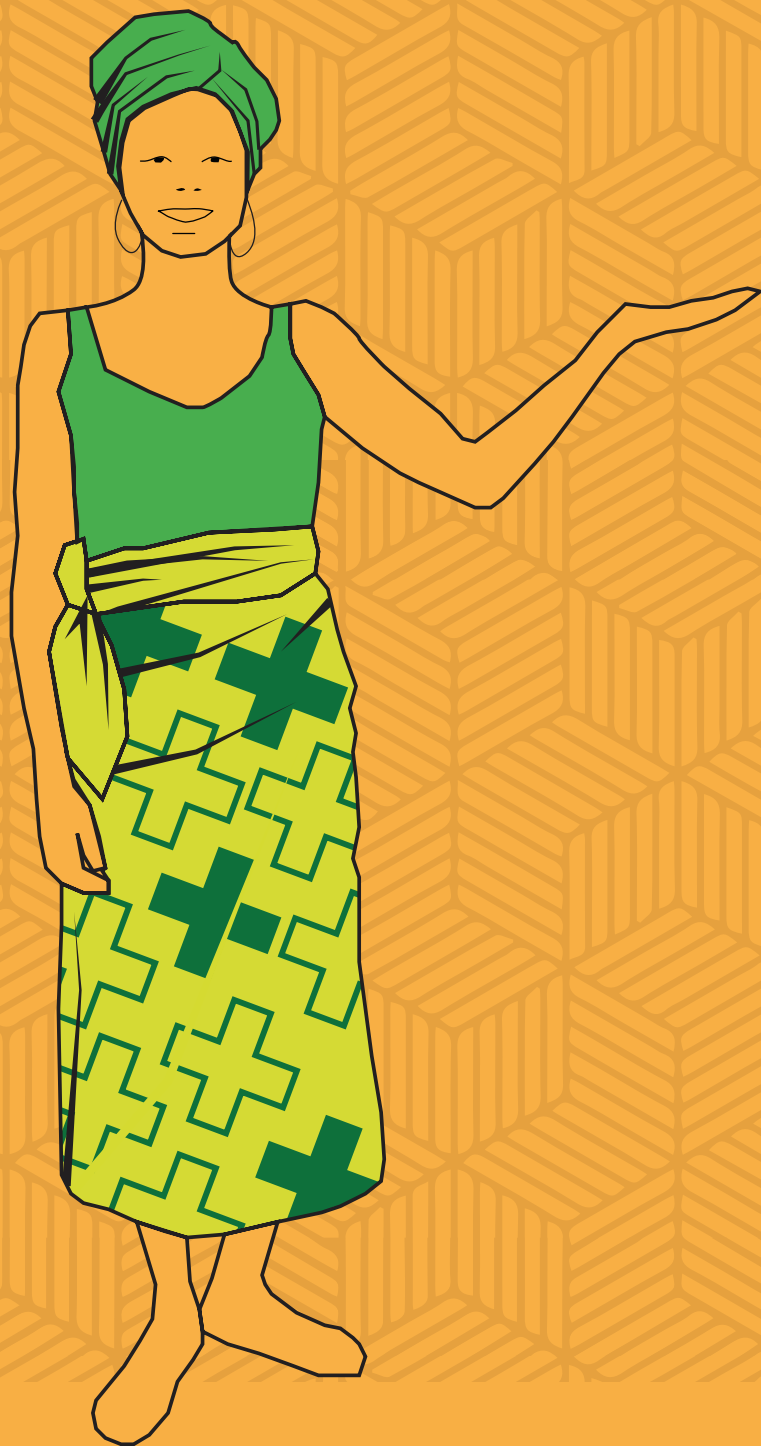


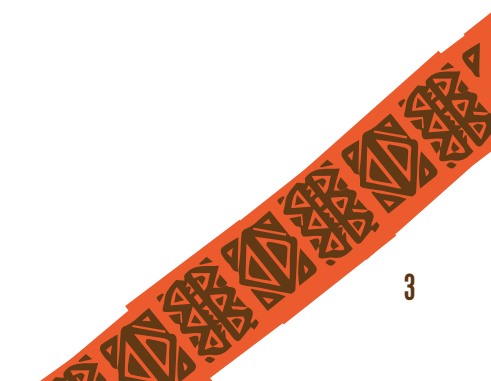


ABORTO

MEDICAMENTOSO

AUTOGERIDO

GUIA PRÁTICO



Índice

Introdução	6
Contexto	8
Porque é necessária informação sobre misoprostol e mifepristona/misoprostol?	8
Justificação legal para partilhar informação sobre o misoprostol e mifepristona/misoprostol	11
Visão geral do ciclo menstrual e da gravidez	
Menstruação	13
Gravidez	13
Idade gestacional	15
Contraceção e contraceção de emergência	16
Contraceção	16
Contraceção de emergência (CE)	21
Aborto medicamentoso	23
Disponibilidade do misoprostol	25
Disponibilidade da mifepristona	25
Como funciona o misoprostol apenas	25
Como funciona a combinação de mifepristona e misoprostol	25
O que esperar	25
Antes de usar os medicamentos	26
Quais são as poucas condições médicas que podem constituir um problema?	26
Precauções recomendadas	27
Antes da utilização de medicamentos	28
Fazer um plano	29
Fazer um aborto autogerido	30
Usando apenas misoprostol	30
Usando mifepristona e misoprostol	31

Informação adicional	32
O que esperar após o aborto medicamentoso	34
Necessidade de cuidados médicos adicionais	37
Sinais de complicação	37
Possíveis complicações	40
Depois de fazer um aborto medicamentoso autogerido	41
Assegurar o seu sucesso	41
Se houver continuação da gravidez	42
Sangramento e contraceção depois do aborto medicamentoso	45
Check-list para apoiar as mulheres que fazem um aborto autogerido	46
Comparação de diferentes métodos de aborto medicamentoso para um aborto no primeiro trimestre	48
Perguntas frequentes	50
Gravidez ectópica	50
Se a mulher for rhesus negativa	50
Gravidez múltipla	51
Amamentação	51
Cesariana	51
Peso	51
Idade	51
VIH	51
Referências	52

INTRODUÇÃO

O aborto medicamentoso é a interrupção de uma gravidez através do uso de comprimidos. A utilização de comprimidos abortivos para pôr fim a uma gravidez indesejada é um método de aborto seguro e eficaz, especialmente quando usado no primeiro trimestre. Os medicamentos utilizados para o aborto medicamentoso são chamados misoprostol e mifepristona. O misoprostol pode ser usado sozinho ou em combinação com a mifepristona. Estes medicamentos causam um processo semelhante a um aborto espontâneo. O aborto medicamentoso também é chamado de "aborto com comprimidos", "aborto farmacológico" ou "aborto medicinal".

O aborto medicamentoso autogerido é o uso de comprimidos abortivos para pôr fim a uma gravidez fora dos ambientes médicos formais, pelas próprias mulheres¹. Mulheres Q e pessoas grávidas que querem terminar a sua gravidez precisam de informação sobre como utilizar os medicamentos de forma eficaz, o que esperar, as precauções necessárias e quando é necessário obter cuidados médicos. Quando as pessoas têm informação correta, a autogestão de um aborto com comprimidos no início da gravidez provou ser segura e eficaz e é comum em todo o mundo. A informação sobre a autogestão do aborto medicamentoso com segurança pode ser empoderadora porque ajuda as mulheres a proteger a sua vida e saúde.

O objetivo deste guia é apoiar ativistas e agentes comunitários de saúde na divulgação de informação sobre o aborto medicamentoso autogerido no primeiro trimestre de gravidez. É um guia prático que foi escrito pela Women Help Women (www.womenhelp.org), cujas membras trabalham há mais de uma década em programas de autogestão do aborto medicamentoso em ambientes restritivos. Este guia foi criado especificamente para apoiar a Mobilizing Activists around Medical Abortion (MAMA), que trabalha em vários países da África Subsaariana. Esta rede é coconvencionada por: Women Help Women, Trust for Indigenous Culture and Health (TICAH) no Quênia e Giwyn na Nigéria.

A Women Help Women gostaria de agradecer os excelentes materiais da Organização Mundial de Saúde²⁻⁴ e ao Projeto Gynuity Health⁵⁻⁷. Adaptámos alguns dos seus recursos para o contexto do aborto autogerido.



Nota sobre a linguagem:

A Women Help Women reconhece que os termos específicos de género não abrangem os direitos e identidades de todas as pessoas que possam tentar terminar uma gravidez. Acreditamos que todas as pessoas capazes de gestar têm o direito de se sentir apoiadas e respeitadas durante a sua experiência de aborto.



CONTEXTO

Porque é necessária informação sobre misoprostol e mifepristona/misoprostol?



Os comprimidos de misoprostol e de mifepristona estão na lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁸. As mulheres podem utilizar estes medicamentos para fazer um aborto seguro por si próprias, se tiverem a informação correta sobre como os utilizar. O misoprostol também é um medicamento importante para tratar o aborto incompleto e prevenir a hemorragia (sangramento excessivo) pós-parto.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, 56 milhões⁹ de mulheres todos os anos escolhem fazer um aborto, por variadíssimas razões. O aborto é um dos procedimentos médicos mais comuns para as mulheres em todo o mundo. No entanto, muitas mulheres não têm acesso a serviços de aborto seguro e são forçadas a arriscar as suas vidas e a sua saúde. O aborto inseguro é uma das principais causas de mortalidade materna. Quase todas as mortes relacionadas com o aborto acontecem em países em desenvolvimento, sendo o número mais elevado em África. Todos os anos entre 4,7-13,2% das mortes maternas podem ser atribuídas ao aborto inseguro¹⁰.

30 em cada 100.000 mulheres que têm um aborto inseguro morrem devido a complicações. Este número sobe para 220 mortes por 100.000 abortos inseguros em regiões em desenvolvimento e 520 mortes por 100.000 abortos inseguros na África Subsaariana⁹.

A nível mundial, 22.500 a 44.000¹¹ mulheres morrem desnecessariamente todos os anos devido ao aborto inseguro. Muitas mais mulheres sofrem complicações a

longo prazo, tais como infertilidade e dores crónicas.

A taxa média de mortalidade materna é três vezes mais elevada em países com leis de aborto mais restritivas (223 mortes maternas por 100.000 nascimentos vivos) em comparação com países com leis menos restritivas (77 mortes maternas por 100.000 nascimentos vivos)¹¹.

Ao considerar todas as causas de morte materna, quase todas (99%) ocorrem nos países em desenvolvimento. Mais de metade destas mortes ocorrem na África Subsaariana e quase um terço ocorre no sul da Ásia¹².

A informação sobre opções de aborto seguro ajuda as mulheres a proteger as suas vidas e a sua saúde. O aborto utilizando mifepristona e misoprostol provou ser seguro e é eficaz 95-98%¹³ das vezes, se usado durante as primeiras 12 semanas de gravidez. O aborto com apenas misoprostol provou ser muito seguro e eficaz 75-90%¹³ das vezes, se praticado durante as primeiras 12 semanas de gravidez. O aborto com estes medicamentos é uma forma segura de pôr fim a uma gravidez. Muitas vezes as mulheres utilizam métodos inseguros quando tentam desesperadamente pôr fim a uma gravidez indesejada.

O misoprostol é barato e resistente ao calor. Tem muitas utilizações, incluindo o tratamento de úlceras gástricas, prevenção e tratamento de hemorragias pós-parto, aborto incompleto, aborto falhado e

indução do parto. Está disponível na maioria dos países. É vendido sob várias marcas (comerciais), incluindo Cytotec, Arthrotec, Isovent e muitas outras em todo o mundo. Pode ser armazenado à temperatura ambiente¹⁴ e pensa-se que seja eficaz após a data de validade impressa¹⁵ Q se mantido na embalagem original.

O misoprostol foi originalmente registado em muitos países para a prevenção de úlceras gástricas. Em alguns países latino-americanos, tais como o Brasil, as mulheres aperceberam-se que o rótulo dizia "Não usar se estiver grávida; pode causar um aborto espontâneo"¹⁶. Mulheres com gravidezes indesejadas começaram a usar o misoprostol. Mais tarde, médicos e cientistas estabeleceram as doses mais eficazes do medicamento para o aborto do primeiro trimestre (aborto nas primeiras 12 semanas de gravidez).

