde Reprodutiva,* nomeadamente:

Babatunde Adelekan
Rebecca Allen
Lynn Borgatta
Dalia Brahmi
Anne Burke
Catherine Casino
Talemoh Dah
Gillian Dean
Alison Edelman
Courtney Firestine
Mary Fjerstad
Bela Ganatra
Vinita Goyal
Joan Healy
Emily Jackson
Nathalie Kapp
Bliss Kaneshiro
Ann Leonard
Radha Lewis
Patricia Lohr
Claudia Martinez Lopez
Steve Luboya
Alice Mark (Editora Fundadora)
Lisa Memmel
Karen Padilla
Regina Renner
Cristião Rosas
Laura Schoedler

Os temas das *Actualizações Clínicas* são determinados através de questões reunidas nas acções de formação e programas apoiados pelo Ipas nos sectores público e privado de saúde. Pelos seus conhecimentos técnicos e contribuições, agradecemos aos formadores clínicos e ao pessoal local dos programas do Ipas em África, na Ásia e América Latina, bem como à Fundação para o Desenvolvimento da Índia.

Lista de abreviaturas

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists [Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas]
CI	intervalo de confiança
D&E	dilatação e evacuação/esvaziamento
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
GRADE	Classificação da Análise, Desenvolvimento e Avaliação de Recomendações [Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation]
hCG	gonadotrofina coriónica humana
IM	intramuscular
IU	unidades internacionais
DIU	dispositivo intra-uterino
IV	intravenoso/a
Kg	quilograma
DUM	data da última menstruação
Mcg	micrograma
Mg	miligrama
AMIU	aspiração manual intra-uterina
mL	mililitro
MOOSE	Meta-Análise de Estudos Observacionais em Epidemiologia [Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology]
AINE	Anti-inflamatório não Esteróide
PRISMA	Itens Preferenciais a Reportar em Revisões Sistemáticas e Meta-Análises [Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses]
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [Colégio Real de Obstetras e Ginecologistas]
RR	risco relativo
SC	subcutâneo/a
OMS	Organização Mundial da Saúde

Índice

Introdução 8

Apresentação das recomendações do Ipas 8

1. Recomendações Gerais Para Os Serviços De Aborto 11

1.1 Resumo dos regimes recomendados para o aborto medicamentoso **11**
1.2 Esvaziamento intra-uterino: Substituir a curetagem por aspiração ou medicamentos **13**
1.3 Antibióticos profiláctico para a aspiração intra-uterina e dilatação e evacuação **15**
1.4 Antibióticos profiláctico para o aborto medicamentoso **19**
1.5 Contra-indicações e precauções para o aborto medicamentoso **21**
1.6 Qualidade do misoprostol **25**

2. Controlo da dor 28

2.1 Controlo da dor para o aborto medicamentoso antes da 13.ª semana de gestação **28**
2.3 Controlo da dor para a aspiração intra-uterina **35**
2.4 Controlo da dor para a dilatação e evacuação para a dilatação e evacuação **42**
2.5 Bloqueio paracervical **46**

3. Recomendações para o aborto antes da 13.ª semana de gestação 50

3.1 Adolescentes: Segurança e eficácia **50**
3.2 Cálculo da idade gestacional **54**
3.3 Rastreio da gravidez ectópica **59**
3.4.1. Segurança e eficácia **63**
3.4.2. Preparação cervical **67**
3.4.3. Exame bimanual **70**
3.4.4. Exame dos produtos da concepção **72**
3.4.5. Processamento dos Aspiradores Ipas AMIU Plus e de Válvula Simples **74**
3.5 Aborto medicamentoso **77**
3.5.1. Auto-administração **77**
3.5.2. Risco de malformações fetais **82**
3.5.3. Mifepristona e misoprostol: Regime recomendado **84**
3.5.4. Mifepristona isolado: Regime recomendado **90**
3.5.5. Uso domiciliário de medicamentos até à 12.ª semana de gestação **96**
3.5.6. Confirmação do sucesso **101**
3.5.7. Resultados da ecografia no acompanhamento **106**

4. Aborto durante ou após a 13.ª semana de gestação **109**

4.1 Quem se submete a um aborto durante ou após a 13.a semana de gestação? **109**
4.2 Comparação entre os diferentes métodos **114**
4.3 Cálculo da idade gestacional **117**
4.4 Indução de morte fetal **120**
4.5 Acompanhamento **124**
4.6 Dilatação e evacuação **125**
4.6.1. Preparação cervical **125**
4.7 Aborto medicamentoso **131**
4.7.1 Mifepristona e misoprostol: Regime recomendado **131**
4.7.2. Misoprostol isolado: Regime recomendado **137**
4.7.3. Presença de cicatriz uterina: Regime recomendado **141**

5. Assistência pós-aborto **144**

5.1 Tratamento de aborto incompleto e aborto retido para tamanho uterino inferior a 13 semanas **144**
5.2 Tratamento de aborto incompleto e morte fetal intra-uterina para tamanho uterino de 13 semanas ou superior **149**
5.3 Contracepção pós-aborto: Quando e de que tipo **152**
5.4 Uso de DIU pós-aborto: Segurança e momento adequado **159**
5.5 Hemorragia pós-aborto: Prevenção e tratamento **164**
5.6 Tratamento de perfuração uterina **168**

Anexos **172**

A. Tabela de medicamentos para a dor **172**
B. Continnum de profundidade da sedação: Definição de anestesia geral e níveis de sedação/analgesia **176**
C. Recomendações da Organização Mundial da Saúde para os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto **178**

Introdução

As *Actualizações Clínicas em Saúde Reprodutiva* do Ipas contêm recomendações clínicas actualizadas e baseadas na evidência sobre serviços de cuidados completos de aborto, com novos temas e recursos adicionados regularmente. As *Actualizações Clínicas em Saúde Reprodutiva* fornecem informação concisa e fácil de ler sobre os serviços de aborto, combinando a evidência mais recente com as lições aprendidas dos profissionais de saúde a nível mundial para produzir recomendações clínicas relevantes.

Quem deve usar este recurso

Publicadas pela primeira vez em 2013, as *Actualizações Clínicas em Saúde Reprodutiva* foram concebidas originalmente como um recurso clínico actualizado e baseado na evidência para o pessoal do Ipas. Ao longo do tempo, a publicação também foi útil para:

- **profissionais de saúde** que prestam serviços de aborto
- **profissionais de saúde clínica e de saúde pública** que trabalham em protocolos de cuidados aos pacientes nos sistemas de saúde pública e no sector privado
- **defensores do aborto seguro e decisores políticos** que elaboram leis e políticas que garantam o direito à saúde das mulheres, das raparigas e das pessoas grávidas

O que há de novo nesta revisão

Nesta edição das *Actualizações Clínicas em Saúde Reprodutiva*, apresentam-se recomendações actualizadas e baseadas na evidência sobre mais de 40 temas relacionados aos serviços de aborto. Durante a actualização de 2026, revimos a literatura recentemente publicada relacionada com todos os temas abordados neste documento e actualizámos as nossas recomendações, dicas de "Na prática", resumos de evidências, ferramentas e recursos clínicos, de modo a reflectir os dados clínicos mais recentes relacionados com os cuidados completos de aborto.

A versão online das *Actualizações Clínicas* (www.ipas.org/ActualizaçõesClínicas) contém as recomendações incluídas neste manual juntamente com menus suspensos fáceis de usar para ajudar os leitores a navegar rapidamente para a informação de que precisam. Ambas as versões *online* e impressa/PDF estão também disponíveis em espanhol, francês e português.

Por fim, reconhecendo que as pessoas que se identificam como transgénero, não-binárias, fluidas em termos de género e outras identidades de género podem experimentar a gravidez e o aborto, tentámos incorporar uma linguagem inclusiva em termos de género nesta revisão das *Actualizações Clínicas em Saúde Reprodutiva*. A maior parte da evidência disponível sobre cuidados de aborto foi realizada em populações de mulheres cisgénero; quando estudos específicos incluídos nas *Actualizações Clínicas em Saúde Reprodutiva* descrevem os participantes do estudo como "mulheres", também usamos o termo "mulheres" de forma a sermos consistentes com o que é reportado. Nas nossas discussões sobre o aborto em geral, e quando nos referimos a todos os indivíduos com diversidade de género que necessitam de cuidados de aborto, usamos os termos "pessoas", "indivíduos", "quem procura aborto" ou outra linguagem que inclua o género.

Apresentação das recomendações do Ipas

O Ipas esforça-se para incorporar a melhor evidência científica nos seus programas clínicos. Esta secção documenta a metodologia que o Ipas utiliza para apresentar as suas recomendações clínicas.

Uso da evidência para corroborar as recomendações

As recomendações clínicas são baseadas na evidência relevante publicada e revista por pares. Para cada tema clínico contido nas *Actualizações Clínicas em Saúde Reprodutiva*, realizamos revisões sistemáticas da literatura usando uma metodologia elaborada a partir das directrizes dos Itens Preferenciais a Reportar em Revisões Sistemáticas e Meta-Análises (PRISMA) e Meta-análise de Estudos Observacionais em Epidemiologia (MOOSE) (Page et al., 2021; Stroup, Berlin, & Morton, 2000).

Processo para apresentação de recomendações

O Ipas aplica o sistema de Classificação de Análise, Desenvolvimento e Avaliação de Recomendações (GRADE) para a formulação das suas recomendações (Schunemann et al., 2013). O sistema GRADE fornece uma estrutura para avaliar a qualidade da evidência disponível e traduzir essa evidência numa recomendação apropriada para o contexto. Para cada recomendação nas *Actualizações Clínicas,* tanto a qualidade da evidência como a força da recomendação baseadas nessa evidência são indicadas.

Qualidade da evidência

As fontes de evidência clínica variam de estudos clínicos grandes e bem desenhados que minimizaram o viés até observações clínicas não controladas, séries de casos ou relatórios. Quando não há evidência disponível, pode usar-se a opinião de especialistas. No sistema GRADE, a qualidade da evidência relacionada com um determinado tema clínico é definida como a extensão a que alguém pode estar confiante de que uma estimativa do efeito está correcta e a medida na qual a evidência disponível se relaciona com o contexto específico onde está a ser aplicada. Ao avaliar a qualidade da evidência, consideram- se os seguintes critérios:

- o desenho do estudo
- as limitações do estudo e o risco de viés
- a consistência dos resultados entre os diferentes estudos disponíveis
- a precisão dos resultados (intervalos de confiança largos ou estreitos)
- a aplicabilidade em relação às populações, intervenções e locais onde a intervenção proposta pode ser usada
- a probabilidade de viés de publicação

As determinações de qualidade da evidência são indicadas da seguinte forma (Balshem et al., 2011):

- Um grau **elevado:** estamos muito confiantes de que o efeito real se situa próximo da estimativa do efeito.
- Um grau **moderado:** estamos moderadamente confiantes na estimativa do efeito. O efeito real provavelmente estará próximo da estimativa do efeito, mas existe a possibilidade de que seja substancialmente diferente.
- Um grau **baixo:** a confiança na estimativa do efeito é limitada. O efeito real pode ser substancialmente diferente da estimativa.
- Um grau **muito baixo:** estamos pouco confiantes na estimativa do efeito. É provável que o efeito real seja substancialmente diferente da estimativa.

Por exemplo, aos ensaios aleatorizados é inicialmente atribuído um grau elevado, enquanto os estudos observacionais são inicialmente classificados como tendo uma baixa qualidade.

Força da recomendação

A força da recomendação é definida como o grau a que alguém pode estar confiante de que as consequências desejáveis de uma recomendação superam as consequências indesejáveis (Andrews et al., 2013). Os efeitos desejáveis incluem melhores resultados de saúde, menos encargos para provedores de serviços e sistemas de saúde, bem como maior poupança. Os efeitos indesejáveis incluem danos aos pacientes, inconveniência ou incómodo e maior utilização de recursos.

- As recomendações **fortes** são feitas quando os efeitos desejáveis de uma intervenção recomendada superam claramente os efeitos indesejáveis (Schunemann et al., 2013). A maioria das pessoas faria a escolha recomendada para uma intervenção (Andrews et al., 2013).
- As recomendações **fracas** são feitas quando a evidência sugere que os efeitos desejáveis de uma intervenção recomendada provavelmente superam os efeitos indesejáveis, mas há pequenos benefícios ou benefícios que podem não valer os custos (Schunemann et al., 2013). Embora a maioria das pessoas informadas escolhesse o plano de acção recomendado, um número substancial não o escolheria (Andrews et al., 2013).

É possível ter uma recomendação forte baseada em evidência de baixa qualidade?

Resposta: Sim. Existem muitos factores que influenciam a força de uma recomendação.

Por exemplo, embora haja evidência limitada sobre o exame bimanual antes da aspiração intra-uterina, vários factores aumentam a força da recomendação de que o exame bimanual deve ser realizado pelo médico que irá fazer o procedimento: 1) o benefício potencial para as pacientes, 2) o baixo risco de danos associados ao exame bimanual e 3) o custo reduzido, bem como potenciais poupanças quando se evitam complicações. Todos ou quase todos os provedores de saúde e as mulheres, quando informados do equilíbrio entre efeitos desejáveis e indesejáveis, optarão por incluir um exame bimanual antes dos procedimentos intra-uterinos.

Manutenção das Actualizações Clínicas

As *Actualizações Clínicas* são revistas regularmente. A data da "última revisão" para cada tema indica que toda a literatura relevante publicada até essa data foi considerada e incluída, sempre que necessário. Novos temas e revisões propostas para o documento vieram dos utilizadores finais, de um representante do Grupo de Consultores Clínicos das Actualizações Clínicas a nível regional e das observações feitas durante a monitoria periódica de qualidade de serviços clínicos em programas apoiados pelo Ipas. O Grupo de Consultores Clínicos representativo a nível regional reviu todas as actualizações propostas pela editora médica. As novas recomendações ou recomendações substancialmente revistas podem ser objecto de um processo de revisão interna por pares. O processo de revisão, incluindo a revisão sistemática da literatura, documentação do conjunto de evidências, formulação e revisão de recomendações e as alterações resultantes nas *Actualizações clínicas em saúde reprodutiva,* encontra-se documentado e arquivado.

Referências

Andrews, J., Guyatt, G., Oxman, A., Alderson, P., Dahm, P., Falck-Ytter, Y., ... Schunemann, H. J. (2013). GRADE Guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: The significance and presentation of recommendations. *Journal of Clinical Epidemiology, 66*, 719-725.

Balshem, H., Helfand, M., Schunemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., ... Guyatt, G. H. (2011). GRADE Guidelines: 3. Rating the quality of the evidence. *Journal of Clinical Epidemiology, 64,* 401-406.

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffman, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hrobjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L.A., Thomas, J., Tricco, A.C., Welch, V.A., Whiting, P., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ,* 372, n71.

Schunemann, H., Brozek, J., Guyatt, G., & Oxman, A. (2013). GRADE Handbook. Available at: https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.ged5uqebmir9. Accessed April 15, 2023.

Stroup, D. F., Berlin, J. A., Morton, S. C., Olkin, I., Williamson, G. D., Rennie, D. ... for the Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) Group. (2000). Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology: A proposal for reporting. *JAMA, 283*(15), DOI:10.1001/jama.283.15.2008.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed.* Geneva: World Health Organization.

1.1 Resumo dos regimes recomendados para o aborto medicamentoso

Aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol

Antes da 13.ª semana de gestação:

- 200 mg de mifepristona por via oral
- 800 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou vaginal, 1-2 dias após mifepristona. A dose de misoprostol pode ser repetida para conseguir um aborto bem-sucedido. Após 9 semanas de gestação, o uso rotineiro de pelo menos duas doses de misoprostol, administradas com 3-4 horas de intervalo, melhora as taxas de aborto bem-sucedido.

Durante ou após a 13.ª semana de gestação (13-24 semanas):

- 200 mg de mifepristona por via oral
- 400 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou vaginal, 1-2 dias após mifepristona, depois a cada três horas, até à expulsão fetal e placentária
- O tempo médio para o aborto é de 6-10 horas após o início do misoprostol, embora algumas pessoas precisem de mais tempo para conseguir um aborto bem-sucedido.

Aborto medicamentoso com misoprostol isolado

Antes da 13.ª semana de gestação:

- 800 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou vaginal, a cada três horas, até à expulsão.
- As pessoas que se submetem a um aborto medicamentoso com misoprostol isolado fora de uma unidade sanitária devem receber 3-4 doses de misoprostol, dependendo do cenário.

Durante ou após a 13.ª semana de gestação (13-24 semanas):

- 400 mcg de misoprostol por via sublingual ou vaginal a cada três horas até à expulsão fetal e placentária. A dosagem vaginal é mais eficaz do que outras vias.
- O tempo médio para o aborto é de 10-15 horas após o início do misoprostol, embora algumas pessoas precisem de vários dias para conseguir um aborto bem-sucedido.

Tratamento medicamentoso de aborto incompleto, aborto retido ou morte fetal intra-uterina (assistência pós-aborto)

Tamanho uterino inferior a 13 semanas:

- Aborto incompleto:
  - 600 mcg de misoprostol por via oral em dose única ou 400 mcg em dose única por via bucal, sublingual ou, na ausência de sangramento vaginal, por via vaginal
- **Aborto retido:**
  - 800 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou, na ausência de sangramento vaginal, por via vaginal, a cada três horas, até à expulsão (geralmente 1-3 doses)
  - Onde disponível, adicionar pré-tratamento com 200 mg de mifepristona por via oral, 1-2 dias antes de misoprostol

Tamanho uterino de 13 semanas ou superior:

- **Aborto incompleto:**
  - 400 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou, na ausência de sangramento vaginal, por via vaginal a cada três horas até à expulsão
- **Morte fetal intra-uterina (até às 24 semanas):**
  - 400 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou, na ausência de sangramento vaginal, por via vaginal a cada 4-6 horas até à expulsão.
  - Onde disponível, adicionar pré-tratamento com 200 mg de mifepristona por via oral, 1-2 dias antes de misoprostol.

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Protocolos para o aborto medicamentoso (cartão de dosagem)

Mifepristona/Misoprostol Roda de Cálculo da Idade Gestacional

Misoprostol isolado Roda de Cálculo da Idade Gestacional

1.2 Esvaziamento intra-uterino: Substituir a curetagem por aspiração ou medicamentos

Recomendação:

- A aspiração intra-uterina ou aborto medicamentoso devem substituir a curetagem (também conhecida como dilatação e curetagem [D&C]) para o tratamento de aborto e assistência pós-aborto.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Moderada	29 de Setembro de 2025

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) recomendam contra o uso de curetagem-incluindo 'verificações' de curetagem para completar o aborto-e afirmam que a aspiração intra-uterina ou regimes de medicamentos devem substituir a curetagem para o esvaziamento intra-uterino (FIGO, 2011; OMS, 2024). Em locais onde não existam serviços de esvaziamento intra-uterino, a aspiração intra-uterina e o aborto medicamentoso devem ser introduzidos.

Várias revisões sistemáticas mostraram que a aspiração intra-uterina é tão eficaz quanto a curetagem no tratamento de abortos precoces incompletos e retidos, reduzindo o tempo do procedimento, a perda de sangue e a dor (Ghosh et al., 2021; Tuncalp, Gulmezoglu, & Souza, 2010), e que é exequível introduzi-la em serviços que utilizam D&C (Kakinuma, et al 2020). Numa série retrospectiva de casos de 80.437 mulheres que procuraram o aborto induzido, a aspiração intra-uterina foi associada a menos da metade da taxa de complicações de maior e menor dimensão em comparação com a curetagem (Grimes, Schulz, Cates Jr, & Tyler Jr., 1976). Numa série mais recente, incluindo mais de 100.000 procedimentos de aborto, constatou-se que a curetagem realizada sozinha ou em combinação com a aspiração intra-uterina tinha uma probabilidade significativamente mais elevada de estar associada a complicações, particularmente para o aborto incompleto, do que a aspiração intra-uterina sem curetagem (Sekiguchi et al., 2015).

Vários estudos sobre o aborto induzido e assistência pós-aborto mostraram que pelo facto de a aspiração intra-uterina poder ser realizada por muitos tipos de profissionais de saúde sem anestesia geral, os custos para o sistema de saúde e para as pessoas são significativamente menores do que os da curetagem (Benson, Okoh, KrennHrubec, Lazzarino, & Johnston, 2012; Choobun, Khanuengkitkong, & Pinjaroen, 2012; Farooq, Javed, Mumtaz, & Naveed, 2011; Johnston, Akhter, & Oliveras, 2012).

Uma meta-análise em rede de 2021 comparou os métodos de esvaziamento intra-uterino cirúrgico, incluindo D&C, com o tratamento médico da perda gestacional precoce, tendo constatado uma eficácia semelhante para a aspiração intra-uterina, D&C e tratamento médico (Ghosh et al., 2021). A segurança e a tolerabilidade dos regimes medicamentosos para o esvaziamento intra-uterino estão bem documentadas (Kulier et al., 2011; Neilson, Gyte, Hickey, Vazquez, & Dou, 2013).

O uso de curetagem para tratar casos de aborto incompleto ou retido pode ser associado a síndrome de Asherman (aderências intra-uterinas). Uma revisão retrospectiva dos resultados de um centro de cuidados terciários reportou um número de 884 mulheres, submetidas à curetagem, aspiração intra-uterina ou misoprostol para perda gestacional precoce (Gilman Barber, Rhone e Fluker, 2014). No acompanhamento, 1,2% das mulheres que tinham sido tratadas com curetagem tiveram síndrome de Asherman (6 em 483 mulheres), ao passo que não se identificaram casos em 401 mulheres tratadas com a aspiração intra-uterina ou misoprostol.

Referências

Benson, J., Okoh, M., KrennHrubec, K., Lazzarino, M. A., & Johnston, H. B. (2012). Public hospital costs of treatment of abortion complications in Nigeria. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 118*(2), 60012-60015.

Choobun, T., Khanuengkitkong, S., & Pinjaroen, S. (2012). A comparative study of cost of care and duration of management for first-trimester abortion with manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 286*(5), 1161-1164.

Farooq, F., Javed, L., Mumtaz, A., & Naveed, N. (2011). Comparison of manual vacuum aspiration, and dilatation and curettage in the treatment of early pregnancy failure. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad, 23*(3), 28-31.

FIGO. (2011). Consensus statement on uterine evacuation. Retrieved from https://www.figo.org/news/new-download-uterine-evacuation-figo-consensus-statement-0014150.

Ghosh, J., Papadopoulou, A., Devall, A.J., Jeffery, H.C., Beeson, L.E., ... & Gallos, I.D. (2021). Methods for managing miscarriage: A network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 6*(6):CD012602

Gilman Barber, A. R., Rhone, S. A., & Fluker, M. R. (2014). Curettage and Asherman's syndrome-lessons to (re-) learn? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 36*(11), 997-1001.

Grimes, D. A., Schulz, K. F., Cates Jr, W., & Tyler, C. W., Jr. (1976). *The Joint Program for the Study of Abortion/CDC: A Preliminary Report.* Paper presented at the Abortion in the Seventies: Proceeding of the Western Regional Conference on Abortion, Denver, Colorado.

Johnston, H. B., Akhter, S., & Oliveras, E. (2012). Quality and efficiency of care for complications of unsafe abortion: A case study from Bangladesh. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 118*(2), 60013-60017.

Kakinuma, T., Kakinuma, K., Sakamoto, Y., Kawarai, Y., Saito, K., Ihara, M., Matsuda, Y., Sato, I., Ohwada, M., Yanagida, K., & Tanaka, H. (2020). Safety and efficacy of manual vacuum suction compared with conventional dilatation and sharp curettage and electric vacuum aspiration in surgical treatment of miscarriage: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth, 16;20(1), 695.

Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L., & Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 9*(11).

Neilson, J. P., Gyte, G. M., Hickey, M., Vazquez, J. C., & Dou, L. (2013). Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 28*(3).

Sekiguchi, A., Ikeda, T., Okamura, K., & Nakai, A. (2015). Safety of induced abortions at less than 12 weeks of pregnancy in Japan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *129*(1), 54-57.

Tuncalp, O., Gulmezoglu, A. M., & Souza, J. P. (2010). Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systemtatic Reviews, 8*(9).

World Health Organization. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed.* Geneva: World Health Organization.

1.3 Antibióticos profilácticos para a aspiração intra-uterina e dilatação e evacuação

Recomendação:

- Administrar antibióticos profilácticos antes da aspiração intra-uterina e dilatação e evacuação (D&E).
- Podem ainda oferecer-se procedimentos de aspiração intra-uterina em locais onde os antibióticos não estejam disponíveis.
- Administrar doses de tratamento com antibiótico às pessoas que apresentem sinais ou sintomas de infecções de transmissão sexual; os parceiros de pessoas com infecções de transmissão sexual também necessitam de tratamento. O tratamento não deve adiar o esvaziamento intra-uterino.

Na prática:

- Uma dose única de doxiciclina (um antibiótico de tetraciclina) ou de metronidazol (um antibiótico de nitroimidazol) é normalmente usada quando é necessária profilaxia antibiótica, devido à sua eficácia, facilidade de administração oral, baixo custo e baixo risco de reação alérgica

Força da recomendação:

Forte

Qualidade da evidência:

- Aspiração intra-uterina: Alta
- D&E: Muito Baixa
- Aborto incompleto ou retido: Moderada

Risco de infecção

Quando se usam medidas objectivas para diagnosticar a infecção pós-aborto depois da realização de aspiração intra-uterina antes da 13.ª semana de gestação, a taxa de infecção varia de 0,01% a 2,44% (Achilles & Reeves, 2011). Em estudos realizados nos Estados Unidos antes do uso rotineiro da profilaxia antibiótica, as taxas de infecção reportadas após D&E variaram de 0,8% a 1,6% (Achilles & Reeves, 2011).

Evidência para profilaxia antibiótica

Uma meta-análise da *Cochrane* de 19 ensaios clínicos aleatorizados controlados mostrou que a administração de antibióticos profilácticos no momento da aspiração intra-uterina para o aborto induzido antes da 13.ª semana de gestação reduz significativamente o risco de infecção (Low et al., 2012). A evidência para apoiar o uso de antibióticos profilácticos antes da D&E é limitada; no entanto, devido ao benefício demonstrado dos antibióticos profilácticos antes da aspiração intra-uterina, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024), a

Sociedade de Planeamento Familiar (Cheng et al., 2025), o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG, 2018; reafirmado em 2022) e o Colégio Real de Obstetras e Ginecologistas (RCOG, 2022) recomendam antibióticos profilácticos para todas as mulheres submetidas à aspiração intra-uterina ou D&E.

Uma meta-análise da *Cochrane* de seis ensaios clínicos aleatorizados controlados mostrou que a administração de antibióticos profiláticos antes do esvaziamento intra-uterino para o aborto incompleto ou retido (cuidados pós-aborto) até às 22 semanas de gestação reduziu significativamente o risco de infecção uterina quando a análise se limitou a estudos de alta qualidade (Ahmed et al., 2025). O maior dos estudos incluídos, um ensaio aleatorizado multinacional que analisou os antibióticos profiláticos actualmente recomendados, administrados como parte dos cuidados pós-aborto até às 22 semanas, constatou que menos mulheres no grupo de antibióticos profilácticos desenvolveram infecção pós-aborto do que aquelas no grupo do placebo, quando critérios estritos de diagnóstico internacional para infecção pélvica foram usados (Lissauer et al., 2019; Serwadda, 2019). Uma análise secundária deste estudo descobriu que a profilaxia com antibióticos é económica, estimando que a profilaxia de rotina poderia economizar US$ 8.5 milhões em duas regiões: África Subsaariana e Sul da Ásia (Goranitis et al., 2019).

A administração de antibióticos profiláticos é mais eficaz e menos dispendiosa do que a realização de rastreio em todas as pessoas que procuram cuidados para o aborto e o tratamento apenas daquelas que apresentam evidências de infecção (Levallois & Rioux, 1988; Low et al., 2012). Dado que o risco global de infecção com procedimentos de aborto é muito baixo, a incapacidade de oferecer antibióticos não deve limitar o acesso ao aborto (OMS, 2024).

Regime

Vários regimes de antibióticos são eficazes na profilaxia antes do aborto (Cheng et al., 2025; Low et al., 2012). Geralmente utilizam-se tetraciclinas (doxiciclina) e nitroimidazóis (metronidazol e tinidazol) por causa da sua eficácia, facilidade de administração oral, baixo custo e baixo risco de reacções alérgicas; as penicilinas também se revelaram eficazes, mas apresentam um maior risco de alergia (Achilles & Reeves, 2011; O'Connell et al., 2008; OMS, 2024). Embora os estudos sobre o aborto sejam limitados (Caruso et al., 2008), a evidência da literatura obstétrica (Costantine et al., 2008), ginecológica (Mittendorf et al., 1993) e cirurgia geral (Classen et al., 1992) apoiam a prática de administração de antibióticos antes do procedimento para reduzir o risco de infecções. Os regimes de antibióticos não precisam ser continuados após o procedimento de aborto (Cheng et al., 2025; Caruso, et al., 2008; Levallois & Rioux, 1988; Lichtenberg & Shott, 2003).

A tabela a seguir ilustra os regimes recomendados por organizações profissionais com base na evidência clínica e opiniões de especialistas.

Regimes comuns	Recomendado por
200 mg de doxiciclina, por via oral antes do procedimento ou 500 mg de azitromicina, por via oral, antes do procedimento ou 500 mg de metronidazol, por via oral, antes do procedimento	*Society of Family Planning* (Cheng et al., 2025)
200 mg de doxiciclina por via oral dentro de 1 hora antes do procedimento	*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2018; reafirmado em 2022)

Antibióticos com dilatadores osmóticos

Apesar de não ter sido devidamente estudado, a preparação cervical com dilatadores osmóticos não parece aumentar o risco de infecção (Fox & Krajewski, 2014; Jonasson et al., 1989). Alguns provedores de saúde iniciam antibióticos no momento da colocação do dilatador osmótico, não obstante a inexistência de estudos que avaliem o benefício desta prática (White et al., 2018). A profilaxia antibiótica com colocação de um dilatador não deve substituir a profilaxia antibiótica administrada no momento do procedimento de esvaziamento intra-uterino (Cheng et al., 2025).

Antibióticos terapêuticos

As pessoas com elevado risco devem ser examinadas quanto à presença de infecções de transmissão sexual, para além de receberem antibióticos profiláticos. As pessoas que apresentam sinais e sintomas de infecções de transmissão sexual devem receber serviços de aborto sem demora e com o tratamento antibiótico adequado, de acordo com regimes baseados na evidência (Cheng et al., 2025; OMS, 2024; OMS, 2021). Os parceiros das pessoas com infecções de transmissão sexual também necessitam de tratamento (OMS, 2025; OMS, 2021).

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Recomendações para o uso de antibióticos profiláticos nos cuidados de aborto seguro (cartão)

Referências

Achilles, S. L., & Reeves, M. F. (2011). Society of Family Planning Clinical Guideline 20102: Prevention of infection after induced abortion. *Contraception*, *83*(4), 295-309.

Ahmed, S. I., Ammerdorffer, A., Moakes, C. A., Cheshire, J., Gülmezoglu, A. M., Coomarasamy, A., Lissauer, D., & Wilson, A. (2025). Prophylactic antibiotics for uterine evacuation procedures to manage miscarriage. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4*(4), CD014844.

American College of Obstetrics and Gynecology. (2018, reaffirmed 2022). Practice Bulletin No. 195: Prevention of infection after gynecologic procedures. *Obstetrics & Gynecology, 131*(6), e172-e189.

Caruso, S., Di Mari, L., Cacciatore, A., Mammana, G., Agnello, C., & Cianci, A. (2008). [Antibiotic prophylaxis with prulifloxacin in women undergoing induced abortion: A randomized controlled trial]. *Minerva Ginecologica*, *60*(1), 1-5.

Cheng, T., Kumar, N., Laursen, L., Achilles, S. L., & Reeves, M. F. (2025). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Prevention of infection after abortion and pregnancy loss. *Contraception*, *148*.

Classen, D. C., Evans, R. S., Pestotnik, S. L., Horn, S. D., Menlove, R. L., & Burke, J. P. (1992). The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical-wound infection. *The New England Journal of Medicine*, *326*(5), 281-286.

Costantine, M. M., Rahman, M., Ghulmiyah, L., Byers, B. D., Longo, M., Wen, T., & Saade, G. R. (2008). Timing of perioperative antibiotics for cesarean delivery: A metanalysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *199*(3), 301-306.

Fox, M. C., & Krajewski, C. M. (2014). Society of Family Planning Clinical Guideline 20134: Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks' gestation. *Contraception, 89*(2), 75-82.

Goranitis, I., Lissauer, D. M., Coomarasamy, A., Wilson, A., Daniels, J., Middleton, L., ... & Roberts, T. E. (2019). Antibiotic prophylaxis in the surgical management of miscarriage in low-income countries: a cost-effectiveness analysis of the AIMS trial. *The Lancet Global Health, 7*(9), e1280-e1286.

Jonasson, A., Larsson, B., Bygdeman, S., & Forsum, U. (1989). The influence of cervical dilatation by laminaria tent and with Hegar dilators on the intrauterine microflora and the rate of postabortal pelvic inflammatory disease. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *68*(5), 405-410.

Levallois, P., & Rioux, J. E. (1988). Prophylactic antibiotics for suction curettage abortion: Results of a clinical controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *158*(1), 100-105.

Referências continuado

Lichtenberg, E. S., & Shott, S. (2003). A randomized clinical trial of prophylaxis for vacuum abortion: 3 versus 7 days of doxycycline. *Obstetrics & Gynecology*, *101*(4), 726-731.

Lissauer, D., Wilson, A., Hewitt, C.A., Middleton, L., Bishop, J.R.B., Daniels, J., ... Coomarasamy, A. (2019). A randomized trial of prophylactic antibiotics for miscarriage surgery. *The New England Journal of Medicine, 380*(11), 1012-1021.

Low, N., Mueller, M., Van Vliet, H., & Kapp, N. (2012). Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD005217.

Mittendorf, R., Aronson, M. P., Berry, R. E., Williams, M. A., Kupelnick, B., Klickstein, A., & Chalmers, T. C. (1993). Avoiding serious infections associated with abdominal hysterectomy: A meta-analysis of antibiotic prophylaxis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *169*(5), 1119-1124.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). *Best practice in abortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Serwadda, D. M. (2019). To give or not to give prophylactic antibiotics for miscarriage surgery? *The New England Journal of Medicine, 380*(11), 1075-1076.

White, K. O., Jones, H. E., Shorter, J., Norman, W. V., Guilbert, E., Lichtenberg, E. S., & Paul, M. (2018). Second-trimester surgical abortion practices in the United States. *Contraception, 98*, 95-99.

World Health Organization. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2025). *Guidelines for the management of asymptomatic sexually transmitted infections.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2021). *Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections.* Geneva: World Health Organization.

1.4 Antibióticos profiláctico para o aborto medicamentoso

Recomendação:

- Não se recomenda o uso rotineiro de antibióticos para as pessoas submetidas ao aborto medicamentoso.
- As pessoas que apresentam sinais ou sintomas de transmissão sexual devem receber doses de tratamento com antibióticos. Os parceiros de indivíduos com infecções de transmissão sexual também precisam de ser tratados. O tratamento não deve atrasar o aborto medicamentoso.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Muito Baixa	30 de Setembro de 2025

Risco de infecção

O risco geral de infecção detectado em estudos prospectivos de aborto medicamentoso com o uso de mifepristona e misoprostol ou misoprostol isolado antes da 13.ª semana de gestação é de aproximadamente 0,01% a 0,5% (Cheng et al., 2025; Chen & Creinin, 2015; Upadhyay et. al, 2015). Estudos retrospectivos indicam taxas semelhantes de infecção após o aborto medicamentoso auto-administrado (Cheng et al., 2025). As infecções graves que necessitam de hospitalização são muito pouco frequentes, com taxas variando entre os 0,03% e os 0,09%, segundo grandes estudos retrospectivos nos Estados Unidos (Fjerstad et al., 2009; Henderson et al., 2005).

As taxas de infecção para o aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana de gestação são mais difíceis de determinar uma vez que a febre é um efeito secundário frequente de doses repetidas de prostaglandinas. Os dados disponíveis reportam taxas de infecção de 1% a 3% após o aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana de gestação (Achilles & Reeves, 2011).

Mortalidade por infecções

Ocorreram nove casos de septicemia por *Clostridium* fatal na América do Norte após abortos medicamentosos com mifepristona e misoprostol antes da 13.ª semana de gestação (Cohen et al., 2007; Fischer et al., 2005; Meites, Zane, & Gould, 2010; Sinave et al., 2002). Uma morte causada por *Streptococcus* do grupo A foi reportada na Austrália e uma morte devido a *Clostridium sordelli* foi reportada em Portugal (Reis et al., 2011) em mulheres que usaram mifepristona e misoprostol. Embora as mortes sejam motivo de preocupação, a taxa de mortalidade geral por infecções relacionadas com aborto medicamentoso permanece muito baixa, em cerca de 0,58 por 100.000 abortos medicamentosos).

Antibióticos profiláctico

Não houve nenhum ensaio controlado aleatorizado a examinar o efeito da profilaxia antibiótica nos resultados do aborto medicamentoso (Cheng et al., 2025; Low et al., 2012). Dado o elevado número de pessoas que precisariam de tomar antibióticos para prevenir uma infecção simples, associado aos custos e efeitos secundários dos antibióticos, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2020), a *Society*

of Family Planning (Cheng et al., 2025), o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (2022) e a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024) não recomendam o uso rotineiro de antibióticos antes do aborto medicamentoso.

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Recomendações para o uso de antibióticos profiláctico nos cuidados de aborto seguro (cartão)

Antibióticos terapêuticos

As pessoas com elevado risco devem ser examinadas quanto à presença de infecções de transmissão sexual. As pessoas que apresentem sinais e sintomas de infecções de transmissão sexual devem receber serviços de aborto sem demora e tratamento antibiótico adequado de acordo com regimes baseados na evidência (Cheng et al., 2025; OMS, 2024; OMS, 2021). Os parceiros das pessoas com infecções de transmissão sexual também necessitam de tratamento (OMS 2025; OMS, 2021).

Referências

Achilles, S. L., & Reeves, M. F. (2011). Society of Family Planning Clinical Guideline 20102: Prevention of infection after induced abortion. *Contraception*, *83*(4), 295-309.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Practice Bulletin No. 225: Medication abortion up to 70 days of gestation. *Obstetrics & Gynecology, 136:e31-47*.

Chen, M. J., & Creinin, M. D. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 126*(1), 12-21.

Cheng, T., Kumar, N., Laursen, L., Achilles, S. L., & Reeves, M. F. (2025). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Prevention of infection after abortion and pregnancy loss. *Contraception*, *148*.

Cohen, A. L., Bhatnagar, J., Reagan, S., Zane, S. B., D'Angeli, M. A., Fischer, M., ... McDonald, L. C. (2007). Toxic shock associated with *Clostridium sordellii* and *Clostridium perfringens* after medical and spontaneous abortion. *Obstetrics & Gynecology*, *110*(5), 1027-1033.

Fischer, M., Bhatnagar, J., Guarner, J., Reagan, S., Hacker, J. K., Van Meter, S. H., & Zaki, S. R. (2005). Fatal toxic shock syndrome associated with Clostridium sordellii after medical abortion. *New England Journal of Medicine*, *353*(22), 2352-2360.

Fjerstad M., Trussell J., Sivin I., Lichtenberg E.S., & Cullins V. (2009). Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *New England Journal of Medicine*, *361*(2), 145-51.

Henderson, J. T., Hwang, A. C., Harper, C. C., & Stewart, F. H. (2005). Safety of mifepristone abortions in clinical use. *Contraception*, *72*(3), 175-178.

Low, N., Mueller, M., Van Vliet, H., & Kapp, N. (2012). Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD005217.

Meites, E., Zane, S., & Gould, C. (2010). Fatal *Clostridium sordellii* infections after medical abortions. *New England Journal of Medicine*, *363*(14), 1382-1383.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). *Best practice in abortion care.* London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press.

Sinave, C., Le Templier, G., Blouin, D., Leveille, F., & Deland, E. (2002). Toxic shock syndrome due to Clostridium sordellii: A dramatic postpartum and postabortion disease. *Clinical Infectious Diseases*, *35*(11), 1441-1443.

Upadhyay, U. D., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P., & Taylor, D. (2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology, 125*(1), 175-83.

World Health Organization. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2025). *Guidelines for the management of asymptomatic sexually transmitted infections.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2021). *Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections*. Geneva: World Health Organization Press.

Reis, T., Chaves, C., Soares, A., Moreira, M., Boaventura, L., & Ribiero, G. (2011). A Clostridium sordellii fatal toxic shock syndrome post-medical-abortion in Portugal. Paper presented at the 21st *European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases* (ECCMID).

1.5 Contra-indicações e precauções para o aborto medicamentoso

Recomendação:

	Regime de mifepristona e misoprostol	Regime de misoprostol isolado
Contra-indicações	• Antecedentes de reacção alérgica à mifepristona ou ao misoprostol • Suspeita ou confirmação de gravidez ectópica • Porfíria hereditária • Insuficiência supra-renal crónica	• Antecedentes de reacção alérgica à mifepristona ou ao misoprostol • Suspeita ou confirmação de gravidez ectópica
Precauções	• Dispositivo Intra-Uterino (DIU) inserido • Problemas de saúde graves/ não estabilizados, incluindo, mas não limitado a distúrbios hemorrágicos, doenças cardíacas e anemia grave • Asma grave não controlada ou terapia prolongada com corticosteróides	• DIU inserido • Problemas de saúde graves/ não estabilizados, incluindo, mas não limitado a distúrbios hemorrágicos, doenças cardíacas e anemia grave

Força da recomendação: Forte

Qualidade da evidência: Muito baixa

Última revisão: 30 de Setembro de 2025

Definições

Contra-indicações: Pessoas com qualquer uma destas condições específicas, não deve receber aborto medicamentoso com o regime especificado. Deve oferecer-se a aspiração intra-uterina, dilatação e evacuação ou tratamento para a gravidez ectópica, consoante o caso.

Precauções: Pessoas com qualquer uma destas condições específicas, o aborto medicamentoso com o regime especificado pode ter riscos mais elevados que o normal. Devem considerar-se os riscos, benefícios e as alternativas ao aborto medicamentoso. A realização de aborto medicamentoso para pessoas com essas condições pode exigir um grau mais elevado de julgamento, aptidão e acompanhamento clínico. Nestes casos, a referenciação para uma unidade sanitária de nível superior ou tratamento alternativo podem ser apropriados.

Contra-indicações

Antecedentes de reacção alérgica a um dos medicamentos envolvidos: Foram reportadas reacções alérgicas após o uso de mifepristona e misoprostol (Bene et al., 2014; Cruz et al., 2009; Das et al., 2022; Hauseknecht, 2003; Tupek et al., 2022; Sahraei, Mirabzadeh, & Eshraghi, 2016; Schoen et al., 2014; Zhang et al., 2019). *Qualidade da evidência: Alta.*

Suspeita ou confirmação de gravidez ectópica: A mifepristona e o misoprostol não tratam a gravidez ectópica e o uso de medicamentos pode adiar o diagnóstico e o tratamento desta condição que representa risco de morte. *Qualidade da evidência: Alta.*

Porfíria hereditária: As porfírias são distúrbios metabólicos raros nos quais as mutações genéticas alteram a produção de heme pelo organismo. Teoricamente, a mifepristona pode agravar a manifestação da porfíria (Ventura, Cappellini, & Rochi, 2009). *Qualidade da evidência: Muito Baixa. Não existem estudos em seres humanos, mas os modelos animais apresentam o efeito da mifepristona* (Cable et al., 1994).

Insuficiência supra-renal crónica: A mifepristona é um antagonista do receptor de glucocorticóide (Spitz & Bardin, 1993). A mifepristona bloqueia mecanismos de retroalimentação negativa que controlam a secreção de cortisol. Para as pessoas com insuficiência supra-renal a fazer terapêutica prolongada com corticosteróides, a exposição à mifepristona pode agravar a condição subjacente (Sitruk-Ware e Spitz, 2003). *Qualidade da evidência: muito baixa. Não existem dados sobre uso da mifepristona em pessoas grávidas com insuficiência supra-renal, mas existem dados experimentais em animais que suportam a recomendação.*

Precauções

DIU inserido: Uma pessoa que esteja grávida com um DIU inserido corre um risco significativamente elevado de ter uma gravidez ectópica (Barnhart, 2009) e deve ser avaliada para diagnosticar a presença de gravidez ectópica. Se a gravidez for intra-uterina, o DIU deve ser removido antes de iniciar o aborto medicamentoso devido ao risco teórico de perfuração uterina causada pelas contrações durante o aborto medicamentoso e ao potencial risco de infecção (Danco, 2016; Davey, 2006). *Qualidade de evidência: Muito Baixa. Não existem estudos para verificar se ter um DIU inserido constitui um verdadeiro risco durante o aborto medicamentoso*.

Graves problemas de saúde: Os estudos sobre o aborto medicamentoso geralmente excluem pessoas com anemia grave ou graves problemas de saúde (Christin-Maitre, Bouchard, & Spitz, 2000; Sitruk-Ware & Spitz, 2003). Os estudos disponíveis estimam uma diminuição da hemoglobina de 0,1 a 0,7 g/dL durante o aborto medicamentoso antes da 13.ª semana de gestação (Rose, Putnam, & Espey, 2025). Existe **um** caso reportado (Hou, 2016) de um aborto medicamentoso bem-sucedido numa paciente com hemofilia ligeira; esta paciente recebeu medicação específica adicional para minimizar o risco de sangramento. Três relatos de casos documentam vasoespasmo da artéria coronária aguda induzido por misoprostol, e um dos casos exigiu a colocação de *stent* (endoprótese) na artéria coronária (Illa et al., 2010; Mazhar, Sultana, & Akram, 2018; Munoz-Franco et al., 2019). Um relato de caso documenta uma dissecção espontânea da artéria coronária que poderá ter estado associada ao uso de misoprostol (Motaweih et al., 2025). A decisão de fazer aborto medicamentoso a mulheres com estas condições médicas dependerá do julgamento clínico, monitoria e opções disponíveis para os serviços de aborto seguro. *Qualidade da evidência: Muito Baixa.*

Asma grave não controlada ou terapêutica prolongada com corticosteróides: A mifepristona é um antagonista do receptor de glucocorticóide (Spitz e Bardin, 1993). A mifepristona bloqueia os mecanismos negativos de retroalimentação negativa que controlam a secreção de cortisol. Em pessoas a fazer terapêutica prolongada com corticosteróide para asma grave não controlada, a mifepristona pode agravar a condição subjacente (Sitruk-Ware e Spitz, 2003). Não há estudos directos sobre aborto medicamentoso em pessoas a fazer tratamento com corticosteróides, mas uma revisão sugeriu que o aumento da dose de medicamentos esteróides pode neutralizar o efeito dessensibilizante do cortisol sobre a mifepristona (Davey, 2006).

O aborto medicamentoso em pessoas asmáticas que precisam de corticosteróides sistémicos ainda não foi estudado visto que administrar mifepristona implica o risco de agravamento da asma. Uma revisão sugere um

elevado nível de cuidado ao administrar mifepristona a esse tipo de pessoas e apenas fazê-lo se a asma estiver bem controlada (Davey, 2006). A dose de glucocorticóide deve ser aumentada durante vários dias antes e após a mifepristona. Outros especialistas recomendam que as pessoas com asma grave, inadequadamente controlada, submetidas a terapêutica prolongada com corticosteróides não devem tomar mifepristona devido ao risco de morte relacionado com o agravamento da asma (Couto-Maitre et al, 2000; Creinin & Gemzell Danielsson, 2009; Sitruk-Ware, 2006).

Os corticosteróides inalados para a asma não são sistemicamente absorvidos e não são uma contra-indicação ao uso de mifepristona. Alguns especialistas recomendam que devem disponibilizar-se mifepristona e misoprostol às pessoas com asma quando estas não estiverem a fazer terapêutica prolongada com esteróides sistémicos (Creinin & Gemzell Danielsson, 2009). *Qualidade da evidência: Muito Baixa.*

Referências

Barnhart, K. T. (2009). Clinical practice. Ectopic pregnancy. *New England Journal of Medicine*, *361*(4), 379-387.

Bene, J., Alarcon, P., Faucon, M., Auffret, M., Delfosse, F., Becker, T., ... Gautier, S. (2014). Anaphylactic shock after misoprostol in voluntary termination pregnancy-a case report. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology, 182*, 260-261.

Cable, E. E., Pepe, J. A., Donohue, S. E., Lambrecht, R. W., & Bonkovsky, H. L. (1994). Effects of mifepristone (RU-486) on heme metabolism and cytochromes P-450 in cultured chick embryo liver cells, possible implications for acute porphyria. *European Journal of Biochemistry*, *225*(2), 651-657.

Christin-Maitre, S., Bouchard, P., & Spitz, I. M. (2000). Medical termination of pregnancy. *New England Journal of Medicine*, *342*(13), 946-956.

Creinin, M. & Gemzell Danielsson K. (2009). Medical abortion in early pregnancy. In M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield & M. D. Creinin (Eds.), *Management of unintended and abnormal pregnancy*. West Sussex UK: Wiley-Blackwell.

Cruz, M. J., Duarte, A. F., Baudrier, T., Cunha, A. P., Barreto, F., & Azevedo, F. (2009). Lichenoid drug eruption induced by misoprostol. *Contact Dermatitis, 61*, 240-242.

Danco Laboratories, LLC. (2016). Mifeprex® Prescribing Information. Retrieved from: www.earlyoptionpill.com

Das, R., Panda, S., Sharma, N., & Deb, P. (2022). A rare case of misoprostol hypersensitivity. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 11*(5):2226-7.

Davey, A. (2006). Mifepristone and prostaglandin for termination of pregnancy: Contraindications for use, reasons, and rationale. *Contraception, 74*(1), 16-20.

Hausknecht, R. (2003). Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States. *Contraception*, *67*(6), 463-465.

Hou, M. Y. (2016). Uncomplicated abortion with mifepristone and misoprostol in hemophilia A carrier. *Contraception, 94*(2), 187-189.

Illa, M., Bennasar, M., Berge, R., Font, C., & Palacio, M. (2010). Acute coronary artery vasospasm associated with misoprostol for termination of pregnancy. *Fetal Diagnosis and Therapy, 27*, 174-177.

Mazhar, F., Sultana, J., & Akram, S. (2018). Misoprostol-induced acute coronary syndrome in a premenopausal woman: A case report with literature review. *Current Drug Safety, 13*(1), epub ahead of print.

Motaweih, M. A., Baraskar, B., Shin, Y. B., & Iantorno, M. (2025). A Rare Cause of an Acute Myocardial Infarction in a Young Pregnant Woman After Misoprostol-Induced Abortion. *Cureus*, *17*(8), e90655.

Munoz-Franco, F. M., Lacunza-Ruiz, F. J., Vazquez-Andres, D. J., & Rodriguez-Hernandez, J. R. (2019). Coronary artery vasospasm after misoprostol treatment for incomplete abortion: A case report. *Contraception*, *100*(6), 498-501.

Rose, L., Putnam, S., & Espey, E. (2025). First-trimester medication abortion: anemia and blood loss. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 37(6),* 387-396.

Sahraei, Z., Mirabzadeh, M., & Eshraghi, A. (2016). Erythema multiforme associated with misoprostol: A case report. *American Journal of Therapeutics, 23*(5), e1230-1233.

Schoen, C., Campbell, C., Maratas, A., & Cheung, K. (2014). Anaphylaxis to buccal misoprostol for labor induction. *Obstetrics & Gynecology*, *124*(2, Part 2, Supplement 1), 466-468.

Referências continuado

Sitruk-Ware, R. (2006). Mifepristone and misoprostol sequential regimen side effects, complications and safety. *Contraception*, *74*(1), 48-55.

Sitruk-Ware, R. & Spitz, I. M. (2003). Pharmacological properties of mifepristone: Toxicology and safety in animal and human studies. *Contraception, 68*(6), 409-20.

Spitz, I. M. & Bardin, C. W. (1993). Mifepristone (RU-486)—A modulator of progestin and glucocorticoid action. *New England Journal of Medicine, 329*(6), 404-12.

Tupek, T., Gregoric, A., Pavokovic, D., Cerovac, A., & Habek , D. (2022). Severe, protracted anaphylaxis with hypovolemic shock after sublingual misoprostol administration. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 42*(1):169-170.

Ventura, P., Cappellini M. D., & Rochi, E. (2009). The acute porphyrias: A diagnostic and therapeutic challenge in internal and emergency medicine. *Internal and Emergency Medicine*, *4*(4), 297-308.

Zhang, L., Qian, M., Hong, L., & Wu, Q. (2020). First case report of acute generalized exanthematous pustulosis (AGEP) caused by mifepristone. *Contact Dermatitis, 82*(3): 177-179.

1.6 Qualidade do misoprostol

Recomendação:

- Os provedores de serviços de saúde devem estar a par das taxas de sucesso do aborto medicamentoso para ajudar a garantir que estejam a usar um produto eficaz.
- Deve adquirir-se o misoprostol em embalagens blister de alumínio duplo e conservar o misoprostol na embalagem de origem; verificar se a embalagem não foi aberta antes de usar. Deve evitar-se a compra de embalagens blister de cloreto de polivinilo (PVC) ou cloreto de polivinideleno (PVDC)/alumínio.
- Conservar o misoprostol em local seco e fresco.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Baixa	30 de Setembro de 2025

Fabrico e qualidade do misoprostol

As Boas Práticas de Fabrico representam um sistema para garantir que os medicamentos são consistentemente produzidos de acordo com os mais altos padrões de qualidade (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2014). Existem pelo menos 30 a 40 fabricantes de misoprostol em todo o mundo e alguns fabricantes subcontratam a produção do medicamento, o que torna difícil a aplicação de Boas Práticas de Fabrico e a garantia de qualidade em todas as marcas (Hall e Tagontong, 2016). As marcas de misoprostol aprovadas pelas agências de regulamentação rigorosas (como a Agência Europeia de Medicamentos ou pela *Food and Drug Administration* dos Estados Unidos) ou pré-qualificadas pela OMS (OMS-PQ) cumprem com as Boas Práticas de Fabrico e são de boa qualidade (Hagen et al., 2020a).

A exposição ao calor e humidade durante a produção, embalagem, transporte ou armazenamento pode comprometer a estabilidade e a qualidade do misoprostol (Cayman Chemical, 2012; Hagen et al., 2020a). A degradação reduz a eficácia do misoprostol, levando à diminuição das taxas de sucesso do aborto medicamentoso e ao insucesso no tratamento de aborto incompleto e hemorragia pós-parto.

Quatro estudos examinaram a qualidade do misoprostol obtido em países de baixo e médio rendimento. Um estudo de 2016 analisou 215 amostras de misoprostol de vários países espalhados pelo mundo (Hall e Tagontong, 2016). Quando as amostras foram testadas em termos de conteúdo e pureza, 5% continham mais misoprostol do que o esperado (110% a 121% do conteúdo indicado no rótulo, para permitir deterioração), 55% estavam dentro das especificações de acordo com a Farmacopeia Internacional, o que significa que continham entre 90% e 100% do conteúdo indicado do rótulo e 40% estavam abaixo das especificações, contendo menos de 90% do conteúdo indicado no rótulo. Das 85 amostras que estavam abaixo das especificações, 14 nem continham misoprostol. Um estudo de 2018 testou a qualidade de 166 amostras de misoprostol obtidas a partir de uma variedade de provedores de serviços de saúde na Nigéria, desde centros médicos federais e hospitais estatais a vendedores de medicamentos patenteados e exclusivos (Anyakora et al., 2018). Embora todas as amostras tenham passado por uma inspecção visual, 34% das amostras não cumpriam com as especificações acima definidas. Um estudo semelhante no Malawi verificou que 23 de 30 amostras de centros de saúde e

farmácias de todo o país estavam em conformidade com as especificações do misoprostol; todas as amostras que cumpriam as especificações encontravam-se embaladas em blisteres de alumínio-alumínio (Hagen, Khuluza & Heide, 2020b). Uma revisão sistemática e meta-análise da qualidade dos medicamentos, incluindo oxitócicos, em países de baixo e médio rendimento incluiu estes três estudos e constatou que 39% de todas as amostras do misoprostol não cumpriam as especificações (Torloni et al., 2020). Desde a publicação da revisão sistemática, foram publicados mais dois estudos. Um estudo avaliou a qualidade do misoprostol proveniente de unidades sanitárias no Ruanda (Bizimana et al., 2021), tendo constatado que 10 das 25 amostras de misoprostol avaliadas (40%) não cumpriam as especificações. Um estudo de 2023 avaliou a qualidade do misoprostol, da mifepristona e dos regimes combinados provenientes de 11 países de rendimento baixo e médio (Bower et al., 2023). Das 56 amostras de misoprostol analisadas, 57% não cumpriam as especificações; 9 das 38 amostras de mifepristona (24%) não cumpriam as especificações.

Há três factores que influenciam a integridade do misoprostol:

- Impacto da humidade em todas as etapas desde a produção até à paciente
- Produção e qualidade do ingrediente farmacêutico activo
- Embalagem

Uso clínico e armazenamento

Mesmo o misoprostol fabricado em boas condições e devidamente embalado pode deteriorar-se se for transportado ou armazenado em condições que o expõem ao calor ou à humidade por longos períodos de tempo. O misoprostol de qualidade é estável quando armazenado adequadamente em condições de temperatura ambiente (25°C e 60% de humidade). Ainda não há grandes estudos de campo sobre a estabilidade do misoprostol quando armazenado em climas tropicais, mas os estudos laboratoriais demonstraram que misoprostol é menos estável quando exposto ao calor ou humidade (Chu et al., 2007; OMS, 2009).

O misoprostol embalado em embalagens blister de alumínio duplo (alumínio na parte superior e inferior) retém o ingrediente mais activo; passado um ano, 100% dos comprimidos embalados em embalagens blister simples de plástico e alumínio degradar-se-ão ao longo do tempo, em comparação com 28% do misoprostol embalado em embalagens blister de alumínio duplo (Hall & Tagontong, 2016). A integridade das embalagens blister de alumínio duplo deve ser preservada para manter a potência do medicamento (Hagen et al., 2020a). Se a embalagem for aberta ou perfurada inadvertidamente, mesmo em condições normais de temperatura ambiente, a potência dos comprimidos degrada-se às 48 horas e continua a degradar-se ao longo do tempo (Berard et al., 2014; Hagen et al., 2020a).

Garantia de qualidade

Se os provedores de serviços de saúde notarem uma diminuição nas taxas de sucesso do aborto medicamentoso relativamente às taxas iniciais, devem descartar o lote de misoprostol que estiverem a usar actualmente e começar a usar um novo lote. Os provedores de saúde devem consultar aos fornecedores ou fabricantes dos comprimidos para verificar se não houve a retirada do lote afectado. Os provedores de saúde devem consultar a Base de Dados de Produtos para Aborto Medicamentoso (www.medab.org) para avaliar a qualidade dos produtos disponíveis nos seus locais (Hagen et al., 2020b). Em alguns casos, os provedores podem precisar de consultar-se uns aos outros para determinar que marcas de misoprostol locais são mais eficazes.

Referências

Anyakora, C., Oni, Y., Ezedinachi, U., Adekoya, A., Ali, I., Nwachukwu, C., ... Nwokike, J. (2018). Quality medicines in maternal health: Results of oxytocin, misoprostol, magnesium sulfate and calcium gluconate quality audits. *BMC Pregnancy and Childbirth, 18*, 44.

Berard, V., Fiala, C., Cameron, S., Bombas, T., Parachini, M., & Gemzell-Danielsson, K. (2014). Instability of misoprostol tablets stored outside the blister: A potential serious concern for clinical outcome in medical abortion. *PLoS ONE, 9*(12), e112401.

Bizimana, T., Hagen, N., Gnegel, G., Kayumba, P.C., & Heide, L. (2020). Quality of oxytocin and misoprostol in health facilities of Rwanda. *PLoS One, 16*(1):e0245054.

Bower, J., Chinery, L., Fleurent, A., Gülmezoglu, A. M., Im-Amornphong, W., Kilfedder, C., Procter, P., & Tomazzini, A. (2024). Quality testing of mifepristone and misoprostol in 11 countries. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, *165*(2), 405–415.

Cayman Chemical. (2012). Product Information: Misoprostol. Retrieved November 14, 2012, from https://www.caymanchem.com/pdfs/13820.pdf

Chu, K. O., Wang, C. C., Pang, C. P., & Rogers, M. S. (2007). Method to determine stability and recovery of carboprost and misoprostol in infusion preparations. *Journal of Chromatography B*, *857*(1), 83-91.

Hall, P. E., & Tagontong, N. (2016). Quality of misoprostol products. *WHO Drug Information*, *30*(1), 35-39.

Hagen, N., Bizimana, T., Kayumba, P.C., Khuluza, F., & Heide, L. (2020a). Stability of misoprostol tablets collected in Malawi and Rwanda: Importance of intact primary packaging. *PLoSONE 15*(9), e0238628.

Hagen, N., Khuluza, F., & Heide, L. (2020b). Quality, availability and storage conditions of oxytocin and misoprostol in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth, 20,* 184.

Torloni, M.R., Bonet, M., Betra ń, A.P., Ribeiro-do-Valle, C.C., & Widmer, M. (2020). Quality of medicines for life-threatening pregnancy complications in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLoSONE 15*(7), e0236060.

World Health Organization. (2009). *Application to include Misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage in WHO Model List of Essential Medicines: comments from Departments of Making Pregnancy Safer & Reproductive Health and Research.* Retrieved from http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/application/WHO_Misoprostol.pdf

World Health Organization. (2014). *WHO good manufacturing practices for pharmaceutical products: Main principles* (Annex 2, WHO Technical Report Series 986). Geneva, Switzerland: WHO Press.

2.1

2. Controlo da dor

Controlo da dor para o aborto medicamentoso antes da 13.ª semana de gestação

Recomendação:

- Oferecer medicamentos para a dor a todas as pessoas submetidas ao aborto medicamentoso.
- Recomendam-se os anti-inflamatórios não esteróides (AINE), administrados de forma profiláctica ou no momento em que as cólicas começam.
- Medidas não farmacológicas de controlo da dor podem ser úteis.
- Os analgésicos narcóticos não demonstraram ser eficazes no alívio da dor durante o processo de aborto medicamentoso e não são recomendados para uso rotineiro.
- Não deve usar-se paracetamol, a menos que exista uma alergia ou contra-indicação para o uso de AINE.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Baixa	2 de Outubro de 2025

Dor durante o aborto medicamentoso antes da 13.ª semana de gestação

A dor é o efeito secundário mais comum do aborto medicamentoso (Fiala et al., 2014). Num estudo com 6755 mulheres que fizeram um aborto medicamentoso até aos 63 dias de gestação, 78,4% reportaram dor e cólicas moderadas ou intensas (Goldstone, Michelson & Williamson, 2012). Igualmente, uma revisão sistemática, realizada em 2006, de cinco grandes séries de casos britânicos e americanos de uso de analgesia durante o aborto medicamentoso concluiu que 75% das mulheres sofreram de dor suficientemente forte para necessitar de analgesia narcótica (Penney, 2006). Um estudo qualitativo da experiência das mulheres com dor no aborto medicamentoso realizado no Nepal, África do Sul e Vietname descobriu que as mulheres descreveram a dor como mais intensa do que a que experimentaram durante a menstruação e se manifestava em quatro padrões distintos: dor mínima ou inexistente; dor intensa breve, normalmente logo antes da expulsão; dor intermitente, semelhante a contracções; e dor constante por uma ou várias horas (Colwill et al., 2019). Mais de 75% das pacientes reportam a resolução da dor até 12 horas após a administração do misoprostol, sendo que os relatos aumentam para 90% até 24 horas (Friedlander et al., 2022). As características das pacientes associadas com mais dor incluem o aumento da idade gestacional, idade mais jovem da paciente, nuliparidade, nenhum parto vaginal anterior e história de dismenorreia (Dragoman et al., 2021; Kemppainen et al., 2020; Suhonen et al., 2011; Teal, Dempsey-Fanning, & Westhoff, 2007; Westhoff et al., 2000).

Há poucos ensaios a avaliar a eficácia das estratégias de controlo da dor durante o aborto medicamentoso antes da 13.ª semana de gestação. Nem a dor nem o seu tratamento são sistematicamente reportados em ensaios clínicos de aborto medicamentoso; onde esses dados são reportados, usaram-se vários regimes e protocolos de tratamento, tornando-se difícil a sua comparação (Fiala et al., 2014; Fiala et al, 2019; Jackson & Kapp, 2011; Reynolds-Wright, 2022).

Medicamentos para controlo da dor

Dois pequenos ensaios aleatorizados controlados indicam que o ibuprofeno é mais eficaz do que o placebo (Avraham et al., 2012) ou acetaminofeno (Livshits et al., 2009) no alívio da dor do aborto em mulheres com gravidez de menos de sete semanas de gestação. O pré-tratamento com ibuprofeno não é melhor para o tratamento da dor do que o tratamento após as cólicas começarem (Raymond et al., 2013). Um ensaio aleatorizado de três grupos comparou o ibuprofeno mais metoclopramida, tramadol ou placebo, administrados no momento da administração do misoprostol e novamente 4 horas mais tarde; verificou-se que o ibuprofeno mais metoclopramida e tramadol aliviaram a dor de forma mais eficaz do que o placebo, mas não resultaram em diferenças clinicamente significativas na dor relatada pelas participantes (Dragoman et al., 2021). Em mulheres com gravidezes até a 10ª semana de gestação, um ensaio aleatorizado controlado constatou que pregabalina (um análogo do ácido gama-aminobutírico) não reduziu os níveis máximos de dor quando tomado no momento de administração de misoprostol; no entanto, as mulheres que receberam pregabalina tiveram menor probabilidade de necessitar de ibuprofeno ou medicamentos analgésicos narcóticos e maior probabilidade de reportar satisfação com a analgesia do que as mulheres que receberam placebo (Friedlander et al., 2018). Um estudo aleatorizado não encontrou qualquer diferença na quantidade ou duração da dor experimentada pelas mulheres que receberam um medicamento opioide oral (oxicodona) para controlar a dor do aborto medicamentoso, em comparação com o placebo (Colwill et al., 2019). Os autores do estudo concluíram que, embora o fornecimento de medicamentos opiáceos de forma rotineira seja desnecessário, é razoável dar quatro ou menos comprimidos de oxicodona para as pessoas que os solicitarem. Um estudo realizado num hospital dividiu aleatoriamente as mulheres submetidas ao aborto medicamentoso em dois grupos: analgesia intravenosa controlada pela paciente para a dor, ou administração oral, intramuscular ou intravenosa de oxicodona para a dor (Kemppainen et al., 2022). Os resultados mostram que a maioria dos participantes em ambos os grupos utilizou medicamentos opiáceos; os participantes no grupo de analgesia controlada pelas pacientes eram mais propensos a caracterizar a dor como ligeira ou tolerável (21% em comparação com 6% no grupo a pedido), embora a dor máxima relatada fosse a mesma em ambos os grupos.

Controlo não farmacológico da dor

Num ensaio aleatorizado, a estimulação eléctrica transcutânea de alta frequência (TENS de 80Hz) aplicada ao abdómen e nas costas quando as cólicas começaram reduziu a dor do aborto das mulheres em comparação com placebo (Goldman et al., 2020). Outro ensaio aleatorizado não constatou qualquer benefício da acupunctura auricular ou da acupressão na melhoria da dor do aborto medicamentoso, quando comparada com placebo (Westhoff et al., 2021). Outras estratégias não farmacológicas de controlo da dor para o aborto medicamentoso antes de 13 semanas de gestação não foram objecto de ensaios comparativos. No entanto, os especialistas recomendam medidas não farmacológicas adjuvantes para melhorar o conforto das pessoas durante um aborto medicamentoso, incluindo um esclarecimento exaustivo sobre dor e sangramento esperados (Teal, Dempsey-Fanning, & Westhoff, 2007), um ambiente favorável/encorajador e a aplicação de uma compressa quente ou botija de água quente no baixo-ventre (Akin, et al., 2001). Estes métodos devem ser usados como complemento, e não como substitutos, dos medicamentos (fármacos) para controlo da dor.

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Anexo A: Tabela de medicamentos para a dor

Anexo B: Contínuo de profundidade da sedação: Definição de anestesia geral e níveis de sedação/analgesia

Referências

Akin, M. D., Weingard, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T., & Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology, 97,* 343-349.

