

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

A Telemedicina na Interrupção Voluntária da Gravidez

Maria Inês Reis Fernandes Carvalho

M

2025



A Telemedicina na Interrupção Voluntária da Gravidez

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Estudante: Maria Inês Reis Fernandes Carvalho

Aluna do 6º ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Endereço de correio eletrónico: minescarvalho00@gmail.com

Orientadora: Professora Doutora Joana da Costa Baptista Gomes Barrocas

Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar na Unidade de Saúde Familiar de Caravela, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.

Professora Auxiliar do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Coorientadora: Doutora Ana Margarida Antunes Cruz

Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar Unidade Saúde Familiar Bom Porto, Unidade Local de Saúde de Santo António

Professora Auxiliar Convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Junho, 2025

A telemedicina na Interrupção Voluntária da Gravidez

Autora: Maria Inês Reis Fernandes Carvalho

Maria Inês Carvalho.

Orientadora: Professora Doutora Joana da Costa Baptista Gomes Barrocas

Coorientadora: Doutora Ana Margarida Antunes Cruz

Junho, 2025

Dedicatória

Aos meus pais, que deram tudo para que o meu caminho fosse mais fácil do que o deles. Não me agarraram sempre a mão, mas nunca tive de cair com medo de que eles me faltassem para amparar a queda. São o meu maior apoio, espero ser o vosso maior orgulho.

À minha irmã, que é a pessoa que melhor me conhece. Não há ninguém com quem eu goste mais de partilhar a vida do que contigo.

À minha família, avós, tios e primos, que foram parte integral na minha educação e que acompanharam cada passo. Agradeço pela infância cheia de boas memórias que me deram, e pela preocupação e carinho que têm comigo. Espero conseguir retribuir.

Aos meus amigos, aos que fiz na faculdade e aos que trouxe de casa, que são uma fonte de luz e alegria na minha vida, que me ensinam com o seu exemplo, e incentivam a ser melhor.

À minha melhor amiga, Marta, que compreende este percurso como ninguém, e me acompanha em todos os momentos.

Tenho uma vida pela frente, mas a que consegui até agora não era possível sem vocês.

Vou ser vossa para sempre.

Agradecimentos

Agradeço à Professora Doutora Joana Barrocas o acompanhamento atento ao longo deste trabalho. A sua orientação crítica, clareza e incentivo foram determinantes. Reconheço, igualmente, o apoio contínuo e a confiança demonstrada em todas as fases do processo.

Agradeço à Doutora Ana Margarida Cruz, cuja visão e conhecimento contribuíram de forma significativa para o enriquecimento deste trabalho.

A ambas, manifesto o meu reconhecimento pelo papel fundamental que tiveram enquanto orientadoras e fontes de motivação.

Resumo

Introdução: O aborto medicamentoso é um procedimento seguro e eficaz, sobretudo até às 10 semanas de gestação. Com o desenvolvimento da saúde digital, a telemedicina surgiu como uma alternativa aos cuidados presenciais, em especial, em contextos onde o acesso pode ser dificultado por barreiras geográficas, legais, financeiras ou socioculturais.

Objetivo: Comparar a eficácia, segurança e satisfação das utilizadoras entre dois modelos de provisão de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) - por telemedicina e nos cuidados presenciais.

Métodos: Esta Revisão Baseada na Evidência foi conduzida de acordo com as diretrizes PRISMA 2020 e estruturada segundo o modelo PICO. A pesquisa foi realizada nas bases PubMed, Scopus, Scielo, ScienceDirect, Cochrane Library, NICE, Guideline Central e Trip Database até 15 de abril de 2025. Foram incluídos estudos que avaliaram o aborto medicamentoso, via telemedicina, em comparação com modelos presenciais ou híbridos. A síntese foi realizada de forma narrativa e a qualidade metodológica dos estudos primários foi avaliada com a escala SORT. O risco de viés foi analisado com os instrumentos RoB2 (para ensaios clínicos randomizados) e ROBINS-I (para estudos observacionais).

Resultados: Foram incluídos 15 estudos: 7 estudos primários (1 ensaio clínico randomizado e 6 estudos observacionais), 4 revisões (sistemática com meta-análise, sistemática, *scoping* e rápida) e 4 *guidelines* clínicas. A evidência revelou, de forma consistente, taxas elevadas de sucesso e baixa incidência de eventos adversos graves, tornando comparáveis os resultados nos modelos por telemedicina e presenciais. A satisfação das utilizadoras foi, de modo geral, elevada. O ensaio clínico randomizado (Reynolds-Wright et al.) e um estudo coorte prospetivo (Ralph et al.) constituíram os estudos com maior qualidade metodológica (nível A segundo a classificação SORT). A maioria dos estudos observacionais foi classificada com nível B, devido a limitações inerentes à sua metodologia.

Conclusões: A telemedicina para a realização de aborto medicamentoso representa uma alternativa eficaz, segura e aceitável aos cuidados presenciais, sobretudo quando associada a protocolos clínicos padronizados e sustentada com um apoio remoto estruturado. Apesar das limitações metodológicas de alguns estudos, a consistência dos resultados e o parecer de diretrizes internacionais (OMS, NICE, ACOG) sustentam a sua adoção como modelo legítimo de prestação de cuidados em saúde reprodutiva.

Palavras-chave: “Interrupção Voluntária da Gravidez”; “Aborto”; “Telemedicina”;

Abstract

Background: Medical abortion is a safe and effective procedure, particularly up to 10 weeks of gestation. With the development of digital health, telemedicine has emerged as a promising alternative to traditional in-person abortion care, especially in contexts where access is hindered by geographical, legal, financial, or sociocultural barriers.

Objective: To compare the effectiveness, safety, and user satisfaction of medical abortion provided through telemedicine versus in-person care.

Methods: This evidence-based review followed PRISMA 2020 guidelines and was structured according to the PICO model. Searches were conducted across PubMed, Scopus, Scielo, ScienceDirect, Cochrane Library, NICE, Guideline Central, and Trip Database up to April 15, 2025. Included studies evaluated medical abortion via telemedicine and compared it to in-person or hybrid models. Data were synthesized narratively, and study quality was assessed using the SORT taxonomy. Risk of bias was evaluated with RoB2 for randomized trials and ROBINS-I for observational studies.

Results: A total of 15 studies were included: 7 primary studies (1 RCT, 6 observational studies), 4 reviews (including systematic with meta-analysis, systematic, scoping, realist, and rapid reviews), and 4 clinical guidelines. The evidence consistently showed high success rates and low incidence of serious adverse events in both telemedicine and in-person models. User satisfaction was generally high across studies. The randomized controlled trial (Reynolds-Wright et al.) and a large prospective cohort (Ralph et al.) provided the strongest evidence (SORT level A). Most observational studies were rated as SORT level B due to moderate or serious risk of bias.

Conclusions: Telemedicine for medical abortion is a clinically effective, safe, and acceptable alternative to in-person care, particularly when protocols are standardized, and remote support is available. Despite methodological limitations in some studies, the consistency of findings and support from major international guidelines (WHO, NICE, ACOG) reinforce telemedicine as a viable and evidence-based model for abortion care.

Keywords (Mesh words): “Abortion, Induced”; “Telemedicine”

Lista de Abreviaturas

ACOG - *American College of Obstetricians and Gynecologists*
ECR - Ensaio Clínico Randomizado
IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez
MeSH - *Medical Subject Headings*
NICE - *National Institute for Health and Care Excellence*
OMS - Organização Mundial de Saúde
PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
PICO – População, intervenção, comparação e outcome
RBE - Revisão Baseada na Evidência
ROBINS-I - *Risk of Bias in Non-randomized Studies - of Interventions*
RoB2 – *Risk of Bias 2*
SORT - *Strength of Recommendation Taxonomy*
WoW - *Women on Web*

Índice

Dedicatória	i
Agradecimentos	ii
Resumo.....	iii
Abstract	iv
Lista de Abreviaturas.....	v
Lista de Tabelas.....	vii
Lista de Figuras.....	viii
Introdução	1
Métodos	3
Resultados	5
Discussão	15
Conclusão	17
Apêndice.....	18
Bibliografia:	40

Lista de Tabelas

Tabela I – Expressões de pesquisa utilizadas

Tabela II – Resumo geral das revisões incluídas

Tabela III – Resumo geral dos estudos primários

Tabela IV – Classificação SORT dos estudos primários

Tabela V – Sumário do risco de viés, segundo a ferramenta ROBINS I

Lista de Figuras

Figura 1– Fluxograma do processo de seleção dos artigos

Figura 2 – Sumário do risco de viés, segundo a ferramenta RoB2

Introdução

A interrupção voluntária da gravidez (IVG) é um procedimento essencial no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um direito fundamental que deve ser garantido com segurança, confidencialidade e acesso equitativo.¹ Estima-se que, globalmente, tenham ocorrido cerca de 73,3 milhões de abortos anuais entre 2015 e 2019, um aumento face aos 55,7 milhões registados no período de 2010 a 2014.¹ Contudo, cerca de 45% desses abortos são considerados inseguros, sobretudo em países com legislações restritivas.¹ A IVG insegura é responsável por até 13,2% das mortes maternas anuais, sendo especialmente prevalente na Ásia e em África.¹

O acesso à IVG é profundamente influenciado por fatores sociais, incluindo estigma, desigualdades de género, barreiras culturais e em contexto de violência doméstica. Estudos mostram que muitas mulheres recorrem à telemedicina ou autogestão do aborto como forma de manter a privacidade, evitar julgamento social ou escapar ao controlo familiar ou conjugal.^{2,3} Adicionalmente, pessoas em situação de vulnerabilidade — como adolescentes, migrantes sem documentos e pessoas com limitações linguísticas — são desproporcionalmente afetadas por exigências presenciais, distância até às clínicas, e falta de recursos financeiros.^{2,4}

O aborto medicamentoso, que envolve o uso de mifepristona e misoprostol, é altamente eficaz, sobretudo até às 10 semanas de gestação, com taxas de sucesso entre 95% e 98%.⁵ Ademais, apresenta menor risco de complicações face ao aborto cirúrgico.⁵ Com os avanços na prática médica e digital, a telemedicina surgiu como uma alternativa segura para a administração deste tipo de aborto, eliminando barreiras como deslocações, custos, estigma social e risco de violência doméstica.^{2,6,7} Esta abordagem tornou-se ainda mais relevante durante a pandemia de COVID-19, quando restrições de mobilidade e sobrecarga dos serviços de saúde dificultaram o acesso ao aborto presencial.⁸

Durante a pandemia, diversos países adaptaram os seus modelos de prestação de cuidados. O Reino Unido, por exemplo, autorizou o uso domiciliar da mifepristona, permitindo a realização de IVG medicamentosa totalmente remota até às 10 semanas de gestação.⁸ França e Portugal adotaram medidas temporárias que facilitaram a prescrição e acompanhamento remoto, enquanto países como Malta e Hungria mantiveram restrições severas, o que levou a um aumento da procura por métodos autogeridos e, em alguns casos, inseguros.^{9,10}

Na Alemanha, um estudo com 1208 mulheres que utilizaram o serviço de telemedicina Women on Web (WoW) revelou que os principais fatores para a escolha do aborto remoto incluíam a privacidade (47,3%), sigilo (44,4%) e conforto (43,9%).¹¹ Adolescentes e migrantes foram os grupos com maior probabilidade de citar o estigma, dificuldades financeiras e barreiras linguísticas como motivos para evitarem os serviços formais de saúde.¹¹ Nos Países Baixos, 53% das mulheres optaram pelo aborto autogerido por preferirem gerir o processo em casa, enquanto 42% referiram a privacidade como motivação principal.¹²

O caso de Malta é especialmente ilustrativo da eficácia e da procura crescente pelo aborto por telemedicina. Num contexto legal altamente restritivo, entre 2017 e 2021, 1.090 mulheres solicitaram apoio à WoW; destas, 658 receberam medicação, representando 60,4% das solicitações. O número de pedidos aumentou cerca de 6 vezes entre 2017 e 2021.¹⁰

Nos Estados Unidos, a decisão *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization* levou à revogação de proteções legais federais ao aborto em vários estados, provocando uma transição abrupta para a autogestão. Estima-se que, nos seis meses seguintes à decisão, tenham sido distribuídos 27.838 kits de medicação abortiva fora do sistema de saúde formal, resultando em 26.055 abortos autogeridos.¹³

Estudos indicam que, quando acompanhada de informação adequada, a IVG por telemedicina apresenta taxas de sucesso comparáveis às realizadas presencialmente, com elevado grau de satisfação por parte das utilizadoras.^{6,14} Contudo, a evidência também aponta para

limitações relacionadas com a autonomia reprodutiva, pela ausência de escolha de método, sobretudo em contextos marcados por desigualdades sociais, violência ou exclusão digital.¹¹

A nível económico, o custo associado ao acesso à IVG varia substancialmente entre países e métodos. O uso de telemedicina, ao reduzir a necessidade de deslocações e infraestrutura hospitalar, representa uma alternativa economicamente vantajosa para os sistemas de saúde e para as utentes, sobretudo em contextos de austeridade ou sobrecarga hospitalar, como observado durante a pandemia de COVID-19.³

Nesta revisão baseada na evidência, pretende-se comparar a IVG presencial com a IVG por telemedicina, avaliando a sua segurança, eficácia e satisfação das utilizadoras. A síntese da evidência permitirá discutir implicações clínicas e políticas, à luz dos princípios de equidade e justiça reprodutiva.