Amifepristona foi desenvolvida como abortivo nos anos 80 e foi utilizada pela primeira vez em França em 1987. É agora amplamente



A investigação mostra que muitos medicamentos sólidos se armazenados sob condições razoáveis nas suas embalagens originais e fechadas, retêm 90% da sua potência por pelo menos 5 anos após a data de validade impressa, por vezes por muito mais tempo¹⁵.

utilizada em países onde o acesso ao aborto é menos restrito. A mifepristona não está normalmente registada ou disponível em países com leis abortivas muito restritivas. No entanto, vendedores através da internet são uma fonte de mifepristona em muitos países onde não está legalmente registada.

Informação da OMS sobre como usar misoprostol para um aborto seguro pode ser encontrada aqui:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf>

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/en/>

Informação sobre mifepristona e misoprostol, bem como protocolos claros para a utilização exclusiva do misoprostol, podem ser encontrados no website da Women Help Women, aqui:

<https://mamanetwork.org/resources/>

<https://consult.womenhelp.org/pt/page/378/in-collection/377/aborto-farmacol%C3%B3gico>

<https://consult.womenhelp.org/pt/page/434/how-should-i-take-the-misoprostol-pills>

Justificação legal

para partilhar informação sobre o misoprostol e mifepristona/misoprostol



Todo o ser humano tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras.



Artigo 19
Declaração Universal
dos direitos Humanos

O Artigo 19 da Declaração Universal dos Direitos Humanos declara: "Todo o ser humano tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras." Mesmo em países que não assinaram o Tratado Internacional dos Direitos Humanos, é sempre possível partilhar informação científica que está amplamente disponível em websites e estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

É importante compreender que a partilha de **informação** sobre misoprostol e mifepristona/misoprostol não é o mesmo que dar conselhos ou encorajar as mulheres a realizar um ato ilegal. Desta forma, aqueles que prestam informação estão protegidos de serem processados por incitar, participar, ou ser cúmplice de um crime. Embora em muitos países não seja legal uma mulher gerir o seu próprio aborto sem um médico, geralmente NÃO é crime partilhar informação que é publicada na OMS e noutros sites da Internet.

Em cada país, é importante encontrar um perito legal que possa esclarecer as leis locais:

- Se é obrigatório denunciar uma mulher que tenha induzido ou recebido um aborto.
- O estatuto das leis de liberdade de informação (na maioria dos países, estas leis encontram-se na Constituição, dando-lhes um estatuto legal mais elevado e prioridade em relação a outras leis). É

importante saber se houve casos judiciais relativos à lei da liberdade de informação e quais foram as decisões nestes casos.

- A definição legal da intenção de cometer um crime. Normalmente, isto não é uma questão, uma vez que estas leis tendem a referir-se a crimes com punições muito severas. No entanto, é importante confirmar que a definição legal não inclui o aborto.
- Se existem quaisquer estatutos que proibam especificamente dar informações sobre o aborto e se alguém alguma vez foi processado por dar informações sobre o aborto.
- Em quase todos os países existem exceções que permitem o aborto para salvar a vida e/ou a saúde da mulher. Portanto, ativistas podem argumentar que dar informação salva vidas em casos específicos.

VISÃO GERAL DO CICLO MENSTRUAL E DA GRAVIDEZ

Menstruação

Quando uma jovem mulher atinge a puberdade, ela começa a ovular - um processo em que um óvulo é libertado de um dos ovários. Quando a ovulação começa, a mulher pode ficar grávida. A gravidez pode acontecer se a mulher fizer sexo e o espermatozóide fertilizar o óvulo. A menstruação acontece sempre que o óvulo não é fertilizado pelo espermatozóide.

A primeira menstruação (menarca) geralmente começa entre 12-13 anos, mas cada rapariga/mulher é diferente. A menstruação acontece geralmente 14-16 dias¹⁷ após a ovulação, quando a mulher não engravidou. Durante a menstruação, o revestimento do útero é derramado com sangue através da vagina. A quantidade e duração do fluxo sanguíneo varia de mulher

para mulher e pode ser diferente a cada mês.

O ciclo da mulher começa no primeiro dia de fluxo sanguíneo, e termina com o primeiro dia do período menstrual seguinte. A duração média de um ciclo é de 28 dias, mas as mulheres podem ter ciclos tão curtos como 21 dias, ou até 35 dias¹⁸. A duração média do fluxo sanguíneo é de 4 dias, mas qualquer duração entre 2 a 8 dias é considerado normal¹⁸.

A maioria das mulheres ovula 10 a 16 dias após o primeiro dia da sua menstruação¹⁸. No entanto, o tempo desde o primeiro dia do período até à ovulação pode variar muito e algumas mulheres têm ciclos irregulares. O stress, vários tipos de exercício intenso e dieta podem afetar o início da menstruação e a regularidade do ciclo menstrual. Além disso, as perturbações da ovulação são muito comuns e podem incluir uma ovulação pouco frequente ou irregular (geralmente definida como ciclos de ≥ 36 dias ou < 8 ciclos por ano) ou ausência de um período menstrual (amenorreia) numa mulher em idade reprodutiva, que pode mesmo durar alguns meses.

A mulher é geralmente mais fértil (capaz de engravidar) alguns dias antes, durante, e 24h^{17,19} após a ovulação, **mas pode engravidar em qualquer ponto do seu ciclo menstrual!!** A sobrevivência do espermatozóide no corpo da mulher é geralmente de 1-2 dias; a investigação também mostra que a probabilidade de o espermatozóide sobreviver 4 dias é inferior a 5% e menos de 1% de sobreviver até 7 dias dentro do canal vaginal¹⁷.

Gravidez

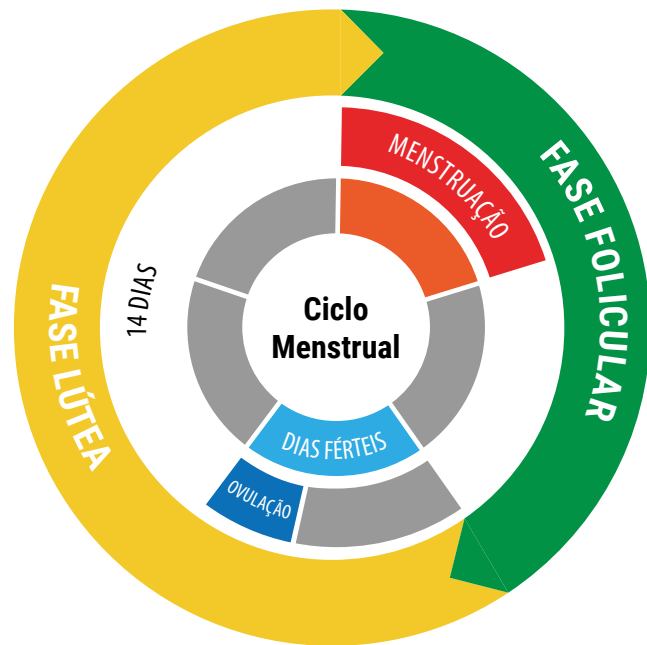
Se a mulher fica grávida, nota que não teve o seu período menstrual (embora algumas mulheres tenham um leve sangramento durante a gravidez, pelo que podem ficar confusas). Os sintomas típicos da gravidez incluem náuseas e vômitos, cansaço excessivo, fadiga, micção frequente (particularmente durante a noite) seios aumentados e tenros, e alterações no apetite. No entanto, nem todas as mulheres experimentam estes sintomas.

Para confirmar se uma mulher está ou não grávida, pode fazer um teste de gravidez que determina a presença de uma hormona chamada gonadotropina coriônica humana (hCG) Q no sangue ou na urina. Para um teste de urina, ela pode comprar um teste de gravidez na farmácia. Para um teste de sangue, ela deve consultar um médico ou clínico.

A maioria dos testes de gravidez em casa dará um resultado preciso se for feito assim que o período menstrual atrasar ou a partir de 3 semanas após a relação sexual desprotegida.

As mulheres também podem confirmar uma gravidez fazendo uma ecografia 5-6 semanas após o seu UPM (Último Período Menstrual). Se uma ecografia for feita antes das 6 semanas, é possível que não mostre nada, mesmo que a mulher esteja grávida ²⁴.

Se uma mulher continuar a gravidez, dará à luz entre 37-42 semanas após a sua última menstruação²⁵.



A gonadotropina coriônica humana (hCG) é uma hormona inicialmente produzida a partir de cerca de 5 dias após a fertilização e continua a ser produzida pelas células da futura placenta²⁵ após a implantação, que geralmente acontece $\pm 6-10$ dias após a fertilização²¹. A hCG torna-se detetável no sangue e na urina da mulher entre 6 a 14 dias após a fertilização²². Durante as primeiras 8 semanas de uma gravidez normal com um embrião, os níveis de hCG duplicam a cada 24 horas²³.

Idade Gestacional

Para calcular a duração de uma gravidez, a mulher pode contar o número de dias que passaram desde o **primeiro dia do seu Último Período Menstrual (UPM)**. A idade gestacional também pode ser estabelecida por ultrassom ou através de um exame físico feito por uma enfermeira, parteira ou médica. Um(a) profissional experiente poderá avaliar a duração da gravidez através de um exame pélvico, a partir de aproximadamente seis semanas após o primeiro dia da última menstruação.

O ultrassom é especialmente recomendado se a mulher não estiver certa do primeiro dia do seu último período menstrual ou se engravidou sem retomar a menstruação após um aborto ou parto.

Os testes de gravidez de sangue, quantitativos (que medem os níveis de hCG), também podem ser úteis para calcular a idade gestacional em gravidezes de até 7 semanas²⁶. Após 60 dias de gestação, as concentrações da gonadotropina coriônica humana variam muito e são de pouco valor na previsão da idade gestacional²⁷. Após 7 semanas os níveis de hCG podem levar a uma subestimação da idade gestacional. Normalmente, os níveis de hCG atingem um pico por volta das 10 semanas de gestação e depois os níveis diminuem até cerca da 16ª semana, a partir da qual se mantêm razoavelmente constantes até ao termo da gravidez²⁷.

As gravidezes são convencionalmente datadas em semanas, a partir do primeiro

dia da última menstruação e não da data da fertilização, como algumas pessoas poderão pensar. Se uma mulher tem um ciclo regular de 28 dias, a ovulação ocorre normalmente cerca de 2 semanas após o início do período menstrual da mulher, e a fertilização ocorre geralmente pouco depois da ovulação²⁸. Consequentemente, a idade gestacional é cerca de 2 semanas mais do que as semanas passadas desde a fertilização (a data de concepção). Se a mulher estiver segura da data da concepção, pode também estimar a idade gestacional aproximada, contando os dias que passaram desde a relação sexual e acrescentando 2 semanas.

Contraceção e contraceção de emergência



Contraceção

Cerca de 85% das mulheres sexualmente activas que não usam contraceptivos engravidam dentro de um ano²⁹. A mulher pode ovular a partir de 25 dias após o parto²⁹ e 8 dias³⁰ após um aborto induzido ou um aborto espontâneo. A mulher também pode ficar grávida durante a menstruação. A retirada do pénis antes da ejaculação durante a relação sexual e a abstinência periódica têm uma taxa de fracasso mais elevada do que outros métodos contraceptivos. De acordo com as estatísticas da Planned Parenthood, a cada ano, cerca de 22 em cada 100 (aproximadamente 1 em cada 5) mulheres que utilizam o coito interrompido engravidam³¹.

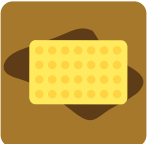
Uma gravidez indesejada pode ser evitada através de:

- Abstinência total
- Utilização de contraceptivos. Nenhum método de contraceção dá 100% de proteção; mas alguns métodos são mais eficazes do que outros.

AS TUAS ESCOLHAS EM TERMOS DE CONTRACEÇÃO:

A informação abaixo vem de Birth Control Choices³², escrito pelo Reproductive Health Access Project nos EUA. Algumas destas escolhas podem não estar disponíveis no teu país.

