

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

Recentemente, temos visto a suspensão de serviços de aborto previsto em lei no Brasil como uma medida de contingenciamento frente à pandemia da COVID-19<sup>1</sup>. 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 coronavírus<sup>2</sup>, 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<sup>3,4,5</sup>.

A suspensão de serviços de aborto legal não parece sequer servir ao propósito de reserva de equipamentos e leitos: o aborto seguro requer equipamentos mínimos de biossegurança e na maioria das vezes não demanda internação hospitalar<sup>6</sup>.

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 prolongadas<sup>7</sup>.

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”<sup>8</sup>, **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 até 12 semanas de idade gestacional<sup>9</sup>, podendo ser utilizada inclusive de maneira auto-administrada, sem a necessidade de visita ao serviço de saúde até a 10ª semana de gravidez<sup>10</sup>. Por esse motivo, o mifepristone consta da lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde<sup>11</sup>. 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 ambulatorial<sup>12</sup>. 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 Brasil<sup>13</sup>, 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 saúde<sup>14</sup>. 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 presencial<sup>15</sup>.

#### **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 adversos<sup>16-18</sup>, menor tempo de tratamento<sup>18</sup> e menores custos ao sistema de saúde<sup>19</sup>. 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 contracepção<sup>20</sup>. Além disso, as mulheres devem ser aconselhadas que o atual momento de pandemia não é mais adequado para o planejamento de uma gravidez<sup>21</sup>. 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 fios<sup>22</sup>. 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

## Referências

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 IGO.

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.; GOMPERS, 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.