Métodos

Esta Revisão Baseada na Evidência foi conduzida segundo as diretrizes PRISMA 2020¹⁵ (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), assegurando o cumprimento dos princípios de transparência, rigor metodológico e reprodutibilidade. O objetivo desta revisão é comparar os modelos de IVG presencial com os realizados por telemedicina, avaliando a sua eficácia, segurança e aceitação por parte das utilizadoras.

A formulação da pergunta de investigação seguiu o modelo PICO, definido da seguinte forma:

- P (População): mulheres (ou pessoas com capacidade de engravidar) que procuram a interrupção voluntária da gravidez;
- I (Intervenção): utilização da telemedicina para o acompanhamento clínico e/ou prescrição de medicamentos para a IVG;
- C (Comparação): abordagem presencial para IVG, incluindo também modelos híbridos em que a telemedicina é usada numa fase do processo;
- O (Desfechos): eficácia (sucesso do procedimento sem necessidade de intervenção cirúrgica ou gravidez em curso), segurança (complicações e eventos adversos graves) e satisfação das utilizadoras.

Foram incluídos estudos observacionais, ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, meta-análises e normas de orientação clínica. Excluíram-se relatos de caso, literatura cinzenta, estudos sem revisão por pares, artigos de opinião, estudos qualitativos, bem como investigações focadas exclusivamente na farmacologia de medicamentos ou dispositivos para IVG.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados *PubMed*, *Scopus*, *Scielo*, *ScienceDirect*, *Cochrane Library*, bem como *NICE*, *Guideline Central* e *Trip Database*, de forma a garantir a inclusão de normas clínicas atuais e dados científicos robustos. A última atualização da pesquisa foi realizada a 15 de abril de 2025.

A estratégia de pesquisa incluiu os termos MeSH: “abortion, induced” e “telemedicine”, com o operador booleano “and”.

A triagem dos estudos foi realizada em quatro fases: leitura do título, leitura do resumo, leitura integral do artigo e eliminação de duplicados. A inclusão final foi baseada na aplicação sistemática dos critérios de elegibilidade. Em casos de dúvida, os artigos foram avaliados por dois revisores independentes, e os dados dos estudos selecionados foram organizados numa tabela de *Excel* padronizada, com campos previamente definidos.

A qualidade metodológica dos estudos primários foi avaliada utilizando a escala SORT (*Strength of Recommendation Taxonomy*), publicada pelo *American Family Physician*. As revisões sistemáticas e meta-análises incluídas foram analisadas com base na checklist PRISMA 2020.¹⁵ Não foi identificado qualquer financiamento externo para a realização desta revisão.

Foi ainda considerada a avaliação do risco de viés nos estudos selecionados. Para os ensaios clínicos randomizados (ECR), foi aplicado o instrumento RoB 2 (*Risk of Bias tool*)¹⁶, e para estudos observacionais e ensaios não randomizados, recorreu-se à ferramenta ROBINS-I¹⁷ (*Risk Of Bias In Non-randomized Studies - of Interventions*).

O fluxograma de seleção dos estudos encontra-se disponível na Figura 1 do Apêndice, seguindo o modelo PRISMA 2020.¹⁵

Resultados

Segundo a metodologia descrita, foram selecionados 15 artigos, especificamente, 4 *guidelines*, 1 revisão sistemática com meta-análise, 1 revisão sistemática, 1 *scoping review*, 1 revisão rápida, 1 ensaio clínico randomizado, 4 estudos coorte e 2 estudos observacionais.

Guidelines:

A OMS recomenda a telemedicina como uma alternativa segura e eficaz aos cuidados presenciais para a prestação de cuidados de aborto medicamentoso. Isso inclui a avaliação de elegibilidade, aconselhamento, instruções para administração dos medicamentos e o *follow-up* pós-aborto. Estas recomendações são classificadas como fortes, com evidência de qualidade moderada.¹⁸ A OMS destaca, ainda, que a telemedicina deve ser considerada sempre que possível e aceitável para o indivíduo, particularmente em contextos com barreiras geográficas, legais, ou de acesso. A qualidade da informação, o acesso ao acompanhamento e a possibilidade de encaminhamento adequado são apontados como essenciais para a segurança e qualidade dos cuidados.¹⁹

No Reino Unido, a NICE publica a *guideline NG140*, atualizada em 2021, que estabelece a telemedicina como modelo recomendado para prestação de cuidados de aborto, quando clinicamente apropriado e preferido pela pessoa. As recomendações são classificadas como fortes, com base em evidência qualitativa e quantitativa de qualidade moderada a alta. A *guideline* recomenda que sejam oferecidas consultas remotas, que o processo seja acompanhado com informações claras sobre o que esperar e que o *follow-up* seja remoto, salvo preferência explícita por contacto presencial.²⁰

Nos Estados Unidos, a *guideline* do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) publicada em 2020, desenvolvida com a *Society of Family Planning*, reforça que o aborto medicamentoso pode ser prestado por telemedicina com eficácia, segurança e altos níveis de satisfação entre pacientes. Estudos observacionais indicam que a telemedicina apresenta resultados comparáveis aos dos cuidados presenciais, sendo também uma estratégia para ampliar o acesso ao aborto em regiões com poucos recursos. O ACOG atribui nível B à recomendação de uso da telemedicina – isto é, baseada em evidência limitada ou inconsistente, mas suficiente para sustentar sua implementação com segurança.²¹

Revisão sistemática com metanálise:

A revisão sistemática e metanálise conduzida por Cely-Andrade et al.²² apresenta metodologia robusta e aderente aos padrões internacionais para síntese de evidências clínicas, seguindo o protocolo PRISMA e registrada na plataforma PROSPERO. Os autores definiram como objetivo identificar e comparar os desfechos da provisão de aborto medicamentoso, até 12 semanas de gestação, via telemedicina em relação ao atendimento presencial. A elegibilidade incluiu estudos com mulheres ou pessoas grávidas que utilizaram mifepristona e misoprostol, com comparadores bem definidos, e com reporte de pelo menos um desfecho clínico relevante (eficácia, segurança ou aceitabilidade).²²

No que se refere aos estudos incluídos neste artigo, que cumprem os critérios da presente revisão, foram selecionados 7: Aiken et al. (2021), Grossman et al. (2011; 2017), Kohn et al. (2019), Seymour et al. (2022), Wiebe et al. (2020) e Endler et al. (2022) — os resultados sintetizados demonstram alta taxa de sucesso do aborto medicamentoso nos dois modelos de provisão, com diferenças não significativas entre eles. A eficácia variou entre 97% e 99%, com uma diferença de risco global de 0,01 (IC 95%: 0,00 a 0,02) favorecendo levemente o atendimento presencial, mas

sem relevância clínica. A análise por subgrupos gestacionais (até 9, 10 e 12 semanas) confirmou essa equivalência.²²

Quanto à segurança, os estudos comparativos não identificaram diferenças estatisticamente significativas em relação à ocorrência de eventos adversos graves, como necessidade de transfusão, hospitalização ou intervenções cirúrgicas subsequentes. A taxa de complicações foi baixa em ambos os grupos. Por exemplo, Aiken et al. (2021) e Seymour et al. (2022) relataram necessidade de transfusão inferior a 0,5% em ambos os grupos, sem discrepância estatística. No que respeita à satisfação das usuárias, os dados disponíveis, nomeadamente Aiken et al. (2021) e Wiebe et al. (2020), indicaram índices igualmente elevados nos dois modelos (>95%), com uma proporção considerável de usuárias do modelo presencial a manifestar preferência retrospectiva pela telemedicina.²²

Adicionalmente, alguns estudos, como Grossman et al. (2017) e Kohn et al. (2019), apontaram que a provisão por telemedicina pode estar associada a redução no tempo de espera até o início do processo e a melhor acesso em áreas remotas, sem comprometer os desfechos clínicos. Embora a evidência sobre seguimento pós-aborto tenha indicado maior perda de follow-up no modelo remoto, como observado por Seymour et al. (2022), essa diferença não se traduziu em maior incidência de complicações.²²

Dessa forma, a análise dos estudos incluídos reforça a conclusão de que a telemedicina representa uma alternativa clinicamente equivalente ao atendimento presencial na provisão do aborto medicamentoso até às 12 semanas de gestação, com perfil de segurança e aceitabilidade também comparáveis.²²

Revisão Rápida:

Brown et al.²³ realizaram uma revisão rápida com o objetivo de sintetizar a evidência existente sobre a provisão de cuidados de aborto por telemedicina nos Estados Unidos, entre 2011 e 2022. Foram incluídos 25 estudos empíricos, com desenhos metodológicos variados. A seleção foi realizada por dois revisores e a extração por um único revisor.²³ Os critérios PRISMA2020¹⁵ foram cumpridos, com exceção da avaliação do risco de viés. Dos estudos incluídos, 7 cumprem os critérios definidos para esta Revisão Baseada na Evidência (RBE), sendo que 4 destes são repetidos em Cely-Andrade et al.²², pelo que, se destacam como resultados pertinentes Anger et al. (2021), Chen et al. (2016) e Kerestes et al. (2021).

Os estudos incluídos analisaram diferentes aspetos da telemedicina para aborto, organizados pelos autores em cinco domínios: efetividade, segurança, experiência do paciente, barreiras/facilitadores, e impacto da COVID-19.²³

O estudo de Anger et al. (2021) é um estudo coorte que visou comparar o aborto por telemedicina até à 10ª semana gestacional, com datação por ecografia, com a interrupção até à mesma data, mas sem datação ecográfica. Foram incluídos 412 pacientes. Os resultados não mostraram diferença na taxa de gravidez em curso ou complicações maiores graves. Ainda assim, o grupo sem datação ecográfica teve 4% de mais abortos incompletos e 7% mais contactos clínicos não planeados.²³

De forma semelhante, Kerestes et al. (2021) conduziram um estudo de coorte, onde foi realizada a comparação de aborto medicamentoso até à 11ª semana de gestação, via telemedicina sem ecografia prévia com um grupo submetido a ecografia prévia e cujo aborto foi posteriormente realizado em contexto presencial e/ou remoto. A taxa de sucesso foi semelhante entre os grupos - 97% no grupo de telemedicina exclusiva, 96% no grupo com ecografia. De todos os participantes do estudo, 1% necessitou de dose adicional de misoprostol, <1% requereu transfusão sanguínea e 4% teve de recorrer ao Serviço de Urgência.²³

Por outro lado, Chen et al. (2016) visou comparar o follow-up pós IVG realizado via telemedicina com o follow-up convencional. Assim, foi reportado que não há diferenças significativas na sua eficácia (com uma taxa de cerca de 93%), no entanto, é reportada uma menor adesão ao follow-up remoto.²³

Scoping Review:

A revisão de Thompson et al.²⁴, que cumpre a metodologia PRISMA-ScR, adequada para *scoping reviews*, tem como objetivo mapear e sintetizar as evidências existentes sobre o uso da telemedicina no planeamento familiar, com foco em intervenções relacionadas com aborto seguro, contraceção e aconselhamento reprodutivo. Dos estudos incluídos, 26 avaliaram especificamente o uso da telemedicina para aborto.²⁴ Sete desses estudos visam comparar o uso de telemedicina com o atendimento presencial, contudo, três estudos estão integrados noutras revisões utilizadas para este artigo. Assim, apenas quatro serão alvo de considerações, sendo que se referem especificamente à fase de follow-up pós IVG.