Implante 	Eficácia > 99%	Pros - Longa duração (até 5 anos) - Nenhum comprimido para tomar diariamente - Diminui frequentemente as cólicas - Pode ser utilizado durante o aleitamento materno - Pode engravidar logo após a sua remoção
	Como usar Um profissional de saúde coloca-o debaixo da pele da parte superior do braço. Deve ser removido por um profissional de saúde.	Contras - Pode causar sangramento irregular - Após 1 ano, poderá não ter qualquer período - Não protege contra o vírus da imunodeficiência humana (VIH) ou outras infeções sexualmente transmissíveis (ISTs)
SIU (Sistema Intrauterino) 	Eficácia > 99%	Pros - Pode ser deixado no lugar de 3 a 7 anos, dependendo do SIU que escolher - Nenhum comprimido para tomar diariamente - Pode melhorar as cólicas e hemorragias periódicas - Pode ser utilizado durante o aleitamento materno - Pode engravidar logo após a sua remoção
	Como usar Deve ser colocado no útero por um profissional de saúde. Normalmente removido por um profissional de saúde.	Contras - Pode causar períodos mais leves, perdas de sangue esporádicas, ou nenhum período - Raramente, o útero é ferido durante a colocação - Não protege contra o VIH ou outras ISTs
DIU de Cobre 	Eficácia > 99%	Pros - Pode ser deixado no lugar por até 12 anos - Nenhum comprimido para tomar diariamente - Pode ser utilizado durante o aleitamento materno - Pode engravidar logo após a sua remoção
	Como usar Deve ser colocado no útero por um profissional de saúde. Normalmente removido por um profissional de saúde.	Contras - Pode causar mais cólicas e períodos mais pesados - Pode causar leves perdas de sangue entre períodos - Raramente, o útero é ferido durante a colocação - Não protege contra o VIH ou outras ISTs

Injeção 	Eficácia	Pros
	96%	- Cada injeção funciona durante 12 semanas - Privacidade - Normalmente diminui os períodos - Ajuda a prevenir o cancro do útero - Nenhum comprimido para tomar diariamente - Pode ser utilizada durante o aleitamento materno
	Como usar	Contras
	Uma injeção a cada 3 meses	- Pode causar leves perdas de sangue, nenhum período, aumento de peso, depressão, alterações no cabelo ou pele, mudança no desejo sexual - Pode causar atraso em engravidar depois de interromper as injeções - Os efeitos secundários podem durar até 6 meses depois de interromper as injeções - Não protege contra o VIH ou outras ISTs
Pílula Contraceção Hormonal Combinada 	Eficácia	Pros
	93%	- Pode tornar os períodos mais regulares e menos dolorosos - Pode melhorar os sintomas da TPM - Pode melhorar a acne - Ajuda a prevenir o cancro dos ovários - Pode engravidar logo após parar o uso da pílula
	Como usar	Contras
	Tem de tomar a pílula diariamente	- Pode causar náuseas, aumento de peso, dores de cabeça, mudança no desejo sexual – alguns destes efeitos podem ser aliviados com a mudança para uma nova marca - Pode causar pequenos sangramentos nos primeiros 1-2 meses - Não protege contra o VIH ou outras ISTs
Pílula sem Estrogénios (Mini-pílula) 	Eficácia	Pros
	93%	- Pode ser utilizado durante o aleitamento materno - Pode engravidar logo após ter parado o uso da pílula
	Como usar	Contras
	Tem de tomar a pílula diariamente	- Causa frequentemente pequenas perdas de sangue, que podem durar muitos meses - Pode causar depressão, alterações no cabelo ou na pele, mudança no desejo sexual - Não protege contra o VIH ou outras ISTs
Adesivo 	Eficácia	Pros
	93%	- Pode tornar os períodos mais regulares e menos dolorosos - Nenhum comprimido para tomar diariamente - Pode engravidar logo após parar o uso do adesivo
	Como usar	Contras
	Aplicar um novo adesivo uma vez por semana durante três semanas. Sem adesivo na semana 4.	- Pode irritar a pele sob o adesivo - Pode causar pequenas perdas de sangue dos primeiros 1-2 meses - Não protege contra o VIH ou outras DSTs

Anel Vaginal 	Eficácia	Pros
	93%	- Tamanho único - Privacidade - Não requer espermicida - Pode tornar os períodos mais regulares e menos dolorosos - Nenhum comprimido para tomar diariamente - Pode engravidar logo após parar o uso do anel
	Como usar	Contras
	Inserir um pequeno anel na vagina. Mudar de anel todos os meses.	- Pode aumentar o corrimento vaginal - Pode causar pequenas perdas de sangue nos primeiros 1-2 meses de utilização - Não protege contra o VIH ou outras ISTs
Preservativo Masculino (externo) 	Eficácia	Pros
	87%	- Fácil acesso - Pode ser colocado como parte de preliminares/jogo sexual - Pode ajudar a prevenir a ejaculação precoce - Pode ser usado para sexo oral, vaginal, ou anal - Protege contra o VIH e outras ISTs - Pode ser utilizado durante o aleitamento materno
	Como usar	Contras
	Usar um preservativo novo cada vez que tiver sexo. Usar um preservativo de poliuretano se for alérgica/o ao látex.	- Pode diminuir a sensibilidade - Pode causar perda de ereção - Pode rasgar-se ou escorregar
Preservativo Feminino (interno) 	Eficácia	Pros
	79%	- Pode ser colocado como parte de preliminares/jogo sexual - Pode ser usado para sexo anal ou vaginal - Pode aumentar o prazer quando usado para sexo anal ou vaginal - Bom para pessoas com alergia ao látex - Protege contra o VIH e outras ISTs - Pode ser utilizado durante o aleitamento materno
	Como usar	Contras
	Usar um preservativo novo cada vez que tiver sexo. Utilizar lubrificação extra conforme necessário.	- Pode diminuir a sensibilidade - Pode ser ruidoso - Pode ser difícil de inserir - Pode escorregar para fora do lugar durante o sexo - Pode não ser de fácil acesso
Coito Interrompido 	Eficácia	Pros
	80%	- Sem custos - Pode ser utilizado durante o aleitamento materno
	Como usar	Contras
	Tirar o pénis da vagina antes da ejaculação (isto é, antes de vir)	- Menos prazer, para algumas pessoas - Ineficaz se o pénis não for retirado da vagina antes da ejaculação - Não protege contra o VIH ou outras ISTs - Precisa de interromper o sexo

Diafragma 	Eficácia 83%	Pros - Pode durar vários anos - Baixo custo - Pode proteger contra algumas infecções, mas não contra o VIH - Pode ser utilizado durante o aleitamento materno
	Como usar Deve ser usado de cada vez que se faz sexo Deve ser utilizado com espermicida	Contras - A utilização de espermicida pode aumentar o risco de contrair o VIH - Não deve ser usado com sangramento vaginal ou infeção - Aumenta o risco de infeção da bexiga
Monitorização do Período fértil 	Eficácia 85%	Pros - Baixo custo - Pode ser utilizado durante o aleitamento materno - Pode ajudar a evitar ou a tentar engravidar
	Como usar Prever dias férteis: medir a temperatura diariamente, monitorizar alterações no muco vaginal, e/ou manter um registo dos períodos Funciona melhor se combinado com outros métodos contraceptivos Evitar sexo ou usar preservativos/espermicidas durante os dias férteis	Contras - Deve utilizar outro método durante os dias férteis - Não funciona bem se os períodos são irregulares - Muitas coisas a lembrar com estes métodos - Não protege contra o VIH ou outras ISTs
Espermicida 	Eficácia 79%	Pros - Disponível para compra em vários locais - Pode ser colocado como parte de preliminares/jogo sexual - Disponível em várias formas: creme, gel, espuma, comprimidos vaginais, esponja, cone ou membrana - Pode ser utilizado durante o aleitamento materno
	Como usar Inserir espermicida cada vez que tem relações sexuais	Contras - Pode aumentar o risco de contrair o VIH - Pode irritar a vagina e/ou o pénis - Creme, gel, e espuma podem ser confusos
Contraceção de Emergência (CE) ou Pílula do Dia Seguinte 	Eficácia 58-94% CE de acetato de ulipristal funciona melhor do que CE de progestina se tiver excesso de peso. CE de acetato de ulipristal funciona melhor do que CE de progestina nos 2-5 dias após o sexo	Pros - Pode ser utilizado durante o aleitamento materno - Disponível em farmácias, centros de saúde, ou através de profissionais de saúde: ligue antecipadamente para ver se a têm - Pessoas de qualquer idade podem obter CE de progestina sem receita
	Como usar Funciona melhor quanto mais cedo a tomar após o sexo desprotegido Pode tomar CE até 5 dias após o sexo desprotegido Se a embalagem contém 2 comprimidos, tomar os dois em conjunto	Contras - Pode causar perturbação do estômago ou náuseas - O seu próximo período pode vir mais cedo ou mais tarde - Pode causar pequenas perdas de sangue - Não protege contra o VIH ou outras ISTs - CE de Acetato Ulipristal requer prescrição médica - Pode ser caro

CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA (CE)

A contraceção de emergência é a contraceção que pode prevenir a gravidez após uma relação sexual desprotegida. A contraceção de emergência é também chamada "a pílula do dia seguinte" ou CE. A mulher pode usar a contraceção de emergência imediatamente, ou até cinco dias após a relação sexual se a mulher pensar que a sua contraceção falhou ou se tiver tido sexo desprotegido. Quanto mais cedo ela usar a CE, mais eficaz será.

Quando usada corretamente, a pílula contraceptiva de emergência reduz as hipóteses de as mulheres engravidarem após o sexo desprotegido, **MAS**:

- Não é 100% eficaz na prevenção da gravidez após relações sexuais desprotegidas. É menos eficaz do que a contraceção que é utilizada antes ou durante o sexo, como preservativos, pílulas contraceptivas, ou um DIU.
- Não impede a gravidez se a mulher voltar a ter relações sexuais desprotegidas depois de a ter tomado.
- As mulheres que não querem engravidar podem começar a usar contraceptivos eficazes imediatamente ou o mais cedo possível após o uso da CE.

As opções de contraceção de emergência em todo o mundo incluem:

- Dispositivo Intrauterino de Cobre (DIU).

- Acetato ulipristalino (30 mg).
- Mifepristona (25mg).
- CE de apenas Progestina (Levonorgestrel 1,5mg) deve ser tomada idealmente nas 24h depois do sexo desprotegido.
- Contraceptivo "combinado" de emergência (2 doses de 0,5 mg de levonorgestrel e 0,1 mg de etinilestradiol tomadas com 12 horas de intervalo).
- Método Yuzpe - certas pílulas contraceptivas podem ser usadas como CE.

Neste website, <http://ec.princeton.edu/>, existem listas das pílulas contraceptivas disponíveis por país que também podem ser usadas como CE e como utilizá-las como contraceção de emergência. Este website pode também responder à maioria das perguntas que possa ter sobre CE.

ACE mais eficaz é o DIU de Cobre, com menos de 0,01% de mulheres que engravidam³³.

Tanto o acetato ulipristal como a mifepristona são eficazes no prazo de 5 dias após a relação sexual desprotegida. Com estes tipos de contraceção de emergência, apenas 1,2% das utilizadoras³⁴ ficarão grávidas. É o método preferido quando comparado com a contraceção apenas de progestina ou contraceptivo de emergência "combinado"

Quando a CE de apenas progestina (levonorgestrel 1,5 mg) é tomada dentro de 72h após relação sexual desprotegida, apenas 0,6-2,6%³³ ficarão grávidas. Estudos mostram que este método pode ser utilizado até 96 horas/4 dias após o sexo desprotegido³⁵.

As pílulas contraceptivas de emergência 'combinadas' e o método Yuzpe demonstraram ser menos eficazes do que outros métodos de CE e só devem ser escolhidas se todos os outros métodos estiverem indisponíveis.

A **eficácia** da CE é difícil de estudar. Em geral, as empresas farmacêuticas anunciam a eficácia dos seus produtos com base em estudos que incluem todas as mulheres que tomaram CE e não apenas as que estavam em risco de engravidar. Um número significativo das mulheres inscritas nestes estudos não teria engravidado de qualquer forma³³. Um estudo sugeriu que a percentagem de gravidezes evitadas por LNG-EC usada em 72 horas seria estimada em 69%³⁶, e 85%³⁶ para a UPA.

Os testes de gravidez são aconselhados se, após a CE, o próximo período menstrual estiver atrasado mais de 7 dias, for mais leve do que o habitual ou estiver associado a dores abdominais que não sejam típicas da dismenorreia habitual da mulher e/ou se a mulher tiver qualquer outro sintoma de gravidez. Em resumo, a CE nem sempre impede uma gravidez e a contraceção utilizada antes da relação sexual é mais eficaz. Depois de usar a CE, a mulher deve ainda monitorizar o seu corpo para detetar sinais de uma gravidez não planeada.

