



PLANEJAMENTO FAMILIAR: COMPONENTE-CHAVE NO ATENDIMENTO PÓS-ABORTO

Declaração Consensual: Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), Confederação Internacional das Parteiras (ICM), Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) e Agência dos EUA para Desenvolvimento Internacional (USAID)

25 de setembro de 2009

“Se atendemos uma mulher com complicações advindas do aborto porque ela não teve acesso a métodos de contracepção, falhamos com ela. Se ela for embora sem um método de planejamento familiar, estamos falhando pela segunda vez.” (1994, Consórcio de Atenção Pós-aborto [APA], Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - CIPD, Cairo)

FATOS

Dos 205 milhões de gravidezes que ocorrem anualmente no mundo inteiro, 80 milhões não são planejados. Dentre esses, 42 milhões são interrompidos — 22 milhões legalmente e 20 milhões ilegalmente.^{1,2, 3} O aborto inseguro é responsável por 13% das mortes maternas em todo o mundo e por até 25% em alguns países.

As mulheres costumam recorrer ao aborto por diferentes razões, como limitar o tamanho da família, postergar a maternidade, por falha dos métodos contraceptivos, falta de acesso a anticoncepcionais ou em casos de estupro.⁴ Necessidades insatisfeitas de planejamento familiar é a causa principal do aborto provocado, seja ele legal ou ilegal.⁵ Mulheres que já passaram por abortos provocados correm mais riscos de repetir o procedimento.⁶ Para estas e todas as mulheres o planejamento familiar deve ser voluntário, facilmente acessível e as informações divulgadas devem ser concisas e de fácil compreensão.

Questões-chave do Consenso

- No mundo inteiro, uma em cada três gestações — mais de 70 milhões — acabam em aborto, seja espontâneo ou provocado.
- Necessidades insatisfeitas de planejamento familiar são a causa primária para o aborto provocado.
- Mulheres no pós-aborto correm risco de engravidar novamente duas ou três semanas após o aborto.
- Todas as mulheres devem poder receber orientação em planejamento familiar pós-aborto, antes da alta.
- Um amplo leque de métodos anticoncepcionais, incluindo métodos de longa duração, deve ser oferecido e acompanhado de instruções escritas simples.
- O índice de adoção do planejamento familiar pós-aborto é alto quando são oferecidos serviços de qualidade antes da alta.
- Prover acesso universal ao planejamento familiar pós-aborto deve ser o padrão de conduta de médicos, enfermeiros e parteiras.
- A reestruturação dos serviços pode poupar custos, tempo do pessoal e vidas.
- Os profissionais da saúde da FIGO, ICM e ICN têm papel especial de *advocacy* com fazedores de políticas e governos para garantir os serviços de planejamento familiar pós-aborto, compartilhar responsabilidades, aprimorar a formação profissional e melhorar os resultados no âmbito da saúde.

Muitas mulheres não recebem atendimento em planejamento familiar logo após o aborto, embora se encontrem em risco de engravidar novamente nas próximas duas ou três semanas. Além disso, anualmente 31 milhões de mulheres sofrem abortos espontâneos. Apesar de muitas dessas mulheres desejarem “substituir” a gravidez perdida, especialistas recomendam que para que a próxima gestação corra bem é preciso postergar uma nova gravidez por seis meses.⁷

Por isso, todas as mulheres devem receber orientação e atendimento para planejamento familiar após um aborto — quer espontâneo, quer provocado — independentemente do procedimento utilizado para interrupção da gravidez ou evacuação.

A adoção do planejamento familiar é alta no período imediato após o aborto

Quando a orientação e os serviços de planejamento familiar são prestados após todos os tipos de tratamentos pós-aborto, o índice de aceitação é alto. Numerosos estudos demonstraram que quando se dá atenção à elaboração de programas que incluem a atualização dos profissionais em tecnologias contraceptivas, a reestruturação de serviços que permitem a orientação em planejamento familiar pós-aborto e a oferta de métodos antes da alta hospitalar, e se assegura a disponibilidade permanente de anticoncepcionais no serviço, os índices de adoção de contracepção pós-aborto podem subir rapidamente de 0–10% antes da do programa de intervenção a 50–80% em um ou dois anos após sua implementação.⁷ Portanto, os métodos de planejamento familiar precisam ser oferecidos nos locais de atendimento pós-aborto, antes da paciente receber alta.