O estudo de Bracken et al. (2014), conduziram no Reino Unido um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) com 999 mulheres, que realizaram aborto medicamentoso até 63 dias de gestação. O objetivo foi avaliar a efetividade e a viabilidade do acompanhamento remoto — via teste de gravidez, questionário de sintomas e comunicação por vídeo, mensagem de texto ou telefone — em comparação com o acompanhamento presencial, com ecografia, numa clínica, uma semana após o procedimento. A taxa de seguimento foi semelhante entre os grupos: 73% no grupo presencial e 69% no grupo remoto (OR: 1,06; IC95%: 0,9–1,2). Embora a aceitação do método remoto tenha sido elevada, observou-se preferência futura pelo acompanhamento via telefone ou mensagem de texto. Importa referir que as mulheres no grupo presencial tiveram 1,9 vezes mais probabilidade de receber cuidados clínicos adicionais (OR: 1,875; IC 95%: 1,13–3,06).²⁴

Um ECR semelhante, foi conduzido no Vietnã, por Ngoc et al. (2014), com 1433 mulheres. As participantes foram alocadas a acompanhamento presencial ou telefónico. O acompanhamento por telefone mostrou-se altamente eficaz na triagem de gravidez em curso, com sensibilidade de 92,8% e especificidade de 90,6%. A taxa de gravidez em curso não diferiu significativamente entre os dois grupos, situando-se entre 0,4% e 0,6%. Além disso, 85% das mulheres no grupo do telefone não precisaram de nova visita à clínica.²⁴

Já no contexto da Moldávia e do Uzbequistão, o estudo de Platais et al. (2015), foi realizado com 2.400 mulheres (1200 em cada grupo). A maioria das participantes foi contactada com sucesso por telefone (98%), e a taxa de gravidez em curso foi semelhante entre os grupos (0,4%–0,6%). Apenas 7% das mulheres do grupo do telefone acabaram por necessitar de seguimento clínico. A maioria considerou o método fácil de usar e 76,1% afirmaram preferi-lo no futuro.²⁴

Por fim, Chen et al. (2016) realizaram um estudo de coorte retrospectivo nos Estados Unidos, analisando 176 casos de aborto medicamentoso ao longo de três anos: 105 com acompanhamento em clínica e 71 com acompanhamento telefónico. As taxas de perda de seguimento foram semelhantes nos dois grupos. A taxa de aborto completo foi igualmente elevada: 94,3% no grupo com acompanhamento presencial e 92,5% no grupo telefónico. A adesão ao acompanhamento por parte da equipa clínica foi notável, com mais de 43,9% das mulheres a receberem chamadas na 1.ª semana e 69,4% na 4.ª semana. Além disso, 15% das consultas presenciais foram reagendadas.²⁴

Estes achados sugerem que a telemedicina representa uma alternativa viável e segura ao atendimento tradicional, para o follow-up de procedimentos de aborto medicamentoso.²⁴

Revisão Sistemática:

A revisão sistemática conduzida por Gambir et al.²⁵, publicada na *Cochrane Database of Systematic Reviews*, declara conformidade com as diretrizes PRISMA. Considerando os elevados padrões metodológicos exigidos pela *Cochrane* e a apresentação de elementos como o fluxograma PRISMA e a descrição transparente dos processos de seleção e avaliação dos estudos, não se justificou a verificação individual dos itens do checklist PRISMA nesta RBE. O referido artigo inclui 18 estudos (2 ECR e 16 estudos de coorte prospectivos), totalizando 11043 mulheres submetidas a aborto médico precoce (até 9 semanas de gestação) em 10 países, predominantemente em contextos de baixos e médios rendimentos. A maioria dos estudos avaliou a auto-administração do misoprostol em casa, após a toma supervisionada de mifepristona em contexto clínico. O desfecho

primário analisado foi o sucesso do aborto, definido como evacuação uterina completa, sem necessidade de intervenção cirúrgica.²⁵

Dos estudos incluídos na revisão, apenas 9 cumprem os critérios desta revisão, fazendo referência a supervisão do processo de aborto por telemedicina: Alam et al. (2013), Alam et al. (2018), Bracken et al. (2006), Bracken et al. (2010), Dagousset et al. (2004), Iyengar et al. (2016), Li et al. (2017), Okonufua et al. (2014) e Raghavan et al. (2012).

Alam et al. (2013), no Bangladesh, conduziram um estudo de coorte incluiu 651 mulheres (540 no grupo de autoadministração e 111 no grupo clínico). As mulheres tomaram mifepristona em clínicas governamentais e levaram o misoprostol para casa, com acesso garantido a contacto telefónico para seguimento. O estudo refere explicitamente a exigência de fornecer um número de telefone e a disponibilidade de acompanhamento remoto, embora o regresso ao serviço de saúde não fosse necessário, salvo em caso de complicações. Os resultados reportam uma taxa elevada de sucesso do aborto, com apenas três casos de gravidez em curso no grupo de auto-administração, e efeitos adversos frequentes como dor abdominal e náuseas.²⁵

Num contexto semelhante, mas já em 2018, Alam et al., realizaram um estudo de coorte com participação de 1744 mulheres (1619 no grupo de auto-administração e 125 no grupo clínico). A taxa de sucesso da interrupção foi de aproximadamente 93,1%, no contexto remoto e de 95,2% em ambiente clínico. O estudo também reportou dados sobre visitas clínicas não programadas e chamadas para linhas de apoio, sendo estas menos frequentes no grupo autoadministrado do que no grupo supervisionado (RR 0,66).²⁵

Bracken et al. (2006) analisaram 409 mulheres na Albânia (361 auto-administração, 48 contexto clínico), num estudo de coorte multicêntrico. O estudo relatou uma elevada taxa de sucesso em ambos os grupos, sem diferenças relevantes no reporte de efeitos adversos.²⁵

Bracken et al. (2010), na Índia, estudaram 599 mulheres (530 no grupo clínico e 69 no grupo de auto-administração). Com o mesmo regime farmacológico, os autores encontraram uma taxa de sucesso do aborto elevada e sem diferenças significativas entre os grupos. Socio-demograficamente, as participantes no grupo autoadministrado eram ligeiramente mais velhas ($P = 0,01$), mas essa diferença não revelou impacto estatístico relevante.²⁵

Dagousset et al. (2004) avaliaram 195 mulheres em França (170 sob auto-administração medicamentosa, 25 administração medicamentosa em clínica). O estudo descreveu taxas de sucesso semelhantes entre os grupos e registou algumas complicações cirúrgicas em ambos os contextos. As mulheres no grupo auto-administração tinham, em média, idade superior, mais anos de escolaridade e menor paridade.²⁵

Já, Iyengar et al. (2016), no Nepal, desenharam um estudo de coorte incluiu 400 mulheres (323 no grupo de auto-administração e 77 no grupo clínico), com administração de mifepristona numa clínica, seguida de misoprostol em casa. O estudo descreve um sistema de apoio remoto informal, com possibilidade de contacto com os profissionais em caso de dúvidas ou efeitos adversos. A taxa de sucesso do aborto foi elevada em ambos os grupos, sendo apenas especificada a de 95% no grupo de avaliação remota, com taxas de eventos adversos graves baixas. A satisfação foi avaliada através da intenção de repetir o procedimento e da preferência pelo local de administração futura. As visitas clínicas não programadas foram ligeiramente menos frequentes no grupo autoadministrado (RD -0,05).²⁵

Li et al. (2017) realizaram um ECR na China, que incluiu 735 mulheres (370 no grupo hospitalar; 365 no grupo de auto-administração). As participantes do grupo de auto-administração tomaram misoprostol em casa, após administração de mifepristona no hospital, e receberam duas chamadas telefónicas para avaliação dos sintomas e verificação do sucesso do procedimento, incluindo a realização de testes de urina para hCG e autorrelato de desconforto. O sucesso do aborto (definido como aborto completo sem necessidade de intervenção cirúrgica) foi de 98,6% no grupo de auto-administração, com uma taxa de adesão elevada. Os efeitos adversos mais comuns incluíram dor abdominal e náuseas, e a taxa de satisfação foi igualmente elevada entre os grupos.²⁵

Okonufua et al. analisaram 191 mulheres na Nigéria (159 do grupo de auto-administração e 32 no grupo de contacto clínico), com acesso a acompanhamento telefónico. A taxa de sucesso do aborto foi elevada, sem eventos adversos graves relatados.²⁵

Por fim, Raghavan et al., no Vietnam, incluíram 2400 mulheres em clínicas afiliadas à VINAFFA (número por grupo não discriminado), permitindo contacto com os profissionais de saúde por telefone. Os dados sugerem elevada eficácia, com raros casos de complicações cirúrgicas.²⁵

Estes estudos demonstram que, quando a auto-administração do aborto medicamentoso é acompanhada de apoio remoto estruturado ou acessível, os desfechos em termos de eficácia — com taxas de sucesso superiores a 93%, com vários estudos a reportar eficácia igual ou superior a 95% (e até 98,6% no ECR de Li et al.) — segurança e aceitabilidade são comparáveis aos obtidos em contextos convencionais presenciais. A evidência sugere que o acesso remoto a informação e suporte clínico pode permitir às mulheres gerir de forma segura e satisfatória o aborto medicamentoso precoce, sem contacto físico adicional com os serviços de saúde.²⁵

Apesar de metade dos estudos incluídos na revisão de Gambir et al.²⁵ não fazerem referência a um apoio por telemedicina, em síntese, a revisão concluiu que a auto-administração do misoprostol em abortos precoces é tão eficaz quanto a administração pelo profissional. Não se objetivou um aumento claro de gestações continuadas ou complicações, mas a evidência sobre segurança é muito incerta devido à qualidade metodológica limitada dos estudos.²⁵

Estudos primários:

A presente revisão abrangeu 7 estudos primários, que não estão presentes em nenhuma das revisões também consideradas. Estes artigos avaliaram diferentes modalidades de aborto medicamentoso fora do ambiente clínico tradicional, com foco em abordagens domiciliares, via telemedicina ou autogeridas, em comparação com o modelo presencial convencional.

Ensaio Clínico Randomizado:

Reynolds-Wright et al.²⁶ conduziram um ECR, não cego, realizado num centro único, em Edimburgo, no Reino Unido. As participantes eram elegíveis para aborto medicamentoso até 9 semanas e 6 dias de gestação, confirmada por ecografia transabdominal ou transvaginal. Os grupos foram aleatorizados via REDCap para consulta presencial ou por telemedicina (via telefone), ambas conduzidas por enfermeiras experientes, seguindo um protocolo padronizado. O aborto foi realizado em casa com mifepristona administrada na clínica e misoprostol fornecido para uso domiciliário. O desfecho primário foi a taxa de aborto completo sem necessidade de intervenção cirúrgica, avaliado por teste de gravidez de baixa sensibilidade, após duas semanas, e revisão clínica até seis semanas.²⁶

Dos 125 participantes recrutados, 63 foram alocados para acompanhamento por telemedicina e 62 ao grupo presencial. A taxa de aborto completo, considerando todos os incluídos (análise por intenção de tratar), foi de 90,5% no grupo telemedicina (57/63) e 77,4% no grupo presencial (48/62). Contudo, a não inferioridade não foi demonstrada, (+3,3% a favor da telemedicina, IC de -6,6% a +13,3%, abaixo da margem de não inferioridade). Não se registaram complicações em nenhum dos grupos. A satisfação com o atendimento foi igualmente elevada, com 88,9% das mulheres no grupo telemedicina e 82,3% no grupo presencial a declararem-se “muito satisfeitas”; 81,0% e 71,0%, respetivamente, sentiram-se “muito preparadas” para o tratamento. O tempo total de contacto clínico foi significativamente inferior no grupo telemedicina (média de 94 minutos vs. 111 minutos no grupo presencial, $p=0,0005$), sugerindo maior eficiência do serviço. Embora a proporção de mulheres com teste de gravidez positivo após o tratamento tenha sido mais elevada no grupo telemedicina (19% vs. 5%, $p=0,01$), este desfecho foi considerado irrisório e poderá refletir maior propensão para contacto com o serviço após um seguimento inicial remoto.²⁶

De notar que, devido à pandemia, o estudo foi limitado por um recrutamento de apenas 10% da amostra planeada no desenho inicial.²⁶

Estudos de Coorte Prospectivos

Moseson et al.²⁷ avaliaram a auto-administração de medicamentos abortivos, com suporte de acompanhamento, na Argentina e na Nigéria, cujo contexto jurídico é restritivo, através do estudo SAFE. Observaram uma taxa de sucesso de 97% e eventos adversos graves em apenas <0,5% dos casos, com alta satisfação.²⁷