Avraham, S., Gat, I., Duvdevani, N., Haas, J., & Frenkel, Y. (2012). Pre-emptive effect of ibuprofen versus placebo on pain relief and success rates of medical abortion: A double-blind, randomized, controlled study. *Fertility and Sterility, 97*, 612-615.

Colwill, A. C., Bayer, L. L., Bednarek, P., Garg, B., Jensen, J., & Edelman, A. (2019). Opioid analgesia for medical abortion: A randomized trial. *Obstetrics & Gynecology, 134*(6), 1163-1170.

Dragoman, M.V., Grossman, D., Nguyen, M.H., Habib, N., Kapp, N., Tamang, A., Bessenaar, T., Duong, L.D., Gautam, J., Yoko, J.L., Hong, M., & Gulmezoglu, M. (2021). Two prophylactic pain management regimens for medical abortion ≤ 63 days' gestation with mifepristone and misoprostol: A multicenter, randomized, placebo-controlled trial. *Contraception, 103*(3), 163-170.

Fiala, C., Agostini, T., Bombas, S., Cameron, R., Lertxundi, M., Lubusky, M., ... & Gemzell-Danielsson, K. (2019). Management of pain associated with up-to-9-weeks medical termination of pregnancy (MToP) using mifepristone-misoprostol regimens: Expert consensus based on a systematic literature review. *Journal of Obstetrics and Gynecology,* 1-11.

Fiala, C., Cameron, S., Bombas, T., Parachini, M., Saya, L., & Gemzell-Danielsson, K. (2014). Pain during medical abortion, the impact of the regimen: A neglected issue? A review. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 19*(6), 404-419.

Friedlander, E.B., Raidoo, S., Soon, R., Salcedo, J., Davis, J., Tschann, M., Fontanilla, T., Horiuchi, W., & Kaneshiro, B. (2022). The experience of pain in real-time during medication abortion. *Contraception, 110*, 71-75.

Friedlander, E. B., Soon, R., Salcedo, J., Davis, J., Tschann, M., & Kaneshiro, B. (2018). Prophylactic pregabalin to decrease pain during medication abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 132*(3), 612-618.

Goldman, A.R., Porsch, L., Hintermeister, A., & Dragoman, M. (2020). Transcutaneous electrical nerve stimulation to reduce pain with medication abortion. *Obstetrics & Gynecology, 137*(1), 100-107.

Goldstone, P., Michelson, J., & Williamson, E. (2012). Early medical abortion using low-dose mifepristone followed by buccal misoprostol: A large Australian observational study. *Medical Journal of Australia, 197*(5), 282-286.

Grossman, D., Raifman, S., Bessenaar, T., Dung, D. L., Tamang, A., & Dragoman, M. (2019). Experiences with pain of early medical abortion: Qualitative results from Nepal, South Africa, and Vietnam. *BMC Women's Health, 19*(1), 118.

Jackson, E., & Kapp, N. (2011). Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: A systematic review. *Contraception*, *83*(2), 116-126.

Kemppainen, V., Mentula, M., Palkama, V., & Heikinheimo, O. (2020). Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica; 99,*1603-1610.

Kemppainen, V., Mentula, M., Palkama, V., & Heikinheimo, O. (2022). Patient-controlled intravenous versus on-demand oral, intramuscular or intravenous administration of oxycodone during medical induced abortion from 64-128 days gestation: A randomized controlled trial. *Contraception, 115*, 6-11.

Livshits, A., Machtinger, R., David, L. B., Spira, M., Moshe-Zahav, A., & Seidman, D. S. (2009). Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: A double-blind randomized controlled study. *Fertility and Sterility*, *91*(5), 1877-1880.

Penney, G. (2006). Treatment of pain during medical abortion. *Contraception, 74,* 45-47.

Raymond, E.G., Weaver, M.A., Louie, K.S., Dean, G., Porsch, L., Lichtenberg, E.S., ... Arnesen, M. (2013). Prophylactic compared with therapeutic ibuprofen analgesia in first-trimester medical abortion. *Obstetrics & Gynecology*, *122*(3), 558-564.

Reynolds-Wright, J.J., Woldetsadik, M.A., Morroni, C., & Cameron, S. (2022). Pain management for medical abortion before 14 weeks' gestation: A systematic review. *Contraception, 116,* 4-13.

Suhonen, S., Tikka, M., Kivinen, S., & Kauppila, T. (2011). Pain during medical abortion: Predicting factors from

Referências continuado

gynecologic history and medical staff evaluation of severity. *Contraception, 83*, 357-361.

Teal, S. B., Dempsey-Fanning, A., & Westhoff, C. (2007). Predictors of acceptability of medication abortion. *Contraception, 75*, 224-229.

Westhoff, C., Dasmahapatra, R., Winikoff, B., & Clarke, S. (2000). Predictors of analgesia use during supervised medical abortion. The Mifepristone Clinical Trials Group. *Contraception*, *61*(3), 225-229.

Westhoff, C., Dasmahapatra, R., & Schaff, E. (2000). Analgesia during at-home use of misoprostol as part of a medical abortion regimen. *Contraception, 62*(6), 311-314.

Westhoff, C.L., Nelson, I.S., Suarez-Rodriguez, A., & Gold, M.A. (2021). Auricular acupressure and acupuncture as adjuncts for pain management during first trimester medication abortion: A randomized three-arm trial. *Contraception, 103*(5), 348-355.

2.2 Controlo da dor para o aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana de gestação

Recomendação:

- Oferecer medicamentos para a dor a todas as pessoas submetidas ao aborto medicamentoso.
- Recomenda-se anti-inflamatórios não esteróides (AINE) e deve-se iniciar com misoprostol.
- Para além dos AINE, devem oferecer-se analgésicos narcóticos e ansiolíticos.
- As medidas de controlo da dor não farmacológicas podem ser úteis.
- Pode oferecer-se anestesia regional e anestesia controlada pela paciente caso haja disponibilidade.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Muito Baixa	2 de Outubro de 2025

Dor durante o aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana de gestação

Em vários estudos de coortes de aborto medicamentoso usando análogos da prostaglandina E1 (misoprostol, gemeprost) durante ou após a 13.ª semana de gestação, a maioria das pessoas necessitou de medicamentos para dor (Ashok et al., 2004; Gemzell-Danielsson & Östlund, 2000; Hamoda et al., 2004; Rose, Shand, & Simmons, 2006). Factores como a nuliparidade, a idade gestacional avançada, maior número de doses de misoprostol e intervalos entre a indução e o aborto mais longos estão associados ao aumento da dor durante o aborto medicamentoso (Hamoda et al., 2004; Louie et al., 2017; Rydelius et al., 2025). A dor raramente começa após a administração de mifepristona; as cólicas normalmente começam após a administração de misoprostol e normalmente atingem o ponto máximo com a expulsão (Mentula, Kalso, & Heikinheimo, 2014).

Medicamentos para controlo da dor

Existem evidências limitadas relativas ao regime medicamentoso ideal para o controlo da dor para o aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana de gestação (Jackson & Kapp, 2020). Um ensaio aleatorizado de 74 mulheres durante ou após a 13.ª semana de gestação, submetidas ao aborto com mifepristona e misoprostol tratou as pacientes profilacticamente com um AINE (diclofenac) ou com paracetamol mais codeína no momento da administração de misoprostol. Não houve nenhuma diferença na dor reportada entre os dois grupos, mas o pré-tratamento com AINE reduziu a necessidade de opiáceos intravenosos subsequentes (Fiala et al., 2005). Um segundo ensaio aleatorizou 54 mulheres submetidas a aborto entre a 14ª – 24ª semana de gestação para receberem o AINE celecoxib ou um placebo no momento de administração de misoprostol. As pessoas do grupo de AINE tiveram níveis de dor significativamente inferiores no momento do aborto; no entanto, quase metade de particpantes de ambos os grupos reportaram dor intensa e não houve diferença no uso de analgesia adicional entre os dois grupos (Tintara, Voradithi, & Choobun, 2018). Um pequeno ensaio não aleatorizado, que incluiu 40 participantes, comparou o controlo da dor com analgesia controlada pela paciente

com piritramida a um protocolo em etapas administrado por enfermeiros que incluía paracetamol, ibuprofeno, tramadol, metamizol e meptazinol/brometo de hioscina (Tascon Padron et al., 2023). O estudo constatou taxas mais elevadas de dor e náuseas no grupo da piritramida, embora a satisfação com o tratamento da dor em ambos os grupos tenha sido semelhante.

No maior estudo de coortes disponível, foi oferecida a 1002 mulheres submetidas ao aborto com mifepristona e misoprostol durante ou após a 13.ª semana de gestação uma combinação de analgésicos narcóticos orais e parentéricos e AINE para o controlo da dor (Ashok et al., 2004). Os autores do estudo reportaram a proporção de mulheres que não usaram analgesia (18%) e aquelas que usaram paracetamol mais di-hidrocodona (70%), morfina parentérica (7%) ou AINE (5%) para alívio da dor; a dor das mulheres ou a satisfação com o controlo da dor não foram reportados. Num estudo de coorte de menor dimensão, 425 participantes que receberam paracetamol e AINE de forma profilática e contínua optaram por várias modalidades diferentes de controlo da dor para a dor intermitente durante o aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol. A pontuação de dor das mulheres (numa escala visual analógica de 100 pontos) diminuiu cerca de 15 pontos após medicamentos opioides, 35 pontos após o bloqueio paracervical e 50 a 60 pontos quando o bloqueio paracervical foi administrado após a medicação opióide (Rydelius et al., 2026). Dois pequenos estudos comparativos que examinaram o uso do bloqueio paracervical durante o aborto medicamentoso na 13.ª semana de gestação ou após esta não encontraram qualquer melhoria na dor com esta modalidade (Andersson et al., 2016; Winkler et al., 1997).

O Ipas recomenda um regime combinado envolvendo AINE profilácticos administrados no momento do uso do misoprostol, além de analgésicos narcóticos orais e/ou parentéricos (Edelman e Mark, 2017). A anestesia regional (epidural) e controlada pela paciente são métodos seguros e eficazes de controlo da dor. Podem ser oferecidas se estiverem disponíveis o pessoal, monitoria e equipamento necessários, (Maggiore et al., 2016; Smith et al., 2016; World Health Organization [WHO], 2024).

Controlo não farmacológico da dor

Não existem ensaios comparativos que avaliem o benefício das estratégias não farmacológicas de controlo da dor para o aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana de gestação. No entanto, os especialistas recomendam medidas não farmacológicas adjuvantes para melhorar o conforto das mulheres durante um aborto medicamentoso, incluindo um esclarecimento exaustivo sobre a dor e sangramento esperados, um ambiente favorável e aplicação da compressa quente ou botija de água quente no baixo-ventre (Akin et al., 2001). Estes métodos são complementares, não substitutos, dos medicamentos para controlo da dor.

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Anexo A: Tabela de medicamentos para a dor

Anexo B: Contínuo de profundidade da sedação: Definição de anestesia geral e níveis de sedação/analgesia

Referências

Akin, M. D., Weingard, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T., & Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology, 97,* 343-349.

Andersson, I. M., Benson, L., Christensson, K., & Gemzell-Danielsson, K. (2016). Paracervical block as pain treatment during second-trimester medical termination of pregnancy: An RCT with bupivacaine versus sodium chloride. *Human Reproduction, 31*(1), 67-74.

Ashok, P., Templeton, A., Wagaarachchi, P., & Flett, G. (2004). Midtrimester medical termination of pregnancy: A review of 1002 consecutive cases. *Contraception*, *69*(1), 51-58.

Edelman, A., & Mark, A. (2017). *Medical abortion reference guide: Induced abortion and postabortion care at or after 13 weeks gestation.* Chapel Hill, NC: Ipas.

Fiala, C., Swahn, M., Stephansson, O., & Gemzell-Danielsson, K. (2005). The effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs on medical abortion with mifepristone and misoprostol at 13–22 weeks gestation. *Human Reproduction*, *20*(11), 3072-3077.

Gemzell-Danielsson, K., & Östlund, E. (2000). Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *79*(8), 702-706.

Hamoda, H., Ashok, P., Flett, G., & Templeton, A. (2004). Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *111*(9), 996-1000.

Jackson, E., & Kapp, N. (2020). Pain management for medical and surgical termination of pregnancy between 13 and 24 weeks of gestation: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127, 1348-1357.

Louie, K. S., Chong, E., Tsereteli, T., Avagyan, G., Abrahamyan, R., & Winikoff, B. (2017). Second trimester medical abortion with mifepristone followed by unlimited dosing of buccal misoprostol in Armenia. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 22*(1), 76-80.

Maggiore, U. L. R., Silanos, R., Carlevaro, S., Gratarola, A., Venturini, P.L., Ferrero, S., & Pelosi, P. (2016). Programmed intermittent epidural bolus versus continuous epidural infusion for pain relief during termination of pregnancy: A prospective, double-blind, randomized trial. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, *25*, 37-44.

Mentula, M., Kalso, E., & Heikinheimo, O. (2014). Same-day and delayed reports of pain intensity in second-trimester medical termination of pregnancy: A brief report. *Contraception*, *90*(6), 609-11.

Rose, S. B., Shand, C., & Simmons, A. (2006). Mifepristone- and misoprostol-induced mid-trimester termination of pregnancy: A review of 272 cases. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *46*(6), 479-485.

Rydelius, J., Kallner, H. K., Karlsson, O., Hognert, H., & Gemzell-Danielsson, K. (2026). Pain management for medical abortion beyond 12 weeks of gestation: a cross-sectional study in Sweden. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 52*, 19-25.

Smith, R. L., Siddiqui, N., Henderson, T., Teresi, J., Downey, K., & Carvalho, J. C. (2016). Analgesia for medically induced second trimester termination of pregnancy: A randomized trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 38*(2), 147-153.

Tascón Padrón, L., Emrich, N. L. A., Strizek, B., Gass, A., Link, C., Hilbert, T., Klaschik, S., Meissner, W., Gembruch, U., & Jiménez Cruz, J. (2023). Implementation of a piritramide based patient-controlled analgesia (PCA) as a standard of care for pain control in late abortion induction: A prospective cohort study from a patient perspective. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X*, *20*, 100251.

Tintara, H., Voradithi, P., & Choobun, T. (2018). Effectiveness of celecoxib for pain relief and antipyresis in second trimester medical abortions with misoprostol: a randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 297*(3), 709-715.

Winkler, M., Wolters, S., Funk, A., & Rath, W. (1997). Second trimester abortion with vaginal gemeprost-improvement by paracervical anesthesia? *Zentralblatt fur Gynakologie, 119*, 621-624.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed.* Geneva: World Health Organization.

2.3 Controlo da dor para a aspiração intra-uterina

Recomendação:

- Recomenda-se uma combinação de bloqueio paracervical e medicamentos anti-inflamatórios não-esteróides (AINE) para controlo da dor antes do procedimento para todas as pessoas
- Medidas adicionais tais como analgésicos narcóticos, ansiolíticos e medidas não farmacológicas de controlo da dor podem ser úteis.
- Pode oferecer-se sedação intravenosa, caso haja disponibilidade.
- O paracetamol não é eficaz para o controlo da dor na aspiração intra-uterina.
- A anestesia geral não é recomendada para o controlo da dor em procedimentos de aspiração intra-uterina de rotina.

Na prática:

- O controlo da dor é recomendado para todos os procedimentos de aspiração intra-uterina, quer sejam realizados para indução do aborto ou para cuidados pós-aborto.
- Os médicos subestimam constantemente a quantidade de dor que as pessoas sentem durante a aspiração intra-uterina.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Alta	2 de Outubro de 2025

Dor durante a aspiração a vácuo

A maioria das pessoas submetidas a aspiração intra-uterina- seja para aborto induzido (Borgatta & Nickinovich, 1997) para cuidados pós-aborto (Crouthamel et al., 2022; Gomez et al., 2004)- sentirá dor. A depressão ou perturbação emocional pré-procedimento, bem como idade gestacional superior a 10 semanas, estão associadas a mais dor durante a aspiração intra-uterina (Allen et al., 2006; Belanger, Melzack, & Lauzon, 1989; Duros et al., 2018), enquanto ter tido um parto normal anteriormente está associado a menos dor (Borgatta & Nickinovich, 1997). Os clínicos subestimam consistentemente a intensidade da dor que as pessoas sentem durante o aborto (Oviedo et al., 2018; Singh et al., 2008; Tschann et al., 2018).

Métodos de controlo da dor

Para a aspiração intra-uterina antes da 13.ª semana de gestação, uma combinação de bloqueio paracervical com anestesia local, analgésicos e medidas não farmacológicas normalmente garantem o alívio da dor para a maior parte das pessoas (Renner et al., 2010; Colégio Real de Obstetras e Ginecologistas [RCOG], 2022; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2024). Também pode oferecer-se sedação intravenosa (RCOG, 2022; WHO, 2024).

Anestesia local

Mostrou-se que o bloqueio paracervical realizado antes da dilatação do colo do útero reduz a dor durante a dilatação e aspiração intra-uterina (Renner et al., 2024). Dois estudos que compararam o bloqueio paracervical com o AINE concluíram que o bloqueio paracervical foi mais eficaz no controlo da dor durante o procedimento (Acmaz et al., 2013; Sarker et al., 2024) e que os participantes que receberam o bloqueio paracervical ficaram mais satisfeitos com o controlo da dor (Sarker et al., 2024). O bloqueio paracervical é um procedimento de baixo risco que pode ser realizado com segurança por muitos tipos de profissionais de saúde, incluindo médicos, clínicos associados/associados avançados, enfermeiras, profissionais de medicina tradicional e complementar e profissionais de saúde que prestam cuidados obstétricos básicos de emergência (Warriner et al., 2006; OMS, 2024). Para mais informações, consulte a secção 2.5 Bloqueio Paracervical.

Medicamentos

Dois pequenos estudos que examinaram o uso de AINE apenas por via oral para a dor da aspiração intra-uterina não encontraram nenhum benefício (Acmaz et al., 2013; Li et al., 2003). No entanto, em estudos nos quais participantes também receberam bloqueio paracervical para alívio da dor, constatou-se que o tratamento com AINE antes do procedimento reduz a dor durante e após o procedimento (Renner et al., 2010; Romero, Turok, & Gilliam, 2008; Suprapto & Reed, 1984; Wiebe & Rawling, 1995); a administração de AINE é eficaz quer por via oral quer por via intramuscular (Braaten et al., 2013). Não existem estudos que avaliem o benefício adicional de AINE quando se usa a sedação intravenosa moderada para alívio da dor; com base nos resultados de três pequenos ensaios aleatorizados, não é claro se os AINE proporcionam benefícios adicionais quando se utilizam níveis mais profundos de sedação intravenosa (Khazin et al., 2011; Lowenstein et al., 2006; Roche et al., 2012).

Desconhece-se o benefício dos analgésicos narcóticos para aliviar a dor durante a aspiração intra-uterina. Num ensaio aleatorizado controlado, a adição de hidrocodona-acetaminofeno oral a um regime de controlo da dor de bloqueio paracervical, ibuprofeno e lorazepam não melhorou o controlo da dor durante a aspiração intra-uterina quando comparado com um placebo (Micks et al., 2012), enquanto num outro ensaio aleatorizado, constatou-se que a adição de fentanilo intravenoso ao mesmo regime de controlo da dor melhorou significativamente a dor durante o procedimento (Rawling & Weibe, 2001). O fentanil por via intranasal, no entanto, quando adicionado ao ibuprofeno e ao bloqueio paracervical, não melhorou a dor quando comparado com o placebo (Moayedi et al., 2022). Dois ensaios aleatorizados mostraram que os AINE orais e rectais são mais eficazes do que o tramadol no alívio da dor pós-procedimento (Lowenstein et al., 2006; Romero et al., 2008); contudo, um terceiro ensaio aleatorizado mostrou que o tramadol rectal era mais eficaz do que os AINE (Khazin et al., 2011).

Os ansiolíticos, tais como lorazepam ou midazolam, reduzem a ansiedade relacionada com o procedimento e podem causar amnésia em algumas pessoas, mas não afectam os níveis de dor (Allen et al., 2006; Bayer et al., 2015; Wiebe, Podhradsky, & Dijak, 2003).

Apenas um estudo avaliou a eficácia do pré-tratamento com paracetamol na dor durante a aspiração intra-uterina realizada sem bloqueio paracervical e não constatou nenhuma diferença entre o grupo de paracetamol e o grupo de controlo (Acmaz et al., 2013). Em dois estudos onde as mulheres também receberam sedação profunda ou anestesia geral, a administração de paracetamol não melhorou a dor pós-procedimento (Cade & Ashley, 1993; Lowenstein et al., 2006).

Um ensaio aleatorizado comparou o efeito da gabapentina pré-procedimento ao placebo em mulheres que também receberam lorazepam oral, ibuprofeno, oxicodona e acetaminofeno e não encontraram diferença nos níveis de dor entre os dois grupos (Gray et al., 2019). Um ensaio subsequente comparou gabapentina pré-procedimento com placebo entre mulheres com aspiração intra-uterina sob anestesia local com bloqueio paracervical e ibuprofeno oral e não encontrou diferenças na pontuação de dor intra-operatória ou pós-operatória (Hailstorks et al., 2020).

Sedação intravenosa

A sedação intravenosa usando uma combinação de narcóticos e ansiolíticos é uma forma eficaz de controlo da dor e melhora a satisfação com o procedimento de aborto (Allen et al., 2009; Allen et al., 2006; Cansino et al., 2021; Wells, 1992; Wong et al., 2002). A administração intravenosa de narcóticos e ansiolíticos é mais eficaz do que a administração oral para controlo da dor durante a aspiração intra-uterina (Allen et al., 2009). Um estudo aleatorizado de não-inferioridade revelou que as pacientes ficaram igualmente satisfeitas com a sedação intravenosa que utilizou uma combinação de cetamina e ansiolíticos, em comparação com a sedação com fentanil e ansiolíticos, embora as pacientes do grupo da cetamina tenham apresentado uma maior incidência de alucinações (Chin et al., 2022). Em pessoas que recebem sedação para o controlo da dor, não é claro se há benefício adicional em fazer um bloqueio paracervical (Kan, Ng, & Ho, 2004; Renner et al., 2010; Wong et al., 2002). A sedação intravenosa é segura quando administrada por pessoal devidamente formado e com a monitoria apropriada. Um estudo retrospectivo de coortes, em 2017, que incluiu mais de 20.000 mulheres com peso normal, excesso de peso ou obesas que receberam sedação intravenosa para aspiração intra-uterina, constatou que a taxa de qualquer evento adverso relacionado com a anestesia era muito baixa (0.2%) (Horwitz et al., 2018). No entanto, a sedação intravenosa aumenta os custos, a complexidade e os possíveis riscos de um procedimento de aborto e requer um provedor de cuidados qualificado e equipamento para a monitoria da paciente (Cansino et al., 2021). O incremento de monitoria necessária para a sedação intravenosa segura requer investimentos das unidades sanitárias em termos de formação de pessoal e equipamento. Para mais informação sobre a definição dos níveis de sedação, incluindo anestesia geral, consulte o Anexo B: *Contínuo de profundidade da sedação: definição de anestesia geral e níveis de sedação/analgesia*.

Anestesia geral

Embora seja eficaz para o controlo da dor, a anestesia geral aumenta os custos, a complexidade e os possíveis riscos associados ao aborto e não é recomendada para procedimentos de rotina (Atrash, Cheek, & Hogue, 1988; Bartlett et al., 2004; RCOG, 2022; OMS, 2024). Ao usar a anestesia geral, não é claro se a administração de medicamentos para a dor antes do procedimento afecta a dor pós-procedimento (Ali, Shamim, & Chughtai, 2015; Liu et al., 2005; Mustafa-Mikhail et al., 2017), e não há benefício adicional em fazer um bloqueio paracervical (Hall et al. 1997; Renner et al., 2010). Para mais informação sobre a definição dos níveis de sedação, incluindo anestesia geral, consulte o Anexo B: C*ontínuo de profundidade da sedação: Definição de anestesia geral e níveis de sedação/analgesia*.

Controlo não farmacológico da dor

Os medicamentos e bloqueio paracervical devem ser complementados por técnicas de apoio para reduzir a dor e ansiedade (Allen e Singh, 2018). As abordagens úteis incluem educar as pacientes sobre o que esperar durante o procedimento; realizar o procedimento num ambiente limpo e privado com provedores que dêem apoio; dar apoio verbal; usar uma técnica cuidadosa e eficiente; e aplicação de uma compressa quente ou botija de água quente no baixo-ventre na sala de recobro (Akin et al., 2001; Qian et al., 2023). Uma revisão sistemática de 2016 de terapias adjuvantes não farmacológicas para controlar a dor incluiu estudos de hipnose, aromaterapia, música, relaxamento e exercícios de imagens e uso de doulas. Embora a revisão tenha constatado que nenhuma destas intervenções apresentou uma redução estatisticamente significativa na dor ou ansiedade, as mulheres classificaram as intervenções não farmacológicas como boas e recomendaram a sua utilização, particularmente aquelas que incluem pessoal de apoio dedicado (Tschann, Salcedo, & Kaneshiro, 2016; Wilson et al., 2016). Três ensaios aleatorizados subsequentes não encontraram diferença na dor reportada por pessoas que receberam terapia musical pré-procedimento (Belloeil et al., 2020), aromaterapia (Free, Sheeder & Cohen, 2024) ou terapias adjuvantes não farmacológicas para controlo da dor de sua preferência (música ambiente, meditação baseada em imagens ou respiração controlada, entre outras) e as pessoas que receberam cuidados normais (Tschann et al, 2018). Dois estudos que examinaram o uso da acupunctura auricular, em combinação com bloqueio paracervical e AINEs pré-procedimento, tiveram resultados contraditórios (Ndubisi et al., 2019; Oviedo et al., 2021). Além disso, um terceiro ensaio que combinou a acupunctura auricular com sedação profunda não

constatou uma melhoria clinicamente significativa na dor pós-procedimento no grupo de intervenção (Zhu et al., 2022). A utilização da estimulação eléctrica transcutânea de acupontos (TEAS) como meio de modular a dor do aborto é uma área de investigação activa, mas não é possível extrair recomendações dos estudos existentes (Feng et al., 2016; Wang et al., 2018). Os dados relativos à eficácia da estimulação eléctrica transcutânea (TENS) são contraditórios. Um único ensaio clínico aleatorizado e controlado bem concebido concluiu que a TENS não é inferior à sedação intravenosa no alívio da dor associada à aspiração até a 12.ª semana de gestação (Lerma et al., 2021), enquanto um segundo ensaio clínico aleatorizado e ccontrolado bem concebido não constatou diferença no alívio da dor entre a TENS e um tratamento simulado (Henkel et al., 2025).

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Anexo A: Tabela de medicamentos para a dor

Anexo B: Contínuo de profundidade da sedação: Definição de anestesia geral e níveis de sedação/analgesia

Referências

Acmaz, G., Aksoy, H., Ozoglu, N., Aksoy, U., & Albayrak, E. (2013). Effect of paracetamol, dexketoprofen trometamol, lidocaine spray, and paracervical block application for pain relief during suction termination of first-trimester pregnancy. *BioMed Research International, 2013,* 869275.

Akin, M. D., Weingard, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T., & Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology, 97,* 343-349.

Allen, R. H., & Singh, R. (2018). Society of Family Planning clinical guidelines pain control in surgical abortion part 1 - local anesthesia and minimal sedation. *Contraception, 97*(6), 471-477.

Allen, R.H., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., Lasic, M., & Goldberg, A. (2009). Oral compared with intravenous sedation for first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 113*(2Pt1), 276-283.

Allen, R. H., Kumar, D., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., & Goldberg, A. B. (2006). Pain management of first-trimester surgical abortion: Effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception*, *74*(5), 407-413.

Ali, M. A., Shamim, F., & Chughtai, S. (2015). Comparison between intravenous paracetamol and fentanyl for intraoperative and postoperative pain relief in dilatation and evacuation: Prospective, randomized interventional trial. *Journal of Anaesthesiology and Clinical Pharmacology, 31*(1), 54-58.

Atrash, H. K., Cheek, T. G., & Hogue, C. J. (1988). Legal abortion mortality and general anesthesia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *158*(2), 420-424.

Bartlett, L. A., Berg, C. J., Shulman, H. B., Zane, S. B., Green, C. A., Whitehead, S., & Atrash, H. K. (2004). Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics & Gynecology, 103*, 729-739.

Bayer, L. L., Edelman, A. B., Fu, R., Lambert, W. E., Nichols, M. D., Bednarek, P. H., ... Jensen, J. T. (2015). An evaluation of oral midazolam for anxiety and pain in first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 126*(1), 37-46.

Belanger, E., Melzack, R., & Lauzon, P. (1989). Pain of first-trimester abortion: A study of psychosocial and medical predictors. *Pain*, *36*(3), 339-350.

Belloeil, V., Cazeneuve, C.T., Leclercq, A., Mercier, M.B., Legendre, G., & Corroenne, R. (2020). Impact of music therapy before first-trimester instrumental termination of pregnancy: a randomized controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 127*, 738-745.

Borgatta, L., & Nickinovich, D. (1997). Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine, 42*(5), 287-293.

Braaten, K.P., Hurwitz, S., Fortin, J., & Goldberg, A.B. (2014). Intramuscular ketorolac versus oral ibuprofen for pain relief in first-trimester surgical abortion: A randomized clinical trial. *Contraception*, *89*(2), 116-121.

Cade, L., & Ashley, J. (1993). Prophylactic paracetamol for analgesia after vaginal termination of pregnancy. *Anaesthesia and Intensive Care*, *21*(1), 93.

Cansino, C., Denny, C., Carlisle, A.S., & Stubblefield,

Referências continuado

P. (2021). Society of Family Planning clinical recommendations: Pain control in surgical abortion part 2-Moderate sedation, deep sedation, and general anesthesia. *Contraception, 104*(6), 583-592.

Chin, J., McGrath, M., Lokken, E., Upegui, C. D., Prager, S., & Micks, E. (2022). Ketamine Compared With Fentanyl for Surgical Abortion: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*, *140*(3), 461.

Crouthamel, B., Economou, N., Averback, S., Rible, R., Kully, G., Meckstroth, K., & Mody, S. (2022). Effect of paracervical block volume on pain control for dilation and aspiration: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 140*(2), 234-242.

Duros, S., Joueidi, Y., Nyangoh Timoh, K., Boyer, L., Lemeut, P., Tavenard, A., ...Lavoue, V. (2018). A prospective study of the frequency of severe pain and predictive factors in women undergoing first-trimester surgical abortion under local anaesthesia. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology, 221*, 123-128.

Feng, X., Ye, T., Wang, Z., Chen, X., Cong, W., Chen, Y., ... Xie, W. (2016). Transcutaneous acupoint electrical stimulation pain management after surgical abortion: a cohort study. *International Journal of Surgery, 30*, 104-108.

Free, L. L., Sheeder, J., & Cohen, R. H. (2024). Effects of aromatherapy on patient satisfaction with procedural abortion at less than 10 weeks' gestation: A randomized controlled trial. *Contraception*, *130*.

Gray, B. A., Hagey, J. M., Crabtree, D., Wynn, C., Weber, J. M., Pieper, C. F., & Haddad, L. B. (2019). Gabapentin for perioperative pain management for uterine aspiration: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology, 134*(3), 611-619.

Gomez, P.I., Gaitan, H., Nova, C., & Paradas, A. (2004). Paracervical block in incomplete abortion using manual vacuum aspiration: Randomized clinical trial. Obstetrics & Gynecology, 103 (5 pt 1), 943-51.

Hailstorks, T.P., Cordes, S.M.D., Cwiak, C.A., Gray, B.A., Ge, L.M.A., Moore, R.H., & Haddad, L.B., (2020). Gabapentin as an adjunct to paracervical block for perioperative pain management for first-trimester uterine aspiration: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223, 884.e1-10.

Hall, G., Ekblom, A., Persson, E., & Irestedt, L. (1997). Effects of prostaglandin treatment and paracervical blockade on postoperative pain in patients undergoing first trimester abortion in general anesthesia. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 76*, 868-872.

Henkel, A., Cahill, E. P., Chavez, S., Shorter, J. M., Liu, S. M., Amaya, S. I., Kaur, S., & Shaw, K. A. (2025). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain control during first-trimester procedural abortion: A blinded randomized controlled trial. *Contraception*, *149*.

Horwitz, G., Roncari, D., Braaten, K. P., Maurer, R., Fortin, J., & Goldberg, A. (2018). Moderate intravenous sedation for first trimester surgical abortion: A comparison of adverse outcomes between obese and normal-weight women. *Contraception, 97*(1), 48-53.

Kan, A. S. Y., Ng, E. H. Y., & Ho, P. C. (2004). The role and comparison of two techniques of paracervical block for pain relief during suction evacuation for first-trimester pregnancy termination. *Contraception, 70*, 159-163.

Khazin, V., Weitzman, S., Rozenzvit-Podles, E., Ezri, T., Debby, A., Golan, A., & Evron, S. (2011). Postoperative analgesia with tramadol and indomethacin for diagnostic curettage and early termination of pregnancy. *International Journal of Obstetric Anesthesia, 20*(3), 236-239.

Lerma, K., Goldthwaite, L.M., Blumenthal, P.D., & Shaw, K.A. (2021). Transcutaneous electrical nerve stimulation for pain management of aspiration abortion up to 83 days of gestation: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 138*(3), 417-425.

Li, C. F. I., Wong, C. Y. G., Chan, C. P. B., & Ho, P. C. (2003). A study of co-treatment of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) with misoprostol for cervical priming before suction termination of first trimester pregnancy. *Contraception, 67*, 101-105.

Liu, W., Loo, C. C., Chiu, J. W., Tan, H. M., Ren, H. Z., & Lim, Y. (2005). Analgesic efficacy of pre-operative etoricoxib for termination of pregnancy in an ambulatory centre. *Singapore Medical Journal, 46*(8), 397-400.

Lowenstein, L., Granot, M., Tamir, A., Glik, A., Deutsch, M., Jakobi, P., & Zimmer, E. Z. (2006). Efficacy of suppository analgesia in postabortion pain reduction. *Contraception*, *74*(4), 345-348.

Referências continuado

Oviedo, J. D., Ohly, N. T., Guerrero, J. M., & Castano, P. M. (2018). Factors associated with participant and provider pain rating during office-based first-trimester vacuum aspiration. *Contraception, 97*(6), 497-499.

Micks, E. A., Edelman, A. B., Renner, R. M., Fu, R., Lambert, W. E., Bednarek, P. H., ... Jensen, J. T. (2012). Hydrocodone-acetaminophen for pain control in first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, *120*(5), 1060-1069.

Moayedi, G., Stevens, K., Fontanilla, T., Tschann, M., Bednarek, P.H., Salcedo, J., Kaneshiro, B. & Soon, R. (2022). Intranasal fentanyl for first-trimester uterine aspiration pain: A randomized controlled trial. *Contraception, 113*, 101-107.

Ndubisi, C., Danvers, A., Gold, M. A., Morrow, L., & Westhoff, C. L. (2018). Auricular acupuncture as an adjunct for pain management during first trimester abortion: A randomized, double-blinded, three arm trial. *Contraception, 99*(3), 143-147.

Oviedo, J.D., Marquez, E., Gold, M.A., & Westhoff, C.L. (2021). Auricular acupressure and auricular acupuncture as an adjunct for pain management during first trimester aspiration abortion: A randomized, double-blinded, three-arm trial. *Contraception 103*(5), 342-347.

Qian, J., Sun, S., Wang, M., & Yu, X. (2023). Nonpharmacological pain management interventions in medical and surgical abortion: A scoping review. *International Journal of Nursing Practice*, *29*(2), e13056.

Rawling, M. J., & Wiebe, E. R. (2001). A randomized controlled trial of fentanyl for abortion pain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 185*, 103-107.

Renner, R.M., Jensen, J.T., Nichols, M.D., & Edelman, A.B. (2010). Pain control in first-trimester surgical abortion: A systematic review of randomized controlled trials. *Contraception*, *81*, 372-388.

Renner, R.-M., Ennis, M., McKercher, A. E., Henderson, J. T., & Edelman, A. (2024). Local anaesthesia for pain control in first trimester surgical abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2024*(2), CD006712.

Roche, N. E., Li, D., James, D., Fechner, A., & Tilak, V. (2012). The effect of perioperative ketorolac on pain control in pregnancy termination. *Contraception, 85*(3), 299-303.

Romero, I., Turok, D., & Gilliam, M. (2008). A randomized trial of tramadol versus ibuprofen as an adjunct to pain control during vacuum aspiration abortion. *Contraception*, *77*(1), 56-59.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). *Best practice in abortion care.* London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Sarker, R. R., Begum, S. A., Mahmud, T., Sultana, Z., Parvin, P. A., Faruq, M., & Khanom, A. (2024). Comparative Study between Paracervical Block and Non-Steroidal Anti Inflammatory Drug for Relief of Pain during Manual Vacuum Aspiration Procedure. *Mymensingh Medical Journal: MMJ*, *33*(2), 440–445.

Singh, R. H., Ghanem, K. G., Burke, A. E., Nichols, M. D., Rogers, K., & Blumenthal, P. D. (2008). Predictors and perception of pain in women undergoing first trimester surgical abortion. *Contraception*, *78*(2), 155-161.

Suprapto, K., & Reed, S. (1984). Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *150*(8), 1000-1001.

Tschann, M., Salcedo, J., & Kaneshiro, B. (2016). Nonpharmacological pain control adjuncts during first-trimester aspiration abortion: A review. *Journal of Midwifery Women's Health*, *61*(3), 331-338.

Tschann, M., Salcedo, J., Soon, R., & Kaneshiro, B. (2018). Patient choice of adjunctive nonpharmacologic pain management during first-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Contraception, 98*(3), 205-209.

Wang, Z., Chen, Y., Chen, C., Zhao, L., Chen, P., Zeng, L., & Xie, W. (2018). Pain management of surgical abortion using transcutaneous acupoint electrical stimulation: An orthogonal prospective study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 44*(7), 1235-1242.

Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N. T., & Seuc, A. H. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and midlevel providers in South Africa and Vietnam: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, *368*(9551), 1965-1972.

Wells, N. (1992). Reducing distress during abortion: A test of sensory information. *Journal of Advanced Nursing, 17*, 1050-1056.

Referências continuado

Wiebe, E., Podhradsky, L., & Dijak, V. (2003). The effect of lorazepam on pain and anxiety in abortion. *Contraception*, *67*(3), 219-221.

Wiebe, E. R., & Rawling, M. (1995). Pain control in abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *50*(1), 41-46.

Wilson, S. F., Gurney, E. P., Sammel, M. D., & Schreiber, C. A. (2016). Doulas for surgical management of miscarriage and abortion: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 216*(1), 44.e1-44.e6.

Wong, C. Y., Ng, E. H., Ngai, S. W., & Ho, P. C. (2002). A randomized, double blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human Reproduction*, *17*(5), 1222-1225.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed.* Geneva: World Health Organization.

Zhu, X., He, X., Fan, B., Liu, J., Wu, S., Wang, H., & Chen, C. (2022). Effect of propofol intravenous anesthesia combined with press-needle therapy on analgesic effect during painless abortion. *Computational and mathematical methods in medicine,* 6543211.

2.4

2. Controlo da dor

Controlo da dor para a dilatação e evacuação para a dilatação e evacuação

Recomendação:

- Recomenda-se uma combinação de bloqueio paracervical, anti-inflamatórios não esteróides (AINE) e analgésicos narcóticos, com ou sem ansiolíticos.
- Deve oferecer-se sedação intravenosa, se disponível.
- Devem ponderar-se os riscos acrescidos de anestesia geral relativamente aos benefícios.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Muito Baixa	2 de Outubro de 2025

Anestesia local para el tratamiento del dolor

Una mayor duración del embarazo en el momento del aborto se asocia con puntuaciones de dolor más elevadas durante la dilatación y evacuación (D&E) (Dzuba et al., 2022). En gestaciones más avanzadas, la D&E requiere una mayor dilatación cervical preoperatoria y operatoria, una mayor duración de la intervención y una manipulación uterina más profunda.

Métodos de controlo da dor

Em grande parte, faltam estudos comparativos sobre o controlo da dor durante. Os estudos existentes examinam o controlo da dor durante a colocação do dilatador osmótico antes de uma D&E, o efeito dos medicamentos adjuvantes na dor pós-procedimento entre pessoas que recebem anestesia geral ou sedação profunda intravenosa, ou focam-se, em vez disso, nas estratégias de segurança de controlo da dor durante a D&E. As declarações de consenso internacional geralmente focam-se na quantidade mínima de anestesia a que uma D&E pode ser realizada para assegurar o acesso em unidades sanitárias de nível mais baixo (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2022; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2024).

Anestesia local

Consulte a secção 2.5 Bloqueio Paracervical.

Medicamentos

Não há estudos de avaliação da eficácia dos medicamentos para a dor por via oral, intramuscular ou intravenosa durante o procedimento de D&E. Um estudo revelou que pessoas que receberam o AINE cetorolaco por via intravenosa em combinação com sedação profunda intravenosa ou anestesia geral durante o seu procedimento de D&E reportaram dor pós-procedimento significativamente menor do que pessoas que não receberam a medicação (Liu & Flink-Bochacki, 2021). Estes dados devem ser interpretados com cautela, pois

o estudo não foi concebido para abordar esta comparação, no entanto, estudos sobre aspiração intra-uterina constataram, de forma consistente, que a administração de AINE por via oral ou intramuscular pré-procedimento reduz a dor das pessoas durante e após o procedimento (Braaten et al., 2013; Renner et al., 2010; Romero, Turok, & Gilliam, 2008; Suprapto & Reed, 1984; Wiebe & Rawling, 1995).

Sedação intravenosa

Apenas um ensaio aleatorizado avaliou a eficácia da sedação moderada intravenosa durante a D&E, revelando que a sedação moderada com fentanilo e midazolam foi significativamente mais eficaz do que o óxido nitroso inalado para o controlo da dor em mulheres entre 12ª – 16ª semana de gestação que também receberam ibuprofeno pré-procedimento e bloqueio paracervical (Thaxton et al., 2018). Dados adicionais dos estudos de avaliação da eficácia da sedação intravenosa para controlo da dor durante a D&E. Contudo, estudos sobre aspiração intra-uterina constataram que a sedação intravenosa usando uma combinação de narcóticos e ansiolíticos é um método eficaz de controlo da dor e melhora a satisfação com o procedimento de aborto (Allen et al., 2009; Allen et al., 2006; Wells, 1992; Wong et al., 2002). Os estudos que avaliaram a segurança da sedação intravenosa com fentanilo e midazolam em combinação com bloqueio paracervical durante D&E constataram taxas de grandes complicações relacionadas ao procedimento inferiores a 1% (Racek, Chen, & Creinin, 2010), e nenhum evento adverso adicional relacionado com a anestesia (Gokhale et al., 2016; Wilson, Chen, & Creinin, 2009; Wiebe et al., 2013). Um estudo seleccionou aleatoriamente 126 participantes que receberam fentanil e midazolam para uma dilatação e evacuação (D&E) entre a 14.ª e a 19.ª semana de gestação, atribuindo-lhes um tratamento adicional com gabapentina ou placebo. O estudo não constatou diferenças na intensidade máxima de dor reportada entre os dois grupos; no entanto, as participantes que receberam gabapentina sentiram menos dor intraoperatória e manifestaram maior satisfação (Brant et al., 2022). A sedação profunda intravenosa com propofol e sem intubação é segura e tem poucas complicações em ambulatório, sem risco de aspiração pulmonar (Aksel et al., 2018; Dean et al., 2011; Gokhale et al., 2016; Mancuso et al., 2017).

Administrar sedação intravenosa aumenta os custos, a complexidade e os riscos potenciais de um procedimento de aborto e requer um provedor de cuidados com formação adequada e equipamento para a monitoria da paciente (Cansino et al., 2021). O incremento de monitoria necessária para a sedação intravenosa segura requer investimento das unidades sanitárias em termos de pessoal, formação e equipamento. Para mais informação sobre a definição dos níveis de sedação, incluindo anestesia geral, consulte o Anexo B: *Contínuo de profundidade da sedação: Definição de anestesia geral e níveis de sedação/analgesia*.

Anestesia geral

Embora eficaz para controlo da dor durante o procedimento, a anestesia geral aumenta os custos, a complexidade e os riscos potenciais associados ao aborto e não se recomenda para procedimentos de rotina (Atrash, Cheek, & Hogue, 1988; Bartlett et al., 2004; MacKay, Schulz, & Grimes, 1985; RCOG, 2022; OMS, 2024). Para mais informação sobre a definição dos níveis de sedação, incluindo anestesia geral, consulte o Anexo B: Contínuo de profundidade da sedação: definição de anestesia geral e níveis de sedação/analgesia.

Controlo não farmacológico da dor

Os medicamentos para a dor e o bloqueio paracervical devem ser suplementados com técnicas de apoio para reduzir a dor e a ansiedade. Abordagens úteis podem incluir educar as pacientes sobre o que esperar durante o procedimento; realizar o procedimento num ambiente limpo e privado com provedores que dêem apoio; dar apoio verbal; usar uma técnica cuidadosa e eficiente; e aplicação de uma compressa quente ou botija de água quente no baixo-ventre na sala de recobro (Akin et al., 2001).

Recursos
http://www.ipas.org/ClinicalResources

Anexo A: Tabela de medicamentos para a dor

Anexo B: Contínuo de profundidade da sedação: Definição de anestesia geral e níveis de sedação/analgesia

Referências

Akin, M. D., Weingard, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T., & Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology, 97,* 343-349.

Aksel, S., Lang, L., Steinauer, J. E., Drey, E. A., Lederle, L., Sokoloff, A., & Carlisle, A. S. (2018). Safety of Deep Sedation Without Intubation for Second-Trimester Dilation and Evacuation. *Obstetrics & Gynecology, 132*(1), 171-178.

Allen, R.H., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., Lasic, M., & Goldberg, A. (2009). Oral compared with intravenous sedation for first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 113*(2Pt1), 276-283.

Allen, R. H., Kumar, D., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., & Goldberg, A. B. (2006). Pain management of first-trimester surgical abortion: Effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception*, *74*(5), 407-413.

Altman, A. M., Stubblefield, P. G., Schlam, J. F., Loberfeld, R., & Osathanondh, R. (1985). Midtrimester abortion with laminaria and vacuum evacuation on a teaching service. *The Journal of Reproductive Medicine, 30*(8), 601-606.

Atrash, H., Cheek, T., & Hogue, C. (1988). Legal abortion mortality and general anesthesia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *158*(2), 420.

Bartlett, L. A., Berg, C. J., Shulman, H. B., Zane, S. B., Green, C. A., Whitehead, S., & Atrash, H. K. (2004). Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics & Gynecology, 103*, 729-739.

Braaten, K.P., Hurwitz, S., Fortin, J., & Goldberg, A.B. (2014). Intramuscular ketorolac versus oral ibuprofen for pain relief in first-trimester surgical abortion: A randomized clinical trial. *Contraception*, *89*(2), 116-121.

Brant, A. R., Reeves, M. F., Ye, P. P., Scott, R. K., Floyd, S., Tefera, E., & Lotke, P. S. (2023). Gabapentin as an adjunct for pain management during dilation and evacuation: A double-blind randomized controlled trial. *Contraception*, *118*.

Cansino, C., Denny, C., Carlisle, A.S., & Stubblefield, P. (2021). Society of Family Planning clinical recommendations: Pain control in surgical abortion part 2-Moderate sedation, deep sedation, and general anesthesia. *Contraception, 104*(6), 583-592.

Castleman, L. D., Oanh, K. T. H., Hyman, A. G., Thuy, L. T., & Blumenthal, P. D. (2006). Introduction of the dilation and evacuation procedure for second-trimester abortion in Vietnam using manual vacuum aspiration and buccal misoprostol. *Contraception, 74,* 272-276.

Dean, G., Jacobs, A. R., Goldstein, R. C., Gevirtz, C. M., & Paul, M. E. (2011). The safety of deep sedation without intubation for abortion in the outpatient setting. *Journal of Clinical Anesthesia, 23*437-442.

Dzuba, I.G., Chandrasekaran, S., Fix, L., Blanchard, K., & King, E. (2022). Pain, side effects, and abortion experience among people seeking abortion care in the second trimester. *Women's Health Reports, 3.1*, 533-542.

Edelman, A., & Kapp, N. (2017). *Dilatation and evacuation (D&E) reference guide: Induced abortion and postabortion care at or after 13 weeks gestation.* Chapel Hill, NC: Ipas.

Gokhale, P., Lappen, J. R., Waters, J. H., & Perriera, L. K. (2016). Intravenous Sedation Without Intubation and the Risk of Anesthesia Complications for Obese and Non-Obese Women Undergoing Surgical Abortion: A Retrospective Cohort Study. *Anesthesia and Analgesia, 122*(6), 1957-1962.

Referências continuado

Jacot, F. R. M., Poulin, C., Bilodeau, A. P., Morin, M., Moreau, S., Gendron, F., & Mercier, D. (1993). A five-year experience with second-trimester induced abortions: No increase in complication rate as compared to the first trimester. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 168*(2), 633-637.

Jackson, E., & Kapp, N. (2020). Pain management for medical and surgical termination of pregnancy between 13 and 24 weeks of gestation: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 127*,1348-1357.

Liu, S.M, & Flink-Bochacki, R. (2021). A single-blinded randomized controlled trial evaluating pain and opioid use after dilator placement for second-trimester abortion. *Contraception, 103*(3), 171-177 .

MacKay, H. T., Schulz, K. F., & Grimes, D. A. (1985). Safety of local versus general anesthesia for second-trimester dilatation and evacuation abortion. *Obstetrics & Gynecology, 66*, 661-665.

Mancuso, A. C., Lee, K., Zhang, R., Hoover, E. A., Stockdale, C., & Hardy-Fairbanks, A. J. (2017). Deep sedation without intubation during second trimester surgical termination in an inpatient hospital setting. *Contraception, 95,* 288-291.

Racek, C. M., Chen, B. A., & Creinin, M. D. (2010). Complication rates and utility of intravenous access for surgical abortion procedures from 12 to 18 weeks of gestation. *Contraception, 82*, 286-290.

Renner, R.M., Jensen, J.T., Nichols, M.D., & Edelman, A.B. (2010). Pain control in first-trimester surgical abortion: A systematic review of randomized controlled trials. *Contraception*, *81*, 372-388.

Romero, I., Turok, D., & Gilliam, M. (2008). A randomized trial of tramadol versus ibuprofen as an adjunct to pain control during vacuum aspiration abortion. *Contraception*, *77*(1), 56-59.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). *Best practice in abortion care.* London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Siddiqui, K. M., & Chohan, U. (2007). Tramadol versus nalbuphine in total intravenous anaesthesia for dilatation and evacuation. *Journal of the Pakistani Medical Association, 57*(2), 67-70.

Suprapto, K., & Reed, S. (1984). Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *150*(8), 1000-1001.

Thaxton, L., Pitotti, J., Espey, E., Teal, S., Sheeder, J. & Singh, R.H. (2018). Nitrous oxide compared with intravenous sedation for second-trimester abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 132*, 1182-7.

Wells, N. (1992). Reducing distress during abortion: A test of sensory information. *Journal of Advanced Nursing, 17*, 1050-1056.

Wiebe, E. R., Byczko, B., Kaczorowski, J., & McLane, A. L. (2013). Can we safely avoid fasting before abortions with low-dose procedural sedation? A retrospective cohort chart review of anesthesia-related complications in 47,748 abortions. *Contraception, 87,* 51-54.

Wiebe, E. R., & Rawling, M. (1995). Pain control in abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *50*(1), 41-46.

Wilson, L. C., Chen, B. A., & Creinin, M. D. (2009). Low-dose fentanyl and midazolam in outpatient surgical abortion up to 18 weeks of gestation. *Contraception, 79*, 122-128.

Wong, C. Y., Ng, E. H., Ngai, S. W., & Ho, P. C. (2002). A randomized, double blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human Reproduction*, *17*(5), 1222-1225.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed.* Geneva: World Health Organization.

2.5 Bloqueio paracervical

Recomendação:

- O bloqueio paracervical com anestesia local é um método eficaz de tratamento da dor e deve fazer parte de todos os procedimentos de aspiração intra-uterina, colocação do dilatador osmótico e dilatação e evacuação.
- Muitos tipos de profissionais de saúde – incluindo clínicos associados e associados avançados, enfermeiras, parteiras, profissionais de medicina tradicional e complementar, enfermeiras auxiliares e enfermeiras-parteiras auxiliares – podem administrar anestesia paracervical de forma segura e eficaz.
- O bloqueio paracervical não é eficaz para controlar a dor associada à expulsão fetal durante o aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana de gestação.
- Recomenda-se um bloqueio paracervical com 20 ml de lidocaína a 1%, injectados a uma profundidade de 3 cm. Se não estiver disponível lidocaína a 1%, pode-se substituir por 10 ml de lidocaína a 2%, embora a evidência que corrobora o uso de lidocaína a 2% seja escassa. Deve usar-se uma técnica de injecção paracervical de dois pontos ou de quatro pontos.

Na prática:

- O bloqueio paracervical deve ser usado para procedimentos de esvaziamento intra-uterino realizados tanto para o aborto induzido como para os cuidados pós-aborto.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Alta	2 de Outubro de 2025

Anestesia local para controlo da dor

Uma duração mais longa da gravidez no momento do aborto está associada a uma pontuação mais elevada de dor relatada durante a dilatação e evacuação (D&E) (Dzuba et al., 2022). Em gestações mais avançadas, D&E requer mais dilatação cervical pré-operatória e operatória, um tempo de procedimento mais longo e manipulação uterina mais profunda.

Métodos de controlo da dor

Aspiração intra-uterina

Uma revisão sistemática, realizada em 2024, que avaliou o bloqueio paracervical para procedimentos de aborto concluiu que o bloqueio paracervical reduziu a dor durante a dilatação cervical e a aspiração intra-uterina sem, no entanto, reduzir a dor pós-procedimento, quando comparado com o placebo ou nenhuma anestesia (Renner et al., 2024). No estudo de maior qualidade disponível sobre o uso de bloqueio paracervical durante a aspiração intra-uterina, 120 mulheres submetidas a um aborto antes da 11.ª semana de gestação

foram aleatorizadas para receber um bloqueio paracervical – contendo 20 ml de lidocaína a 1% tamponada com bicarbonato de sódio e injectada em quatro pontos paracervicais a uma profundidade de três centímetros – ou uma injecção simulada, onde uma agulha tapada foi colocada em contacto com a junção cervicovaginal para imitar a administração do bloqueio paracervical. Participantes que receberam o bloqueio paracervical tiveram menos dor durante a dilatação e aspiração em comparação com as pessoas que receberam a injecção simulada (Renner et al., 2012). A injecção mais profunda de anestésico (3 cm) melhora o controlo da dor em comparação com a injecção superficial (1,5 cm) (Cetin, & Cetin, 1997; Renner et al., 2010). Um ensaio aleatorizado controlado subsequente verificou que a adição de bicarbonato de sódio (1 ml de bicarbonato de sódio a 8,4% a cada 10 ml de solução anestésica) a um bloqueio paracervical contendo lidocaína a 1% não diminui a pontuação de dor no momento da injecção ou da dilatação cervical em comparação com a lidocaína apenas (Chin et al., 2020). Não é claro se a técnica de injecção de quatro pontos é superior à técnica de injecção de dois pontos. Num ensaio aleatorizado, a técnica de quatro pontos foi superior à técnica de dois pontos, mas mesmo assim as diferenças na dor que as pessoas sentiram foram pequenas (Renner et al., 2016). Num ensaio aleatorizado diferente, não foram observadas diferenças na dor entre as técnicas de dois e quatro pontos (Glantz & Shomento, 2001). Não é necessário um período de espera entre a injecção e a dilatação cervical visto que isso não melhora o controlo da dor (Phair, Jensen, & Nichols, 2002; Renner et al., 2016; Wiebe & Rawling, 1995).

Não é claro se o volume de anestésico administrado influencia ou não o alívio da dor; um ensaio aleatorizado que incluiu 114 pessoas com aspiração intra-uterina não revelou qualquer diferença na dor reportada quando as pessoas receberam um bloqueio paracervical de 40 ml de lidocaína a 0,5% ou um bloqueio paracervical de 20 ml de lidocaína a 1% (Crouthamel et al., 2022), em contrapartida, dois estudos observacionais com factores de confusão significativos (variáveis?) revelaram que as pessoas que receberam um bloqueio de 20 ml reportaram níveis de dor inferiores aos das que receberam um bloqueio de 10 ml (Allen et al. 2006; Wiebe, 1992). Os profissionais devem evitar a injecção intravascular inadvertida para limitar a potencial toxicidade da lidocaína relacionada com a dose (Lau et al., 1999), e podem preferir uma técnica de injecção de dois pontos quando usam um volume menor de anestésico.

Não é claro se há benefícios adicionais em administrar o bloqueio paracervical a pessoas que recebam sedação profunda para o controlo da dor (Kan, Ng, & Ho, 2004; Renner et al., 2010; Wells, 1992; Wong et al., 2002). Quando as mulheres recebem anestesia geral, não há benefício adicional em administrar o bloqueio paracervical (Hall et al., 1997; Renner et al., 2010).

Dilatação e evacuação

Não há estudos de avaliação do bloqueio paracervical para o controlo da dor durante os procedimentos de D&E sem sedação ou anestesia concomitante. Um ensaio aleatorizado examinou o uso do bloqueio paracervical durante D&E quando as mulheres também recebiam sedação profunda ou anestesia geral; a adição de bloqueio paracervical não melhorou o controlo da dor pós-operatória (Lazenby, Fogelson, & Aeby, 2009). A recomendação de realizar o bloqueio paracervical para a D&E foi extrapolada a partir de dados de estudos de aspiração intra-uterina e de dois ensaios aleatorizados controlados que avaliaram o controlo da dor durante a colocação do dilatador osmótico antes da D&E. Um incluiu 41 mulheres submetidas a D&E e constatou uma diminuição significativa da dor durante a colocação do dilatador osmótico quando se usou o bloqueio paracervical (Soon et al., Tschann, Salcedo, Stevens, Ahn, & Kaneshiro, 2017); o outro ensaio incluiu 91 pessoas e constatou que um volume menor de anestésico (12mL de lidocaína a 1%) não era inferior a um volume maior (20mL de lidocaína a 1%) no controlo da dor relacionada com a colocação do dilatador osmótico (Shaw et al., 2021).

Aborto medicamentoso

Não há estudos de avaliação do uso de bloqueio paracervical para o controlo da dor durante o aborto medicamentoso antes da 13.ª semana de gestação. Dois estudos que examinaram o uso de bloqueio paracervical durante o aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana não verificaram nenhuma melhoria na dor (Andersson et al., 2016; Winkler et al., 1997).

Quem pode realizar o bloqueio paracervical

A Organização Mundial da Saúde (OMS) faz recomendações para a prestação de serviços de aspiração intra-uterina, que incluem administração de rotina de bloqueio paracervical (OMS, 2024). Os profissionais de saúde com competências para realizar um procedimento transcervical e um exame pélvico bimanual para diagnosticar a gravidez e determinar a idade gestacional com base no tamanho uterino podem ser formados para realizar aspiração intra-uterina com bloqueio paracervical. A OMS aconselha que a aspiração intra-uterina esteja dentro do âmbito da prática dos médicos de especialidade e de clínica geral e recomenda que a aspiração intra-uterina seja realizada por médicos associados e associados avançados, parteiras e enfermeiras com base em evidências de segurança e eficácia moderada. Recomenda-se que os profissionais de medicina tradicional e complementar realizem aspiração intra-uterina com base em evidências de segurança e eficácia de baixo grau de certeza, e a OMS sugere que as enfermeiras auxiliares e as parteiras auxiliares podem realizar a aspiração em ambientes onde prestam cuidados obstétricos básicos de emergência (OMS, 2024). Para mais informações sobre quem pode realizar tarefas específicas relacionadas com os cuidados de aborto, ver Anexo C: *Recomendações da Organização Mundial da Saúde para os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto.*

Técnica

Mais informações sobre a técnica de bloqueio paracervical podem ser encontradas no *Auxiliar de Trabalho*, *Técnica de Bloqueio Paracervical*, no *link* abaixo.

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Anexo A: Tabela de medicamentos para a dor

Anexo B: Contínuo de profundidade da sedação: Definição de anestesia geral e níveis de sedação/analgesia

Anexo D: Auxiliar de Trabalho, Técnica de Bloqueio Paracervical

Abortion Care Videos—Ipas: *Como Fazer um Bloqueio Paracervical*

Referências

Allen, R. H., Kumar, D., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., & Goldberg, A. B. (2006). Pain management of first-trimester surgical abortion: Effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception*, *74*(5), 407-413.

Andersson, I. M., Benson, L., Christensson, K., & Gemzell-Danielsson, K. (2016). Paracervical block as pain treatment during second-trimester medical termination of pregnancy: An RCT with bupivacaine versus sodium chloride. *Human Reproduction, 31*(1), 67-74.

Cetin, A., & Cetin, M. (1997). Effect of deep injections on local anesthetics and basal dilatation of cervix in management of pain during legal abortions. A randomized, controlled study. *Contraception, 56,* 85-87.

Chin, J., Kaneshiro, B., Elia, J., Raidoo, S., Savala, M. & Soon R. (2020). Buffered lidocaine for paracervical blocks in first-trimester abortions: a randomized controlled trial. *Contraception X, 18*(2), 100044.

Crouthamel, B., Economou, N., Averback, S., Rible, R., Kully, G., Meckstroth, K., & Mody, S. (2022). Effect of paracervical block volume on pain control for dilation and aspiration: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 140*(2), 234-242.

Glantz, J. C., & Shomento, S. (2001). Comparison of paracervical block techniques during first trimester pregnancy termination. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 72*, 171-8.

Hall, G., Ekblom, A., Persson, E., & Irestedt, L. (1997). Effects of prostaglandin treatment and paracervical blockade on postoperative pain in patients undergoing first trimester abortion in general anesthesia. *Acta Obstetricia et Gynecologia Scandinavia, 76,* 868-872.

Kan, A. S., Ng E. H., & Ho, P. C. (2004). The role and comparison of two techniques of paracervical block for pain relief during suction evacuation for first-trimester pregnancy termination. *Contraception, 70,* 159-163.

Referências continuado

Lau, W. C., Lo, W. K., Tam, W. H., & Yuen, P. M. (1999). Paracervical anesthesia in outpatient hysteroscopy: A randomized double-blind placebo-controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 106*(4), 356-9.

Lazenby, G. B., Fogelson, N. S., & Aeby, T. (2009). Impact of paracervical block on postabortion pain in patients undergoing abortion under general anesthesia. *Contraception*, *80*(6), 578-582.

O'Connell, K., Jones, H. E., Simon, M., Saporta, V., Paul, M., & Lichtenberg, E. S. (2009). First-trimester surgical abortion practices: A survey of National Abortion Federation members. *Contraception*, *79*: 385–392.

Phair, N., Jensen, J. T., & Nichols, M. (2002). Paracervical block and elective abortion: The effect on pain of waiting between injection and procedure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 186, 1304-1307.*

Renner, R.M., Jensen, J.T., Nichols, M.D., & Edelman, A. (2010). Pain control in first trimester surgical abortion: A systematic review of randomized controlled trials. *Contraception, 81,* 372-388.

Renner, R. M., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Li, H., & Edelman, A. B. (2012). Paracervical block for pain control in first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 119*(5), 1030-1037.

Renner, R. M., Edelman, A. B., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Lim J. Y., & Bednarek, P. H. (2016). Refining paracervical block techniques for pain control in first trimester surgical abortion: A randomized controlled noninferiority trial. *Contraception*, 95(5), 461-466.

Renner, R.-M., Ennis, M., McKercher, A. E., Henderson, J. T., & Edelman, A. (2024). Local anaesthesia for pain control in first trimester surgical abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2024*(2), CD006712.

Shaw, K.A., Lerma, K., Hughes, T., Hastings, C., Fok, W.K., & Blumenthal, P.D. (2021). A comparison of paracervical block volumes before osmotic dilator placement: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 138*(3), 443-448.

Soon, R., Tschann, M., Salcedo, J., Stevens, K., Ahn, H. J., & Kaneshiro, B. (2017). Paracervical block for laminaria insertion before second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 130,* 387-392.

Wiebe, E. R. (1992). Comparison of the efficacy of different local anesthetics and techniques of local anesthesia in therapeutic abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 167*, 131-4.

Winkler, M., Wolters, S., Funk, A., & Rath, W. (1997). Second trimester abortion with vaginal gemeprost-improvement by paracervical anesthesia? *Zentralblatt fur Gynakologie, 119*, 621-624.

Wells, N. (1992). Reducing distress during abortion: A test of sensory information. *Journal of Advanced Nursing, 17*(9), 1050-1056.

Wong, C. Y., Ng, E. H., Ngai, S. W., & Ho, P. C. (2002). A randomized, double-blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human Reproduction, 17,* 1222-1225.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed*. Geneva: World Health Organization.

3. Recomendações para o aborto antes da 13.ª semana de gestação

3.1 Adolescentes: Segurança e eficácia

Recomendação:

- A aspiração intra-uterina e o aborto medicamentoso são seguros e eficazes para adolescentes e devem ser oferecidos como métodos para o aborto induzido.
- A preparação cervical antes da aspiração intra-uterina deve ser uma hipótese a considerar para adolescentes.
- As adolescentes devem ter acesso a serviços de aborto seguro sem demora.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Moderada	6 de Outubro de 2025

As adolescentes e o aborto

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescentes como pessoas de 10 a 19 anos de idade e jovens como pessoas de 20 a 24 anos de idade. As adolescentes enfrentam barreiras de acesso aos serviços de aborto seguro e apresentam-se numa situação de aborto em idades gestacionais superiores às das pessoas adultas (Jatlaoui et al., 2017; Sowmini, 2013). As adolescentes têm maior risco de complicações de aborto inseguro devido a demora na procura de assistência, procura de serviços em provedores não qualificados e a falta de acesso aos serviços quando surgem complicações (Espinoza, Samandari, & Andersen, 2020; Fatusi et al., 2021; Keogh et al., 2021; Olukoya et al., 2001). O Instituto Guttmacher estima que, em 2019, 5,7 milhões de adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos que vivem em países de baixo e médio rendimento sofreram gravidezes que terminaram em aborto, a maioria das quais não eram seguras (Sully et al., 2020). Aumentar o acesso ao aborto seguro pode beneficiar particularmente pessoas adolescentes e jovens.

Quando as adolescentes recebem serviços de aborto seguro, sofrem menos complicações do que as pessoas mais adultas. Num grande estudo de coortes retrospectivo baseado nos Estados Unidos que captou todas as complicações dentro de seis semanas de um total de 54.911 abortos cirúrgicos e medicamentosos, as adolescentes apresentaram a menor taxa de complicações relacionadas com o aborto – 1,5% – de todas as faixas etárias (Upadhyay et al., 2015). Os resultados não foram estratificados pelo método de esvaziamento intra-uterino, por trimestre ou por tipo de complicação.

Aspiração intra-uterina

Eficácia

As taxas de sucesso para aspiração intra-uterina não foram separadas por idade. Em estudos que relatam dados para adolescentes e mulheres de idade superior conjuntamente, as taxas de aborto incompleto e falha de aborto foram inferiores a 1% (Upadhyay et al., 2015; Warriner et al., 2006; Weitz et al., 2013). Uma revisão sistemática de 2014, que incluiu 25 ensaios aleatorizados e observacionais documentando os serviços de aborto para adolescentes e jovens, concluiu que o aborto, incluindo a aspiração intra-uterina, é seguro e eficaz, embora não tenham sido reportadas taxas de eficácia específicas (Renner, de Guzman, & Brahmi, 2014).