As mulheres que iniciam a contraceção hormonal logo após o uso da CE são aconselhadas a fazer um teste de gravidez mesmo que tenham sangramentos; os sangramentos associados ao método contraceptivo podem não representar menstruação. A gravidez (ou falta de gravidez) pode ser determinada por um teste de gravidez de urina realizado 21 dias após as relações sexuais desprotegidas³³.



ABORTO MEDICAMENTOSO

ABORTO MEDICAMENTOSO

O aborto medicamentoso é a interrupção de uma gravidez através do uso de comprimidos. O aborto medicamentoso foi exaustivamente investigado e é recomendado como método de aborto seguro pela Organização Mundial

de Saúde (OMS) e outras organizações de investigação^{2,7,37,38}. Como lembrete, a informação contida neste manual aplica-se apenas a gravidezes até 12 semanas.

Os tipos de aborto medicamentoso recomendados que são seguros e mais eficazes são:

Mifepristona e misoprostol (95-98% eficaz)¹³



Misoprostol apenas (75-90% eficaz)¹³



Aborto medicamentoso

No manual, estes dois métodos de aborto medicamentoso serão apresentados simultaneamente, dando a oportunidade de compreender melhor as diferenças e semelhanças de ambos os métodos. Nas páginas 46-47 encontrará uma check-list que pode ser utilizada para aconselhar as mulheres que procuram um aborto medicamentoso.



Aborto medicamentoso eficaz

neste manual significa que não foi necessário nenhum tratamento médico adicional. O fracasso do aborto medicamentoso refere-se a todos os casos em que a intervenção médica ou cirúrgica foi necessária para tratar uma complicação ou casos em que a gravidez continua³⁹.

Disponibilidade do misoprostol

O misoprostol está disponível na maioria dos países, incluindo onde o acesso ao aborto é restrito. É vendido sob as marcas Cytotec, Arthotec, Misotac e muitas outras. O misoprostol é barato, resistente ao calor e pode ser armazenado durante anos.

Disponibilidade da mifepristona

A mifepristona está atualmente disponível em 68 países⁴⁰; na maioria destes países o aborto é autorizado sob certas condições.

Como funciona o misoprostol apenas

O misoprostol amolece e abre o colo do útero e faz com que o útero se contraia e expulse os produtos da concepção.

Como funciona a combinação de mifepristona e misoprostol

A mifepristona bloqueia os recetores de progesterona, uma hormona necessária para manter uma gravidez⁴¹. Também faz com que o útero fique mais recetivo ao misoprostol. O misoprostol provoca contrações do útero, que resultam na expulsão da gravidez.

O que esperar

Se o aborto medicamentoso for eficaz, a mulher terá cólicas e sangramentos semelhantes aos menstruais (geralmente mais longos e intensos) com coágulos visíveis e produtos de concepção dependendo da duração da gravidez. O risco de uma complicação durante o aborto medicamentoso é muito baixo e é o mesmo que quando a mulher tem um aborto espontâneo. Até 20 por cento de todas as gravidezes reconhecidas terminam em abortos espontâneos⁴².



No website da IPPF

[https:// www.medab.org/](https://www.medab.org/)
é possível obter informações sobre as marcas disponíveis em cada país.

Antes de usar os medicamentos

Quais são as poucas condições médicas que podem constituir um problema?

Quase todas as mulheres podem fazer um aborto medicamentoso autogerido mas em muito poucos casos algumas condições médicas podem ser um problema.



Usando misoprostol apenas

As mulheres que não deveriam tentar autogerir o aborto apenas com misoprostol¹³ são as que têm:

- Anterior reação alérgica forte ao misoprostol.
- Gravidez ectópica Q confirmada ou suspeita.



Utilização de mifepristona e misoprostol

As mulheres que não deveriam tentar autogerir o aborto com mifepristona e misoprostol¹³ são as que têm:

- Anterior reação alérgica forte à mifepristona e/ou ao misoprostol.
- Gravidez ectópica Q confirmada ou suspeita.
- Porfíria hereditária.
- Falha adrenal crônica ou falência hepática.

Normalmente a mulher sabe se tem uma destas duas últimas condições médicas.



A gravidez ectópica

(fora do útero) é um acontecimento incomum mas potencialmente fatal, que ocorre em 1,5-2% das gravidezes¹³. Se os medicamentos abortivos forem utilizados não serão prejudiciais nem causarão ruturas, mas não serão eficazes na interrupção da gravidez.



Precauções recomendadas

(Condição ► O que fazer)

Se uma mulher apresentar problemas de saúde graves/instáveis^{13,37}, que incluam perturbações hemorrágicas (hemorragias), doenças cardíacas, anemia grave e/ou outros problemas de saúde graves/instáveis. Algumas doenças graves, tais como anemia grave ou hemofilia, podem criar problemas devido à forte perda de sangue envolvida. ► Se a mulher não tiver outras opções de aborto seguro, pode considerar o aborto medicamentoso, mas deve ter alguém com ela e estar perto de cuidados médicos para o caso de ter uma complicação.

Se a mulher tiver sido diagnosticada com uma IST como Clamídia ou Gonorreia, ► é aconselhada a consultar um médico para que a infeção possa ser tratada.

Se ela tiver um dispositivo intra-uterino (DIU), neste caso, ► ela deve remover primeiro o DIU Q



DIU

No caso de a mulher não poder remover o DIU (se nenhum médico ou profissional de saúde concordar em removê-lo), ela ainda pode fazer o aborto medicamentoso. Não existem estudos para verificar se ter um DIU colocado representa um risco real durante o aborto medicamentoso³⁷. O aborto espontâneo com um DIU in situ é provavelmente bastante comum e não é necessariamente uma ameaça à vida⁴³.

Antes da utilização de medicamentos

- A mulher deve certificar-se de que está grávida. A gravidez pode ser confirmada por teste de gravidez (urina ou sangue) ou ultrassom.
- A mulher deve estar grávida de menos de 12 semanas, 84 dias desde o primeiro dia do último período menstrual. O aborto medicamentoso após 12 semanas requer um protocolo diferente e informação diferente sobre o processo e o que esperar. A hipótese de uma complicação é maior e a experiência pode ser fisicamente, e para algumas mulheres emocionalmente, mais difícil. Tal como com um aborto espontâneo, os riscos e a gravidade das complicações aumentam com o avançar da gravidez.

Utilização de misoprostol apenas

Adquira 12 misoprostol 200 mcg e certifique-se de que sabe usar os comprimidos, os sintomas normais e os sinais de uma complicação.



12 misoprostol 200 mcg

Utilização de mifepristona e misoprostol

Obter 1 mifepristona 200mg e 4 misoprostol 200 mcg e certificar-se de que sabe utilizar os comprimidos, os sintomas normais e os sinais de complicação.



1 MIFEPRISTONA
200mg

4 MISOPROSTOL
200mcg



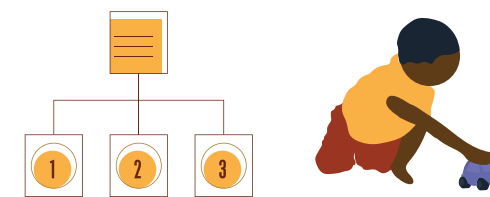
Os medicamentos não são perigosos mas os efeitos secundários do medicamento podem ser desagradáveis e não há razão para tomar qualquer medicamento que não seja necessário.

Fazer um plano



Enquanto se faz o aborto, mesmo que não seja essencial, **pode ser útil ter alguém por perto**; esta pessoa pode ser um parceiro, amigo ou familiar que saiba do aborto e que possa ajudar nos raros casos de complicações. Também é bom ter alguém disponível para apoio emocional. Se uma mulher tem quaisquer problemas como depressão, stress pós-traumático, ou outra condição que possa tornar a experiência particularmente difícil ou menos segura, é fundamental que não esteja sozinha. É importante reconhecer que para algumas mulheres informar o parceiro, um amigo ou membro da família pode resultar em violência, isolamento ou ser impedida de fazer um aborto autogerido.

As mulheres podem querer **organizar os cuidados infantis ou outras tarefas com antecedência**, e fazer um plano para que a experiência seja tão conveniente e sem stress quanto possível.



As mulheres podem **comprar antecipadamente analgésicos e/ou medicamentos anti-náusea** (para que não vomitem os comprimidos).



As mulheres não devem estar a mais de **um par de horas de distância de um hospital ou instalação médica** para que, se ocorrerem complicações, a ajuda médica esteja próxima. No entanto, se as mulheres viverem em áreas muito isoladas e não puderem estar perto de uma instalação médica, será muito mais seguro ter um aborto medicamentoso precoce do que continuar a gravidez, entrar em trabalho de parto e dar à luz⁴⁴. As mulheres podem pensar para onde ir em caso de complicação e o que dizer quando virem o pessoal médico.



Fazer um aborto autogerido usando apenas misoprostol

1ª dose: A mulher deve colocar 4 comprimidos de 200 microgramas (no total 800 mcg) de misoprostol **debaixo da língua**. Ela não deve engolir os comprimidos durante pelo menos 30 minutos até que os comprimidos sejam dissolvidos! (Ela pode engolir a saliva). Após 30 minutos não há problema em engolir os restos dos comprimidos.

2ª dose: Após 3 horas ela deve colocar mais 4 comprimidos de misoprostol **debaixo da língua** e deixar dissolver.

3ª dose: Após 3 horas, ela deve colocar mais 4 comprimidos de misoprostol debaixo da língua e deixar dissolver.

As mulheres não devem comer ou beber nada enquanto os comprimidos se dissolvem para evitar engoli-los antes dos 30 minutos. Tudo o que sobrar na boca após os 30 minutos pode ser engolido. Antes e depois de usar o misoprostol ela pode comer e beber normalmente, mas não deve usar drogas ou álcool que possam afetar a sua consciência; ela precisa de ser capaz de prestar atenção ao seu corpo.



A taxa de sucesso nas primeiras 12 semanas de gravidez é de 75-90%¹³. Isto significa que 8 a 9 de cada 10 mulheres que utilizam corretamente o misoprostol terão um aborto seguro após este procedimento, sem necessitarem de cuidados médicos adicionais. A investigação mostra que após um aborto medicamentoso com misoprostol apenas, nas primeiras 12 semanas, 4-8%⁴⁵⁻⁴⁸ das mulheres terão uma gravidez que continua.



Fazer um aborto autogerido usando mifepristona e misoprostol

1º: A mifepristona deve ser engolida com um copo de água.

2º: 24 horas depois, a mulher deve usar 4 comprimidos de 200 microgramas (no total 800 mcg) de misoprostol - colocar os comprimidos entre a gengiva e a bochecha, dois do lado esquerdo e dois do lado direito. Ela não deve engolir os comprimidos durante pelo menos 30 minutos até que os comprimidos sejam dissolvidos! (Ela pode engolir a saliva). Após 30 minutos não há problema em engolir os restos dos comprimidos.



A taxa de sucesso nas primeiras 12 semanas de gravidez é de 95-98%¹³. Isto significa que apenas 1 em cada 20 mulheres que usam corretamente mifepristona e misoprostol ainda precisarão de mais cuidados médicos. A investigação mostra que, após um aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol nas primeiras 12 semanas, cerca de 1,3% das mulheres terão uma gravidez que continua⁴⁹.





Informação adicional



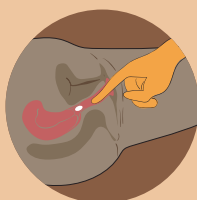
Medicamentos anti-náusea - Os medicamentos mais recomendados para tratar náuseas e vômitos (antieméticos) enquanto se faz um aborto medicamentoso são a domperidona e a metoclopramida. Existem outros tipos de antieméticos que podem interferir com o processo de aborto. A mulher também pode comprar antidiarreicos (medicamentos que param ou retardam a diarreia) preventivamente.



Via de administração - O misoprostol pode ser administrado sublingualmente (debaixo da língua), bucalmente (entre a gengiva e a bochecha) ou vaginalmente (dentro da vagina). Quando utilizado para aborto o misoprostol NÃO é muito eficaz quando engolido diretamente⁵⁰, porque é digerido no estômago. Quando o misoprostol é utilizado de forma sublingual, bucal ou vaginal, o medicamento é diretamente absorvido pelo sangue.