Foram incluídas pessoas com até 24 semanas de gestação, no caso da Argentina, e até 15 semanas de idade gestacional, na Nigéria, que contactaram organizações locais de apoio ao aborto seguro para autogerir o processo com mifepristona e misoprostol, recebendo orientações não médicas, mas baseadas em protocolos clínicos reconhecidos. A principal variável de resultado avaliada foi a taxa de sucesso completo do aborto (sem necessidade de intervenção clínica adicional), com os dados recolhidos via entrevistas telefónicas, duas semanas após o início do processo.²⁷

O estudo totalizou 1051 participantes (401 na Argentina e 650 na Nigéria). A taxa global de sucesso foi de 97%, com variação mínima entre os dois países. Apesar de cerca de 20% das participantes terem procurado cuidados clínicos adicionais, a maioria (82%) fê-lo com intenção de confirmar o sucesso do procedimento, com apenas 11% a reportar sintomas menores e cerca de 1% com complicações que requerem internamento. A eficácia manteve-se elevada mesmo em gestações acima de 12 semanas. O apoio contínuo fornecido pelas organizações de acompanhamento mostrou-se fundamental para garantir o uso correto dos medicamentos e identificar sinais de alerta.²⁷

A comparação com os cuidados presenciais para aborto, foi feita com base em dados históricos (estudos sobre aborto medicamentoso em contextos formais, particularmente até 13 semanas de gestação; Meta-análises com taxas de sucesso (aborto completo sem intervenção) $\geq 95\%$). Na análise de não-inferioridade, entre as usuárias do regime combinado (mifepristona + misoprostol), 96% das participantes do SAFE relataram aborto completo, em comparação com 94% das participantes dos estudos controlo, resultando numa diferença de risco de $-1,9\%$ (intervalo de confiança de 95%: $-4,6$ a $0,7$). Já entre as usuárias do regime com misoprostol isolado, a taxa de aborto completo foi de 99% no grupo SAFE, comparada a 84% nos estudos controlo, com uma diferença de risco de $-14,8\%$ (IC 95%: $-18,1$ a $-11,6$). Como os limites superiores dos intervalos de confiança para ambas as comparações ficaram abaixo da margem de não-inferioridade predefinida de 5%, conclui-se que os regimes de aborto medicamentoso autogerido não são inferiores aos conduzidos sob supervisão clínica.²⁷

Estudos de Coorte Retrospectivos

Diversos estudos de coorte retrospectivos reforçaram a segurança e eficácia do aborto medicamentoso fora do modelo presencial.

Na Colômbia, Cely-Andrade et al.²⁸ realizaram um estudo de coorte retrospectivo que incluiu 23362 pessoas grávidas com menos de 12 semanas de gestação, que recorreram ao serviço de aborto medicamentoso da Profamilia. Destas, 3073 utilizaram a modalidade por telemedicina e 20289 foram atendidas presencialmente. As taxas de aborto completo foram elevadas em ambas as modalidades: 94,9% no grupo de telemedicina e 93,1% no grupo presencial ($p = 0,015$). Após ajuste para variáveis de confundimento, não foram observadas diferenças significativas na probabilidade de sucesso entre os grupos.²⁸

A taxa de complicações foi superior no grupo de telemedicina (3,3%) comparado com o grupo presencial (0,5%) ($p < 0,001$), com destaque para visitas a serviços de urgência (3,3% vs. 0,4%) e hospitalizações (0,5% vs. 0,1%). As reações adversas como dor, náuseas ou calafrios foram mais frequentemente reportadas no grupo presencial, possivelmente devido ao tipo de seguimento.²⁸

Da mesma forma, Mezela et al.²⁹, num único centro hospitalar na Bélgica, reportaram taxas de sucesso semelhantes entre aborto domiciliar (99%) e hospitalar (92,9%) ($p=0,052$), para aborto medicamentoso até 9 semanas de gestação. Foram incluídas 181 pacientes (85 no grupo hospitalar e 96 no grupo domiciliar). Relativamente à taxa de complicações, esta foi menor no aborto domiciliar. O grupo hospitalar apresentou taxas significativamente mais elevadas de retenção precoce de material trofoblástico (28,2% vs. 10,4%; $p=0,004$) e maior necessidade de aspiração/histeroscopia (16,5% vs. 6,3%; $p=0,034$). As taxas de infeção, hemorragia e visitas ao serviço de urgência foram baixas e não diferiram entre grupos. Uma possível explicação para os melhores resultados no grupo domiciliar seria o uso de doses mais elevadas de misoprostol e a menor tendência para diagnósticos precoces de retenção.²⁹

A satisfação, aferida por inquérito telefónico com uma escala de 0 a 8, foi semelhante entre os grupos ($p>0,05$), contudo ao analisar os diferentes itens do inquérito pode-se inferir que as pacientes se sentiram mais seguras em ambiente hospitalar do que as que realizaram o processo em casa ($p=0,004$).²⁹

Relativamente à necessidade de exames médicos (ecografia, exames de sangue e exame físico) para o processo de aborto, Hunter et al.³⁰ realizaram estudo retrospectivo observacional, no Canadá. Foram incluídas 1307 mulheres que receberam prescrição para aborto medicamentoso numa clínica especializada. As participantes foram divididas em dois grupos: o grupo "sem testes" (*no-test*), com 895 pessoas, que recebeu cuidados inteiramente por telemedicina com base em história clínica e data da última menstruação, e o grupo "com testes" (*test*), que realizou pelo menos um exame prévio antes da prescrição, com 412 participantes.³⁰

A taxa global de sucesso do aborto medicamentoso (definido como ausência de gestação em curso e ausência de retenção de produtos de concepção que exigissem intervenção) foi de 95,2%, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos (95,8% no grupo sem testes vs. 94,0% no grupo com testes, $p=0,194$). As taxas de eventos adversos também foram baixas em ambos os grupos. A taxa de perdas de seguimento foi de 22,6%, também igualmente distribuída (21,4% vs. 23,1%; $p=0,477$).³⁰

Assim, os resultados clínicos comparáveis entre os grupos confirmam que protocolos sem testes prévios, baseados em critérios clínicos bem definidos e com seguimento estruturado por telemedicina, são seguros e eficazes.³⁰

Resultados similares foram encontrados por Ralph et al.³¹, num estudo observacional de coorte, conduzido nos Estados Unidos, com objetivos compatíveis aos anteriormente descritos. A análise incluiu 585 pacientes que receberam aborto medicamentoso, sendo 228 no grupo sem testes e com envio de medicamentos abortivos por correio (*no test + mail*), 119 sem testes, mas com levantamento presencial da medicação (*no test + pickup*) e 238 com atendimento presencial convencional, com datação da idade gestacional por ecografia (*in-person*). A taxa de sucesso foi elevada em todas as modalidades de serviço - *No-test + mail*: 94,4% (IC 95%: 89,6–99,2%); *No-test + pickup*: 95,0% (IC 95%: 88,8–100,0%); *In-person*: 93,3% (IC 95%: 88,3–97,8%) - mostrando a não inferioridade dos modelos *no-test*.³¹

As taxas de eventos adversos graves foram baixas e semelhantes entre os grupos (*in-person* vs. *no-test + mail*): 0,4% (IC 95%: –1,0% a 1,7%), demonstrando, mais uma vez, a não inferioridade.³¹

Por fim, Srinivasulu et al.³² compararam os desfechos de abortos medicamentoso realizados por telemedicina e em ambiente presencial, em clínicas de cuidados primários. A análise incluiu 184 pacientes (137 no grupo presencial e 47 no grupo da telemedicina) com até 11 semanas de gestação. A taxa de sucesso clínico foi elevada e semelhante entre os dois grupos: 89,4% no grupo de telemedicina e 94,9% ($p=0,187$) no grupo presencial. Ademais, no atendimento por telemedicina, o tempo mediano desde o primeiro contacto até à consulta foi de 3 dias (intervalo de

0 a 20 dias) no grupo em comparação com 6 dias no grupo presencial (intervalo de 0 a 32 dias), com uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), sugerindo acesso rápido aos cuidados.³²

Os artigos foram avaliados segundo a classificação SORT. Os estudos de Reynolds-Wright et al.²⁶ e Ralph et al.³¹ apresentam metodologia robusta e bem delineada, permitindo uma força de recomendação nível A. Os demais estudos apresentam limitações metodológicas sendo assim classificados com uma força de recomendação nível B. Esta classificação está avaliada na Tabela IV do apêndice.

Risco de Viés

No que se refere à avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão sistemática e meta-análise de Cely-Andrade et al.²², cujos resultados foram considerados nesta revisão, foi utilizada a ferramenta RoB 2.0 para o único ensaio clínico randomizado Aiken et al. (2021), enquanto os demais estudos observacionais foram avaliados com o instrumento ROBINS-I. O estudo de Aiken et al. (2021) foi classificado como de risco de viés moderado, principalmente em razão de preocupações relacionadas à ocultação de alocação e à possibilidade de viés de seleção. Apesar disso, a randomização e o delineamento experimental conferem-lhe maior robustez interna em comparação com os estudos observacionais.²²

Entre os estudos observacionais, a maioria - Grossman et al. (2011), Kohn et al. (2019), Wiebe et al. (2020) e Endler et al. (2022) - foi avaliada como de risco de viés moderado. Esses estudos apresentaram desenhos retrospectivos com alguma comparabilidade entre os grupos expostos à telemedicina e ao atendimento presencial, embora com limitações na gestão de variáveis de confusão e no controle de vieses de memória e seleção. Por exemplo, Kohn et al. (2019) utilizou dados autorrelatados, o que pode introduzir viés de informação, enquanto Endler et al. (2022), apesar de se apoiar em dados administrativos robustos, apresentou limitações na análise multivariada.²²

Ademais, dois estudos — Grossman et al. (2017) e Seymour et al. (2022) — foram classificados com risco de viés sério. No primeiro, observou-se ausência de clareza nos critérios de inclusão e possível viés de seleção que compromete a validade interna da comparação entre os grupos. Já o estudo de Seymour (2022) apresentou perdas significativas no seguimento e elevada heterogeneidade nos dados, além de risco importante de confusão não controlada, o que limita a confiabilidade dos resultados.²²

Essa distribuição de risco de viés, com predominância de estudos de risco moderado e presença de dois estudos com risco sério, foi considerada na avaliação da certeza da evidência por meio da abordagem GRADE, que resultou, em geral, em classificações de baixa a moderada certeza para os desfechos analisados. Ainda assim, os achados foram considerados consistentes o suficiente para sustentar a equivalência entre os modelos de provisão em termos de eficácia, segurança e aceitabilidade.²²

Brown et al.²³ não realizaram avaliação formal de risco de viés, o que constitui uma limitação importante.

Thompson et al.²⁴ não realiza uma avaliação formal de risco de viés, uma vez que se trata de uma *scoping review*, o foco principal foi mapear a literatura existente, e não avaliar criticamente a qualidade ou o viés dos estudos.

Conforme avaliado na revisão sistemática de Gambir et al.²⁵, os estudos incluídos nesta análise apresentaram limitações metodológicas relevantes.

O ensaio clínico randomizado de Li et al. foi classificado como tendo risco de viés global incerto, devido à ausência de descrição da sequência de randomização e da ocultação da alocação,

bem como à falta de cegamento dos avaliadores de desfecho. Apesar disso, o estudo foi considerado relativamente robusto nos restantes domínios.²⁵

Os restantes estudos observacionais foram avaliados com a ferramenta ROBINS-I e classificados como tendo um risco de viés sério, fundamentalmente por duas razões. Em primeiro lugar, devido ao viés de confundimento, uma vez que se denotou uma ausência de controlo para confundidores importantes, como a idade gestacional, fator determinante na eficácia do aborto medicamentoso, sem ajustamento estatístico para este e outros potenciais confundidores.²⁵ Em segundo lugar, identificou-se viés sério na avaliação dos *outcomes*, dado que, em todos os estudos, os profissionais responsáveis pela avaliação dos resultados sabiam a que grupo pertenciam as participantes (auto-administração vs. administração profissional. Para além destes, foi atribuído ao viés de seleção um risco moderado, pelo facto de os estudos não serem aleatorizados, e os estudos apresentaram também limitações no relato estatístico e ausência de protocolos de análise previamente registados.²⁵

O ECR de Reynolds-Wright et al.²⁶ foi avaliado quanto ao risco de viés utilizando a ferramenta RoB2¹⁶, desenvolvida pela Cochrane, tendo sido classificado como apresentando baixo risco de viés global.

