



Posicionamento Oficial da Rede Médica pelo Direito de Decidir: Pela manutenção dos serviços de aborto legal no Brasil em tempos de pandemia

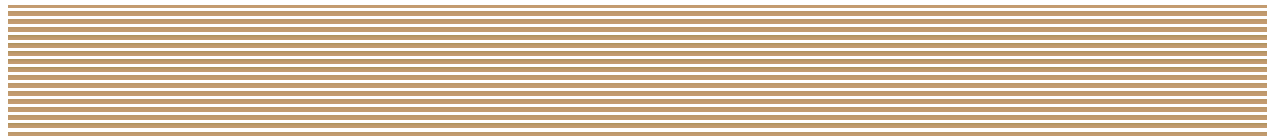
31 de março de 2020

Recentemente, temos visto a suspensão de serviços de aborto previsto em lei no Brasil como uma medida de contingenciamento frente à pandemia da COVID-19¹. Apesar de concordarmos com a suspensão de serviços não essenciais e cirurgias eletivas para direcionarmos leitos e equipamentos de proteção individual dentro do sistema de saúde para o cuidado de pessoas infectadas pelo coronavírus², sabemos que o aborto previsto em lei configura-se como cuidado **essencial** para a saúde das mulheres e deve ser a elas garantido, principalmente durante a pandemia^{3,4,5}.

A suspensão de serviços de aborto legal não parece sequer servir ao propósito de reserve de equipamentos e leitos: o aborto seguro requer equipamentos mínimos de biossegurança e na maioria das vezes não demanda internação hospitalar⁶.

Ao contrário, o atraso no acesso aos serviços de aborto previsto em lei pode acarretar maior custo ao sistema de saúde. Sabemos que quanto mais precoce, mais rápido e seguro é o procedimento. No caso dos procedimentos cirúrgicos, a cada semana de idade gestacional, o risco do procedimento eleva-se em 30% por dificuldades técnicas que levam a maior necessidade de transfusões sanguíneas e hospitalizações prolongadas⁷.

Dessa maneira, o aborto previsto em lei configura-se como um serviço **sensível ao tempo** (como qualquer serviço de saúde dispensado a mulheres grávidas) que não pode ser negado ou adiado sem sérias consequências à saúde física e mental das mulheres que dele necessitam – vítimas de estupro, mulheres com doenças crônicas em que a gravidez impõe risco de morte e mulheres com gravidez de feto anencefálico.



Por esses motivos, à semelhança das orientações do Ministério da Saúde acerca da atenção à saúde das gestantes no contexto da COVID-19 em que se recomenda a preservação do atendimento da gestante durante a pandemia, “posto o caráter autolimitado da gestação”⁸, **defendemos a manutenção de todos os (poucos) serviços de aborto previsto em lei existentes no Brasil durante a crise de saúde que enfrentamos no momento.**

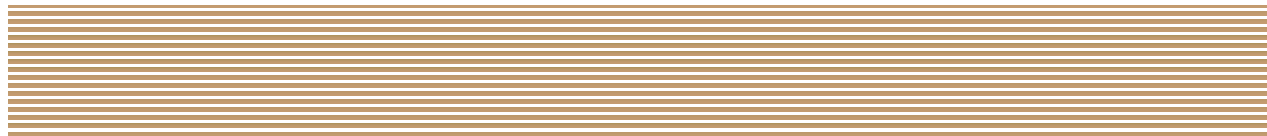
Ainda, de maneira a minimizar os riscos para as mulheres em tempos de necessário isolamento social e também para reduzir o impacto aos serviços de saúde, sugerimos ao Ministério da Saúde:

1. A aprovação do registro do mifepristone junto à ANVISA e do aborto medicamentoso fora do ambiente hospitalar.

A combinação de mifepristone e misoprostol tem-se mostrado a alternativa mais eficaz e segura para o aborto medicamentoso até¹² semanas de idade gestacional⁹, podendo ser utilizada inclusive de maneira auto-administrada, sem a necessidade de visita ao serviço de saúde até a 10^a semana de gravidez¹⁰. Por esse motivo, o mifepristone consta da lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde¹¹. Para que as mulheres em situação de aborto legal evitem o deslocamento para os serviços de saúde, faz-se necessária a dispensação do mifepristone e do misoprostol com prescrição médica e retenção de receita nas farmácias brasileiras.