Via vaginal - Como os comprimidos utilizados na vagina podem ser encontrados por um médico até 4 dias após a sua utilização, recomenda-se a utilização do misoprostol sob a língua (sublingual). Se uma mulher decidir usar os comprimidos vaginalmente, é importante saber que na maioria dos países é ilegal autoinduzir um aborto. Em caso de complicação ou se quiser consultar um médico ou ir ao hospital, deve certificar-se de que retira todos os restos dos medicamentos antes de consultar o médico ou pode enfrentar problemas legais. Se não tiver um médico em quem confie, pode dizer que sofreu um aborto espontâneo; os sintomas de um aborto espontâneo e de um aborto medicamentoso são exatamente os mesmos.



Misoprostol apenas

A via bucal é menos recomendada uma vez que está associada a mais gravidezes que continuam⁵¹ quando se usa o misoprostol apenas.

Intervalo de dosagem - Se a administração for sublingual, os intervalos entre doses de misoprostol precisam de ser curtos, 3h é o intervalo recomendado. Quando os comprimidos são utilizados vaginalmente o intervalo da dosagem pode ser aumentado de 3h para 12h⁵².

Número de doses - Um estudo importante mostrou que repetir 3 doses de 800 mcg de misoprostol para um aborto no primeiro trimestre é mais ou menos 84% eficaz⁴⁸. Diretrizes recentes da OMS⁴ referem que a repetição de doses de misoprostol pode ser considerada como necessária para alcançar o sucesso do processo de aborto. Não estabelecem um número máximo de doses de misoprostol, pelo que é possível utilizar mais de 3 doses para completar o aborto com sucesso. Deve ser tomada precaução em casos de pessoas com incisão uterina prévia e com idade gestacional avançada⁴, mas normalmente isto não diz respeito aos abortos no primeiro trimestre.



Mifepristona e misoprostol

Vômito - Se uma mulher vomitar a mifepristona menos de 1,5 horas depois de a ter tomado, o efeito do medicamento pode ser prejudicado⁴¹.

Intervalo entre mifepristona e misoprostol - para melhores resultados o misoprostol deve ser utilizado aproximadamente 24-48 horas após a ingestão da mifepristona. No entanto, a investigação demonstrou que o misoprostol pode ser utilizado com sucesso no primeiro trimestre se usado de 8 horas a 72 horas⁴⁸ após a mifepristona.

Repetição do misoprostol - Se não houver hemorragia 4h após a primeira dose de misoprostol, é possível usar uma dose adicional de 400mcg de misoprostol. As taxas de sucesso são mais elevadas quando a dosagem de misoprostol é repetida, algumas pesquisas mostram que diminui o número de gravidezes que continuam⁵³⁻⁵⁵.

O que esperar após o aborto medicamentoso

Sangramento

O sangramento e as cólicas serão sentidas pelas mulheres que se submetem ao aborto medicamentoso e são necessárias para que o processo ocorra. A hemorragia é o primeiro sinal de que o aborto está a começar. Se o aborto continuar com sucesso, o sangramento e as cólicas tornar-se-ão mais intensas e ocorrerá a expulsão dos produtos da concepção. Mas isto pode levar mais ou menos tempo. A expulsão pode ser notada como um pico de perda de sangue e tecidos mais pesados e mais dores e cólicas. A hemorragia mais pesada pode durar 1 a 4 horas, uma vez que a gravidez está a ser expulsa. A hemorragia é frequentemente mais forte do que uma menstruação normal com coágulos. Quanto mais avançada for a gravidez, mais intensas poderão ser as cólicas e a hemorragia. Geralmente, as cólicas diminuem após a gravidez e os tecidos serem expelidos. A hemorragia diminuirá gradualmente ao longo dos próximos dias, e as perdas leves de sangue continuam muitas vezes durante uma a três semanas, por vezes mais, ou menos. A experiência de cada mulher é diferente. O período menstrual normal regressa geralmente após quatro a seis semanas, mas isto também pode variar Q .



Sangramento após a utilização de misoprostol apenas

A hemorragia começa normalmente dentro de 2-4 horas⁵⁶ após a utilização dos comprimidos, mas por vezes começa mais cedo ou mais tarde. A expulsão dos produtos da concepção ocorrerá normalmente 6-11h⁵² após a primeira dose de misoprostol.



Sangramento após a utilização de mifepristona e misoprostol

A hemorragia começa normalmente dentro de 1-2 horas⁵⁷ após a utilização do misoprostol, mas por vezes começa mais cedo ou mais tarde. As mulheres devem ser informadas que antes de usar o misoprostol 11%⁵⁷ delas podem sangrar de qualquer forma e 3%⁴¹ delas terão um aborto espontâneo sem a segunda medicação. Cerca de 67% terão um aborto completo 4 horas após a utilização do misoprostol e 90% após 24h⁵⁸.



Ovulação após AM A ovulação pode ocorrer a partir de 8 dias³⁰ após o aborto, pelo que a menstruação pode retomar 3-7 semanas após o aborto ou mesmo mais tarde.

Efeitos Secundários

Efeitos secundários do misoprostol

O **misoprostol** TEM efeitos secundários. Se uma mulher não tem quaisquer efeitos colaterais, é possível que ela não tenha misoprostol genuíno. Os efeitos secundários do misoprostol podem incluir **cólicas, calafrios, febre ligeira, náuseas, vômitos, diarreia e erupções cutâneas**⁵⁹. A dormência na língua ou no palato também é um possível efeito secundário quando se usa misoprostol sublingual ou bucal. Estes efeitos secundários normalmente não duram mais de algumas horas após a utilização do misoprostol e nem todas as mulheres experimentam todos os efeitos. A intensidade dos efeitos secundários também pode variar. As mulheres que utilizam apenas o misoprostol normalmente relatam efeitos secundários mais intensos⁶⁰ do que as mulheres que utilizam mifepristona e misoprostol. Isto pode ser explicado pelo facto de no método combinado a quantidade de misoprostol utilizada ser 3 vezes menor e porque a mifepristona aumenta a contratilidade uterina e sensibiliza o útero para o efeito do misoprostol⁶¹.



Efeitos secundários da mifepristona

Geralmente, a mifepristona não tem efeitos secundários.

Dor

A maioria das mulheres irá sentir alguma dor. As cólicas fazem parte do processo. As cólicas causam a hemorragia e expulsão da gravidez. Nem todas as mulheres sentem dor, mas a maioria descreve a dor como mais intensa do que durante a menstruação normal ou semelhante à dor durante o aborto espontâneo para aquelas que o tiveram.



Cólicas após a utilização de misoprostol apenas

As cólicas começam geralmente dentro de 1,5-3h⁵⁶ após a primeira dose de misoprostol.



Cólicas após a utilização de mifepristona e misoprostol

As cólicas começam geralmente dentro de 0-2h⁵⁷ após o uso do misoprostol, e cerca de 7% das mulheres⁵⁷ terá cólicas antes de usar o misoprostol.

Lidar com a dor

É possível tomar analgésicos de forma preventiva e/ou quando a dor surge. De acordo com a pesquisa atual o analgésico mais apropriado para as cólicas durante o aborto medicamentoso é o **ibuprofeno**⁶². As mulheres também podem utilizar outros medicamentos anti-inflamatórios não esteróides ou paracetamol. Outros exemplos de AINEs conhecidos são o Diclofenaco e o Naproxeno; a Aspirina não é recomendada. Se a mulher precisar, pode alternar um AINE com paracetamol a cada 3h. Aconselha-se que ela verifique a dose máxima diária.

As botijas de água quente ou uma almofada de aquecimento também ajudam. Outros métodos para reduzir a dor são o relaxamento com música, um filme, ou o que quer que a mulher geralmente utilize quando lida com cólicas menstruais.

O que será visto

Dependendo da duração da gravidez, pode ser visto um pequeno saco gestacional, que é branco e se parece com um pequeno pedaço de esponja. Se a mulher estiver grávida de cinco a seis semanas, não haverá embrião visível e o saco gestacional medirá 1-3 cm⁴¹; é improvável que a mulher veja os produtos da concepção. A partir das 7 semanas, um pequeno embrião poderá ser visível no interior do saco. Com 9 semanas, o embrião mede cerca de 2,5 cm⁴¹; com 12 semanas, o feto terá aproximadamente 9 cm⁶³ da coroa ao calcanhar.

Se a mulher preferir, pode deitar os produtos da concepção pela sanita abaixo para evitar ver alguma coisa. No entanto, para algumas mulheres, ver o tecido pode ser muito tranquilizador para confirmar que o aborto foi bem sucedido.

Necessidade de cuidados médicos adicionais



Embora o aborto medicamentoso combinado (mifepristona e misoprostol) e o misoprostol por si só sejam métodos seguros e eficazes de pôr fim a uma gravidez indesejada quando utilizados nas primeiras 12 semanas de gravidez, existe um pequeno risco de necessitar de cuidados adicionais. O risco de complicações é muito baixo, mas aumenta ligeiramente com a duração da gravidez. O risco é o mesmo que quando uma mulher tem um aborto espontâneo (o aborto espontâneo ocorre em 15-20% de todas as gravidezes).

Sinais de complicação



Há 4 sinais de complicação que as mulheres precisam de saber. Quando a mulher apresenta um ou mais dos seguintes sinais de complicação, ela deve procurar cuidados médicos:



- **Hemorragia intensa** que enche mais de 2 pensos higiênicos ultra absorventes por hora **durante mais de 2 ou 3 horas seguidas** (se o fluxo de sangue for como um fluxo de água de uma torneira aberta). Sentir-se tonta pode ser um sinal de perda excessiva de sangue, e perigoso para a saúde da mulher (muito raro).



- **Dor forte** que não desaparece com analgésicos, dentro de poucos dias após o uso dos medicamentos.



- **Corrimento vaginal com mau cheiro.**



- **Febre** de mais de 38°C durante mais de 24 horas, ou febre de mais de 39°C graus a qualquer momento.

O tratamento de qualquer complicação de aborto medicamentoso é exatamente o mesmo que o tratamento de complicações de um aborto espontâneo. O tratamento do aborto é rotineiro e está disponível em todos os hospitais e centros de saúde básicos. Os tratamentos podem envolver antibióticos e/ou aspiração a vácuo para esvaziar o útero em caso de infecção, ou uma dose extra de misoprostol para ajudar no aborto incompleto.

Se houver uma complicação, a mulher pode sempre ir ao hospital ou a qualquer médico e dizer que teve um aborto espontâneo. O médico irá tratá-la como se tivesse tido um aborto espontâneo. Não há maneira de o médico saber  que ela usou medicamentos, a menos que a mulher o diga.

Deteção de misoprostol



Recomenda-se que as mulheres usem os comprimidos debaixo da língua, pois dissolver-se-ão completamente e o medicamento será absorvido pelo corpo diretamente através da pele dentro dessa parte da boca. Não há nenhum teste de rotina, de sangue ou urina, que possa ser feito para provar que uma mulher usou misoprostol. Mesmo que seja tecnicamente possível, as poucas instalações com capacidade para detetar o misoprostol no sangue encontram-se na Europa e na Ásia, e os testes são muito caros e raramente utilizados⁶⁴.

Cuidados médicos adicionais quando se utiliza misoprostol apenas

Cerca de 10-25%¹³ das mulheres que utilizam apenas misoprostol durante as primeiras 12 semanas de gravidez necessitarão de cuidados médicos adicionais.



% geral de mulheres que necessitam de intervenção cirúrgica após terem utilizado misoprostol apenas	
Idade gestacional	
Até 7 semanas	14,10% ⁴⁷
Entre 7-9 semanas	16,80% ⁴⁷
Entre 9-13 semanas	21,40% ⁴⁶

Cuidados médicos adicionais quando se utiliza mifepristona e misoprostol

Cerca de 2-5%¹³ das mulheres que utilizam mifepristona e misopostol durante as primeiras 12 semanas de gravidez necessitarão de cuidados médicos adicionais.