No que diz respeito ao processo de randomização, o risco de viés é considerado baixo, uma vez que foi utilizado um sistema eletrónico de randomização (REDCap), com a lista de alocação gerada por um estatístico independente e ocultação assegurada até ao início da intervenção. Além disso, os grupos apresentaram características basais semelhantes, com exceção de uma ligeira diferença no nível socioeconómico.

Embora participantes e investigadores não tenham sido cegos quanto à alocação, não se verificou desvio na implementação das intervenções, e a análise foi conduzida de forma apropriada. Quanto ao domínio relativo a dados ausentes, a taxa de perdas foi moderada (8% no grupo da telemedicina e 13% no grupo presencial), sem indicação de viés sistemático ou impacto diferencial entre os grupos. Ainda assim, este domínio levanta algumas preocupações, dada a ausência de justificações detalhadas para as perdas. A medição dos desfechos foi realizada de forma objetiva e padronizada, recorrendo a testes de gravidez de alta sensibilidade e ecografia. Por fim, não se identificaram indícios de relato seletivo, sendo os resultados apresentados em conformidade com o protocolo previamente estabelecido.

A avaliação do risco de viés dos estudos primários, com exceção do ECR, foi realizada conforme os domínios da ferramenta ROBINS-I (Risk Of Bias In Non-randomized Studies - of Interventions), permitindo uma análise estruturada da confiabilidade metodológica de cada estudo incluído.

Os estudos Moseson et al.²⁷, Cely-Andrade et al.²⁸, Hunter et al.³⁰ e Srinivasulu et al.³², apresentam limitações importantes na sua metodologia que condicionam um sério risco de viés.

Em Moseson et al.²⁷, o risco foi considerado sério devido à comparação com controles históricos (viés de confusão). Três domínios foram avaliados como de risco moderado: seleção dos participantes (exclusões pós-inclusão), dados em falta (4%) e avaliação dos desfechos (por autorrelato, sem confirmação clínica). Os demais domínios apresentaram risco baixo.

No estudo de Cely-Andrade et al.²⁸, dois domínios críticos condicionaram o risco sério: viés de confusão (diferenças sociodemográficas entre os grupos) e viés por dados ausentes (seguimento completo em apenas 47-48% dos casos). A avaliação dos desfechos e o relato de resultados foram classificados como moderados, enquanto a seleção dos participantes, a classificação das intervenções e os desvios da intervenção apresentaram risco baixo.

O estudo de Hunter et al.³⁰ também foi classificado com risco sério, devido ao viés de confusão, pela ausência de controle estatístico adequado. A seleção dos participantes e os dados ausentes (22,6% de perda de seguimento) apresentaram risco moderado. Os demais domínios foram considerados de risco baixo.

Em Srinivasulu et al.³², os principais riscos foram o viés de confusão (comparação entre períodos distintos, pré e durante pandemia) e a seleção dos participantes, ambos classificados como sérios. Os dados ausentes e a mensuração dos desfechos foram avaliados como de risco moderado, e os demais domínios (classificação das intervenções, desvios e relato dos resultados) apresentaram risco baixo.

Dois estudos apresentaram risco de viés moderado.

Em Mezela et al.²⁹, o risco de confusão foi classificado como moderado, dada a comparação temporal sem randomização. Também houve risco moderado na seleção dos participantes, nos dados ausentes (exclusões e resposta de apenas 58% na aceitabilidade) e na mensuração deste desfecho subjetivo. Os demais domínios foram considerados de risco baixo.

Já em Ralph et al.³¹, três domínios apresentaram risco moderado: confusão (diferenças basais entre grupos sem randomização), seleção dos participantes (autosseleção e perdas) e dados ausentes (8,2% de perdas). Todos os outros domínios foram classificados com risco baixo, resultando em um julgamento global de viés moderado.

Discussão

Relativamente à avaliação da eficácia, os dados disponíveis apontam para uma taxa elevada de sucesso na interrupção medicamentosa da gravidez por telemedicina, com resultados comparáveis aos do modelo presencial. O ensaio clínico aleatorizado de Reynolds-Wright et al.²⁶ demonstrou eficácia semelhante entre os dois modelos, ainda que não tenha comprovado formalmente a não inferioridade. Já o estudo observacional de Ralph et al.³¹, com análise de não inferioridade e amostra robusta, reforçou estes achados, ao evidenciar taxas de sucesso entre 93,3% e 95% em três modelos distintos, incluindo um sem contacto presencial. A revisão sistemática com metanálise de Cely-Andrade et al.²² também confirmou a equivalência entre os modelos, com taxas de sucesso entre 97% e 99%, sem diferenças estatisticamente significativas. Estes dados foram corroborados por estudos como o SAFE study, conduzido por Moseson et al.²⁷ em contextos legalmente restritivos, que demonstrou uma taxa de sucesso de 96% mesmo em gestações mais avançadas, com regimes autogeridos apenas com apoio remoto. Apesar dos resultados promissores, alguns dos estudos comparam dados de diferentes períodos temporais ou utilizam controlos históricos, como no caso do SAFE study, o que introduz risco de viés de confusão. Além disso, vários artigos, como os de Mezela et al.²⁹ e Cely-Andrade et al.²⁸, utilizaram amostras não randomizadas ou com diferenças sociodemográficas relevantes, comprometendo a comparabilidade entre grupos.

Quanto à segurança dos modelos de provisão adotados, a ocorrência de eventos adversos graves foi geralmente baixa (<0,5%) tanto no modelo presencial como no remoto. A revisão de Cely-Andrade et al.²² reforça esta segurança, evidenciando taxas semelhantes entre os modelos, enquanto outros estudos, como os de Hunter et al.³⁰ e Ralph et al.³¹, também reportam baixa incidência de complicações, mesmo em modelos remotos “no-test”. No entanto, alguns estudos revelaram discrepâncias: o estudo observacional Cely-Andrade et al.²⁸ identificou uma taxa de complicações mais elevada no modelo remoto (3,3% vs. 0,5%), embora os resultados estejam fragilizados pelo seguimento incompleto e por diferenças sociodemográficas. O estudo de Srinivasulu et al.³² também mostrou segurança global elevada, mas a comparação entre períodos distintos (pré-pandemia e durante a pandemia) introduziu viés relevante. A revisão Cochrane de Gambir et al.²⁵, embora limitada a nove estudos com recurso a telemedicina, indica que, mesmo em contextos de baixos recursos, a auto-administração de misoprostol, com apoio remoto, é segura. Contudo, a certeza da evidência foi classificada como baixa a moderada, devido a fragilidades metodológicas dos estudos incluídos.

Apesar disso, a adesão ao seguimento pós-aborto foi globalmente inferior no modelo remoto, como evidenciado por Cely-Andrade et al.²², Brown et al.²³ e Cely-Andrade et al.²⁸, embora sem aumento nas complicações, o que sugere que a telemedicina pode manter elevados padrões de qualidade, não obstante a diminuição do contacto clínico direto.

Adicionalmente, esta revisão pretende também avaliar a aceitabilidade da IVG nos diferentes modelos de provisão. A experiência reportada nos grupos por telemedicina foi amplamente positiva entre as utilizadoras. O ensaio de Reynolds-Wright et al.²⁶ mostrou maior satisfação no modelo remoto, resultados concordantes com a revisão sistemática de Cely-Andrade et al.²² que também destacou níveis de satisfação superiores a 95%, com muitas mulheres atendidas presencialmente a indicarem que teriam preferido o modelo telemédico. Esta preferência pode estar correlacionada com questões de acessibilidade, privacidade e conveniência.

Neste sentido, o enquadramento sociocultural das pessoas que recorrem aos serviços de interrupção voluntária da gravidez deve ser cuidadosamente considerado na avaliação das condições de acesso seguro. Um estudo prospetivo conduzido nos Estados Unidos por Upadhyay et al.³³, em 2021, fornece dados relevantes sobre as características sociodemográficas das mulheres

que recorrem ao aborto autogerido. Entre os motivos mais frequentemente referidos para esta opção encontram-se a falta de recursos económicos para deslocações até clínicas, a necessidade de manter a decisão em segredo e o receio de violência. De forma inesperada, os autores observaram que mulheres com níveis mais elevados de escolaridade apresentavam maior probabilidade de recorrer ao aborto autogerido, o que poderá refletir uma maior familiaridade com a pesquisa de métodos online ou maior abertura para relatar estas experiências. Estes achados contrastam com os resultados de Ralph et al.³⁴, num estudo também realizado nos EUA em 2020, que identificou uma associação entre o aborto autogerido e contextos de vulnerabilidade racial, baixos níveis de escolaridade e exposição a barreiras estruturais no acesso aos cuidados reprodutivos. Por outro lado, num estudo conduzido por Aiken et al.³⁵, em 2023, no mesmo país, com uma amostra mais alargada de 19 830 participantes, os autores identificaram uma associação mais expressiva entre fatores individuais, como barreiras logísticas ou preferência por cuidados em casa, do que com contextos sociais complexos, na motivação para recorrer à autogestão da interrupção da gravidez.

Ademais, a evidência sugere ganhos significativos em termos de eficiência com o uso da telemedicina. Reynolds-Wright et al.²⁶ reportaram uma redução no tempo de contacto clínico, enquanto Srinivasulu et al.³² mostraram uma redução do tempo de espera para o atendimento (3 vs. 6 dias), o que pode melhorar o acesso em contextos com capacidade limitada. Estes dados, relativos à eficiência do processo, podem ser comparados aos obtidos na revisão de Dawson et al.³⁶, que tenta avaliar a capacidade operacional de serviços de aborto na Austrália como modelo para outros países desenvolvidos. Os resultados evidenciam que a telemedicina, para aborto medicamentoso, melhora significativamente a produtividade dos serviços ao reduzir custos, deslocações e tempos de espera. Estudos incluídos referem que o modelo domiciliário com teste de gravidez e seguimento telefónico é bem aceite, com elevada adesão. No projeto-piloto, da Tabbot Foundation, 100% das 303 participantes avaliaram positivamente o serviço baseado em vídeo/Skype, que dispensou visitas presenciais, exceto para exames obrigatórios ou complicações. A prestação por telemedicina foi associada a maior rapidez na resposta assistencial, sobretudo em zonas remotas, e a menores custos para as utilizadoras. A revisão refere, ainda, que modelos liderados por enfermeiras são custo-efetivos e com elevada procura, e que a limitação do acesso ao aborto cirúrgico compromete a sustentabilidade do sistema e a retenção de competências clínicas.

Por outro lado, Footman³⁷ recolheu perspetivas de profissionais envolvidos na prestação de cuidados de IVG em Inglaterra e no País de Gales que levantam questões relevantes sobre a implementação da telemedicina. Embora esta modalidade vise promover uma maior autonomia reprodutiva, a sua expansão tem resultado, na prática, numa limitação da escolha do método, privilegiando o aborto medicamentoso em detrimento do cirúrgico. Adicionalmente, muitos dos argumentos económicos utilizados para justificar esta preferência não consideram os custos associados a possíveis complicações, o que poderá relativizar as diferenças de gastos entre os dois métodos. Consequentemente, os estudos disponíveis, à data, são ainda insuficientes para tirar conclusões bem fundamentadas sobre o impacto socioeconómico destas políticas.

Conclusão

A evidência analisada nesta revisão aponta a telemedicina como uma alternativa eficaz, segura e bem aceita entre as suas utilizadoras, face aos cuidados presenciais no que respeita à IVG. As taxas de eficácia clínica e de complicações foram comparáveis entre os dois modelos.

Ademais, é importante considerar o potencial da telemedicina na ampliação do acesso ao aborto seguro, em particular, em regiões com restrições jurídicas ou carência de serviços de saúde. Embora a evidência disponível apresente limitações, a sua consistência geral, associada às normas de orientação internacionais e às vantagens relatadas pelas utilizadoras, apoia a implementação da telemedicina como um modelo seguro de provisão de aborto medicamentoso.

Apesar da preponderância de estudos observacionais com limitações metodológicas, especialmente com risco de viés de confusão e risco por perdas de seguimento, os resultados apresentados na literatura são consistentes, e corroborados por diretrizes internacionais como as da OMS, NICE e ACOG, que reconhecem a telemedicina como uma prática recomendada, sobretudo, em contextos cujo acesso pode ser dificultado.