2. A regulamentação da aspiração manual intrauterina em regime ambulatorial.

O tratamento cirúrgico para o aborto legal de primeiro trimestre – aspiração manual intrauterina (AMIU) – pode ser realizado sob anestesia local de maneira segura e eficaz no ambiente ambulatorial¹². No entanto, a AMIU consta apenas como procedimento hospitalar na tabela de procedimentos do SUS, fato que condiciona seu pagamento à internação hospitalar.



3. A regulamentação da Telessaúde para os serviços de aborto legal no Brasil.

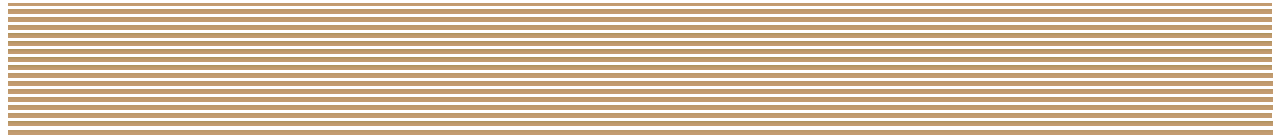
Diante do número escasso de serviços de aborto legal no Brasil¹³, muitas mulheres que necessitam do aborto previsto em lei precisam viajar longas distâncias para ter acesso a um aborto seguro. Diante da necessária restrição dos deslocamentos durante a pandemia (isolamento social), o Conselho Federal de Medicina reconhece a importância da telemedicina, com a previsão de serviços de teleorientação e telemonitoramento para o cuidado em saúde¹⁴. Uma revisão sistemática sobre o uso da telemedicina para os serviços de aborto demonstra que o cuidado prestado pelas equipes multiprofissionais por meio da telessaúde/telemedicina é tão eficaz e seguro quanto o cuidado presencial¹⁵.

4. A regulamentação do aborto cirúrgico de segundo trimestre em locais em que haja especialista treinado para o procedimento.

O tratamento cirúrgico de mulheres em situação de aborto legal de segundo trimestre é superior ao tratamento medicamentoso, com menor frequência de eventos adversos¹⁶⁻¹⁸, menor tempo de tratamento¹⁸ e menores custos ao sistema de saúde¹⁹. O procedimento ainda não consta na tabela do SUS e pode ser uma alternativa para a ocupação prolongada de leitos para indução medicamentosa do aborto em casos de idade gestacional mais avançada.

5. A manutenção dos serviços de planejamento familiar, especialmente para a inserção de dispositivos intrauterinos.

Até o momento, as evidências científicas apontam que mulheres grávidas não apresentam maior risco de gravidade ou de comprometimento fetal devido à infecção pelo coronavírus. No entanto, os estudos publicados até agora envolveram apenas gestantes no terceiro trimestre gestacional. As mulheres devem ser aconselhadas quanto à possíveis resultados adversos após a infecção durante a gravidez e devem ter garantidos seus direitos sexuais e reprodutivos, inclusive o direito à contracepção²⁰. Além disso, as mulheres devem ser aconselhadas que o atual momento de pandemia



não é mais adequado para o planejamento de uma gravidez²¹. Nesse sentido, o uso de métodos reversíveis de longa duração (LARCs) como o dispositivo intrauterino (DIU) deve ser incentivado. O DIU é um método contraceptivo muito eficaz, pode ser inserido por profissionais da medicina ou enfermagem em uma única visita ao serviço de saúde e não requer controle com visitas posteriores, podendo ser acompanhado pela própria mulher por meio da checagem dos fios²². A prevenção de gravidez indesejada faz-se premente em momentos de pandemias, já que as mulheres estão mais vulneráveis à violência doméstica e sexual devido ao isolamento social.

Helena Borges Martins da Silva Paro – CRM-MG 37.708 – Professora da Universidade Federal de Uberlândia; Rede Médica pelo Direito de Decidir; Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras.