Cuidados médicos adicionais quando se utiliza mifepristona e misoprostol	
Idade gestacional	
Até 7 semanas	2% ⁵⁵
Entre 7-9 semanas	2,5% ⁵⁵
Entre 9-13 semanas	3,2% ⁴⁹



Possíveis complicações

Como descrito acima, o risco de complicações é baixo e as complicações graves são extremamente raras. As complicações específicas incluem:

Depois de utilizar o misoprostol apenas

- **A continuação da gravidez**, isto significa que a gravidez continua a desenvolver-se, apesar da utilização dos medicamentos. Acontece em cerca de 4-8%⁴⁵⁻⁴⁸ dos casos.
 - **O aborto incompleto** Q significa que embora a gravidez tenha terminado, a mulher apresenta sinais de complicação e é feita uma aspiração a vácuo. Acontece em cerca de 10%⁵² dos casos.
 - **Infeção** - a frequência global de infeções diagnosticadas ou tratadas (comunicadas) após aborto medicamentoso foi de 0,92%⁶⁸.
 - As **complicações graves** que exigiram hospitalização ou transfusão foram estimadas, no máximo 0,2%⁴⁸. Relatos de morte são extremamente raros e comparáveis aos do aborto cirúrgico precoce (0,1 mortes por 100.000⁶⁹ abortos cirúrgicos até 9 semanas) e do aborto espontâneo (registos recentes no Reino Unido mostram 0,22 mortes por 100.000⁶⁹ abortos).
- acontece em cerca de 0,7%⁴⁹ dos casos.
- **Aborto incompleto** Q significa que, embora a gravidez tenha terminado, a mulher apresenta sinais de complicação e é feita uma aspiração a vácuo. Acontece em cerca de 2-5%¹³ dos casos.
 - **Sangramento excessivo** o suficiente para justificar uma transfusão de sangue ou uma curetagem (aspiração) é extremamente raro (0-0,2% e 0,3-2,6% de casos, respetivamente)⁴¹.
 - **Infeção** - a frequência global de infeções diagnosticadas ou tratadas (comunicadas) após o aborto medicamentoso foi de 0,016%⁷¹.
 - **As complicações graves** que requerem admissão hospitalar ou cuidados de emergência ocorrem em cerca de 0,16%⁷¹ dos casos. Os relatos de morte são extremamente raros e são comparáveis aos do aborto cirúrgico precoce e de aborto espontâneo⁶⁵ (0,1 mortes por 100.000⁶⁶ abortos cirúrgicos até 9 semanas) e para aborto espontâneo (registos recentes no Reino Unido mostram 0,22 mortes por 100.000 abortos espontâneos⁶⁷).

Após utilização de mifepristona e misoprostol

- **A continuação da gravidez**, isto significa que a gravidez continua a desenvolver-se, apesar da utilização dos medicamentos. Isto

Depois de fazer um aborto medicamentoso autogerido

Assegurar o seu sucesso

Se uma mulher teve um aborto bem sucedido, os sintomas da gravidez (como náuseas, fadiga) devem desaparecer dentro de poucos dias e a mulher deverá deixar de se sentir grávida⁴¹. A sensibilidade mamária pode continuar por um máximo de 3 semanas. Algumas mulheres sabem que o aborto é bem sucedido porque vêem os produtos da concepção. Mesmo que a mulher sinta que já não está grávida, é importante confirmar que o aborto foi bem sucedido.

A mulher deve fazer uma ecografia ou um teste de gravidez, porque as hormonas da gravidez permanecem no corpo durante várias semanas, mesmo que o aborto tenha sido bem sucedido. Um teste de gravidez geralmente não será exato até pelo menos 3-4 semanas Q após um aborto. Se o teste for feito demasiado cedo a mulher pode ter um falso positivo no teste.

Os testes urinários de gravidez podem ser positivos por até 6 semanas após um aborto bem sucedido⁴¹, 30 dias após um aborto medicamentoso 25% das mulheres continuarão a ter hCG detetável na urina⁷².

Outra opção é que as mulheres façam um teste de gravidez de sangue, quantitativo, quando fazem o aborto (também pode ser feito imediatamente antes ou depois do aborto) e repitam o teste 4-5 dias após o aborto. Se o nível da hormona hCG reduzir significativamente, isto é um sinal de que o aborto foi bem sucedido.

Quando o aborto é bem sucedido, os níveis de hCG reduzem 50% a cada 2 dias⁷³.

Se uma mulher não tiver dor, febre ou hemorragia intensa, nem uma forte suspeita de uma gravidez ainda em curso, não deve fazer a ecografia antes de 10 dias. Mesmo várias semanas após um aborto bem sucedido, é normal que algum sangue e tecidos permaneçam no útero, e se uma mulher tiver a sua ecografia demasiado cedo, o médico poderá realizar uma aspiração por D&C (Dilatação e Curetagem) ou vácuo que seja desnecessária.



Aborto incompleto

O aborto é um processo que pode durar várias semanas até o útero ficar vazio, pelo que o conceito de aborto incompleto pode ser confuso. O material remanescente no útero sem outros sintomas não é considerado um aborto incompleto. Se não houver sinais de complicação não há necessidade de cuidados médicos. Misoprostol ou gestão expectante (esperar que o tecido passe para fora do útero naturalmente) são alternativas boas e seguras⁶⁵.

Se houver continuação da gravidez

Em alguns casos, o uso de medicamentos abortivos não terminará a gravidez (isto é diferente de um aborto incompleto; **ver pág 40**)

Depois de utilizar misoprostol apenas

Uma gravidez que continua acontecerá em cerca de 4-8%⁴⁵ dos casos após a utilização de apenas misoprostol para o aborto medicamentoso no primeiro trimestre.



% geral de mulheres que têm uma gravidez que continua após a utilização de misoprostol apenas	
Duração da Gravidez	
Até 7 semanas	4,7% ⁴⁷
Entre 7-9 semanas	7,1% ⁴⁷
Entre 9-13 semanas	7,2% ⁴⁶

Depois de utilizar mifepristona e misoprostol

Uma gravidez que continua ocorrerá em cerca de 0,7%⁴⁹ dos casos após a utilização de mifepristona e misoprostol para o aborto medicamentoso no primeiro trimestre.

% geral de mulheres que têm uma gravidez que continua após a utilização de mifepristona e misoprostol	
Duração da Gravidez	
Até 7 semanas	0,1% ⁶³
Entre 7-9 semanas	0,5% ⁶³
Entre 9-13 semanas	1,5% ⁷³



Sinais de que o aborto não foi bem sucedido

Se **não houver hemorragia ou se houver pouco sangramento**, o aborto não aconteceu. Existem 4 razões possíveis para que o aborto não tenha ocorrido:

1. Os medicamentos eram falsos. Infelizmente há muitos esquemas que se aproveitam de uma mulher que tem uma gravidez indesejada. Se os comprimidos não causaram calafrios, náuseas, diarreia ou cólicas, provavelmente não eram um medicamento genuíno.
2. A gravidez é ectópica (fora do útero). Os comprimidos abortivos não aumentarão o risco de complicações mas também não tratarão uma gravidez ectópica. Se a mulher puder fazer uma ecografia, pode ser diagnosticada uma gravidez ectópica. Esta é uma situação potencialmente fatal e será tratada em todas as situações se for identificada.
3. A mulher não tinha as instruções adequadas e não utilizou a quantidade ou dosagem correta de comprimidos, ou não os utilizou conforme as instruções.
4. O aborto medicamentoso não é 100% eficaz.



Mesmo após a utilização correta do misoprostol, 4-8%⁴⁵⁻⁴⁸ das mulheres terão uma gravidez que continua.



Mesmo após o uso correto de mifepristona e misoprostol até 0,7%^{55,74} das mulheres terão uma gravidez que continua.



Repetição do aborto medicamentoso

Se a gravidez continuar, a mulher pode tentar usar novamente os medicamentos (pp. 28-29). As mulheres devem saber que mesmo que repitam o procedimento, este pode falhar novamente. Se a mulher não tiver a certeza se sangrou o suficiente para terminar a gravidez, a única maneira de confirmar que já não está grávida é fazer uma ecografia o mais cedo possível.

Se a mulher acreditar que a medicação não funcionou, tem a certeza que está grávida e não pode confirmar se a gravidez continua, pode tentar novamente a medicação. O aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol ou o aborto cirúrgico são os métodos mais eficazes.

Se a gravidez continuar, o uso de misoprostol está associado a um risco ligeiramente maior de defeitos congénitos, tais como deformidades das mãos ou dos pés e problemas com os nervos do feto Q.



Malformação

É importante saber que existe um pequeno risco de malformação devido ao uso de misoprostol. Por volta de 1% dos fetos expostos desenvolvem anomalias fetais associadas ao uso do misoprostol⁵⁰. Estas anomalias incluem síndrome de Moebius, defeitos dos membros, pé torto, anomalias do sistema nervoso central e anomalias do palato.



Sangramento e contraceção depois do aborto medicamentoso

Após o aborto, a mulher pode esperar uma leve hemorragia durante 1-3 semanas, mas isto pode variar, cada mulher é diferente. Em alguns casos raros, uma mulher pode sangrar até 7 semanas⁷⁵ após o aborto e, por vezes, a hemorragia só será retomada após a primeira menstruação depois do aborto. Também podem ocorrer pequenas perdas de sangue durante até 5 semanas⁷⁵.

As mulheres são aconselhadas a não inserir nada na vagina (tampões, dedos), evitar tomar banho de imersão (os chuveiros são bons) ou ter relações sexuais até que a hemorragia intensa pare, aproximadamente durante 2 dias, após um aborto medicamentoso.

É importante que as mulheres saibam que podem engravidar imediatamente após um aborto!

Se não quiserem engravidar imediatamente, devem ser aconselhadas a iniciar a contraceção para evitar uma nova gravidez indesejada.

As mulheres podem iniciar a **contraceção hormonal (pílula, adesivo, injeção, implante)** até 5 dias depois de tomar o misoprostol^{37,41,72}. Dessa forma estarão imediatamente protegidas.

As mulheres que escolhem o **anel vaginal** para controlo de natalidade devem inseri-lo 2 ou 3 dias após a utilização do misoprostol.

Se uma mulher iniciar qualquer **método hormonal** mais de 5 dias após o aborto, ela deve usar um método de barreira (como preservativos) nos primeiros 7 dias (9 dias se usar comprimidos chamados Qlaira), até o método hormonal atingir a sua eficácia máxima no corpo^{37,41,72}.

O dispositivo **intra-uterino (DIU)** pode ser inserido assim que um aborto completo tenha sido confirmado ou durante a primeira menstruação após o aborto. **Preservativos, esponjas, diafragmas, espermicidas, geleias ou comprimidos vaginais** podem ser utilizados logo que as relações sexuais sejam retomadas. Os métodos baseados na monitorização da fertilidade podem ser utilizados quando os ciclos menstruais regulares tiverem sido retomados^{37,41,72}.

Check-list para apoiar mulheres que fazem um aborto autogerido

Gravidez

- ☐ 1. A mulher confirmou a gravidez?
 - a) Se não confirmou, deve fazer um teste de gravidez ou ultrassom.
- ☐ 2. Quantas semanas de gravidez? Quando foi o primeiro dia da última menstruação?
- ☐ 3. Está grávida de menos de 12 semanas (84 dias desde a última menstruação)?
 - a) Se ela tiver mais de 12 semanas e tiver decidido autogerir o seu aborto, encaminhe-a para alguém que lhe possa fornecer mais informações sobre o aborto no segundo trimestre.

Decisão

- ☐ 4. A gravidez é indesejada? É uma decisão dela? É uma escolha da mulher ou está a ser pressionada a fazer um aborto contra a sua vontade?
- ☐ 5. Ela tem a certeza da sua decisão? Precisa de mais tempo ou de falar com alguém para tomar uma decisão? Tem preocupações?

Saúde

- ☐ 6. Tem alguma condição médica que possa ser um problema (gravidez ectópica ou reação alérgica prévia ao misoprostol e/ou mifepristona; porfíria hereditária; insuficiência adrenal crónica ou insuficiência hepática)?
- ☐ 7. Tem algum outro problema médico grave?
- ☐ 8. Tem um DIU instalado?
- ☐ 9. Se for clara na sua decisão de terminar a gravidez, se tiver menos de 12 semanas e não tiver problemas de saúde, é elegível para um aborto seguro com comprimidos.