A utilização de modelos de assistência por telemedicina, quando acompanhada de protocolos clínicos claros, e suporte remoto adequado, pode disseminar o acesso a cuidados seguros. Contudo, é de ressaltar, que a realização de ensaios clínicos, com maior rigor metodológico e diversidade cultural e social, é essencial para fortalecer a certeza da evidência e guiar políticas públicas.

Apêndice

Tabela I – Expressões de pesquisa

Sites	Expressões de Pesquisa
PubMed	“Abortion, induced” and Telemedicine
TripDatabase	“Abortion, induced” and Telemedicine
Scielo	“Abortion, induced” and Telemedicine
ScienceDirect	“Abortion, induced” and Telemedicine
Cochrane	“Abortion, induced” and Telemedicine
Scopus	“Abortion, induced” and Telemedicine
GuidelineCentral	“Abortion, induced” and Telemedicine
NICE	“Abortion, induced” and Telemedicine

Tabela II – Resumo geral das revisões incluídas.

Autor (Ano)	País	Tipo de Estudo	População (P)	Intervenção (I)	Comparação (C)	Resultados	Risco de Viés
“Telemedicine for the provision of medication abortion to pregnant people at up to twelve weeks of pregnancy: a systematic literature review and meta-analysis” 20 estudos observacionais + 1 ECR – 7 cumprem os critérios: Aiken et al. (2021); Grossman et al. (2017); Grossman et al. (2011); Kohn et al. (2019); Seymour et al. (2022); Wiebe et al. (2020); Endler et al. (2022)							
Cely-Andrade et al. ²² (2024)		Revisão Sistemática + Metanálise	Grávidas até 12 semanas de gestação	Telemedicina para a provisão de aborto	Cuidados presenciais ou sem grupo comparador	Sem diferenças estatisticamente significativas entre as duas modalidades de atendimento (RD = 0,01; IC95% 0,00; 0,02), na ocorrência de eventos adversos ou na satisfação das pacientes ao comparar os dois métodos.	

Aiken et al. (2021)	Inglaterra	Observacional	Grávidas até 9 semanas de gestação	Telemedicina (n=29984)	Cuidados Presenciais (n=22158)	Eficácia: I: 99,8%; C: 98,2% Preferência por telemedicina I: 80%; C: 13% Tempo médio de espera por medicamentos I: 6,5 dias; C: 10,7 dias; Hemorragia e transfusão I: 0,02%; C: 0,04% Gravidez Ectópica: I: 0,2% C: 0,2%	Moderado
Grossman et al. (2017)	Multi-países	Observacional	Grávidas até 9 semanas de gestação	Telemedicina (n=8765)	Cuidados Presenciais (n=10405)	Efeitos Adversos Sérios I: 0,18%; C: 0,32% Hospitalização I: 0,07% C: 0,12% Transfusão de sangue I: 0,07% C: 0,07% Emergência: I: 0,15% C: 0,21%	Moderado

Grossman et al. (2011)	Estados Unidos da América	Observacional	Grávidas até 9 semanas de gestação	Telemedicina (n=281)	Cuidados Presenciais (n=297)	Eficácia I: 98,7% C: 96,9% Satisfação I: 94% C: 88% Transfusão de sangue I: 0,3% C: 0,1% Recomendação dos serviços I: 90% C: 83%	Moderado
Kohn et al. (2019)	Estados Unidos da América	Observacional	Grávidas até 12 semanas de gestação	Telemedicina (n=738)	Cuidados Presenciais (n=5214)	Eficácia: I: 99,5% C: 98,2% Hospitalização I: 0,00% C: 0,08% Transfusão de sangue I: 0,14% C: 0,08% Emergência: I: 0,00% C: 0,17% Follow-up: I: 60,3% C: 76,9%	Moderado

Seymour et al. (2022)	Australia	Observacional	Grávidas até 9 semanas de gestação	Telemedicina (n=2222)	Cuidados Presenciais (n=17333)	Eficácia: I: 97,2% C: 95,4% Efeitos Adversos: I: 0,5% C: 0,3%	Sem informação
Wiebe et al. (2020)	Estados Unidos da América	Observacional	Grávidas até 10 semanas de gestação	Telemedicina (n=182)	Cuidados Presenciais (n=199)	Follow-up: I: 94,5% C: 93,4% Eficácia: I: 90,1% C: 89,9% Hospitalização: I: 0,00% C: 0,08% Hemorragia: I: 0,5% C: 0,0% Emergência: I: 3,3% C: 1,5%	Alto
Endler et al. (2022)	África do Sul	ECR	Grávidas até 9 semanas de gestação	Telemedicina (n=450)	Cuidados Presenciais (n=450)	Eficácia: I: 90,1% C: 89,9% Emergência: I: 1,6% C: 1,4% Satisfação: I: 99,7% C: 98,7% Adesão: I: 94,7% C: 96,1%	Alto
“The Provision of Abortion Care via Telehealth in the United States: A Rapid Review” 25 estudos incluídos - 7 estudos cumprem os critérios de inclusão; Grossman et al. (2017)*; Grossman et al. (2011)*; Kohn et al. (2019)*; Wiebe et al. (2020); Anger et al. (2021); Chen et al. (2016); Kerestes et al. (2021); *incluídos em Cely-Andrade et al.²²							

Brown et al. ²³ (2023)	---	Revisão rápida	---	Aborto medicamentoso via telemedicina	Aborto medicamentoso presencial	Telemedicina é tão segura e eficaz quanto o atendimento presencial. Taxas de sucesso $\geq 93\%$ na maioria dos estudos, com baixa ocorrência de eventos adversos ($<1\%$). Alta satisfação nos dois grupos, com vantagens adicionais para telemedicina em termos de acessibilidade, conforto e redução de barreiras geográficas.	Não aplicado
Anger et al. (2021)	EUA	Coorte	412 pacientes	Aborto medicamentoso via telemedicina, com até 10 semanas de gestação, sem ecografia prévia	Aborto medicamentoso com ecografia prévia	Sem diferença em gravidez em curso ou complicações maiores; maior risco de aborto incompleto (4%) ou encontro clínico não planejado (7%) no grupo sem datação ecográfica.	Não aplicado
Chen et al. (2016)	EUA	Coorte	176 pacientes (105 com follow-up presencial e 71 com follow-up remoto)	Seguimento por telefone após IVG via medicamentosa	Seguimento presencial com ecografia 1 a 2 semanas pós IVG	Taxa de sucesso semelhante (93%), mas menor adesão ao seguimento no grupo por telefone.	Não aplicado

Kerestes et al. (2021)	EUA (Havaí)	Coorte	334 pacientes com até 11 semanas de gestação	IVG por Telemedicina, sem ecografia prévia	IVG por telemedicina com ecografia prévia e/ou atendimento presencial	Taxas de sucesso similares (I: 97% vs. C: 96%); Eventos adversos: 1% necessitou de dose extra de misoprostol, 4% recorreram ao SU e <1% necessitou de transfusão de sangue.	Não aplicado
“Telemedicine for Family Planning: A Scoping Review” 20 estudos sobre aborto medicamentoso, 9 estudos sobre o follow-up de aborto medicamentoso – 7 cumprem os critérios de inclusão: Grossman and Grindlay (2017); Grossman (2011)**; Kohn (2019)**; Bracken et al. (2014); Ngoc et al. (2014); Platais et al. (2015); Chen et al. (2016)*; **incluído em Cely-Andrade et al.²² (2024) *incluído em Brown et al.²³ (2023)							
Thompson et al.²⁴	Multi-países	<i>Scoping Review</i>	---	---	---	Telemedicina é segura e eficaz; resultados não inferiores aos cuidados presenciais. Aborto completo <10 sem. 98–100% (geral) 77–96% (autoavaliação). Gravidez contínua: ≤7%, maior após 10 sem. Eventos graves raros: transfusão <1%, internamento ≤2,8%, 0 mortes.	Não aplicado

						Satisfação alta - maioria das participantes recomendaria o serviço.	
Grossman and Grindlay et al. (2017)	EUA	Estudo coorte retrospectivo	Grávidas até 9 semanas de gestação que realizaram IVG medicamentosa	IVG com atendimento por telemedicina n=8765	IVG com atendimento presencial n=10405	Efeitos adversos são raros no aborto medicamentoso (<1% na amostra geral); nenhuma morte relatada.	Não aplicado
Bracken et al. (2014)	Reino Unido	ECR	999 pessoas que realizaram IVG com até 63 dias de gestação	Follow-up remoto (teste de gravidez, questionário de sintomas <i>standard</i> online, mensagens de texto ou telefonemas)	Follow-up presencial (ecografia 1 semana pós procedimento)	Taxa de follow-up não diferiu significativamente (I: 69% vs. C: 73% - RR=1,0 IC95% 0,9-1,2). A maioria preferiria follow-up remoto no futuro. Mulheres no grupo de cuidados presenciais são 1.9xs mais prováveis de receber medicação adicional	Não aplicado
Ngoc et al. (2014)	Vietnam	ECR	1433 mulheres que realizaram IVG com até 63 dias de gestação	Follow-up remoto	Follow-up presencial	Follow-up remoto é altamente eficaz na detecção de gravidez em curso com sensibilidade de 92,8% e especificidade de 90,6%; Taxa de gravidez em curso não diferiu entre grupos; 85% das mulheres com follow-up remoto não necessitaram de cuidados presenciais adicionais;	Não aplicado

Platais et al. (2015)	Moldávia e Uzbequistão	ECR	2400 mulheres que realizaram IVG medicamentosa até 63 dias de gestação	Follow-up remoto n=1200	Follow-up presencial n=1200	Taxa de gravidez em curso semelhante entre grupos (0,4 vs. 0,6%); O teste de gravidez identificou todas as gravidezes em curso do grupo remoto; 7% das mulheres em follow-up remoto recorreram a cuidados presenciais; 76,1% prefeririam follow-up remoto no futuro;	Não aplicado
“Self-administered versus provider-administered medical abortion.” 18 estudos - 9 cumprem critérios de inclusão – 1 ECR + 8 estudos coorte							
Gambir et al.²⁵ (2020)	---	Revisão Sistemática	11043 pessoas com idade gestacional até 9 semanas	Mifepristona em clínica + Autoadministração de misoprostol em ambulatório Com ou sem acompanhamento remoto	IVG medicamentos a em ambiente clínico	Taxa de eficácia - (2 ECR): 0,99 (IC95%: 0,97–1,01) Estudos Coorte: RR=0.99 IC95%[0.97,1.01] Satisfação: RR=0.01 IC95%[-0.03, 0.05] Complicações que requerem abordagem cirúrgica: RR=2.14 IC95%[0.80, 5.71]	Evidência de qualidade moderada e muito baixa segurança (GRADE)

Alam et al. (2013)	Bangladesh	Coorte prospectivo	Mulheres que procuram aborto até 9 semanas (N=651)	Mifepristona em clínica + misoprostol autoadmin. em casa (n=540)	Atendimento presencial (n=111)	Eficácia comparável entre grupos RR=1.04 IC95%[0.97,1.11]	Alto (sério)
Alam et al. (2018)	Bangladesh	Coorte prospectivo	Mulheres que procuram aborto até 9 semanas (N=1744)	Mifepristona em clínica + misoprostol autoadmin. em casa (n=1619)	Atendimento presencial (n=125)	Eficácia comparável entre grupos RR=1.01 IC95%[0.97,1.04]	Alto (sério)
Bracken et al. (2006)	Albânia	Coorte prospectivo	Mulheres que procuram aborto até 8 semanas (N=409)	Mifepristona em clínica + misoprostol autoadmin. em casa (n=361)	Atendimento presencial (n=48)	Eficácia comparável entre grupos. RR=0.99 IC95%[0.95,1.04]	Alto (sério)
Bracken et al. (2010)	Índia	Coorte prospectivo	Mulheres que procuram aborto até 8 semanas (N=195)	Mifepristona em clínica + misoprostol autoadmin. em casa (n=170)	Atendimento presencial (n=25)	Eficácia comparável entre grupos RR=0.96 IC95%[0.89,1.04]	Alto (sério)
Dagousset et al. (2004)	França	Coorte prospectivo	Mulheres que procuram aborto até 8	Mifepristona + misoprostol em casa (n=120)	Atendimento presencial (n=289)	Eficácia comparável entre grupos RR=0.96 IC95%[0.92,1]	Alto (sério)

			semanas (N=409)				
Iyengar et al. (2016)	Índia	Análise secundária de ECR	Mulheres que procuram aborto até 9 semanas (N=731)	Mifepristona + misoprostol em casa (n=342)	Atendimento presencial (n=389)	Eficácia comparável entre grupos RR=1 IC95%[0.96,1.04]	Alto (sério)
Li et al. (2017)	China	ECR	Mulheres que procuram aborto com cerca de 5 semanas de gestação (N=744)	Mifepristona em clínica + misoprostol em casa (n=372)	Atendimento presencial (n=372)	Eficácia comparável entre grupos RR=0.99 IC95%[0.97,1.01]	Incerto
Okonufua et al. (2014)	Nigéria	Coorte prospetivo	Mulheres que procuram aborto até 9 semanas (N=191)	Mifepristona em clínica + misoprostol em casa (n=159)	Atendimento presencial (n=32)	Eficácia comparável entre grupos RR=0.97 IC95%[0.92,1.02]	Alto (sério)
Raghavan et al. (2012)	Índia	Coorte prospetivo	Mulheres que procuram aborto até 8 semanas (N=2400)	Mifepristona em clínica + misoprostol em casa (n=372)	Atendimento presencial	Eficácia comparável entre grupos RR=1.02 IC95%[0.99,1.04]	Alto (sério)