Segurança

Um grande estudo de coortes, prospectivo e multicêntrico, nos Estados Unidos, que incluiu 164.000 mulheres submetidas a aborto legal, das quais 50.000 eram adolescentes, constatou que as taxas de mortalidade e morbidade eram menores nas adolescentes em comparação com as mulheres de idade superior (Cates Jr., Schulz e Grimes, 1983). A taxa de mortalidade foi de 1,3 por cada 100.000 em mulheres com idade inferior a 20 anos comparativamente a 2,2 por cada 100.000 em mulheres com idade igual ou superior a 20 anos. Eventos adversos graves, incluindo grande cirurgia, hemorragia necessitando de transfusão e perfuração uterina foram menos comuns em mulheres com idade inferior a 20 anos. No entanto, a idade de 17 anos ou menos foi associada a taxas mais elevadas de lesão cervical, mesmo após o controlo de nuliparidade (5,5 por cada 1.000 em comparação com 1,7 por cada 1.000 em mulheres com idade igual ou superior a 30 anos, risco relativo de 1,9, IC 95% 1,2, 2,9) (Cates et al., 1983; Renner et al., 2014; Schulz, Grimes e Cates, 1983;). Para reduzir este risco, pode considerar-se a preparação cervical antes da aspiração intra-uterina para adolescentes (Allen & Goldberg, 2016; WHO, 2024).

Aceitabilidade

Há falta de dados estratificados por idade sobre a aceitabilidade da aspiração intra-uterina nas adolescentes (Renner et al., 2014).

Aborto medicamentoso

Eficácia

Ensaios clínicos e estudos de coortes mostraram que as mulheres jovens têm taxas de sucesso iguais (Haimov-Kochman et al., 2007; Heikinheimo, Leminen e Suhonen, 2007) ou superiores (Niinimäki et al., 2011; Shannon et al, 2006) ao usar mifepristona e misoprostol para aborto medicamentoso em comparação com mulheres de idade superior. Um grande estudo de coortes, retrospectivo com cidadãs finlandesas, que comparou 3024 adolescentes e 24.006 mulheres adultas até à 20.ª semana gestacional, constatou que o risco de esvaziamento cirúrgico após o aborto medicamentoso foi significativamente inferior nas adolescentes (Niinimäki et al., 2011).

Num estudo de coorte prospectivo que incluiu mulheres jovens, a taxa de sucesso de aborto medicamentoso com misoprostol isolado foi igual para mulheres jovens e mulheres de idade superior (Bugalho et al., 1996). Dois estudos de coortes prospectivos de aborto com misoprostol isolado incluíram somente adolescentes; a eficácia em ambos os estudos foi equivalente à reportada em ensaios envolvendo somente mulheres adultas (Carbonell et al., 2001; Visser et al., 2000) (Carbonell et al., 2001; Velazco et al., 2000).

Segurança

O estudo de coortes retrospectivo com cidadãs finlandesas, acima referido, constatou que as taxas de complicações após o aborto medicamentoso nas adolescentes eram semelhantes ou inferiores às das mulheres adultas, mesmo controlando a nuliparidade. Neste estudo, as adolescentes tiveram uma incidência significativamente inferior de hemorragia, aborto incompleto e necessidade de esvaziamento intra-uterino cirúrgico. A infecção pós-aborto teve taxas similares nas adolescentes e mulheres de idade superior, apesar das taxas mais elevadas de infecção por clamídia das adolescentes na população (Niinimäki, et al., 2011). Em estudos de aborto medicamentoso com uso de misoprostol isolado que incluem adolescentes, constatou-se que estas não apresentam taxas mais elevadas de resultados adversos do que as mulheres adultas (Carbonell et al., 2001; Velazco et al., 2000).

Aceitabilidade

Um estudo finlandês comparou a experiência de dor de 56 adolescentes submetidas a aborto medicamentoso com a de 76 mulheres adultas, concluindo que a dor sentida em ambos os grupos era semelhante e que mais de metade de todas as participantes sentiram dor intensa (Kemppainen et al., 2020). Apesar disso, a satisfação com os cuidados foi elevada tanto no grupo das adolescentes como no das adultas, com 90% das participantes a afirmar que voltariam a optar pelo aborto medicamentoso. Num pequeno estudo não comparativo de 28 adolescentes, com idades compreendidas entre 14 a 17 anos, usando mifepristona e misoprostol

para aborto medicamentoso, constatou-se que 96% das adolescentes consideraram o aborto medicamentoso como aceitável e 79% disseram estar satisfeitas com o procedimento às quatro semanas de acompanhamento (Phelps, Schaff, & Fielding, 2001).

Resultados perinatais subsequentes

Três estudos examinaram resultados perinatais em gravidezes de adolescentes e mulheres jovens que tiveram uma experiência anterior de aborto—um estudo de coortes retrospectivo nos Estados Unidos, que comparou 654 partos de adolescentes nulíparas com 102 partos de adolescentes que fizeram um aborto anteriormente (van Veen, Haeri, & Baker, 2015), um estudo de coortes retrospectivo realizado na Alemanha, incluindo 7.845 partos de adolescentes nulíparas e 211 partos de adolescentes que tiveram um aborto induzido antes (Reime, Schucking, & Wenzlaff, 2008) e um estudo de caso-controlo realizado em Hong Kong comparando 118 partos de adolescentes que tiveram um ou mais abortos anteriormente com 118 controlos para a idade e paridade (Lao & Ho, 1998). Nos estudos dos Estados Unidos e de Hong Kong não se constatou nenhuma diferença nos resultados perinatais adversos entre os grupos em estudo. Após o ajuste para factores de confusão, no estudo realizado na Alemanha constatou-se um risco aumentado de recém-nascidos de muito baixo peso nas adolescentes que tiveram uma experiência anterior de aborto. Em nenhum destes estudos se especificou o método de aborto nem se a preparação cervical pré-operatória havia sido realizada ou não.

Referências

Allen, R., & Goldberg, A. (2016). Society of Family Planning Clinical Guideline 20071: Cervical dilation before first trimester surgical abortion (< 14 weeks gestation). *Contraception*, *93*(4), 277-291.

Bugalho, A., Faundes, A., Jamisse, L., Usfa, M., Maria, E., & Bique, C. (1996). Evaluation of the effectiveness of vaginal misoprostol to induce first trimester abortion. *Contraception, 53*(4), 243-246.

Cates Jr, W., Schulz, K. F., & Grimes, D. A. (1983). The risks associated with teenage abortion. *New England Journal of Medicine*, *309*(11), 621-624.

Carbonell, J. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., & Mari, J. (2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *6*(1), 39-45.

Espinoza, C., Samandari, G., & Andersen, K. (2020). Abortion knowledge, attitudes and experiences among adolescent girls: A review of the literature. *Sexual and Reproductive Health Matters, 28*(1), 175-195.

Fatusi, A., Riley, T., Kayembe, P.K., & Mabika, C. (2021). Unintended pregnancy, induced abortion and abortion care-seeking experiences among adolescents in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: A cross-sectional review. *BMJ Open, 11*(9), e044682.

Haimov-Kochman, R., Arbel, R., Sciaky-Tamir, Y., Brzezinski, A., Laufer, N., & Yagel, S. (2007). Risk factors for unsuccessful medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *86*(4), 462-466.

Heikinheimo, O., Leminen, R., & Suhonen, S. (2007). Termination of early pregnancy using flexible, low-dose mifepristone–misoprostol regimens. *Contraception, 76*(6), 456-460.

Jatloui, T. C., Shah, J., Mandel, M. G., Krashin, J. W., Suchdev, D. B., Jamieson, D. J., & Pazol, K. (2017). Abortion surveillance-United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries, 66*(24), 1-48.

Kemppainen, V., Mentula, M., Palkama, V., & Heikinheimo, O. (2020). Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women. *Acta Obstetricia et Gyncologica Scandinavica, 99*(12), 1603-1610.

Keogh, S.C., Otupiri, E., Castillo, P.W., Li, N.W., Apenkwa, J., & Polis, C.B. (2021). Contraceptive and abortion practices of young Ghanian women aged 15-24: Evidence from a nationally representative sample. *Reproductive Health, 18*(1), 150.

Lao, T. T., & Ho, L. F. (1998). Induced abortion is not a cause of subsequent preterm delivery in teenage pregnancies. *Human Reproduction*, *13*(3), 758-761.

Referências continuado

Niinimäki, M., Suhonen, S., Mentula, M., Hemminki, E., Heikinheimo, O., & Gissler, M. (2011). Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: A population register based study. *BMJ: British Medical Journal*, *342*, d2111.

Olukoya, A., Kaya, A., Ferguson, B., & AbouZahr, C. (2001). Unsafe abortion in adolescents. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *75*(2), 137-147.

Phelps, R. H., Schaff, E. A., & Fielding, S. L. (2001). Mifepristone abortion in minors. *Contraception*, *64*(6), 339-343.

Reime, B., Schucking, B. A., & Wenzlaff, P. (2008). Reproductive outcomes in adolescents who had a previous birth or an induced abortion compared to adolescents' first pregnancies. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth, 8(*4).

Renner, R. M., de Guzman, A., & Brahmi, D. (2014). Abortion care for adolescent and young women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 126,* 1-7.

Schulz, K., Grimes, D., & Cates, W. (1983). Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *The Lancet*, *321*(8335), 1182-1185.

Shannon, C., Wiebe, E., Jacot, F., Guilbert, E., Dunn, S., Sheldon, W., & Winikoff, B. (2006). Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: A andomized trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *113*(6), 621-628.

Sowmini, S.V. (2013). Delay in termination of pregnancy among unmarried adolescents and young women attending a tertiary hospital abortion clinic in Trivandrum, Kerala, India. *Reproductive Health Matters*, *21*(41), 243-250.

Sully, E.A., Biddlecom, A., Darroch, J.E., Riley, T., Ashford, L.S., Lince-Deroche, N., Firestein, L., & Murro, R. (2020). *Adding it up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. New York: Guttmacher Institute.

Upadhyay, U. D., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P., & Taylor, D. (2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology, 125*(1), 175-83.

Van Veen, T. R., Haeri, S., & Baker, A. M. (2015). Teen pregnancy: Are pregnancies following an elective termination associated with increased risk for adverse perinatal outcomes? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *28*, 530-532.

Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., Chami, S., ... Carbonell, J. L. L. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 5,* 227-233.

Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N., & Seuc, A. H. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and midlevel providers in South Africa and Vietnam: A andomized controlled equivalence trial. *The Lancet, 368*(9551), 1965-1972.

Weitz, T. A., Taylor, D., Desai, S., Upadhyay, U. D., Waldman, J., Battistelli, M. F., & Drey, E. A. (2013). Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *American Journal of Public Health*, *103*(3), 454-461.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed.* Geneva: World Health Organization.

3.2 Cálculo da idade gestacional

- Deve-se calcular a idade gestacional antes da prestação de serviços de aborto.
- Para as pessoas que têm certeza das datas da sua última menstruação (DUM), a idade gestacional pode ser calculada usando apenas DUM.
- Quando há incerteza clinicamente relevante sobre a duração da gravidez usando apenas DUM, a idade gestacional deve ser calculada usando a data da última menstruação (DUM) estimada, combinada com exame bimanual; a ecografia pode ser útil quando a idade gestacional não for clara ou quando houver discrepância entre as duas estimativas.
- Não é necessário o uso rotineiro da ecografia para determinação da idade gestacional.

Na prática:

- O exame bimanual é um passo de rotina antes dos procedimentos intra-uterinos e deve ser efectuado antes de todos os procedimentos de aspiração intra-uterina, mesmo quando não indicado para efeitos do cálculo da idade gestacional.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Moderada	7 de Outubro de 2025

Importância do cálculo da idade gestacional

A idade gestacional da gravidez influenciará o método de aborto e se o aborto pode ser feito em casa ou se deve ser feito numa unidade sanitária. Há várias maneiras de determinar a idade gestacional, incluindo DUM, o exame clínico do tamanho uterino e a ecografia. O uso da DUM, apenas ou em combinação com uma ferramenta validada, como uma roda de cálculo da idade gestacional ou uma lista de verificação, permite que as pessoas façam uma auto-avaliação da idade gestacional (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2024). O rastreio ecográfico da gravidez ectópica em pessoas sem sintomas e sem factores de risco não é necessária antes de um aborto medicamentoso (OMS, 2024); a incidência de gravidez ectópica é menor nas pessoas que procuram aborto do que na população em geral (Duncan, Reynolds-Wright & Cameron, 2022). Ver 3.3: *Recomendações para o aborto antes da 13.ª semana de gestação: Rastreio da gravidez ectópica para mais informações*.

Apenas DUM

Avaliação da idade gestacional pelo profissional de saúde usando a DUM

A maioria das pessoas consegue lembrar-se razoavelmente bem da sua DUM, independentemente do seu grau de escolaridade ou de se elas registam ou não as suas datas da DUM (Averbach et al., 2018; Harper, Ellertson & Winikoff, 2002; Wegienka & Baird, 2005). Vários estudos reportam a exactidão da DUM para determinar a idade gestacional comparativamente à ecografia antes do aborto medicamentoso (Blanchard et al., 2007; Bracken et al., 2011; Constant et al., 2017; Schonberg et al., 2014). Dois estudos que incluíram um total combinado de 833 mulheres constataram que 12% das mulheres elegíveis para o aborto medicamentoso com base

na sua DUM estavam além do limite da idade gestacional conforme determinado pela ecografia (Blanchard et al., 2007; Constant et al., 2017). No entanto, no maior estudo disponível apenas 3,3% de 4.257 mulheres se enquadraram nesta categoria quando foi utilizado o limite de 63 dias de elegibilidade para o aborto medicamentoso; um número ainda menor de mulheres (1,2%) determinadas quanto à elegibilidade através da DUM estavam além dos 70 dias de gestação (Bracken et al., 2011). Este estudo também examinou a exactidão da avaliação da idade gestacional feita pelo provedor de cuidados usando a DUM combinada com o exame bimanual e constatou-se que, quando este método de cálculo gestacional foi usado, a taxa de mulheres que estavam incorrectamente determinadas a ser elegíveis para o aborto medicamentoso reduziu de 3,3% para 1,6%. Um estudo de 660 mulheres que procuraram o aborto medicamentoso no Nepal comparou a idade gestacional determinada pela DUM com a DUM mais exame bimanual sem comparação com ecografia (Averbach et al., 2018). Os investigadores observaram um alto nível de concordância (99%) entre as duas medidas de cálculo da idade gestacional.

Dois estudos de coortes prospectivos que reportaram a eficácia da telemedicina para a prestação de cuidados de aborto medicamentoso durante a pandemia de COVID-19 utilizaram apenas DUM reportada para determinar a idade gestacional e elegibilidade para o aborto medicamentoso (Aiken et al., 2021; Reynolds-Wright et al., 2021). Um estudo, realizado em Inglaterra, comparou uma coorte de 22 158 pessoas que receberam um aborto medicamentoso tradicional pré-pandemia, que incluía avaliação pessoal e ecografia de rotina, com uma coorte que receberam um aborto por telemedicina (se tivessem um baixo risco de gravidez ectópica e a data da sua última menstruação (DUM) auto-reportada fosse consistente com uma idade gestacional de menos de 10 semanas (n = 18.435) ou um aborto medicamentoso tradicional se elas não atendessem a estes critérios (n = 11.549)) (Aiken et al., 2021). O sucesso do tratamento, eventos adversos graves e incidência de gravidez ectópica não diferiram entre as duas coortes; constatou-se que 11 pessoas (0,04%) na coorte de telemedicina apresentavam uma idade gestacional superior às 10 semanas esperadas; todas foram capazes de completar o aborto em casa sem incidentes. Um estudo de coortes escocês, de menor dimensão, seguiu um protocolo de telemedicina semelhante, mas incluiu participantes com até 12 semanas de gestação por DUM auto-reportada (Reynolds-Wright et al., 2021). Das 663 pessoas incluídas na coorte, a idade gestacional foi determinada usando apenas a data da última menstruação (DUM) em 79%; a ecografia foi realizada para idade gestacional incerta em 14% e para confirmar gravidez intra-uterina em 5%. O aborto completo ocorreu em 98% dos casos e a continuação da gravidez ocorreu em menos de 1% das mulheres; 2,4% das mulheres procuraram cuidados adicionais, mas não foi reportado nenhum evento adverso grave.

Auto-avaliação da idade gestacional usando a DUM

Quando se pede que determinem a idade gestacional ou a elegibilidade para o aborto medicamentoso com base na DUM, uma minoria das avaliações das mulheres discorda das avaliações feitas pelos seus provedores de cuidados. No estudo mais antigo (Ellertson et al., 2000), 10% de 173 mulheres na Índia que usaram uma tabela e sua DUM para determinar a idade gestacional pensavam ser elegíveis para o aborto medicamentoso, enquanto os provedores determinaram que suas gestações estavam para além do limite de 56 dias. No Nepal, 13% das 3091 mulheres que usaram a sua DUM e uma roda de cálculo da idade gestacional modificada para determinar a sua elegibilidade para o aborto medicamentoso, usando como limite 63 dias, estavam incorrectas quando comparadas com as avaliações feitas pelos provedores de cuidados (Andersen et al., 2017). No Gana, 770 mulheres usaram uma roda de cálculo da idade gestacional modificada e a DUM para determinar se sua gravidez estava antes ou depois da 13.ª semana de gestação (Shellenberg et al., 2017); quando comparado com a avaliação do provedor de cuidados, 3,6% das mulheres pensava incorrectamente que a sua gestação era de menos de 13 semanas. Dessas mulheres, uma gravidez era de 13 semanas (0,1% de 770), 15 eram de 14 semanas (1,9%), sete eram de 16 semanas (0,9%), duas eram de 18 semanas e 22 semanas (0,3% cada) e uma era de 28 semanas (0,1%). Um estudo realizado nos Estados Unidos comparou a auto-avaliação da duração da gravidez com medições ecográficas numa coorte de 1089 participantes que procuravam um aborto (Ralph et al., 2022). Usando a DUM, 84% das participantes que não eram elegíveis para o aborto medicamentoso (usando um limite de 70 dias) identificaram-se correctamente como tal; quando, em vez disso, lhes foi perguntado se estavam grávidas de mais de 10 semanas, a sensibilidade aumentou para 91%. A exactidão foi consistente nos

grupos etários de adolescentes, jovens adultos e adultos (Ralph et al., 2023). Dois estudos prospectivos realizados nos EUA avaliaram ferramentas de auto-administração que abordavam factores que poderiam levar a erros no cálculo, tais como menstruações irregulares ou uso de contracepção, ou indicar uma possível gravidez ectópica, como dor ou sangramento inexplicáveis, além de usar a DUM para determinar a elegibilidade para o aborto medicamentoso (Kerstes et al., 2024; Ralph et al., 2025). Em ambos os estudos, menos de 2% das participantes teriam sido incorrectamente identificadas como elegíveis para o aborto medicamentoso utilizando a ferramenta, quando a ecografia ou avaliação clínica adicional as identificou como inelegíveis.

DUM combinada com exame bimanual

A avaliação do provedor com base na DUM reportada, combinada com o exame bimanual, é um meio exacto de determinar a idade gestacional antes do aborto (Bracken et al., 2011; Fielding, Schaff, & Nam, 2002; Kaneshiro et al., 2011). Os dois maiores ensaios que compararam o uso da DUM e do exame bimanual com a ecografia antes do aborto medicamentoso até à 9.ª semana de gestação concluíram que menos de 2% das cerca de 5.000 mulheres incluídas teriam sido indevidamente submetidas a aborto medicamentoso para além dos limites da idade gestacional se a DUM e o exame bimanual fossem usados para determinar a duração da gravidez (Bracken et al., 2011; Fielding et al., 2002).

Dois pequenos estudos de coorte examinaram a exactidão do exame bimanual em comparação com a ecografia para o cálculo da idade gestacional antes da aspiração intra-uterina (Kulier & Kapp, 2011). Num estudo com 120 mulheres, 81% das determinações da idade gestacional feitas com a avaliação do provedor foram concordantes com a ecografia, e 13% adicionais estavam dentro de duas semanas das estimativas da ecografia (Fakih et al., 1986). Um segundo estudo incluiu 245 mulheres e constatou que os profissionais experientes que usavam apenas o exame bimanual para avaliar a idade gestacional estavam dentro de duas semanas das estimativas da ecografia em 92% das vezes, enquanto os profissionais inexperientes estavam dentro de duas semanas apenas em 75% das vezes (Nichols, Morgan, & Jensen, 2002).

Ecografia

A ecografia tem uma margem de erro inerente de 3 a 5 dias antes da 12.ª semana de gestação; esta margem de erro aumenta à medida que a gravidez avança (Hadlock et al., 1992). Em estudos realizados em locais com poucos recursos e com acesso limitado à ecografia––como Índia, Nepal, Vietname e Tunísia – a falta de disponibilidade de ecografia não teve impacto nas taxas de sucesso ou segurança do aborto (Coyaji et al., 2001; Mundle et al., 2007; Ngoc et al., 1999; Warriner et al., 2011). A ecografia pode ser útil para determinar a idade gestacional quando esta não pode ser estimada por outros métodos, para confirmar uma gravidez intra-uterina e para identificar malformações uterinas (Clark et al., 2007; Kulier & Kapp, 2011). A dependência da ecografia de rotina para a determinação da idade gestacional pode limitar o acesso aos serviços de aborto seguro e esta não é necessária para uma avaliação exacta da idade gestacional (American College of Obstetricians and Gynecologists & the Society of Family Planning, 2020; Kaneshiro et al., 2011; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2022; OMS, 2024).

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Abortion Care Videos—Ipas: Cálculo da Idade Gestacional

Referências

Aiken, A., Lohr, P.A., Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 128*(9), 1464-1474.

American College of Obstetricians and Gynecologists & Society of Family Planning. (2020). Medication abortion up to 70 days of gestation. *Contraception, 102*, 225-236.

Andersen, K., Fjerstad, M., Basnett, I., Neupane, S., Acre, V., Sharma, S. K., & Jackson, E. (2017). Determination of medical abortion eligibility by women and community health volunteers in Nepal: A toolkit evaluation. *PLoS ONE, 12*(9), e0178248.

Averbach, S., Puri, M., Blum, M., & Rocca, C. (2018). Gestational dating using last menstrual period and bimanual exam for medication abortion in pharmacies and health centers in Nepal. *Contraception, 98*(4), 296-300.

Blanchard, K., Cooper, D., Dickson, K., Cullingworth, L., Mavimbela, N., Von Mollendorf, C., & Winikoff, B. (2007). A comparison of women's, providers' and ultrasound assessments of pregnancy duration among termination of pregnancy clients in South Africa. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *114*(5), 569-575.

Bracken, H., Clark, W., Lichtenberg, E., Schweikert, S., Tanenhaus, J., Barajas, A., & Winikoff, B. (2011). Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mifepristone–misoprostol. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *118*(1), 17-23.

Clark, W. H., Gold, M., Grossman, D., & Winikoff, B. (2007). Can mifepristone medical abortion be simplified? A review of the evidence and questions for future research. *Contraception*, *75*(4), 245-250.

Constant, D., Harries, J., Moodley, J., & Myer, L. (2017). Accuracy of gestational age estimation from last menstrual period among women seeking abortion in South Africa, with a view to task sharing: A mixed methods study. *Reproductive Health, 14*(100).

Coyaji, K., Elul, B., Krishna, U., Otiv, S., Ambardekar, S., Bopardikar, A., & Winikoff, B. (2001). Mifepristone abortion outside the urban research hospital setting in India. *The Lancet*, *357*(9250), 120-122.

Duncan, C.I., Reynolds-Wright, J.J., & Cameron, S.T. (2022). Utility of a routine ultrasound for detection of ectopic pregnancies among women requesting abortion: A retrospective review. *BMJ Sexual and Reproductive Health, 48*(1), 22-27.

Ellertson, C., Elul, B., Ambardekar, S., Wood, L., Carroll, J., & Coyaji, K. (2000). Accuracy of assessment of pregnancy duration by women seeking early abortions. *The Lancet*, *355*(9207), 877-881.

Fakih, M. H., Barnea, E. R., Yarkoni, S., & DeCherney, A. H. (1986). The value of real time ultrasonography in first trimester termination. *Contraception, 33*(6), 533-538.

Fielding, S. L., Schaff, E. A., & Nam, N. (2002). Clinicians' perception of sonogram indication for mifepristone abortion up to 63 days. *Contraception*, *66*(1), 27-31.

Hadlock, F., Shah, Y., Kanon, D., & Lindsey, J. (1992). Fetal crown-rump length: Reevaluation of relation to menstrual age (5-18 weeks) with high-resolution real-time US. *Radiology*, *182*(2), 501-505.

Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M. M., & Templeton, A. (2005). Medical abortion at 9-13 weeks' gestation: A review of 1076 consecutive cases. *Contraception*, *71*(5), 327-332.

Harper, C., Ellertson, C., & Winikoff, B. (2002). Could American women use mifepristone-misoprostol pills safely with less medical supervision? *Contraception*, *65*(2), 133-142.

Kaneshiro, B., Edelman, A., Sneeringer, R. K., & Gómez Ponce de León, R. (2011). Expanding medical abortion: Can medical abortion be effectively provided without the routine use of ultrasound? *Contraception*, *83*(3), 194-201.

Kerestes, C., Tschann, M., Pearlman Shapiro, M., Berry, E., Gawron, L., Soon, R., & Kaneshiro, B. (2024). Self-Determination of Eligibility for Medication Abortion Without Ultrasonography Using a History-Based Tool: LMP-SURE. *Obstetrics & Gynecology*, *144*(4), 457.

Kulier, R., & Kapp, N. (2011). Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception*, 83, 30-33.

Mundle, S., Elul, B., Anand, A., Kalyanwala, S., & Ughade, S. (2007). Increasing access to safe abortion services in rural India: Experiences with medical abortion in a primary health center. *Contraception, 76*, 66-70.

Nichols, M., Morgan, E., & Jensen, J. T. (2002). Comparing bimanual examination to ultrasound measurement for assessment of gestational age in the first trimester of pregnancy. *Journal of Reproductive Medicine, 47*(10), 825-828.

Referências continuado

Ngoc, N. T. N., Winikoff, B., Clark, S., Ellertson, C., Am, K. N., Hieu, D. T., & Elul, B. (1999). Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives, 25*(1), 10-14, 33.

Ralph, L.J., Ehrenreich, K., Barar, R., Biggs, M.A., Morris, N., Blanchard, K., Kapp, N., Moayedi, G., Perrit, J., Raymond, E.G., White, K., & Grossman, D. (2022). Accuracy of self-assessment of gestational duration among people seeking abortion. A*merican Journal of Obstetrics and Gynecology, 226*(5), 710.e1-710e.21.

Ralph, L., Biggs, M. A., Ehrenreich, K., & Grossman, D. (2023). Accuracy of Self-assessment of Gestational Duration Among Adolescents Seeking Abortion Using Information in Addition to Date of Last Menstrual Period. *JAMA Pediatrics*, *177*(6), 642–644.

Ralph, L. J., Ehrenreich, K., Kaller, S., Gurazada, T., Biggs, M. A., Blanchard, K., Hauser, D., Kapp, N., Kromenaker, T., Moayedi, G., Gil, J. P., Perritt, J. B., Raymond, E., Taylor, D., White, K., Valladares, E. S., Williams, S., & Grossman, D. (2025). Accuracy of survey-based assessment of eligibility for medication abortion compared with clinician assessment. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *233*(1), 44.e1-44.e15.

Reynolds-Wright, J.J., Johnstone, A., McCabe, K., Evans, E., & Cameron, S. (2021). Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks gestation: A prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 47*(4), 246-251.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). *Best practice in abortion care.* London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Schonberg, D., Wang, L.F., Bennett, A.H., Gold, M., & Jackson, E. (2014). The accuracy of using last menstrual period to determine gestational age for first trimester medication abortion: A systematic review. *Contraception*, *90*(5), 480-487.

Shellenberg, K. M., Antobam, S. K, Griffin, R., Edelman, A., & Voetagbe, G. (2017). Determining the accuracy of pregnancy-length dating among women presenting for induced abortions in Ghana. *International Journal of Gyncecology & Obstetrics, 139*, 71-77.

Warriner, I., Wang, D., Huong, N., Thapa, K., Tamang, A., Shah, I., & Meirik, O. (2011). Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *The Lancet*, *377*(9772), 1155-1161.

Wegienka, G., & Baird, D. D. (2005). A comparison of recalled date of last menstrual period with prospectively recorded dates. *Journal of Women's Health*, *14*(3), 248-252.

World Health Organization. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Geneva: World Health Organization.

3.3 Rastreio da gravidez ectópica

Recomendação:

- O diagnóstico de uma gravidez ectópica deve ser excluído em pessoas que tenham uma história clínica ou exame preocupante.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Baixa	12 de Outubro de 2025

Epidemiologia

Tanto em locais com poucos ou muitos recursos, as taxas de gravidez ectópica variam entre menos de 1% e 2% das gravidezes (Al Naimi et al., 2021; Anyanwu & Titilope, 2021; Berhe et al., 2021; Ghimire, 2020; Stulberg et al., 2013; Tao, Patel, & Hoover, 2016; Trabert et al., 2011; Webster et al., 2019), e são ainda mais baixas em pessoas grávidas que procuram o aborto (Aiken et al., 2021; Cleland et al., 2013; Duncan, Reynolds-Wright, & Cameron, 2022). As variantes raras incluem a gravidez ectópica cervical, na cicatriz da cesariana e intramural; a incidência exacta destas variantes é desconhecida (Hu et al., 2025; Nijjar, Jauniaux, & Jurkovic, 2023; Ntafam, Sanusi-Musa, & Harris, 2023; Rayamajhi et al., 2023). A gravidez ectópica é responsável por 2,7% das mortes relacionadas com a gravidez nos Estados Unidos (Creanga et al., 2017). A gravidez ectópica é responsável por aproximadamente 1% das mortes relacionadas com a gravidez em contextos com poucos recursos, onde outras causas de mortalidade materna são mais prevalentes (Khan et al., 2006).

Factores de risco

Os maiores factores de risco associados à gravidez ectópica em uma pessoa grávida são apresentados na tabela abaixo:

Factor de risco	Risco de gravidez ectópica na gravidez actual
Gravidez ectópica anterior	10-25%
Antecedentes de cirurgia às trompas, incluindo esterilização	25-50%
Dispositivo intra-uterino (DIU) inserido	25-50%

(American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2018; Ankum et al., 1996; Barnhart, 2009; Gaskins et al., 2018; Jacob, Kalder, & Kostev, 2017)

Outros factores de risco incluem antecedentes de infertilidade e de utilização de tecnologia reprodutiva assistida, antecedentes de infecções pélvicas, múltiplos parceiros sexuais, idade precoce na primeira relação sexual, idade superior a 30 anos e tabagismo (ACOG, 2018; Ankum et al., 1996; Barnhart, 2009, Gaskins et al., 2018; Brim et al., 2024; Olamijulo et al., 2020). O uso de contraceptivos orais reduz o risco de gravidez ectópica (Brim et al., 2024).

Rastreio

Metade das gravidezes ectópicas ocorrem em pessoas sem factores de risco e com uma apresentação clínica benigna em países de rendimentos elevados (Stovall et al., 1990), enquanto em países de baixo e médio rendimento, as pessoas são mais susceptíveis de apresentar características clínicas agudas, incluindo instabilidade hemodinâmica (Olamijulo et al., 2020). Para além de recolherem informações sobre a data da última menstruação e a regularidade do ciclo menstrual, os provedores de cuidados de saúde devem avaliar os factores de risco para gravidez ectópica durante **a** história clínica e exame físico, tais como a gravidez ectópica anterior, laqueação das trompas, cirurgia às trompas ou um DIU inserido. O exame também deve incluir sintomas e sinais de gravidez ectópica encontrados durante a história clínica e exame físico, tais como massa anexial ou dor no exame ou sangramento vaginal (Kaislasuo & Heikinheimo, 2025).

Algumas pessoas apresentam-se para cuidados de aborto muito cedo na gravidez, antes de haver provas definitivas de uma gestação intra-uterina por ecografia. Uma revisão sistemática realizada em 2020, incluindo três estudos comparativos de coortes, retrospectivos, de 5315 pessoas que solicitaram aborto medicamentoso ou por aspiração numa fase precoce, constatou que não houve aumento na incidência de diagnóstico incorrecto de gravidez ectópica ou aborto incompleto quando o aborto foi iniciado antes da prova de gravidez intra-uterina por ecografia em mulheres que não apresentavam sinais ou sintomas de uma gravidez ectópica (Schmidt-Hansen et al., 2020). Dois pequenos estudos de coorte retrospectivos subsequentes confirmaram que, entre as pessoas com gravidezes muito precoces e sem factores de risco de gravidez ectópica importantes, não há aumento do diagnóstico de gravidez ectópica quando o aborto medicamentoso é iniciado antes de haver evidência de gravidez por ecografia (Goldberg, et al., 2022; Jar-Allah et al., 2022).

Tratamento de pessoas de alto risco

A ecografia e teste de hCG são frequentemente utilizados para ajudar a avaliar a localização da gravidez (Fields & Hathaway, 2017; Nijjar, Jauniaux, & Jurkovic, 2023). Em alguns casos, a maneira mais rápida de confirmar uma gravidez intra-uterina é realizar a aspiração intra-uterina; a presença de produtos da concepção no aspirado uterino confirma que que a gravidez era intra-uterina. As pessoas com sinais e sintomas suspeitos ou um exame físico preocupante devem ser diagnosticadas e tratadas o mais cedo possível ou transferidas imediatamente para uma unidade sanitária que possa tratar gravidez ectópica. O diagnóstico precoce e tratamento da gravidez ectópica podem ajudar a preservar a fertilidade e salvar vidas.

Rastreio pós-procedimento

Para as pessoas submetidas a aspiração intra-uterina, o aspirado deve ser recolhido e examinado para confirmar a presença de produtos da concepção (consulte 3.4.4 Exame dos produtos da concepção). Se não forem observados produtos da concepção, deve considerar-se um diagnóstico de gravidez ectópica.

Referências

Aiken, A., Lohr, P.A., Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 128*(9), 1464-1474.

Al Naimi, A., Moore, P., Bruggmann, D., Krysa, L., Louwen, F., & Bahlmann, F. (2021). Ectopic pregnancy: A single-center experience over ten years. *Reproductive Biology and Endocrinology, 19*(1), 79

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Practice bulletin No 193: Tubal ectopic pregnancy. *Obstetrics & Gynecology 131*, e91-e103.

Ankum, W. M., Mol, B. W. J., Van der Veen, F., & Bossuyt, P. M. M. (1996). Risk factors for ectopic pregnancy: A meta-analysis. *Fertility and Sterility, 60*(6), 1093-9.

Anyanwu, M., & Titilope, G. (2021). Ectopic pregnancy at the Gambian tertiary hospital. *African Health Sciences, 21*(1), 295-303.Barnhart, K. T. (2009). Clinical practice. Ectopic pregnancy. *New England Journal of Medicine*, *361*(4), 379-387.

Berhe, E.T., Kiros, K., Hagos, M.G., Gesesew, H.A., Ward, P.R., & Gebremeskel, T.G. (2021). Ectopic pregnancy in Tigray, Ethiopia: A cross-sectional survey of prevalence, management, outcomes, and associated factors. *Journal of Pregnancy*, 4443117. Doi: 10.1155/2021/4443117.

Brim, A. C. S., Barretto, V. R. D., Reis-Oliveira, J. G., da Silveira de Araújo, R. B., & Romeo, A. C. D. C. B. (2025). Risk factors for ectopic pregnancy occurrence: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *168*(3), 919–932.

Cleland, K., Creinin, M. D., Nucatola, D., Nshom, M., & Trussell, J. (2013). Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstetrics & Gynecology*, *121*(1), 166-171.

Creanga, A. A., Syverson, C., Seed, K., & Callaghan, W. M. (2017). Pregnancy-related mortality in the United States, 2011-2013. *Obstetrics & Gynecology, 130*(2), 366-373.

Duncan, C.I., Reynolds-Wright, J.J., & Cameron, S.T. (2022). Utility of a routine ultrasound for detection of ectopic pregnancies among women requesting abortion: A retrospective review. *BMJ Sexual and Reproductive Health, 48*(1), 22-27.

Fields, L., & Hathaway, A. (2017). Key concepts in pregnancy of unknown location: Identifying ectopic pregnancy and providing patient-centered care. *Journal of Midwifery and Womens Health, 62*(2), 172-179.

Gaskins, A. J., Missmer, S. A., Rich-Edwards, J. W., Williams, P. L., Souter, I., & Chavarro, J. E. (2018). Demographic, lifestyle, and reproductive risk factors for ectopic pregnancy. *Fertility and Sterility, 110*(7), 1328-1337.

Ghimire, S.P. (2021). Study of ectopic pregnancy at tertiary care hospital in Province 1 of Nepal. *Journal of Nepal Health Research Council, 18*(4), 698-701.

Goldberg, A.B., Fulcher, I.R., Fortin, J., Hofer, R.K., Cottrill, A., Dethier, D., Gilbert, A., Janiak, E., & Roncari, D. (2022). Mifepristone and misoprostol for undesired pregnancy of unknown location. *Obstetrics & Gynecology, 139*(5), 771-780.

Hu, C., Chawla, K., Hostetter, K., & Mark, K. (2025). Cesarean delivery scar ectopic pregnancy diagnosed after no-test abortion: A case report. *Contraception*, 152. 111206.

Jacob, L., Kalder, M., & Kostev, K. (2017). Risk factors for ectopic pregnancy in Germany: a retrospective study of 100,197 patients. *German Medical Science, 15*, Doc19.

Jar-Allah, T., Hognert, H., Kocher, L., Berggren, L., Fiala, C., Milsom, I., & Gemzell-Danielsson, K. (2022). Detection of ectopic pregnancy and serum beta hCG level in women undergoing very early medical abortion: A retrospective study. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 27*(3), 240-246.

Kaislasuo, J., & Heikinheimo, O. (2025). Safety and accuracy of dating unwanted pregnancies and detecting ectopic pregnancy with the RCOG decision aid without routine ultrasound – a retrospective analysis form a large abortion service. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *30*(2), 93–96.

Khan, K. S., Wojdyla, D., Say, L., Gulmezoglu, A. M., & Van Look, P. F. (2006). WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. *The Lancet*, *367*(9516), 1066-1074.

Nijjar, S., Jauniaux, E., & Jurkovic, D. (2023). Definition and diagnosis of cesarean scar ectopic pregnancies. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *89*, 102360.

Ntafam, C. N., Sanusi-Musa, I., & Harris, R. D. (2023). Intramural ectopic pregnancy: An individual patient data systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X*, *21*, 100272.

Olamijulo, J.A., Okusanya, B.O., Adenekan, M.A., Ugwu, A.O., Olorunfemi, G., & Okojie, O. (2020). Ectopic pregnancy at the Lagos University Teaching Hospital,

Referências continuado

Lagos, South-Western Nigeria: Temporal trends, clinical presentation and management outcomes from 2005 to 2014. *Nigerian Postgraduate Medical Journal,* 27, 177-83.

Rayamajhi, A., Rayamajhi, A. K., Adhikari, A., Basnet, P., & Tiwari, A. (2023). Cervical Ectopic Pregnancy with Unsupervised Intake of Medications for Abortion: A Case Report. *JNMA: Journal of the Nepal Medical Association*, *61*(267), 897–900.

Schmidt-Hansen, M., Cameron, S., Lord, J., & Hasler, E. (2020). Initiation of abortion before there is definitive ultrasound evidence of intrauterine pregnancy: A systematic review with meta-analyses. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 99, 451-458.

Stovall, T. G., Kellerman, A. L., Ling, F. W., & Buster, J. E. (1990). Emergency department diagnosis of ectopic pregnancy. *Annals of Emergency Medicine*, *19*(10), 1098-1103.

Stulberg, D., Cain, L. R., Dahlquist, I., & Lauderdale, D. S. (2013). Ectopic pregnancy rates in the Medicaid population. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 208*(4), 274.e1-7.

Tao, G., Patel, C., & Hoover, K. W. (2016). Updated estimates of ectopic pregnancy among commercially and Medicaid-insured women in the United States, 2002-2013. *Southern Medical Journal, 110*(1), 18-24.

Trabert, B., Holt, V. L., Yu, O., Ven Den Eeden, S. K., & Scholes, D. (2011). Population-based ectopic trends, 1993-2007. *American Journal of Preventative Medicine, 40*(5), 556-560.

Webster, K., Eadon, H., Fishburn, S, & Kumar, G. (2019). Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management: summary of updated NICE guidance. *British Medical Journal*, *367*, 16283.

3.4 Aspiração intra-uterina

3.4.1. Segurança e eficácia

Informações essenciais:

- A aspiração intra-uterina é eficaz e segura, com taxas de sucesso acima de 98% e taxas de complicações importantes abaixo de 1%.

Qualidade da evidência:
Alta

Última revisão:
7 de Outubro de 2025

Eficácia

Uma aspiração intra-uterina bem-sucedida não requer nenhuma intervenção adicional para esvaziar o útero. Num grande estudo realizado nos Estados Unidos baseado na observação de 11.487 abortos por aspiração nos primeiros três meses de gravidez, realizada por médicos, enfermeiras, parteiras e assistentes clínicos certificados, constatou-se que a necessidade de repetição da aspiração devido ao aborto incompleto era de apenas 0,28% e que a taxa de continuação da gravidez era de 0,16% (Weitz et al., 2013).

Segurança

Uma revisão sistemática realizada em 2015 analisou 57 estudos apresentando dados para 337.460 abortos por aspiração realizados antes da 14.ª semana de gestação na América do Norte, Europa Ocidental, Escandinávia e Austrália/Nova Zelândia (White, Carroll e Grossman, 2015). Complicações importantes que necessitaram de intervenções (tais como hemorragia requerendo transfusão ou perfuração necessitando de reparação) ocorreram em ≤ 0,1% dos procedimentos; sendo necessário o internamento hospitalar em ≤ 0,5% dos casos. Estudos abrangendo os diferentes quadros de provedores de saúde (assistentes clínicos, enfermeiras, parteiras, etc.) noutros locais apresentaram resultados similares (Hakim-Elahi, Tovell e Burnhill, 1990; Jejeebhoy et al, 2011; Warriner et al., 2006; Weitz et al., 2013). Em dois estudos que compararam profissionais de saúde de prática avançada recém-formados com médicos experientes (Jejeebhoy et al., 2011; Weitz et al., 2013), não se observou qualquer diferença nas taxas de sucesso ou complicações de aborto.

Um estudo de coortes retrospectivo realizado nos Estados Unidos comparou as taxas de complicações processuais durante aborto com aspiração intra-uterina realizado em ambulatório (sem internamento) até às 13 semanas e seis dias de gestação em mulheres com pelo menos uma comorbilidade médica (diabetes, hipertensão, obesidade, HIV, epilepsia, asma, doença da tiróide e perturbações hemorrágicas/de coagulação) com as das mulheres sem comorbilidades. A taxa geral de complicações—que incluíram perfuração uterina, perda sanguínea superior a 100 ml, laceração cervical e produtos da concepção retidos que necessitaram de repetição da aspiração—foi de 2,9%; não se verificou nenhuma diferença entre os dois grupos (Guiahi et al., 2015). Dois estudos de coorte retrospectivos, que incluíram conjuntamente 5288 procedimentos de aborto por aspiração realizados antes da 13.ª semana de gestação, não constataram diferenças nas taxas de complicações entre mulheres obesas ou com excesso de peso e peso normal (Benson et al., 2016; Mark et al., 2017).

Um estudo de coorte retrospectivo de base populacional realizado no Canadá em 2025, comparou as taxas de eventos adversos ocorridos no prazo de 42 dias após um aborto cirúrgico (tipo de procedimento não especificado) ou após a dispensa de uma prescrição para aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol (Liu & Ray, 2025). Os investigadores constataram que os eventos adversos graves (por exemplo, lesões em órgãos-alvo, internamento na unidade de cuidados intensivos, morte) ocorreram em 114 de 65 176 pacientes (0,2%) submetidas a um aborto cirúrgico em regime ambulatório até a 14.ª semana de gestação, e em 27 de 8 861 pacientes (0,3%) submetidas a um procedimento hospitalar em regime ambulatório até à 9.ª semana de gestação. Eventos adversos (por exemplo, hemorragia, retenção de produtos da concepção, transfusão) ocorreram em cerca de 3% das pacientes em ambos os grupos.

Mortalidade

Nos Estados Unidos, a taxa de mortalidade em todos os abortos legais induzidos entre 2013-2018 foi de 0,41 óbitos por 100.000 abortos reportados; as taxas de mortalidade desagregadas pelo tipo de aborto ou duração da gravidez não estão disponíveis (Kortsmit et al., 2021). Em comparação, durante o período de 2007-2016, a taxa de mortalidade dos partos com nados vivos nos Estados Unidos foi de 17 mortes por cada 100.000 nados-vivos (Creanga et al., 2017; Petersen et al., 2019). Uma análise secundária de dados que comparou as taxas de mortalidade associadas aos partos com nados-vivos com as dos abortos legais induzidos nos Estados Unidos constatou que o risco de morte por parto era 14 vezes maior do que o risco de morte por aborto (Raymond & Grimes, 2012). Na revisão sistemática acima referida, realizada em 2015, sobre a segurança da aspiração intra-uterina em vários países, não se reportou nenhuma morte (White et al., 2015).

	Upadhyay, 2015	Weitz, 2013	Jejeebhoy, 2011	Warriner, 2006	Hakim-Elahi, 1990
Número de mulheres	34.744	11.487	897	2789	170.000
Local	EUA	EUA	India	África do Sul e Vietnam	EUA
Tipo de provedor de serviços de saúde	Não especificado	Médicos e enfermeiras recém-formados, parteiras e assistentes clínicos certificados	Médicos e enfermeiros recém-formados	Médicos, parteiras e assistentes clínicos experientes	Médicos experientes
Período de tempo	2009-2010	2007-2011	2009-2010	2003-2004	1971-1987
Total de taxa de complicações menores	1,1%	1,3%	1% (todos casos reportados como aborto incompleto)	1%	0,85%
Aborto incompleto	0,33%	0,3%	1%	0,9%	Não reportado (0.35 taxa de repetição da aspiração)
Continuação da gravidez	0,04%	0,16%	Não reportado	Não reportado	0%
Pequena infecção	0,27%	0,12%	Não reportado	0,1%	0,5%
Total da taxa de complicações importantes	0,16%	0,05% (6 complicações: 2 perfurações, 3 infecções e 1 hemorragia)	0,12% (1 complicação: 1 febre alta)	0%	0,07% (hospitalizações por causa de perfuração, gravidez ectópica, hemorragia, septicemia ou aborto incompleto)
Mortes	0%	0%	0%	0%	0%

Quem pode realizar a aspiração intra-uterina?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) faz recomendações para a prestação de serviços de aspiração intra-uterina, que incluem a avaliação da idade gestacional, a preparação do colo do útero, se necessário, o procedimento em si, o controlo da dor, incluindo a realização de um bloqueio paracervical, e a avaliação da conclusão do procedimento através do exame visual dos produtos da concepção (OMS, 2024). Os profissionais de saúde com competências para realizar procedimentos transcervicais e exames bimanuais para diagnosticar a gravidez e determinar a idade gestacional com base no tamanho uterino podem ser formados para realizar a aspiração intra-uterina. A OMS aconselha que a aspiração intra-uterina esteja dentro do âmbito da prática dos médicos de especialidade e de clínica geral e recomenda que a aspiração intra-uterina seja realizada por médicos associados e associados avançados, parteiras e enfermeiras com base em evidências de segurança e eficácia de certeza moderada. Recomenda-se que os profissionais de medicina tradicional e complementar realizem a aspiração intra-uterina com base em evidências de segurança e eficácia de baixo grau de certeza, e a OMS sugere que as enfermeiras auxiliares e as parteiras auxiliares podem realizar a aspiração em ambientes onde prestam cuidados obstétricos básicos de emergência (OMS, 2024). Para mais informações sobre os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto, ver *Anexo C: Recomendações da Organização Mundial da Saúde para os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto*.

Referências

Benson, L. S., Micks, E. A., Ingalls, C., & Prager, S. W. (2016). Safety of outpatient surgical abortion for obese patients in the first and second trimesters. *Obstetrics & Gynecology, 128*(5), 1065-1070.

Cates Jr, W., Schulz, K. F., & Grimes, D. A. (1983). The risks associated with teenage abortion. *New England Journal of Medicine*, *309*(11), 621-624.

Creanga, A., Syverson, C., Seed, K., & Callaghan, W. (2017). Pregnancy-related mortality in the United States, 2011-2013. *Obstetrics & Gynecology, 130*, 366-373.

Guiahi, M., Schiller, G., Sheeder, J., & Teal, S. (2015). Safety of first-trimester uterine evacuation in the outpatient setting for women with common chronic conditions. *Contraception*, *92*(5), 453-457.

Hakim-Elahi, E., Tovell, H., & Burnhill, M. (1990). Complications of first-trimester abortion: A report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology*, *76*(1), 129-135.

Jejeebhoy, S. J., Kalyanwala, S., Zavier, A., Kumar, R., Mundle, S., Tank, J., & Jha, N. (2011). Can nurses perform manual vacuum aspiration (MVA) as safely and effectively as physicians? Evidence from India. *Contraception*, *84*(6), 615-621.

Kortsmit, K., Mandel, M.G., Reeves, J.A., Clark, E., Pagano, H.P., Nguyen, A., Petersen, E.E., & Whiteman, M.K. (2021). Abortion surveillance-United States, 2019. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries, 70*(9), 1-29.

Liu, N., & Ray, J. G. (2023). Short-Term Adverse Outcomes After Mifepristone–Misoprostol Versus Procedural Induced Abortion. *Annals of Internal Medicine*, *176*(2), 145–153.

Mark, K. S., Bragg, B., Talaie, T., Chawla, K., Murphy, L., & Terplan, M. (2017). Risk of complication during surgical abortion in obese women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology,* DOI: 10.1016/j.ajog.2017.10.018. Epub ahead of print.

Petersen, E.E., Davis, N.L., Goodman, D., Cox, S., Syverson, C., Seed, K., Shapiro-Mendoza, C., Callaghan, W.M., & Barfield, W. (2019). Racial/ethnic disparities in pregnancy-related deaths-United States, 2007-2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries, 68*(35), 762-765.

Raymond, E. G & Grimes, D. A. (2012). The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstetrics & Gynecology, 119*, 215-219.

Upadhyay, U. D., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P., & Taylor, D. (2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology, 125*(1), 175-83.

Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N., & Seuc, A. H. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and midlevel providers in South Africa and Vietnam: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, *368*(9551), 1965-1972.

Referências continuado

Weitz, T. A., Taylor, D., Desai, S., Upadhyay, U. D., Waldman, J., Battistelli, M. F., & Drey, E. A. (2013). Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *American Journal of Public Health*, *103*(3), 454-461.

White, K., Carroll, E., & Grossman, D. (2015). Complications from first-trimester aspiration abortion: A systematic review of the literature. *Contraception*, *92*, 422-438.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed*. Geneva: World Health Organization.

3.4

3. Aborto antes da 13.ª semana de gestação

Aspiração intra-uterina

3.4.2. Preparação cervical

Recomendação:

- A preparação cervical é recomendada rotineiramente após a 12.ª semana de gestação. Antes da 12.ª semana de gestação, pode oferecer-se a preparação cervical, mas não de forma rotineira.
- Os métodos recomendados para a preparação cervical incluem:
  - 400 mcg de misoprostol, por via sublingual 1 a 3 horas antes do procedimento;
  - 400 mcg de misoprostol, por via vaginal ou bucal 3 horas antes do procedimento;
  - Ou 200 mg de mifepristona, por via oral 1 ou 2 dias antes do procedimento.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Moderada	8 de Outubro de 2025

Benefícios da preparação cervical

Uma meta-análise de 51 ensaios clínicos aleatorizados controlados de preparação cervical até a 13ª semana de gestação verificou que o tempo do procedimento foi mais reduzido com preparação cervical, mas não houve nenhuma diferença em termos de complicações graves, tais como laceração cervical ou perfuração uterina em pessoas submetidas a preparação cervical comparativamente ao placebo (Kapp et al., 2010). No maior ensaio aleatorizado controlado e multicêntrico envolvendo 4972 mulheres que receberam 400 mcg de misoprostol por via vaginal ou placebo três horas antes da aspiração intra-uterina, não se verificou nenhuma diferença nas taxas de laceração cervical, perfuração ou infecção entre os dois grupos (Meirik et al., 2012). No entanto, observou-se uma redução significativa no risco de aborto incompleto naquelas que receberam misoprostol para preparação cervical (<1%) em comparação com o grupo de placebo (2%), mas os efeitos secundários foram mais frequentes em pessoas que receberam misoprostol (O'Shea et al., 2020). Para as pessoas em maior risco de complicações durante a dilatação cervical (jovens, pesssoas com anomalias cervicais ou antecedentes de cirurgia cervical) ou para provedores inexperientes, pode haver um benefício da preparação cervical antes da 12.ª a 14.ª semana de gestação (Allen & Goldberg, 2016; Grimes, Schulz, & Cates, 1984; Kaunitz et al., 1985).

Efeitos secundários da preparação cervical

No maior ensaio aleatorizado controlado de misoprostol para a preparação cervical, 55% de participantes que receberam misoprostol queixaram-se de dor abdominal pré-procedimento e 37% das mulheres tiveram sangramento vaginal, em comparação com 22% e 7% no grupo de placebo (Meirik et al., 2012). Além disso, a preparação cervical aumenta os custos, a complexidade e o tempo de um aborto, visto que as pessoas devem dirigir-se à clínica um dia antes do procedimento para receber mifepristona, ou têm de esperar no centro de saúde para o misoprostol começar a produzir efeito. Uma vez que o aborto antes da 13.ª semana de gestação

é muito seguro, a idade gestacional na qual os benefícios da preparação cervical de rotina superam os efeitos secundários não é conhecida (Kapp et al., 2010). Não se estudou sistematicamente a satisfação de pacientes com a preparação cervical em ensaios aleatorizados controlados; no entanto, é uma consideração importante para a qualidade e prestação dos cuidados (Kapp et al., 2010).

Escolha dos métodos

A escolha de misoprostol ou de mifepristona para a preparação cervical depende da disponibilidade, custos, conveniência e preferência. O misoprostol por via sublingual tem eficácia superior, mas mais efeitos secundários gastrointestinais do que o misoprostol por via vaginal (Kapp et al., 2010; Saav et al., 2015; Saxena et al., 2008). A mifepristona administrada 24 horas antes do aborto resulta em maior dilatação cervical e menos dor associada à aspiração do que o misoprostol, mas acrescenta tempo e custos ao procedimento de aborto (Ashok, Flett, & Templeton, 2000; Hamdaoui et al., 2021; Kapp et al., 2010). O misoprostol e os dilatadores osmóticos têm uma eficácia semelhante, no entanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) não recomenda o uso de dilatadores osmóticos para a preparação do colo do útero antes de 12 semanas de gestação devido ao maior tempo para completar o procedimento e à menor satisfação de participantes em comparação com o misoprostol (Bartz, et al., 2013; Burnett, Corbett, & Gertenstein, 2005; MacIsaac et al., 1999; OMS, 2024).

Jovens

As adolescentes podem beneficiar da preparação cervical devido ao seu maior risco de lesão cervical durante o aborto (Allen & Goldberg, 2016; Schulz et al., 1983). Este risco é independente da nuliparidade (Meirik et al., 2014); as adolescentes têm um colo do útero fisiologicamente imaturo, que pode ser mais difícil de dilatar independentemente do histórico obstétrico (Allen & Goldberg, 2016; Schulz et al., 1983). Não existem ensaios clínicos que avaliem o uso de preparação cervical nesta população de pacientes.

Quem pode realizar a preparação do colo do útero com medicamentos?

A OMS faz recomendações para a prestação de serviços de aspiração intra-uterina, que incluem a avaliação da idade gestacional, a preparação do colo do útero, se necessário, o procedimento em si, o controlo da dor, incluindo a realização de um bloqueio paracervical, e a avaliação da conclusão do procedimento através do exame visual dos produtos da concepção (OMS, 2024). A OMS aconselha que a administração de medicamentos para a preparação do colo do útero esteja dentro do âmbito da prática dos médicos de especialidade e de clínica geral, e recomenda a administração de medicamentos para a preparação do colo do útero por clínicos associados e associados avançados, parteiras, enfermeiros, enfermeiros auxiliares e enfermeiras-parteiras auxiliares, e profissionais de medicina tradicional e complementar, com base nas competências esperadas para estes papéis e em evidências de segurança e eficácia de baixa certeza. Embora não haja evidências directas, a OMS sugere que os agentes comunitários de saúde, farmacêuticos e trabalhadores de farmácia podem fornecer medicamentos para a preparação do colo do útero de forma segura e eficaz, com base nas competências esperadas para estes papéis, acrescentando que estes profissionais de saúde precisam de assegurar a continuidade dos cuidados para a pessoa que obtém os medicamentos antes de um procedimento de aborto (OMS, 2024). Para obter mais informações sobre os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto, consulte o *Anexo C: Recomendações da Organização Mundial da Saúde para os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto*.

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Passos para realizar a aspiração manual intra-uterina usando os aspiradores Ipas AMIU Plus® e as Cânulas Ipas EasyGrip®—Ipas

Referências

Allen, R., & Goldberg, A. (2016). Society of Family Planning Clinical Guideline 20071: Cervical dilation before first trimester surgical abortion (< 14 weeks gestation). *Contraception*, *93*(4), 277-291.

Ashok, P. W., Flett, G. M., & Templeton, A. (2000). Mifepristone versus vaginally administered misoprostol for cervical priming before first-trimester termination of pregnancy: A randomized, controlled study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 183*(4), 998-1002.

Bartz, D., Maurer, R., Allen, R., Fortin, J., Kuang, B., & Goldberg, A. (2013). Buccal misoprostol compared with synthetic osmotic cervical dilator before surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 122*, 57-63.

Burnett, M. A., Corbett, C. A., & Gertenstein, R. J. (2005). A randomized trial of laminaria tents versus vaginal misoprostol for cervical ripening in first trimester surgical abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *27*(1), 38-42.

Grimes, D. A., Schulz, K. F., & Cates, W. J., Jr. (1984). Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *Journal of American Medical Association, 251*(16), 2108-2111.

Hamdaoui, N., Cardinale, C., Fabre, C., Baumstarck, K., & Agostini, A. (2021). Pain associated with cervical priming for first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 137*(6), 1055-1060.

Kapp, N., Lohr, P. A., Ngo, T. D., & Hayes, J. L. (2010). Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD007207.

Kaunitz, A. M., Rovira, E. Z., Grimes, D. A., & Schulz, K. F. (1985). Abortions that fail. *Obstetrics & Gynecology*, *66*(4), 533-537.

MacIsaac, L., Grossman, D., Balistreri, E., & Darney, P. (1999). A randomized controlled trial of laminaria, oral misoprostol, and vaginal misoprostol before abortion. *Obstetrics & Gynecology*, *93*(5 Pt 1), 766-770.

Meirik, O., Huong, N. T., Piaggio, G., Bergel, E., & von Hertzen, H. (2012). Complications of first-trimester abortion by vacuum aspiration after cervical preparation with and without misoprostol: A multicentre randomised trial. *The Lancet*, *379*(9828), 1817-1824.

O'Shea, L.E., Lord, J., Fletcher, J., Hasler, E., & Cameron, S. (2020). Cervical priming before surgical abortion up to 13+6 weeks' gestation: A systematic review and metaanalyses for the National Institute for Health and Care Excellence-new clinical guidelines for England. American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM, 2(4), 100220.

Saav, I., Kopp Kallner, H., Fiala, C., & Gemzell-Danielsson., K. (2015). Sublingual versus vaginal misoprostol for cervical dilatation 1 or 3 h prior to surgical abortion: A double blinded RCT. *Human Reproduction*, *30*(6), 1314-1322.

Saxena P., Sarda, N., Salhan, S., & Nandan, D. (2008). A randomised comparison between sublingual, oral and vaginal route of misoprostol for pre-abortion cervical ripening in first-trimester pregnancy termination under local anesthesia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 48*(1), 101-6.

Schulz, K. F., Grimes, D. A., & Cates, W., Jr. (1983). Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *The Lancet*, *1*(8335), 1182-1185.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed.* Geneva: World Health Organization.

3.4

3. Aborto antes da 13.ª semana de gestação

Aspiração intra-uterina

3.4.3. Exame bimanual

Recomendação:

- O exame bimanual deve ser realizado antes de qualquer procedimento que envolva a introdução de instrumentos no útero, tais como a aspiração intra-uterina e inserção do dispositivo intra-uterino.
- O exame bimanual tem de ser realizado pelo profissional clínico que faz o procedimento.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Muito Baixa	8 de Outubro de 2025

Importância do exame bimanual

O exame bimanual é uma etapa de rotina que se cumpre antes de procedimentos intra- uterinos e é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024). Este fornece informações sobre o conforto da paciente, estado de gravidez, idade gestacional, presença de infecções, anomalias anatómicas e posição do útero; todos afectam a tomada de decisão durante os procedimentos intra-uterinos. A ecografia pode ser realizada adicionalmente, porém, não substitui o exame bimanual antes dos procedimentos intra-uterinos.

Determinação do tamanho do útero

O tamanho uterino pode ser avaliado através do exame bimanual. Nos casos em que a data da última menstruação (DUM) é conhecida, o exame bimanual pode confirmar a avaliação da idade gestacional com base na DUM. Quando a DUM não é certa, o exame bimanual pode oferecer uma estimativa da idade gestacional com base no tamanho uterino (ver secção 3.2 Recomendações para o aborto antes de 13 semanas: Cálculo da idade gestacional). Em casos de cuidados pós-aborto, em que parte ou todo o tecido da gravidez pode ter sido expelido do útero, o tamanho uterino determinado pelo exame bimanual deve orientar o tratamento. Os regimes médicos de serviços de aborto e assistência pós-aborto mudam com base na idade gestacional ou no tamanho uterino. As técnicas de aspiração intra-uterina e dilatação e evacuação (D&E), incluindo a escolha do instrumento e a necessidade de preparação cervical, dependem do conhecimento exacto do tamanho uterino.

Determinação da posição do útero

A posição do útero na pélvis, orientação do fundo em relação ao colo do útero e a firmeza do útero determinam-se com o exame bimanual. O conhecimento da posição do útero ajuda os provedores de cuidados a evitarem complicações, principalmente a perfuração, durante os procedimentos (Chen et al., 1995; Mittal & Misra, 1985; Nathanson, 1972).

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Abortion Care Videos—Ipas: *Cálculo da Idade Gestacional*

Passos para realizar a aspiração manual intra-uterina usando os aspiradores Ipas AMIU Plus® e as Cânulas Ipas EasyGrip®—Ipas

Referências

Chen, L. H., Lai, S. F., Lee, W. H., & Leong, N. K. (1995). Uterine perforation during elective first trimester abortions: A 13-year review. *Singapore Medical Journal*, *36*(1): 63-67.

Mittal, S., & Misra, S. L. (1985). Uterine perforation following medical termination of pregnancy by vacuum aspiration. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *23*(1): 45-50.

Nathanson, B. (1972). Management of uterine perforations suffered at elective abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 114*(8): 1054-9.

World Health Organization. (2042). *Abortion care guideline, 2nd ed*. Geneva: World Health Organization.

3.4 Aspiração intra-uterina

3.4.4. Exame dos produtos da concepção

Recomendação:

- Os profissionais clínicos que realizam a aspiração intra-uterina devem examinar os produtos da concepção imediatamente após a aspiração intra-uterina.
- Não se recomenda o envio dos produtos da concepção para avaliação histopatológica de rotina.

Na prática:

- Para melhorar a visualização, os produtos da concepção podem ser enxaguados, mergulhados em água e visualizados através de um prato transparente, usando uma fonte de luz por baixo.
- Se não forem observados produtos da concepção, ou se for visto menos tecido do que o esperado, é necessária uma avaliação mais aprofundada.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Muito Baixa	8 de Outubro de 2025

Inspecção visual dos produtos da concepção

A inspecção visual dos produtos da concepção é uma etapa rotineira da aspiração intra-uterina conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024), pelo Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 2022), do Reino Unido e pela *National Abortion Federation* (NAF, 2020 dos EUA. A presença de produtos da concepção na inspecção visual confirma que a gravidez era intra-uterina e é consistente com um aborto bem-sucedido (Westfall et al., 1998). Se não forem observados produtos da concepção, a pessoa não deve abandonar a unidade sanitária até que sejam feitos planos para seguir as directrizes locais para exclusão de diagnóstico de gravidez ectópica. O exame imediato dos produtos da concepção acelera o diagnóstico de gravidez ectópica e reduz a morbilidade e a mortalidade (Goldstein, Danon, & Watson, 1994). Nos casos em que há suspeita de patologia anormal, pode usar-se a histopatologia para além da inspecção visual.

O envio de produtos da concepção para o exame histopatológico de rotina não afecta os resultados clínicos e aumenta os custos do aborto (Heath et al., 2000; Paul et al., 2002).

As instruções de visualização dos produtos da concepção são apresentadas no manual do Ipas intitulado *Woman-Centered Comprehensive Abortion Care Reference Guide, 2nd edition,* página 177 (Ipas, 2013).

Recursos
http://www.ipas.org/ClinicalResources

Abortion Care Videos—Ipas: Realização de uma Aspiração Manual Intra-Uterina ("Inspect the Tissue" começa aos 10:27 neste vídeo)

Passos para realizar a aspiração manual intra-uterina usando os aspiradores Ipas AMIU Plus® e as Cânulas Ipas EasyGrip®—Ipas

Referências

Goldstein, S. R., Danon, M., & Watson, C. (1994). An updated protocol for abortion surveillance with ultrasound and immediate pathology. *Obstetrics & Gynecology*, *83*(1), 55-58.

Heath, V., Chadwick, V., Cooke, I., Manek, S., & MacKenzie, I. Z. (2000). Should tissue from pregnancy termination and uterine evacuation routinely be examined histologically? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *107*(6), 727-730.

Ipas. (2013). *Woman-centered, comprehensive abortion care: Reference manual* (second ed.) K. L. Turner & A. Huber (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas.

National Abortion Federation. (2024). *Clinical Policy Guidelines*. Washington, DC: National Abortion Federation.

Paul, M., Lackie, E., Mitchell, C., Rogers, A., & Fox, M. (2002). Is pathology examination useful after early surgical abortion? *Obstetrics & Gynecology*, *99*(4), 567-571.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). *Best practice in abortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Westfall, J. M., Sophocles, A., Burggraf, H., & Ellis, S. (1998). Manual vacuum aspiration for first-trimester abortion. *Archives of Family Medicine*, *7*(6), 559-62.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed*. Geneva: World Health Organization.

3.4

3. Aborto antes da 13.ª semana de gestação

Aspiração Intra-uterina

3.4.5. Processamento dos Aspiradores Ipas AMIU Plus e de Válvula Simples

Recomendação:

- Todos os aspiradores e adaptadores multi-uso do Ipas têm de ser pré-embebidos, enxaguados ou pulverizados com água ou spray enzimático no local de uso e, em seguida, limpos e passar por desinfecção de alto nível (DAN) ou ser esterilizados antes de serem usados na paciente seguinte.

Na prática:

- Os instrumentos processados por métodos húmidos devem ser reprocessados diariamente.

Última revisão:

8 de Outubro de 2025

Importância de preparar correctamente os instrumentos

Durante o uso, o cilindro do aspirador manual intra-uterino (AMIU) enche-se de sangue. Existe um risco potencial de contaminantes de uma paciente anterior serem transmitidos a uma outra paciente se o aspirador para AMIU não for devidamente processado (passar por esterilização ou DAN) para o uso na próxima paciente.

Etapas

Etapa 1: Preparação no ponto de uso

Após o uso, não deixe o dispositivo secar. Mergulhe, enxagúe ou pulverize o dispositivo com água ou *spray* enzimático. Não use solução de cloro nem solução salina, uma vez que estas podem danificar alguns instrumentos médicos. Além disso, a solução de cloro pode ser menos eficaz quando usada antes da limpeza dos instrumentos na Etapa 2 e pode levar ao desenvolvimento de resistência antimicrobiana.

Etapa 2: Limpeza

Desmonte o aspirador e o adaptador (se for usado) e limpe com água quente e um detergente usando uma escova macia.

Etapa 3: Esterilização ou desinfecção de alto nível

Todos os aspiradores e adaptadores devem passar por esterilização ou desinfecção de alto nível após uso.

Opções de esterilização	Opções de desinfecção de alto nível
Esterilizar os instrumentos com autoclave a vapor a temperatura de 121°C (250°F) com pressão de 106 kpa (15 lbs/in2) durante 30 minutos* Glutaraldeído** coloque de molho durante o tempo recomendado pelo fabricante—a maioria recomenda 10 horas*** Sporox II coloque na solução durante 6 horas***	Ferver* os instrumentos durante 20 minutos Glutaraldeído** coloque de molho (em imersão) durante o tempo recomendado pelo fabricante—as recomendações variam de 20 a 90 minutos*** Sporox II coloque na solução durante 30 minutos*** Coloque em solução de cloro a 0,5% durante 20 minutos***

* O ASPIRADOR DE VÁLVULA SIMPLES DO IPAS NÃO PODE SER FERVIDO NEM AUTOCLAVADO.