Cristião Fernando Rosas – CREMESP 36.696 – Coordenador da Rede Médica pelo Direito de Decidir

1. MACHADO, L.; ACAYABA, C. Hospital referência para aborto legal no Brasil suspende procedimento e se torna local de triagem de gripe em SP. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/03/26/hospital-referencia-para-aborto-legal-no-brasil-suspende-procedimento-e-se-torna-local-de-triagem-de-gripe-em-sp.ghtml>.
2. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG); ELEVATING GYNECOLOGIC SURGERY; AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE (ASRM); ADVANCING FEMALE PELVIC MEDICINE AND RECONSTRUCTIVE SURGERY (AUGS); SOCIETY OF GYNECOLOGIC SURGEONS (SGS); SOCIETY OF MATERNAL-FETAL MEDICINE (SMFM); SOCIETY OF GYNECOLOGIC ONCOLOGY (SGO). Joint Statement on Elective Surgeries. 2020.
3. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Joint Statement on Abortion Access During the COVID-19 Outbreak. Disponível em: <https://www.acog.org/news/news-releases/2020/03/joint-statement-on-abortion-access-during-the-covid-19-outbreak>. Acesso em 26 março 2020.
4. ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG); FACULTY OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH (FSRH); BRITISH SOCIETY OF ABORTION CARE PROVIDERS (BSACP); ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (RCM). Coronavirus (COVID-19) infection and abortion care. London: RCOG, 2020. 21 March 2020.
5. NATIONAL ABORTION FEDERATION (NAF). National Abortion Federation (NAF) Statement on Abortion Provision During COVID-19 Pandemic. Disponível em: <https://www.commondreams.org/newswire/2020/03/17/national-abortion-federation-naf-statement-abortion-provision-during-covid-19>. Acesso em 29 março 2020.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva: WHO, 2014.
7. LEDERLE, L. et al. Obesity as a Risk Factor for Complications After Second-Trimester Abortion by Dilation and Evacuation. *Obstetrics and Gynecology*, v. 126, n. 3, p. 585–592, set. 2015.
8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. NOTA TÉCNICA Nº 6/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. ATENÇÃO ÀS GESTANTES NO CONTEXTO DA INFECÇÃO SARS-COV-2. SEI/MS - 0014128689 - Nota Técnica. 25 de março de 2020.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Medical management of abortion. Geneva: WHO, 2014.
10. GAMBIR, K.; KIM, C.; NECASTRO, K.A.; GANATRA, B.; NGO, T.D. Self-administered versus provider-administered medical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 3. Art. No.: CD013181. DOI: 10.1002/14651858.CD013181.pub2.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee on Selection and Use of Essential Medicines, 2019 (including the 21st WHO Model List of Essential Medicines and the 7th WHO Model List of Essential Medicines for Children). Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO Technical Report Series, No. 1021). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IG
12. MECKSTROTH, K.; PAUL, M. First-trimester aspiration abortion. In: Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Creinin MD. *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*. Wiley-Blackwell, 2009.

13. MADEIRO, A.P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Cienc e Saude Coletiva* 2016; 21(2):563-572.
14. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). OFÍCIO CFM Nº 1756/2020 – COJUR. Brasília, 19 de março de 2020.
15. ENDLER, M.; LAVELANET, A.; CLEEVE, A.; GANATRA, B.; GOMPERTS, R.; GEMZELL-DANIELSSON, K. Telemedicine for medical abortion: a systematic review. *BJOG* 2019 Aug;126(9):1094-1102. doi: 10.1111/1471-0528.15684.
16. AUTRY, A. M.; HAYES, E. C.; JACOBSON, G. F.; KIRBY, R. S. A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:393-7.
17. GRIMES, D. A.; SMITH, M. S.; WITHAM, A. D. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *BJOG* 2004;111: 148 – 153. DOI: 10.1046/j.1471-0528.2003.0034.x
18. LOHR, P.A.; HAYES, J.L.; GEMZELL-DANIELSSON, K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; Issue 1. Art. No.: CD006714. DOI: 10.1002/14651858.CD006714.pub2.
19. COWETT, A.A.; GOLUB, R.M.; GROBMAN, W.A. Cost-effectiveness of dilation and evacuation versus the induction of labor for second-trimester pregnancy termination. *Am J Obstet Gynecol* 2006 Mar;194(3):768-73.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: Interim guidance – 13 March 2020. Geneva: WHO, 2020.
21. FACULTY OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH OF THE ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. FSRH CEU: information to support management of individuals requesting to discontinue contraception to plan a pregnancy during the Covid-19 outbreak. 26 March 2020.
22. 21. FACULTY OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH OF THE ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. CEU Guidance: Intrauterine contraception. April 2015 (Amended September 20109). London: FSSRH, 2019.