Tabela III – Resumo geral dos estudos primários

Autor (Ano)	Tipo de estudo	População (P)	Intervenção (I)	Comparação (C)	Principais Resultados	Conclusão	Nível de Evidência (SORT)
Reynolds-Wright et al. ²⁶ (2023)	Ensaio Clínico Randomizado	125 mulheres, com até 9 semanas de gestação (confirmada por ecografia), atendidas num serviço comunitário de aborto em Edimburgo, Reino Unido.	Consulta por telemedicina para prescrição fármacos para aborto medicamentoso em casa. n=63	Consulta presencial para prescrição dos mesmos medicamentos e procedimento. n=62	Taxa de sucesso: 90.5% no grupo de telemedicina; 77.4% no grupo presencial - +3,3% pró-telemedicina (IC95% -6,6% a +13,3%), dentro da margem de não inferioridade. Sem diferenças significativas em eventos adversos ou satisfação das pacientes entre os grupos (88.9% na telemedicina vs. 82.3% presencial). Mais contactos não planeados no grupo da telemedicina, menor tempo em clínica no geral (94 vs. 111 minutos).	A consulta por telemedicina parece ser segura, eficaz e aceitável para as mulheres, para a realização de aborto medicamentos o precoce. Contudo o pequeno tamanho da amostra limita conclusões.	A

Moseson et al.²⁷ (2022)	Estudo observacional prospectivo	1051 mulheres (401 na Argentina e 650 na Nigéria) que realizaram aborto medicamentoso autogerido (regimes combinados ou misoprostol isolado) com suporte de acompanhamento.	Autoadministração de mifepristona e misoprostol com suporte de organizações de acompanhamento, sem supervisão clínica direta.	Dados históricos de pacientes que fizeram aborto medicamentoso em ambientes clínicos supervisionados	Taxa de sucesso: 97% de abortos completos sem necessidade de intervenção adicional. Eventos adversos: 1% (hemorragia, dor intensa) Alta satisfação entre utilizadoras. Resultados não inferiores aos controles históricos de IVG em ambientes clínico, em ambos os regimes. Misoprostol + mifepristona: RR= -1,9% (IC 95%: -4,6 a 0,7) Misoprostol: RR= -14,8% (IC: -18,1 a -11,6)	O aborto medicamentoso autogerido com suporte de acompanhamento é altamente eficaz, seguro aceite entre utilizadores, representando uma alternativa viável em contextos de acesso restrito a serviços de saúde.	B
--	---	--	--	---	--	--	----------

Cely-Andrade et al.²⁸ (2024)	Estudo de coorte retrospectivo	23362 grávidas atendidas pela Profamilia entre agosto de 2021 e agosto de 2022.	Administração de mifepristona e misoprostol para aborto medicamentoso, com acompanhamento via telemedicina n=3073	Administração de mifepristona e misoprostol para aborto medicamentoso, com acompanhamento presencial. n=20289	94,9% de abortos completos, sem necessidade de intervenção adicional no grupo telemedicina e 93,1% no grupo presencial. RR=1,18; IC95%=0,87–1.593 3,3% de complicações no grupo telemedicina vs. 0,4 no grupo presencial (p < 0,001)	O aborto medicamentoso via telemedicina é uma opção eficaz e segura, com resultados comparáveis ao atendimento presencial, especialmente relevante para populações com acesso limitado a serviços de saúde.	B
--	--------------------------------	---	--	--	--	---	---

Mezela et al.²⁹ (2021)	Estudo de coorte retrospectivo	181 mulheres com até 9 semanas de gestação, divididas em dois grupos: Aborto medicamentoso em contexto domiciliar (n=85) Aborto medicamentoso em contexto hospitalar (n=96)	Aborto medicamentoso em contexto domiciliar	Aborto medicamentoso em contexto hospitalar	Taxa de sucesso semelhante entre os grupos (99% domiciliar vs. 92,9% hospitalar; $p=0,052$). Menor taxa de retenção de material trofoblástico no grupo domiciliar (10,4% vs. 28,2%; $p=0,004$). A satisfação não diferiu significativamente entre os grupos $p>0,05$; no entanto, as pacientes sentiram-se mais seguras em ambiente hospitalar ($p=0,004$)	O aborto medicamentoso o domiciliar é eficaz, seguro e altamente aceitável, oferecendo uma alternativa viável ao atendimento hospitalar, especialmente em contextos de restrição como a pandemia de COVID-19.	B
--	--------------------------------	--	---	---	--	--	---

Hunter et al. ³⁰ (2024)	Estudo de coorte retrospectivo	Mulheres que realizaram aborto medicamentoso em clínicas canadianas. N= 1307	Aborto medicamentoso sem exames prévios (ecografia, testes laboratoriais, exame físico) - exclusivamente por telemedicina n= 895	Aborto medicamentoso com exames prévios - pelo menos 1 exame n= 412	Taxa de sucesso de 95.2%, semelhante entre grupos (94,0% vs. 95,8%, p=0,194). Baixa incidência de eventos adversos em ambos os grupos (2,1%). Sem diferença significativa na necessidade de intervenções adicionais.	O aborto medicamentos o sem exames prévios é seguro e eficaz em contextos apropriados, podendo ampliar o acesso ao serviço	B
Ralph et al. ³¹ (2024)	Estudo prospetivo observacional com análise de não inferioridade	585 mulheres que realizaram aborto medicamentoso entre abril de 2020 e janeiro de 2022 nos EUA	n=228 (<i>no test + mail</i>) n=119 (<i>no test + pickup</i>)	238 com atendimento presencial convencional, com ecografia	Taxa de sucesso: <i>No-test + mail</i> : 94,4% (IC 95%: 89,6–99,2%); <i>No-test + pickup</i> : 95,0% (IC 95%: 88,8–100,0%); <i>In-person</i> : 93,3% (IC 95%: 88,3–97,8%). As taxas de eventos adversos graves foram baixas e semelhantes entre os grupos (<i>in-person</i> vs. <i>no-test + mail</i>): 0,4% (IC 95%: –1,0% a 1,7%), demonstrando a não inferioridade	A telemedicina sem exames prévios é tão segura e eficaz quanto o atendimento presencial para aborto medicamentoso	B

Srinivasulu et al. ³² (2024)	Estudo observacional retrospectivo	184 pacientes que requerem IVG com até 11 semanas de gestação.	Prestação de aborto medicamentoso por telemedicina, com envio de medicamentos e acompanhamento remoto. n=47	Atendimento presencial em cuidados primários. n=137	Eficácia: sem diferença significativa entre os grupos (telemedicina: 89,4% vs. 94,9%; p=0,187). Tempo até o atendimento: Mediana de 3 dias para telemedicina vs. 6 dias para atendimento presencial (p < 0,001).	O aborto medicamentos o por telemedicina em cuidados primários é eficaz, seguro e proporciona acesso mais rápido ao atendimento.	B
--	------------------------------------	--	--	--	---	--	---

Tabela IV – Classificação SORT dos estudos primários

Autor (Ano)	Tipo de estudo	Qualidade da evidência (Nível 1, 2 ou 3)	Consistência dos resultados	Aplicabilidade à prática	Força da recomendação (A, B ou C)
Reynolds-Wright et al. ²⁶ (2023)	Ensaio clínico randomizado	Nível 1	Alta – A taxa de sucesso do aborto foi semelhante entre os grupos: 98,8% no grupo de telemedicina e 98,9% no grupo presencial, demonstrando não inferioridade.	Alta – Os resultados apoiam a implementação de consultas por telemedicina para aborto medicamentoso precoce, especialmente em contextos onde o acesso a serviços presenciais é limitado.	Força de recomendação A
Moseson et al. ²⁷ (2022)	Estudo observacional prospectivo	Nível 2	Alta – Taxas de eficácia e segurança comparáveis às de contextos clínicos formais, com alta satisfação das participantes.	Alta – Especialmente relevante para regiões com acesso limitado a serviços de saúde reprodutiva ou onde o aborto é legalmente restrito.	Força de recomendação B

Cely-Andrade et al.²⁸ (2024)	Estudo coorte retrospectivo	Nível 2	Alta – Taxas de eficácia e segurança semelhantes entre os dois grupos, com resultados consistentes em análises de sensibilidade.	Alta – Especialmente relevante para populações com acesso limitado a serviços de saúde reprodutiva ou onde o aborto é legalmente restrito.	Força de recomendação B
Mezela et al.²⁹ (2021)	Estudo coorte retrospectivo	Nível 2	Resultados consistentes com a literatura e entre grupos.	Alta – condiz com práticas possíveis em contextos semelhantes, especialmente com suporte institucional	Força de recomendação B
Hunter et al.³⁰ (2024)	Estudo coorte retrospectivo	Nível 2	Alta – resultados consistentes entre subgrupos e coerentes com literatura existente	Alta – aplicável a contextos com acesso limitado a exames complementares	Força de recomendação B
Ralph et al.³¹ (2024)	Estudo prospetivo observacional com análise de não inferioridade	Nível 1	Alta – resultados consistentes entre grupos e com estudos anteriores	Alta – diretamente aplicável a contextos com acesso a telemedicina e serviços postais	Força de recomendação A
Srinivasulu et al.³² (2024)	Estudo observacional retrospectivo	Nível 2	Alta – Taxas de eficácia e segurança semelhantes entre os dois grupos, com resultados consistentes em análises de sensibilidade.	Alta – Especialmente relevante para populações com acesso limitado a serviços de saúde reprodutiva ou onde o aborto é legalmente restrito.	Força de recomendação B

Tabela V – Sumário do risco de viés, segundo a ferramenta ROBINS I

Autor (Ano)	Confundimento	Seleção de Participantes	Classificação de Intervenções	Desvios das Intervenções pretendidas	Dados em Falta	Avaliação de Outcomes	Seleção de Resultados Reportados	Risco de Viés Global
Moseson et al. ²⁷ (2022)	Sério	Moderado	Baixo	Baixo	Moderado	Moderado	Baixo	Sério
Cely-Andrade et al. ²⁸ (2024)	Sério	Baixo	Baixo	Baixo	Sério	Moderado	Moderado	Sério
Mezela et al. ²⁹ (2021)	Moderado	Moderado	Baixo	Baixo	Baixo	Moderado	Baixo	Moderado
Hunter et al. ³⁰ (2024)	Sério	Moderado	Baixo	Baixo	Baixo	Moderado	Baixo	Sério
Ralph et al. ³¹ (2024)	Moderado	Moderado	Baixo	Baixo	Moderado	Baixo	Baixo	Moderado
Srinivasulu et al. ³² (2024)	Sério	Sério	Baixo	Baixo	Moderado	Moderado	Baixo	Sério