** Visto que há vários produtos de glutaraldeído disponíveis com diferentes recomendações em termos de tempo de processamento, procure sempre seguir as recomendações dadas pelo fabricante da sua marca de glutaraldeído.

*** Se forem usados agentes químicos na preparação, as peças do aspirador e adaptadores (se usados) devem ser completamente enxaguados em água limpa potável).

Etapa 4: Armazenar adequadamente ou usar imediatamente

Os aspiradores e adaptadores podem ser secados, o *O-ring* lubrificado e o dispositivo montado novamente e armazenado em local limpo e seco. O aspirador não precisa permanecer desinfectado a alto nível ou esterilizado no momento de uso e pode ser colocado em local seguro ou armazenado de acordo com as normas locais.

Os instrumentos preparados através de métodos húmidos devem ser reprocessados diariamente.

Esses métodos validados para o processamento de instrumentos não afectam negativamente o aspirador de AMIU por pelo menos 25 ciclos de reutilização (Powell e Kapp, 2019). Na prática, os dispositivos AMIU são frequentemente utlizados até deixarem de funcionar. Nos casos em que os dados são registados, os dispositivos são utilizados, em média, 34 vezes, variando entre uma única utilização em algumas unidades sanitárias até 500 reutilizações registadas noutras (Eckersberger et al., 2023). As informações detalhadas sobre a preparação do aspirador para AMIU e outras opções de processamento são apresentadas no manual do Ipas intitulado *Woman-Centered Comprehensive Abortion Care: Reference Manual, 2ª edição,* página 150, (Ipas, 2013).

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Processamento do Aspirador Ipas AMIU Plus e das Cânulas Ipas EasyGrip® (cartaz)

Ipas MVA reprocessing videos—Ipas (disponíveis em inglês, francês, espanhol e árabe)

Abortion Care Videos—Ipas: *Reprocessamento de Instrumentos AMIU*

Referências

Curless, M. S., Ruparelia, C. S., Thompson, E., & Trexler, P. A. (Eds.) (2018). *Infection Prevention and Control: Reference Manual for Health Care Facilities with Limited Resources.* Jhpiego: Baltimore, MD.

Eckersberger, E., Dijkerman, S., Perkins, M., Overholt, T., Asport, S., Aziz, H., Barata, I., Gulati, S., Chekol, B. M., Mulase, L., Mulunda, J.-C., Oginni, A., Smith, M., Powell, B., & Kapp, N. (2023). Examining reuse and replacement procedures for Ipas manual vacuum aspiration and cannulae in nine countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *163*(2), 651–659.

Ipas. (2013). *Woman-centered comprehensive abortion care: Reference manual, 2nd edition.* Turner, K. L. & Huber, A., eds. Chapel Hill, North Carolina: Ipas.

Powell, B., & Kapp, N. (2019). Validation of instrument reprocessing methods for the Ipas manual vacuum aspiration devices. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 147*(1), 89-95.

World Health Organization and Pan American Health Organization. (2016). *Decontamination and Reprocessing of Medical Devices for Health-care Facilities.* Geneva: World Health Organization and Pan American Health Organization.

3.5 Aborto medicamentoso

3.5.1. Auto-administração

Informações essenciais:

- As pessoas podem auto-administrar o aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol, ou com misoprostol isolado, de forma segura e eficaz, quando dispõem de informação correcta, medicamentos de qualidade garantida e acesso a serviços de saúde, se necessário.

Qualidade da evidência:
Alta

Última revisão:
8 de Outubro de 2025

O que é auto-administração do aborto medicamentoso?

A auto-administração do aborto medicamentoso é o processo pelo qual uma pessoa adquire medicamentos para o aborto (mifepristona e misoprostol, ou misoprostol isolado) e realiza as partes componentes do seu próprio aborto com ou sem o apoio de um profissional de saúde (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2022). Algumas pessoas preferem administrar todos os componentes do aborto medicamentoso fora do sistema de saúde, enquanto outras podem optar por interagir com profissionais de saúde formados através de mecanismos tradicionais ou inovadores de prestação de serviços, conforme necessário; é importante referir que é a pessoa que decide quais os aspectos dos cuidados que irá auto-administrar e quando e onde procurar apoio (OMS, 2024; OMS, 2022). As barreiras ao acesso clínico, como o custo ou a inacessibilidade dos serviços, são a razão mais frequentemente reportada para o aborto auto-administrado (Amo-Adjei et al., 2025; Aiken, Starling, & Gomperts, 2021). Ainda que o aborto auto-administração tenha o potencial de aumentar drasticamente o acesso ao aborto seguro, particularmente em contextos onde o acesso é limitado (Jayaweera et al., 2021), as pessoas escolhem a auto-administração do aborto por muitas razões. Estas razões incluem mais autonomia e controlo sobre a experiência, a possibilidade de maior conforto ou privacidade e a capacidade de evitar o estigma, a discriminação ou outras barreiras associadas à procura de cuidados numa unidade sanitária (Aiken et al., 2018; Harries et al., 2021; Moseson et al., 2020). O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) afirma que a criminalização—e não o aborto em si—é a principal fonte de danos potenciais associados à auto-administração do aborto (ACOG, 2024).

Existem vários modelos de auto-administração do aborto medicamentoso, dependendo do grau de envolvimento do sistema de saúde formal, dos profissionais de saúde ou de outros serviços de apoio no processo (Dragoman et al., 2022; Sorhaido & Sedgh, 2020). Uma revisão sistemática de 2025 combinou dados de 21 estudos (n=10 693) que examinaram vários modelos diferentes de auto-administração do aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol, tendo-se verificado uma taxa de eficácia global de 94% até aos 63 dias de gestação e de 95% até aos 70 dias (Ralph et al., 2025). O esvaziamento intra-uterino foi necessário em 4% das pacientes, as taxas de gravidez ectópica e de transfusão de sangue foram < 1% e não foram reportadas mortes.

Auto-administração do aborto medicamentoso

O aborto medicamentoso antes da 13.ª semana é um processo que ocorre durante um período de horas a dias, consistindo em três componentes: (1) determinação da elegibilidade para o aborto medicamentoso; (2) administração de medicamentos de aborto e gestão do processo de aborto; e (3) avaliação do sucesso do aborto. A abundância de evidências clínicas documenta a capacidade de pessoas grávidas de realizar cada um desses componentes com segurança e eficácia. *Ver 3.2: Recomendações para o aborto antes da 13.ª semana: Cálculo da idade gestacional e 3.3: Recomendações para o aborto antes da 13.ª semana: Rastreio de gravidez ectópica* para um resumo das evidências que apoiam a capacidade das pessoas para auto-avaliarem a sua elegibilidade para o aborto medicamentoso; ver *3.5.6: Recomendações para o aborto antes da 13.ª semana: Aborto medicamentoso: Uso domiciliário de medicamentos até a 12.ª semana* para um resumo das evidências que apoiam a capacidade das pessoas para auto-administrarem medicamentos para o aborto e gerirem o processo de aborto; e ver 3.5.7: *Recomendações para o aborto antes da 13.ª semana: Aborto medicamentoso: Confirmação do sucesso* para um resumo das evidências que apoiam a capacidade das pessoas para auto-avaliarem o sucesso do seu aborto.

Modelos de acompanhamento

Nos modelos de acompanhamento, agentes comunitários não clínicos formados fornecem às pessoas que procuram o aborto informações sobre aborto medicamentoso baseadas em evidências, orientação para a obtenção de medicamentos para aborto e instruções passo a passo para a sua utilização, orientação para avaliar o sucesso do aborto e sinais de alerta de complicações e apoio durante o processo de aborto, quando necessário. Os grupos de acompanhamento trabalham normalmente fora do sistema formal de cuidados de saúde e podem actuar em locais onde o aborto é altamente restrito (Zurbriggen, Keefe-Oates, & Gerdts, 2018). Um estudo de coorte prospectivo sobre o acompanhamento de aborto incluiu 1 352 participantes com gestação até a 24ª semana de gestação na Nigéria, na Argentina e no Sudeste Asiático (Moseson et al., 2023; Moseson et al., 2021). Para as participantes com gestações até nove semanas, as taxas de sucesso do aborto auto-reportadas foram comparáveis às dos cuidados prestados em clínica: 98% tanto para o regime combinado de mifepristona e misoprostol como para o regime de misoprostol isolado (Jayaweera et al., 2023a; Jayaweera et al., 2023b; Moseson et al., 2021). As taxas de sucesso para as participantes com gestações entre 9 e 12 semanas (n=222) foram de 87% para o regime combinado e de 98% para o regime de misoprostol isolado (Jayaweera et al., 2023b; Moseson et al., 2021; Moseson et al., 2023). Um estudo de coorte retrospectivo de menor dimensão, realizado na Bolívia, incluiu 302 participantes que procuraram o aborto antes da 12ª semana de gestação (Acre et al., 2023). As participantes utilizaram tanto o regime combinado como o regime de misoprostol isolado; a taxa de sucesso foi de 99%, com apenas 6 pessoas a procurarem cuidados adicionais, na maioria dos casos para confirmar o sucesso do aborto.

Distribuição comunitária

Dois estudos documentaram a segurança e a eficácia do aborto auto-administrado com misoprostol isolado, acedido através de distribuição comunitária (Foster, Arnott, & Hobstetter, 2017; Foster et al., 2022). Nestes estudos, profissionais de saúde comunitários leigos ou voluntários forneceram misoprostol e instruções para o seu uso a pessoas que procuravam o aborto antes da 9.ª ou 10.ª semana de gestação, com base na data da última menstruação reportada. Em ambos os estudos, as taxas de sucesso do aborto excederam as observadas em estudos clínicos de aborto medicamentoso com misoprostol isolado (94-96%), sem registo de eventos adversos graves.

Aquisição em farmácias

Dois estudos comparativos de coorte demonstraram a eficácia do aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol adquiridos directamente em farmácias ou em pontos de venda de medicamentos, em comparação com uma clínica de saúde. No Camboja, um estudo que incluiu 1 847 mulheres com idade gestacional média < 7 semanas constatou que 9% das mulheres do grupo das farmácias necessitaram de tratamento adicional para completar o aborto, em comparação com 13% no grupo das clínicas de saúde (Kapp et al., 2023). Um estudo semelhante no Gana, que incluiu 1 958 mulheres, constatou que 3% das pacientes das farmácias e 5% das pacientes das clínicas de saúde necessitaram de tratamento adicional para completar os seus abortos (Kapp

et al., 2024). Um estudo de coorte prospectivo realizado na Nigéria avaliou as taxas de sucesso em mulheres grávidas (n=394) que auto-administraram o seu aborto com misoprostol adquirido a vendedores de medicamentos (Stillman et al., 2020). Apesar de terem recebido informações inadequadas sobre os medicamentos, o que esperar, ou onde e quando procurar cuidados adicionais, 94% da amostra reportou um aborto completo sem intervenção cirúrgica; uma participante necessitou de uma transfusão de sangue. Um estudo transversal de base populacional realizado na Índia revelou que a taxa de complicações auto-reportadas era inferior entre as mulheres que tinham auto-administrado o aborto medicamentoso com medicamentos adquiridos em farmácias (13 %, n = 2229) do que entre aquelas que tinham recorrido a um aborto medicamentoso com acompanhamento de um profissional de saúde (15 %, n = 2860); o tipo de complicação não foi especificado (Banerjee, Gulati e Pearson, 2025). Um estudo de coorte comparativo no Bangladesh constatou que a qualidade dos cuidados de aborto recebidos em farmácias e em clínicas de saúde, conforme reportado pelas pacientes, era comparável (Jacobsen et al., 2024). As pacientes das farmácias eram mais propensas a referir que o aborto era acessível, enquanto as pacientes das clínicas de saúde recebiam informações de melhor qualidade e estavam mais preparadas em caso de um evento adverso.

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Abortion with pills—Ipas (Recursos baseados em evidências sobre como auto-administrar com segurança um aborto usando pílulas.)

Abortion Care Videos—Ipas: *Abortion Care Videos for Women (3 vídeos)*

Referências

ACOG Committee Statement No. 13: Self-Managed Abortion. (2024). *Obstetrics & Gynecology*, *144*(6), e152.

Acre, V. N., Küng, S. A., Arce, C., Yapu, A., Iriondo, D., & Morales, M. (2023). Reach, experience, and acceptability of an abortion self-care intervention in Bolivia: a mixed-methods evaluation. *Sexual and Reproductive Health Matters*, *31*(1), 2139888.

Aiken, A.R.A., Broussard, K., Johnson, J.M., & Padron, E. (2018). Motivations and experiences of people seeking medical abortion online in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 50*(4), 157-163.

Aiken, A.R.A., Starling, J.E., & Gomperts, R. (2021). Factors associated with use of an online telemedicine service to access self-managed medical abortion in the US. *JAMA Network Open, 4*(5), e2111852.

Aiken, A., Lohr, P.A, Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: A national cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 128*(9), 1464-1474.

Aiken, A.R.A., Romanova, E.P., Morber, J.R., & Gomperts, R. (2022). Safety and effectiveness of self-managed medication abortion provided using online telemedicine in the United States: A population based study. *Lancet Regional Health Americas, 10*, 100200. Doi.10.1016/j.lana.2022.100200.

Amo-Adjei, J., Boateng, K. A., Nicholson, M., Wilkins, R., Wachsmann, H., & Adu-Manu, K. (2025). Feasibility of medication abortion self-care service delivery in Ghana. *Reproductive Health*, *22*, 64.

Anger, H. A., & Raymond, E. G. (2024). Clinical and service delivery outcomes following medication abortion provided with or without pretreatment ultrasound or pelvic examination: An updated comparative analysis. *Contraception*, *140*.

Banerjee, S. K., Gulati, S., & Pearson, E. (2025). The transformative terrain: An in-depth analysis of trends in self-managed abortion in India using NFHS-5 national data. *Global Public Health*, *20*(1), 2467796.

Cleeve, A., Lavelanet, A., Gemzell-Danielsson, K., & Endler, M. (2025). The use of telemedicine services for medical abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2025*(6), CD013764.

Dragoman, M., Fofie, C., Bergen, S., & Chavkin, W. (2022). Integrating self-managed medication abortion with medical care. *Contraception, 108*, 1-3.

Endler, M., Lavelanet, A., Cleeve, A., Ganatra, B., Gomperts, R., & Gemzell-Danielsson, K. (2019). Telemedicine for medical abortion: A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 126,* 1094-1102.

Foster, A.M., Arnott, G., & Hobstetter, M. (2017). Community-based distribution of misoprostol for early abortion: Evaluation of a program along the Thailand-Burma border. *Contraception, 96,* 242-247.

Foster, A.M., Messier, K., Aslam, M., & Shabir, N. (2022). Community-based distribution of misoprostol for early abortion: Outcomes from a program in Sindh, Pakistan. *Contraception, 109*, 49-51.

Harries, J., Daskilewicz, K., Bessenaar, T., & Gerdts, C. (2021). Understanding abortion seeking care outside of formal health care settings in Cape Town, South Africa: A qualitative study. *Reproductive Health, 18*, 190.

Jacobson, L. E., Baum, S. E., Pearson, E., Chowdhury, R., Chakraborty, N. M., Goodman, J. M., Gerdts, C., & Darney, B. G. (2024). Client-reported quality of facility-managed medication abortion compared with pharmacy-sourced self-managed abortion in Bangladesh. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, *50*(1), 33-42.

Jayaweera, R. T., Bradshaw, P. T., Gerdts, C., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Ahern, J., & Moseson, H. (2023a). Accounting for Misclassification and Selection Bias in Estimating Effectiveness of Self-managed Medication Abortion. *Epidemiology*, *34*(1), 140.

Jayaweera, R., Egwuatu, I., Nmezi, S., Kristianingrum, I. A., Zurbriggen, R., Grosso, B., Bercu, C., Gerdts, C., & Moseson, H. (2023b). Medication Abortion Safety and Effectiveness With Misoprostol Alone. *JAMA Network Open*, *6*(10), e2340042.

Jayaweera, R., Powell, B., Gerdts, C., Kakesa, J., Ouedraogo, R., Ramazani, U., Wado, Y.D., Wheeler, E., & Fetters, T. (2021). The potential of self-managed abortion to expand abortion access in humanitarian contexts. *Frontiers in Global Women's Health, 2:*681039. Doi: 10.3389/fgwh.2021.681039

Referências continuado

Kapp, N., Bawah, A. A., Agula, C., Menzel, J. L., Antobam, S. K., Asuming, P. O., Eckersberger, E., & Pearson, E. E. (2024). Medical abortion in Ghana: A non-randomized, non-inferiority study of access through pharmacies compared with clinics. *Contraception*, *140*.

Kapp, N., Mao, B., Menzel, J., Eckersberger, E., Saphonn, V., Rathavy, T., & Pearson, E. (2023). A prospective, comparative study of clinical outcomes following clinic-based versus self-use of medical abortion. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, *49*(4), 300–307.

Moseson, H., Herold, S., Filippa, S., Barr-Walker, J., Baum, S.E., & Gerdts, C. (2020a). Self-managed abortion: A systematic scoping review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 63*, 87-110.

Moseson, H., Jayaweera, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I.A., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Motana, R., Bercu, C., Carbone, S., & Gerdts, C. (2021). Effectiveness of self-managed medication abortion with accompaniment support in Argentina and Nigeria (SAFE): A prospective, observational cohort study and non-inferiority analysis with historical controls. *Lancet Global Health, 10*(1), e105-e113.

Moseson, H., Jayaweera, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I. A., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Bercu, C., Motana, R., & Gerdts, C. (2023). Effectiveness of Self-Managed Medication Abortion Between 9 and 16 Weeks of Gestation. *Obstetrics & Gynecology*, *142*(2), 330.

Ralph, L. J., Baba, C. F., Biggs, M. A., McNicholas, C., Hagstrom Miller, A., & Grossman, D. (2024). Comparison of No-Test Telehealth and In-Person Medication Abortion. *JAMA*, *332*(11), 898–905.

Ralph, L. J., Ehrenreich, K., Kaller, S., Gurazada, T., Biggs, M. A., Blanchard, K., Hauser, D., Kapp, N., Kromenaker, T., Moayedi, G., Gil, J. P., Perritt, J. B., Raymond, E., Taylor, D., White, K., Valladares, E. S., Williams, S., & Grossman, D. (2025). Accuracy of survey-based assessment of eligibility for medication abortion compared with clinician assessment. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *233*(1), 44.e1-44.e15.

Raymond, E., Grossman, D., Mark, A., Upadhyay, U.D., Dean, G., Creinin, M.D., Coplon, L., Perritt, J., Atria, J.M., Taylor, D., & Gold, M. (2020). No-test medication abortion: A sample protocol for increasing access during a pandemic and beyond. *Contraception, 101*(6), 361-366.

Stillman, M., Owolabi, A., Fatusi, A.O., Akinyemi, A.I., Berry, A.L., Erinfolami, T.P., Olagunju, O.S., Vaisanen, H., & Bankole, A. (2020). Women's self-reported experiences using misoprostol obtained from drug sellers: A prospective cohort study in Lagos state, Nigeria. *BMJ Open,* 10:e034670. Doi:10.1136/bmjopen-2019-034670.

Sorhaindo, A., & Sedgh, G. (2021). Scoping review of research on self-managed medication abortion in low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health, 6*(5), e004763. Upadhyay, U. D., Koenig, L. R., Meckstroth, K., Ko, J., Valladares, E. S., & Biggs, M. A. (2024). Effectiveness and safety of telehealth medication abortion in the USA. *Nature Medicine*, *30*(4), 1191–1198.

World Health Organization. (2015). *Health worker roles in providing safe abortion care and post abortion contraception*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on self-care interventions: Self-management of medical abortion, 2022 update*. Geneva: World Health Organization.

Zurbriggen, R., Keefe-Oates, B., & Gerdts, C. (2018). Accompaniment of second-trimester abortions: The model of the feminist Socorrista network of Argentina. *Contraception, 97*, 108-115.

3. Aborto antes da 13.ª semana

Aborto medicamentoso

3.5.2. Risco de malformações fetais

Recomendação:

- A exposição à mifepristona isolada não foi comprovada como uma causa de malformações fetais. A exposição ao misoprostol está associada a um risco ligeiramente maior de malformações se a pessoa tiver continuação da gravidez e decidir não interromper. As pessoas com continuação da gravidez após o uso de misoprostol devem ser aconselhadas quanto ao risco de escolherem continuar com a gravidez.

Força da recomendação:
Forte

Qualidade da evidência:
- Mifepristona: Muito Baixa
- Misoprostol: Muito Baixa

Última revisão:
8 de Outubro de 2025

Contextualização

A taxa de malformações fetais esperada na população geral é de aproximadamente 3% (Dolk, Loane & Garne, 2010). A exposição a certos medicamentos, infecções, radiação ou consumo de drogas durante o desenvolvimento embrionário ou fetal pode resultar num maior risco de malformações se a gravidez continuar.

Mifepristona

Os dados sobre a continuação da gravidez após a exposição à mifepristona, sem misoprostol, são limitados. Duas revisões sistemáticas de 2024, cada uma incluindo 13 estudos observacionais, não encontraram evidências de que a mifepristona seja um teratogéneo (Jingran, Yan, & Xiaoying, 2024; Turner et al., 2024). O maior estudo prospectivo de 46 mulheres que continuaram uma gravidez depois de mifepristona resultou em oito abortos espontâneos e, nas gravidezes que continuaram, duas malformações importantes (5,3%). Pensa-se que ambas as malformações não tenham estado relacionadas com a exposição à mifepristona, mas possam ter resultado de outras condições médicas (Bernard et al., 2013). Uma análise de 2025 de relatórios de segurança pós-comercialização concluiu que a mifepristona não estava associada a malformações estruturais cardíacas fetais (Liu et al., 2025).

Misoprostol

Relatórios de casos, estudos de coortes (da Silva Dal Pizzol et al., 2005; Vauzelle et al., 2013) e estudos de caso-controlo (da Silva Dal Pizzol, Knop & Mengue, 2006), mostram que a incidência de malformações tem um pico com o uso de misoprostol entre 5ª e 8ª semanas após a data da última menstruação (DUM) e não está associado a anomalias pós-exposição 13 semanas após a DUM (Philip, Shannon & Winikoff, 2002). As malformações mais comuns associadas ao uso de misoprostol são a síndrome de Möbius, uma doença rara de paralisias de pares cranianos associada a anomalias dos membros, defeitos crânio-faciais e defeitos transversais terminais dos membros (da Silva Dal Pizzol, et al., 2006; Jingran, Yan, & Xiaoying, 2024). Apesar de não estar claramente estabelecido, o mecanismo proposto consiste na disrupção vascular a partir das contracções uterinas que levam a um desenvolvimento fetal desordenado (Gonzalez et al., 2005; Shepard, 1995).

Uma revisão sistemática de 2024 de nove estudos observacionais, incluindo 5 073 casos com anomalias e 11 778 controlos, estimou uma razão de probabilidades (odds ratio) de 2,69 para anomalias congénitas após exposição ao misoprostol (Jingran, Yan e Xiaoying, 2024). De forma consistente com estudos anteriores (Auffret et al., 2016; da Silva Del Pizzol et al., 2006), a razão de probabilidades estimada foi de 26 para a sequência de Möbius, de 11 para deficiências terminais transversais dos membros e de 3 para hidrocefalia.

Embora a taxa de exposição ao misoprostol seja mais elevada em crianças nascidas com deficiências tais como síndrome de Möbius, as anomalias são tão raras que é muito pequeno o risco global de que uma mulher que tome misoprostol antes da 13.ª semana de gestação e decida continuar uma gravidez até o fim tenha uma criança nascida com malformações relacionadas com a exposição ao misoprostol. O risco de malformação fetal relacionada com exposição ao misoprostol é inferior a 10 por cada 1000 exposições (Philip, et al., 2002).

Referências

Auffret, M., Bernard-Phalippon, N., Dekemp, J., Carlier, P., Gervoise Boyer, M., Vial, T., & Gautier, S. (2016). Misoprostol exposure during the first trimester of pregnancy: Is the malformation risk varying depending on the indication? *European Journal of Obstetrics & Gyncelology and Reproductive Biology, 207,* 188-192.

Bernard, N., Elefant, E., Carlier, P., Tebacher, M., Barjhoux, C., Bos-Thompson, M., & Vial, T. (2013). Continuation of pregnancy after first-trimester exposure to mifepristone: An observational prospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 120*(5), 568-574.

da Silva Dal Pizzol, T., Knop, F. P., & Mengue, S. S. (2006). Prenatal exposure to misoprostol and congenital anomalies: Systematic review and meta-analysis. *Reproductive Toxicology*, *22*(4), 666-671.

da Silva Dal Pizzol, T., Tierling, V. L., Schüler-Faccin, L., Sanseverino, M. T. V., & Mengue, S. S. (2005). Reproductive results associated with misoprostol and other substances utilized for interruption of pregnancy. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *61*(1), 71-72.

Dolk, H., Loane, M., & Garne, E. (2010). The prevalence of congenital anomalies in Europe. *Rare Diseases Epidemiology*, 349-364.

Gonzalez, C. H., Vargas, F. R., Perez, A. B. A., Kim, C., Brunoni, D., Marques-Dias, M. J., & de Almeida, J. C. C. (2005). Limb deficiency with or without Möbius sequence in seven Brazilian children associated with misoprostol use in the first trimester of pregnancy. *American Journal of Medical Genetics*, *47*(1), 59-64.

Jingran, G., Yan, D., & Xiaoying, Y. (2024). Risk of teratogenicity in continued pregnancy after gestational exposure to mifepristone and/or misoprostol: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *310*(3), 1331–1342.

Liu, R., Wang, J., Wang, Q., Zhang, Y., & Yuan, F. (2025). Mifepristone-related foetal cardiac adverse events: findings from the postmarketing safety reports. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *45*(1), 2528093.

Philip, N. M., Shannon, C., & Winikoff, B. (2002). *Misoprostol and teratogenicity: Reviewing the evidence.* New York: Population Council.

Shepard, T. H. (1995). Möbius syndrome after misoprostol: A possible teratogenic mechanism. *The Lancet*, *346*(8977), 780.

Turner, J. V., Garratt, D., Barwick, A., McLindon, L. A., Spark, M. J., & Smith, A. (2024). Congenital and Fetal Effects After Mifepristone Exposure and Continuation of Pregnancy: A Systematic Review. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, *116*(5), 1207–1216.

Vauzelle, C., Beghin, D., Cournot, M.-P., & Elefant, E. (2013). Birth defects after exposure to misoprostol in the first trimester of pregnancy: Prospective follow-up study. *Reproductive Toxicology*, *36*, 98-103.

3. Aborto antes da 13.ª semana de gestação

Aborto medicamentoso

3.5.3. Mifepristona e misoprostol: Regime recomendado

Recomendação:

- 200 mg de mifepristona por via oral seguida 1 ou 2 dias mais tarde por 800 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou vaginal. A dose de misoprostol pode ser repetida para conseguir um aborto bem-sucedido.
- Após 9 semanas de gestação, o uso rotineiro de pelo menos duas doses de misoprostol, administradas com 3-4 horas de intervalo, melhora as taxas de sucesso do aborto.
- Um regime combinado de mifepristona e misoprostol é eficaz e seguro, com taxas de sucesso de aborto superiores a 95%, taxas de continuação da gravidez em torno de 2% e taxas de complicações de 1-3%.

Na prática:

- Um regime combinado de mifepristona e misoprostol é mais eficaz do que o misoprostol usado isoladamente, e é recomendado para o aborto medicamentoso antes da 13.ª semana; na indisponibilidade de mifepristona, pode-se usar o regime de misoprostol isolado.
- Doses adicionais de misoprostol podem ser usadas se não houver sangramento, cólicas ou expulsão da gravidez, e se pelo menos 3 horas se passaram desde a dose anterior de misoprostol.

Força da recomendação:
Forte

Qualidade da evidência:
- Até a 9.ª semana de gestação: Alta
- 9ª a 13ª semana de gestação: Baixa

Última revisão:
16 de Julho de 2026

Contextualização

O sucesso do aborto medicamentoso é definido como um aborto completo que não necessita de qualquer outra intervenção. Recomenda-se um regime combinado de mifepristona e misoprostol para o aborto medicamentoso, uma vez que é mais eficaz do que o misoprostol isolado (Abubeker et al., 2020; Blum et al., 2012; Kapp et al., 2019; Zhang at al., 2011; Ngoc et al., 2022; Raymond, Harrison, & Weaver, 2019; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2024). Na indisponibilidade de mifepristona, pode-se usar o regime de misoprostol isolado.

Até 9 semanas (63 dias desde a DUM)

Vários ensaios clínicos aleatorizados controlados mostraram que a combinação de mifepristona e misoprostol é um regime de aborto medicamentoso eficaz com taxas de sucesso de cerca de 95% a 98% até a 9ª semana de gestação (Abubeker et al, 2020; Brandell et al., 2024; Brandell et al., 2023; Chen & Creinin, 2015;

Kapp, Baldwin, & Rodriguez, 2018; Zhang et al., 2022; Raymond et al., 2012). Uma revisão sistemática de 2020 sobre o aborto medicamentoso com 200 mg de mifepristona e 800 mcg de misoprostol até às 9 semanas de gestação em países de baixo e médio rendimento incluiu 52 estudos e revelou uma taxa média de sucesso do aborto de 95% (Fergeson & Scott, 2020). O misoprostol administrado por via vaginal, bucal e sublingual é mais eficaz do que o administrado por via oral (Zhang et al., 2022). As doses administradas por via bucal (Middleton et al., 2005) e sublingual (Tang et al., 2003; von Hertzen et al., 2010) apresentam taxas mais elevadas de efeitos secundários gastrointestinais do que as doses por via vaginal (Zhang et al., 2022). A dose administrada por via sublingual está associada a mais efeitos secundários do que a dose por via bucal (Chai, Wong, & Ho, 2013). A diminuição da dose de misoprostol por via sublingual para 400 mcg reduziu os efeitos secundários, mas aumentou as taxas de aborto incompleto e continuação da gravidez (Bracken et al., 2014; Raghavan et al., 2013; von Hertzen et al., 2010); portanto, a dose recomendada de misoprostol por via sublingual continua a ser de 800 mcg. As doses administradas por via bucal ou sublingual podem ser preferíveis em relação à dose por via vaginal para acomodar as preferências das pessoas ou restrições legais.

Doses simultâneas de mifepristona e misoprostol em pessoas com gestações até 63 dias apresentaram uma taxa de sucesso de aproximadamente 95%, em comparação com 97-98% quando o misoprostol é usado 24-48 horas após mifepristona (Creinin et al., 2007; Goel et al., 2011; Lohr et al., 2018; Schmidt-Hansen et al., 2022; Verma et al., 2017). Embora este método seja ligeiramente menos eficaz, pode ser preferível em certos locais, tais como nos casos em que a administração domiciliária de medicamentos para aborto seja restrita (Lohr et al., 2018).

Quatro grandes estudos de coorte, que incluíram um total de 300 112 mulheres que fizeram abortos medicamentosos com mifepristona e misoprostol até às nove semanas de gestação (Cleland et al., 2013; Gatter, Cleland, & Nucatola, 2015; Goldstone, Walker, & Hawtin, 2017; Liu & Ray, 2023), registaram taxas de aspiração intra-uterina que variaram entre 2,3 e 4,8%. Um estudo de coorte dinamarquês que incluiu 86 437 abortos medicamentosos com mifepristona e misoprostol antes das nove semanas concluiu que o aumento da idade gestacional estava mais fortemente associado à necessidade de intervenção cirúrgica (Meaidi et al. 2019). As taxas de complicações observadas durante o aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol até às nove semanas de gestação são inferiores a 1% (Cleland et al., 2013; Gatter, Cleland, & Nucatola, 2015; Goldstone, Walker, & Hawtin, 2017; Liu & Ray, 2023).

	Goldstone, 2017	Cleland, 2013	Gatter, 2015
Número de mulheres	13.078	233.805	13.373
Idade gestacional	≤ 63 dias	≤ 63 dias	≤ 63 dias
Local/organização	MSI Australia	Planned Parenthood USA	Planned Parenthood USA
Período	2013-2015	2009-2010	2006-2011
Aborto incompleto, requerendo aspiração	4,84%	Não reportado	2,3%
Gravidez ectópica não diagnosticada	Não reportado	0,007%	Não reportado
Continuação da gravidez	0,76%	0,5%	0,5%
Transfusão	0,13%	0,05%	0,03%
Infecção	0,11%	0,02%	0,01%
Morte	< 0,01% (1 morte causada por pneumonia, provavelmente não relacionada)	0,0004% (1 morte causada por gravidez ectópica não diagnosticada)	Nenhuma morte

9-11 semanas

Uma revisão retrospetiva de registos clínicos realizada em 2022 avaliou o sucesso do aborto em 8 825 pacientes que usaram mifepristona seguida de 800 mcg de misoprostol por via vaginal ou bucal até 70 dias de gestação (Young et al., 2022). Antes dos 64 dias de gestação, 97% das pacientes que usaram misoprostol por via vaginal e 98% das pacientes que usaram misoprostol por via bucal tiveram um aborto bem-sucedido; entre os 64 e os 70 dias de gestação, 93% das pacientes que usaram misoprostol por via vaginal e bucal tiveram um aborto bem-sucedido. Uma revisão de 2015 relata dados de cinco estudos comparativos, envolvendo 801 mulheres com gestações entre 64 e 70 dias e 1 163 com gestações de 57 a 63 dias (Abbas, Chong, & Raymond, 2015). Em quatro estudos, as mulheres receberam uma dose de 200 mg de mifepristona seguida de uma dose única de 800 mcg de misoprostol por via bucal (Boersma, Meyboom-de Jong, & Kleiverda, 2011; Pena et al., 2014; Sanhueza Smith et al., 2015; Winikoff et al., 2012) e num estudo as mulheres receberam mifepristona e uma dose única de 400 mcg de misoprostol por via sublingual (Bracken et al., 2014). Não houve nenhuma diferença nas taxas de sucesso entre os dois grupos gestacionais (93,9% aos 57 a 63 dias em comparação com 92.3% aos 64 a 70 dias), e não houve nenhuma diferença nos eventos adversos graves, tais como internamentos ou transferências, entre os grupos (0,7% e 0,5% respectivamente).

Um ensaio prospectivo, aberto e de não-inferioridade comparou a eficácia de um regime de aborto medicamentoso com 200 mg de mifepristona seguido de uma dose única de 800 mcg de misoprostol em 362 mulheres com 64-70 dias de gestação com a eficácia do mesmo regime em 286 mulheres com 71-77 dias de gestação (Dzuba et al., 2020b). A taxa de expulsão foi de 92% no grupo dos 64-70 dias, com uma taxa de continuação da gravidez de 4%, em comparação com 87% e 9% no grupo dos 71-77 dias, respectivamente. Um estudo de coorte retrospectivo subsequente comparou as taxas de sucesso quando duas doses de 800mcg de misoprostol foram administradas em casa, com quatro horas de intervalo, para gravidezes entre 64-70 dias e 71-77 dias (Dzuba et al., 2020a). Embora uma elevada perda de acompanhamento (25%) limite as conclusões que podem ser tiradas, os investigadores concluíram que as taxas de sucesso do aborto melhoraram para mais de 99% a partir dos 64-70 dias e 98% a partir dos 71-77 dias. Uma revisão sistemática de 2019 sobre o aborto medicamentoso entre 63 e 84 dias de gestação concluiu de forma semelhante que as taxas de sucesso do aborto são mais elevadas quando são administradas doses rotineiras e repetidas de misoprostol e quando a via vaginal é usada em detrimento da via oral (Kapp et al., 2019). No entanto, a revisão não recomenda um regime específico de mifepristona e misoprostol (Kapp et al., 2019).

11-13 semanas

Um estudo analisou aleatoriamente 340 mulheres com gravidezes até à 13.ª semana em dois grupos: 1) 200mg de mifepristona seguida de 800mcg por via vaginal, ou 2) 600mcg de misoprostol por via sublingual, seguido de até duas doses adicionais de 400mcg de misoprostol por via sublingual ou vaginal a cada 3 horas (Hamoda et al., 2005). A taxa de sucesso global para este regime foi de 95,8%. Em ambos os grupos, a maioria das pessoas precisou de 2 doses de misoprostol para ter um aborto bem-sucedido; 3,4% das pessoas no grupo da via vaginal precisaram de evacuação cirúrgica do útero, em comparação com 2,9% no grupo da via sublingual. As mulheres que usaram misoprostol por via sublingual tiveram maior probabilidade de sofrer efeitos secundários. Um estudo de coorte prospectivo (Lokeland et al., 2010), incluindo 254 mulheres com gravidezes entre 63 e 90 dias de gestação, reportou uma taxa de sucesso de aborto de 91,7% e uma taxa de continuação da gravidez inferior a 1% usando um regime semelhante de mifepristona seguido de doses repetidas de misoprostol. Entre 10ª e 13ª semanas, as taxas reportadas de aspiração intra-uterina por qualquer razão variam de 4-8% (Hamoda et al., 2005; Lokeland et al., 2010) e as taxas de complicações são de cerca de 3% (Hamoda et al., 2005).

Quem pode realizar o aborto medicamentoso antes da 13.ª semana de gestação?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) faz recomendações para a prestação de serviços de aborto medicamentoso antes da 13.ª semana de gestação, que incluem a avaliação da elegibilidade para o aborto medicamentoso (determinação da idade gestacional e avaliação de contra-indicações para medicamentos de aborto), administração de medicamentos de aborto, gestão do processo de aborto e avaliação do sucesso do aborto (OMS, 2024). A OMS aconselha que todos os quadros de profissionais de saúde (médicos de especialidade e médicos de clínica geral, clínicos associados e associados avançados, parteiras, enfermeiros, enfermeiros auxiliares e enfermeiras-parteiras auxiliares, profissionais de medicina tradicional e complementar, farmacêuticos e trabalhadores de farmácia e agentes comunitários de saúde) podem, de forma segura e eficaz, realizar o aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol ou com misoprostol isolado, com base numa variedade de evidências e nas competências e conhecimentos esperados para esse tipo de profissional de saúde (OMS, 2024). A OMS também recomenda que a pessoa grávida pode auto-gerir o processo de aborto medicamentoso de forma segura e eficaz, no todo ou em parte, quando tem acesso a informação correcta, a medicamentos de qualidade garantida, incluindo para o controlo da dor, ao apoio de profissionais de saúde formados e o acesso a uma unidade sanitária, se necessário (OMS, 2024). Para mais informações sobre o aborto medicamentoso auto-administrado, ver 3.5.2: *Recomendações para o aborto antes da 13.ª semana: Auto-administração do aborto medicamentoso*. Para mais informações sobre os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto, ver *Anexo C: Recomendações da Organização Mundial da Saúde para os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto*.

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Protocolos para aborto medicamentoso (cartão de dosagem)

Mifepristona/Misoprostol Roda de Cálculo da Idade Gestacional

Abortion Care Videos—Ipas: *Medical Abortion in Early Pregnancy*

Referências

Abbas, D., Chong, E., & Raymond, E. G. (2015). Outpatient medical abortion is safe and effective through 70 days gestation. *Contraception, 92*(3), 197-199.

Abubeker, F. A., Lavelanet, A., Rodriguez, M.I. & Kim, C. (2020). Medical termination for pregnancy in early first timester (≤63 days) using combination of mifepristone and misoprostol alone: a systematic review. *BMC Women's Health, 20*, 142.

Blum, J., Raghavan, S., Dabash, R., Ngoc, N. T., Chelli, H., Hajri, S., & Winikoff, B. (2012). Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 118*, 166-171.

Boersma, A. A., Meyboom-de Jong, B., & Kleiverda, G. (2011). Mifepristone followed by home administration of buccal misoprostol for medical abortion up to 70 days of amenorrhea in a general practice in Curacao. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 16*(2), 61-66.

Bracken, H., Dabash, R., Tsertsvadze, G., Posohova, S., Shah, M., Hajri, S., ... Winikoff, B. (2014). A two-pill sublingual misoprostol outpatient regimen following mifepristone for medical abortion through 70 days' LMP: A prospective comparative open-label trial. *Contraception, 89*(3), 181-186.

Referências continuado

Brandell, K., Jar-Allah, T., Reynolds-Wright, J., Kallner, H. K., Hognert, H., Gyllenberg, F., Kaislasuo, J., Tamang, A., Tuladhar, H., Boerma, C., Schimanski, K., Gibson, G., Løkeland, M., Teleman, P., Bixo, M., Kjaer, M. M., Kallfa, E., Bring, J., Heikinheimo, O., … Gemzell-Danielsson, K. (2024). Randomized Trial of Very Early Medication Abortion. *New England Journal of Medicine*, *391*(18), 1685–1695.

Brandell, K., Reynolds-Wright, J. J., Boerma, C., Gibson, G., Hognert, H., Tuladhar, H., Heikinheimo, O., Cameron, S., Gemzell-Danielsson, K., & Group, O. B. of the V. S. (2023). Medical Abortion before Confirmed Intrauterine Pregnancy: A Systematic Review. *Seminars in Reproductive Medicine*, *40*, 258–263.

Chai, J., Wong, C. Y. G., & Ho, P. C. (2013). A randomized clinical trial comparing the short-term side effects of sublingual and buccal routes of misoprostol administration for medical abortions up to 63 days' gestation. *Contraception, 87*(4), 480-485.

Chen, M. J., & Creinin, M. D. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 126*(1), 12-21.

Cleland, K., Creinin, M. D., Nucatola, D., Nshom, M., & Trussell, J. (2013). Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstetrics & Gynecology*, *121*(1), 166-171.

Creinin, M. D., Schreiber, C. A., Bednarek, P., Lintu, H., Wagner, M. S., Meyn, L. A., & Medical abortion at the same time (MAST) study group. (2007). Mifepristone and misoprostol administered simultaneously versus 24 hours apart for abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 109*, 885-894.

Dzuba, I.G., Castillo, P.W., Bousieguez, M., Hernandez, E.M.L., Vivar, J.J.C., & Smith, P. S. (2020a). A repeat dose of misoprostol 800mcg following mifepristone for outpatient medical abortion at 64-70 and 71-77 days of gestation: A retrospective chart review. *Contraception 102,* 104-108.

Dzuba, I.G., Chong, E., Hannum, C., Lichtenberg, S., Hernandez, E.M.L., Ngoc, N. … & Winikoff, B. (2020b). A non-inferiority study of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion at 64-70 days and 71-77 days of gestation. *Contraception, 101*, 302-308.

Ferguson, I., & Scott, H. (2020). Systematic review of the effectiveness, safety, and acceptability of mifepristone and misoprostol for medical abortion in low-and middle-income countries. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 42*(12), 1532-1542.

Gatter, M., Cleland, K., & Nucatola, D. L. (2015). Efficacy and safety of medical abortion using mifepristone and buccal misoprostol through 63 days. *Contraception, 91*(4), 269-73.

Goel, A., Mittal, S., Taneja, B. K., Singal, N., & Attri, S. (2011) Simultaneous administration of mifepristone and misoprostol for early termination of pregnancy: A randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 283,* 1409-13.

Goldstone, P., Walker, C., & Hawtin, K. (2017). Efficacy and safety of mifepristone-buccal misoprostol for early medical abortion in an Australian setting. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 57*, 366-371.

Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M., & Templeton, A. (2005). A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 112*, 1102-1108.

Kapp, N., Baldwin, M. K., & Rodriguez, M. I. (2018). Efficacy of medical abortion prior to 6 gestational weeks: A systematic review. *Contraception,* DOI: 10.1016/j.contraception.2017.09.006.

Kapp, N., Eckersberger, E., Lavelanet, A., & Rodriguez, M. I. (2019). Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception,* 99(2), 77-86.

Liu, N., & Ray, J. G. (2023). Short-Term Adverse Outcomes After Mifepristone–Misoprostol Versus Procedural Induced Abortion. *Annals of Internal Medicine*, *176*(2), 145–153.

Lohr, P. A., Starling, J. E., Scott, J. G., & Aiken, A. R. A. (2018). Simultaneous compared with interval medical abortion regimens where home use is restricted. *Obstetrics & Gynecology, 131*(4), 635-641.

Lokeland, M., Iverson, O. E., Dahle, G. S., Nappen, M. H., Ertzeid, L., & Bjorge, L. (2010). Medical abortion at 63 to 90 days of gestation. *Obstetrics & Gynecology, 115*(2), 962-968.

Referências continuado

Meaidi, A., Friedrich, S., Gerds, T. A, & Lidegaard, O. (2019). Risk factors for surgical intervention of early medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 220*, 478.e1-478.e15.

Middleton, T., Schaff, E., Fielding, S. L., Scahill, M., Shannon, C., Westheimer, E., & Winikoff, B. (2005). Randomized trial of mifepristone and buccal or vaginal misoprostol for abortion through 56 days of last menstrual period. *Contraception, 72*(5), 328-332.

Ngoc, N. T., Blum, J., Raghavan, S., Nga, N. T., Dabash, R., Diop, A., & Winikoff, B. (2011). Comparing two early medical abortion regimens: Mifepristone + misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception, 83*, 410-417.

Pena, M., Dzuba, I. G., Smith, P. S., Mendoza, L. J., Bousieguez, M., Martinez, M. L., ... Winikoff, B. (2014). Efficacy and acceptability of a mifepristone-misoprostol combined régimen for early induced abortion among women in Mexico City. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 127*(1), 82-85.

Raghavan, S., Tesereteli, T., Kamilov, A., Kurbanbekova, D., Yusupov, D., Kasimova, F., ... Winikoff, B. (2013). Acceptability and feasibility of the use of 400mcg of sublingual misoprostol after mifepristone for medical abortion up to 63 days since the last menstrual period: Evidence from Uzbekistan. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 18*(2), 104-111.

Raymond, E., Harrison, M, & Weaver, M. (2019). Efficacy of misoprostol alone for first-trimester medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 133*, 137-147.

Raymond, E. G., Shannon, C., Weaver, M. A., & Winikoff, B. (2012). First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: A systematic review. *Contraception, 87*(1), 26-37.

Sanhueza Smith, P., Pena, M., Dzuba, I. G., Garcia Martinez, M. L., Aranqure Peraza, A. G., Bousiequez, M., ... Winikoff, B. (2015). Safety, efficacy and acceptability of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion through 70 days since last menstrual period in public sector facilities in Mexico City. *Reproductive Health Matters, 22*(44 Suppl 1), 75-82.

Schmidt-Hansen, M, Lord, J., Hasler, E., & Cameron, S. (2020). Simultaneous compared to interval administration of mifepristone and misoprostol for medical abortion up to 10 weeks' gestation: A systematic review with meta-analyses. *BMJ Sexual and Reproductive Health, 46*(4), 270-278.

Tang, O.S., Chan, C.C.W., Ng, E., Lee, S.W.H., & Ho, P.C. (2003) A prospective, randomized, placebo-controlled trial on the use of mifepristone with sublingual or vaginal misoprostol for medical abortions of less than 9 weeks gestation. *Human Reproduction*, *18*(11), 2315–2318.

Verma, M.L., Singh, U., Singh, N., Sankhwar, P.L., & Qureshi, S. (2017). Efficacy of concurrent administration of mifepristone and misoprostol for termination of pregnancy. *Human Fertility, 20*(1), 43-47.

von Hertzen, H., Huong, N. T., Piaggio, G., Bayalag, M., Cabezas, E., Fang, A. H., & Peregoudov, A. (2010). Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: A randomised controlled noninferiority trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *117*(10), 1186-1196.

Winikoff, B., Dzuba, I. G., Chong, E., Goldberg, A. B., Lichtenberg, E. S., Ball, C., ... Swica, Y. (2012). Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstetrics & Gynecology, 120*(5), 1070-1076.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed*. Geneva: World Health Organization.

Young, D., Fitzgerald, K., Laursen, L., & Whitaker, A. K. (2022). Comparison of vaginal and buccal misoprostol after mifepristone for medication abortion through 70 days of gestation: A retrospective chart review. *Contraception*, *115*, 62–66.

Zhang, J., Zhou, K., Shan, D., & Luo, X. (2022). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 5*(5), CD002855.

3.5 Aborto medicamentoso

3.5.4. Mifepristona isolado: Regime recomendado

Recomendação:

- 800 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou vaginal a cada três horas até a expulsão.
- Um regime de misoprostol isolado tem taxas de sucesso de 84-93%, com taxas de continuação da gravidez de 3-10% e taxas de complicações de 1-4%.

Na prática:

- Um regime combinado de mifepristona e misoprostol é mais eficaz do que o misoprostol usado isoladamente e é recomendado para o aborto medicamentoso antes de 13 semanas; na indisponibilidade de mifepristona, pode-se usar o regime de misoprostol isolado.
- Pode-se usar doses adicionais de misoprostol se não tiver ocorrido sangramento, cólicas ou expulsão da gravidez e se tiverem passado pelo menos 3 horas desde a dose anterior de misoprostol.
- Pessoas submetidas a aborto medicamentoso com misoprostol isolado fora de uma unidade sanitária devem receber de 3 a 4 doses de misoprostol, dependendo do cenário. Uma dose extra de misoprostol, e informação descrevendo quando usar doses adicionais, deve ser fornecida para ser usada se necessário.

Força da recomendação:
Forte

Qualidade da evidência:
- Até 9 semanas de gestação: Moderada
- 9-13 semanas de gestação: Baixa

Última revisão:
9 de Outubro de 2025

Contextualização

O sucesso do aborto medicamentoso é definido como um aborto completo que não necessita de qualquer outra intervenção. Recomenda-se um regime combinado de mifepristona e misoprostol para o aborto medicamentoso, uma vez que é mais eficaz do que o misoprostol isolado (Abubeker et al., 2020; Blum et al., 2012; Kapp et al., 2019; Kulier at al., 2011; Ngoc et al., 2011; Raymond, Harrison, & Weaver, 2019; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2022). Na indisponibilidade de mifepristona, pode ser usado o regime de misoprostol isolado.

Regimes de aborto com misoprostol isolado

Uma revisão sistemática de 2023 avaliou a eficácia do misoprostol isolado através da análise de 49 estudos nos quais pelo menos um grupo de participantes recebeu apenas misoprostol para indução do aborto até 91 dias de gestação (Raymond, Weaver, & Shochet, 2023). Os regimes de misoprostol diferiram entre os estudos incluídos. A revisão, que incluiu 16 3549 mulheres com dados sobre o resultado do aborto, revelou uma taxa global de sucesso do aborto de 85% e uma taxa de continuação da gravidez de 6%. Quando a análise se restringiu às participantes que usaram pelo menos três doses de misoprostol administradas por via não oral,

a taxa de insucesso foi de 11% e a taxa de continuação da gravidez foi de 5%. Um número muito reduzido de participantes (0,2%) necessitou de internamento, na maioria dos casos para transfusão. O maior estudo aleatorizado que usou o regime recomendado de misoprostol isolado de 3 doses de 800mcg de misoprostol por via vaginal ou sublingual incluiu 2.046 participantes com gestações de sete semanas ou menos (von Hertzen et al., 2007). O sucesso do aborto com misoprostol isolado foi de 84%. Um estudo mais recente aleatorizou 390 pessoas com gestações até 10 semanas para receber 3 doses de misoprostol 800mcg por via bucal ou sublingual, com a opção de uma dose adicional de misoprostol se o aborto não estivesse completo no momento do acompanhamento (Sheldon et al., 2019). No acompanhamento inicial, a taxa de continuação da gravidez para ambos os grupos combinados foi de 3%, e a taxa de sucesso do aborto foi de 86%. Depois de oferecer uma dose adicional de misoprostol a todas as participantes que não tiveram um aborto bem-sucedido, as taxas de sucesso aumentaram para 93%. Estudos menores usando regimes semelhantes reportaram taxas de sucesso de 92% para gestações de até oito semanas (Fekih, 2010), 89-91% até nove semanas (Salakos et al., 2005; Velazco et al., 2000), e de 84-87% de 9-13 semanas (Carbonell et al., 1999; Carbonell Esteve et al., 1998, Carbonell et al., 2001). Em estudos que usaram o regime recomendado de misoprostol isolado ou regimes semelhantes, a taxa de aspiração intra-uterina subsequente por qualquer razão varia de 7-17%, com taxas de continuação da gravidez de 3-10% (Carbonell et al., 1999; Carbonell et al., 2001; Sheldon et al., 2019; Velazco et al., 2000; von Hertzen et al., 2007).

Estudos que examinam estratégias de apoio ao aborto seguro e eficaz fora do contexto clínico, tais como os que exploram o acompanhamento do aborto ou a distribuição de misoprostol na comunidade para a auto-administração do aborto medicamentoso, reportaram taxas de sucesso do aborto com misoprostol isolado que excedem as taxas de sucesso do aborto realizado em unidades sanitárias (Moseson et al., 2020b). No estudo SAFE, que documenta a eficácia da auto-administração do aborto com apoio de acompanhamento, 98% das usuárias de misoprostol isoaldo reportaram um aborto bem-sucedido sem intervenção cirúrgica (Jayaweera et al., 2023a; Jayaweera et al., 2023b; Moseson et al., 2022). Dois estudos documentaram a segurança e a eficácia do aborto auto-administrado com misoprostol isolado, acedido através de distribuição comunitária até à 9ª ou 10ª semana de gestação; as taxas de sucesso do aborto foram de 94-96%, sem registo de eventos adversos graves (Foster, Arnott, & Hobstetter, 2017; Foster et al., 2022). Um estudo de coorte prospectivo realizado na Nigéria avaliou as taxas de sucesso em pessoas grávidas que adquiriram misoprostol a vendedores de medicamentos para auto-administrar o seu aborto medicamentoso (Stillman et al., 2020). Apesar de terem recebido informações inadequadas sobre os medicamentos, o que esperar, ou onde e quando procurar cuidados adicionais, 94% da amostra reportou um aborto completo sem intervenção cirúrgica. Da amostra, uma participante precisou de uma transfusão de sangue.

O único ensaio aleatorizado controlado multicêntrico para comparar diferentes intervalos posológicos de misoprostol isolado demonstrou que as taxas de aborto completo são equivalentes quando misoprostol é administrado por via vaginal a cada 3 a 12 horas ou por via sublingual a cada três horas para três doses. A administração por via sublingual apresentou uma incidência mais elevada de efeitos secundários do que a dosagem por via vaginal (von Hertzen et al., 2007). Revisões sistemáticas de 2022 e 2023, resumindo os dados sobre a eficácia do misoprostol isolado para o aborto medicamentoso, constataram que a administração vaginal, bucal e sublingual resulta em taxas semelhantes de intervenção cirúrgica, enquanto a administração oral resultou em taxas significativamente maiores (Raymond, Weaver, & Shochet , 2023; Zhang et al., 2022). Um estudo que aleatorizou mulheres com gestações até 10 semanas, que receberam misoprostol por via bucal ou sublingual (800mcg a cada três horas para três doses), constatou que a administração sublingual levou a significativamente menos continuação da gravidez no acompanhamento, 1,1% em comparação com 5,5% (Sheldon et al., 2019). As participantes no grupo da administração sublingual experimentaram mais febre e calafrios do que as pessoas no grupo de administração bucal.

Em geral, taxas mais elevadas de sucesso com regimes de misoprostol isolado estão associadas a uma idade gestacional inferior a 7 semanas (von Hertzen et al., 2007; Zikopoulos et al., 2002), maior número de doses repetidas de misoprostol (Carbonell et al., 1999; Jain et al., 2002; Kapp et al., 2018), doses iniciais mais elevadas de misoprostol (Raymond et al., 2019), vias não orais de administração de misoprostol (Kapp et al., 2018; Raymond,

Weaver, & Shochet , 2023; Zhang et al., 2022), e um período de tempo mais longo antes do acompanhamento do provedor para confirmar o sucesso do aborto (Bugalho et al., 2000; Sheldon et al., 2019). No entanto, a satisfação individual da pessoa diminui quanto mais tempo dura o processo de aborto (Ngai et al., 2000).

A adição de letrozol

Um ensaio clínico aleatorizado controlado de alta qualidade avaliou se a adição de letrozole-um inibidor da aromatase de terceira geração que diminui os níveis de estrogénio e conduz à perda da gravidez- a um regime de misoprostol isolado melhora o sucesso do aborto medicamentoso até à 9ª semana de gestação (Lee et al., 2011a). Cento e sessenta e oito participantes foram aleatorizados para um ciclo de três dias de letrozol (10 mg por via oral todos os dias, seguido de uma dose única de misoprostol vaginal no terceiro dia), ou para placebo, seguido de misoprostol. O aborto completo foi mais provável no grupo do letrozol (87%), do que no grupo do placebo (73%, p=0,021); não houve diferenças estatisticamente significativas na continuação da gravidez entre os dois grupos (8% em comparação com 11%, p=0,6). Um estudo piloto anterior, realizado em 20 participantes com gestações até 9 semanas, examinou um regime de duas doses de letrozol (10 mg por via oral durante dois dias, seguido de uma dose única de 800 mcg de misoprostol administrado por via vaginal no terceiro dia), tendo verificado uma taxa de sucesso inferior de 80% (Lee et al., 2011b). Um estudo piloto subsequente, incluindo 20 participantes com gestações até 9 semanas, constatou uma taxa de conclusão do aborto mais elevada (95%), comparável à observada com o regime de mifepristona e misoprostol, quando foi administrado um ciclo de sete dias de letrozol 10 mg antes de uma dose única de misoprostol 800 mcg por via vaginal no 7º dia (Yeung et al., 2021).

Um ensaio aleatorizado controlado examinou a adição de letrozol ao misoprostol em comparação com placebo e misoprostol em 46 participantes com uma idade gestacional média de 11 a 13 semanas (Javanmanesh, Kashanian, & Mirpangi, 2018). O grupo do letrozol, que administrou 10 mg de letrozol por dia durante três dias, seguido de doses repetidas de misoprostol por via sublingual, teve uma taxa de sucesso de 78%, em comparação com 13% no grupo do placebo (p=0,0001), sem diferenças nos efeitos secundários e sem complicações registadas. Estes resultados devem ser interpretados com cautela, dada a qualidade muito baixa do estudo, o pequeno tamanho da amostra, a discrepância na idade gestacional média entre os dois grupos (11,2 ± 4 semanas no grupo do letrozol em comparação com 13,2 ± 3 semanas no grupo do placebo), e a taxa de sucesso marcadamente baixa reportada para o grupo do placebo, que não está em consonância com as taxas de sucesso reportadas por outros estudos com regimes de aborto usando misoprostol isolado. Dois ensaios aleatorizados adicionais, realizados em participantes com gestações após 13 semanas, compararam letrozol e misoprostol com placebo e misoprostol (Lee et al., 2011b; Naghshineh, Allame & Farhat, 2015). (Naghsineh, Allame, & Farhat (2015) incluíram 121 participantes com uma idade gestacional média de 13 semanas, e constataram uma taxa de sucesso significativamente mais elevada no grupo que administrou letrozol (10mg diariamente durante três dias antes do misoprostol sublingual)-77%-em comparação com placebo (43%, p<0.0001). Lee et al. (2011b) usou uma dose menor de letrozol (7,5 mg) e não constatou qualquer diferença nas taxas de aborto completo numa amostra de 130 participantes com uma idade gestacional média de 15 semanas. Em ambos os estudos, os efeitos colaterais foram comparáveis entre os dois grupos e não houve relatos de complicações. Duas revisões sistemáticas que examinaram o letrozol e o misoprostol, em comparação com placebo e misoprostol-ambas incluíram estudos de aborto no segundo trimestre e um deles incluiu um estudo que usou o letrozol como tratamento para o aborto retido-chegaram a conclusões contraditórias. Zhou et al. (2021), com base em 4 ensaios clínicos aleatorizados heterogéneos que incluíram um total de 497 pacientes, concluiram que o aborto completo era mais provável com a adição de letrozol (risco relativo [RR]: 1,38, Intervalo de Confiança [IC] de 95%: 1,07, 1,78). Nash et al. (2018), com base em 3 ensaios clínicos aleatorizados que incluíram 503 pacientes, não constataram qualquer diferença estatisticamente significativa no sucesso do aborto entre letrozol e misoprostol (74%), ou placebo e misoprostol (56%, RR: 1.24, 95% CI: 0.92, 1.66).

Apesar das limitadas evidências disponíveis para apoiar o seu uso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sugeriu que o letrozol (10 mg por via oral todos os dias durante três dias), seguido de misoprostol, pode ser usado para o aborto medicamentoso antes da 12.ª semana de gestação em locais onde não haja disponibilidade de mifepristona (OMS, 2024).

Jovens

A segurança e eficácia do aborto com misoprostol isolado foram demonstradas em adolescentes com gravidez até às nove semanas de gestação (Velazco et al., 2000) e entre a 9.ª e a 12.ª semana (Carbonell et al., 2001). As taxas de sucesso de aborto com misoprostol isolado em mulheres jovens são semelhantes às observadas em estudos com mulheres de idade superior.

Quem pode realizar o aborto medicamentoso antes da 13.ª semana de gestação?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) faz recomendações para a prestação de serviços de aborto medicamentoso antes da 13.ª semana de gestação, que incluem a avaliação da elegibilidade para o aborto medicamentoso (determinação da idade gestacional e avaliação de contra-indicações para medicamentos de aborto), administração de medicamentos de aborto, gestão do processo de aborto e avaliação do sucesso do aborto (OMS, 2024). A OMS aconselha que todos os quadros de profissionais de saúde (médicos de especialidade e médicos de clínica geral, clínicos associados e associados avançados, parteiras, enfermeiros, enfermeiros auxiliares e enfermeiras-parteiras auxiliares, profissionais de medicina tradicional e complementar, farmacêuticos e trabalhadores de farmácia e agentes comunitários de saúde) podem, de forma segura e eficaz, realizar o aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol ou com misoprostol isolado, com base numa variedade de evidências e nas competências e conhecimentos esperados para esse tipo de profissional de saúde (OMS, 2024). A OMS também recomenda que a pessoa grávida pode auto-gerir o processo de aborto medicamentoso de forma segura e eficaz, no todo ou em parte, quando tem acesso a informação correcta, a medicamentos de qualidade garantida, incluindo para o controlo da dor, ao apoio de profissionais de saúde formados e o acesso a uma unidade sanitária, se necessário (OMS, 2024). Para mais informações sobre o aborto medicamentoso auto-administrado, ver 3.5.2: Recomendações para o aborto antes da 13.ª semana: Auto-administração do aborto medicamentoso. Para mais informações sobre os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto, ver Anexo C: Recomendações da Organização Mundial da Saúde para os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto.

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Protocolos para aborto medicamentoso (cartão de dosagem)

Misoprostol isolado Roda de Cálculo da Idade Gestacional

Abortion Care Videos—Ipas: *Aborto Medicamentoso no Início da Gravidez*

Referências

Abubeker, F. A., Lavelanet, A., Rodriguez, M.I. & Kim, C. (2020). Medical termination for pregnancy in early first timester (≤63 days) using combination of mifepristone and misoprostol alone: a systematic review. *BMC Women's Health, 20*, 142.

Blum, J., Raghavan, S., Dabash, R., Ngoc, N. T., Chelli, H., Hajri, S., & Winikoff, B. (2012). Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 118*, 166-171.

Bugalho, A., Mocumbi, S., Faundes, A., & David, E. (2000). Termination of pregnancies of <6 weeks gestation with a single dose of 800 microg of vaginal misoprostol. *Contraception*, *61*(1), 47-50.

Carbonell Esteve, J. L., Varela, L., Velazco, A., Cabezas, E., Tanda, R., & Sanchez, C. (1998). Vaginal misoprostol for late first trimester abortion. *Contraception*, *57*(5), 329-333.

Carbonell, J. L., Varela, L., Velazco, A., Tanda, R., & Sanchez, C. (1999). Vaginal misoprostol for abortion at 10-13 weeks' gestation. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *4*(1), 35-40.

Carbonell, J. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., & Mari, J. (2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *6*(1), 39-45.

Fekih, M., Fathallah, K., Regaya, L. B., Bouguizane, S., Chaieb, A., Bibi, M., & Khairi, H. (2010). Sublingual misoprostol for first trimester termination of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 109*, 67-70.

Foster, A.M., Arnott, G., & Hobstetter, M. (2017). Community-based distribution of misoprostol for early abortion: Evaluation of a program along the Thailand-Burma border. *Contraception, 96,* 242-247.

Foster, A.M., Messier, K., Aslam, M., & Shabir, N. (2022). Community-based distribution of misoprostol for early abortion: Outcomes from a program in Sindh, Pakistan. *Contraception, 109*, 49-51.

Ganguly, R. P., Saha, S. P., Mukhopadhyay, S., Bhattacharjee, N., Bhattacharyya, S. K., & Patra, K. K. (2010). A comparative study on sublingual versus oral and vaginal administration of misoprostol for later first and early second trimester abortion. *Journal of the Indian Medical Association, 108*(5), 283-286.

Grapsas, X., Liberis, V., Vassaras, G., Tsikouras, P., Vlachos, G., & Galazios, G. (2008). Misoprostol and first trimester pregnancy termination. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, *35*(1), 32-34.

Jain, J. K., Dutton, C., Harwood, B., Meckstroth, K. R., & Mishell, D. (2002). A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of pregnancy. *Human Reproduction, 17*(6), 1477-1482.

Javanmanesh, F., Kashanian, M., Mirpangi, S. (2018). Comparison of using misoprostol with or without letrozole in abortion induction: A placebo-controlled clinical trial. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research, 3*(2), 49-52.

Jayaweera, R. T., Bradshaw, P. T., Gerdts, C., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Ahern, J., & Moseson, H. (2023a). Accounting for misclassification and selection bias in estimating effectiveness of self-managed medication abortion. *Epidemiology*, *34*(1), 140.

Jayaweera, R., Egwuatu, I., Nmezi, S., Kristianingrum, I. A., Zurbriggen, R., Grosso, B., Bercu, C., Gerdts, C., & Moseson, H. (2023b). Medication abortion safety and effectiveness with misoprostol alone. *JAMA Network Open*, *6*(10), e2340042.

Kapp, N., Eckersberger, E., Lavelanet, A., & Rodriguez, M. I. (2019). Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception,* 99(2), 77-86.

Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L., & Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*, Art No.: CD002855. DOI: 10.1002/14651858.CD002855.pub4.

Lee, V.C.Y., Ng, E.H.Y., Yeung, W.S.B., & Ho, P.C. (2011a). Misoprostol with or without letrozole pretreatment for termination of pregnancy: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 117*(2Pt1), 317-323.Lee. V.C.Y., Tang, O.S, Ng, E.H.Y., Yeung, W.S.B., & Ho, P.C. (2011b). A pilot study on the use of letrozole with either misoprostol or mifepristone for termination of pregnancy up to 63 days. *Contraception, 83*(1), 62-67.

Lee, V.C.Y., Tang, O.S., Ng, E.H.Y., Yeung, W.S.B., & Ho, P.C. (2011c). A prospective double-blinded, randomized, placebo-controlled trial on the use of letrozole pretreatment with misoprostol for second-trimester medical abortion. *Contraception, 84*, 628-633.

Referências continuado

Moseson, H., Herold, S., Filippa, S., Barr-Walker, J., Baum, S.E., & Gerdts, C. (2020a). Self-managed abortion: A systematic scoping review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 63*, 87-110.

Moseson, H., Jayaweera, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I.A., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Motana, R., Bercu, C., Carbone, S., & Gerdts, C. (2022). Effectiveness of self-managed medication abortion with accompaniment support in Argentina and Nigeria (SAFE): A prospective, observational cohort study and non-inferiority analysis with historical controls. *Lancet Global Health, 10*(1), e105-e113.

Naghshineh, E., Allame, Z., & Farhat, F. (2015). The effectiveness of using misoprostol with and without letrozole for successful medical abortion: A randomized placebo-controlled clinical trial. *Journal of Research in Medical Sciences, 20*(6), 585-589.

Ngai, S. W., Tang, O. S., Chan, Y. M., & Ho, P. C. (2000). Vaginal misoprostol alone for medical abortion up to 9 weeks of gestation: Efficacy and acceptability. *Human Reproduction*, *15*(5), 1159-1162.