Dar informação

- ☐ 10. É aconselhada a ter alguém com ela durante o aborto, preparar tudo o que possa ser útil para o procedimento e fazer um plano para o caso de ter uma complicação e precisar de procurar cuidados médicos. O plano deve incluir medicamentos anti-náusea, se necessário, e Ibuprofeno para as dores.
- ☐ 11. Explicar quanto misoprostol ou mifepristona e misoprostol ela precisa e a forma mais eficaz de o(s) utilizar.
- ☐ 12. Detalhar os possíveis efeitos secundários dos comprimidos (hemorragias, cólicas, calafrios, diarreia, vômitos).
- ☐ 13. Explique o que se espera que aconteça (início de hemorragia, cólicas que podem ser dolorosas, e expulsão da gravidez).
- ☐ 14. Descrever os sinais de complicações (sangramento excessivo, febre, corrimento vaginal anormal, dores fortes que não são aliviadas com analgésicos).
- ☐ 15. Falar sobre o que fazer se não houver hemorragia (confirmar a qualidade dos medicamentos, excluir a possibilidade de gravidez ectópica, confirmar a duração da gravidez e repetir o procedimento se apropriado; ela pode considerar o uso de mifepristona e misoprostol se tiver acesso).
- ☐ 16. Informá-la sobre o que irá acontecer aos sintomas da gravidez se o aborto for bem sucedido e o que esperar em termos de hemorragia e de dor.
- ☐ 17. Sublinhar a necessidade de confirmar que o aborto foi bem sucedido (ultrassom ou teste de gravidez 3-4 semanas mais tarde).

Peça à mulher que lhe repita esta informação e, se necessário, corrija-a. Certifique-se de que ela compreende e pergunte se tem alguma dúvida.



COMPARAÇÃO DE DIFERENTES MÉTODOS DE ABORTO
MEDICAMENTOSO PARA UM ABORTO NO PRIMEIRO TRIMESTRE

MISOPROSTOL APENAS

Medicamentos		12 misoprostol 200mcg
Como usar	 Colocar 4 comprimidos de misoprostol debaixo da língua  Após 3 horas, colocar mais 4 comprimidos debaixo da língua.  Após 3 horas, colocar mais 4 comprimidos debaixo da língua  Primeiro passo: colocar 4 misoprostol 200mcg debaixo da língua, deixar dissolver durante pelo menos 30 minutos e depois engolir com água. Segundo passo: 3 horas depois colocar mais 4 misoprostol 200mcg debaixo da língua, deixar dissolver durante pelo menos 30 minutos e depois engolir com água. Terceiro passo: 3 horas depois colocar mais 4 misoprostol 200mcg debaixo da língua, deixar dissolver durante pelo menos 30 minutos e depois engolir com água.	
Eficácia		10-25% das mulheres necessitarão de cuidados médicos adicionais ¹³ . A taxa de gravidezes que continuam situa-se entre 4-8% ⁴⁵⁻⁴⁸ .
Efeitos Secundários		Os efeitos secundários como náuseas, dores, vômitos, diarreia, calafrios são mais intensos.
Processo		O aborto ocorre normalmente 7,5 horas após a primeira dose de misoprostol⁵². 70% das mulheres expulsaram a gravidez 12 horas após a utilização da primeira dose de misoprostol apenas, 80% após 24h ⁴⁵ .
Acesso		O misoprostol é mais barato e disponível em muitos países para várias utilizações (úlceras, artrite, prevenção de hemorragias pesadas após o parto), por isso pode ser mais fácil de obter.

COMPARAÇÃO DE DIFERENTES MÉTODOS DE ABORTO
MEDICAMENTOSO PARA UM ABORTO NO PRIMEIRO TRIMESTRE

MIFEPRISTONA E MISOPROSTOL

Medicamentos		1 mifepristona 200mg 4 misoprostol 200mcg
Como usar	 Engolir a mifepristona com um copo de água. 24 horas mais tarde, colocar 4 misoprostol 200mcg   entre a gengiva e a bochecha deixar dissolver durante pelo menos 30 minutos, depois engolir com água. 	Primeiro passo: Engolir a mifepristona com um copo de água. Segundo passo: 24 horas mais tarde, colocar 4 misoprostol 200mcg entre a gengiva e a bochecha, dois do lado esquerdo e dois do lado direito e deixar dissolver durante pelo menos 30 minutos, depois engolir com água.
Eficácia		2-5% das mulheres necessitarão de cuidados médicos adicionais ¹³ . A taxa de gravidezes que continuam é extremamente baixa, cerca de 1,3% ⁴⁹ .
Efeitos Secundários		Os efeitos secundários como náuseas, vômitos, dor, diarreia, calafrios são menos intensos.
Processo		O aborto normalmente ocorre 3,5 horas após a utilização do misoprostol ⁴⁹ . 80% das mulheres expulsaram a gravidez 6 horas após a utilização do misoprostol ⁴¹ .
Acesso		A mifepristona é mais cara e geralmente não está disponível em países onde o aborto é legalmente restrito.

Perguntas frequentes

Gravidez ectópica

Uma gravidez ectópica ocorre quando um embrião se implanta fora do útero, como numa das trompas de falópio. Uma gravidez ectópica é uma condição incomum, mas potencialmente ameaçadora de vida, ocorrendo em 1,5-2% de gravidezes e só pode ser confirmada por um ultrassom após 6 semanas de gravidez¹³.

Se uma mulher não conseguir fazer uma ecografia, não há problema em usar comprimidos para o aborto, uma vez que não irão agravar o seu estado. Os comprimidos abortivos não funcionarão se a mulher tiver uma gravidez ectópica. Ela pode ter algum sangramento, mas não verá coágulos ou produtos da gravidez, porque a gravidez continua fora do útero.

A gravidez ectópica pode ser assintomática nas fases iniciais. Os sintomas de uma gravidez ectópica podem frequentemente ser vagos, e incluem hemorragia vaginal, dor abdominal ou pélvica (geralmente mais forte de um lado), dor no ombro, fraqueza ou tonturas. Estes sintomas podem também ocorrer noutras condições, como quistos nos ovários, abortos espontâneos, ou mesmo numa gravidez normal, pelo que por si só, estes sintomas não significam que uma mulher tenha uma gravidez ectópica. Se houver suspeita de uma gravidez ectópica, podem ser utilizados testes de sangue beta-

hCG, a hormona que está no sangue durante a gravidez, e ultrassom após 6 semanas para ajudar a confirmar o diagnóstico. Uma rutura da gravidez ectópica pode ser uma ameaça à vida e necessita de cuidados médicos de emergência⁷⁶.

Se a mulher for Rhesus negativa

Existem diferentes grupos sanguíneos nos seres humanos. A maioria das mulheres tem grupos sanguíneos que são Rh-positivos.

A incompatibilidade Rh ocorre quando uma mulher grávida tem sangue Rh-negativo e o feto tem sangue Rh-positivo. Se o sangue Rh-positivo do feto entrar na corrente sanguínea da mulher com sangue Rh-negativo, o sistema imunitário da mulher pode reconhecer os glóbulos vermelhos do feto como estranhos e produzir anticorpos. Isto pode causar problemas numa gravidez futura⁷⁷.



Para gravidezes até 84 dias (12 semanas), não há provas de que qualquer problema relacionado com os grupos sanguíneos possa ocorrer tão cedo na gravidez⁷⁸. Portanto, não há necessidade de a mulher receber qualquer injeção ou tratamento relacionado com os tipos de sangue¹³.

Para mulheres com mais de 12 semanas de gravidez e que sabem que são Rh-negativas, a mulher deve receber uma injeção de Rh-imunoglobulina no mesmo dia em que usa a mifepristona ou o misoprostol, ou no máximo até 72h após o aborto para evitar incompatibilidade Rh¹³.

Gravidez múltipla

Mesmo que haja uma gravidez múltipla, os medicamentos e o protocolo recomendados para terminar a gravidez são os mesmos que para uma gravidez única⁴¹.

Amamentação

Devido aos níveis extremamente baixos de misoprostol no leite materno, as quantidades ingeridas pela lactante são triviais e são pouco suscetíveis de causar quaisquer efeitos adversos em bebés a ser amamentados⁴¹. Não são necessárias precauções especiais⁷⁹.

Cesariana

A segurança e eficácia do aborto medicamentoso precoce, quando realizado no primeiro trimestre, não são afetadas por cesarianas anteriores⁴¹. A rutura uterina é uma complicação rara e está associada a idades gestacionais mais avançadas e a cicatrizes uterinas^{13,80}.

Peso

Os medicamentos e o protocolo recomendados para terminar uma gravidez são os mesmos para todas as mulheres, independentemente do seu peso. Os medicamentos funcionam exatamente da mesma forma em mulheres de qualquer peso, altura e tamanho⁴¹.

Idade

Nem a adolescência nem a idade mais avançada devem ser consideradas como condições que podem constituir um problema para o aborto medicamentoso. Os medicamentos funcionam exatamente da mesma forma em mulheres de qualquer idade⁴¹.

No entanto, poderão ser necessárias considerações adicionais para os adolescentes relativamente à confidencialidade, restrições financeiras e acesso a cuidados pós-aborto⁴.

VIH

As mulheres seropositivas podem usar comprimidos abortivos. A terapia antirretroviral não interfere com a segurança ou eficácia do aborto medicamentoso⁸¹.