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos

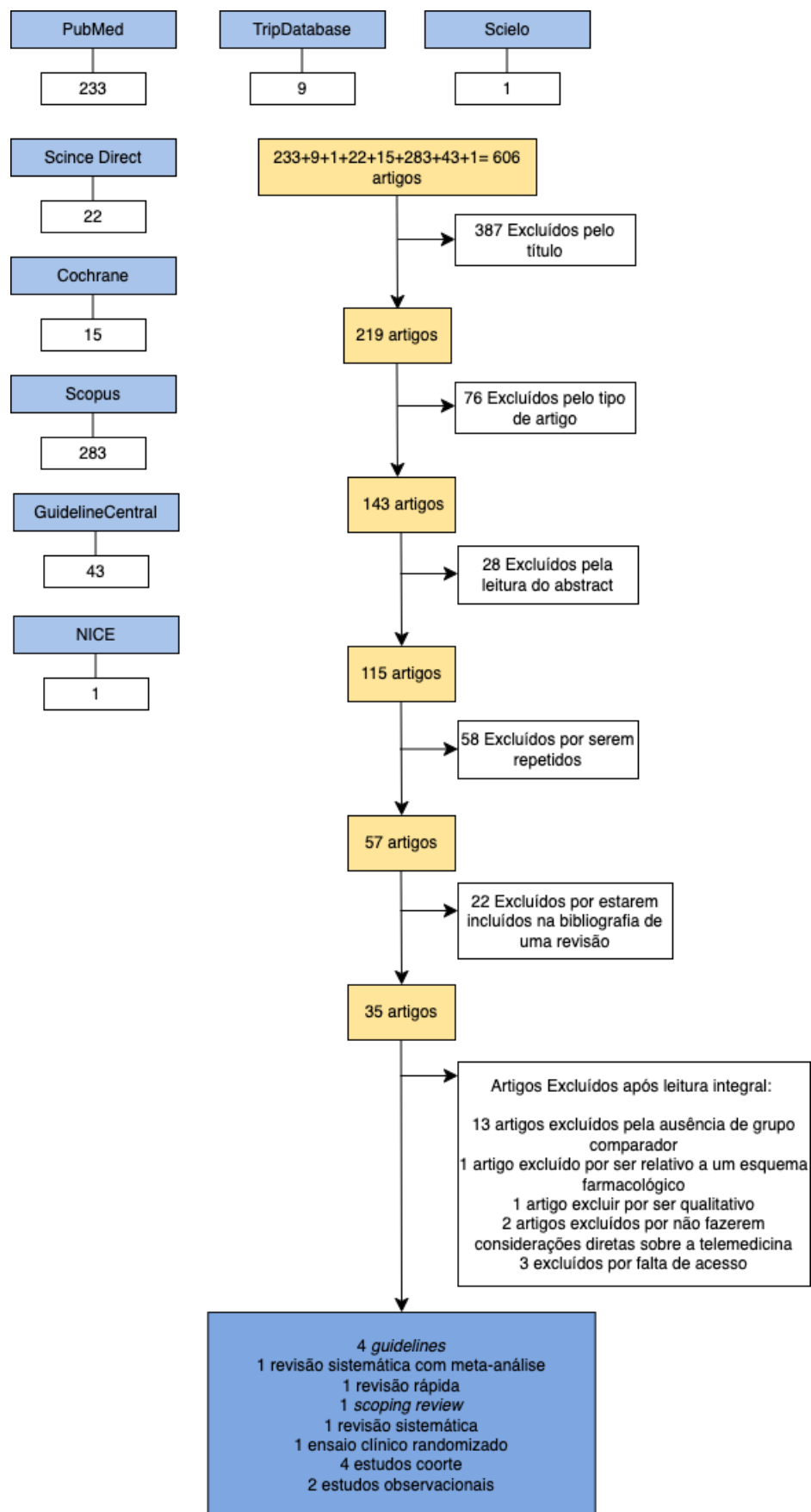
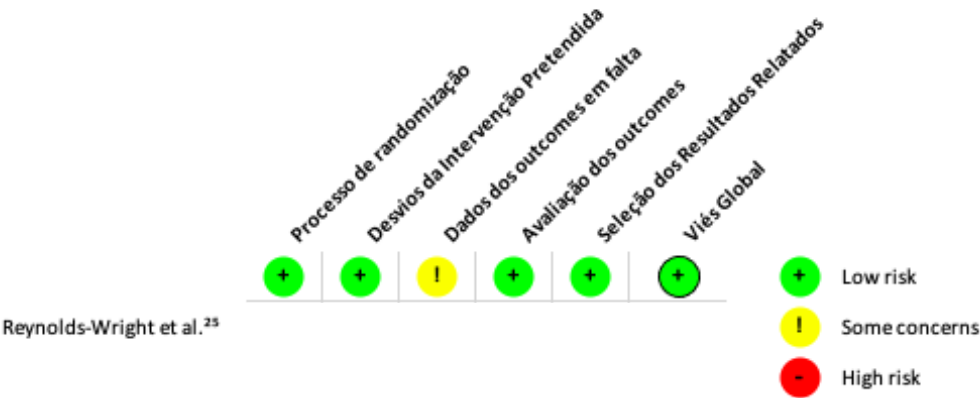


Figura 2 – Sumário do risco de viés, segundo a ferramenta RoB2



Bibliografia:

- 1- Awowole IO, Ijarotimi OA. Restrictive abortion laws, COVID-19, telehealth, and medication abortion in the SDG era. *Lancet Glob Health*. 2022;10(1):e14–e15. doi:10.1016/S2214-109X(21)00544-1.
- 2- Kopp K, Wenzl C, Pichler A, Böttcher B, Gomperts R, Schuster S. Why women choose abortion through telemedicine outside the formal health sector in Germany: a mixed-methods study. *BMJ Sex Reprod Health*. 2022;48(1):e1–e9.
- 3- Fix L. Revolution in abortion care? Perspectives of key informants on the importance of abortion method choice in the era of telemedicine. *Sex Reprod Health Matters*. 2023;31(1):2138311.
- 4- Scott JW, Narasimhan A, Foster AM, Biggs MA, Grossman D, Ramaswamy M. Examining service delivery patterns before and after implementation of a direct-to-patient telehealth service in Australia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2024;64(6):843–850.
- 5- Aiken ARA, Starling JE, Gomperts R, Tec M, Scott JG, Aiken CE. Demand for self-managed online telemedicine abortion in the United States during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Obstet Gynecol*. 2020;136(4):835–837.
- 6- Seymour JW, Fix L, Grossman D, Baum SE, Perritt JB, Moseson H. Potential impact of telemedicine for medication abortion policy and programming changes on abortion accessibility in the United States. *Am J Public Health*. 2022;112(8):1131–1138.
- 7- Aiken ARA, Starling JE, Scott JG, Gomperts R, Aiken CE. Demand for self-managed online telemedicine abortion in eight European countries during the COVID-19 pandemic: a regression discontinuity analysis. *BMJ Sex Reprod Health*. 2021;47(4):e9–e14.
- 8- Foster UD, Perritt JB, Grossman D. Barriers to abortion care and incidence of attempted self-managed abortion among individuals searching Google for abortion care: a national prospective study. *Contraception*. 2022;106:115–121.
- 9- Bojovic N, Stanisljevic J, Pinter B, Arnaudova I, Tyszler M, MacNamara A. The impact of COVID-19 on abortion access: insights from the European Union and the United Kingdom. *Health Policy*. 2021;125(7):960–967.
- 10- Dibben A, Galea D, Gomperts R. Accessing abortion in a highly restrictive legal regime: characteristics of women in Malta self-managing their abortion through online telemedicine. *BMJ Sex Reprod Health*. 2023;49(3):e1–e8.
- 11- Ryu H, Seo K, Kim J, Gomperts R. Self-managed medication abortion in South Korea: a retrospective records review. *Contraception*. 2023;120:75–82.
- 12- Cade N, Kok M, Gomperts R. Why women choose self-managed telemedicine abortion in the Netherlands during the COVID-19 pandemic. *BMJ Sex Reprod Health*. 2023;49(2):e10–e17.
- 13- Aiken ARA, Starling JE, Scott JG, Gomperts R, Reeves MF, Aiken CE. Provision of medications for self-managed abortion before and after the Dobbs decision. *JAMA*. 2024;331(18):1755–1761.

- 14- Aiken ARA, Starling JE, Broussard K, Gomperts R, Scott JG, Aiken CE. Factors associated with use of an online telemedicine service to access self-managed medical abortion in the US. *JAMA Netw Open*. 2021;4(5):e2115382.
- 15 - Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*. 2021;10(1):89.
- 16- Sterne JAC, Savović J, Page MJ, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2019;366:l4898.
- 17 - Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*. 2016;355:i4919.
- 18- World Health Organization (WHO). *Abortion care guideline*. 2nd ed. Geneva: WHO; 2024. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/369488> Consultado em: 2025/04/15.
- 19- World Health Organization (WHO). *Clinical practice handbook for quality abortion care*. Geneva: WHO; 2023. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/369488> Consultado em: 2025/04/15.
- 20- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Abortion care. NICE guideline [NG140]*. London: NICE; 2019 [updated 2021]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140> Consultado em: 2025/04/15.
- 21- American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 225: Medication Abortion Up to 70 Days of Gestation. *Obstet Gynecol*. 2020;136(4):e31–e47. doi:10.1097/AOG.0000000000004082
- 22- Cely-Andrade L, Cárdenas-Garzón K, Enríquez-Santander LC, Saavedra-Avendaño B, Ortiz Avendaño GA. Telemedicine for the provision of medication abortion to pregnant people at up to twelve weeks of pregnancy: a systematic literature review and meta-analysis. *Reproductive Health*. 2024;21(1):136.
- 23- Brown C, Saftner M, Weinfurter E, Jantraporn R, Parikh R. The provision of abortion care via telehealth in the United States: A rapid review. *J Midwifery Womens Health*. 2023;68(6):745–755. doi:10.1111/jmwh.13586
- 24- Thompson TA, Sonalkar S, Butler JL, Grossman D. Telemedicine for family planning: a scoping review. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2020;47(2):287–316. doi:10.1016/j.ogc.2020.02.004.
- 25- Gambir K, Kim C, Necastro KA, Ganatra B, Ngo TD. Self-administered versus provider-administered medical abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;3:CD013181. doi:10.1002/14651858.CD013181.pub2.
- 26- Reynolds-Wright JJ, Niven J, Cameron ST. Using telemedicine to improve early medical abortion at home (UTAH): a randomised controlled trial to compare telemedicine with in-person consultation for early medical abortion. *BMJ Open*. 2023;13(9):e072123. doi:10.1136/bmjopen-2023-072123.
- 27- Moseson H, Jayaweera R, Egwuatu I, et al. 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 Glob Health*. 2022;10(1):e105–e113. doi:10.1016/S2214-109X(21)00461-7.

28- Cely-Andrade L, Castaño-Garzón K, Espitia-Salazar LC, et al. Effectiveness and safety of medication abortion via telemedicine versus in-person: A cohort of pregnant people in Colombia. *Contraception*. 2024;138:110514. doi:10.1016/j.contraception.2024.110514.

29- Mezela I, Van Pachterbeke C, Jani JC, et al. Effectiveness and acceptability of “at home” versus “at hospital” early medical abortion – A lesson from the COVID-19 pandemic: A retrospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021;267:150–154.

30- Hunter C, Burck M, Chambers C, et al. Test or no-test: Comparison of medication abortion outcomes and adverse events when forgoing ultrasound, laboratory testing, and physical examination. *J Obstet Gynaecol Can*. 2024;46(5):482–491.

31- Ralph LJ, Baba CF, Biggs MA, et al. Comparison of no-test telehealth and in-person medication abortion. *JAMA*. 2024;332(11):898–905.

32- Srinivasulu S, Nyandak D, Fiastro AE, et al. Telehealth medication abortion in primary care: a comparison to usual in-clinic care. *J Am Board Fam Med*. 2024;37(2):295–302.

33- Upadhyay UD, Cartwright AF, Grossman D. Barriers to abortion care and incidence of attempted self-managed abortion among individuals searching Google for abortion care: a national prospective study. *Contraception*. 2022;106:115–121.

34- Ralph L, Foster DG, Raifman S, et al. Prevalence of self-managed abortion among women of reproductive age in the United States. *JAMA Netw Open*. 2020;3(12):e2029245. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.29245.

35- Aiken ARA, Tello-Pérez LA, Madera M, et al. Factors associated with knowledge and experience of self-managed abortion among patients seeking care at 49 US abortion clinics. *JAMA Netw Open*. 2023;6(4):e238701. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.8701

36- Dawson A, Bateson D, Estoesta J, Sullivan E. Towards comprehensive early abortion service delivery in high income countries: insights for improving universal access to abortion in Australia. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:612. doi:10.1186/s12913-016-1846-z.

37- Footman K. Revolution in abortion care? Perspectives of key informants on the importance of abortion method choice in the era of telemedicine. *BMJ Sex Reprod Health*. 2023;49(2):e5–e11. doi:10.1136/bmjsexrh-2022-201625.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