Ngoc, N. T., Blum, J., Raghavan, S., Nga, N. T., Dabash, R., Diop, A., & Winikoff, B. (2011). Comparing two early medical abortion regimens: Mifepristone + misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception, 83*, 410-417.

Raymond, E., Harrison, M, & Weaver, M. (2019). Efficacy of misoprostol alone for first-trimester medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 133*, 137-147.

Raymond, E. G., Weaver, M. A., & Shochet, T. (2023). Effectiveness and safety of misoprostol-only for first-trimester medication abortion: An updated systematic review and meta-analysis. *Contraception*, *127*.

Salakos, N., Kountouris, A., Botsis, D., Rizos, D., Gregoriou, O., Detsis, G., & Creatsas, G. (2005). First-trimester pregnancy termination with 800mcg of vaginal misoprostol every 12 h. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 10*(4), 249-254.

Sheldon, W. R., Durocher, J., Dzuba, I. G. , Sayette, H., Martin, R., Velasco, M. C., & Winikoff, B. (2019). Early abortion with buccal versus sublingual misoprostol alone: A multicenter, randomized trial. *Contraception, 99*(5), 272-277.

Stillman, M., Owolabi, A., Fatusi, A.O., Akinyemi, A.I., Berry, A.L., Erinfolami, T.P., Olagunju, O.S., Vaisanen, H., & Bankole, A. (2020). Women's self-reported experiences using misoprostol obtained from drug sellers: A prospective cohort study in Lagos state, Nigeria. *BMJ Open,* 10:e034670. Doi:10.1136/bmjopen-2019-034670.

Tang O. S., Miao, B. Y., Lee, S. W. H., & Ho, P. C. (2002). Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: Efficacy and acceptability. *Human Reproduction*, *17*(3), 654-658.

Velazco A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., Chami, S., ... Carbonell, J. L. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *5*(4), 227-233.

Van Bogaert, L. J., & Misra, A. (2010). Anthropometric characteristics and success rates of oral or vaginal misoprostol for pregnancy termination in the first and second trimesters. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 109*(3), 213-215.

von Hertzen, H., Piaggio, G., Huong, N. T., Arustamyan, K., Cabezas, E., Gomez, M., & Peregoudov, A. (2007). Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, *369*(9577), 1938-1946.

von Hertzen, H., Piaggio, G., Wojdyla, D., Nguyen, T. M., Marions, L., Okoev, G., & Peregoudov, A. (2009). Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: Randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction*, *24*(1), 106-112.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed.* Geneva: World Health Organization.

Yeung, T.W.Y., Lee, V.C.Y., Ng, E.H.Y., & Ho, P.C. (2012). A pilot study on the use of a 7-day course of letrozole followed by misoprostol for the termination of early pregnancy up to 63 days. *Contraception, 86*(6), 763-769.

Zhang, J., Zhou, K., Shan, D., & Luo, X. (2022). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 5*(5), CD002855.

Zikopoulos, K. A., Papanikolaou, E. G., Kalantaridou, S. N., Tsanadis, G. D., Plachouras, N. I., Dalkalitsis, N. A., & Paraskevaidis, E. A. (2002). Early pregnancy termination with vaginal misoprostol before and after 42 days gestation. *Human Reproduction*, *17*(12), 3079-3083.

3.5 Aborto medicamentoso

3.5.5. Uso domiciliário de medicamentos até à 12.ª semana de gestação

Recomendação:

- A mifepristona pode ser administrada numa unidade sanitária ou em casa.
- O uso domiciliário de misoprostol após a administração de mifepristona ou num regime de misoprostol isolado pode ser feito até a 12.ª semana de gestação.
- Após a 12.ª semana de gestação, o misoprostol deve ser administrado numa unidade sanitária.

Força da recomendação:
Forte

Qualidade da evidência:
- Até 70 dias de gestação: Alta
- Mais de 70 dias de gestação: Muito Baixa

Última revisão:
9 de Outubro de 2025

Uma revisão da *Cochrane* de 2025 avaliou a segurança e a eficácia da telemedicina para o aborto medicamentoso, em que tanto a mifepristona como o misoprostol foram administrados em casa até a 12ª semana de gestação, incluindo seis estudos controlados aleatorizados e 16 estudos não aleatorizados, abrangendo 131 278 pessoas (Cleeve et al., 2025). Esta revisão concluiu que o aborto medicamentoso realizado por telemedicina era tão seguro e eficaz quanto o aborto realizado presencialmente, embora os dados relativos a gestações com mais de 9 semanas sejam limitados. Muitos estudos documentaram a segurança e a eficácia da mifepristona e do misoprostol usados em casa para a auto-administração do aborto; *ver 3.5.1: Aborto antes da 13ª semana: Auto-administração do aborto medicamentoso* para um resumo desta evidência.

Regime combinado de mifepristona e misoprostol

Uso domiciliário de mifepristona

Uma revisão sistemática de 2024 avaliou a segurança e a eficácia da mifepristona administrada em casa como parte de um regime combinado de aborto medicamentoso até a 10ª semana de gestação (Gemzell-Danielsson et al., 2024). A revisão incluiu 6 estudos e dados de 54 233 pessoas que procuraram o aborto, não tendo constatado qualquer diferença em termos de segurança ou eficácia quando a mifepristona foi administrada em casa, em comparação com a administração numa unidade sanitária.

Uso domiciliário de misoprostol até 70 dias

Duas revisões sistemáticas confirmaram a segurança e a eficácia do misoprostol administrado em casa como parte de um regime de mifepristona-misoprostol até nove (Gambir et al., 2020) e 10 semanas de gestação (Schmidt-Hansen et al., 2020). Em Gambir et al. (2020), um exame de 19 estudos prospectivos-três ensaios clínicos aleatorizados e 16 ensaios comparativos não aleatorizados, incluindo 11.576 pessoas até 63 dias de gestação-mostrou que as taxas de aborto completo e as taxas de eventos adversos eram as mesmas para

o uso de misoprostol em casa e nas unidades sanitárias. As mulheres consideraram o uso domiciliário tão aceitável como o uso clínico. Schmidt-Hansen et al. (2020) compararam a segurança e a eficácia do misoprostol domiciliário para abortos até à 9.ª semana de gestação com os abortos para além da 9.ª semana, reportados em 6 estudos de coorte prospectivos e retrospectivos que incluíram 3.381 pessoas. A revisão não revelou qualquer diferença nas taxas de aborto completo ou nos eventos adversos, confirmando a segurança e a eficácia do uso domiciliário de misoprostol até à 10.ª semana. Desde essas revisões, vários estudos de coorte prospectivos e retrospectivos reportaram a segurança e a eficácia da telemedicina para a realização do aborto medicamentoso. No maior estudo prospectivo, realizado no Reino Unido, 52.142 mulheres que usaram misoprostol em casa para realizar abortos até 70 dias de gestação, reportaram uma taxa de aborto completo superior a 98% e uma taxa de complicações graves inferior a 1% (Aiken et al., 2021). Vários estudos de coorte prospectivos e retrospectivos de menor dimensão que avaliaram a segurança e a eficácia da provisão de aborto por telemedicina com uso domiciliário de misoprostol obtiveram resultados semelhantes (Chong et al., 2021; Pena et al., 2022; Reynolds-Wright et al., 2021; Upadhyay, Koenig, & Meckstroth, 2021; Upadhyay et al., 2022). O Colégio Real de Obstetras e Ginecologistas, 2019) e o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG, 2020) recomendam o uso domiciliário de misoprostol até 70 dias de gestação.

Uso domiciliário de misoprostol a partir das 10-13 semanas

Os dados relativos ao uso doméstico do misoprostol entre a 10.ª e a 13.ª semana de gestação são mais limitados. Um ensaio de não inferioridade comparou a eficácia de um regime de aborto medicamentoso com mifepristona seguido de uma dose única de misoprostol administrada em casa em mulheres com gestações de 64 a 70 dias com aquelas com gestações de 71 a 77 dias (Dzuba et al., 2020b). Os investigadores encontraram uma taxa de sucesso de 92% no grupo de idade gestacional inferior em comparação com 87% no grupo de idade gestacional superior, e uma continuação significativamente mais elevada das gravidezes no grupo de idade gestacional superior (9% em comparação com 4%), sugerindo a necessidade de doses adicionais de misoprostol em gestações com mais de 70 dias. Um estudo de coorte retrospectivo subsequente comparou as taxas de sucesso quando duas doses de misoprostol 800mcg foram administradas em casa, com quatro horas de intervalo, para gravidezes entre 64-70 dias e 71-77 dias (Dzuba et al., 2020a). Embora uma elevada perda de acompanhamento (25%) limite as conclusões que podem ser tiradas, os investigadores constataram taxas de sucesso de aborto superiores a 99% e 98%, respectivamente. Um pequeno estudo de coorte retrospectivo comparou a segurança e a eficácia do uso domiciliário de misoprostol para o aborto medicamentoso aos 57-63 dias de idade gestacional com o uso domiciliário aos 64-76 dias, em que as participantes do estudo auto-administraram uma dose única de misoprostol 800mcg por via vaginal, seguida de até quatro doses adicionais de 400mcg se não ocorresse hemorragia (Larsson, & Ronnberg, 2019). As taxas de sucesso foram de 96% e 94%, sem diferença no aborto incompleto, hemorragia excessiva ou intervenção cirúrgica. Um estudo de coorte retrospectivo adicional em que as mulheres auto-administraram duas doses de misoprostol 800mcg em casa para abortos medicamentosos até 77 dias registou uma taxa de sucesso semelhante (96%) (Kerestes et al., 2021). Um estudo de coortes prospectivo, realizado na Escócia, que reportou a segurança e eficácia da telemedicina para o aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol durante a pandemia de COVID-19 incluiu mulheres com gestações até às 12 semanas (Reynolds-Wright et al., 2021). Das 663 pessoas incluídas no estudo, apenas 21 (3%) apresentavam gestações entre 10 e 12 semanas. Quase todas as mulheres (98%) tiveram um aborto bem-sucedido; houve nove falhas de aborto (1,4%), das quais apenas uma ocorreu após as 10 semanas. Um estudo de coorte prospectivo que analisou a segurança e a eficácia do acompanhamento do aborto como modelo de auto-administração do aborto na Argentina, na Nigéria e no Sudeste Asiático — o estudo SAFE — incluiu 119 participantes com gestações entre 9 e 12 semanas que usaram misoprostol em casa como parte de um regime medicamentoso combinado; 87% concluíram com sucesso o seu aborto sem necessidade de intervenção adicional (Moseson et al., 2023). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as pessoas grávidas possam auto-gerir as três partes componentes do processo de aborto medicamento–auto-avaliação para elegibilidade, auto-administração de medicamentos de aborto e gestão do processo de aborto e auto-avaliação do sucesso do aborto–até às 12 semanas de gestação, quando têm acesso a uma fonte de informação precisa e a um prestador de cuidados de saúde, se necessário (OMS, 2024).

Regime de misoprostol isolado

Embora nenhum estudo tenha comparado de forma directa a segurança e a eficácia do uso domiciliário de misoprostol num regime de misoprostol isolado com o uso em unidades sanitárias, vários estudos fornecem evidência para apoiar a segurança e a eficácia do misoprostol administrado em casa para o aborto medicamentoso. Vários estudos aleatorizados com grupos de misoprostol isolado (Blum et al., 2012; Ngoc et al., 2011; Sheldon et al., 2019) e vários estudos de coorte prospectivos de aborto medicamentoso com misoprostol até 9 (Carbonell, Valera, Velazco, Fernandez e Sanchez, 1997; Velazco et al, 2000), ou entre 9ª e 12ª semana de gestação (Carbonell et al., 2001), permitiram que as participantes auto-administrassem o misoprostol em casa, sem efeito sobre a segurança ou o sucesso do aborto medicamentoso. Estudos que examinam o acompanhamento do aborto ou a distribuição de misoprostol na comunidade para a auto-administração do aborto medicamentoso, reportaram taxas de sucesso do aborto com misoprostol que excedem as taxas de sucesso do aborto realizado em unidades sanitárias (Moseson et al., 2020b). No estudo SAFE, 98% das usuárias de misoprostol isolado em casa, com gestações até a 12ª semana, reportaram um aborto bem-sucedido sem intervenção cirúrgica (Moseson et al., 2022; Moseson et al., 2023). Dois estudos documentaram a segurança e a eficácia do aborto auto-administrado com misoprostol isolado, acedido através de distribuição comunitária até às 9 ou 10 semanas de gestação; as taxas de sucesso do aborto foram de 94-96%, sem registo de eventos adversos graves (Foster, Arnott e Hobstetter, 2017; Foster et al., 2022). Um estudo de coorte prospectivo realizado na Nigéria avaliou as taxas de sucesso em pessoas grávidas que adquiriram misoprostol a vendedores de medicamentos para auto-administrarem o seu aborto medicamentoso (Stillman et al., 2020). Apesar de terem recebido informações inadequadas sobre os medicamentos, o que esperar, ou onde e quando procurar cuidados adicionais, 94% da amostra reportou um aborto completo sem intervenção cirúrgica. Da amostra, uma participante precisou de uma transfusão de sangue.

Referências

Aiken, A., Lohr, P.A., Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 128*(9), 1464-1474.

American College of Obstetricians and Gynecologists & Society of Family Planning. (2020). Medication abortion up to 70 days of gestation: ACOG practice bulletin, number 225. *Obstetrics & Gynecology*, *136*(4), e31-e47.

Blum, J., Raghavan, S., Dabash, R., Ngoc, N. T. N., Chelli, H., Hajri, S., ... Winikoff, B. (2012). Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 118*, 166-171.

Carbonell, J. L. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., ... Mari, J. (2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 6*, 39-45.

Carbonell, J. L. L., Varela, L., Velazco, A., Fernandez, C., & Sanchez, C. (1997). The use of misoprostol for abortion at ≤ 9 weeks' gestation. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2*(3), 181-185.

Chong, E., Shochet, T., Raymond, E., Platais, I., Anger, H.A., Raidoo, S., Soon, R., Grant, M., Haskell, S., Tocce, K., Baldwin, M.K., Boraas, C.M., Bednarek, P.H., Banks, J., Coplon, L., Thompson, F., Priegue, E., & Winikoff, B. (2021). Expansion of direct-to-patient telemedicine abortion service in the United States and experience during the COVID-19 pandemic. *Contraception, 104*, 43-48.

Cleeve, A., Lavelanet, A., Gemzell-Danielsson, K., & Endler, M. (2025). The use of telemedicine services for medical abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2025*(6), CD013764.

Dzuba, I.G., Castillo, P.W., Bousieguez, M., Hernandez, E.M.L., Vivar, J.J.C., & Smith, P. S. (2020a). A repeat dose of misoprostol 800mcg following mifepristone for outpatient medical abortion at 64-70 and 71-77 days of gestation: A retrospective chart review. *Contraception 102*, 104-108.

Referências continuado

Dzuba, I.G., Chong, E., Hannum, C., Lichtenberg, S., Hernandez, E.M.L., Ngoc, N. ... & Winikoff, B. (2020b). A non-inferiority study of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion at 64-70 days and 71-77 days of gestation. *Contraception, 101*, 302-308.

Foster, A.M., Arnott, G., & Hobstetter, M. (2017). Community-based distribution of misoprostol for early abortion: Evaluation of a program along the Thailand-Burma border. *Contraception, 96,* 242-247.

Foster, A.M., Messier, K., Aslam, M., & Shabir, N. (2022). Community-based distribution of misoprostol for early abortion: Outcomes from a program in Sindh, Pakistan. *Contraception, 109,* 49-51.

Gambir, K., Garnsey, C., Necastro, K.A., & Ngo, T.D. (2020). Effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home versus in the clinic: A systematic review and meta-analysis in response to COVID-19. *BMJ Global Health, 5*(12), e003934.

Gemzell-Danielsson, K., Lindh, I., Brynhildsen, J., Christensson, A., Moberg, K., Wernersson, E., & Johansson, S. (2024). Home use of mifepristone for medical abortion: a systematic review. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, *51*(3), e202302. https://doi.org/10.1136/bmjsrh-2024-202302

Kerestes, C., Murayama, S., Tyson, J., Natavio, M., Seamon, S., Raidoo, S., Lacar, L., Bowen, E., Soon, R., Platais, I., Kaneshiro, B., & Stower, P. (2021). Provision of medication abortion in Hawai'i during COVID-19: Practical experience with multiple care delivery models. *Contraception, 104*(1), 49-53.

Larsson, A., & Ronnberg, A. M. (2019). Expanding a woman's options to include home use of misoprostol for medical abortion up until 76 days: An observational study of efficacy and safety. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 98*(6), 747-752.

Moseson, H., Herold, S., Filippa, S., Barr-Walker, J., Baum, S.E., & Gerdts, C. (2020a). Self-managed abortion: A systematic scoping review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecoogy, 63, 87-110.*

Moseson, H., Jayaweera, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I.A., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Motanan, R., Bercu, C., Carbone, S., & Gerdts, C. (2022). Effectiveness of self-managed medication abortion with accompaniment support in Argentina and Nigeria (SAFE): A prospective, observational cohort study and non-inferiority analysis with historical controls. *Lancet Global Health, 10*(1), e105-e113.

Moseson, H., Jayaweera, R., Egwuatu, I., Grosso, B., Kristianingrum, I. A., Nmezi, S., Zurbriggen, R., Bercu, C., Motana, R., & Gerdts, C. (2023). Effectiveness of Self-Managed Medication Abortion Between 9 and 16 Weeks of Gestation. *Obstetrics & Gynecology*, *142*(2), 330.

Ngo, T. D., Park, M. H., Shakur, H., & Free, C. (2011). Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, *89*(5), 360-370.

Ngoc, N. T., Blum, J., Raghavan, S., Nga, N. T., Dabash, R., Diop, A., & Winikoff, B. (2011). Comparing two early medical abortion regimens: Mifepristone + misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception, 83*, 410-417.

Pena, M., Flores, K.F., Ponce, M.M., Serafin, D.F., Zavala, A.M.C., Cruz, C.R., Salgado, I.G.O., Rosado, Y.O., Socarras, T., Lopez, A.P., & Bousieguez, M. (2022). Telemedicine for medical abortion service provision in Mexico: A safety, feasibility, and acceptability study. *Contraception, 114*, 67-73.

Reynolds-Wright, J.J., Johnstone, A., McCabe, K., Evans, E., & Cameron, S. (2021). Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks; gestation: A prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 47*(4), 246-251.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2019). *Abortion care.* NICE Guideline, NG140. https://www.nice.org.uk/guidance/NG140. Accessed February 12, 2021.

Schmidt-Hansen, M., Pandey, A., Lohr, P.A., Nevill, M., Taylor, P., Hasler, E., & Cameron, S. (2020). Expulsion at home for early medical abortion: A systematic review with meta-analyses. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 00*, 1-9

Schummers, L., Darling, E.K., Dunn, S., McGrail, K., Gayowsky, A., Law, M.R., Laba, T.L., Kaczorowski, J., & Norman, W.V. (2022). Abortion safety and use with normally prescribed mifepristone in Canada. *New England Journal of Medicine, 386*(1), 57-67.

Sheldon, W.R., Durocher, J., Dzuba, I.G., Sayette, H., Martin, R., Velasco, M.C., & Winikoff, B. (2019). Early abortion with buccal versus sublingual misoprostol alone: A multicenter, randomized trial. *Contraception, 99*, 272-277.

Referências continuado

Stillman, M., Owolabi, A., Fatusi, A.O., Akinyemi, A.I., Berry, A.L., Erinfolami, T.P., Olagunju, O.S., Vaisanen, H., & Bankole, A. (2020). Women's self-reported experiences using misoprostol obtained from drug sellers: A prospective cohort study in Lagos state, Nigeria. *BMJ Open,* 10:e034670. Doi:10.1136/bmjopen-2019-034670.

Upadhyay, U.D., Koenig, L.R., & Meckstroth, K.R. (2021). Safety and efficacy of telehealth medication abortions in the US during the COVID-19 pandemic. *JAMA Network Open, 4(*8), e2122320.

Upadhyay, U.D., Raymond, E.G., Koenig, L.R., Coplon, L., Gold, M., Kaneshiro, B.., Boraas, C.M., & Winikoff, B. (2022). Outcomes and safety of history-based screening for medication abortion: A retrospective multicenter cohort study. *JAMA Internal Medicine, 182*(5), 482-491.

Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, S., Barambino, S., Chami, S., ... Carbonell, J. L. L. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 5*, 227-233.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed.* Geneva: World Health Organization.

3.5 Aborto medicamentoso

3.5.6. Confirmação do sucesso

Recomendação:

- A maioria das pessoas submetidas a um aborto medicamentoso com um regime de medicamentos recomendado terá um aborto bem-sucedido; o acompanhamento de rotina não é necessário.
- Os provedores de cuidados de aborto podem realizar uma avaliação clínica para auxiliar na confirmação de aborto bem-sucedido.
- A ecografia ou outros testes são apenas necessários nos casos em que o diagnóstico não é claro.

Na prática:

- As pessoas submetidas ao aborto medicamentoso devem receber informação adequada sobre quando procurar cuidados adicionais para uma possível complicação. Isto inclui:
  - Hemorragia intensa ou absorção de mais de 2 pensos higiénicos por hora durante 2 horas seguidas;
  - Febre ou doença semelhante à gripe que se desenvolve mais de 24 horas após o uso do misoprostol;
  - Dor intensa ou agravamento da dor, incluindo dor que possa indicar uma gravidez ectópica não diagnosticada;
  - Corrimento vaginal incomum ou com mau cheiro.
- As pessoas submetidas ao aborto medicamentoso devem receber informações adequadas sobre sinais e sintomas que podem indicar uma continuação da gravidez para a qual as pacientes devem procurar atendimento médico, incluindo:
  - Não ter sangramento ou ter apenas manchas nas 24 horas após o uso do misoprostol;
  - Continuar a sentir-se grávida 1 semana após o uso de medicamentos de aborto.
- Testes de gravidez na urina podem ainda ter um resultado positivo até 4 semanas após um aborto medicamentoso bem-sucedido.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Moderada	9 de Outubro de 2025

Aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol

A taxa de sucesso de uso de mifepristona seguida por misoprostol para o aborto medicamentoso até à 10.ª semana de gestação é superior a 95%, com taxas de continuação da gravidez inferiores a 2% (Chen & Creinin, 2015; Kulier et al., 2011; Raymond et al., 2012). A Organização Mundial da Saúde (OMS) defende que o acompanhamento rotineiro depois do aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol não é necessário (2024), aconselhando, em vez disso, que as pessoas devem ser adequadamente informadas sobre os sintomas de uma continuação da gravidez e outras razões médicas que justifiquem o regresso para acompanhamento, tais como hemorragia intensa prolongada, ausência de hemorragia com tratamento médico do aborto, dores não aliviadas por medicamentos ou febre. Várias estratégias foram analisadas para confirmar o sucesso do aborto medicamentoso e identificar rara continuação da gravidez quando se usa o regime de mifepristona e misoprostol.

Auto-avaliação baseada em sintomas

As evidências indicam que as pessoas podem determinar com precisão quando o aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol foi bem-sucedido—isto é, se a expulsão da gravidez ocorreu. Em estudos de comparação entre as auto-avaliações sobre a expulsão com base nos sintomas e as auto-avaliações realizadas por clínicos (Cameron et al., 2015; Clark et al., 2010; Perriera et al., 2010; Rossi, Creinin, & Meyn, 2004) e por ecografia (Rossi et al., 2004), a auto-avaliação provou repetidamente ser quase tão exacta como ambas.

Avaliação clínica

Os provedores de serviços de saúde podem ajudar a confirmar o sucesso do aborto com mifepristona e misoprostol numa consulta de acompanhamento, revendo o histórico da paciente e realizando um exame bimanual, se indicado. Em estudos que compararam a avaliação clínica com a da ecografia (Rossi et al., 2004; Pymar, Creinin, & Schwartz, 2001), os profissionais clínicos determinaram a expulsão da gravidez com elevados níveis de exactidão.

Ecografia

A ecografia pode ser usada para confirmar o aborto bem-sucedido, mas não é necessária e pode aumentar os custos e a complexidade do aborto medicamentoso, particularmente em locais onde os provedores de cuidados são inexperientes na leitura da ecografia pós-aborto medicamentoso (Kaneshiro et al., 2011). A ecografia é útil nos casos em que existam dúvidas relativas à continuação da gravidez.

Teste sérico de gravidez

O teste sérico de gravidez foi usado como uma alternativa à ecografia para diagnosticar a continuação da gravidez após mifepristona e misoprostol e compara-se favoravelmente à ecografia na redução de intervenções no momento do acompanhamento (Clark et al., 2007; Dayananda et al., 2013; Fiala et al., 2003). Teste sérico de gravidez é mais útil quando tiver sido obtida uma pré-colheita de hCG para efeitos de comparação; a hCG diminui em mais de 90%, sete dias após a administração da mifepristona no caso de um aborto medicamentoso bem-sucedido (Pocius et al., 2016). Um nível sérico de hCG abaixo de 900 UI 14-21 dias após o aborto medicamentoso precoce (<63 dias de gestação) exclui a continuação da gravidez (Le Lous et al., 2018). No aborto medicamentoso muito precoce (< 42 dias de gestação), uma diminuição de 80% dos níveis de hCG sete dias após a administração de mifepristona confirma o sucesso do aborto medicamentoso (Bharadwa et al., 2024; Jar-Allah et al., 2025).

Teste urinário de gravidez

Um teste urinário de gravidez negativo é tranquilizador em como o aborto foi bem-sucedido. Contudo, embora raramente, acontecem casos em que um teste de gravidez é negativo mas a pessoa continua grávida (falso negativo). Tanto os testes urinários de gravidez de alta sensibilidade como os de baixa sensibilidade podem ter resultados positivos, mesmo quando o aborto medicamentoso foi bem-sucedido (falso positivo) devido aos níveis de hcg que permanecem elevados durante pelo menos 18 dias após um aborto medicamentoso (Cameron et al., 2012; Clark et al., 2010; Godfrey et al., 2007; Perriera et al., 2010; Raymond et al., 2021). Numa série de casos que incluiu 258 pessoas com abortos medicamentosos bem-sucedidos e que realizaram um teste de gravidez de alta sensibilidade quatro semanas depois de administrarem mifepristona, 19% tiveram

um resultado falso positivo (Raymond et al., 2021). Vários estudos examinaram o uso de testes urinários de gravidez de baixa sensibilidade (Cameron et al., 2012, Cameron et al., 2015; Constant et al., 2017; Iyengar et al., 2015; Michie & Cameron, 2014) e semi-quantitativos ou multiníveis (Anger et al., 2019; Chong et al., 2020; Oppegaard et al., 2015; Raymond et al., 2017; Raymond et al., 2018b) muitas vezes em combinação com uma lista de verificação de sintomas, para confirmar o sucesso do aborto medicamentoso ou identificar a continuação da gravidez sem regressar para o acompanhamento. Um pequeno ensaio aleatorizou 88 participantes com gravidezes de menos de 63 dias para usarem independentemente um teste de gravidez de baixa sensibilidade ou um teste de gravidez multinível para determinar o sucesso do aborto medicamentoso, concluindo que as pessoas podiam usar de forma correcta e interpretar com precisão os resultados destes testes (Fok et al., 2021). Uma revisão sistemática de 2018 avaliou a exactidão do uso do teste de gravidez de baixa sensibilidade para identificar continuação de gravidez após o aborto medicamentoso (Raymond, Shocket, & Bracken, 2018a), tendo concluído que um teste de gravidez de baixa sensibilidade positivo ou inválido teve apenas sensibilidade moderada para detectar a continuação de gravidez. Um estudo subsequente sobre a precisão do diagnóstico concluiu que um teste de gravidez de baixa sensibilidade realizado duas semanas após a administração de mifepristona identificou correctamente todas as gravidezes contínuas numa coorte de 558 pessoas entre 64 e 70 dias de gestação; a taxa de falsos positivos foi de 15% (Whitehouse, Shochet, & Lohr, 2022). Uma meta-análise realizada em 2017, que incluiu sete estudos que examinaram o uso de testes de gravidez multiníveis para confirmar o sucesso do aborto quando se usa o regime combinado até à 9.ª semana de gestação, constatou que os testes identificaram todas as gravidezes continuadas (21 de 1599 participantes, 1,3%) e que a maioria das pessoas consegue realizar os testes em casa com sucesso (Raymond et al., 2017). Os testes de gravidez multinível medem a concentração aproximada de hcg na urina; um declínio na concentração de hcg entre um teste efectuado imediatamente antes e uma a duas semanas após o aborto medicamentoso indica o sucesso do aborto. Como os níveis de hcg caem naturalmente no final do primeiro trimestre, os testes de gravidez multinível só podem ser usados no início do primeiro trimestre (Chong, et al., 2020).

Duas revisões sistemáticas em 2019 compararam os resultados de mulheres que auto-avaliaram o sucesso do aborto medicamentoso domiciliário usando um teste urinário de gravidez de baixa sensibilidade ou semi-quantitativo em combinação com uma folha de instruções com ilustrações, lista de verificação de sintomas ou nenhuma lista de verificação com mulheres que receberam acompanhamento clínico de rotina (Baiju et al., 2019; Schmidt-Hansen et al., 2019). Ambas as revisões incluíram quatro estudos e mais de 5.000 mulheres e concordaram que não houve diferenças no sucesso do aborto, continuação da gravidez, necessidade de intervenção cirúrgica ou incidência de infecção ou hemorragia entre os grupos de auto-avaliação e acompanhamento clínico.

Aborto medicamentoso com misoprostol isolado

A OMS defende que o acompanhamento de rotina após o aborto medicamentoso com misoprostol isolado não é necessário (2024), aconselhando, em vez disso, que as pessoas devem ser adequadamente informadas sobre os sintomas de continuação da gravidez e outras razões médicas que justifiquem o regresso para acompanhamento, tais como hemorragia intensa prolongada, ausência de hemorragia com o tratamento médico do aborto, dor não aliviada por medicamentos ou febre. Devido à taxa de sucesso mais baixa (80-85%) e à taxa de continuação da gravidez mais elevada após o regime de misoprostol isolado para induzir o aborto antes da 13.ª semana de gestação (von Hertzen et al., 2007), mais pessoas que usam misoprostol isolado para o seu aborto medicamentoso necessitarão de cuidados adicionais do que aquelas que usam o regime combinado de mifepristona e misoprostol.

Avaliação de acompanhamento

Não foram realizados estudos para examinar diferentes estratégias para determinar o sucesso do aborto quando se usa o regime de misoprostol isolado. As possíveis estratégias de acompanhamento, extrapoladas a partir dos estudos sobre o regime combinado (detalhado acima) e dados programáticos, incluem a história clínica e exame físico, exame bimanual, ecografia e/ou um teste sérico ou urinário de gravidez para excluir a possibilidade de continuação da gravidez.

Referências

Anger, H., Dabash, R., Pena, M., Coutino, D., Bousieguez, M., Sanhueza, P., & Winikoff, B. (2019). Use of an at-home multilevel pregnancy test and an automated call-in system to follow-up the outcome of medical abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 144*(1), 97-102.

Baiju, N., Acharya, G., D'Antonio, F., & Berg, R. C. (2019). Effectiveness, safety and acceptability of self-assessment of the outcome of first-trimester medical abortion: A systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 126*(13), 1536-1544.

Bharadwa, S., Fulcher, I., Fortin, J., Pocius, K. D., & Goldberg, A. B. (2024). hCG trends after mifepristone and misoprostol for undesired pregnancy of unknown location. *Contraception*, *131*.

Cameron, S. T., Glasier, A., Dewart, H., Johnstone, A., & Burnside, A. (2012). Telephone follow-up and self-performed urine pregnancy testing after early medical abortion: A service evaluation. *Contraception*, *86*(1), 67-73.

Cameron, S. T., Glasier, A., Johnstone, A., Dewart, H., & Campbell, A. (2015). Can women determine the success of early medical termination of pregnancy themselves? *Contraception, 91*, 6-11.

Chong, E., Sheldon, W.R., Lopez-Green, D., Gonzalez, H.C., Castillo, B.H., Ogando, M.G., Tuladhar, N., & Blum, J. (2020). Feasibility of multilevel pregnancy tests for telemedicine abortion service follow-up: A pilot study. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 46*(Supple1), 67-75.

Clark, W., Bracken, H., Tanenhaus, J., Schweikert, S., Lichtenberg, E. S., & Winikoff, B. (2010). Alternatives to a routine follow-up visit for early medical abortion. *Obstetrics & Gynecology*, *115*(2 Pt 1), 264-272.

Clark, W., Panton, T., Hann, L., & Gold, M. (2007). Medication abortion employing routine sequential measurements of serum hCG and sonography only when indicated. *Contraception*, *75*(2), 131-135.

Chen, M. J., & Creinin, M. D. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 126*(1), 12-21.

Constant, D., Harries, J., Daskilewicz, K., Myer, L., & Gemzell-Danielsson, K. (2017). Is self-assessment of medical abortion using a low-sensitivity pregnancy test combined with a checklist and phone text messages feasible in South African primary healthcare settings? A randomized trial. *PLoS One, 12*(6), e0179600. Doi: 10.1371/journal.pone.0179600.

Dayananda, I., Maurer, R., Fortin, J., & Goldberg, A. B. (2013). Medical abortion follow-up with serum human chorionic gonadotropin compared with ultrasonography: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 121*(3), 607-613.

Fiala, C., Safar, P., Bygdeman, M., & Gemzell-Danielsson, K. (2003). Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 109*(2), 190-195.

Fok, W.K., Lerma, K., Shaw, K.A., & Blumenthal, P.D. (2021). Comparison of two home pregnancy tests for self-confirmation of medication abortion status: A randomized trial. *Contraception, 104*(3), 296-300.

Godfrey, E. M., Anderson, A., Fielding, S. L., Meyn, L., & Creinin, M. D. (2007). Clinical utility of urine pregnancy assays to determine medical abortion outcome is limited. *Contraception, 75*(5), 378-382.

Iyengar, K., Paul, M., Iyengar, S. D., Klingberg-Allvin, M., Essen, B., Bring, J., ... Gemzell-Danielsson, K. (2015). Self-assessment of the outcome of early medical abortion vs. clinic follow-up in India: A randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet Global Health*, *3*(9), e537-545.

Jar-Allah, T., Brandell, K., Gyllenberg, F., Kaislasuo, J., Kopp-Kallner, H., Cederblad, K., Heikinheimo, O., Gemzell-Danielsson, K., & Hognert, H. (2025). Change in hCG levels after very early medication abortion for pregnancy of unknown location or probable intrauterine pregnancy. *Contraception*, *147*.

Kaneshiro, B., Edelman, A., Sneeringer, R. K., & Gómez Ponce de León, R. (2011). Expanding medical abortion: Can medical abortion be effectively provided without the routine use of ultrasound? *Contraception*, *83*(3), 194-201.

Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L., & Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (11), CD002855.

Referências continuado

Le Lous, M., Gallinand, A. C., Laviolle, B., Peltier, L., Nyangoh Timoh, K., & Lavoue, V. (2018). Serum hCG threshold to assess medical abortion success. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 23*(6), 458-463.

Michie, L., & Cameron, S. T. (2014). Simplified follow-up after early medical abortion: 12 months experience of a telephone call and self-performed low sensitivity urine pregnancy test. *Contraception, 89*(5), 440-445.

Oppegaard, K. S., Qvigstad, R., Fiala, C., Heikinheimo, O., Benson, L., & Gemzell-Danielsson, K. (2015). Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: A multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *The Lancet*, *385*(9969), 698-704.

Perriera, L. K., Reeves, M. F., Chen, B. A., Hohmann, H. L., Hayes, J., & Creinin, M. D. (2010). Feasibility of telephone follow-up after medical abortion. *Contraception*, *81*(2), 143-149.

Pocius, K. D., Bartz, D., Maurer, R., Stenquist, A., Fortin, J., & Goldberg, A. B. (2016). Serum human chorionic gonadotropin (hCG) trend within the first few days after medical abortion: A prospective study. *Contraception*, *94*(4), 394-395.

Pymar H., Creinin, M. D., Schwartz, J. L. (2001). Mifepristone followed on the same day by vaginal misoprostol for early abortion. *Contraception, 64*, 87-92.

Raymond, E.G., Anger, H.A., Chong, E., Haskell, S., Grant, M., Boraas, C., Tocce, K., Banks, J., Kaneshiro, B., Baldwin, M.K., Coplon, L., Bednarek, P., Shochet, T., & Platais, I. (2021). "False positive" urine pregnancy test results after successful medication abortion. *Contraception, 103*(6), 400-403.

Raymond, E. G., Shannon, C., Weaver, M. A., & Winikoff, B. (2012). First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: A systematic review. *Contraception, 87*(1), 26-37.

Raymond, E. G., Shochet, T., Blum, J., Sheldon, W. R., Platais, I., Bracken, H., ... Winikoff, B. (2017). Serial multilevel urine pregnancy testing to assess medical abortion outcome: A meta-analysis. *Contraception, 95*(5), 442-448.

Raymond, E. G., Shochet, T., & Bracken, H. (2018a). Low-sensitivity urine pregnancy testing to assess medical abortion outcome: A systematic review. *Contraception, 58,* 30-35.

Raymond, E. G., Tan, Y. L., Grant, M., Benavides, E., Reis, M., Sacks, D., ... Weaver, M. A. (2018b). Self-assessment of medical abortion outcome using symptoms and home pregnancy testing. *Contraception, 97*, 324-328.

Rossi, B., Creinin, M. D., & Meyn, L. A. (2004). Ability of the clinician and patient to predict the outcome of mifepristone and misoprostol medical abortion. *Contraception*, *70*(4), 313-317.

Schmidt-Hansen, M., Cameron, S., Lohr, P. A., & Hasler, E. (2019). Follow-up strategies to confirm the success of medical abortion of pregnancies up to 10 weeks' gestation: A systematic review with meta-analyses. *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 222(6):551-563.

von Hertzen, H., Piaggio, G., Huong, N. T., Arustamyan, K., Cabezas, E., Gomez, M., & Peregoudov, A. (2007). Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet, 369*(9577), 1938-1946.

Whitehouse, K.C., Shochet, T., & Lohr, P.A. (2022). Efficacy of a low-sensitivity urine pregnancy test for identifying ongoing pregnancy after medication abortion at 64 to 70 days of gestation. *Contraception, 110*, 21-26.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed.* Geneva: World Health Organization.

Aborto medicamentoso

3.5.7. Resultados da ecografia no acompanhamento

Recomendação:

- Se os clínicos escolherem usar ecografia para efeitos do acompanhamento do aborto medicamentoso, o único resultado de ecografia que requer intervenção é uma continuação da gravidez viável.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Baixa	9 de Outubro de 2025

Contextualização

Não é necessário usar a ecografia para prestar serviços de aborto (OMS, 2024), porém, esta pode ser comum nalguns locais. A ecografia para acompanhamento após aborto medicamentoso tem limitações de diagnóstico. Excepto para o caso de continuação de uma gravidez viável, as intervenções após um aborto medicamentoso devem basear-se em sintomas clínicos e não nos resultados da ecografia.

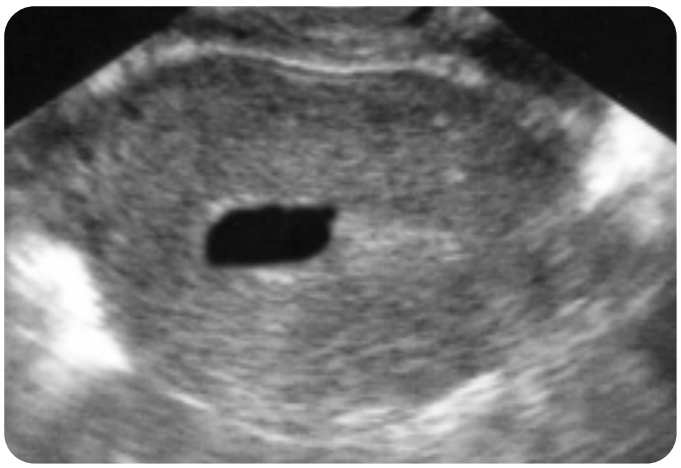
Resultados da ecografia no acompanhamento

Hiperplasia (espessamento) do endométrio: Após um aborto medicamentoso bem-sucedido, a espessura endometrial varia e pode estar associada a uma aparência complexa ou heterogénea.



Hiperplasia endometrial

Cortesía de Mary Fjerstad



Saco gestacional persistente

Cortesía de Mary Fjerstad

Uma revisão sistemática de 2021, que incluiu 79 ensaios clínicos aleatorizados e 169 estudos observacionais, examinou os critérios para o diagnóstico de produtos de concepção retidos após um aborto induzido ou espontâneo antes da 14ª semana de gestação, concluindo que, embora a maioria dos estudos usasse a ecografia, havia pouca precisão diagnóstica deste método (Hamel et al., 2021). Vários estudos de coortes retrospectivos e prospectivos mostraram que a espessura endometrial tem um intervalo muito alargado nas mulheres após o aborto medicamentoso, com sobreposição significativa entre mulheres com aborto medicamentoso mal-sucedido ou bem-sucedido (Cowett et al., 2004; Markovitch et al., 2006; Parashar et al., 2007; Rørbye, Nørgaard, & Nilas, 2004; Tzeng et al., 2013). Numa análise combinada de 2.208 mulheres uma semana após o aborto medicamentoso, após a exclusão das mulheres com saco gestacional persistente, a média da espessura endometrial foi de 10,9 mm em mulheres que não necessitaram de mais intervenções e de 14,5 mm em 30 mulheres que necessitaram de intervenções (Reeves et al., 2009). Embora a média da espessura endometrial em mulheres que necessitam de intervenções tenda a ser mais elevada, por causa do intervalo e sobreposição entre abortos mal e bem-sucedidos, nenhum estudo constatou que existisse uma espessura superior à espessura que pode obter-se através de um diagnóstico de aborto medicamentoso mal-sucedido. A decisão de intervir deve ser feita com base nos sinais e sintomas clínicos, tais como sangramento contínuo ou intenso, e não com base nos resultados da ecografia.

Saco gestacional persistente: Um saco gestacional persistente, no qual o saco está presente, mas não existe nenhum tecido embrionário viável, ocorre em menos de 1% dos abortos medicamentosos com o regime recomendado de mifepristona e misoprostol (Creinin et al., 2004; Creinin et al., 2007; Winikoff et al., 2008). Um saco gestacional persistente não é uma gravidez viável e pode tratar-se com aspiração, misoprostol adicional ou gestão da mulher grávida de acordo com a preferência individual. Num estudo de mulheres com um saco gestacional persistente num prazo de 11 dias após aborto medicamentoso, constatou-se que uma segunda dose de misoprostol levaria à expulsão em 69% das mulheres (Reeves, Kudva, & Creinin, 2008).

Continuação da gravidez viável: A continuação da gravidez, na qual estão presentes um saco em crescimento e/ou embrião com actividade cardíaca, ocorre em menos de 1% dos casos de aborto medicamentoso com o regime recomendado de mifepristona e misoprostol (Chen & Creinin, 2015; Von Hertzen et al., 2009; Winikoff et al., 2008). Algumas mulheres serão capazes de identificar este resultado sem precisar da ecografia devido à falta de sangramento ou sintomas de continuação da gravidez. A uma mulher que apresente continuação da gravidez deve disponibilizar-se o esvaziamento intra-uterino o mais cedo possível com aspiração intra-uterina ou misoprostol adicional, dependendo da idade gestacional e do contexto local. A taxa de sucesso do misoprostol após a falha do aborto medicamentoso é de 36% (Reeves et al., 2008). OMS, 2014). Se a mulher escolher misoprostol, terá de receber acompanhamento para se certificar de que o aborto foi bem-sucedido.

Referências

Cowett, A. A., Cohen, L. S., Lichtenberg, E. S., & Stika, C. S. (2004). Ultrasound evaluation of the endometrium after medical termination of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology, 103*(5, Part 1), 871-875.

Chen, M. J., & Creinin, M. D. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, *126*(1), 12-21.

Creinin, M. D., Fox, M. C., Teal, S., Chen, A., Schaff, E. A., & Meyn, L. A. (2004). A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion. *Obstetrics & Gynecology*, *103*(5, Part 1), 851-859.

Creinin, M. D., Schreiber, C. A., Bednarek, P., Lintu, H., Wagner, M. S., & Meyn, L. A. (2007). Mifepristone and misoprostol administered simultaneously versus 24 hours apart for abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 109*(4), 885-894.

Hamel, C.C., van Wessel, S., Carnegy, A., Coppus, S.F.P.J., Snijders, M.P.L., Clark, J., & Emanuel, M.H. (2021). Diagnostic criteria for retained products of conception-A scoping review. *Acta Obstetricia et Gynecologia Scandinavica 100*(12), 2135-2143.

Referências continuado

Markovitch, O., Tepper, R., Klein, Z., Fishman, A., & Aviram, R. (2006). Sonographic appearance of the uterine cavity following administration of mifepristone and misoprostol for termination of pregnancy. *Journal of Clinical Ultrasound*, *34*(6), 278-282.

Parashar, P., Iversen, O. E., Midbøe, G., Myking, O., & Bjørge, L. (2007). Medical abortion in the first trimester: The use of serum hCG and endometrial thickness as markers of completeness. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *12*(4), 366-371.

Reeves, M., Fox, M., Lohr, P., & Creinin, M. (2009). Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, *34*(1), 104-109.

Reeves, M. F., Kudva, A., & Creinin, M. D. (2008). Medical abortion outcomes after a second dose of misoprostol for persistent gestational sac. *Contraception*, *78*(4), 332-335.

Rørbye, C., Nørgaard, M., & Nilas, L. (2004). Prediction of late failure after medical abortion from serial ß-hCG measurements and ultrasonography. *Human Reproduction*, *19*(1), 85-89.

Tzeng, C.R., Hwang, J.L., Au, H.K., & Chien, L.W. (2013). Sonographic patterns of the endometrium in assessment of medical abortion outcomes. *Contraception*, *88*(1), 153-9.

Von Hertzen, H., Piaggio, G., Wojdyla, D., Marions, L., My Huong, N., Tang, O., & Mittal, S. (2009). Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: A randomised factorial controlled equivalence trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *116*(3), 381-389.

Winikoff, B., Dzuba, I. G., Creinin, M. D., Crowden, W. A., Goldberg, A. B., Gonzales, J., ...& Shannon, C. S. (2008). Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, *112*(6), 1303-1310.

World Health Organization. (2022). *Abortion care guideline*. Geneva: World Health Organization.

4.1

4. Aborto durante ou após a 13.ª semana de gestação

Quem se submete a um aborto durante ou após a 13.a semana de gestação?

Informações essenciais:

- As pessoas que se apresentam para ser submetidas a um aborto durante ou após a 13.ª semana de gravidez têm uma maior probabilidade do que aquelas que se apresentam em etapas anteriores da gravidez de ser jovens ou vítimas de violência, ter detectado a sua gravidez mais tarde, ter sentimentos ambivalentes quanto à decisão de fazer um aborto e/ou ter barreiras financeiras e logísticas à prestação de cuidados. Além disso, as mulheres podem não ter indicações médicas ou fetais para um aborto que sejam aparentes antes da 13.ª semana de gestação. As razões para se apresentarem na 13.ª semana ou depois parecem ser semelhantes em vários países e culturas e afectam desproporcionalmente pessoas com poucos recursos.

Qualidade da evidência:
Baixa

Última revisão:
17 de Outubro de 2025

Epidemiologia do aborto durante ou após a 13.ª semana

Ainda que os abortos durante ou após a 13.ª semana de gestação constituam uma minoria (cerca de 10% a 15%) do total de abortos a nível mundial, são responsáveis pela maior parte das complicações graves relacionadas com o aborto (Harris & Grossman, 2011; Jatlaoui et al., 2019; Loeber & Wijsen, 2008). Em ambientes mais restritivos ou onde o acesso ao aborto seguro é limitado, a apresentação durante ou após a 13.ª semana de gestação para assistência pós-aborto é mais comum. No Camboja, 17% de pessoas que necessitam assistência pós-aborto apresentam-se durante ou após a 13.ª semana de gestação, na Etiópia 38% e no Quénia 41%. (African Population and Health Research Center et al., 2013; Fetters et al., 2008; Gebreselassie et al., 2010.

Por que as pessoas precisam de abortos durante ou após a 13.ª semana?

Idade jovem: As pessoas jovens têm uma probabilidade desproporcionada de procurar o aborto durante ou após a 13.ª semana de gestação (Espinoza, Samandari, & Andersen, 2022; Kebede et al., 2025). Nos Estados Unidos, 23,7% das jovens com menos de 15 anos e 12,4% das adolescentes de 15 a 19 anos que procuram serviços de aborto fazem-no após a 13.ª semana de gestação (Jatlaoui et al., 2019). Na Cidade do México, as adolescentes representavam 9% do total de mulheres que procuraram fazer um aborto entre 2007 e 2015; para além disso, representaram também 13% das mulheres que procuraram fazer um aborto depois da 12.ª semana de gestação (Saavedra-Avendano et al., 2018). Um inquérito realizado nos EUA junto de pessoas que procuravam serviços de aborto revelou que muitos adolescentes não sabiam onde recorrer a esses serviços, o que levava a atrasos (Chiu, Braccia e Jones, 2024).

Detecção tardia da gravidez: Um factor de risco comum em todos os estudos de mulheres que se apresentam para o aborto durante ou após a 13.ª semana é o reconhecimento tardio da gravidez. A má compreensão e

sensibilização para os sinais e sintomas da fertilidade e da gravidez afecta o reconhecimento individual da gravidez (Somefun, Harries, & Constant, 2021), particularmente entre os jovens (Chiu, Braccia, & Jones, 2024; Espinoza, Samandari, & Andersen, 2020). Ausência de sinais e sintomas de gravidez, irregularidade menstrual, uso de contraceptivos ou amenorreia após uma gravidez recente podem ocultar os sinais físicos da gravidez e atrasar o diagnóstico da gravidez (Constant et al., 2019; Drey et al., 2006; Foster, Gould, & Biggs, 2021; Foster & Kimport, 2013; Gallo & Nghia, 2007; Harries et al., 2007; Ingham et al., 2008; Jones & Jerman, 2017; Kebede et al., 2025; Mehiretie et al., 2025; Purcell et al., 2014). Num estudo de caso-controlo nos Estados Unidos, as mulheres que procuraram fazer um aborto após a 20.ª semana de gestação tinham uma probabilidade muito mais elevada de já estarem grávidas há oito ou mais semanas no momento em que descobriram que estavam grávidas (68%), em comparação com as mulheres que fizeram aborto antes da 13.ª semana de gestação (12%) (Foster & Kimport, 2013).

Ambivalência e/ou dificuldade em tomar a decisão de abortar: Algumas mulheres precisam de tempo para tomar uma decisão devido a pressões sociais, receios, atitudes religiosas e mudanças no relacionamento. Para outras mulheres, novas circunstâncias (como abandono pelo parceiro) fazem com que algumas procurem um aborto depois de inicialmente planearem continuar a gravidez (Foster & Kimport, 2013; Gallo & Nghia, 2007; Harries et al., 2007). Família e amigos desencorajadores também podem atrasar a procura de cuidados (Waddington, Hahn, & Reid, 2015).

Barreiras financeiras e logísticas: Pobreza (Goyal et al., 2020; Sium et al., 2022; Usta et al., 2008), estatuto de imigrante (Gonzalez-Rabago et al., 2017; Loeber & Wijsen, 2008), residência em zonas rurais (Bonnen et al., 2014; Kebede et al., 2025; Mehiretie et al., 2025; Ushie et al., 2018), falta de emprego (Gonzalez, Quast, & Venanzi, 2019; Van de Velde et al., 2019) e falta de seguro de saúde (Raidoo et al., 2020) são factores de risco para a apresentação aos cuidados de aborto durante ou após a 13.ª semana de gestação. Além disso, por se tratar de um aborto tardio e este ser muitas vezes mais caro, os atrasos podem estar relacionados com a angariação de dinheiro suficiente para cobrir o custo do procedimento (Foster & Kimport, 2013; Kiley, Yee, Niemi, Feinglass, & Simon, 2010). Os serviços de aborto durante ou após a 13.ª semana são oferecidos num número limitado de unidades sanitárias e para muitas mulheres a logística da viagem pode ser difícil (Goyal et al., 2020; Ludwigson et al., 2024; Sium et al., 2021; White et al., 2021). Num estudo de caso-controlo, as mulheres que se apresentaram nos serviços de aborto com mais de 20 semanas de gestação, foi muito mais provável que tivessem viajado mais de três horas para aceder aos serviços do que aquelas com gestações menos longas (Foster & Kimport, 2013). As pacientes com gravidez de 13 ou mais semanas de gestação podem ser encaminhadas por outros provedores de saúde ou ter dificuldade em encontrar um provedor de cuidados de aborto antes de finalmente acederem aos cuidados (Drey et al., 2006; Harries et al., 2007). As mulheres também podem precisar de viajar para fora do seu próprio país para aceder ao aborto legal após a 13.ª semana de gestação (Cameron et al., 2016; Loeber & Wijsen, 2008).

Indicações fetais: O diagnóstico pré-natal de anomalias fetais ocorre normalmente após as primeiras 12 semanas de gravidez e as mulheres podem tomar a decisão de interromper a gravidez com base no diagnóstico (Edling, Lindstrom, & Bergman, 2021; Lyus et al., 2013).

Indicações maternas: As condições médicas que se agravam durante a gravidez ou uma nova condição que surge durante a gravidez podem colocar em perigo a vida ou a saúde da pessoa grávida (Kiver, Altmann, Kamhieh-Milz, & Weichert, 2019). A pré-eclâmpsia grave ou ruptura prematura de membranas podem exigir a interrupção da gravidez para salvar a vida da pessoa grávida (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015).

Vítimas de violência: as vítimas de violência têm um risco mais elevado de se apresentarem tardiamente (Colarossi & Dean, 2014; Perry et al., 2015). As adolescentes e jovens, em especial as que têm entre 10 e 14 anos, são mais susceptíveis de ter uma gravidez provocada por violação, incesto ou sexo transaccional, e de se apresentarem para aborto numa fase posterior da gravidez (Espinoza, Samandari, & Andersen, 2020).

Falha de aborto: Embora as falhas sejam raras, é possível que as pessoas que apresentam continuação da gravidez após o aborto realizado antes da 13.ª semana não descobrirem que ainda estão grávidas até depois da 13.ª semana de gestação (Gallo & Nghia, 2007).

Crenças culturais: Em casos raros, existem crenças locais de que fazer um aborto durante ou após a 13.ª semana é mais seguro do que realizá-lo durante as primeiras 12 semanas de gravidez, fazendo com que se adie a procura dos serviços (Marlow et al., 2014). Dados de um inquérito domiciliar nacionalmente representativo realizado na Índia revelaram que as mulheres que não tinham um filho do sexo masculino eram mais propensas a adiar um aborto até depois da 13.ª semana (Shekar, Sahoo, & Das, 2024).

Referências

African Population and Health Research Center, Ministry of Health Kenya, Ipas Kenya, & Guttmacher Institute. (2013). Incidence and complications of unsafe abortion in Kenya: Key findings of a national study. Retrieved from https://www.guttmacher.org/pubs/abortion-in-Kenya.pdf

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013, reaffirmed 2023). Practice Bulletin No. 135: Second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology, 121*(6), 1394-1406.

Bonnen, K. I., Tuijje, D. N., & Rasch, V. (2014). Determinants of first and second trimester induced abortion – results from a cross-sectional study taken place 7 years after abortion law revisions in Ethiopia. *BioMed Central Pregnancy & Childbirth, 14*(416), 014-0416.

Cameron, S. T, Ridell, J., Brown, A., Thomson, A., Melville, C., Flett, G., ... Laird, G. (2016). Characteristics of women who present for abortion towards the end of the mid-trimester in Scotland: National audit 2013-2014. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 21*(2), 183-188.

Chiu, D. W., Braccia, A., & Jones, R. K. (2024). Characteristics and Circumstances of Adolescents Obtaining Abortions in the United States. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *21*(4), 477.

Colarossi, L., & Dean, G. (2014). Partner violence and abortion characteristics. *Women Health, 54*(3), 177-193.

Constant, D., Kluge, J., Harries, J., & Grossman, D. (2019). An analysis of delays among women accessing second-trimester abortion in the public sector in South Africa. *Contraception, 100*(3), 209-213.

Drey, E. A., Foster, D. G., Jackson, R. A., Lee, S. J., Cardenas, L. H., & Darney, P. D. (2006). Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester. *Obstetrics and Gynecology, 107*(1), 128-135.

Edling, A., Lindstrom, L., & Bergman, E. (2021). Second trimester induced abortions dur to fetal anomalies-A population-based study of diagnoses, examinations and clinical management. Acta Obstetricia et Gynaecologia Scandinavica, 100, 2202-2208.

Espinoza, C., Samandari, G., & Andersen, K. (2020). Abortion knowledge, attitudes and experiences among adolescent girls: A review of the literature. *Sexual and Reproductive Health Matters, 28*(1), 175-195.

Fetters, T., Vonthanak, S., Picardo, C., & Rathavy, T. (2008). Abortion- related complications in Cambodia. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 115*(8), 957-968.

Foster, D.G., Gould, H., & Biggs, M.A. (2021). Timing of pregnancy discovery among women seeking abortion. *Contraception, 104*(6), 642-647.

Foster, D. G., & Kimport, K. (2013). Who seeks abortions at or after 20 weeks? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 45*(4), 210-218.

Gallo, M. F., & Nghia, N. C. (2007). Real life is different: A qualitative study of why women delay abortion until the second trimester in Vietnam. *Social Science & Medicine, 64*(9), 1812-1822.

Gebreselassie, H., Fetters, T., Singh, S., Abdella, A., Gebrehiwot, Y., Tesfaye, S., & Kumbi, S. (2010). Caring for women with abortion complications in Ethiopia: National estimates and future implications. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *36*(1), 6-15.

Gonzalez-Rabago, Y., Rodriguez-Alvarez, E., Borrell, L. N., & Martin, U. (2017). The role of birthplace and educational attainment on induced abortion inequalities. *BMC Public Health, 17*, 69.

Gonzalez, F., Quast, T., & Venanzi, A. (2019). Factors associated with the timing of abortions. *Health economics*, 1-11.

Goyal, V., Wallace, R., Dermish, A.I., Kumar, B., Schutt-Aine, A., Beasley, A., & Aiken, A.R.A. (2020). Factors associated with abortion at 12 or more weeks gestation after implementation of a restrictive Texas law. Contraception, 102(5), 314-317.

Harries, J., Orner, P., Gabriel, M., & Mitchell, E. (2007). Delays in seeking an abortion until the second trimester: A qualitative study in South Africa. *Reproductive Health, 4*(7), 13-26.

Referências continuado

Harris, L. H., & Grossman, D. (2011). Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 115*(1), 77-79.

Ingham, R., Lee, E., Clements, S. J., & Stone, N. (2008). Reasons for second trimester abortions in England and Wales. *Reproductive Health Matters, 16*(31 Suppl), 18-29.

Jatloui, T. C., Eckhaus, L.., Mandel, M.G.,Nguyen, A., Pduyebo, T., Petersen, E., Whiteman, M.K. (2019). Abortion surveillance-United States, 2016. *MMWR Surveillance Summaries,* 68(11): 1-41.

Jones, R. K., & Jerman, J. (2017). Characteristics and circumstances of women who obtiain very early or second trimester abortions. *PLoS ONE,* DOI: 10.1371/journal.pone.0169969.

Kebede, T. N., Abebe, K. A., Kitaw, T. M., Chekole, M. S., Haile, A. B., Yesuf, T. E., Tadese, M., Kassa, M. T., Zerihun, M. S., Taye, B. T., & Ayele, T. A. (2025). Late request for safe abortion and its determinants among reproductive age women in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. *International Journal for Equity in Health*, *24*, 230.

Kiley, J. W., Yee, L. M., Niemi, C. M., Feinglass, J. M., & Simon, M. A. (2010). Delays in request for pregnancy termination: Comparison of patients in the first and second trimesters. *Contraception, 81*(5), 446-451.

Kiver, V.I., Altmann, J., Kamhieh-Milz, J. & Weichert, A. (2019) A 17-year analysis of pregnancy termination ≥14 weeks of gestation in a German level 1 perinatal center. *Journal of Perinatal Medicine*, 47(8):847-856.

Lim, L., Wong, H., Yong, E., & Singh, K. (2012). Profiles of women presenting for abortions in Singapore: Focus on teenage abortions and late abortions. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 160*(2), 219-222.

Loeber, O., & Wijsen, C. (2008). Factors influencing the percentage of second trimester abortions in the Netherlands. *Reproductive Health Matters, 16*(31 Suppl), 30-36.

Ludwigson, A., Euser, A. G., Walsh, C., Zahedi-Spung, L., S. Hirshberg, J., French-Stewart, L., Scott, J., Reeves, S., & Putra, M. (2025). Characteristics of Patients Undergoing Fetal Potassium Chloride Injection at a Single Center Over Time. *Journal of Women's Health*, *34*(6), 768–773.

Lyus, R., Robson, S., Parsons, J., Fisher, J., & Cameron, M. (2013). Second trimester abortion for fetal abnormality. *BMJ: British Medical Journal, 3*(347).

Marlow, H. M., Wamugi, S., Yegon, E., Fetters, T., Wanaswa, L., & Msipa-Ndebele, S. (2014). Women's perceptions about abortion in their communities: Perspectives from western Kenya. *Reproductive Health Matters, 22*(43), 149-158.

Mehiretie, E. B., Getahun, W. T., Fetene, M. G., & Ferede, A. A. (2025). Induced second trimester abortion and its determinants in East Gojjam public hospitals. *Scientific Reports*, *15*, 25463.

Perry, R., Zimmerman, L., Al-Saden, I., Fatima, A., Cowett, A., & Patel, A. (2015). Prevalence of rape-related pregnancy as an indication for abortion at two urban family planning clinics. *Contraception, 91*(5), 393-397.

Purcell, C., Cameron, S., Caird, L., Flett, G., Laird, G., Melville, C., & McDaid, L. M. (2014). Access to and experience of later abortion: Accounts from women in Scotland. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 46*(2), 101-108.

Raidoo, S., Tschann, M., Kaneshiro, B. & Sentell, T. (2020). Impact of insurance coverage for abortion in Hawai'i on gestational age at presentation and type of abortion, 2010-2013. *Hawaii Journal of Health & Social Welfare*, 79(4):117-122.

Saavedra-Avendano, B., Schiavon, R., Sanhueza, P., Rios-Polanco, R., Garcia-Martinez, L., & Darney, B. G. (2018). Who presents past the gestational age limit for first trimester abortion in the public sector in Mexico City? *PLoS One, 13*(2), e0192547.

Shekhar, C., Sahoo, H., & Das, L. (2025). Assessment of delayed termination of pregnancy in India: Evidence from National Family Health Survey, 2019–21. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *43*, 101047.

Sium, A.F., Lucero-Prisno, D.E., Wondafrash, M., Tolu, L.B., & Shiferaw, M.A. (2022). Late request for safe abortion care at a tertiary hospital in Ethiopia; the role of emotional factors: A cross-sectional study. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 158*(2), 462-468.

Somefun, O.D., Harries, J., & Constant, D. (2021). Reproductive awareness and recognition of unintended pregnancy: Young women, key informants and health care providers perspectives in South Africa. Reproductive Health, 19(1), 211.

Referências continuado

Sowmini, C. V. (2013). Delay in termination of pregnancy among unmarried adolescents and young women attending a tertiary hospital abortion clinic in Trivandrum, Kerala, India. *Reproductive Health Matters, 21*(41), 243-250. DOI: 10.1016/s0968-8080(13)41700-7

Ushie, B. A., Izugbara, C. O., Mutua, M. M., & Kabiru, C. W. (2018). Timing of abortion among adolescent and young women presenting for post-abortion care in Kenya: A cross-sectional analysis of nationally-representative data. *BMC Womens Health, 18*(1), 41.

Usta, M. B., Mitchell, E. M., Gebreselassie, H., Brookman-Amissah, E., & Kwizera, A. (2008). Who is excluded when abortion access is restricted to twelve weeks? Evidence from Maputo, Mozambique. *Reproductive Health Matters, 16*(31 Suppl), 14-17.

Van de Velde, S., Van Eekert, N., Van Assche, K., Sommerland, N., & Wouters, E. (2019) Characteristics of women who present for abortion beyond the legal limit in Flanders, Belgium. *Perspectives in Sexual Reproductive Health*, 51(3):175-183.

Waddington, A., Hahn, P. M., & Reid, R. (2015). Determinants of late presentation for induced abortion care. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 37*(1), 40-45.

White, K., Sierra, G., Evans, T., & Roberts, S.C.M. (2022). Abortion at 12 or more weeks' gestation and travel for later abortion care among Mississippi residents. *Contraception, 108*, 19-24.

4.2 Comparação entre os diferentes métodos

Informações essenciais:

- Dilatação e evacuação (D&E) e aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol ou com misoprostol isolado são métodos de aborto seguros e eficazes.
- O aborto medicamentoso tem uma maior taxa de retenção de produtos da concepção, falha de aborto e eventos adversos menores.
- A D&E exige um provedor de cuidados de aborto qualificado, experiente e equipamento especializado.

Na prática:

- Deve ser oferecida às pessoas uma escolha de métodos quando tanto a D&E como o aborto medicamentoso estiverem disponíveis.

Qualidade da evidência:
Moderada

Última revisão:
17 de Outubro de 2025

Comparação de métodos

Segurança

No maior ensaio aleatorizado comparando métodos de aborto durante ou após a 13.ª semana de gestação, 58 mulheres com gestações entre 13-20 semanas receberam D&E e 52 receberam aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol (Kelly et al., 2010). As taxas globais de complicações foram iguais nos dois grupos (12%), contudo, os tipos de complicações foram diferentes. Cinco participantes que receberam aborto medicamentoso precisaram de esvaziamento intra-uterino por retenção de produtos da concepção e uma sofreu uma hemorragia que necessitou de transfusão; apenas uma pessoa no grupo que teve intervenção cirúrgica necessitou de repetição do esvaziamento uterino, uma sofreu uma laceração cervical; e outras cinco apresentaram hemorragia que necessitou de transfusão. Uma proporção estatisticamente significativa de pessoas aleatorizadas para o aborto medicamentoso teve mais sangramento e dor e considerou o processo de aborto menos aceitável do que as que fizeram D&E. Um ensaio piloto aleatorizado de 18 mulheres com gestações entre a 14-19 semanas, que comparou a D&E com o aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol, constatou uma taxa superior de eventos adversos, especificamente retenção de placenta e febre, em mulheres submetidas ao aborto medicamentoso, porém, nenhum caso foi grave (Grimes, Smith, & Witham, 2004). Um estudo prospectivo, não aleatorizado, no qual as pessoas que procuravam fazer aborto entre a 13.ª e a 20.ª semana escolheram o seu método de esvaziamento intra-uterino, incluiu 219 participantes de aborto medicamentoso e 60 participantes de D&E e não revelou qualquer diferença nas taxas de complicações entre os dois grupos (Tufa et al., 2021).

O maior estudo de coortes retrospectivo disponível foi realizado no Nepal e incluiu 2.294 mulheres durante ou após a 13.ª semana de gestação; 595 foram submetidas a D&E e 1.701 tiveram um aborto medicamentoso

(Kapp et al., 2020). As complicações foram, em geral, raras (<1% para D&E, 1,4% para aborto medicamentoso), consistindo na sua maioria em hemorragia, em ambos os grupos. Um estudo de coorte retrospectivo realizado nos EUA comparou 1 049 procedimentos de D&E com 212 abortos médicos entre a 16.ª e a 24.ª semana, tendo constatado uma taxa de complicações mais elevada no grupo do aborto medicamentoso (8 % contra 17 %) (Naseem et al., 2025). A laceração cervical foi a complicação mais comum durante a D&E, e a hemorragia foi a mais comum no aborto medicamentoso. Um pequeno estudo de coorte retrospectivo que comparou pessoas submetidas ao aborto medicamentoso (n=77) ou à D&E (n=41) para IUFD entre a 13.ª e a 24ª semana revelou taxas semelhantes de complicações em ambos os grupos (19% e 17%, respectivamente), embora 2 pacientes no grupo do aborto medicamentoso (3%) tenham sofrido uma complicação grave (McLaren et al., 2022).