REFERÊNCIAS

1. Erdman JN, Jelinska K, Yanow S. Understandings of self-managed abortion as health inequity, harm reduction and social change. *Reprod Health Matters*. 2018 Nov;26(54):13–19. PMID: 30231807
2. World Health Organization, editor. *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: World Health Organization; 2014
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Medical management of first-trimester abortion. *Obstet Gynecol*. 2014 Mar;123(3):676–692. PMID: 24553166
4. Medical management of abortion [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2019 May 10]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536779/> PMID: 30702834
5. Gynuity Health Projects. Misoprostol for Treatment of Postpartum Hemorrhage [Internet]. Gynuity; 2017 [cited 2019 May 15]. Disponível em: https://gynuity.org/assets/resources/clinguide_ifu_pph_treatment_en.pdf
6. Gynuity Health Projects. Misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage [Internet]. Gynuity; 2015 [cited 2019 May 15]. Disponível em: <https://gynuity.org/resources/misoprostol-for-prevention-of-postpartum-hemorrhage>
7. Gynuity Health Projects. *Providing Medical Abortion in Low-Resource Settings: An Introductory Guidebook*. Second edition. 2009.
8. Organization WH. World Health Organization model list of essential medicines: 21st list 2019. World Health Organization; 2019 [cited 2020 Mar 12]; Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325771>
9. World Health Organization. Preventing unsafe abortion [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 12]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
10. Ganatra B, Gerdtts C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*. 2017 Nov 25;390(10110):2372–2381. PMID: 28964589
11. Guttmacher Institut. Induced Abortion Worldwide [Internet]. Guttmacher Institut; 2018 [cited 2019 Oct 5]. Disponível em: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb_iaw.pdf
12. WHO. Maternal mortality [Internet]. 2018 [cited 2019 May 10]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
13. WHO. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems [Internet]. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2012 [cited 2019 May 10]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138196/>
14. Berard V, Fiala C, Cameron S, Bombas T, Parachini M, Gemzell-Danielsson K. Instability of Misoprostol Tablets Stored Outside the Blister: A Potential Serious Concern for Clinical Outcome in Medical Abortion. *Hawkins SM, editor. PLoS ONE*. 2014 Dec 15;9(12):e112401.
15. Gikonyo D, Gikonyo A, Luvayo D, Ponothe P. Drug expiry debate: the myth and the reality. *Afr Health Sci*. 2019 Sep;19(3):2737–2739. PMID: PMC7040264
16. Winikoff B, Sheldon W. Use of Medicines Changing the Face of Abortion. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2012 Sep;38(03):164–166.
17. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). Fertility Awareness Methods [Internet]. 2015. Disponível em: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ceuguidancefertilityawarenessmethods/>
18. Reed BG, Carr BR. The Normal Menstrual Cycle and the Control of Ovulation. In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, Chrousos G, Dungan K, Grossman A, Hershman JM, Kaltsas G, Koch C, Kopp P, Korbonits M, McLachlan R, Morley JE, New M, Perreault L, Purnell J, Rebar R, Singer F, Trencle DL, Vinik A, Wilson DP, editors. *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000 [cited 2019 May 10]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279054/> PMID: 25905282
19. American College of Obstetricians and Gynecologists. FAQ Contraception: Fertility Awareness- Based Methods of Family Planning [Internet]. 2019. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq024.pdf?dmc=1&ts=20190510T1235512624>
20. Makrigiannakis A, Vrekoussis T, Zoumakis E, Kalantaridou SN, Jeschke U. The Role of HCG in Implantation: A Mini-Review of Molecular and Clinical Evidence. *Int J Mol Sci*. 2017 Jun 19;18(6). PMID: PMC5486126
21. Su R-W, Fazleabas AT. Implantation and Establishment of Pregnancy in Human and Nonhuman Primates. *Adv Anat Embryol Cell Biol*. 2015;216:189–213. PMID: PMC5098399
22. Nepomnaschy PA, Weinberg CR, Wilcox AJ, Baird DD. Urinary hCG patterns during the week following implantation. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2008 Feb;23(2):271–277. PMID: PMC5330618
23. Betz D, Fane K. Human Chorionic Gonadotropin (HCG). *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 [cited 2019 May 27]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532950/> PMID: 30422545
24. Early Options: Ultrasound Imaging in Early Pregnancy [Internet]. [cited 2019 May 27]. Disponível em: https://prochoice.org/online_cme/m4ultrasound.asp
25. Quinn J-A, Munoz FM, Gonik B, Frau L, Cutland C, Mallett-Moore T, Kissou A, Wittke F, Das M, Nunes T, Pye S, Watson W, Ramos A-MA, Cordero JF, Huang W-T, Kochhar S, Buttery J. Preterm birth: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunisation safety data. *Vaccine*. 2016 Dec 1;34(49):6047–6056. PMID: PMC5139808
26. Lagrew DC, Wilson EA, Fried AM. Accuracy of serum human chorionic gonadotropin concentrations and ultrasonic fetal measurements in determining gestational age. *Am J Obstet Gynecol*. 1984 May 15;149(2):165–168. PMID: 6720792
27. Lagrew DC, Wilson EA, Jawad MJ. Determination of gestational age by serum concentrations of human chorionic gonadotropin. *Obstet Gynecol*. 1983 Jul;62(1):37–40. PMID: 6856220
28. Brown HL. Detecting and Dating a Pregnancy - Women's Health Issues - Merck Manuals Consumer Version [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 6]. Disponível em: <https://www.merckmanuals.com/home/women-s-health-issues/normal-pregnancy/detecting-and-dating-a-pregnancy>
29. Institute G. Contraceptive Use in the United States [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 5]. Disponível em: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb_contr_use_0.pdf
30. Schreiber CA, Sober S, Ratcliffe S, Creinin MD. Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception*. 2011 Sep;84(3):230–233
31. Planned Parenthood. What is the Effectiveness of the Pull Out Method? [Internet]. [cited 2019 May 10]. Disponível em: <https://www.plannedparenthood.org/learn/birth-control/withdrawal-pull-out-method/how-effective-is-withdrawal-method-pulling-out>
32. Reproductive Health Access Project (RHAP). Your birth control choices [Internet]. Reproductive Health Access Project. [cited 2019 May 10]. Disponível em: <https://www.reproductiveaccess.org/resource/bc-fact-sheet/>
33. FSRH Clinical Effectiveness Unit. Emergency Contraception [Internet]. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare; 2017 [cited 2019 Oct 5]. Disponível em: <https://www.fsrh.org/documents/ceu-clinical-guidance-emergency-contraception-march-2017/>
34. World Health Organization. Emergency contraception [Internet]. [cited 2019 May 10]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
35. Cleland K, Raymond EG, Westley E, Trussell J. Emergency contraception review: evidence-based recommendations for clinicians. *Clin Obstet Gynecol*. 2014 Dec;57(4):741–750. PMID: PMC4216625
36. Creinin MD, Schlaff W, Archer DF, Wan L, Freziers R, Thomas M, Rosenberg M, Higgins J. Progesterone receptor modulator for emergency contraception: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2006 Nov;108(5):1089–1097. PMID: PMC2853373
37. IPAS. Clinical Updates in Reproductive Health [Internet]. L. Castleman&N. Kapp (Eds.). NC; 2018. Disponível em: <https://www.ipas.org/clinical-updates/static/CURHE18.pdf>
38. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in comprehensive abortion care. *Best Pract Pap*. 2015 Jun;
39. Winikoff B, Ellertson C, Clark S. Analysis of failure in medical abortion. *Contraception*. 1996 Dec;54(6):323–327. PMID: 8968659
40. Gynuity Health Projects. Mifepristone approvals [Internet]. 2017. Disponível em: https://gynuity.org/assets/resources/biblio_ref

41. Fiala C, Agostini A, Bombas T, Gemzell-Danielsson K, Lertxundi R, Lubusky M, Parachini M. Early Medical Abortion: A Practical guide for Healthcare Professionals. 2nd Edition. Editions de Santé; 2018.
42. Griebel CP, Halvorsen J, Golemon TB, Day AA. Management of spontaneous abortion. *Am Fam Physician*. 2005 Oct 1;72(7):1243–1250. PMID: 16225027
43. Davey A. Mifepristone and prostaglandin for termination of pregnancy: contraindications for use, reasons and rationale. *Contraception*. 2006 Jul;74(1):16–20.
44. Raymond EG, Grimes DA. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstet Gynecol*. 2012 Feb;119(2 Pt 1):215–219. PMID: 22270271
45. 45. Faúndes A, Fiala C, Tang OS, Velasco A. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *Int J Gynecol Obstet*. 2007 Dec;99:S172–S177.
46. Tang OS, Miao BY, Lee SWH, Ho PC. Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2002 Mar;17(3):654–658. PMID: 11870118
47. von Hertzen H. Misoprostol Only Regimens for Medical abortion. Moscow: FIAPAC; 2005.
48. Raymond EG, Harrison MS, Weaver MA. Efficacy of Misoprostol Alone for First-Trimester Medical Abortion: A Systematic Review. *Obstet Gynecol*. 2019 Jan;133(1):137–147.
49. Hamoda H, Ashok PW, Flett GMM, Templeton A. A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2005 Aug;112(8):1102–1108.
50. Tang OS, Gemzell-Danielsson K, Ho PC. Misoprostol: Pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects. *Int J Gynecol Obstet*. 2007 Dec;99:S160–S167.
51. Sheldon WR, Durocher J, Dzuba IG, Sayette H, Martin R, Velasco MC, Winikoff B. Early abortion with buccal versus sublingual misoprostol alone: a multicenter, randomized trial. *Contraception*. 2019 May;99(5):272–277. PMID: 30831103
52. von Hertzen H, Piaggio G, Huong NTM, Arustamyan K, Cabezas E, Gomez M, Khomassuridze A, Shah R, Mittal S, Nair R, Erdene-tungalag R, Huong TM, Vy ND, Phuong NTN, Tuyet HTD, Peregoudov A. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*. 2007 Jun;369(9577):1938–1946.
53. Kapp N, Eckersberger E, Lavelanet A, Rodriguez MI. Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception*. 2019 Feb;99(2):77–86. PMID: 30831103
54. Coyaji K, Krishna U, Ambardekar S, Bracken H, Raote V, Mandelkar A, Winikoff B. Does a repeat dose of misoprostol following mifepristone for early abortion increase efficacy? *Contraception*. 2006 Aug;74(2):179.
55. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GMM. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2002 Nov;109(11):1281–1289.
56. Zikopoulos KA. Early pregnancy termination with vaginal misoprostol before and after 42 days gestation. *Hum Reprod*. 2002 Dec 1;17(12):3079–3083.
57. De Nonno LJ, Westhoff C, Fielding SL, Schaff E. Timing of pain and bleeding after mifepristone-induced abortion. *Contraception*. 2000 Dec;62(6):305–9.
58. Foster AM. Medication Abortion: A Guide for Health Professionals. Cambridge: Ibis Reproductive Health; 2005.
59. Work and Reference Group for Family Planning, Swedish Society of Obstetrics and Gynaecology. Inducerad abort [Internet]. 2018. Disponível em: <https://www.sfog.se/natupplaga/ARGrappor9792c7d5-5648-475e-bee6-81478b0d9323.pdf>
60. Chawdhary R, Rana A, Pradhan N. Mifepristone plus vaginal misoprostol vs vaginal misoprostol alone for medical abortion in gestation 63 days or less in Nepalese women: a quasi-randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res*. 2009 Feb;35(1):78–85. PMID: 19215552
61. Livshits A, Machtinger R, David LB, Spira M, Moshe-Zahav A, Seidman DS. Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: a double-blind randomized controlled study. *Fertil Steril*. 2009 May;91(5):1877–1880.
62. Archie JG, Collins JS, Lebel RR. Quantitative Standards for Fetal and Neonatal Autopsy. *Am J Clin Pathol*. 2006 Aug;126(2):256–265.
63. Gynuity Health Projects » FAQ on Misoprostol Detection in Blood. :2.
64. vKim et al. - 2017 - Medical treatments for incomplete miscarriage.pdf [Internet]. [cited 2019 Jun 4]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6464743/pdf/CD007223.pdf>
65. Lemmers M, Verschoor M a. C, Oude Rengerink K, Naaktgeboren C, Opmeer BC, Bossuyt PM, Huirne J a. F, Janssen C a. H, Radder C, Klinkert ER, Langenveld J, Catshoek R, Van der Voet L, Siemens F, Geomini P, Van Hooff MH, Van der Ploeg JM, Coppus SFPJ, Ankum WM, Mol BWJ, MisoREST study group. MisoREST: surgical versus expectant management in women with an incomplete evacuation of the uterus after misoprostol treatment for miscarriage: a randomized controlled trial. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2016;31(11):2421–2427. PMID: 27591236
66. Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 31;1:CD007223. PMID: 28517516
67. Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: A review of the literature. *Contraception*. 2004 Sep;70(3):183–190.
68. Creinin M, Blumenthal P, Shulman L. Mifepristone-Misoprostol Medical Abortion Mortality. *Medscape Gen Med*. 2006 Apr 14;8(2):26. PMID: 1685176
69. Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod D, Harper A, Hulbert D, Lucas S, McClure J, Millward-Sadler H, Neilson J, Nelson-Piercy C, Norman J, O'Herlihy C, Oates M, Shakespeare J, de Swiet M, Williamson C, Beale V, Knight M, Lennox C, Miller A, Parmar D, Rogers J, Springett A. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2011 Mar;118 Suppl 1:1–203. PMID: 21356004
70. Cleland K, Creinin MD, Nucatola D, Nshom M, Trussell J. Significant Adverse Events and Outcomes After Medical Abortion: *Obstet Gynecol*. 2013 Jan;121(1):166–171.
71. Perriera LK, Reeves MF, Chen BA, Hohmann HL, Hayes J, Creinin MD. Feasibility of telephone follow-up after medical abortion. *Contraception*. 2010 Feb;81(2):143–149. PMID: 20103453
72. Schaff EA, Eisinger SH, Franks P, Kim SS. Combined methotrexate and misoprostol for early induced abortion. *Arch Fam Med*. 1995 Sep;4(9):774–779. PMID: 7647943
73. Hamoda H, Ashok PW, Flett GMM, Templeton A. Medical abortion at 9–13 weeks' gestation: a review of 1076 consecutive cases. *Contraception*. 2005 May;71(5):327–332.
74. Chen AY, Mottl-Santiago J, Vragovic O, Wasserman S, Borgatta L. Bleeding after medication-induced termination of pregnancy with two dosing schedules of mifepristone and misoprostol. *Contraception*. 2006 Apr;73(4):415–419. PMID: 16531178
75. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 191: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2018;131(2):e65–e77. PMID: 29232273
76. Dulay AT. Erythroblastosis Fetalis - Gynecology and Obstetrics [Internet]. Merck Manuals Professional Edition. [cited 2019 Jun 12]. Disponível em: <https://www.merckmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/abnormalities-of-pregnancy/erythroblastosis-fetalis>
77. Fiala C, Fux M, Danielsson KG. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;12.
78. Misoprostol. Drugs Lact Database Lact [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2006 [cited 2019 Jun 12]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501436/> PMID: 30000496
79. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2009 May;113(5):1117–1123. PMID: 19384128
80. Moseson H, Herold S, Filippa S, Barr-Walker J, Baum SE, Gerdtts C. Self-managed abortion: A systematic scoping review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020 Feb;63:87–110. PMID: 31859163