Em estudos publicados sobre o aborto medicamentoso em comparação com D&E, as taxas de intervenção para o aborto medicamentoso podem ser artificialmente elevadas porque a falha foi definida como a inexistência de expulsão às 24 horas (Bryant et al., 2011) e a retenção de placenta foi diagnosticada passadas duas horas (Grimes et al., 2004). Na prática, pode conceder-se mais tempo para permitir que ocorra o aborto medicamentoso bem-sucedido.

Resultados perinatais subsequentes

Um estudo finlandês baseado em registos de mulheres que foram mães pela primeira vez comparou a incidência de resultados adversos entre as que não tinham antecedentes de aborto (364.392 mulheres), as que tinham antecedentes de aborto medicamentoso ou cirúrgico às 12 semanas de gestação ou menos (46.589 mulheres), e as que tinham antecedentes de aborto medicamentoso ou cirúrgico acima das 12 semanas (7.709 mulheres) (KC, Gissler e Klemetti, 2020). Os investigadores constataram que o risco de qualquer resultado adverso subsequente do nascimento era pequeno, mas que esse risco é maior com o aumento da idade gestacional no momento do aborto induzido. As mulheres submetidas a um aborto medicamentoso mais tardio apresentaram um risco 1,4 vezes maior de parto prematuro e baixo peso à nascença em comparação com as que fizeram um aborto medicamentoso mais cedo. As mulheres que fizeram um aborto cirúrgico mais tardio tiveram, respectivamente, um risco 2,6 vezes maior e 1,5 vezes maior de parto extremamente prematuro e de muito baixo peso à nascença em comparação com as mulheres que fizeram um aborto cirúrgico mais cedo.

A importância da escolha

As características do aborto medicamentoso e da D&E variam muito; em locais onde haja disponibilidade de ambos os métodos de aborto e uma pessoa for elegível para qualquer destes, deve ter a possibilidade de escolher o método de aborto. A escolha do procedimento de aborto é um procedimento intensamente pessoal (Kerns et al., 2018)— algumas preferem a velocidade e previsibilidade da D&E, enquanto outras preferem um processo mais "semelhante a um parto" com um feto intacto (Kelly et al., 2010; Kerns et al., 2012). A aceitabilidade e satisfação com o processo de aborto é maior quando cada pessoa pode escolher receber o seu método preferido (Kapp & Lohr, 2020). Ambos os ensaios aleatorizados referenciados acima (Kelly et al., 2010; Grimes et al., 2004) tiveram dificuldade de recrutamento devido às fortes preferências das pessoas por um método-geralmente D&E-em detrimento do outro. Nos estudos mais recentes, 100% das que foram aleatorizadas para D&E reportaram que o escolheriam novamente em comparação com apenas 53% das aleatorizadas para o aborto medicamentoso (Kelly et al., 2010). Para as pessoas poderem escolher o método de aborto que melhor facilite a forma de lidarem com o processo, precisam de ter informação apropriada sobre os dois métodos de aborto e de terem a capacidade de tomar decisões de forma autónoma (Kerns et al., 2018).

Referências

Autry, A. M., Hayes, E. C., Jacobson, G. F., & Kirby, R. S. (2002). A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *187*(2), 393-397.

Bryant, A. G., Grimes, D. A., Garrett, J. M., & Stuart, G. S. (2011). Second-trimester abortion for fetal anomalies or fetal death: Labor induction compared with dilation and evacuation. *Obstetrics & Gynecology*, *117*(4), 788-792.

Grimes, D. A., Smith, M. S., & Witham, A. D. (2004). Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: A pilot randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *111*(2), 148-153.

Kapp, N., Griffin, R., Bhattarai, N., & Dangol, D.S. (2020). Does prior ultrasonography affect the safety of induced abortion at or after 13 weeks' gestation? A retrospective study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica,* doi: 10.1111/aogs.14040. Epub ahead of print. PMID: 33185906.

Kapp, N. & Lohr, P.A. (2020). Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology, 63*, 37-44.

KC, S., Gissler, M., & Klemetti, R. (2020). The duration of gestation at previous induced abortion and its impacts on subsequent births: A nationwide registry based study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 99*(5), 651-659.

Kelly, T., Suddes, J., Howel, D., Hewison, J., & Robson, S. (2010). Comparing medical versus surgical termination of pregnancy at 13-20 weeks of gestation: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *117*(12), 1512-1520.

Kerns, J. L., Light, A., Dalton, V., McNamara, B., Steinauer, J., & Kuppermann, M. (2018). Decision satisfaction among women choosing a method of pregnancy termination in the setting of fetal anomalies and other pregnancy complications: A qualitative study. *Patient Education and Counseling, 101*(10), 1859-1864.

Kerns, J., Vanjani, R., Freedman, L., Meckstroth, K., Drey, E. A., & Steinauer, J. (2012). Women's decision making regarding choice of second trimester termination method for pregnancy complications. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *116*(3), 244-248.

McLaren, H., Cancino, D., McCulloch, M. Wolff, S., & French, V. (2022). Rates of complication for dilation and evacuation versus induction of labor in treatment of second trimester intrauterine fetal demise. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology, 277*, 16-20.

Naseem, A., Valenzuela, A., Venuti, K., Kominiarek, M. A., Lancki, N., & Kiley, J. W. (2025). Medication abortion and procedural abortion in the second trimester: Comparison of complications at 16–23 6/7 Weeks' gestation. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, *314*.

Sonalkar, S., Ogden, S. N., Tran, L. K., & Chen, A. Y. (2017). Comparison of complications associated with induction by misoprostol versus dilation and evacuation for second-trimester abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 138,* 272-275.

Tufa, T.H., Prager, S., Wondafrash, M., Mohammed, S., Byl, N., & Bell, J., (2021). Comparison of surgical versus medical termiantion of pregnancy between 13-20 weeks of gestation in Ethiopia: A quasi-experimental study. *PLoS One, 16*(4), e0249529.

4.3

4. Aborto durante ou após a 13.ª semana de gestação

Cálculo da idade gestacional

Recomendação:

- Deve estimar-se a idade gestacional através da informação relatada pela pessoa sobre a data da sua última menstruação (DUM) e um exame físico.
- Não é necessário o uso rotineiro da ecografia para a determinação da idade gestacional.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Muito Baixa	17 de Outubro de 2025

A importância do cálculo exacto da idade gestacional

Os erros no cálculo da idade gestacional podem aumentar os riscos associados ao aborto. Se a idade gestacional for subestimada antes da dilatação e evacuação (D&E), é possível que os provedores de saúde não tenham a experiência e equipamento necessários para completar o procedimento com segurança. O cálculo exacto da idade gestacional permite aos provedores de saúde determinar se a unidade sanitária está equipada para oferecer o serviço solicitado ou indicar a necessidade de encaminhamento para outra unidade sanitária, se necessário.

Avaliação da idade gestacional

A avaliação da idade gestacional usando o exame bimanual e a DUM, bem como a ecografia, está bem estabelecida durante os cuidados pré-natais. Nenhum ensaio prospectivo comparou a exactidão de diferentes métodos de cálculo da idade gestacional antes do aborto durante ou após a 13.ª semana de gestação, porém, numa coorte retrospectiva de 2.223 mulheres submetidas a aborto durante ou após a 13.ª semana de gestação no Nepal, a idade gestacional avaliada através da medição do comprimento do pé do feto após a expulsão da gravidez apresentou uma correlação elevada com as avaliações por ecografia (81%), o exame físico (77%) e a DUM (72%) (Kapp et al., 2020). Nos Estados Unidos, praticamente todos os provedores de saúde utilizam a ecografia para a avaliação da idade gestacional após a 12.ª semana de gestação, mas faltam dados da situação de outros países.

Antes do aborto medicamentoso, a idade gestacional pode ser estimada usando o primeiro dia da DUM da mulher e um exame físico que inclui exame bimanual e abdominal (Nautiyal et al., 2015; Ngoc et al., 2011; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2022a; a Organização Mundial da Saúde [OMS], 2024). Medir a altura do fundo uterino, como nos cuidados obstétricos de rotina, pode fornecer informações adicionais à medida que a gravidez avança (Pugh et al., 2018). A ecografia pode ser usada para confirmar a idade gestacional se a DUM e o exame clínico forem discordantes ou se houver incerteza sobre a idade gestacional, mas não é necessária antes do aborto medicamentoso.

Em estudos publicados sobre D&E, incluindo relatórios de implementação de programas de D&E (Castleman et al., 2006; Jacot et al., 1993), a ecografia foi rotineiramente usado para determinar ou confirmar a idade gestacional antes de D&E. No entanto, um relatório publicado (Altman et al., 1985), dados programáticos não publicados (A. Edelman, comunicação pessoal, 12 de Janeiro de 2018) e opinião de especialistas apoiam o uso

da DUM e exame físico para a avaliação da idade gestacional, com a utilização de ecografia quando necessário (RCOG, 2022a; OMS, 2024). Se for utilizada a ecografia, o diâmetro biparietal é um método simples e exacto para confirmar a idade gestacional (Goldstein & Reeves, 2009). A medição do comprimento do fémur pode ser utilizada para confirmar o diâmetro biparietal ou ser utilizada se houver dificuldades técnicas na obtenção de uma medição biparietal.

As pessoas que se apresentem com morte fetal, aborto incompleto ou para receber assistência pós-aborto podem ter datas da última menstruação (DUM) e tamanho uterino discordantes; devem ser tratadas de acordo com o tamanho do útero (RCOG, 2022b; OMS, 2024).

Após o aborto, os profissionais clínicos podem confirmar a idade gestacional comparando as medições fetais reais (comprimento do pé do feto) com a idade gestacional esperada (Drey et al., 2005; Mokkarala et al., 2020). Esta comparação dá aos clínicos *feedback* relativo à exactidão das suas estimativas da idade gestacional antes do procedimento. As ferramentas de cálculo da idade gestacional, tais como as medições fetais, estão incluídas nos manuais do Ipas *Dilatation & Evacuation (D&E) Reference Guide: Induced Abortion and Postabortion Care at or After 13 Weeks Gestation,* página 38 (2017), e *Medical Abortion Reference Guide: Induced Abortion and Postabortion Care at or After 13 Weeks Gestation,* página 30 (2017).

Referências

Altman, A. M., Stubblefield, P. G., Schlam, J. F., Loberfeld, R., & Osanthanondh, R. (1985). Midtrimester abortion with laminaria and vacuum evacuation on a teaching service. *The Journal of Reproductive Medicine, 30*(8), 601-606.

Castleman, L. D., Oanh, K. T. H., Hyman, A. G., Thuy, L. T. T., & Blumenthal, P. D. (2006). Introduction of the dilation and evacuation procedure for second-trimester abortion in Vietnam using manual vacuum aspiration and buccal misoprostol. *Contraception, 74*, 272-276.

Drey, E. A., Kang, M. S., McFarland, W., & Darney, P. D. (2005). Improving the accuracy of fetal foot length to confirm gestational duration. *Obstetrics & Gynecology*, *105*(4), 773-778.

Edelman, A., & Kapp, N. (2017). *Dilatation & Evacuation (D&E) Reference Guide: Induced abortion and postabortion care at or after 13 weeks gestation.* Chapel Hill, NC: Ipas.

Edelman, A., & Mark, A. (2017). *Medical Abortion Reference Guide: Induced abortion and postabortion care at or after 13 weeks gestation.* Chapel Hill, NC: Ipas.

Goldstein, S. R., & Reeves, M. F. (2009). Clinical assessment and ultrasound in early pregnancy. In M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield & M. D. Creinin (Eds.), *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Jacot, F. R. M., Poulin, C., Bilodeau, A. P., Morin, M., Moreau, S., Gendron, F., & Mercier, D. (1993). A five-year experience with second-trimester induced abortions: No increase in complication rate as compared to the first trimester. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 168*, 633-637.

Kapp, N., Griffin, R., Bhattarai, N., & Dangol, D.S. (2020). Does prior ultrasonography affect the safety of induced abortion at or after 13 weeks' gestation? A retrospective study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica,* doi: 10.1111/aogs.14040. Epub ahead of print. PMID: 33185906.

Kulier, R., & Kapp, N. (2011). Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception*, *83*(1), 30-33.

Mokkarala, S., Creinin, M. D., Wilson, M. D., Yee, N. S., & Hou, M. Y. (2020). Comparing preoperative dating and postoperative dating for second-trimester surgical abortions. *Contraception, 101*(1), 5-9.

Nautiyal, D., Mukherjee, K., Perhar, I., & Banerjee, N. (2015). Comparative study of misoprostol in first and second trimester abortions by oral, sublingual, and vaginal routes. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India, 64*(4), 246-250.

Pugh, S. J., Ortega-Villa, A. M., Grobman, W., Newman, R. B., Owen, J., Wing, D. A., . . . Grantz, K. L. (2018). Estimating gestational age at birth from fundal height and additional anthropometrics: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 125*(11), 1397-1404.

Referências continuado

Ngoc, N. T. N., Shochet, T., Raghavan, S., Blum, J., Nga, N. T. B., Minh, N. T. H., & Winikoff, B. (2011) Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 118*(3), 601-608.

Ngoc, N. T. N., Shochet, T., Raghavan, S., Blum, J., Nga, N. T. B., Minh, N. T. H., & Winikoff, B. (2011) Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 118*(3), 601-608.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022a). *Best practice in abortion care.* London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022b). *Best practice in postabortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecolgists.

White, K. O., Jones, H. E, Shorter, J., Norman, W. V., Guilbert, E., Lichtenberg, E. S., & Paul, M. (2018). Second-trimester surgical abortion practices in the United States. *Contraception, 98*, 95-99.

World Health Organization. (2024). *Abortion Care Guideline, 2nd ed*. Geneva: World Health Organization.

4.4 Indução de morte fetal

Recomendação:

- A indução de morte fetal antes do aborto medicamentoso ou a dilatação e evacuação (D&E) durante ou após a 13.ª semana não aumentam a segurança do aborto. Podem existir indicações legais, hospitalares ou sociais para a indução de morte fetal antes do procedimento.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Baixa	17 de Outubro de 2025

Contextualização

Alguns provedores de cuidados de aborto podem utilizar a indução de morte fetal antes do aborto medicamentoso ou D&E durante ou após a 13.ª semana de gestação por diversas razões. As pacientes, provedores ou o pessoal de saúde podem preferir que a morte fetal ocorra antes do procedimento de aborto (Jackson et al., 2001) ou isso pode ser determinado pelas práticas da unidade sanitária. Adicionalmente, a indução de morte fetal é uma forma de prevenir a sobrevivência fetal transitória após um aborto medicamentoso. Um grande estudo de coorte retrospectivo realizado no Canadá, que incluiu 13 777 abortos entre a 15.ª e a 29.ª semana de gestação, constatou que a sobrevivência fetal transitória ocorreu em 11 % dos casos e que o risco aumentava com idade gestacional mais avançada (Auger et al., 2024).

Segurança e benefícios da indução de morte fetal

Um estudo de coortes retrospectivo, que comparou pessoas submetidas a uma injecção intra-uterina de digoxina antes da D&E com controlos históricos que não receberam digoxina, mostrou um aumento de complicações, incluindo mais internamentos hospitalares, expulsões fora das instituições de saúde e infecções no grupo que recebeu digoxina (Dean et al., 2012). Uma série de casos, incluindo quase 5.000 abortos por D&E após a injecção de digoxina, constatou taxas de expulsões fora das instituições de saúde (0,3%) e infecção (0,04%), que os autores consideram aceitavelmente baixas (Steward et al., 2012). Um estudo de coortes retrospectivo que comparou mulheres submetidas à injecção intracardíaca fetal de cloreto de potássio antes de D&E com mulheres que não foram submetidas ao procedimento adicional constatou que embora a duração do procedimento tivesse diminuído cerca de 3.5 minutos quando havia indução de morte fetal, houve um aumento na dor das mulheres e na incidência de atonia uterina (Lohr et al., 2018).

Um estudo de coorte retrospectivo realizado na Etiópia comparou a administração intra-amniótica de digoxina, a administração intracardíaca de lidocaína e a ausência de indução de morte fetal em 208 pacientes submetidas a aborto medicamentoso entre a 20.ª e a 28.ª semana, não revelando diferenças no intervalo entre a indução e o aborto nem na taxa de sucesso do aborto entre os três grupos (Sium, Shimles, & Gudu, 2023). Dois estudos de coortes comparativo retrospectivo mediram o efeito do cloreto de potássio administrado por via intracardíaca sobre o intervalo entre a indução e aborto quando administrado antes do aborto medicamentoso. Em um estudo com idades gestacionais de 17 a 28 semanas, o intervalo entre indução e aborto foi

significativamente mais curto em mulheres que receberam a injecção (15 horas), em comparação com as que não receberam (19,9 horas) (Akkurt et al., 2018). Um estudo semelhante entre mulheres com idade gestacional média de 21 semanas não encontrou nenhuma diferença no tempo de aborto entre aquelas que receberam cloreto de potássio pré-procedimento para feticídio (35 horas) em comparação com as que não receberam) (Sik et al., 2019). O uso de cloreto de potássio antes do aborto medicamentoso está associado a um aumento da degeneração dos tecidos na autópsia fetal (Chiu et al., 2025).

Técnica

A morte fetal pode ser alcançada antes do aborto durante ou após a 13.ª semana de gestação injectando cloreto de potássio ou xilocaína directamente no coração fetal ou digoxina no feto ou no líquido amniótico (Nandi, Schultz, & Roncari, 2022).

Cloreto de potássio/xilocaína: A injecção de cloreto de potássio ou xilocaína exige aptidão em técnicas de orientação por ecografia e tem mais risco potencial devido à possibilidade de injecção intravascular materna que pode causar paragem cardíaca (Borgatta & Kapp, 2011; Coke et al., 2004; Maurice et al., 2019). Um estudo seleccionou aleatoriamente 158 pessoas com gravidezes entre a 22.ª e a 36.ª semana de gestação para receberem injecção de cloreto de potássio por via intracardíaca intraventricular fetal ou injecção intraseptal, e constatou que ambos os métodos tiveram 100% de sucesso, sem complicações. A injecção intraseptal induziu a assistolia mais rapidamente com doses mais baixas de cloreto de potássio do que a intraventricular (Süzen Çaypınar et al., 2023). Num estudo de coorte retrospectivo que incluiu 80 pessoas com gravidezes entre a 21.ª e a 27.ª semana de gestação, a administração de xilocaína intracardíaca resultou em morte fetal em 95% das gravidezes, sem eventos adversos graves, embora duas participantes tenham desenvolvido efeitos secundários atribuídos à injecção (Tolu et al., 2020).

Digoxina: A digoxina é injectada por via transabdominal ou transvaginal (Tocce et al., 2013) 1-2 dias antes do procedimento do aborto planeado.

Num estudo farmacocinético de oito mulheres que receberam injecção intra-amniótica de 1 mg de digoxina antes da D&E entre a 19.ª e a 23.ª semana de gestação, os níveis séricos de digoxina materna estavam no intervalo terapêutico baixo e não foram associados a mudanças cardíacas (Drey et al., 2000). Um ensaio-piloto aleatorizado de digoxina intra-amniótica ou intra-fetal em doses de 1 mg ou 1,5 mg mostrou uma taxa global de morte fetal de 87%, sem diferença na eficácia baseada na dose ou na via de administração (Nucatola, Roth, & Gatter, 2010). Em um estudo de coorte prospectivo envolvendo 59 mulheres submetidas ao procedimento de interrupção da gravidez entre 21-30 semanas de gestação, 2 mg de digoxina foi administrada intra-amnioticamente resultando em morte fetal em mais de 90% dos casos, sem efeitos maternos adversos (Sharvit, et al., 2018). Num estudo de coorte retrospectivo que incluiu 49 pessoas submetidas ao aborto medicamentoso entre a 20.ª e a 27.ª semana, a digoxina 1 mg administrada intra-amniótica resultou em morte fetal em 90% dos casos. Duas participantes expeliram a gravidez fora do hospital (Tufa, et al., 2020). Um estudo de coorte prospectivo comparou a eficácia da lidocaína intra-amniótica (n=50) com a digoxina (n=101) antes do aborto medicamentoso entre a 20.ª e a 28.ª semana de gestação, não relevando diferenças no intervalo entre a indução e o aborto ou na eficácia entre os dois grupos, embora o intervalo entre a administração do medicamento e a assistolia fetal tenha sido mais longo no grupo da digoxina (Sium et al., 2025) . Nesta mesma coorte de pacientes, a digoxina intra-amniótica foi mais aceitável para as pacientes do que a lidocaína (Sium, Prager, & Reeves, 2024).

Referências

Akkurt, M. O., Akkurt, I., Yavuz, A., Yalcin, S. E., Coskun, B., & Sezik, M. (2018). The Utility of Feticide Procedure to Shorten the Induction-to-Abortion Interval in Medical Abortion. *Gynecology and Obstetric Investigation*, 1-7. DOI: 10.1159/000491085.

Auger, N., Brousseau, É., Ayoub, A., & Fraser, W. D. (2024). Second-trimester abortion and risk of live birth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *230*(6), 679.e1-679.e9.

Borgatta, L., & Kapp, N. (2011). Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*, *84*(1), 4-18.

Chui, K., Terry, J., Hutcheon, J. A., Mayer, C., & Liauw, J. (2025). Potassium chloride intracardiac fetal injection and tissue degeneration at fetal autopsy following induction abortion. *Contraception*, *150*.

Coke, G. A., Baschat, A. A., Mighty, H. E., & Malinow, A. M. (2004). Maternal cardiac arrest associated with attempted fetal injection of potassium chloride. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, *13*(4), 287-290.

Dean, G., Colarossi, L., Lunde, B., Jacobs, A. R., Porsch, L. M., & Paul, M. E. (2012). Safety of digoxin for fetal demise before second-trimester abortion by dilation and evacuation. *Contraception*, *85*(2), 144-149.

Denny, C. C., Baron, M. B., Lederle, L., Drey, E. A., & Kerns, J. L. (2015). Induction of fetal demise before pregnancy termination: Practices of family planning providers. *Contraception, 92*(3), 241-245.

Drey, E. A., Thomas, L. J., Benowitz, N. L., Goldschlager, N., & Darney, P. D. (2000). Safety of intra-amniotic digoxin administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *182*(5), 1063-1066.

Lohr, P. A., Parsons, J. H., Taylor, J., & Morroni, C. (2018). Outcomes of dilation and evacuation with and without feticide by intra-cardiac potassium chloride injection: a service evaluation. *Contraception, 98*, 100-5.

Maurice, P., Letourneau, A., Benachi, A., & Jouannic, J.M. (2019). Feticide in second- and third-trimester termination of pregnancy for fetal anomalies: Results of a national survey. *Prenatal Diagnosis, 39*(13), 1269-1272.

Nandi, P., Schultz, A., & Roncari, D. (2022). The Use of Feticidal Agents Before Dilation and Evacuation or Induction of Labor for Later Abortion. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, *65*(4), 708.

Nucatola, D., Roth, N., & Gatter, M. (2010). A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafetally prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception*, *81*(1), 67-74.

Sharvit, M., Klein, Z., Silber, M., Pomeranz, M., Agizim, R., Schonman, R., & Fishman, A. (2019). Intra-amniotic digoxin for feticide between 21 and 30 weeks of gestation: A prospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 126*(7), 885-889.

Sik, A., Bilecan, S., Kumbasar, S., Akpak, Y.K., & Aba, Y.A. (2019). Does feticide shorten termination duration in second trimester pregnancy termination? *African Health Science, 19*(1), *1544-1553.*

Sium, A. F., Lemma, K., Beyene, Z., Tolu, L. B., Hailu, D., Reeves, M. F., & Prager, S. (2025). Inducing fetal demise in a low-middle income country: A prospective cohort of intracardiac lidocaine versus intra-amniotic digoxin for inducing fetal demise before second-trimester medication abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *170*(3), 1262–1266.

Sium, A. F., Prager, S., & Reeves, M. (2025). Patient acceptability of intra-amniotic digoxin versus intracardiac lidocaine for inducing foetal demise prior to second trimester medical abortion: a prospective cohort. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *30*(2), 119–122.

Sium, A. F., Shimeles, T., & Gudu, W. (2023). The effect of induced fetal demise on induction to expulsion interval during later medication abortion: A retrospective cohort. *Contraception*, *125*.

Steward, R., Melamed, A., Kim, R., Nucatola, D., & Gatter, M. (2012). Infection and extramural delivery with use of digoxin as a feticidal agent. *Contraception, 85*(2), 150-154.

Süzen Çaypınar, S., Oğlak, S. C., Polat, İ., Kurt Bilirer, K., Sezer, S., Gedik Özköse, Z., & Karakaş, S. (2023). A new and more effective feticide technique in late termination of pregnancy: potassium chloride injection into the interventricular septum of the fetal heart. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *307*(3), 779–787.

Tocce, K., Sheeder, J.L., Edwards, L.J., & Teal, S. (2013). Feasibility, effectiveness and safety of transvaginal digoxin administration prior to dilation and evacuation. *Contraception*, *88*(6), 706-711.

Referências continuado

Tolu, L.B., Tufa, T.H., Abas, F., Kahn, C., MacAfee, L., Prager, S. & Bell, J.D. (2021). Intra-cardiac lidocaine administration to induce fetal demise before late second-trimester abortion: Retrospective review. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 153*(1), 125-129.

Tufa, T.H., Lavelanet, A.F., Belay, L., Seboka, B., & Bell, J. (2020). Feasibility of intra-amniotic digoxin administration by obstetrics and gynecology trainees to induce fetal demise prior to medical abortion beyond 20 weeks. *BMJ Sexual and Reproductive Health, 46*(4), 308-312.

4.5

4. Aborto durante ou após a 13.ª semana de gestação

Acompanhamento

Recomendação:

- Os serviços de acompanhamento rotineiro não são necessários, a menos que sejam desejados pela pessoa ou necessários para o método contraceptivo por ela escolhido.
- No momento do aborto, as pacientes devem receber informações adequadas sobre assistência pós-aborto e sinais de alerta.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Fraca	Muito Baixa	17 de Outubro de 2025

Acompanhamento

Não há dados científicos que demonstrem que o acompanhamento rotineiro após o aborto sem complicações realizado durante ou após a 13.ª semana seja benéfico. Além disso, não existe evidência que sugira que um exame pélvico seja benéfico numa pessoa assintomática que regressa para uma consulta de acompanhamento de rotina. As pessoas submetidas a um aborto durante ou após a 13.ª semana devem ser adequadamente informadas sobre as razões médicas que justificam o regresso para acompanhamento e devem receber material e informação adequados para satisfazer as necessidades em matéria de contracepção. Pode ser oferecido acompanhamento às pacientes, e uma consulta de acompanhamento pode incluir uma avaliação da dor, apoio emocional e revisão de estratégias para lidar com os sintomas físicos, incluindo a congestão nos seios (Spach & Henkel, 2024).

Qualidade da evidência

Muito baixa. A recomendação baseia-se na opinião de especialistas (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2022; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2024).

Referências

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). *Best practice in abortion care.* London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Spach, N. C., & Henkel, A. (2024). Aftercare following second trimester abortion procedures. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, *36*(6), 388.

World Health Organization. (2024). *Abortion Care Guideline*. Geneva: World Health Organization.

4.6

4. Aborto durante ou após a 13.ª semana de gestação

Dilatação e evacuação

4.6.1. Preparação cervical

Recomendação:

- Recomenda-se a preparação cervical pré-operatória de rotina antes da dilatação e evacuação (D&E).
- Mifepristona, misoprostol e dilatadores osmóticos são opções para a preparação cervical. A escolha depende da disponibilidade, custo, idade gestacional e momento do procedimento.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Alta	17 de Outubro de 2025

Contextualização

A preparação cervical antes da D&E reduz o risco de complicações relacionadas com o procedimento (Fox & Krajewski, 2014; Peterson et al., 1983). Há dados limitados para sugerir o melhor método de preparação cervical antes da D&E porque os ensaios existentes têm comparações heterogéneas, resultados representativos para eventos adversos, pequenos tamanhos de amostras e incluem poucas pessoas com gravidez acima das 20 semanas de gestação (Ralph & Shulman, 2019; Tufa et al., 2025). Os ensaios disponíveis geralmente mostram diferenças na dilatação cervical ou nos momentos de procedimento, no entanto, não incluem participantes suficientes para mostrar diferenças em termos dos resultados, raros, mas mais graves, tais como lesões cervicais ou uterinas ou incapacidade de completar o procedimento (O'Shea et al., 2021). Um estudo de coorte retrospectivo de não inferioridade reportou taxas de complicações em pacientes com idades gestacionais entre 14ª e 16ª semana que receberam um método de preparação cervical durante a noite (n = 455 pacientes que receberam dilatadores osmóticos durante a noite, com ou sem misoprostol) ou preparação cervical no mesmo dia (n = 864 pacientes que receberam dilatadores osmóticos no mesmo dia, com ou sem misoprostol, ou misoprostol isolado no mesmo dia), não revelando qualquer diferença nas taxas de complicações entre os grupos (Ngo et al., 2023). A escolha do método de preparação cervical é muitas vezes limitada pela disponibilidade, especialmente em locais com poucos recursos.

Tabela 4.6.1 Métodos de preparação cervical

Método	Dosagem	Observação
Dilatadores osmóticos (laminária ou dilatadores osmóticos sintéticos)	De 6 a 24 horas antes do procedimento	Os dilatadores osmóticos sintéticos podem ser utilizados no dia da D&E
Misoprostol	400 mcg por via bucal ou vaginal 3 horas antes do procedimento	Pode ser usado como agente único até às 18 semanas, dados muito limitados para apoiar o uso como agente único durante as 18 a 20 semanas Pode ser combinado com dilatadores osmóticos ou mifepristona Pode ser repetido conforme necessário
Mifepristona	200 mg por via oral 24 a 48 horas antes do procedimento	Dados limitados apoiam o uso como agente único até as 8 semanas Frequentemente usado antes do misoprostol

Dilatadores osmóticos

Os dilatadores osmóticos são seguros e eficazes e que não aumentam a morbilidade infecciosa (Bryman, Granberg, & Norström, 1988; Fox & Krajewski, 2014; Jonasson et al., 1989; Peterson et al., 1983). Uma revisão da Cochrane de 2025 e uma meta-análise sobre a preparação cervical antes da D&E entre a 14ª e a 24ª semana de gestação mostrou que os regimes de preparação cervical que incluíam dilatadores osmóticos proporcionavam uma melhor dilatação cervical e reduziam a dificuldade do procedimento quando comparados com regimes que não incluíam dilatadores (Tufa et al., 2025); mas os regimes com dilatadores também estavam associados a uma menor satisfação da paciente (O'Shea et al., 2021). Num ensaio aleatorizado controlado, os dilatadores sintéticos colocados no dia da D&E resultaram numa menor dilatação cervical inicial e exigiram mais dilatação mecânica do que a laminária durante toda a noite, embora não tenha havido diferenças na duração do procedimento ou complicações entre os dois grupos (Newmann et al., 2014; Tufa et al., 2025). As decisões sobre o número e o momento da colocação dos dilatadores devem ser individualizados e ter em consideração o tipo e tamanho do dilatador, a idade gestacional da gravidez, a paridade e conformidade cervical e a experiência do provedor de cuidados (Fox & Krajewski, 2014; Diedrich, Drey, & Newmann, 2020).

As pessoas sentem dor durante a colocação do dilatador e durante a noite, à medida que os dilatadores se expandem no colo do útero; a dor atinge tipicamente o pico duas horas após a colocação do dilatador (Creinin et al., 2020; Liu & Flink-Bochacki, 2020; Nagendra et al., 2020) e não difere com o tipo de dilatador utilizado (Liu & Flink-Bochacki, 2020). Em ensaios aleatorizados controlados, a administração de bloqueio paracervical por um provideor (Shaw et al., 2021; Soon et al., 2017) ou auto-administração de gel de lidocaína a 2% (Schivone et al., 2019) antes da inserção do dilatador osmótico alivia o desconforto da colocação do dilatador e a utilização de medicamentos anti-inflamatórios não esteróides (AINE) diminui a experiência de dor com cólicas durante as horas que se seguem à inserção até ao procedimento, em comparação com os opiáceos orais (Nagendra et al., 2020).

Misoprostol

O misoprostol é barato, seguro (Nucatola et al., 2008), e mais fácil de obter do que os dilatadores osmóticos em muitos locais com poucos recursos. O misoprostol pode ser utilizado sozinho para a preparação cervical antes da D&E até à 20.ª semana de gestação (Fox & Krajewski, 2014; O'Connell et al., 2008; Shakir-Reese et al., 2019); há dados limitados para apoiar o uso de misoprostol como agente único após a 18.ª semana (Maurer, Jacobson, & Turok, 2013; Shakir-Reese et al., 2019). Em estudos de comparação entre dilatadores osmóticos e misoprostol, constatou-se que os dilatadores proporcionaram mais dilatação cervical (Goldberg et al., 2005;

Sagiv et al., 2015; Shakir-Reese et al., 2019; Tufa et al., 2025). Porém, nas pessoas que receberam misoprostol para a preparação cervical, foi possível concluir o procedimento no próprio dia, com segurança (Bartz et al., 2013; Goldberg et al., 2005; Sagiv et al., 2015), e as mulheres, com frequência, preferiram o misoprostol aos dilatadores (Goldberg et al., 2005). Uma vez que a ruptura uterina é rara, o misoprostol pode ser administrado a pessoas com parto anterior por cesariana (Fox & Krajewski, 2014). Um estudo do uso no mesmo dia de dilatadores osmóticos mais 400 mcg de misoprostol adjuvante versus apenas misoprostol 4-6 horas antes da D&E até 20 semanas de gestação resultou em tempos de procedimento de D&E comparáveis entre os dois grupos, embora o grupo com dilatadores osmóticos mais misoprostol tenha registado significativamente maior dilatação no início da D&E (Shakir-Reese et al., 2019). Como a colocação de dilatadores osmóticos leva mais tempo do que foi economizado por ter uma maior dilatação da linha de base, o tempo geral do procedimento (colocação de dilatadores osmóticos mais o procedimento de D&E) foi mais longo em 3.2 minutos no grupo de dilatadores osmóticos mais misoprostol.

Misoprostol mais dilatadores osmóticos

Uma revisão da Cochrane de 2025 e uma meta-análise sobre a preparação cervical entre a 12ª e a 24ª semana de gestação incluíram quatro ensaios clínicos aleatorizados controlados de misoprostol versus placebo adicionado à laminária durante a noite, tendo concluído que o misoprostol adjuvante não alterou a capacidade de completar o procedimento, mas diminuiu o tempo do procedimento e reduziu a necessidade de dilatação inicial (Tufa et al., 2025). Os efeitos secundários são maiores entre os que usaram misoprostol (Cahill et al., 2019: Drey et al., 2013; Edelman et al., 2006; Goldberg et al., 2015). O *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* e a *Society of Family Planning* recomenda contra o misoprostol adjuvante para pacientes que receberam inserções de dilatadores sem complicações no dia anterior à D&E (Diedrich, Drey, & Newmann, 2020; O'Shea et al., 2021), enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a adição de um medicamento adjuvante (misoprostol, mifepristona, ou ambos) aos dilatadores osmóticos para D&E durante ou após a 19.ª semana (OMS, 2024).

Dois pequenos ensaios prospectivos aleatorizados examinaram a adição de misoprostol a dilatadores para D&E no próprio dia (Borras et al., 2016; Kim et al., 2022). Os investigadores concluíram ambos os estudos antecipadamente-um devido à dificuldade em recrutar participantes (Kim et al., 2022) e o outro devido a uma taxa inesperadamente elevada de complicações, especificamente lacerações cervicais graves, em participantes com mais de 19 semanas de gestação que receberam apenas dilatadores para a preparação cervical (Borras et al., 2016)

Mifepristona

Um ensaio aleatorizado com 50 mulheres entre a 14.ª e a 16.ª semana de gestação comparou mifepristona como agente único com dilatadores, ambos administrados no dia anterior ao procedimento de aborto (Borgatta et al., 2012). As participantes nas quais a preparação cervical foi realizada com dilatadores osmóticos tiveram um tempo de procedimento ligeiramente mais curto e maior dilatação em comparação com as pessoas às quais se administrou mifepristona, porém, as mulheres tiveram menos dores com mifepristona e preferiram acentuadamente a mifepristona aos dilatadores osmóticos. Um segundo ensaio aleatorizado de 49 mulheres entre 15 e 18 semanas de gestação com características semelhantes (mifepristona de agente único em comparação com dilatadores osmóticos colocados no dia anterior ao procedimento) não encontrou nenhuma diferença no tempo do procedimento entre os dois grupos de tratamento (Paris, et al, 2019). Quando questionadas, a maioria das participantes que usaram mifepristona preferiu isso, enquanto a maioria das que receberam dilatadores osmóticos reportam que teria preferido uma opção de tratamento diferente para a preparação cervical.

Em estudos que examinaram o uso de mifepristona em combinação com misoprostol, concluiu-se que a administração da mifepristona mais misoprostol no próprio dia não é melhor do que misoprostol isolado (Casey et al., 2016), e ainda que administração de mifepristona 2 dias antes do misoprostol resultou em melhoria da dilatação cervical num estudo, a taxa de expulsão fetal pré-procedimento também aumentou (Carbonell et al.,

2007). Quando comparada com dilatadores mais misoprostol durante a noite, a mifepristona administrada no dia anterior ao aborto mais o misoprostol no mesmo dia é menos eficaz (Shaw et al., 2017).

Mifepristona mais dilatadores osmóticos

Dois estudos aleatorizados avaliaram a adição de mifepristona a dilatadores osmóticos durante a noite para a preparação cervical; nenhum dos estudos mostrou benefícios adicionais com mifepristona (Shaw et al., 2017; Shaw et al., 2015). Um terceiro estudo aleatorizado comparou dilatadores osmóticos apenas durante a noite, dilatadores durante a noite mais misoprostol e dilatadores durante a noite mais mifepristona (Goldberg et al., 2015), e constatou que os tempos de procedimento não foram diferentes entre os três grupos, contudo, os provedores de cuidados de aborto reportaram que os procedimentos entre a 19.ª e a 24.ª semana de gestação eram significativamente mais fáceis no grupo de dilatadores mais mifepristona.

Quem pode realizar a preparação do colo do útero antes de D&E?

A Organização Mundial da Saúde faz recomendações de prestação de serviços para a realização de D&E, que incluem a avaliação da idade gestacional, a preparação do colo do útero, o procedimento em si, o controlo da dor, incluindo a realização de um bloqueio paracervical e a avaliação da conclusão do procedimento através do exame visual dos produtos da concepção (OMS, 2024). A OMS aconselha que a administração de medicamentos para a preparação do colo do útero esteja dentro do âmbito da prática dos médicos de especialidade e de clínica geral; e recomenda a administração de medicamentos para a preparação do colo do útero por clínicos associados e associados avançados, parteiras, enfermeiros, enfermeiros auxiliares e enfermeiras-parteiras auxiliares, e profissionais de medicina tradicional e complementar, com base nas competências esperadas para estes papéis e evidências de baixa certeza de segurança e eficácia. Embora não existam evidências directas suficientes, a OMS sugere que os agentes comunitários de saúde, os farmacêuticos e os trabalhadores de farmácia podem administrar medicamentos para a preparação do colo do útero de forma segura e eficaz, com base nas competências esperadas para estes papéis, acrescentando que estes agentes de saúde precisam de assegurar a continuidade dos cuidados para a pessoa que obtém os medicamentos antes de um procedimento de aborto (OMS, 2024). A OMS defende que a preparação do colo do útero com dilatadores osmóticos se insere no âmbito da prática dos médicos de especialidade e dos médicos de clínica geral e recomenda a colocação de dilatadores osmóticos por clínicos associados e associados avançados, com base em evidências indirectas e nas competências esperadas para estes papéis de profissionais de saúde. Embora não existam evidências directas suficientes, a OMS recomenda que as parteiras, enfermeiros, enfermeiros auxiliares e enfermeiras-parteiras auxiliares podem realizar procedimentos de dilatadores osmóticos transcervicais-incluindo a colocação de dilatadores osmóticos-com base nas competências esperadas para estes papéis. Para mais informações sobre os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto, ver Anexo C: *Recomendações da Organização Mundial da Saúde para os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto.*

Referências

Bartz, D., Maurer, R., Allen, R. H., Fortin, J., Kuang, B., & Goldberg, A. B. (2013). Buccal misoprostol compared with synthetic osmotic cervical dilator before surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, *122*(1), 57-63.

Boraas, C. M., Achilles, S. L., Cremer, M. L., Chappell, C. A., Lim, S. E., & Chen, B. A. (2016). Synthetic osmotic dilators with adjunctive misoprostol for same-day dilation and evacuation: A randomized controlled trial. *Contraception*, *94*(5), 467-472.

Borgatta, L., Roncari, D., Sonalkar, S., Mark, A., Hou, M. Y., Finneseth, M., & Vragovic, O. (2012). Mifepristone vs. osmotic dilator insertion for cervical preparation prior to surgical abortion at 14–16 weeks: A randomized trial. *Contraception*, *86*(5), 567-571.

Bryman, I., Granberg, S., & Norström, A. (1988). Reduced incidence of postoperative endometritis by the use of laminaria tents in connection with first trimester abortion. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *67*(4), 323-325.

Referências continuado

Cahill, E.P., Henkel, A., Shaw, J.G., & Shaw, K.A. (2020). Misoprostol as an adjunct to overnight osmotic dilators prior to second trimester dilation and evacuation: A systematic review and meta-analysis. *Contraception, 101*(2): 74-78.

Carbonell, J. L., Gallego, F. G., Llorente, M. P., Bermudez, S. B., Sala, E. S., González, L. V., & Texido, C. S. (2007). Vaginal vs. sublingual misoprostol with mifepristone for cervical priming in second-trimester abortion by dilation and evacuation: A randomized clinical trial. *Contraception*, *75*(3), 230.

Casey, F. E., Ye, P. P., Perritt, J. D., Moreno-Ruiz, N. L., & Reeves, M. F. (2016). A randomized controlled trial evaluating same-day mifepristone and misoprostol compared to misoprostol alone for cervical preparation prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception, 94*(2), 127-133.

Creinin, M.D., Schimmoeller, N.R., Matulich, M.C., Hou, M.Y., Melo, J., & Chen, M.J. (2020). Gabapentin for pain management after osmotic dilator insertion and prior to dilation and evacuation: A randomized trial. *Contraception, 101*, 167-173.

Diedrich, J.T., Drey, E.A., & Newmann, S.J. (2020). Society of Family Planning clinical recommendations: Cervical preparation for dilation and evacuation at 20-24 weeks' gestation. *Contraception, 101*, 286-292.

Drey, E. A., Benson, L. S., Sokoloff, A., Steinauer, J. E., Roy, G., & Jackson, R. A. (2013). Buccal misoprostol plus laminaria for cervical preparation before dilation and evacuation at 21-23 weeks' gestation: A randomized controlled trial. *Contraception*, *89*(4), 307-13.

Edelman, A. B., Buckmaster, J. G., Goetsch, M. F., Nichols, M. D., & Jensen, J. T. (2006). Cervical preparation using laminaria with adjunctive buccal misoprostol before second-trimester dilation and evacuation procedures: A randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *194*(2), 425-430.

Fox, M. C., & Krajewski, C. M. (2014). Society of Family Planning Clinical Guideline 20134: Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks' gestation. *Contraception, 89*(2), 75-82.

Goldberg, A. B., Drey, E. A., Whitaker, A. K., Kang, M. S., Meckstroth, K. R., & Darney, P. D. (2005). Misoprostol compared with laminaria before early second-trimester surgical abortion: A randomized trial. *Obstetrics & Gynecology*, *106*(2), 234-241.

Goldberg, A. B., Fortin, J. A., Drey, E. A., Dean, G., Lichtenberg, E. S., Bednarek, P. H., ... Fitzmaurice, G. M. (2015). Cervical preparation before dilation evacuation using adjunctive misoprostol or mifepristone compared with overnight osmotic dilators alone: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 126*(3), 599-609.

Jonasson, A., Larsson, B., Bygdeman, S., & Forsum, U. (1989). The influence of cervical dilatation by laminaria tent and with Hegar dilators on the intrauterine microflora and the rate of postabortal pelvic inflammatory disease. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *68*(5), 405-410.

Kim, C., Dragoman, M., Porsch, L., Markowitz, J., Lunde, B., Stoffels, G., & Dayananda, I. (2022). Same-day compared with overnight cervical preparation before dilation and evacuation between 16 and 19 6/7 weeks of gestation. *Obstetrics & Gynecology, 139*, 1141-1144.

Liu, S.M., & Flink-Bochacki, R. (2021). A single-blinded randomized controlled trial evaluating pain and opioid use after dilator placement for second-trimester abortion. *Contraception, 103*(3), 171-177.

Maurer, K. A., Jacobson, J. C., & Turok, D. K. (2013). Same-day cervical preparation with misoprostol prior to second trimester D&E: A case series. *Contraception, 88*(1), 116-121.

Nagendra, D., Sonalkar, S., McAllister, A., Roe, A.H., Shorter, J.M., Sammel, M.D., & Schreiber, C.A. (2020). Opioid prescription for pain after osmotic dilator placement in abortion care: A randomized controlled trial. *Contraception, 101*(3), 167-173.

Newmann, S.J., Sokoloff, A., Tharull, M., Illangasekare, T., Steinauer, J.E., & Drey, E.A. (2014). Same-day synthetic osmotic dilators compared with overnight laminaria before abortion at 14-18 weeks of gestation: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, *123*(2, pt 1), 271-278.

Ngo, L. L., Mokashi, M., Janiak, E., Bartz, D., Fortin, J., Maurer, R., & Goldberg, A. B. (2023). Acute complications with same-day versus overnight cervical preparation before dilation and evacuation at 14 to 16 weeks. *Contraception*, *117*, 61–66.

Nucatola, D., Roth, N., Saulsberry, V., & Gatter, M. (2008). Serious adverse events associated with the use of misoprostol alone for cervical preparation prior to early second trimester surgical abortion (12–16 weeks). *Contraception*, *78*(3), 245-248.

Referências continuado

O'Connell, K., Jones, H. E., Lichtenberg, E. S., & Paul, M. (2008). Second-trimester surgical abortion practices: A survey of National Abortion Federation members. *Contraception, 78*(6), 492-499.

O'Shea, L.E., Lohr, P.A., Lord, J., Hasler, E., & Cameron, S. (2021). Cervical priming before surgical abortion between 14 and 24 weeks: A systematic review and meta-analyses for the National Institute for Health and Care Excellence-new clinical guidelines for England. *American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM, 3*(1), 100283.

Paris, A.E., Vragovic, O., Sonalkar, S., Finneseth, M., & Borgatta, L. (2020). Mifepristone and misoprostol compared to osmotic dilators for cervical preparation prior to surgical abortion at 15-18 weeks' gestation: A randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ Sexual & Reproductive Health,* 46, 67–72.

Peterson, W. F., Berry, F. N., Grace, M. R., & Gulbranson, C. L. (1983). Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: An analysis of 11,747 cases. *Obstetrics & Gynecology*, *62*(2), 185-190.

Ralph, J.A., & Shulman, L.P. (2019). Adjunctive agents for cervical preparation in second trimester surgical abortion. *Advances in Therapy, 36*(6), 1246-1251.

Sagiv, R., Mizrachi, Y., Glickman, H., Kerner, R., Keider, R., Bar, J., & Golan, A. (2015). Laminaria vs. vaginal misoprostol for cervical preparation before second-trimester surgical abortion: A randomized clinical trial. *Contraception, 91*(5), 406-411.

Schivone, G.B., Lerma, K., Montgomery, C., Wright, P., Conti, J.A., Blumenthal, P.D., & Shaw, K.A. (2019). Self-administered lidocaine gel for local anesthesia prior to osmotic dilator placement: A randomized trial. *Contraception, 99*, 148-151.

Shakir-Reese, J.M., Ye, P.P., Perritt, J.B., Lotke, P.S., & Reeves, M.F. (2019). A factorial-design randomized controlled trial comparing misoprostol dilation & evacuation at 14 weeks 0 days-19 weeks 6 days gestation. *Contraception, 1*00(6), 445-450.

Shaw, K.A., Lerma, K., Hughes, T., Hastings, C., Fok, W.K., & Blumenthal, P.D. (2021). A comparison of paracervical block volumes before osmotic dilator placement. *Obstetrics & Gynecology, 138*, 443-448.

Shaw, K.A., Lerma, K., Shaw, J.G., Scrivner, K.J., Hugin, M., Hopkins, F.W., & Blumenthal, P.D. (2017). Pre-operative effects of mifepristone (POEM) for dilation and evacuation after 19 weeks gestation: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 124*(13), 1973-1981.

Shaw, K. A., Shaw, J. G., Hugin, M., Velasquez, G., Hopkins, F. W., & Blumenthal, P. D. (2015). Adjunct mifepristone for cervical preparation prior to dilation and evacuation: A randomized trial. *Contraception, 91*(4), 313-319.

Soon, R., Tschann, M., Salcedo, J., Stevens, K., Ahn H.J., & Kaneshiro, B. (2017). Paracervical block for laminaria insertion before second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 130*(2), 387-392.

Tufa, T. H., Stewart, F., Meckstroth, K., Diedrich, J. T., & Newmann, S. J. (2025). Cervical preparation for dilation and evacuation at 12 to 24 weeks gestation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *3*(3), CD007310.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed.* Geneva: World Health Organization.

4.7

4. Aborto durante ou após a 13.ª semana de gestação

Aborto medicamentoso

4.7.1 Mifepristona e misoprostol: Regime recomendado

Regime recomendado para a 13.ª a 24.ª semana de gestação

- 200 mg de mifepristona por via oral, seguida 1 ou 2 dias depois por 400 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou vaginal a cada três horas, até à expulsão fetal e placentária.
- O regime combinado é seguro e eficaz, com taxas de expulsão fetal de mais de 90% às 24 horas e taxas de complicações maiores em torno de 1%.
- O tempo médio para o aborto é de 6 a 10 horas após o início do misoprostol, embora algumas pessoas precisem de mais tempo para abortar com sucesso.

Na prática:

- Um regime combinado de mifepristona e misoprostol é mais eficaz do que o misoprostol usado isoladamente e é recomendado para o aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana; na indisponibilidade de mifepristona, pode-se usar o regime de misoprostol isolado.
- Se a pessoa estiver estável e for conveniente fazê-lo, os profissionais devem esperar pelo menos quatro horas após a expulsão fetal para expulsar a placenta antes de intervir.

Força da recomendação:
Forte

Qualidade da evidência:
- Até à 20.ª semana de gestação: Moderada
- Entre a 21.ª e a 24.ª semana de gestação: Baixa

Última revisão:
17 de Outubro de 2025

Contextualização

O regime combinado de mifepristona e misoprostol é preferencial para o aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana de gestação, pois é altamente eficaz, resultando num intervalo curto entre indução e aborto com um perfil de segurança excelente (Wildschut et al., 2011; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2024; Zwerling et al., 2024). A mifepristona combinada com misoprostol tem um intervalo entre indução e aborto consistentemente inferior e uma taxa de expulsão mais elevada, de 15 (Ngoc et al., 2011), 24 (Constant et al., 2016; Shay et al., 2021) e 48 horas quando comparada com o regime de misoprostol isolado (Dabash et al., 2015).

Regime combinado de mifepristona e misoprostol

Taxas de expulsão

Os estudos que usam o regime recomendado de mifepristona e misoprostol mostram taxas de expulsão fetal de 94% às 24 horas e 97% às 48 horas (Abbas et al., 2016), e taxas de expulsão fetal e placentária de 88% às 24

horas e 92% às 48 horas (Dabash et al., 2015). Quando as pessoas continuam a tomar misoprostol até à expulsão, sem tempo limite, 99% das pessoas acabam por ter um aborto bem-sucedido (et al., 2004; Louie et al., 2017).

Intervalo entre indução e aborto

Em estudos que usaram o regime recomendado de mifepristona e misoprostol, a mediana dos tempos de expulsão fetal foram de 6 a 10 horas, com um intervalo alargado de tempos até à conclusão da expulsão (Abbas et al., 2016; Dabash et al., 2015; Louie et al., 2017; Ngoc et al., 2011; Prodan et al., 2019; Shaw et al., 2013). O intervalo entre a indução e o aborto é maior em pessoas nulíparas e com gestações em idade gestacional mais avançada (Abbas et al., 2016; Ashok et al., 2004; Dabash et al., 2015; Louie et al., 2017; Platais et al., 2019; Yitina et al., 2025). A adição de mifepristona a um regime de aborto medicamentoso com misoprostol reduz consistentemente o intervalo entre a indução e o aborto (Constant et al., 2016; Dabash et al., 2015; Kapp et al., 2007; Ngoc et al., 2011; Prodan et al., 2019).

Taxas de complicações

A taxa de complicações graves do aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol durante ou após a 13.ª semana de gestação é baixa, apesar de complicações menores— tais como a necessidade de um procedimento por causa de sangramento ou retenção de produtos da concepção—serem mais frequentes do que para a dilatação e evacuação (Autry et al., 2002). No maior estudo, uma coorte retrospectiva que incluiu 1 393 mulheres com gestações entre a 13ª e a 28ª semana, 19% apresentaram retenção da placenta após 1 hora, 4% tiveram perda de sangue superior a 1 000 mL e 1,7% necessitaram de transfusão (Dickinson & Doherty, 2023). Um estudo de coorte retrospectivo de menor dimensão incluiu 1002 mulheres com gestações entre a 13ª e a 21ª semana (Ashok et al., 2004).). Oitenta e uma mulheres (8,1%) precisaram de uma cirurgia para esvaziamento intra-uterino, a maioria destas por retenção da placenta; apenas duas mulheres precisaram de um esvaziamento para interromper a gravidez. Neste estudo, complicações graves como hemorragia, transfusão de sangue ou cirurgia não prevista ocorreram em oito mulheres (menos de 1%). Num estudo de coorte prospectivo mais recente, porém, de menor dimensão, de aborto com mifepristona e misoprostol entre 13-18 semanas de gestação realizado no Nepal, 35 das 230 mulheres necessitaram de remoção da placenta (15%) e três mulheres sofreram hemorragia, para uma taxa de eventos adversos graves de 1,3% (Blum et al., 2019). Num estudo de coortes de 2017, no qual 120 mulheres entre a 13.ª e 22.ª semana de gestação receberam mifepristona seguida de administração ilimitada de misoprostol até a expulsão fetal e placentária, 99% das mulheres esvaziaram o útero sem nenhuma intervenção adicional. (Louie et al., 2017). Neste estudo, nenhum evento adverso grave foi reportado e apenas uma mulher não conseguiu abortar com o regime combinado.

Numa meta-análise de dados de estudos sobre aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana de gestação usando o regime combinado ou um regime de misoprostol isolado, a taxa geral de ruptura uterina foi de 0,08%, com uma taxa de 0,28% em mulheres com antecedentes de parto por cesariana (Goyal, 2009).

Momento de administração de mifepristona

Uma revisão sistemática de 2013 que avaliou o efeito do intervalo de administração entre mifepristona e misoprostol no intervalo entre a indução e o aborto incluiu 20 ensaios clínicos aleatorizados e nove estudos observacionais (Shaw et al., 2013). Com base nos resultados de três ensaios aleatorizados controlados, a revisão constatou que quando a mifepristona foi administrada entre 12 e 24 horas antes do misoprostol, o intervalo entre indução e aborto foi ligeiramente maior (mediana de 7,3 horas, intervalo de 7 a 8,5) do que quando a mifepristona foi administrada entre 36 e 48 horas antes de iniciar o misoprostol (6,8 horas, intervalo de 6,3 a 7,2), porém, a taxa de aborto entre as 12 e as 24 horas foi igual (Shaw et al., 2013). Um ensaio aleatorizado controlado realizado em 2024 comparou um intervalo de 12 horas com um intervalo de 24 horas entre a administração da mifepristona e do misoprostol, tendo constatado que o intervalo entre a indução e o aborto foi significativamente mais longo no grupo das 12 horas (12,5 e 9,5 horas, respectivamente) (Meyer et al., 2024). O número de pacientes que completaram o aborto às 12 e às 24 horas não diferiu entre os grupos. Uma revisão sistemática de 2020 que incluiu três ensaios clínicos aleatorizados, dois dos quais foram incluídos na revisão de Shaw, 2013, não revelou diferenças significativas no intervalo entre a indução e o aborto ou na taxa de aborto bem-sucedido quando

o misoprostol foi iniciado um dia ou dois dias após a mifepristona (Wu et al., 2021). Um ensaio aleatorizado multinacional de não inferioridade, que incluiu 531 participantes, revelou que um intervalo de 24 horas entre a mifepristona e o misoprostol não era não inferior a um intervalo de 48 horas. As participantes do grupo com intervalo de 48 horas apresentaram maior probabilidade de abortar nas 12 horas seguintes ao início da administração do misoprostol (Endler et al., 2025). Um estudo de coorte retrospectivo de menor dimensão também revelou que o intervalo entre a indução e o aborto era mais curto quando a mifepristona era administrada 48 horas antes do misoprostol, em comparação com 24 horas antes, em gravidezes entre a 20ª e a 28ª semana (Sium et al., 2024). Em estudos que examinaram a administração simultânea de mifepristona e misoprostol, a mediana do tempo de expulsão no grupo simultâneo variou de 10 a 13 horas, em comparação às 5 a 8 horas em mulheres que esperaram de 24 a 36 horas entre mifepristona e misoprostol; no entanto, as taxas de expulsão às 48 horas foram equivalentes nos dois grupos (Abbas et al., 2016; Chai et al., 2009).

Dose de carga de misoprostol

Apesar de extensas séries de casos iniciais terem utilizado uma dose inicial de carga com misoprostol por via vaginal (Ashok, Templeton, Wagaarachchi & Flett, 2004), um pequeno ensaio aleatorizado controlado mais recente seleccionou 77 mulheres para receber uma dose de carga com misoprostol por via vaginal (600 mcg, seguido por 400 mcg a cada seis horas) e 80 mulheres para um regime sem dose de carga (400 mcg a cada seis horas) (Pongsatha & Tongsong, 2014). A mediana dos intervalos entre indução e aborto e taxas de aborto completo às 24 a 48 horas não foram diferentes entre os grupos, porém, o grupo de dose de carga sofreu significativamente mais efeitos secundários relacionados com misoprostol. Os ensaios clínicos recentes que não usaram doses de carga com misoprostol mostraram intervalos médios entre indução e aborto de 8 a 10 horas e taxas de sucesso semelhantes ou melhores como os estudos com doses de carga (Abbas et al., 2016; Dabash et al., 2015; Louie et al., 2017; Ngoc et al., 2011). Por isso, uma dose inicial alta de misoprostol parece não conferir nenhum benefício em termos de tempos de expulsão.

Posologia de misoprostol

Via de administração: Em ensaios clínicos de aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana de gestação, 400 mcg de misoprostol por via vaginal ou sublingual tem maior sucesso e intervalos mais curtos entre indução e aborto do que a administração por via oral (Dickinson, Jennings & Doherty, 2014; Tang, Chang, Kan e Ho, 2005). O misoprostol por via bucal não foi directamente comparado com outras vias num regime combinado para o aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana, mas tem uma eficácia semelhante a outras vias de administração no aborto antes da 13.ª semana (Kulier et al., 2011; Raymond, Shannon, Weaver & Winikoff, 2013). Estudos que utilizam misoprostol por via bucal como parte de um regime combinado de mifepristona-misoprostol mostram um intervalo médio entre indução e aborto de 8 a 10 horas (Abbas et al., 2016; Dabash, 2015; Louie et al, 2017; Ngoc et al., 2011; Blum et al., 2019).

Dose: 400 mcg de misoprostol tem taxas de expulsão mais altas, intervalos entre indução e aborto mais curtos e efeitos secundários semelhantes em comparação com 200 mcg, independentemente da via de administração (Brouns et al., 2010; Shaw et al., 2013).

Horário de administração: Num ensaio aleatorizado examinando dois regimes de aborto medicamentoso com misoprostol isolado durante ou após a 13.ª semana de gestação, o intervalo entre indução e aborto foi mais curto e a taxa de expulsão às 24 horas foi mais elevada quando o misoprostol foi administrado a cada três horas comparado com a cada seis horas; as taxas de eventos adversos foram semelhantes (Wong et al., 2000).

Número de doses: Num estudo de coortes prospectivo com 120 pessoas entre a 13.ª e 22.ª semana de gestação que receberam mifepristona seguida 24 horas depois por 400 mcg de misoprostol por via bucal, a cada 3 horas até a expulsão fetal e placentária, relatou-se uma taxa de aborto completo de 99% sem necessidade de intervenção adicional (Louie et al., 2017). A mediana do número de doses de misoprostol necessárias foi de quatro (intervalo de 2 a 6) e não se relatou nenhum evento adverso. Em um estudo prospectivo semelhante de 306 pessoas com gestações entre 13 e 22 semanas, 90% necessitaram de cinco ou menos doses de misoprostol (Platais et al., 2019).

Expulsão placentária

Em um estudo prospectivo de mulheres com 13 e 18 semanas de gestação que usaram mifepristona e misoprostol, a maioria das mulheres expulsou o feto e a placenta aproximadamente ao mesmo tempo, com um tempo médio entre a expulsão fetal e placentária de 15 minutos (intervalo de 0 a 4.5 horas) e 15.5% exigindo remoção manual da placenta (Blum, et al., 2019). Um estudo de coortes retrospectivo mediu as taxas de intervenção para remoção placentária em 233 mulheres que receberam um agente feticida e doses repetidas de misoprostol para induzir o aborto em gravidezes entre a 18.ª e 23.ª semana de gestação (Green et al., 2007). Após a expulsão fetal, deixou-se a placenta ser expelida espontaneamente; as intervenções operatórias foram realizadas apenas para casos de sangramento excessivo após a expulsão fetal ou para acelerar a alta hospitalar após um mínimo de quatro horas depois da expulsão fetal. A taxa global de intervenções para placenta retida foi de 6%, e a maior parte das extracções foram para acelerar a alta hospitalar. O estudo não observou nenhum aumento da morbilidade nas pessoas geridas com monitoria atenta durante este tempo.

Quem pode realizar o aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana de gestação?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) faz recomendações para a prestação de serviços de aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana de gestação, que incluem a avaliação da elegibilidade para o aborto medicamentoso (determinação da idade gestacional e avaliação de contra-indicações para medicamentos de aborto), administração de medicamentos de aborto, gestão do processo de aborto e avaliação do sucesso do aborto (OMS, 2024). A OMS recomenda que a prestação de serviços de aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana seja feita por médicos de especialidade e médicos de clínica geral, e sugere que, em contextos em que exista um acesso estabelecido e fácil a apoio cirúrgico adequado e a outras infra-estruturas necessárias para fazer face a possíveis complicações, os clínicos associados e associados avançados, parteiras, enfermeiros, enfermeiros auxiliares e enfermeiras-parteiras auxiliares e profissionais de medicina tradicional e complementar também podem prestar este serviço de forma segura e eficaz, com base nas competências esperadas para estes profissionais de saúde (OMS, 2024). Um ensaio aleatorizado controlado realizado em 2024 não revelou diferenças na segurança nem na eficácia do aborto medicamentoso entre a 13ª e a 20ª semana de gestação quando a prestação de cuidados por médicos foi comparada à prestação por profissionais de saúde de nível médio (Kapp et al., 2024). Para mais informações sobre os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto, ver *Anexo C: Recomendações da Organização Mundial da Saúde para os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto.*

Referências

Abbas, D.F., Blum, J., Ngoc, N.T., Nga, N.T., Chi, H.T., Martin, R., & Winikoff, B. (2016) Simultaneous administration compared with a 24-hour mifepristone-misoprostol interval in second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology*, *128,*(5), 1077-1083.

Ashok, P. W., Templeton, A., Wagaarachchi, P. T., & Flett, G. M. (2004). Midtrimester medical termination of pregnancy: A review of 1002 consecutive cases. *Contraception, 69*(1), 51-58.

Autry, A. M., Hayes, E. C., Jacobson, G. F., & Kirby, R. S. (2002). A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *187*(2), 393-397.

Blum, J., Karki, C., Tamang, A., et al. (2019). Feasibility of a hospital outpatient day procedure for medication abortion at 13-18 weeks gestation: Findings from Nepal. *Contraception, 100*(6), 451-456.

Brouns, J. F., van Wely, M., Burger, M. P., & van Wijngaarden, W. J. (2010). Comparison of two dose regimens of misoprostol for second-trimester pregnancy termination. *Contraception*, *82*(3), 266-275.

Chai, J., Tang, O. S., Hong, Q. Q., Chen, Q. F., Cheng,

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Protocolos para aborto medicamentoso (cartão de dosagem)

Referências continued

L. N., Ng, E., & Ho, P. C. (2009). A randomized trial to compare two dosing intervals of misoprostol following mifepristone administration in second trimester medical abortion. *Human Reproduction*, *24*(2), 320-324.

Constant, D., Harries, J., Malaba, T., Myer, L., Patel, M., Petro, G., & Grossman, D. (2016). Clinical outcomes and women's experiences before and after the introduction of mifepristone into second-trimester medical abortion services in South Africa. *PLoS ONE, 11*(9), e0161843. DOI: 10.1371/journal.pone.0161843.

Dabash, R., Chelli, H., Hajri, S., Shochet, T., Raghavan, S., & Winikoff, B. (2015). A double-blind randomized controlled trial of mifepristone or placebo before buccal misoprostol for abortion at 14-21 weeks of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *130*(1), 40-44.

Dickinson, J. E., & Doherty, D. A. (2023). Maternal complications associated with second trimester medical abortion using mifepristone priming and subsequent misoprostol. *Contraception*, *125*.

Dickinson, J. E., Jennings, B. G., & Doherty, D. A. (2014). Mifepristone and oral, vaginal, or sublingual misoprostol for second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 123(6), 1162-1168.

Endler, M., Jaisamrarn, U., Mittal, S., Phanupong, P., Du, V. V., Ngo, T. A., Vemer, H., Gülmezoglu, A. M., & Gemzell-Danielsson, K. (2025). Effectiveness and acceptability of a 24-h interval versus a 48-h interval between mifepristone intake and misoprostol administration for in-hospital abortion at 9–20 gestational weeks: An international, open-label, randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet Global Health*, *13*(1), e112–e120.

Goyal, V. (2009). Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, *113*(5), 1117-1123.

Green, J., Borgatta, L., Sia, M., Kapp, N., Saia, K., Carr-Ellis, S., & Vragovic, O. (2007). Intervention rates for placental removal following inducaiton abortion with misoprostol. *Contraception, 76*, 310-313.

Kapp, N., Dijkerman, S., Getachew, A., Eckersberger, E., Pearson, E., Abubeker, F. A., & Birara, M. (2024). Can mid-level providers manage medical abortion after 12 weeks' gestation as safely and effectively as physicians? A non-inferiority, randomized controlled trial in Addis Ababa, Ethiopia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *165*(3), 1268–1276.

Kulier, R., Kapp, N., Gulmezolglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L., & Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*, CD002855.

Louie, K. S., Chong, E., Tsereteli, T., Avagyan, G., Abrahamyan, R., & Winikoff, B. (2017). Second trimester medical abortion with mifepristone followed by unlimited dosing of buccal misoprostol in Armenia. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 22*(1), 76-80.

Meyer, R., Toussia-Cohen, S., Shats, M., Segal, O., Mohr-Sasson, A., Peretz-Bookstein, S., Amitai-Komem, D., Sindel, O., Levin, G., Mashiach, R., & Blumenthal, P. D. (2024). 24-Hour Compared With 12-Hour Mifepristone–Misoprostol Interval for Second-Trimester Abortion: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*, *144*(1), 60.

Ngoc, N. T. N., Shochet, T., Raghavan, S., Blum, J., Nga, N. T. B., Minh, N. T. H., ... Winikoff, B. (2011). Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 118* (3), 601-8. DOI:10.1097/AOG.0b013e318227214e.

Platais, I., Tsereteli, T., Maystruk, G., Kurbanbekova, D., & Winikoff, B. (2019). A prospective study of mifepristone and unlimited dosing of sublingual misoprostol for termination of second-trimester pregnancy in Uzbekistan and Ukraine. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 45, 177-182.*

Pongsatha, S., & Tongsong, T. (2014). Randomized controlled trial comparing efficacy between a vaginal misoprostol loading and non-loading dose regimen for second-trimester pregnancy termination. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, *40*(1), 155-160.

Prodan, N., Breisch, J., Hoopmann, M., Abele, H., Wagner, P., & Kagan, K.O. (2019). Dosing interval between mifepristone and misoprostol in second and third trimester termination. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 99*(3), 675-679.

Raymond, E. G., Shannon, C., Weaver, M. A., & Winikoff, B. (2013). First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: A systematic review. *Contraception, 87*(1), 26-37.

Shaw, K., Topp, N. J., Shaw, J. G., & Blumenthal, P. D. (2013). Mifepristone-misoprostol dosing interval and effect on induction abortion times: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, *121*(6), 1335-1347.

Referências continued

Sium, A. F., Teklu, H., Reeves, M., Tolu, L. B., & Prager, S. (2024). One-day versus two-day mifepristone–misoprostol interval prior to initiation of misoprostol during late second trimester medication abortion: A cohort study. *Contraception*, *132*.

Tang, O. S., Chan, C. C., Kan, A. S., & Ho, P. C. (2005). A prospective randomized comparison of sublingual and oral misoprostol when combined with mifepristone for medical abortion at 12-20 weeks gestation. *Human Reproduction*, *20*(11), 3062-3066.

Wildschut, H., Both, M. I., Medema, S., Thomee, E., Wildhagen, M. F., & Kapp, N. (2011). Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 1,* CD005216.

Wong, K. S., Ngai, C. S., Yeo, E. L., Tang, L. C., & Ho, P. C. (2000). A comparison of two regimens of intravaginal misoprostol for termination of second trimester pregnancy: A randomized comparative trial. *Human Reproduction*, *15*(3), 709-712.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed*. Geneva: World Health Organization Press.

Wu, L., Xiong, W., Zeng, M., Yan, A., Song, L., Chen, M., Wei, T., Zu, Q. & Zhang, J. (2021). Different dosing intervals of mifepristone-misoprostol for second-trimester termination of pregnancy: A meta-analysis and systematic review. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 154*(2), 195-203.

Yitina, E. F., Mihrete, G. S., Bicha, M. M., Andualem, B. S., Addis, N. A., Abebe, S. M., Tolu, L. B., & Lakew, A. M. (2025). Determinants of induction-to-expulsion time and adverse maternal outcomes of second trimester medical abortion in Amhara Region, Ethiopia: Prospective follow-up study. *African Journal of Reproductive Health*, *29*(9s).

Zwerling, B., Edelman, A., Jackson, A., Burke, A., & with the assistance of Prabhu, M. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Medication abortion between 14 0/7 and 27 6/7 weeks of gestation: Jointly developed with the Society for Maternal-Fetal Medicine. *Contraception*, *129*.

4. Aborto durante ou após a 13.ª semana de gestação

Aborto medicamentoso

4.7.2. Misoprostol isolado: Regime recomendado

Regime recomendado para a 13.ª - 24.ª semana de gestação:

- Misoprostol 400mcg por via bucal, sublingual ou vaginal de três em três horas até à expulsão fetal e placentária. A dosagem vaginal é mais eficaz do que as outras vias.
- aborto medicamentoso com misoprostol isolado é seguro e eficaz, com taxas de expulsão fetal de 72-91% às 24 horas e taxas de complicações graves inferiores a 1%.
- O tempo médio para o aborto é de 10 a 15 horas após o início do uso do misoprostol, embora algumas pessoas precisem de vários dias para conseguir um aborto bem-sucedido.

Na prática:

- Um regime combinado de mifepristona e misoprostol é mais eficaz do que o misoprostol usado isoladamente e é recomendado para o aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana; na indisponibilidade de mifepristona, pode-se usar o regime de misoprostol isolado.
- Se a pessoa estiver estável e for conveniente fazê-lo, os profissionais devem esperar pelo menos quatro horas após a expulsão fetal para expulsar a placenta antes de intervir.

Força da recomendação:
Forte

Qualidade da evidência:
- Até a 20.ª semana de gestação: Moderada
- 20 a 24 semanas de gestação: Baixa

Última revisão:
17 de Outubro de 2025

Contextualização

O regime combinado de mifepristona e misoprostol tem intervalos mais curtos entre indução e aborto e taxas de sucesso mais elevadas do que o regime de misoprostol isolado para o aborto medicamentoso após a 13.ª semana de gestação (Wildschut et al., 2011). Se a mifepristona não estiver disponível, um regime de misoprostol isolado, com doses administradas a cada três horas, é uma alternativa aceitável (Wildschut et al., 2011; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2024; Zwerling et al., 2024).

Regime de misoprostol isolado

Taxas de expulsão

O maior estudo internacional aleatorizado controlado de aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana de gestação, com o regime recomendado de misoprostol isolado por via vaginal ou sublingual, incluiu 681 mulheres entre 13-20 semanas de gestação (von Hertzen et al., 2009). A taxa de expulsão fetal foi de 84,8% às 24 horas e 94,3% às 48 horas. Estudos aleatorizados de menor dimensão usando misoprostol por via

vaginal ou sublingual a cada três horas mostraram taxas de expulsão fetal de 72-91% às 24 horas e 91-95% às 48 horas (Bhattacharjee et al., 2008; Tang et al., 2004), e taxas de expulsão fetal e placentária de 62-64% às 24 horas e 79-82% às 48 horas (Bhattacharjee et al., 2008).

Intervalo entre indução e aborto

No estudo de von Hertzen, o tempo médio para a expulsão fetal foi de 12 horas (variação de 4,1-61,8 horas), sendo que as parturientes tiveram um tempo entre a indução e o aborto mais rápido do que as nulíparas (von Hertzen et al., 2009). Em ensaios aleatorizados de menor dimensão, o tempo até à expulsão varia entre 10 e 15 horas (Bhattacharjee et al., 2008; Tang et al., 2004). O aumento do intervalo de dosagem do misoprostol de três para seis horas aumenta o tempo entre a indução e o aborto (Wong et al., 2000).

Taxas de complicações

A taxa de complicações graves do aborto com misoprostol isolado durante ou após a 13.ª semana é baixa. No estudo citado acima, foram reportados 12 eventos adversos (0,02%); 10 mulheres necessitaram de transfusão e sangue (von Hertzen et al., 2009).

Vias de administração de misoprostol

Em ensaios clínicos aleatorizados controlados, 400 mcg de misoprostol por via vaginal, a cada três horas, está associado a uma mediana do intervalo entre indução e aborto de 10 a 15 horas e a uma taxa de aborto bem-sucedido às 48 horas de 90% a 95% (Bhattacharjee et al., 2008; Koh et al., 2017; Tang et al., 2004; von Hertzen et al., 2009). Uma dose de 400 mcg por via vaginal é mais eficaz do que uma dose de 200 mcg (Koh et al., 2017).

Numa meta-análise de três ensaios clínicos aleatorizados, com 1178 mulheres, 400 mcg de misoprostol por via sublingual é semelhante (Bhattacharjee et al., 2008) ou ligeiramente inferior à via vaginal quando administrada a cada três horas (Tang et al., 2004; von Hertzen et al., 2009; Wildschut et al., 2011). Nos ensaios que mostraram eficácia reduzida, a diferença foi motivada por menor resposta ao misoprostol sublingual apenas em mulheres nulíparas. Nota: Todos estes estudos constataram que as mulheres preferem a via sublingual do que a via vaginal administrada por profissionais de saúde..

Um ensaio seleccionou de forma aleatória 130 mulheres para 400 mcg de misoprostol, a cada três horas, por via vaginal ou bucal. As no grupo vaginal tiveram um intervalo médio de expulsão entre indução e aborto mais curto (25 em comparação com 40 horas, p = 0,001) e taxas mais elevadas de expulsão fetal às 24 horas (63% em comparação com 42%, p = 0,014) e às 48 horas (91% em comparação com 68%, p = 0,001) (Al e Yapca, 2015). Um ensaio de menor dimensão, com 64 mulheres, mostrou que misoprostol por via bucal foi tão eficaz quanto por via vaginal; no entanto, todas as mulheres receberam uma dose de carga inicial de 400 mcg de misoprostol por via vaginal e de forma aleatória receberam em seguida 200 mcg por via bucal e vaginal a cada seis horas (Ellis et al., 2010). Por último, um ensaio que incluiu uma coorte de 60 mulheres que receberam 400 mcg de misoprostol por via bucal, a cada três horas, até a expulsão fetal e placentária constatou uma taxa de aborto completo de 71% às 48 horas (Dabash et al., 2015). Com base nestes estudos, a administração vaginal e sublingual parecem ser superiores à administração de misoprostol por via bucal neste intervalo de idade gestacional.

Em vários ensaios clínicos aleatorizados, a via oral mostrou-se menos eficaz com intervalos de tempo até ao aborto mais longos do que as vias vaginal ou sublingual (Akoury et al., 2004; Bebbington et al., 2002; Behrashi & Mahdian, 2008; Nautiyal et al., 2015).

Expulsão placentária

Um estudo de coortes retrospectivo mediu as taxas de intervenção para remoção placentária em 233 mulheres que receberam um agente feticida e doses repetidas de misoprostol para induzir aborto em gravidezes entre a 18.ª e 23.ª semana de gestação (Green et al., 2007). Após a expulsão fetal, deixou-se a placenta ser expelida espontaneamente; foram realizadas intervenções cirúrgicas apenas para casos de sangramento excessivo após a expulsão fetal ou para acelerar a alta hospitalar após um mínimo de quatro horas depois da expulsão fetal. A taxa global de intervenções para placenta retida foi de 6%, e a maior parte das extracções foram para

acelerar a alta hospitalar. O estudo não observou nenhum aumento da morbilidade nas pessoas tratadas de forma expectante durante este tempo.

Qualidade da evidência

A recomendação é baseada em vários ensaios clínicos aleatorizados e numa meta-análise da *Cochrane* que comparou diferentes doses, intervalos posológicos e vias de administração de misoprostol durante ou após a 13.ª semana de gestação (Wildschut et al., 2011). Este conjunto de evidência é limitado pelo facto de a maior parte dos ensaios clínicos aleatorizados controlados de aborto medicamentoso não incluir pessoas além da 20.ª semana de gestação.

Quem pode realizar o aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana de gestação?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) faz recomendações para a prestação de serviços de aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana de gestação, que incluem a avaliação da elegibilidade para o aborto medicamentoso (determinação da idade gestacional e avaliação de contra-indicações para medicamentos de aborto), administração de medicamentos de aborto, gestão do processo de aborto e avaliação do sucesso do aborto (OMS, 2024). A OMS recomenda que a prestação de serviços de aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana seja feita por médicos de especialidade e médicos de clínica geral, e sugere que, em contextos em que exista um acesso estabelecido e fácil a apoio cirúrgico adequado e a outras infra-estruturas necessárias para fazer face a possíveis complicações, os clínicos associados e associados avançados, parteiras, enfermeiros, enfermeiros auxiliares e enfermeiras-parteiras auxiliares e profissionais de medicina tradicional e complementar também podem prestar este serviço de forma segura e eficaz, com base nas competências esperadas para estes profissionais de saúde (OMS, 2024). Para mais informações sobre os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto, ver Anexo C: *Recomendações da Organização Mundial da Saúde para os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto.*

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Protocolos para aborto medicamentoso (cartão de dosagem)

Referências

Akoury, H. A., Hannah, M. E., Chitayat, D., Thomas, M., Winsor, E., Ferris, L. E., & Windrim, R. (2004). Randomized controlled trial of misoprostol for second-trimester pregnancy termination associated with fetal malformation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *190*(3), 755-762.

Al, R. A., & Yapca, O. E. (2015). Vaginal misoprostol compared with buccal misoprostol for termination of second-trimester pregnancy: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, *126*(3), 593-8.

Bebbington, M. W., Kent, N., Lim, K., Gagnon, A., Delisle, M. F., Tessier, F., & Wilson, R. D. (2002). A randomized controlled trial comparing two protocols for the use of misoprostol in midtrimester pregnancy termination. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *187*(4), 853-857.

Behrashi, M., & Mahdian, M. (2008). Vaginal versus oral misoprostol for second-trimester pregnancy termination: A randomized trial. *Pakistan Journal of Biological Sciences, 11*(21), 2505-2508.

Bhattacharjee, N., Saha, S. P., Ghoshroy, S. C., Bhowmik, S., & Barui, G. (2008). A randomised comparative study on sublingual versus vaginal administration of misoprostol for termination of pregnancy between 13 to 20 weeks. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *48*(2), 165-171.

Dabash, R., Chelli, H., Hajri, S., Shochet, T., Raghavan, S., & Winikoff, B. (2015). A double-blind randomized controlled trial of mifepristone or placebo before buccal misoprostol for abortion at 14-21 weeks of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 130*, 40-44.

Ellis, S. C., Kapp, N., Vragovic, O., & Borgatta, L. (2010). Randomized trial of buccal versus vaginal misoprostol for induction of second trimester abortion. *Contraception*, *81*(5), 441-445.

Referências continued

Green, J., Borgatta, L., Sia, M., Kapp, N., Saia, K., Carr-Ellis, S., & Vragovic, O. (2007). Intervention rates for placental removal following inducaiton abortion with misoprostol. *Contraception, 76*, 310-313.

Koh, D. S. C., Ang, E. P. J., Coyuco, J. C., Teo, H. Z., Huang, X., Wei, X., ... Tan, K. H. (2017). Comparing two regimens of intravaginal misoprostol with intravaginal gemprost for second-trimester pregnancy termination: A randomised controlled trial. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care,* DOI: 10.1136/jfprhc-2016-101652.

Nautiyal, D., Mukherjee, K., Perhar, I., & Banerjee, N. (2015). Comparative study of misoprostol in first and second trimester abortions by oral, sublingual and vaginal routes. *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, *65*(4), 246-50.

Tang, O. S., Lau, W. N., Chan, C. C., & Ho, P. C. (2004). A prospective randomised comparison of sublingual and vaginal misoprostol in second trimester termination of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, *111*(9), 1001-1005.

von Hertzen, H., Piaggio, G., Wojdyla, D., Nguyen, T. M., Marions, L., Okoev, G., & Peregoudov, A. (2009). Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: Randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction*, *24*(1), 106-112.

Wildschut, H., Both, M. I., Medema, S., Thomee, E., Wildhagen, M. F., & Kapp, N. (2011). Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), CD005216.

Wong, K. S., Ngai, C. S., Yeo, E. L., Tang, L. C., & Ho, P. C. (2000). A comparison of two regimens of intravaginal misoprostol for termination of second trimester pregnancy: A randomized comparative trial. *Human Reproduction*, *15*(3), 709-712.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed.* Geneva: World Health Organization.

Zwerling, B., Edelman, A., Jackson, A., Burke, A., & with the assistance of Prabhu, M. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Medication abortion between 14 0/7 and 27 6/7 weeks of gestation: Jointly developed with the Society for Maternal-Fetal Medicine. *Contraception*, *129*.

4. Aborto durante ou após a 13.ª semana de gestação

Aborto medicamentoso

4.7.3. Presença de cicatriz uterina: Regime recomendado

Recomendação:

- **Menos do que 22 a 24 semanas de gestação com uma cicatriz uterina:** Sem alterações aos regimes recomendados necessários.
- **Mais do que 22 a 24 semanas de gestação com uma cicatriz uterina ou 13 a 24 semanas de gestação com mais que uma cicatriz uterina:** Considerar a hipótese de diminuir a dose de misoprostol com ou sem aumento do intervalo posológico. Não existe evidência suficiente para saber se isso tem impacto no risco de ruptura uterina.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Fraca	Muito Baixa	17 de Outubro de 2025

Risco de ruptura uterina com aborto medicamentoso

A ruptura uterina foi relatada durante o aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana de gestação em pessoas com ou sem uma cicatriz uterina. Uma meta-análise de 22 estudos, envolvendo 7 118 participantes submetidas a um aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol, revelou um risco de ruptura uterina de 1,1 % nas mulheres com uma cicatriz anterior, em comparação com 0,01 % nas mulheres sem cicatriz (Henkel et al., 2023) (Henkel et al., 2023). Numa meta-análise de 16 estudos com 3556 mulheres submetidas a aborto medicamentoso durante ou após a 13.ª semana de gestação com regimes combinados ou com misoprostol isolado, houve três mulheres que sofreram ruptura uterina, resultando numa taxa de 0,28% com uma cesariana anterior e 0,04% sem cesariana anterior (Goyal, 2009). O risco de ruptura parece aumentar quando existe mais do que uma cicatriz (Latta et al., 2023; Zwerling et al., 2024).

Estudos adicionais sobre regimes de misoprostol isolado, publicados desde a meta-análise anteriormente referida, constataram que a ruptura uterina é rara, mesmo na presença de múltiplas cicatrizes uterinas. Um estudo de coorte prospectivo comparativo, realizado num único centro, incluiu 158 pessoas sem cicatriz anterior e 80 pessoas com cicatriz submetidas a aborto medicamentoso com misoprostol isolado entre a 14ª e a 28ª semana de gestação, não revelando diferenças no sucesso do aborto nem no intervalo entre a indução e o aborto. Uma pessoa no grupo com cicatriz apresentou ruptura uterina (1,3%) (Pongsatha, Suntornlimsiri e Tongsong, 2024). Uma revisão retrospectiva monocêntrica de 279 mulheres submetidas a aborto entre a 14.ª e 26.ª semana incluiu 60 mulheres com uma cicatriz e 26 mulheres com mais de uma cicatriz uterina (Küçükgöz Güleç et al., 2013). Estas mulheres receberam 200 mcg de misoprostol por via vaginal, a cada quatro horas; três tiveram uma ruptura uterina. Noutra revisão retrospectiva de 263 mulheres entre a 12.ª e a 24.ª semana submetidas a aborto com misoprostol isolado, 48 tinham uma cicatriz uterina e 29 tinham mais de uma cicatriz; observou-se uma ruptura numa mulher com três cesarianas anteriores que recebeu um regime de 200 mcg de misoprostol por via sublingual, a cada três horas (Cetin et al., 2016). Uma terceira revisão retro-

spectiva incluiu 231 mulheres com uma cesariana anterior e 37 mulheres com duas cesarianas anteriores e usou-se um regime de 800 mcg de misoprostol como dose de carga, seguido de 200 mcg a cada duas horas para três doses; ninguém teve ruptura (Torriente, Steinberg, & Joubert, 2017). Um estudo de coorte retrospectivo que comparou mulheres sem cicatrizes (n = 80) com aquelas com 1 cicatriz (n=79) e com 2 cicatrizes (n=58) não revelou diferença nas complicações entre os grupos quando se usou misoprostol 400 mcg, ou misoprostol 400 mcg seguido de doses repetidas de 200 mcg (Erturk et al., 2022). Uma paciente com 2 cicatrizes sofreu ruptura uterina; recebeu o regime de misoprostol com a dose mais baixa.

Um estudo prospectivo de um único centro com 250 mulheres submetidas a esvaziamento intra-uterino por morte fetal usando um regime de misoprostol de baixa dose incluiu 95 participantes com uma cicatriz uterina (Shakir, 2022). As participantes com gestações entre 13-17 semanas receberam 100mcg de misoprostol por via vaginal a cada seis horas durante 24 horas, e entre 18-24 semanas receberam 50mcg de misoprostol. Não houve rupturas, porém apenas 67% tiveram aborto completo após 24 horas.

Regime para mulheres com cicatriz uterina

Devido à raridade da ruptura uterina em pessoas com uma cicatriz anterior, não é possível obter qualquer orientação clara a partir da literatura publicada (Daponte, Nzewenga, Dimopoulos, & Guidozzi, 2006; Daskalakis et al., 2004; Dickinson, 2005; Morris et al., 2017; Zwerling et al., 2024).

A opinião de especialistas corrobora:

- Nenhuma alteração no regime de aborto medicamentoso para pessoas com uma cicatriz uterina cuja gestação seja inferior a 22-24 semanas.
- Após 22-24 semanas de gestação com uma cicatriz uterina única ou 13-24 semanas de gestação com mais de uma cicatriz uterina:
  - Considerar a hipótese de diminuir a dose de misoprostol com ou sem aumento do intervalo posológico (Ho et al., 2007; Küçükgöz Güleç et al., 2013).

Não há evidência suficiente para saber se a alteração do regime posológico reduzirá o risco de ruptura uterina.

Referências

Cetin, C., Buyukkurt, S., Seydaoglu, G., Kahveci, B., Soysal, C., & Ozgunen, F. T. (2016). Comparison of two misoprostol regimens for mid-trimester pregnancy terminations after FIGO's misoprostol dosage recommendation in 2012. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 29*(8), 1314-1317.

Daponte, A., Nzewenga, G., Dimopoulos, K. D., & Guidozzi, F. (2006). The use of vaginal misoprostol for second-trimester pregnancy termination in women with previous single cesarean section. *Contraception*, *74*(4), 324-327.

Daskalakis, G. J., Mesogitis, S. A., Papantoniou, N. E., Moulopoulos, G. G., Papapanagiotou, A. A., & Antsaklis, A. J. (2004). Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *112*(1), 97-99.

Dickinson, J. E. (2005). Misoprostol for second-trimester pregnancy termination in women with a prior cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology*, *105*(2), 352-356.

Erturk, A., Karapinar, B. T., Tasgoz, F. N., Dundar, B., & Kender Erturk, N. (2022). The safety of misoprostol alone used for second-trimester termination of pregnancy in women with previous caesarean deliveries. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *27*(6), 473–477.

Goyal, V. (2009). Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, *113*(5), 1117-1123.

Henkel, A., Miller, H. E., Zhang, J., Lyell, D. J., & Shaw, K. A. (2023). Prior Cesarean Birth and Risk of Uterine Rupture in Second-Trimester Medication Abortions Using Mifepristone and Misoprostol: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, *142*(6), 1357.

Ho, P. C., Blumenthal, P. D., Gemzell-Danielsson, K., Gómez Ponce de León, R., Mittal, S., & Tang, O. S. (2007). Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *99*(2), 178-181.

Referências continuado

Küçükgöz Güleç, Ü., Urunsak, I. F., Eser, E., Guzel, A. B., Ozgunen, F. T., Evruke, I. C., & Buyukkurt, S. (2013). Misoprostol for midtrimester termination of pregnancy in women with 1 or more prior cesarean deliveries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *120*, 85-87.

Latta, K., Barker, E., Kendall, P., Testani, E., Laursen, L., McClosky, L., & York, S. (2023). Complications of second trimester induction for abortion or fetal demise for patients with and without prior cesarean delivery. *Contraception*, *117*, 55–60.

Morris, J. L., Winikoff, B., Dabash, R., Weeks, A., Faundes, A., Gemzell-Danielsson, K., ... Visser, G. H. A. (2017). FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 138*(3), 363-366.

Pongsatha, S., Suntornlimsiri, N., & Tongsong, T. (2024). Comparing the outcomes of termination of second trimester pregnancy with a live fetus using intravaginal misoprostol between women with and without previous cesarean section. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *24*, 274.

Shakir, H.M. (2022). Safety of vaginal misoprostol for the termination of second trimester miscarriage in women with previous uterine scar in Iraq. *Archives of Razi Institute, 77*(1), 199-204.

Torriente, M. C., Steinberg, W. J., & Joubert, G. (2017). Misoprostol use for second-trimester termination of pregnancy among women with one or more previous cesarean deliveries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 138*, 23-27.

Zwerling, B., Edelman, A., Jackson, A., Burke, A., & with the assistance of Prabhu, M. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Medication abortion between 14 0/7 and 27 6/7 weeks of gestation: Jointly developed with the Society for Maternal-Fetal Medicine. *Contraception*, *129*.

5.1

5. Assistência pós-aborto

Tratamento de aborto incompleto e aborto retido para tamanho uterino inferior a 13 semanas

Recomendação:

- Podem disponibilizar-se métodos médicos ou aspiração intra-uterina para o tratamento de aborto incompleto ou retido.
- Regime de medicamentos recomendado:
  - **Aborto incompleto:** 600 mcg de misoprostol por via oral em dose única ou 400 mcg por via bucal, sublingual em dose única ou, em caso de ausência de sangramento vaginal, por via vaginal.
  - **Aborto retido:** 800 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou, em caso de ausência de sangramento vaginal, 800 mcg por via vaginal a cada três horas até à expulsão da gravidez (geralmente 1-3 doses). Quando disponível, adicione pré-tratamento com 200 mg de mifepristona por via oral 1-2 dias antes de misoprostol.

Na prática:

- O tamanho uterino, e não a idade gestacional, deve ser usado para determinar o tratamento para os cuidados pós-aborto.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Moderada	6 de Novembro de 2025

Aborto incompleto

Uma revisão sistemática e meta-análise de rede de 2021 que examinou os métodos de gestão do aborto espontâneo antes da 13ª semana de gestação incluiu 26 ensaios aleatorizados que reportaram 5.735 mulheres que foram tratadas por aborto incompleto (Ghosh et al., 2021). A aspiração por sucção (RR 1,19, intervalo de confiança de 95% [IC] 1,09, 1,31) e a terapia com misoprostol (RR 1,14, IC 95% 1,03, 1,25) foram ligeiramente mais eficazes do que o tratamento expectante ou o placebo para conseguir a conclusão do aborto, no entanto, as taxas de sucesso foram semelhantes para todas as estratégias de tratamento. As taxas de conclusão reportadas variam de 52-85% para o tratamento expectante, 80-99% para o tratamento com misoprostol e 91-100% para o tratamento cirúrgico (Kim et al., 2017). O misoprostol por via oral, sublingual e vaginal apresenta perfis de eficácia e efeitos secundários semelhantes; o prolongamento do tempo até à avaliação de acompanhamento aumenta o sucesso do tratamento com misoprostol (Kim et al., 2017).

Aborto retido

Uma revisão sistemática e meta-análise de rede de 2021 que examinou os métodos de gestão do aborto espontâneo antes da 13ª semana de gestação incluiu 16 ensaios aleatorizados que reportaram 4.397 mulheres que foram tratadas por aborto retido (Ghosh et al., 2021). A aspiração por sucção (RR 2,43, IC95% 1,69, 3,49),

mifepristona mais misoprostol (RR 1,82, IC95% 1,28, 2,58) e misoprostol isolado (RR 1,67, IC95% 1,18, 2,37) foram todos mais eficazes em conseguir um aborto completo do que o tratamento expectante ou o tratamento com placebo. Quatro ensaios clínicos aleatorizados revelaram que as pessoas com um aborto retido que receberam pré-tratamento com mifepristona antes de receberem misoprostol apresentam maior probabilidade de conseguirem completar o aborto com sucesso do que aquelas que receberam misoprostol isolado. Em Schreiber et al. (2018), as mulheres receberam ou mifepristona, seguida 24 horas depois por uma dose única de 800mcg de misoprostol por via vaginal, ou misoprostol sem pré-tratamento. O sucesso do aborto, determinado no dia seguinte ao uso do misoprostol, foi de 84% no grupo do mifepristona em comparação com 67% no grupo do misoprostol isolado. Noutro estudo (Sinha et al., 2018), as mulheres receberam mifepristona ou placebo, seguido 48 horas depois por regimes multidose idênticos de misoprostol. As taxas de sucesso do aborto foram de 87% e 58%, respectivamente; mais mulheres no grupo da mifepristona do que no grupo do placebo conseguiram expulsar a gravidez após uma única dose de misoprostol (66% em comparação com 11%, respectivamente) e tiveram um intervalo significativamente mais curto entre a indução e o aborto (4.7 horas em comparação com 8 horas, respectivamente). Um terceiro estudo com mifepristona ou placebo, seguido 48 horas mais tarde por misoprostol 800mcg, demonstrou uma expulsão bem-sucedida em 83% e 76% das 696 mulheres no ensaio, respectivamente, sete dias após a mifepristona (Chu et al., 2020). Um quarto estudo, que incluiu 216 participantes, revelou uma taxa de sucesso de 94% quando se usou mifepristona, em comparação com 83% quando se usou misoprostol isolado, quando o acompanhamento ocorreu mais de 2 semanas após a administração do medicamento (Bettencourt-Silva et al., 2023). O tratamento da perda precoce da gravidez com mifepristona e misoprostol está associado a uma menor taxa de procedimentos subsequentes de esvaziamento intra-uterino (Benson, Gunaje, Holt, Gore, & Dalton, 2024). Num estudo de coorte prospectivo, o risco de insucesso após mifepristona e misoprostol para o aborto retido aumentou entre as pessoas com um tamanho uterino superior a nove semanas de gestação (Ehrnsten et al., 2019). Apesar do custo relativamente elevado da mifepristona, dois estudos dos Estados Unidos e um do Reino Unido mostraram que o uso de um regime combinado de mifepristona e misoprostol para o tratamento do aborto retido é custo-eficaz, particularmente em locais onde o esvaziamento cirúrgico do útero é realizado num bloco operatório (Berkley, Greene, & Wittenberger, 2020; Nagendra et al., 2020; Okeke Ogwulu et al., 2021). A Organização Mundial da Saúde (OMS), a Sociedade de Planeamento Familiar e o Instituto Nacional para a Saúde e a Excelência (NICE) recomendam a adição de mifepristona ao misoprostol no tratamento da perda precoce da gravidez (OMS, 2024; Tarleton, Benson, Moayedi e Trevino, 2025; NICE, 2023).

Uma revisão sistemática de 2017 e meta-análise de rede de uso de misoprostol do aborto retido, que incluiu 18 estudos reportando sobre 1 802 mulheres, concluiu que 800 mcg de misoprostol por via vaginal ou 600 mcg por via sublingual são os tratamentos mais eficazes (Wu et al., 2017). Uma dose única de 800 mcg de misoprostol por via vaginal resulta num esvaziamento intra-uterino bem-sucedido em 76% a 93% das mulheres (Fernlund et al., 2017; Mizrachi et al., 2017; Ngoc et al., 2004). Em dois estudos, quando as mulheres foram geridas com monitoria atenta durante sete dias após uma dose única de misoprostol, as suas taxas de sucesso do aborto aumentaram ao longo do tempo (Ngoc et al., 2004) até 88% aos sete dias comparados com 72% aos quatro dias (Mizrachi, et al, 2019). Embora um número de estudos tenha reportado um aumento nas taxas de sucesso do aborto quando uma dose adicional de misoprostol é administrada 24 (Barcelo et al., 2012; Graziosi et al., 2004; Muffley, Stitely, & Gherman, 2002), 48 (Lyra et al., 2017) ou 72 horas após a dose inicial (Gilles et al., 2004; Zhang et al., 2005), não é claro se isso é devido à medicação adicional ou ao aumento do tempo para avaliação. Um ensaio de 2017 que aleatorizou mulheres para receber uma dose única de 800 mcg de misoprostol por via vaginal ou para receber uma dose adicional de misoprostol após quatro dias, constatou que ambos os grupos tiveram taxas de sucesso de aborto quase idênticas após sete dias: 77% e 76% respectivamente (Mizrachi et al., 2017).

Doses repetidas de 600 mcg de misoprostol por via sublingual a cada três horas após a dose inicial para um máximo de mais duas doses atinge taxas de sucesso do aborto de 88% a 92% (Tang et al., 2003; Tang et al., 2006). Nenhum estudo avaliou doses únicas de misoprostol por via sublingual para tratamento de aborto retido.

Quem pode prestar cuidados pós-aborto a pessoas com um tamanho uterino inferior a 13 semanas de gestação?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) faz recomendações de prestação de serviços para os cuidados pós-aborto a pessoas com um tamanho uterino inferior a 13 semanas de gestação (OMS, 2024). Os profissionais de saúde com competências para realizar procedimentos transcervicais e um exame bimanual para diagnosticar a gravidez e determinar a idade gestacional com base no tamanho uterino, podem ser formados para realizar a aspiração intra-uterina para cuidados pós-aborto. A OMS aconselha que a aspiração intra-uterina esteja dentro do âmbito da prática dos médicos de especialidade e de clínica geral e recomenda que a aspiração intra-uterina seja realizada por médicos associados e associados avançados, parteiras e enfermeiras, com base em evidências de segurança e eficácia de certeza moderada. Recomenda-se que os profissionais de medicina tradicional e complementar realizem a aspiração intra-uterina com base em evidências de segurança e eficácia de baixo grau de certeza, e a OMS sugere que as enfermeiras auxiliares e as enfermeiras-parteiras auxiliares podem realizar a aspiração em locais onde prestam cuidados obstétricos básicos de emergência (OMS, 2024). A OMS aconselha que todos os quadros de profissionais de saúde (médicos de especialidade e médicos de clínica geral, clínicos associados e associados avançados, parteiras, enfermeiros, enfermeiros auxiliares e enfermeiras-parteiras auxiliares, profissionais de medicina tradicional e complementar, farmacêuticos e trabalhadores de farmácia e agentes comunitários de saúde) podem, de forma segura e eficaz, prestar cuidados médicos em caso de aborto incompleto sem complicações e de aborto retido, com base numa série de evidências e nas competências e conhecimentos esperados para esse tipo de profissional de saúde (OMS, 2024). Para mais informações sobre os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto, ver *Anexo C: Recomendações da Organização Mundial da Saúde para os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto*.

Referências

Barcelo, F., De Paco, C., Lopez-Espin, J. J., Silva, Y., Abad, L., & Parrilla, J. J. (2012). The management of missed miscarriage in an outpatient setting: 800 versus 600 µg of vaginal misoprostol. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *52*(1), 39-43.

Benson, L. S., Gunaje, N., Holt, S. K., Gore, J. L., & Dalton, V. K. (2024). Outcomes after early pregnancy loss management with mifepristone plus misoprostol vs misoprostol alone. *JAMA Network Open*, *7*(10), e2435906.

Berkley, H.H., Greene, H.L., & Wittenberger, M.D. (2020). Mifepristone combination therapy compared with misoprostol monotherapy for the management of miscarriage: A cost-effectiveness analysis. *Obstetrics & Gynecology, 136*(4), 774-781.

Bettencourt-Silva, B., Rego, M. T., Miranda, C., Cunha, A. I., Brás, F., Lopes-Guerra, C., Miguelote, R., Sousa-Santos, R., & Furtado, J. M. (2023). The role of mifepristone on first trimester miscarriage treatment – A double-blind randomized controlled trial – MiFirsT. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, *289*, 145–151.

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Protocolos para aborto medicamentoso (cartão de dosagem)

Abortion Care Videos—Ipas: *Cuidar de uma Mulher com um Aborto Espontâneo*

Chu, J.J., Devall, A.J., Beeson, L.E., Hardy, P., Cheed, V., Sun, Y., ... & Commarasamy, A. (2020). Mifepristone and misoprostol versus misoprostol alone for the management of missed miscarriage (MifeMiso): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet, 396*, 770-78.

Ehrnsten, L., Altman, D., Ljungblad, A., & Kopp Kallner, H. (2019). Efficacy of mifepristone and misoprostol for medical treatment of missed miscarriage in clinical practice: A cohort study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 00*, 1-6.

Fernlund, A., Jokubkiene, L., Sladkevicius, P., & Valentin, L. (2018). Misoprostol treatment vs expectant management in early non-viable pregnancy in women with vaginal bleeding: A pragmatic randomized controlled trial. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology,51*(1), 24-3232.

Ghosh, J., Papadopoulou, A., Devall, A.J., Jeffery, H.C., Beeson, L.E., Do, V., Price, M.J., Tobias, A., Tuncalp, O., Lavelanet, A., Gulmezoglu, A.M., Coomarasamy, A., & Gallos, I.D., (2021). Methods for managing miscarriage: A network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 6*(6), CD012602.

Gilles, J. M., Creinin, M. D., Barnhart, K., Westhoff, C., Frederick, M. M., & Zhang, J. (2004). A randomized trial of saline solution-moistened misoprostol versus dry misoprostol for first-trimester pregnancy failure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *190*(2), 389-394.

Graziosi, G. C., Mol, B. W., Ankum, W. M., & Bruinse, H. W. (2004). Management of early pregnancy loss. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *86*(3), 337-346.

Kim, C., Barnard, S., Neilson, J. P., Hickey, M., Vazquez, J. C., & Dou L. (2017). Medical treatment for incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1:*CD007223. DOI: 10.1002/14651858.CD007223.pub4.

Lyra, J., Cavaco-Gomes, J., Moucho, M., & Montenegro, N. (2017). Medical termination of delayed miscarriage: Four year experience with an outpatient protocol. *Revista Brasiliera de Ginecologia e Obstetrica, 39*(10), 529-533.

Medical management of miscarriage: Ectopic pregnancy and miscarriage: Evidence review D. (2023). National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Mizrachi, Y., Dekalo, A., Gluck, O., Miremberg, H., Dafna, L., Feldstein, O., ... Sagiv, R. (2017). Single versus repeat doses of misoprostol for treatment of early pregnancy loss-a randomized clinical trial. *Human Reproduction, 32*(6), 1202-1207.

Mizrachi, Y., Tamayev, L., Shemer, O., Kleiner, I., Bar, J., & Sagiv, R. (2019). Early versus delayed follow-up after misoprostol treatment for early pregnancy loss. *Reproductive Biomedicine Online, 39*(1), 155-160.

Muffley, P. E., Stitely, M. L., & Gherman, R. B. (2002). Early intrauterine pregnancy failure: A randomized trial of medical versus surgical treatment. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *187*(2), 321-325.

Nagendra, D., Koelper, N., Loza-Avalos, S.E., Sonalkar, S., Chen, M., Atrio, J., ... & Harvie, H.S. (2020). Cost-effectiveness of mifepristone pretreatment for the medical management of nonviable early pregnancy: Secondary analysis of a randomized trial. *JAMA Nerwork Open, 3*(3), e201594.

Ngoc, N. T., Blum, J., Westheimer, E., Quan, T. T., & Winikoff, B. (2004). Medical treatment of missed abortion using misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *87*(2), 138-142.

Okeke Ogwulu, C.B.O., Williams, E.V., Chu, J.J., Devall, A.J., Beeson, L.E., Hardy, P., Cheed, V., Yongzhong, S., Jones, L.L., Papadopoulos, J.H.L., Bender-Atik, R., Brewin, J., Hinshar, K., Choudhary, M., Ahmed, A., Naftalin, J., Nunes, N., Oliver, A., Izzat, F., ... Roberts, T.E. (2021). Cost-effectiveness of mifepristone and misoprostol versus misoprostol alone for the management of missed miscarriage: An economic evaluation based on the MIfeMiso trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 128*(9), 1534-1545.

Schreiber, C. A., Creinin, M. D., Atrio, J., Sonalkar, S., Ratcliffe, S. J., & Barnhart, K. T. (2018). Mifepristone pretreatment for the medical management of early pregnancy loss. *New England Journal of Medicine, 378*(23), 2161-2170.

Sinha, P., Suneja, A., Guleria, K., Aggarwal, R., & Vaid, N. B. (2018). Comparison of mifepristone followed by misoprostol with misoprostol alone for treatment of early pregnancy failure: A randomized double-blind placebo-controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India, 68*(1), 39-44.

Tang, O. S., Lau, W. N., Ng, E. H., Lee, S. W., & Ho, P. C. (2003). A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal with sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. *Human Reproduction*, *18*(1), 176-181.

Tang, O. S., Ong, C. Y., Tse, K. Y., Ng, E. H., Lee, S. W., & Ho, P. C. (2006). A randomized trial to compare the use of sublingual misoprostol with or without an additional 1 week course for the management of first trimester silent miscarriage. *Human Reproduction*, *21*(1), 189-192.

Tarleton, J. L., Benson, L. S., Moayedi, G., & Trevino, J. (2025). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Medication management for early pregnancy loss. *Contraception*, *144.*

Referências continuado

Van den Berg, J., Gordon, B. B. M., Snijders, M. P. M. L., Vandenbussche, F. P. H. A., & Coppus, S. F. P. J. (2015). The added value of mifepristone to non-surgical treatment regimens for uterine evacuation in case of early pregnancy failure: A systematic review of the literature. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 195,* 18-26.

Wu, H. L., Marwah, S., Wang, P., Wang, Q. M., & Chen, X. W. (2017). Misoprostol for medical treatment of missed abortion: A systematic review and network meta-analysis. *Science Reports, 7*(1), 1664.

Zhang, J., Gilles, J. M., Barnhart, K., Creinin, M. D., Westhoff, C., & Frederick, M. M. (2005). A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *The New England Journal of Medicine*, *353*(8), 761-769.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed*. Geneva: World Health Organization Press.

5.2 Tratamento de aborto incompleto e morte fetal intra-uterina para tamanho uterino de 13 semanas ou superior

Recomendação:

- Podem disponibilizar-se métodos médicos ou dilatação e evacuação (D&E) para o tratamento de aborto incompleto ou morte fetal intra-uterina.
- Regime de medicamentos recomendado:
  - **Aborto incompleto:** 400 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou, na ausência de sangramento vaginal, por via vaginal a cada três horas até à expulsão.
  - **Morte fetal intra-uterina (até à 24.ª semana):** 400 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou, na ausência de sangramento vaginal, por via vaginal a cada 4-6 horas até à expulsão. Caso haja disponibilidade, adicione pré-tratamento com 200 mg de mifepristona por via oral 1-2 dias antes de misoprostol.

Na prática:

- O tamanho uterino, e não a idade gestacional, deve ser usado para determinar o tratamento para os cuidados pós-aborto.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Baixa	6 de Novembro de 2026

Contextualização

A maioria das investigações e programas sobre assistência pós-aborto focam-se em mulheres com tamanho uterino inferior a 13 semanas (Ipas, 2013). No entanto, onde prevalece o aborto inseguro até 40% de pessoas que necessitam de assistência pós-aborto apresentam-se durante ou após a 13.ª semana de gestação (Ministry of Health of Kenya, Ipas e Guttmacher Institute, 2013). As pessoas podem apresentar aborto incompleto, retenção de placenta, morte fetal ou ruptura de membranas, tudo isso requer esvaziamento intra-uterino.

Regimes medicamentosos

A evidência é limitada para sugerir o regime médico ideal para assistência pós-aborto durante ou após a 13.ª semana de gestação, mas revisões sistemáticas da literatura sugerem que, pelo menos, 200 mcg administrados por via vaginal, sublingual ou bucal, a cada seis horas, são um regime eficaz (Bracken et al., 2014; Mark, Borgatta, & Edelman, 2015). Dois ensaios que seleccionaram de forma aleatória mulheres para tratamento com 200 mcg ou 400 mcg de misoprostol por via vaginal constataram que doses mais elevadas de misoprostol resultaram em taxas de expulsão mais elevadas às 24 e às 48 horas (Dickinson & Evans, 2002; Eslamian et al., 2007). Vários estudos e duas revisões sistemáticas demonstram que o pré-tratamento com mifepristona, 1-2 dias antes de misoprostol, aumenta as taxas de sucesso do aborto dentro de 24 horas e reduz o tempo até

à expulsão fetal (Allanson et al., 2021; Bracken et al., 2020; Chaudhuri & Datta, 2015; Oliveira et al., 2024; Panda & Singh, 2013; Pirrami & Reinert, 2025). Uma revisão sistemática do tratamento medicamentoso para morte fetal intra-uterina constatou que quando a dose de 400 mcg foi administrada a cada quatro horas, foi mais eficaz com taxas mais baixas de eventos adversos quando comparada com outras doses; no entanto, não existem comparações directas para informar se quatro horas é realmente o intervalo ideal (Cleeve, Fonhus & Lavelanet, 2019).

Dilatação & Evacuação (D&E)

Nenhum estudo comparou o tratamento médico versus a aspiração intra-uterina ou D&E para assistência pós-aborto durante ou após a 13.ª semana. A D&E pode ser oferecida em serviços de assistência pós-aborto, onde existam provedores de saúde qualificados e instalações de apoio (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2024).

Quem pode prestar cuidados pós-aborto a pessoas com um tamanho uterino igual ou superior a 13 semanas de gestação?

A OMS faz recomendações para a prestação de cuidados pós-aborto a pessoas com um tamanho uterino igual ou superior a 13 semanas de gestação (OMS, 2024). A OMS aconselha que a D&E esteja dentro do âmbito da prática dos médicos especialistas e recomenda a prestação de D&E por médicos de clínica geral com base nas competências esperadas para esse papel. A OMS sugere que, em contextos em que existam mecanismos estabelecidos para incluir clínicos associados e associados avançados, parteiras e profissionais de medicina tradicional e complementar noutras tarefas relacionadas com os cuidados de saúde materna e reprodutiva, estes podem prestar D&E de forma segura e eficaz, com base nas competências e conhecimentos esperados para estes papéis de profissionais de saúde. A OMS recomenda que o tratamento médico de IUFD seja realizado por médicos de especialidade e por médicos de clínica geral, e sugere que, em contextos em que exista um acesso fácil e estabelecido a apoio cirúrgico adequado e a outras infra-estruturas necessárias para fazer face a possíveis complicações, os clínicos associados e associados avançados, as parteiras, as enfermeiras, as enfermeiras auxiliares e as enfermeiras-parteiras auxiliares, bem como os profissionais de medicina tradicional e complementar, também podem prestar este serviço de forma segura e eficaz, com base nas competências esperadas para estes profissionais de saúde (OMS, 2024). Para mais informações sobre os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto, ver *Anexo C: Recomendações da Organização Mundial da Saúde para os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto*.

Recursos

http://www.ipas.org/ClinicalResources

Protocolos para aborto medicamentoso (cartão de dosagem)

Referências

Allanson, E.R., Copson, S., Spilsbury, K., Criddle, S., Jennings, B., Doherty, D.A., Wong, A.M., & Dickinson, J.E. (2021). Pretreatment with mifepristone compared with misoprostol alone for delivery after fetal death between 14 and 28 weeks gestation: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 137*(5), 801-809.

Atuhairwe, S., Byamugisha, J., Kakaire, O., Hanson, C., Cleeve, A., Klingberg-Allvin, M., Tumwesigye, N. M., & Gemzell-Danielsson, K. (2022). Comparison of the effectiveness and safety of treatment of incomplete second trimester abortion with misoprostol provided by midwives and physicians: A randomised, controlled, equivalence trial in Uganda. *The Lancet. Global Health*, *10*(10), e1505–e1513.

Bracken, H., Ngoc, N. T., Banks, E., Blumenthal, P. D., Derman, R. J., Patel, A., . . . Winikoff, B. (2014). Buccal misoprostol for treatment of fetal death at 14-28 weeks of pregnancy: A double-blind randomized controlled trial. *Contraception, 89*(3), 187-192. DOI:10.1016/j.contraception.2013.11.014

Bracken, H., Ngoc, N.T.N., Ha, D.Q., Paredes, N.R., Quyet, V.B., Linh, N.T.H., Ortiz, M.A., Bousieguez, M., & Winikoff, B. (2020). Mifepristone pretreatment followed by misoprostol 200mcg buccal for the medical management of intrauterine fetal death at 14-28 weeks: A randomized, placebo-controlled, double blind trial. *Contraception, 102*(1), 7-12.

Chaudhuri, P., & Datta, S. (2015). Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for induction of labor in intrauterine fetal death: A randomized trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 41*(12), 1884-1890.

Cleeve, A., Fonhus, M.S., & Lavelanet, A. (2019). A systematic review of the effectiveness, safety, and acceptability of medical management of intrauterine fetal death at 14-28 weeks of gestation. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 147*(3), 301-312.

Dickinson, J. E., & Evans, S. F. (2002). The optimization of intravaginal misoprostol dosing schedules in second-trimester pregnancy termination. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 186*(3), 470-474.

Eslamian, L., Gosili, R., Jamal, A., & Alyassin, A. (2007). A prospective randomized controlled trial of two regimens of vaginal misoprostol in second trimester termination of pregnancy. *Acta Medica Iranica, 45*(6), 497-500.

Ipas. (2013). *Woman-centered postabortion care: Reference manual* (2nd ed.). K.L. Turner & A.B. Huber (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas.

Mark, A., Borgatta, L., & Edelman, A. (2015). Second trimester postabortion care for ruptured membranes, fetal demise, and incomplete abortion. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *129*(2), 98-103.

Ministry of Health of Kenya, Ipas, and Guttmacher Institute. (2013). *Incidence and complications of unsafe abortion In Kenya: Key findings of a national study.* African Population and Health Research Center: Nairobi.

Oliveira, P. S., de Almeida, A. M., Cabral, M. A. A. S. K., Guilherme, G. L., Ribeiro, A. J. R., Giusti, J. A. Z., de Lima, R. M. E., da Silva Garcia, J. C., & de Oliveira, R. (2025). Mifepristone and misoprostol versus misoprostol alone for induction of labor in women with intrauterine fetal death: A meta-analysis and systematic review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *168*(3), 904–912.

Panda, S., Jha, V., & Singh, S. (2013). Role of combination of mifepristone and misoprostol verses misoprostol alone in induction of labour in late intrauterin [sic] fetal death: A prospective study. *Journal of Family and Reproductive Health, 7*(4), 177-179.

Pirrami, R. G., & Reinert, J. P. (2025). Efficacy and Safety of Mifepristone and Misoprostol Compared to Misoprostol Alone for the Resolution of Miscarriage and Intrauterine Fetal Death: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Pharmacotherapy*, *59*(7), 636–647.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed.* Geneva: World Health Organization.

5.3 Contracepção pós-aborto: Quando e de que tipo

Recomendação:

- Após aspiração intra-uterina ou dilatação e evacuação (D&E), a contracepção hormonal e não hormonal, incluindo colocação de dispositivo intra-uterino (DIU) e esterilização feminina, podem ser iniciadas imediatamente.
- Os métodos hormonais, incluindo pílulas, adesivos, anéis, injectáveis e implantes podem ser iniciados no dia do primeiro comprimido do aborto medicamentoso. A colocação do DIU e a esterilização feminina devem ser feitas quando for razoavelmente certo de que a pessoa já não está grávida.
- A esterilização masculina (vasectomia) é segura e eficaz e pode ser realizada a qualquer momento.
- Os métodos contraceptivos de longa duração têm taxas mais altas de continuidade e taxas mais baixas de gravidez em comparação com os métodos de curta duração.

Na prática:

- As pessoas, incluindo adolescentes, devem ser capazes de escolher se usam um método contraceptivo e seleccionar seu método preferido, com base em informações contraceptivas exactas, nas suas necessidades e preferências pessoais.
- A satisfação com os serviços de contracepção/utilização entre as utentes de aborto medicamentoso é maior quando a contracepção é iniciada ao mesmo tempo que a mifepristona.
- As pessoas que iniciam a injecção de DMPA no mesmo dia da administração da mifepristona para um aborto medicamentoso antes da 13.ª semana devem ser informadas do risco ligeiramente maior da continuação da gravidez.

Força da recomendação:

Forte

Qualidade da evidência:

- DIU e contraceptivos orais combinados: Alta
- Implantes: Moderada
- Outros métodos: Baixa a Moderada

Última revisão:

11 de Novembro de 2025

Retorno à fertilidade

Após o aborto induzido em gravidezes com menos de 13 semanas, a ovulação normalmente recomeça num período de três a quatro semanas, no entanto, algumas pessoas podem ovular tão cedo quanto passados oito dias (Boyd & Holmstrom, 1972; Lahteenmaki & Luukkainen, 1978; Schreiber et al., 2010; Stoddard & Eisenberg, 2011). Pelo menos 85% das pessoas ovularão antes da sua primeira menstruação (Boyd & Holmstrom, 1972; Lahteenmaki & Luukkainen, 1978; Cameron & Baird, 1988). Não há diferença no tempo para a ovulação após o aborto medicamentoso em comparação com a aspiração intra-uterina (Cameron & Baird, 1988).

Existem dados limitados sobre o retorno à fertilidade após um aborto realizado durante ou após a 13.ª semana de gestação. Um estudo com apenas nove participantes constatou que 66% ovulou dentro de 21 dias (Marrs et al., 1979). Dado o rápido retorno à fertilidade, todas as pessoas que desejam começar a contracepção devem receber o seu método preferido no momento do aborto. Se o método preferido não estiver disponível, deve ser fornecido um encaminhamento e, se desejado, um método provisório (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2014b).

Segurança e aceitabilidade da contracepção pós-aborto

Para as pessoas adultas, os *Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Contraceptivos* da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2015 (OMS, 2015) e os *Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Contracepção* dos Estados Unidos de 2024 (Nguyen et al., 2024) classificam todos os métodos contraceptivos como sendo de categoria um ou seguros para uso imediato, após aborto não complicado no primeiro trimestre; as recomendações não diferem com base no tipo de aborto realizado. A esterilização feminina é classificada como aceitável depois de um aborto não complicado.

Da mesma forma, tanto os EUA como a OMS, nos *Critérios Médicos de Elegibilidade para o Uso de Contraceptivos* (Nguyen et al., 2024; OMS, 2015), classificam todos os métodos contraceptivos como sendo de categoria um ou seguros para uso imediato, após o aborto não complicado no segundo trimestre—excepto o DIU. Devido ao possível risco acrescido de expulsão quando usado após o aborto realizado durante ou após 13 semanas de gestação, a OMS classifica o DIU como sendo de categoria dois, significando que as vantagens de utilizar o método geralmente superam os riscos. A esterilização feminina é classificada como aceitável após um aborto não complicado durante ou após a 13.ª semana de gestação.

Duas dessas recomendações são diferentes para adolescentes: a injecção de um depósito de acetato de medroxiprogesterona (DMPA) é classificada pelos EUA e pela OMS como sendo de categoria dois para as pessoas com idades abaixo dos 18 anos, devido a preocupações relativas aos efeitos na densidade mineral óssea. Pode fazer-se a esterilização em jovens, contudo, poderá ser necessário tomar precauções especiais devido ao seu risco aumentado de arrependimento (Nguyen et al., 2024; WHO, 2015).

Comparativamente aos métodos contraceptivos de curta duração, os de longa duração, tais como implantes e DIU, têm taxas mais elevadas de continuidade e taxas mais baixas de gravidez e aborto (Blumenthal et al., 1994; Cameron et al., 2012; Kilander et al., 2016; Korjamo, Mentula, & Heikinheimo, 2017; Langston, Joslin-Rohr, & Westhoff, 2014; Peipert et al., 2012; Pohjoranta et al., 2015; Roberts, Silva, & Xu, 2010; Rose, Garrett, & Stanley, 2015). A utilização de métodos de longa duração é maior após o aborto cirúrgico quando comparado com o aborto medicamentoso (Laursen et al., 2017; Rocca et al., 2018). Uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios aleatorizados controlados demonstrou taxas significativamente mais elevadas de satisfação de pacientes com início imediato (dia da mifepristona) de implantes e injectáveis em comparação com um início tardio (Schmidt-Hansen et al., 2020).

Início da contracepção

Após a aspiração intra-uterina, D&E ou aborto medicamentoso onde a expulsão da gravidez ocorre numa unidade sanitária, todos os métodos contraceptivos hormonais e não-hormonais, incluindo inserção de DIU e esterilização feminina, podem ser iniciados imediatamente (Kim et al., 2021; Nguyen et al., 2024; WHO, 2015; WHO, 2024). Os métodos ditos naturais, baseados no seguimento da fertilidade, podem ser iniciados após

uma a pessoa ter tido pelo menos um fluxo menstrual pós-aborto. A esterilização masculina (vasectomia) pode ser realizada a qualquer momento.

Para o aborto medicamentoso, em que se espera que a expulsão da gravidez ocorra em casa, a maioria das formas de contracepção (incluindo pílulas, injectáveis e implantes) podem ser iniciadas com o primeiro comprimido do aborto medicamentoso desde que não haja contra-indicações médicas (Kim et al., 2021; Nguyen et al., 2024; WHO, 2015; WHO, 2024). O DIU pode ser inserido e a esterilização feita assim que houver certeza razoável de que a pessoa já não está grávida (OMS, 2014a; OMS, 2024).

A necessidade imediata de contracepção fiável após um aborto, associada à menor utilização de contraceptivos quando a sua disponibilização é adiada, apoia fortemente a recomendação de iniciar imediatamente os métodos contraceptivos (OMS, 2024).

Evidência relativa a métodos contraceptivos específicos

DIU: por favor, consulte "Secção 5.4 Uso de DIU Pós-aborto: Segurança e momento adequado.

Implantes subdérmicos de apenas progestina: Dois ensaios aleatorizados de não-inferioridade em mulheres submetidas a aborto medicamentoso antes da 13.ª semana de gestação (Hognert et al., 2016; Raymond et al., 2016b) demonstraram que as taxas de sucesso do aborto são iguais em mulheres que recebem um implante contraceptivo no dia que recebem mifepristona em comparação com as de colocação tardia. Em ambos os estudos, as taxas de inserção foram mais elevadas para as mulheres que receberam os seus implantes no dia que tomaram mifepristona. Um estudo (Hognert et al., 2016) reportou uma taxa de gravidez significativamente mais elevada no grupo de inserção tardia durante o acompanhamento seis meses após o aborto (3,8% comparado a 0,8%). Um estudo adicional escolheu aleatoriamente mulheres submetidas a D&E para inserção tardia ou imediata de implante (Cowett et al., 2018). Menos de metade das mulheres no grupo de inserção tardia fez a inserção do implante, em comparação com 100% do grupo de inserção imediata. Uma revisão sistemática de 2022, que incluiu estes três estudos, concluiu que o fornecimento de implantes libertadores de progestina, em simultâneo com abortivos, tem pouco ou nenhum impacto negativo no sucesso do aborto medicamentoso e diminui a gravidez indesejada subsequente (Sothornwit et al., 2022).

A OMS recomenda que os médicos de clínica geral e especialistas, clínicos associados e associados avançados, parteiras e enfermeiras podem inserir e remover implantes subdérmicos de forma segura e eficaz. A OMS sugere que, em contextos com mecanismos estabelecidos no sistema de saúde para incluir profissionais de medicina tradicional e complementar noutras tarefas relacionadas com a saúde materna e reprodutiva, e onde a formação em remoção de implantes é dada juntamente com a formação em inserção, estes profissionais de saúde podem inserir e remover implantes. As enfermeiras auxiliares e enfermeiras-parteiras auxiliares podem inserir e remover implantes no contexto de monitoria e avaliação específicas, e os agentes comunitários de saúde podem inserir e remover implantes no contexto de investigação rigorosa. Para mais informações sobre os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto, ver *Anexo C: Recomendações da Organização Mundial da Saúde para os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto*.

Injecção de apenas progestina: Num estudo com 132 mulheres que usaram (DMPA) imediatamente após o aborto por aspiração, não se reportou quaisquer eventos adversos graves, mas baixas taxas de continuação do método (22%) após um ano e elevadas taxas de repetição de gravidez (Goldberg et al., 2002). No entanto, evidência limitada indica que a administração de DMPA ao mesmo tempo que a mifepristona pode diminuir a eficácia do aborto medicamentoso. Um estudo aleatorizado controlado de não-inferioridade (Raymond et al., 2016a) comparou 220 mulheres submetidas a aborto medicamentoso até 75 dias de gestação que receberam DMPA intramuscular no dia de administração de mifepristona com 226 mulheres que não receberam e identificou taxas semelhantes de intervenção cirúrgica por quaisquer razões após o aborto medicamentoso (6,4% e 5,3%, respectivamente) e taxas semelhantes de gravidez aos seis meses após a intervenção (2,3% e 3,2%, respectivamente). No entanto, a continuação da gravidez como razão para a falha do aborto medicamentoso no grupo que recebeu injecção de DMPA foi significativamente mais elevada (3,6% vs 0,9%). Os resultados dos

estudos de coorte retrospectivos apresentam contradições no que diz respeito às taxas de sucesso do aborto medicamentoso e às taxas da continuação da gravidez em mulheres que iniciam o tratamento com injecções de apenas progestina no mesmo dia da administração da mifepristona (Carroll et al., 2024; Creinin & Boraas, 2025; Douthwaite et al., 2016; Park et al., 2016). Os *Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Contracepção* dos EUA classificam DMPA administrada ao mesmo tempo que a mifepristona como categoria dois por este motivo, e uma revisão sistemática de 2021 sugere que as mulheres que optam por iniciar DMPA no mesmo dia da mifepristona devem ser informadas do risco ligeiramente maior da continuação da gravidez (Kim et al., 2021; Nguyen et al., 2024). As mulheres reportaram elevado grau de satisfação com a administração, no mesmo dia, de contraceptivos de apenas progestina (Raymond et al., 2016a).

A OMS recomenda que os médicos generalistas e especialistas, clínicos associados e associados avançados, parteiras, enfermeiros, enfermeiros auxiliares e enfermeiras-parteiras auxiliares, profissionais de medicina tradicional e complementar, farmacêuticos, trabalhadores de farmácia, agentes comunitários de saúde e a pessoa que usa a injecção apenas de progestina podem administrar este tipo de contracepção de forma segura e eficaz. Para mais informações sobre os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto, ver Anexo C: *Recomendações da Organização Mundial da Saúde para os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto.*

Contraceptivos orais combinados (COC): Uma revisão de sete estudos, com 1.739 mulheres, demonstrou a inexistência de eventos adversos graves relacionados com o uso dos COC imediatamente após a aspiração ou aborto medicamentoso antes da 13.ª semana de gestação (Gaffield, Kapp, & Ravi, 2009). Para além disso, as mulheres que usaram COC imediatamente demonstram os mesmos padrões de sangramento que as mulheres que não usaram um contraceptivo e menos sangramento do que as usuárias de DIU de cobre (Kim et al., 2021). Dois ensaios aleatorizados controlados de COC comparados com placebo iniciado imediatamente após o aborto medicamentoso até 49 ou 63 dias de gestação demonstraram que as pílulas não têm efeito significativo sobre a eficácia do aborto medicamentoso ou sobre a quantidade ou duração da perda de sangue/hemorragia (Tang et al., 1999; Tang et al., 2002).

Anel vaginal combinado: Um estudo de coortes com 81 mulheres que colocaram um anel vaginal uma semana após a aspiração ou aborto medicamentoso antes da 13.ª semana de gestação não mostrou eventos adversos nem infecções graves (Fine et al., 2007).

Adesivo contraceptivo combinado: Um ensaio aleatorizado de 298 mulheres, quer em início do uso imediato após o aborto ou início tardio (no domingo) após um aborto, demonstrou não haver diferença nas taxas de continuidade no segundo e sexto mês após o início do uso. Nos 53% das mulheres que foi possível contactar após seis meses, metade havia parado de usar o adesivo contraceptivo (Steinauer et al., 2014).

Tomada de decisão informada

A OMS recomenda que os serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo os serviços de contracepção, sejam prestados de modo a garantir uma tomada de decisão plenamente informada, respeitar a dignidade, a autonomia, a privacidade e a confidencialidade e sejam sensíveis às necessidades e perspectivas de cada pessoa (OMS, 2014b). As pessoas deverão poder escolher aceitar ou recusar a contracepção com base nas suas necessidades e preferências pessoais. As informações contraceptivas abrangentes, baseadas na evidência, apoio e aconselhamento contraceptivo devem estar acessíveis para todas as pessoas,incluindo adolescentes, para que as pacientes possam tomar uma decisão informada. Idealmente, deve haver disponibilidade de uma gama de métodos contraceptivos, deve oferecer-se encaminhamento apropriado para métodos não disponíveis no local de atendimento e devem integrar-se estes serviços com os serviços de aborto e assistência pós-aborto (Baynes et al., 2019; OMS, 2014b). Duas revisões sistemáticas de ensaios comparativos aleatorizados (Cavallaro et al., 2020; Nelson et al., 2022) concluíram que o aconselhamento e a disponibilização de contraceptivos no momento do aborto aumentam o uso de contraceptivos, embora algumas pessoas possam preferir não debater a contracepção em profundidade no momento da consulta sobre o

aborto, particularmente se já souberem qual o método contraceptivo pós-aborto que pretendem (Cansino et al., 2018). Quando os contraceptivos são entregues no momento da consulta para aborto e uma vasta gama de contraceptivos está disponível, a taxa de uso de contraceptivos pelas pacientes após o aborto pode ser tão alta quanto 73%, incluindo mulheres jovens (Benson et al., 2017; Benson et al., 2016Uma revisão sistemática recente que examinou as preferências contraceptivas incluiu quatro estudos entre pessoas que procuram serviços de aborto (Dam et al., 2022). A facilidade de utilização e a eficácia foram características importantes dos métodos contraceptivos preferidos, tal como o custo, a familiaridade com o método, a presença de hormonas e os efeitos secundários, entre outros.

Referências

Baynes, C., Kahwa, J., Lusiola, G., Mwanga, F., Bantambya, J., Ngosso, L., & Hiza, M. (2019). What contraception do women use after experiencing complications from abortion? An analysis of cohort records of 18,688 postabortion care clients in Tanzania. *BMC Women's Health, 19*(1), 22.

Benson, J., Andersen, K., Healy, J., & Brahmi, D. (2017). What factors contribute to postabortion contraceptive uptake by young women? A program evaluation in 10 Countries in Asia and sub-Saharan Africa. *Global Health: Science and Practice, 5*(4), 644-657.

Benson, J., Andersen, K., Brahmi, D., Healy, J., Mark, A., Ajode, A., & Griffin, R. (2018). What contraception do women use after abortion? An analysis of 319,385 cases from eight countries. *Global Public Health, 13*(1), 35-50.

Blumenthal, P. D., Wilson, L. E., Remsburg, R. E., Cullins, V. E., & Huggins, G. R. (1994). Contraceptive outcomes among post-partum and post-abortal adolescents. *Contraception*, *50*(5), 451-460.

Boyd Jr, E. F., & Holmstrom, E. G. (1972). Ovulation following therapeutic abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *113*(4), 469.

Cameron, I. T., & Baird, D. T. (1988). The return to ovulation following early abortion: A comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinologica (Copenhagen) 118*, 161-167.

Cameron, S., Glasier, A., Chen, Z., Johnstone, A., Dunlop, C., & Heller, R. (2012). Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *119*(9), 1074-1080.

Cansino, C., Lichtenberg, E. S., Perriera, L. K., Hou, M. Y., Melo, J., & Creinin, M. D. (2018). Do women want to talk about birth control at the time of a first-trimester abortion? *Contraception, 98*(6), 535-540.

Carroll, A. L., Strauss, A. M., Philipps, N. M., Kaczmarczik, K. D., Shakur, Z., Ramirez, G., Klc, T. R., Tessier, K. M., & Boraas, C. M. (2024). Efficacy of medication abortion with concurrent initiation of progestin contraceptives: A retrospective cohort study. *Contraception*, *140*.

Cavallaro, F.L., Benova, L., Owolabi, O.O., & Ali, M. (2020). A systematic review of the effectiveness of counselling strategies for modern contraceptive methods: What works and what doesn't? *BMJ Sexual and Reproductive Health, 46*(4), 254-269.

Cowett, A. A., Ali, R., Cooper, M. A., Evans, M., Conzuelo, G., & Cremer, M. (2018). Timing of etonogestrel implant insertion after dilation and evacuation: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 131*(5), 856-862.

Creinin, M. D., & Boraas, C. M. (2025). Depomedroxyprogesterone acetate impact on mifepristone action during medication abortion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *30*(4), 200–204.

Dam, A., Yeh, P.T., Burke, A.E., & Kennedy, C.E. (2022). Contraceptive values and preferences of pregnant women, postpartum women, women seeking emergency contraceptives, and women seeking abortion services: A systematic review. *Contraception, 111,* 39-47.

Douthwaite, M., Candelas, J. A., Reichwein, B., Eckhardt, C., Ngo, T. D., & Dominguez, A. (2016). Efficacy of early induced medical abortion with mifepristone when beginning progestin-only contraception on the same day. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics, 133* (3), 329-333.

Fine, P. M., Tryggestad, J., Meyers, N. J., & Sangi-Haghpeykar, H. (2007). Safety and acceptability with the use of a contraceptive vaginal ring after surgical or medical abortion. *Contraception*, *75*(5), 367-371.

Gaffield, M. E., Kapp, N., & Ravi, A. (2009). Use of combined oral contraceptives post abortion. *Contraception*, *80*(4), 355-362.

Referências continuado

Goldberg, A. B., Cardenas, L. H., Hubbard, A. E., & Darney, P. D. (2002). Post-abortion depot medroxyprogesterone acetate continuation rates: A randomized trial of cyclic estradiol. *Contraception*, *66*(4), 215-220.

Hognert, H., Kopp Kallner, H., Cameron, S., Nyreli, C., Jawad, I., Heller, R., ... Gemzell-Danielsson, K. (2016). Immediate versus delayed insertion of an etonogestrel releasing implant at medical abortion-a randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction, 31*(11), 2484-2490.

Kilander, H., Alehagen, S., Svedlund, L., Westlund, K., Thor, J., & Brynhildsen, J. (2016). Likelihood of repeat abortion in a Swedish cohort according to the choice of post-abortion contraception: A longitudinal study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *95*(5), 565-571.

Kim, C., Nguyen, A.T., Berry-Bibee, E., Ermias, Y., Gaffield, M.E., & Kapp, N. (2021). Systemic hormonal contraception initiation after abortion: A systematic review and meta-analysis. *Contraception, 103*(5), 291-304.

Korjamo, R., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2017). Immediate versus delayed initiation of the levonorgestrel-releasing intrauterine system following medical termination of pregnancy - 1 year continuation rates: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 124*(13), 1957-1964.

Lahteenmaki, P., & Luukkainen, T. (1978). Return of ovarian function after abortion. *Clinical Endocrinology*, 8(2), 123-132.

Langston, A.M., Joslin-Rohr, S.L., & Westhoff, C.L. (2014). Immediate postabortion access to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within 1 year in a New York City practice. *Contraception*, *89*(2), 103-8.

Laursen, L., Stumbras, K., Lewnard, I., & Haider, S. (2017). Contraceptive provision after medication and surgical abortion. *Women's Health Issues, 27*(5), 546-550.

Marrs, R. P., Kletzky, O. A., Howard, W. F., & Mishell, D. R. (1979). Disappearance of human chorionic gonadotropin and resumption of ovulation following abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 135*, 731-736.

Nelson, H.D., Cantor, A., Jungbauer, R.M., Eden, K.B., Darney, B., Ahrens, K., Burgess, A., Atchison, C., Goueth, R., & Fu, R. (2022). Effectiveness and harms of contraceptive counseling and provision interventions for women: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine, 175*(7), 980-993.

Nguyen, A. T., Curtis, K. M., Tepper, N. K., Kortsmit, K., Brittain, A. W., Snyder, E. M., Cohen, M. A., Zapata, L. B., Whiteman, M. K., Baker, C., Dethier, D., Garbarino, S., Gold, H., Halper, E., Kapp, N., Krishna, G., Meurice, M., Ramer, S., Rodenhizer, J., ... Wright, S. (2024). U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. *MMWR Recommendations and Reports*, *73*(4), 1–126.

Park, J., Robinson, N., Wessels, U., Turner, J., & Geller, S. (2016). Progestin-based contraceptive on the same day as medical abortion. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics, 133*(2), 217-220.

Peipert, J. F., Madden, T., Allsworth, J. E., & Secura, G. M. (2012). Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstetrics & Gynecology*, *120*(6), 1291-1297.

Pohjoranta, E., Mentula, M., Gissler, M., Suhonen, S., & Heikinheimo, O. (2015). Provision of intrauterine contraception in association with first trimester induced abortion reduces the need of repeat abortion: First-year results of a randomized controlled trial. *Human Reproduction, 30*(11), 2539-46.

Raymond, E. G., Weaver, M. A., Louie, K. S., Tan, Y. L., Bousieguez, M., Arangure-Peraza, A. G., ... Winikoff, B. (2016a). Effects of depot medroxyprogesterone acetate injection timing on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 128*(4), 739-745.

Raymond, E. G., Weaver, M. A., Tan, Y. L., Louie, K. S., Bousieguez, M., Lugo-Hernandez, E. M., ... Winikoff, B. (2016b). Effect of immediate compared with delayed insertion of etonogestrel implants on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 127*(2), 306-312.

Roberts, H., Silva, M., & Xu, S. (2010). Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, *82*(3), 260-265.

Rocca, C. H., Goodman, S., Grossman, D., Cadwallader, K., Thompson, K. M. J., Talmont, E., . . . Harper, C. C. (2018). Contraception after medication abortion in the United States: Results from a cluster randomized trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 218*(1), 107. e101-107.e108

Rose, S. B., Garrett, S. M., & Stanley, J. (2015). Immediate postabortion initiation of levonorgestrel implants reduces the incidence of births and abortions at 2 years and beyond. *Contraception, 92*(1), 17-25.

Referências continuado

Sothornwit, J, Eamudomkarn, N., Lumbiganon, P., Jampathong, N., Festin, M.R., & Salang, L. (2022). Immediate versus delayed postabortal insertion of contraceptive implants. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 5*(5), CD013565.

Schmidt-Hansen, M., Hawkins, J.E., Lord, J., Williams, K., Lohr, P.A., Hasler, E., & Cameron, S. (2020). Long-acting reversible contraception immediately after medical abortion: systematic review with meta-analyses. *Human Reproduction Update, 26*(2), 141-160.

Schreiber, C. A., Sober, S., Ratcliffe, S., & Creinin, M. D. (2011). Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception*, *84*(3), 230-233.

Steinauer, J. E., Sokoloff, A., Roberts, E., Drey, E. A., Dehlendorf, C. E., & Prager, S. W. (2014). Immediate versus delayed initiation of the contraceptive patch after abortion: A randomized trial. *Contraception*, *89*(1), 42-7.

Stoddard, A., & Eisenberg, D. L. (2011). Controversies in family planning: Timing of ovulation after abortion and the conundrum of postabortion intrauterine device insertion. *Contraception, 84,* 119-121.

Tang, O. S., Gao, P. P., Cheng, L., Lee, S. W., & Ho, P. C. (1999). A randomized double-blind placebo-controlled study to assess the effect of oral contraceptive pills on the outcome of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*, *14*(3), 722-725.

Tang, O. S., Xu, J., Cheng, L., Lee, S. W., & Ho, P. C. (2002). The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: A randomized placebo controlled trial. *Human Reproduction*, *17*(1), 99-102.

World Health Organization. (2014b). *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations.* Geneva: World Health Organization Press.

World Health Organization. (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use* (5th ed.). Geneva: World Health Organization Press.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed.* Geneva: World Health Organization.

5.4

5. Assistência pós-aborto

Uso de DIU pós-aborto: Segurança e momento adequado

Recomendação:

- Quando uma pessoa escolhe um dispositivo intra-uterino (DIU), deve colocar-se o DIU imediatamente após um aborto por aspiração intra-uterina ou dilatação e evacuação (D&E) bem-sucedido e não complicado.
- Quando uma pessoa escolhe um DIU após o aborto medicamentoso, deve colocar-se o DIU quando for razoavelmente certo que a pessoa já não está grávida.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Alta	11 de Novembro de 2025

Colocação do DIU imediatamente após o aborto antes da 13.ª semana de gestação

Os *Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Contraceptivos* da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2015 e os *Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Contracepção* dos Estados Unidos de 2024 (Nguyen et al., 2024) classificam os dispositivos intra-uterinos (DIUs) como sendo de categoria um ou seguros para uso imediato após o aborto nos primeiros três meses de gravidez; as recomendações não diferem com base no tipo de aborto (Nguyen et al., 2024; WHO, 2015).

Em comparação com os métodos contraceptivos de curta duração, os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, tais como implantes e DIU, têm taxas mais elevadas de continuidade e taxas mais baixas de gravidez e aborto (Blumenthal et al., 1994; Cameron et al., 2012; Korjamo, Mentula & Heikinheimo, 2017b; Langston, Joslin-Rohr, & Westhoff, 2014; Peipert, Madden, Allsworth, & Secura, 2012; Pohjoranta et al., 2015; Roberts, Silva, & Xu, 2010). Numa revisão da *Cochrane* de 2014 de 12 ensaios com 7119 mulheres, constatou-se que a inserção do DIU após aspiração intra-uterina e D&E é segura e prática (Okusanya, Oduwole, & Effa, 2014). A revisão não constatou nenhuma diferença nos eventos adversos graves, como infecção ou perfuração, entre a inserção imediata e tardia. Num ensaio aleatorizado, realizado em 2011, com 575 mulheres para inserção imediata ou tardia do DIU após a aspiração intra-uterina antes da 12.ª semana, constatou-se que (Bednarek et al., 2011). Embora as taxas de expulsão do DIU fossem ligeiramente mais altas após a inserção imediata pós-aborto (5% em comparação a 2,7%), as mulheres designadas para o grupo de inserção tardia tinham uma probabilidade significativamente inferior de receber um DIU (75% em comparação com 100% no grupo imediato) e uma probabilidade superior de ter uma gravidez subsequente (cinco em comparação com nenhuma). Um estudo de coortes histórico comparou a inserção imediata do DIU pós-procedimento realizada por provedores de saúde de nível médio com a inserção realizada por médicos e não constatou nenhuma diferença nos resultados adversos entre os dois grupos (Patil et al., 2016).

Após um aborto medicamentoso antes da 13.ª semana de gestação, pode colocar-se o DIU assim que for razoavelmente certo que a pessoa já não está grávida (OMS, 2024). A inserção do DIU nas primeiras 48 horas após o sucesso do aborto está associada a menos dor do que a inserção tardia (Hogmark et al., 2023). O DIU inserido entre 5 e 10 dias após um aborto medicamentoso bem-sucedido apresenta baixas taxas de expulsão,

altas taxas de continuidade (Betstadt et al., 2011; Sääv, Stephansson, & Gemzell-Danielsson, 2012) e taxas mais baixas de gravidez do que a inserção tardia (Pohjoranta et al., 2017; Saav et al., 2012; Shimoni et al., 2011). Uma revisão sistemática de três ensaios aleatorizados não encontrou diferenças entre a inserção imediata e tardia após o aborto em gestações com menos de nove semanas, e taxas mais elevadas de expulsão, continuação e uso após a inserção imediata em comparação com a inserção tardia às 9-12 semanas de gestação (Schmidt-Hansen et al., 2020). O uso de DIUs é mais elevado após o aborto cirúrgico em comparação com o aborto medicamentoso, apesar de escolhas e desejos contraceptivos similares (Fang, Sheeder, & Teal, 2018; Rocca et al., 2018).

Colocação do DIU imediatamente após o aborto durante ou após a 13.ª semana de gestação

A OMS (2015) e os *Critérios Médicos de Elegibilidade para o Uso de Contraceptivos* dos EUA (2024) classificam o uso do DIU após o aborto não complicado no segundo trimestre como sendo de categoria dois, o que significa que as vantagens de utilizar o método superam os riscos, devido ao possível risco aumentado de expulsão do DIU. A revisão *Cochrane* sobre inserção imediata do DIU no pós-aborto, depois do procedimento de aborto acima mencionado, concluiu que, embora as taxas de expulsão possam ser mais elevadas com a colocação imediata, a continuidade é maior sem aumento nas complicações (Okusanya et al., 2014). Em dois ensaios clínicos aleatorizados controlados de colocação imediata do DIU versus tardia após D&E, as taxas de uso do DIU foram significativamente mais elevadas com a inserção imediata, sem aumento nas taxas de infecção ou complicações (Cremer et al., 2011; Hohmann et al., 2012). As taxas de expulsão nas mulheres que tiveram inserção imediata nos dois estudos foram baixas (3,1% e 6,8%) e não diferiram da inserção tardia. Particularmente, em ambos os estudos, cerca de metade das pessoas aleatorizadas para inserção tardia não regressou para inserir o DIU. O facto de exigir uma visita de acompanhamento para inserção do DIU é uma grande barreira para a obtenção do DIU (Stanek et al., 2009).

Um estudo de 2022 que aleatorizou 114 pessoas que procuraram aborto medicamentoso entre 17 e 20 semanas de gestação para receberem um DIU de cobre pós-aborto imediato ou a colocação três semanas mais tarde, concluiu que muito mais pessoas no grupo imediato estavam a usar um DIU após 6 semanas (56%, em comparação com 19%), apesar de uma taxa de expulsão significativamente mais elevada no grupo imediato (32%, em comparação com 7%) (Constant et al., 2022). Um estudo de menor dimensão aleatorizou 57 pessoas para a colocação imediata ou tardia do DIU hormonal após um aborto medicamentoso entre 12 e 20 semanas de gestação e concluiu que a inserção é viável e segura; porém, o estudo foi insuficiente para avaliar a taxa de expulsão (Korjamo, Mentula, & Heikinheimo, 2017a; Korjamo et al., 2017b). Pode inserir-se um DIU após a expulsão fetal e placentária.

Jovens

O DIU para pessoas com menos de 20 anos é classificado pela OMS e pelos *Critérios Médicos de Elegibilidade para o Uso de Contraceptivos* dos EUA como pertencente à categoria dois, na qual os benefícios geralmente superam os riscos (Nguyen et al., 2024; WHO, 2015). Num extenso estudo de coorte prospectivo feito nos EUA, que examinou as taxas de gravidez, natalidade e aborto em mulheres que tiveram à disposição todos os métodos de controlo de natalidade gratuitamente e incluiu 1056 mulheres com idades abaixo dos 20 anos, constatou-se que 62% das mulheres jovens escolheram um método contraceptivo reversível de longa duração— DIU (22%) ou implante (40%)— em comparação com 71% das mulheres de idade superior (Mestad et al., 2011). As taxas de continuidade aos 12-24 meses foram iguais entre as mulheres de idade superior e mais jovens (Birgisson et al., 2015). As taxas de gravidez, natalidade e aborto induzido nas mulheres jovens no estudo reduziram-se em 75% comparativamente às médias nacionais (Secura et al., 2014).

Numa extensa revisão sistemática e meta-análise realizada em 2017, que explorou os factores de risco para a repetição de gravidezes entre adolescentes e incluiu 26 estudos reportando-se a mais de 160.000 mulheres adolescentes, constatou-se que o uso de contraceptivos reversíveis de longa duração exercia um efeito

protector significativo, juntamente com melhores habilitações académicas e continuação dos estudos (Maravilla et al., 2017).

Numa revisão sistemática de 2017 que examinou o risco de resultados adversos em mulheres jovens usando o DIU, não se constatou nenhuma diferença nas taxas de perfuração, falha contraceptiva, doença inflamatória pélvica ou hemorragia intensa em mulheres abaixo dos 25 anos de idade em comparação com as mulheres de idade superior; as taxas de expulsão do DIU foram ligeiramente mais elevadas nas mulheres jovens (Jatlaoui, Riley & Curtis, 2017). O DIU não aumenta o risco de infertilidade para as mulheres jovens (Grimes, 2000), e a fertilidade das mulheres regressa rapidamente às taxas normais após a extracção do DIU (Hov, Skjeldestad, & Hilstad, 2007).

Quem pode inserir e remover DIUs?

A OMS faz recomendações para a prestação de serviços de DIUs (OMS, 2024), recomendando que a inserção e remoção do DIU esteja dentro do âmbito da prática de profissionais clínicos gerais e especialistas, clínicos associados e associados avançados, enfermeiras, parteiras e enfermeiras-parteiras auxiliares, com base nas competências e conhecimentos esperados para estes papéis de profissionais de saúde. A OMS sugere que, em contextos onde existam mecanismos estabelecidos para incluir profissionais de medicina tradicional e complementar noutras tarefas relacionadas com os cuidados de saúde materna e reprodutiva, estes podem inserir e remover DIU de forma segura e eficaz, e que as enfermeiras auxiliares podem inserir e remover DIU no contexto da investigação. Para mais informações sobre os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto, ver *Anexo C: Recomendações da Organização Mundial da Saúde para os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto.*

Referências

Bednarek, P. H., Creinin, M. D., Reeves, M. F., Cwiak, C., Espey, E., & Jensen, J. T. (2011). Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. *New England Journal of Medicine, 364*(23), 2208-2217.

Betstadt, S. J., Turok, D. K., Kapp, N., Feng, K. T., & Borgatta, L. (2011). Intrauterine device insertion after medical abortion. *Contraception*, *83*(6), 517-521.

Birgisson, N. E., Zhao, Q., Secura, G. M., Madden, T., & Peipert, J. (2015). Preventing unintended pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in review. *Journal of Women's Health Larchmont, 24*(5), 349-353.

Blumenthal, P. D., Wilson, L. E., Remsburg, R. E., Cullins, V. E., & Huggins, G. R. (1994). Contraceptive outcomes among post-partum and post-abortal adolescents. *Contraception, 50*(5), 451-460.

Cameron, S., Glasier, A., Chen, Z., Johnstone, A., Dunlop, C., & Heller, R. (2012). Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 119*(9), 1074-1080

Cremer, M., Bullard, K. A., Mosley, R. M., Weiselberg, C., Molaei, M., Lerner, V., & Alonzo, T. A. (2011). Immediate vs. delayed post-abortal copper T 380A IUD insertion in cases over 12 weeks of gestation. *Contraception*, *83*(6), 522-527.

Fang, N., Sheeder, J., & Teal, S. (2018). Factors associated with initiating long-acting reversible contraception immediately after first-trimester abortion. *Contraception, 98*, 292-295.

Grimes, D. (2000). Intrauterine device and upper genital tract infection. *The Lancet, 356*, 1013-1019.

Hogmark, S., Liljeblad, K. L., Envall, N., Gemzell-Danielsson, K., & Kallner, H. K. (2023). Placement of an intrauterine device within 48 hours after early medical abortion—A randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *228*(1), 53.e1-53.e9.

Hohmann, H. L., Reeves, M. F., Chen, B. A., Perriera, L. K., Hayes, J. L., & Creinin, M. D. (2012). Immediate versus delayed insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine device following dilation and evacuation: A randomized controlled trial. *Contraception*, *85*(3), 240-245.

Hov, G. G., Skjeldestad, F. E., & Hilstad, T. (2007). Use of IUD and subsequent fertility-follow-up after participation in a randomized clinical trial. *Contraception, 75*, 88-92.

Jatlaoui, T. C., Riley, H. E. M., & Curtis, K. (2017). The safety of intrauterine devices among young women: A systematic review. *Contraception, 95*, 17-39.

Korjamo, R., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2017a). Expulsions and adverse events following immediate and later insertion of a levonorgestrel-releasing intrauterine system after medical termination of later first- and second-trimester pregnancy: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology,* https://doi.org/10.1111/147-0528.14813.

Korjamo, R., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2017b). Immediate versus delayed initiation of the levonorgestrel-releasing intrauterine system following medical termination of pregnancy - 1 year continuation rates: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology,* https://doi.org/10.1111/1471-0528.14802.

Langston, A. M., Joslin-Roher, S. L., & Westhoff, C. L. (2014). Immediate postabortion access to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within one year in a New York City practice. *Contraception, 89*(2), 103-108.

Maravilla, J. C., Betts, K. S., Cuoto e Cruz, C., & Alati, R. (2017). Factors influencing repeated teenage pregnancy: A review and meta-analysis. *Australian Journal of Obstetrics & Gynecology,* 527-545.

Mestad, R., Secura, G., Allsworth, J. E., Madden, T., Zhou, Q., & Peipert, J. (2011). Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception, 84*(5), 493-498.

Nguyen, A. T., Curtis, K. M., Tepper, N. K., Kortsmit, K., Brittain, A. W., Snyder, E. M., Cohen, M. A., Zapata, L. B., Whiteman, M. K., Baker, C., Dethier, D., Garbarino, S., Gold, H., Halper, E., Kapp, N., Krishna, G., Meurice, M., Ramer, S., Rodenhizer, J., ... Wright, S. (2024). U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. *MMWR Recommendations and Reports*, *73*(4), 1–126.

Okusanya, B. O., Oduwole, O., & Effa, E. E. (2014). Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *7*, DOI: 10.1002/14651858.CD001777.pub4.

Patil, E., Darney, B., Orme-Evans, K., Beckley, E. H., Bergander, L., Nichols, M., & Bednarek, P. H. (2016). Aspiration abortion with immediate intrauterine device insertion: Comparing outcomes of advanced practice clinicians and physicians. *Journal of Midwifery and Women's Health*, *61*(3), 325-330. DOI:10.1111/jmwh.12412

Referências continuado

Peipert, J. F., Madden, T., Allsworth, J. E., & Secura, G. M. (2012). Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstetrics & Gynecology*, *120*(6), 1291-1297.

Pohjoranta, E., Mentula, M., Gissler, M., Suhonen, S., & Heikinheimo, O. (2015). Provision of intrauterine contraception in association with first trimester induced abortion reduces the need of repeat abortion: First-year results of a randomized controlled trial. *Human Reproduction, 30*(11), 2539-46.

Pohjoranta, E., Suhonen, S., Mentula, M., & Heikinheimo O. (2017). Intrauterine contraception after medical abortion: Factors affecting success of early insertion. *Contraception*, 95(3), 257-262.

Roberts, H., Silva, M., & Xu, S. (2010). Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception, 82*(3), 260-265.

Rocca, C. H., Goodman, S., Grossman, D., Cadwallader, K., Thompson, K. M. J., Talmont, E., . . . Harper, C. C. (2018). Contraception after medication abortion in the United States: results from a cluster randomized trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 218*(1), 107. e101-107.e108

Sääv, I., Stephansson, O., & Gemzell-Danielsson, K. (2012). Early versus delayed Insertion of intrauterine contraception after medical abortion—A randomized controlled trial. *PLoS One*, *7*(11), e48948.

Schmidt- Hansen, M., Hawkins, J.E., Lord, J., Williams, K., Lohr, P.A., Hasler, E., & Cameron, S. (2020). Long-acting reversible contraception immediately after medical abortion: systematic review with meta-analyses. *Human Reproduction Update*, *26*(2), 141-160.

Secura, G. M., Madden, T., McNicholas, C., Mullersman, J., Buckel, C. M., Zhao, Q., & Peipert, J. (2014). Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. *New England Journal of Medicine, 371*(14), 1316-1323.

Shimoni, N., Davis, A., Ramos, M. E., Rosario, L., & Westhoff, C. (2011). Timing of copper intrauterine device insertion after medical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, *118*(3), 623-628.

Stanek, A. M., Bednarek, P. H., Nichols, M. D., Jensen, J. T., & Edelman, A. B. (2009). Barriers associated with the failure to return for intrauterine device insertion following first-trimester abortion. *Contraception, 79*(3), 216-220.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use* (5th ed.). Geneva: World Health Organization Press.

5.5

5. Assistência pós-aborto

Hemorragia pós-aborto: Prevenção e tratamento

Recomendação:

- Os clínicos devem considerar medidas para prevenir ou preparar-se para o aumento de sangramento em pessoas com alto risco de hemorragia e que são submetidas a aborto
- A hemorragia causada pela atonia pode ser tratada com massagem uterina, medicamentos uterotónicos, repetição da aspiração, tamponamento ou cirurgia.
- As pessoas com hemorragia precisam de ser atentamente monitorizadas quanto à presença de sinais de choque.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisãod:
Forte	Baixa	11 de Novembro de 2025

Epidemiologia

A *Society for Family Planning* define a hemorragia pós-aborto como o sangramento excessivo que requer uma resposta clínica, como transfusão ou internamento clínico e/ou sangramento acima de 500 ml (Glibert et al., 2023; Kerns, Brown, Nippita & Steinauer, 2024). A hemorragia após o aborto induzido é rara, ocorrendo em 0 a 3 por 1000 casos após um aborto medicamentoso até a 9.ª semana de gestação ou após aspiração intra-uterina antes da 13.ª semana de gestação e 0,3 a 10 por 1000 casos após o esvaziamento intra-uterino realizado durante ou após a 13.ª semana de gestação (Kerns, Brown, Nippita & Steinauer, 2024 Kerns et al., 2019; Upadhyay et al., 2014). As causas de sangramento incluem placenta prévia ou acreta, atonia uterina, retenção de produtos da concepção, laceração cervical ou vaginal, lesão uterina e coagulopatia (Kerns, Brown, Nippita & Steinauer, 2024; Perriera, Arslan, & Masch, 2017).

Prevenção

Todas as pessoas que se apresentam para os serviços/cuidados de aborto devem ser questionadas sobre aspectos de seu histórico médico que estejam associados ao aumento do risco de sangramento. Isso inclui uma revisão de complicações obstétricas, especialmente hemorragia, ter tido dois ou mais partos por cesariana, um distúrbio hemorrágico, idade gestacional superior a 20 semanas, morte fetal, obesidade, idade materna avançada e placenta prévia ou acreta (Kerns, Brown, Nippita & Steinauer, 2024; Kerns et al., 2019; Whitehouse et al., 2017). Os provedores de serviços de saúde podem considerar medidas para prevenir ou preparar-se para o aumento do sangramento—tais como a análise de hemoglobina ou hematócrito pré-aborto, garantir que medicamentos uterotónicos estejam prontamente disponíveis, preparar-se para uma possível transfusão ou fazer encaminhamento para um serviço de nível superior—embora haja poucas evidências para orientar a prática (Kerns, Brown, Nippita & Steinauer, 2024). Em um estudo aleatorizado, a adição de quatro unidades de vasopressina a um bloqueio paracervical pré-procedimento diminuiu significativamente a perda de sangue durante os procedimentos de dilatação & evacuação e reduziu a incidência de hemorragia pós-aborto quando comparada ao placebo (Schulz, Grimes, & Christensen, 1985). Este efeito foi maior

em idades gestacionais posteriores. Não foi demonstrado que a administração de ocitocina ou sintocina profilática (5 ou 10 unidades) diminui o sangramento pós-procedimento após a aspiração manual intra-uterina no primeiro trimestre de uma maneira clinicamente significativa (Nygaard et al., 2010; Ali & Smith, 1996). Quando administrados antes dos procedimentos de dilatação e evacuação (D&E), realizados entre as 18 e 24 semanas de gestação, 30 unidades de ocitocina diminuíram a perda de sangue e a incidência de hemorragia em comparação ao placebo (Whitehouse et al., 2019). Verificou-se que a metilergonovina, um medicamento habitualmente administrado profilaticamente para evitar hemorragias excessivas após a D&E, aumenta, em vez de diminuir, as hemorragias quando administrado profilaticamente imediatamente após D&E entre 20-24 semanas (Kerns, et al., 2021).

Diagnóstico

Quando houver suspeita de hemorragia pós-aborto, os profissionais clínicos devem adoptar uma abordagem rápida e sistemática para avaliação e tratamento. A avaliação inicial inclui inspecção do colo do útero quanto à presença de lacerações, exame bimanual para avaliar a atonia e sensibilidade uterina à palpação e aspiração intra-uterina ou exame ecográfico para avaliar produtos da concepção retidos ou sangue (Kerns, Brown, Nippita & Steinauer, 2024).

Controlo

As lacerações cervicais podem ser tratadas com pressão directa com gaze ou uma pinça (fórceps) de anel, aplicação de agentes coagulantes tópicos (nitrato de prata ou solução de subsulfato férrico), ou colocando suturas absorvíveis (Kerns, Brown, Nippita & Steinauer, 2024).

A atonia uterina requer uma resposta rápida e sequencial, começando com massagem uterina, seguida de uterotónicos, repetição da aspiração, tamponamento uterino e, por fim, medidas cirúrgicas. Os clínicos devem avançar rapidamente para o passo seguinte se a hemorragia não ficar controlada. Quando se usam medicamentos uterotónicos, podem usar-se doses adicionais ou repetidas se o sangramento não melhorar depois da primeira dose (Kerns, Brown, Nippita & Steinauer, 2024).

Medicamentos uterotónicos e posologias.[*]

Medicamento	Posologia
Metilergonovina	0,2 mg por via intramuscular ou intracervical; pode repetir-se a cada 2 a 4 horas. Evitar em pessoas com hipertensão.
Misoprostol	800-1000 mcg por via bucal ou sublingual
Oxitocina	10 a 40 unidades por 500 a 1000 ml de fluidos por via intravenosa ou 10 unidades por via intramuscular
Tamponamento intra-uterino	Gaze estéril ou 30 a 75 ml balão de cateter de *Foley*, balão obstétrico ou cateter com preservativo colocado no útero

* Extraído a partir dos dados sobre pós-parto (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017 reafirmado em 2024; Escobar et al., 2022; Kerns, Brown, Nippita & Steinauer, 2024; Mavrides et al., 2016; ; Prata & Weidert, 2016; World Health Organization (WHO), 2020).

Se o tamponamento for usado para parar o sangramento, o balão de Foley, balão obstétrico, gaze ou cateter com preservativo deve ser deixado no local durante várias horas enquanto a paciente é observada. Se permanecer estável depois de o balão ser extraído, a paciente pode receber alta hospitalar.

Se o sangramento continuar após a garantia de esvaziamento intra-uterino completo e se não houver lacerações visíveis, os provedores de cuidados têm de considerar outras complicações, tais como perfuração,

coagulopatia ou placenta acreta (National Abortion Federation, 2024). Se a coagulopatia, tal como a coagulação intravascular disseminada, estiver presente, podem ser necessários produtos sanguíneos. As medidas cirúrgicas, incluindo histerectomia, suturas de compressão uterina, laqueação das artérias uterinas ou embolização das artérias uterinas podem ser realizadas para o sangramento grave que não consiga ser controlado por outras medidas. Os provedores de cuidados nos centros de saúde que não disponham de salas de operação ou conhecimentos especializados devem ter protocolos claros para reanimação e transferência para um nível superior de serviços. As pessoas em risco de choque necessitam de colocação de via intravenosa, oxigénio suplementar, reposição de fluidos e administração de produtos sanguíneos conforme indicado.

Quem pode fazer o tratamento inicial da hemorragia pós-aborto sem risco de vida?

A OMS faz recomendações para o tratamento inicial da hemorragia pós-aborto, que incluem o reconhecimento da complicação, a estabilização da pessoa e o fornecimento de fluidos intravenosos antes do encaminhamento para um profissional ou unidade sanitária adequada (OMS, 2024). A OMS recomenda que os profissionais clínicos gerias e especialistas, clínicos associados e associados avançados, parteiras, enfermeiros, enfermeiros auxiliares e enfermeiras-parteiras auxiliares, e profissionais de medicina tradicional e complementar podem prestar estes cuidados com base no seu âmbito de prática estabelecido ou nos conhecimentos e competências esperados para o papel de profissional de saúde (OMS, 2024). Para mais informações sobre os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto, ver *Anexo C: Recomendações da Organização Mundial da Saúde para os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto*.

Referências

Ali, P.B. & Smith, G. (1996). The effect of syntocinon on blood loss during first trimester suction curettage. *Anesthesia*, 51, 483-485.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017 reaffirmed 2024). ACOG Practice Bulletin Number 183: Postpartum hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology, 130*(4), e168-e186.

Escobar, M. F., Nassar, A. H., Theron, G., Barnea, E. R., Nicholson, W., Ramasauskaite, D., Lloyd, I., Chandraharan, E., Miller, S., Burke, T., Ossanan, G., Andres Carvajal, J., Ramos, I., Hincapie, M. A., Loaiza, S., Nasner, D., & FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. (2022). FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *157*(S1), 3–50.

Gilbert, C. M., Matulich, M. C., Ponzini, M. D., Wilson, M. D., & Creinin, M. D. (2023). Clinical interventions are more accurate than quantitative measurements for defining hemorrhage with dilation and evacuation. *Contraception*, *120*, 109914.

Kerns, J.L., Pearlson, G., Mengesha, B., Harter, K., Jackson, R.A. & Drey, E.A. (2021). A randomized controlled trial of methylergonovine prophylaxis after dilation and evacuation abortion. *Contraception, 103*(2), 116-120.

Kerns, J. L., Brown, K., Nippita, S., & Steinauer, J. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Management of hemorrhage at the time of abortion. *Contraception*, *129*.

Kerns, J., Ti, A., Askel, S., Lederle, L., Sokoloff, A., & Steinauer, J. (2019). Disseminated intravascular coagulation and hemorrhage after dilation and evacuation abortion for fetal death. *Obstetrics & Gynecology*, *134*(4), 708-713.

Lauerson, N. H., & Conrad, P. (1974). Effect of oxytocic agents on blood loss during first trimester suction curettage. *Obstetrics & Gynecology, 44*(3), 428-433.

Mavrides, E., Allard, S., Chandraharan, E., Collins, P., Green, L., Hunt, B. J., ... on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2016). Prevention and management of postpartum hemorrhage. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 124,* e106-e149.

Morris, J. L., Winikoff, B., Dabash, R., Weeks, A., Faundes, A., Gemzell-Danielsson, ... Visser, G. H. A. (2017). FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 138*(3), 363-366.

National Abortion Federation. (2024). *Clinical Policy Guidelines*. Washington DC: National Abortion Federation.

Referências continuado

Nygaard, I. H. H., Valbo, A., Heide, H. C., & Kresovic, M. (2010). Is oxytocin given during surgical termination of first trimester pregnancy useful? A randomized controlled trial. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 90*, 174-178.

Perriera, L. K., Arslan, A. A., & Masch, R. (2017). Placenta previa and the risk of adverse outcomes during second trimester abortion: A retrospective cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 57*(1), 99-104.

Prata, N., & Weidert, K. (2016). Efficacy of misoprostol for the treatment of postpartum hemorrhage: Current knowledge and implications for health care planning. *International Journal of Women's Health, 8*, 341-349.

Schulz, K. F., Grimes, D. A., & Christensen, D. D. (1985). Vasopressin reduces blood loss from second-trimester dilatation and evacuation abortion. *The Lancet, 2*, 353-356.

Upadhyay, U., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P., & Taylor, D. (2014). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology, 125*, 175-183.

Whitehouse, K., Tschann, M., Davis, J., Soon, R., Salcedo, J., Friedlander, E., & Kaneshiro, B. (2017). Association between prophylactic oxytocin use during dilation and evacuation and estimated blood loss. *Contraception, 96*, 19-24.

Whitehouse, K., Tschann, M., Soon, R., Davis, J., Micks, E., Salcedo, J., ... & Kaneshiro, B. (2019). Effects of prophylactic oxytocin on bleeding outcomes in women undergoing dilation and evacuation. *Obstetrics & Gynecology, 133*(3), 484-491.

World Health Organization. (2020). *WHO recommendation on routes of oxytocin administration for the prevention of postpartum haemorrhage after vaginal birth.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed*. Geneva: World Health Organization.

5.6 Tratamento de perfuração uterina

Recommendation:

- Qualquer pessoa com suspeita de perfuração uterina, mesmo que assintomática, deve ser informada da complicação e seu estado clínico deve ser observado.
  - Se estiver estável, a pessoa deve receber informações sobre sinais de alerta que indicam que ela deve procurar atendimento de emergência, se necessário, e ter um plano de acompanhamento antes de receber alta numa unidade sanitária.
  - Se for constatado um estado clínico instável ou agravado, deve-se transferir a mulher para uma unidade sanitária de nível terciário para tratamento adicional.
- Qualquer pessoa com perfuração uterina conhecida e com evidência de lesão intestinal deve ser transferida para uma unidade sanitária de nível terciário para tratamento adicional.

Força da recomendação:	Qualidade da evidência:	Última revisão:
Forte	Baixa	11 de Novembro de 2025

Epidemiologia

A perfuração uterina no momento da aspiração manual intra-uterina é uma complicação rara, mas potencialmente grave e estima-se que pode ocorrer entre 0.1 e 3 por 1.000 procedimentos de aborto induzido (Kerns, Brown, Nippita & Steinauer, 2024; Pridmore & Chambers, 1999). Esta frequência aumenta com o avanço da idade gestacional e quando o procedimento é realizado por profissionais pouco experientes (Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, 2013 reafirmado em 2023).

Factores que podem aumentar o risco de perfuração uterina no momento do aborto cirúrgico (Shakir & Diab, 2013; Obed & Wilson, 1999; Grimes, et al., 2006):

- Posição do útero—retrovertida, antevertida aguda ou retroflexa
- Infecção
- Multiparidade
- Gestação múltipla
- Idade gestacional avançada
- Preparação cervical inadequada
- Dilatação cervical difícil
- Anomalias uterinas ou cavidade distorcida por miomas
- Cirurgia cervical/uterina prévia, incluindo cesariana
- Inexperiência do provedor
- Apresentação para assistência pós-aborto (após procedimento de aborto inseguro)

A perfuração uterina pode ocorrer em quase qualquer etapa do processo de aborto, à medida que os instrumentos são introduzidos no útero. Além disso, pode ocorrer perfuração por um objecto ou acessório estranho usado para realizar um aborto inseguro.

A localização da perfuração pode estar em qualquer parte do útero, embora a superfície anterior ou posterior da linha média do fundo seja a mais comum (Sharma, Malhotra e Pundir, 2003). A perfuração uterina geralmente não é detectada e desaparece sem a necessidade de intervenção para pessoas que têm procedimentos antes da 13ª semana de gestação (Kaali, Szigetvari e Bartfai, 1989; Sharma, Malhotra e Pundir, 2003). Por exemplo, a perfuração com um instrumento pequeno e contundente/perfuro-cortante no fundo provavelmente não causará problemas, curará rapidamente e não precisará de tratamento adicional. As perfurações uterinas laterais são raras, mas são particularmente preocupantes, dada a proximidade dos ramos da artéria uterina e o risco de sangramento grave (Berek & Stubblefield, 1979).

Diagnóstico

Um provedor de serviço de saúde deve suspeitar de perfuração uterina quando ocorrer uma súbita perda de resistência durante a dilatação cervical ou aspiração intra-uterina, permitindo que um instrumento passe muito além do comprimento esperado do útero. Se disponível, a ecografia pode ser uma ajuda útil para o diagnóstico (Coughlin, Sparks, Chase & Smith, 2013; Crosfil & Hughes, 2006; Gakhal & Levy, 2009; Shalev, Ben-Ami e Zuckerman, 1986; Skolnick, Katz & Lancet, 1982).

A perfuração uterina pode ser visualizada durante a laparoscopia e laparotomia. Um provedor não precisa diagnosticar definitivamente uma perfuração se a paciente estiver estável e a preocupação com lesão intra-abdominal for baixa. Se um provedor vir tecido adiposo amarelo no aspirado uterino, sua suspeita de perfuração uterina e lesão intestinal deve ser alta e a mulher deve ser encaminhada para tratamento cirúrgico imediato, estando ela estável ou não. O reconhecimento imediato e o manejo de lesões nas vísceras abdomino-pélvicas (intestino, bexiga, vasos sanguíneos, etc.) resultantes da perfuração uterina são necessários para evitar complicações graves (Obed & Wilson, 1999; Amarin & Badria, 2005).

Tratamento

Em muitos casos, os provedores podem tratar a perfuração uterina sem complicações antes de 13 semanas de gestação de maneira conservadora, observando quaisquer alterações no estado clínico (Moburg, 1976; Freiman & Wulff, 1977; Grimes, Schultz & Cates, 1984; Mittal & Misra, 1985; Chen, Lai, Lee & Leong, 1995; Lindell & Flam, 1995; Peterson et al., 1983; Pridmore & Chambers, 1999). Os provedores devem ter um nível mais alto de suspeita de lesão intra-abdominal quando uma perfuração ocorre em um aborto realizado durante ou após a 13ª semana de gestação ou durante a dilatação e evacuação; essas pacientes devem ser prontamente encaminhadas para avaliação adicional, pois pode ser necessário tratamento adicional (Darney, Atkinson & Hirabayashi, 1990).

Se houver preocupação com danos às vísceras abdomino-pélvicas, incluindo intestino, mas a pessoa estiver estável e experiência e equipamento apropriados estiverem disponíveis, a laparoscopia é o método investigativo de escolha. Em caso de dano intestinal ou hérnia óbvios através do defeito uterino, sangramento excessivo ou instabilidade hemodinâmica, a laparotomia imediata pode ser preferível (Lauersen & Birnbaum, 1973; Grimes, Schultz & Cates, 1984; Chen et al., 1995; Lindell & Flam, 1995; Kumar & Rao, 1998; Obed & Wilson, 1999). Se o aborto não foi concluído, o útero deve ser esvaziado sob visualização directa no momento da laparoscopia ou laparotomia (Lauersen & Birnbaum, 1973; Goldschmitt et al., 1995; Chen et al., 1995). Nenhuma evidência está disponível para apoiar a segurança ou eficácia do tratamento médico para concluir o esvaziamento uterino imediatamente após perfuração uterina suspeita ou confirmada.

Os provedores das unidades sanitárias sem salas de cirurgia disponíveis ou inexperientes devem ter protocolos claros de reanimação e transferência para um nível mais alto de cuidados. Pacientes em risco de choque requerem colocação de linha intravenosa, oxigénio suplementar, reanimação por fluidos e substituição de produtos sanguíneos, conforme indicado.

Referências

Amarin, Z.O. & Badria, L.F. (2005) A survey of uterine perforation following dilatation and curettage or evacuation of retained products of conception. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 271*(3), 203-6.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013 reaffirmed 2023). Second-trimester abortion: ACOG Practice Bulletin No. 135. *Obstetrics & Gynecology*, *121*(6), 1394-406.

Berek J.S. & Stubblefield, P.G. (1979). Anatomic and clinical correlates of uterine perforation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 135*(2), 181-4.

Chen, L.H., Lai, S.F., Lee, W.H., & Leong, N.K. (1995). Uterine perforation during elective first trimester abortions: A 1 year review. *Singapore Medical Journal, 36*(1), 63–7.

Coughlin, L.M., Sparks, D.A., Chase, D.M., & Smith, J. (2013). Incarcerated small bowel associated with elective abortion uterine perforation. *Journal of Emergency Medicine*, *44*(3), e303-306.

Crosfill, F.M., & Hughes, S. (2006). Ultrasound scan appearance of perforated uterus after surgical evacuation of retained products of conception. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 26*(3), 278–9.

Darney, P.D., Atkinson, E., & Hirabayashi, K. (1990). Uterine perforation during second-trimester abortion by cervical dilation and instrumental extraction: A review of 15 cases. *Obstetrics & Gynecology*, 75(3 Pt 1), 441–4.

Freiman, S.M., & Wulff, G.J. (1977). Management of uterine perforation following elective abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 50(6), 647–50.

Gakhal, M.S., & Levy, H.M. (2009). Sonographic diagnosis of extruded fetal parts from uterine perforation in the retroperitoneal pelvis after termination of intrauterine pregnancy that were occult on magnetic resonance imaging. *Journal of Ultrasound in Medicine,* 28(12):1723–7.

Grimes, D.A., Schulz, K.F., & Cates WJ. (1984) Prevention of uterine perforation during curettage abortion. The Journal of the American Medical Association, *27;251*(16), 2108–11.

Grimes, D.A., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., Okonofua, F.E., & Shah I.H. (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic. *The Lancet,* 368(9550), 1908-19.

Goldschmit, R., Elchalal, U., Dgani, R., Zalel, Y., & Matzkel, A. (1995). Management of uterine perforation complicating first-trimester termination of pregnancy. *Israel Journal of Medical Sciences*, (4), 232-4.

Kaali, S.G., Szigetvari, I.A., & Bartfai, G.S. (1989). The frequency and management of uterine perforations during first trimester abortions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *161*(2), 406–8.

Kerns, J. L., Brown, K., Nippita, S., & Steinauer, J. (2024). Society of Family Planning Clinical Recommendation: Management of hemorrhage at the time of abortion. *Contraception*, *129*.

Kumar, P., Rao, P. (1988). Laparoscopy as a diagnostic and therapeutic technique in uterine perforations during first trimester abortions. *Asia-Oceania Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 14(1), 55–9.

Lauersen, N.H., Birnbaum, S. (1973). Laparscopy as a diagnostic and therapeutic technique in uterine perforations during first trimester abortions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 117(4), 522-6.

Lindell, G., Flam, F. (1995). Management of uterine perforations in connection with legal abortions. *Acta* Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*,* 74(5), 373–5.

Mittal, S., Misra, S.L. (1985). Uterine perforation following medical termination of pregnancy by vacuum aspiration. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, *23*(1), 45–50.

Moberg, P.J. (1976). Uterine perforation in connection with vacuum aspiration for legal abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, *14*(1), 77–80.

Obed, S.A., & Wilson, J.B. (1999). Uterine perforation from induced abortion at Korle Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana: A five year review. *West African Journal of Medicine, 18*(4), 286–9.

Peterson,W.F., Berry, N., Grace, M.R., Gulbranson, C. L. (1983). Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11,747 cases. *Obstetrics & Gynecology, 62*(2), 185-190.

Pridmore, B.R, & Chambers, D.G. (1999). Uterine perforation during surgical abortion: a review of diagnosis, management and prevention. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *39*(3), 349–53.

Referências continuado

Shakir, F, & Diab, Y. (2013). The perforated uterus. *The Obstetrician & Gynaecologist, 15*(4), 256-61.

Shalev, E., Ben-Ami, M., & Zuckerman, H. (1986). Real-time ultrasound diagnosis of bleeding uterine perforation during therapeutic abortion. *Journal of Clinical Ultrasound*, *14*(1), 66–7.

Sharma, J.B., Malhotra, M., & Pundir, P. (2003). Laparoscopic oxidized cellulose (Surgicel) application for small uterine perforations. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 83*(3), 271–5.

Skolnick, M.L., Katz, Z., & Lancet, M. (1982). Detection of intramural uterine perforation with real-time ultrasound during curettage. *Journal of Clinical Ultrasound, 10*(7), 337–8.

A.

Anexo A

Tabela de medicamentos para a dor

Os medicamentos apresentados na tabela abaixo são frequentemente usados para controlo da dor durante a aspiração intra-uterina e dilatação e evacuação. Existem várias outras opções. Esta tabela não cobre os agentes anestésicos gerais.

Tanto os ansiolíticos como os narcóticos podem causar depressão respiratória, especialmente quando são usados conjuntamente. Assim, devem usar-se doses mais baixas quando são usados conjuntamente do que em separado. Quando os medicamentos são administrados por via intravenosa imediatamente antes de um procedimento, estes devem ser administrados de forma lenta e intermitente por um provedor de saúde especialmente qualificado. Efeitos secundários problemáticos podem ser evitados por pequenas doses intravenosas repetidas que são tituladas ao nível de dor e sedação de uma pessoa. O pico de efeito analgésico deve ocorrer durante o procedimento para evitar a sedação excessiva pós-procedimento.

Mesmo os clínicos que usam analgesia de sedação mais leve devem ser capazes de controlar a paragem respiratória, no caso improvável de ocorrência de uma dose excessiva não intencional. Os provedores de saúde devem ter formação em cuidados de vias aéreas e reanimação cardiopulmonar. Os equipamentos de reanimação e medicamentos antagonistas apropriados (naloxona e flumazenil) devem estar disponíveis.

Aviso legal: *Este recurso é concebido para ser um recurso suplementar para profissionais clínicos e NÃO se destina a servir como substituto da informação de prescrição do medicamento ou do julgamento clínico que considera as circunstâncias específicas das pacientes e das unidades sanitárias.*

Última revisão: 10 de Janeiro de 2026

Tipo de medicamento	Nome genérico do medicamento	Dose e horário de administração	Semivida	Efeitos secundários	Comentários
Anestésico local *Ver secção 2.5 Bloqueio Paracervical*	Lidocaína	20 ml de solução a 1% ou 10 ml de solução a 2% num bloqueio paracervical que não exceda 4.5mg/kg	60-90 minutos	Zumbido nos ouvidos; vertigem; insensibilidade nos lábios, boca e língua; sabor metálico Extremamente raro: Convulsões	• Retirar o êmbolo antes da injecção para evitar injecção intravascular • Reacção alérgica é muito rara. As reacções que ocorrem podem ser devido a conservantes em frascos multidoses. A alergia à lidocaína sem conservantes é extremamente rara.
Anti-inflamatórios não esteroides (AINE)	Ibuprofeno	Oral: 400-800 mg 1 hora antes do procedimento	2 horas	Possível perturbação gastrointestinal	Não utilizar em pessoas com úlcera péptica activa ou insuficiência renal
	Naproxeno	Oral: 500 mg 1 hora antes do procedimento	2 horas	Possível perturbação gastrointestinal	Não utilizar em pessoas com úlcera péptica activa ou insuficiência renal
	Cetorolac	Oral: 20 mg 1 hora antes do procedimento IV: 30 mg durante pelo menos 15 segundos 30-60 minutos antes do procedimento IM: 60 mg 30-60 minutos antes do procedimento Para mulheres com menos de 50 kg, todas as doses devem ser reduzidas para a metade	4-6 horas		• A dose única de cetorolac IM antes da cirurgia pode reduzir o uso de opióides e dor pós-operatória (de Oliveira, 2012; Roche, 2011) • Não utilizar em mulheres com úlcera péptica activa, insuficiência renal, amamentação ou sensibilidade a outros AINE • A dor episódica deve ser controlada com narcóticos em vez de aumentar cetorolac para além das doses recomendadas
Analgésico	Acetaminofeno	Oral: 500-1000 mg 30-60 minutos antes do procedimento	2-4 horas		• Não é um medicamento analgésico de primeira linha para aspiração intra-uterina ou aborto medicamentoso. Pode ser usado como antipirético • A toxicidade hepática por dose excessiva (dose máxima = 4000 mg/dia) é um risco
Combinação narcótico/analgésico	Acetaminofeno 300 mg + codeína 30 mg	Oral: 1-2 comprimidos 1 hora antes do procedimento	2-4 horas	Sonolência; tonturas; náuseas e vômitos	• Estar ciente da combinação com outros produtos contendo acetaminofeno. A toxicidade hepática por dose excessiva de acetaminofeno (dose máxima = 4000 mg/dia) é um risco.
	Acetaminofeno 500 mg + hidrocodona 5 mg	Oral: 1-2 comprimidos 1 hora antes do procedimento	4-6 horas	Sonolência; tonturas; náuseas e vômitos	• Estar ciente da combinação com outros produtos contendo acetaminofeno. A toxicidade hepática por dose excessiva de acetaminofeno (dose máxima = 4000 mg/dia) é um risco.

Tipo de medicamento	Nome genérico do medicamento	Dose e horário de administração	Semivida	Efeitos secundários	Comentários
Narcótico	Meperidina	Oral: 100-150 mg, 30 - 60 minutos antes do procedimento IV: 25-50 mg 5-15 minutos antes do procedimento IM/SC: 50-100 mg, 30-90 minutos antes do procedimento	2-4 horas	Sonolência; tonturas; náuseas e vómitos; diminuição da frequência respiratória; perda de consciência; hipotensão; convulsões	• Administração IM ou SC preferível à IV • Se a respiração estiver comprometida, prestar assistência respiratória (cuidados às vias aéreas, oxigénio e saco de reanimação) e inverter com naloxona (ver agente de reversão para narcóticos, abaixo) • Início de acção mais rápido e duração mais curta do que a morfina • Meperidina 300 mg PO=Meperidina 75mg IV=morfina 10 mg IV
	Fentanil	IV: 50-100 mcg imediatamente antes do procedimento (pode repetir a cada 5-10 minutos, não exceder 250 mcg)	4 horas	Sonolência; tonturas; fraqueza; bradicardia; diminuição da frequência respiratória; perda de consciência; hipotensão; convulsões	• Se a respiração estiver comprometida, prestar assistência respiratória (cuidados às vias aéreas, oxigénio e saco de reanimação) e inverter com naloxona (ver agente de reversão para narcóticos, abaixo) • Início de acção mais rápido e duração mais curta do que a morfina • Fentanilo 100 mcg IV = morfina 10 mg IV • O início de acção é de 2-7 minutos quando administrado IV
	Lorazepam	Oral: 1-2mg 30-60 minutos antes do procedimento IV: 2mg administrado durante 15-20 minutos antes do procedimento IM: 0.05 mg/kg até um máximo de 4mg dentro de 2 horas antes do procedimento	14 horas	Visão turva; vertigem; desorientação; diminuição da frequência respiratória; perda de consciência	• Se a respiração estiver comprometida, prestar assistência respiratória (cuidados às vias aéreas, oxigénio e saco de reanimação) e inverter com flumazenil (ver agente de reversão para narcóticos, abaixo) • Efeito amnésico
Agente de reversão para narcóticos	Naloxona	IV/IM/SC: 0,4 mg a cada 2 minutos até que a reversão seja vista	1-1.5 horas		• A duração da acção da naloxona é de 1 hora e pode desaparecer antes dos narcóticos. Portanto, as pacientes tratadas com naloxona têm de ser atentamente monitorizadas durante várias horas. • Manter as vias respiratórias e a respiração administrando naloxona

Tipo de medicamento	Nome genérico do medicamento	Dose e horário de administração	Semivida	Efeitos secundários	Comentários
Agente de reversão para benzodiazepina	Flumazenil	IV: 0,2 mg a cada minuto até a respiração retornar. Não exceder 1 mg	1 hora		• A duração da acção de flumazenil é de 1 hora e pode desaparecer antes de benzodiazepina. Portanto, as pacientes tratadas por flumazenil têm de ser atentamente monitorizadas durante várias horas. Em caso de sobredosagem de narcóticos e benzodiazepina, reverter os narcóticos primeiro com naloxona e usar, posteriormente, flumazenil se necessário. • Manter as vias respiratórias e a respiração administrando flumazenil.
Tratamento para reacção de hipersensibilidade/ anafilaxia	Epinefrina	IM/SC: 0,2-0,5 mg a cada 5-15 minutos IV: 0,1 mg diluído com 10 mL de soro fisiológico administrada durante 5-10 minutos	1 hora	Taquicardia; palpitações; náuseas; diaforese; vertigem; ansiedade	• Não há contra-indicações da epinefrina para casos de anafilaxia • Administração IM é preferida • Considerar a hipótese de dar metilprednisolona 125mg IV • Apoiar a respiração. O inalador pode ser útil em caso de sibilos • Intubação imediata, se houver evidência de obstrução iminente das vias aéreas

Referências

De Oliveira, G. S., Agarwal, D., & Benzon, H. T. (2012). Perioperative single dose ketorolac to prevent postoperative pain: a meta-analysis of randomized trials. *Anesthesia & Analgesia*, *114*(2), 424-433.

Roche, N. E., Li, D., James, D., Fechner, A., & Tilak, V. (2011). The effect of perioperative ketorolac on pain control in pregnancy termination. C*ontraception*, *85*(3), 299-303.

B.

Anexo B

Continnum de profundidade da sedação: Definição de anestesia geral e níveis de sedação/analgesia

American Society of Anesthesiologists, Committee of Origin: Quality management and departmental administration (aprovado pela ASA House of Delegates no dia 13 de Outubro de 1999 e revisto pela última vez no dia 23 de Outubro de 2024). Acedido em: https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/continuum-of-depth-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedationanalgesia em 25/01/2026. (reimpresso com permissão)

	Sedação Mínima (Ansiólise)	Sedação Moderada/ Analgesia ("Sedação Consciente")	Sedação Profunda /Analgesia	Anestesia Geral
Resposta (Reacção)	Resposta normal ao estímulo verbal	Resposta propositada** à estimulação verbal ou táctil	Resposta propositada** após estimulação repetida ou dolorosa	
Vias aéreas	Não afectada	Não é necessária nenhuma intervenção	Pode ser necessária intervenção	
Ventilação espontânea	Não afectada	Adequada	Pode ser inadequada	Taquicardia; palpitações; náuseas; sudorese intensaa; tonturas; ansiedade
Função cardiovascular	Não afectada	Geralmente mantida	Geralmente mantida	

Sedação mínima (ansiólise) é um estado induzido por medicamentos durante o qual os pacientes respondem normalmente aos comandos verbais. Embora a função cognitiva e a coordenação física possam estar comprometidas, os reflexos das vias aéreas e as funções ventilatórias e cardiovasculares não são afectados. Isto é habitualmente realizado através da administração de uma única dose oral de um sedativo ou analgésico antes do procedimento.

Sedação moderada/analgesia ("sedação consciente") é uma depressão de consciência induzida por medicamentos, durante a qual os pacientes respondem propositadamente** a comandos verbais, sozinhos ou acompanhados de estimulação táctil leve. Não é necessária nenhuma intervenção para manter uma via aérea patente e a ventilação espontânea é adequada. A função cardiovascular é normalmente mantida. Isto é habitualmente realizado através da titulação de sedativos e/ou analgésicos administrados por via intravenosa durante o procedimento.

Sedação profunda/analgesia é uma depressão de consciência induzida por medicamentos, durante a qual os pacientes não conseguem ser facilmente despertados, mas respondem propositadamente** após estimulação repetida ou dolorosa. A capacidade de manter independentemente a função ventilatória pode ser prejudicada. Os pacientes podem precisar de assistência para manter uma via aérea patente e a ventilação espontânea

pode ser inadequada. A função cardiovascular é normalmente mantida. Isto é habitualmente realizado através da titulação de sedativos e/ou analgésicos e/ou anestésicos intravenosos durante o procedimento.

Anestesia geral é uma perda de consciência induzida por medicamentos, durante a qual os pacientes não respondem aos estímulos, mesmo com estímulos dolorosos. A capacidade de manter de forma independente a função ventilatória fica frequentemente comprometida. Os pacientes geralmente necessitam de assistência na manutenção de uma via aérea patente e a ventilação com pressão positiva pode ser necessária devido à ventilação espontânea deprimida ou à depressão da função neuromuscular induzida pelo medicamento. A função cardiovascular pode ficar comprometida.

Como a sedação é um contínuo, nem sempre é possível prever como um paciente individual responderá. Assim, os profissionais que pretendam produzir um determinado nível de sedação devem ser capazes de resgatar*** pacientes cujo nível de sedação se torna mais profundo do que o inicialmente pretendido. As pessoas que administrem Sedação Moderada/Sedação Consciente devem ser capazes de resgatar*** pacientes que entram num estado de Sedação Profunda/Analgesia, enquanto aquelas que administram Sedação Profunda/Analgesia devem ser capazes de resgatar*** pacientes que entram num estado de Anestesia Geral.

* A Anestesia Monitorada ("MAC" – *Monitored Anesthesia Care*) não descreve o contínuo da profundidade da sedação, mas sim a "um serviço de anestesia específico prestado por um profissional de anestesia qualificado, para um procedimento diagnóstico ou terapêutico". As indicações para anestesia monitorada incluem "a necessidade de níveis de analgesia e sedação mais profundos do que os que podem ser proporcionados pela sedação moderada (incluindo a eventual conversão para anestesia geral ou regional)"

** A retirada de reflexo de um estímulo doloroso NÃO é considerada uma resposta propositada.

*** O resgate de um paciente de um nível mais profundo de sedação do que o pretendido é uma intervenção que deve ser realizada por um profissional experiente na gestão das vias aéreas e no suporte de vida avançado. O profissional qualificado corrige as consequências fisiológicas adversas do nível de sedação mais profundo do que o esperado (como hipoventilação, hipóxia e hipotensão) e devolve o paciente ao nível de sedação originalmente pretendido. Não é apropriado continuar o procedimento num nível de sedação não intencional.

Referências

1. American Society of Anesthesiologists. (2018). *Position on Monitored Anesthesia Care*. Última alteração em 17 de Outubro de 2018.

C.

Anexo C

Recomendações da Organização Mundial da Saúde para os papéis dos profissionais de saúde nos cuidados de aborto

Nas suas *Directrizes sobre Cuidados de Aborto* (2024), a Organização Mundial da Saúde (OMS) fornece orientações baseadas em evidências sobre como envolver um maior número de profissionais de saúde e as próprias pessoas grávidas na prestação ou auto-gestão dos cuidados de aborto, a fim de "encorajar a optimização do pessoal de saúde disponível, abordar a escassez de profissionais de saúde especializados no sistema de saúde, reduzir os custos e melhorar a acessibilidade, melhorar a equidade e a igualdade no acesso aos cuidados de saúde e aumentar a aceitabilidade dos serviços de saúde para aqueles que deles necessitam". As recomendações feitas pela OMS destinam-se a todos os contextos de recursos, referem-se a uma gama de tipos de profissionais de saúde que podem realizar de forma segura, efectiva e satisfatória algumas ou todas as tarefas específicas relacionadas com o aborto. Parte-se do princípio de que qualquer profissional de saúde discutido tem a formação básica exigida para esse tipo de profissional de saúde e que terá recebido a formação e a informação específicas da tarefa antes de a executar.

Recomendação	Indivíduo/ Autónomo	Agentes comunitários de saúde	Trabalhadores de farmácia	Farmacêuticos	Profissionais de medicina tradicional/ complementar	Enfermeiros auxiliares/ Enfermeiras-parteiras auxiliares	Enfermeiras	Parteiras	Clínicos associados/ associados avançados	Profissionais clínicos gerais/ especialistas
Prestação de informações sobre cuidados de aborto	NR	Recomendação	Sugestão (1)	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação
Prestação de aconselhamento sobre o aborto	NR	Recomendação	Sugestão (2)	Sugestão (2)	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação
Preparação do colo do útero com medicamentos antes do aborto cirúrgico em qualquer idade gestacional	NR	Sugestão (3)	Sugestão (3)	Sugestão (3)	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação
Aspiração intra-uterina para aborto induzido com < 14 semanas*	NR	Recomendação contra	Recomendação contra	Recomendação contra	Recomendação	Sugestão (4)	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação
Tratamento médico do aborto induzido em idades gestacionais < 12 semanas	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação
Preparação do colo do útero com dilatadores osmóticos antes de D&E em idades gestacionais ≥ 12 semanas	NR	Recomendação contra	Recomendação contra	Recomendação contra	Sugestão (3)	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação
D&E para aborto cirúrgico em idades gestacionais ≥ 14 semanas	NR	Recomendação contra	Recomendação contra	Recomendação contra	Sugestão (5)	Recomendação contra	Recomendação contra	Sugestão (5)	Sugestão (5)	Recomendação

Recomendação	Indivíduo/ Autónomo	Agentes comunitários de saúde	Trabalhadores de farmácia	Farmacêuticos	Profissionais de medicina tradicional/ complementar	Enfermeiros auxiliares/ Enfermeiras-parteiras auxiliares	Enfermeiras	Parteiras	Clínicos associados/ associados avançados	Profissionais clínicos gerais/ especialistas
Tratamento médico do aborto induzido em idades gestacionais ≥ 12 semanas	NR	Recomendação contra	Recomendação contra	Recomendação contra	Sugestão (6)	Sugestão (6)	Sugestão (6)	Sugestão (6)	Sugestão (6)	Recomendação
Aspiração intra-uterina para o tratamento do aborto incompleto sem complicações em idades gestacionais < 14 semanas	NR	Recomendação contra	Recomendação contra	Recomendação contra	Recomendação	Sugestão (4)	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação
Tratamento médico de aborto incompleto sem complicações com misoprostol em idades gestacionais < 14 semanas	NR	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação
Tratamento médico de morte fetal intra-uterina em idades gestacionais ≥ 14 a ≤ 28 semanas	NR	Recomendação contra	Recomendação contra	Recomendação contra	Sugestão (6)	Sugestão (6)	Sugestão (6)	Sugestão (6)	Sugestão (6)	Recomendação
Inserção e remoção de dispositivos intra-uterinos (DIUs)	NR	Recomendação contra	Recomendação contra	Recomendação contra	Sugestão (5)	Sugestão (7)/ Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação
Inserção e remoção de implantes	NR	Sugestão (7)	Recomendação contra	Recomendação contra	Sugestão (5)	Sugestão (8)	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação
Administração de contraceptivos injectáveis	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação
Laqueação de trompas	NR	Recomendação contra	Recomendação contra	Recomendação contra	Recomendação contra	Recomendação contra	Sugestão (7)	Sugestão (7)	Recomendação	Recomendação
Tratamento inicial de hemorragia ou infecção pós-aborto sem risco de vida	NR	Recomendação contra	Recomendação contra	Recomendação contra	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação	Recomendação

NR = não foi feita qualquer recomendação

Sugestão: Uma recomendação fraca a favor da intervenção, que exige uma formulação adicional para qualificar a recomendação, especificando as condições de uso

Recomendação: Uma recomendação forte a favor da intervenção.

* A realização da aspiração intra-uterina inclui a avaliação da idade gestacional, a preparação do colo do útero (se necessário), o procedimento propriamente dito, o controlo da dor, incluindo a administração de um bloqueio paracervical, e a avaliação da conclusão do aborto através da inspecção visual dos produtos da concepção.

(1) **Condição:** Em contextos em que o trabalhador de farmácia está sob a supervisão directa de um farmacêutico e há acesso ou encaminhamento para serviços de saúde adequados.

(2) **Condição:** É prestado aconselhamento sobre aborto medicamentoso e cirúrgico e há acesso ou encaminhamento para serviços de saúde adequados caso a utente opte por um método de aborto cirúrgico.

(3) **Condição:** O profissional de saúde assegura a continuidade dos cuidados desde o momento da preparação do colo do útero até ao procedimento de aborto.

(4) **Condição:** Em contextos em que os mecanismos estabelecidos do sistema de saúde envolvem esses profissionais de saúde na prestação de outros cuidados obstétricos básicos de emergência.

(5) **Condição:** Em contextos em que os mecanismos estabelecidos do sistema de saúde envolvem estes profissionais de saúde noutras tarefas relacionadas com a saúde materna e reprodutiva.

(6) **Condição:** Em contextos em que existe acesso a apoio cirúrgico adequado e a infra-estruturas apropriadas para tratar o aborto incompleto ou outras complicações.

(7) **Condição:** No contexto de uma investigação rigorosa.

(8) **Condição:** No contexto da monitoria e avaliação orientadas.

Adaptado da Organização Mundial da Saúde. (2022). *Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization and World Health Organization. (2015). Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception. Geneva: Organização Mundial da Saúde.*

Definição das categorias e papéis dos profissionais de saúde segundo a Organização Mundial de Saúde

Categoria	Descrição das qualificações e tarefas
Agente comunitário de saúde	Uma pessoa que desempenha funções relacionadas com a prestação de cuidados de saúde/fornecimento de informações e que tenha recebido alguma formação no contexto da tarefa, mas que não tenha recebido um certificado profissional ou paraprofissional formal ou um diploma do ensino superior.
Trabalhador de farmácia	Técnicos e assistentes que executam uma variedade de tarefas associadas à distribuição de medicamentos sob a orientação de um farmacêutico. Fazem o inventário, preparam e armazenam medicamentos e outros compostos e fornecimentos farmacêuticos e podem distribuir medicamentos e fármacos a pacientes e dar instruções sobre o seu uso, tal como prescrito por profissionais de saúde. Os técnicos recebem normalmente dois ou três anos de formação numa escola farmacêutica, com uma qualificação não equivalente a um diploma universitário. Os assistentes também frequentam geralmente dois ou três anos de ensino secundário, com um período subsequente de formação no local de trabalho ou de aprendizagem.
Farmacêutico	Um profissional de saúde que distribui medicamentos. O farmacêutico pode aconselhar sobre o uso correcto e os efeitos adversos dos fármacos e dos medicamentos, de acordo com as prescrições emitidas pelos médicos/profissionais de saúde. A formação inclui uma formação de nível universitário em farmácia teórica e prática, em química farmacêutica ou num domínio afim.
Profissionais de medicina tradicional e complementar	Profissional dos sistemas tradicionais e complementares de medicina (médico não alopático) cuja formação inclui um diploma universitário de quatro ou cinco anos que ensina anatomia humana, fisiologia, gestão do parto normal e farmacologia dos medicamentos modernos usados em obstetrícia e ginecologia, para além dos respectivos sistemas de medicina.
Enfermeira-parteira auxiliar e enfermeira auxiliar	Uma enfermeira auxiliar é uma pessoa com formação em competências básicas de enfermagem, mas não na tomada de decisões de enfermagem. Uma enfermeira-parteira auxiliar possui competências básicas de enfermagem e algumas competências de obstetrícia, mas não está plenamente qualificada como parteira. A duração da formação pode variar entre alguns meses e três anos. Pode incluir um período de formação no local de trabalho, que é por vezes formalizado em estágios.
Enfermeiro	Uma pessoa que tenha sido legalmente autorizada (registada) a exercer a profissão após exame por um conselho estatal de examinadores de enfermeiros ou por uma autoridade reguladora semelhante. A formação inclui três ou mais anos na escola de enfermagem e confere um diploma universitário ou de pós-graduação ou equivalente.
Parteira	Uma pessoa que tenha sido registada por uma autoridade reguladora estatal de obstetrícia ou similar e que tenha recebido formação nas competências essenciais para a prática clínica obstétrica. A formação dura normalmente três ou mais anos numa escola de enfermagem ou de obstetrícia e confere um diploma universitário ou equivalente. Uma parteira registada possui toda a gama de competências de parteira, que incluem o aborto.
Clínico associado avançado e clínico associado	Um clínico profissional com competências básicas para diagnosticar e tratar doenças médicas e cirúrgicas comuns e também para realizar alguns tipos de cirurgia. A formação exige geralmente três ou quatro anos de ensino pós-secundário numa instituição de ensino superior estabelecida. O médico está registado e a sua prática é regulamentada por uma autoridade reguladora nacional ou subnacional.
Médico de clínica geral	Médico com formação universitária de base em medicina, mas sem especialização em obstetrícia e ginecologia.
Médico especialista	Médico com formação clínica de pós-graduação e especialização em obstetrícia e ginecologia.

Adaptado da Organização Mundial da Saúde. (2024). *Abortion care guideline, 2nd ed.*. Geneva: Organização Mundial da Saúde.

Ipas Parceiros para a justiça reprodutiva

www.ipas.org/ActualizaçõesClínicas

www.ipas.org ContactUs@ipas.org

© Ipas 2026

CURH-P26