Mulheres com necessidades urgentes

Uma mulher que provocou um aborto está manifestando seu desejo de evitar a gravidez e de não ter um filho — algumas correndo o risco de perder a vida. Profissionais da saúde têm a oportunidade especial e a obrigação de fornecer serviços de planejamento familiar eficazes. A orientação especializada é muito importante para mulheres jovens, cuja primeira interação com o sistema de saúde se dá nos serviços de atendimento pós-aborto. Requerem-se profissionais da saúde sensíveis para apoiar todas as mulheres que passaram por um aborto provocado, ajudando-as a tomar as melhores decisões para sua saúde e as providências adequadas. O pós-aborto é um período vulnerável e dá aos profissionais da saúde a oportunidade de ter uma enorme influência sobre a saúde reprodutiva dessas mulheres.⁸

Queda de custos e otimização do tempo da equipe de saúde

Fornecer planejamento familiar pós-aborto para evitar um novo aborto é financeiramente vantajoso tanto para o indivíduo quanto para a instituição, assim como poupa o tempo da equipe de saúde.⁹ Na Nigéria, por exemplo, onde a disponibilidade do aborto seguro é muito limitada, os custos de tratamento no caso de complicações decorrentes do aborto são quatro vezes mais altos do que os custos de fornecer serviços de planejamento familiar para evitar esses abortos.¹⁰ Em 12 países da Ásia Central e do Leste da Europa, os índices totais de aborto caíram drasticamente à medida que o uso eficaz dos anticoncepcionais aumentou.¹¹

Visão para o acesso universal ao planejamento familiar pós-aborto

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), a Confederação Internacional de Parteiros (ICM) e o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) têm o compromisso de garantir que todos os nossos membros advoguem por orientação e serviços de planejamento familiar pós-aborto de alta qualidade. O acesso universal ao planejamento familiar pós-aborto e pós-parto é vantajoso e deve ser visto como um elemento importante do nosso atendimento, com base em evidências claras de que o planejamento familiar e o espaçamento entre gestações reduzem casos de gravidez não planejada e a necessidade de abortos, e reduzem a morbidade e mortalidade entre mulheres, recém-nascidos, bebês e crianças.

A disponibilização do acesso universal ao planejamento familiar pós-aborto deve ser uma prática-padrão para médicos, enfermeiros e parteiras no atendimento público e privado. Colaboraremos integralmente através de todas as nossas profissões para otimizar a disponibilização do planejamento familiar pós-aborto.

INTERVENÇÕES NECESSÁRIAS

Reestruturação de serviços

Existem fortes evidências de que a reestruturação de serviços para que forneçam conjuntamente tratamento pós-aborto, orientação e serviços de planejamento familiar, 24 horas por dia, sete dias por semana, aumenta a adoção do planejamento familiar pós-aborto. Diferentes abordagens para prover esses serviços mostraram-se bem-sucedidas.^{3,12,13,14} Entre elas estão:

- a. Instituições que oferecem espaço separado para o atendimento pós-aborto, incluindo orientação e serviços de planejamento familiar, antes que as mulheres recebam alta.
- b. O emprego de enfermeiros e outros provedores de saúde para orientar mulheres.
- c. Capacitar conjuntamente médicos e parteiras para atuar como equipe no atendimento pós-aborto.
- d. Incluir o homem no processo de tomada de decisão, oferecendo orientação em planejamento familiar para casais.

Apresentar amplo leque de opções de métodos de planejamento familiar para clientes pós-aborto

Sistemas eficazes precisam estar em funcionamento para garantir uma oferta adequada e um amplo leque de métodos contraceptivos nas salas de tratamento, incluindo métodos de curta e de longa duração. A maior parte dos métodos de planejamento familiar pode ser iniciada no pós-aborto imediato. Capacitar e empregar mais parteiras e enfermeiros para oferecerem métodos de planejamento familiar de longa duração irá aumentar o acesso a um amplo leque de métodos.

Aconselhamento contraceptivo para clientes em orientação e teste para HIV pós-procedimento

Em locais de alta incidência do HIV ou de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), os serviços e a orientação pós-aborto devem ser providos em conjunto com os programas de rastreamento e tratamento de HIV e DST, incluindo o aconselhamento sobre uso de preservativos.¹⁵

Continuidade de uso de contraceptivos após o procedimento

Para reforçar a continuidade do uso dos métodos contraceptivos, as mulheres devem receber um plano para obter anticoncepcionais e/ou visitas de acompanhamento de forma contínua. Elas devem receber instruções simples por escrito sobre como utilizar o método, assim como informações concisas a respeito dos benefícios e efeitos colaterais mais frequentes.

A liderança de profissionais da saúde aumenta o acesso ao planejamento familiar pós-aborto

Médicos, parteiras e enfermeiras desempenham um papel especial ao advogar pelas mulheres que passaram por um aborto e garantir que sejam oferecidos serviços de planejamento familiar pós-aborto de qualidade. É necessário que instituições como FIGO, ICM e ICN assumam a liderança para garantir práticas de alta qualidade nos serviços e orientação em planejamento familiar pós-aborto, incluindo compartilhar responsabilidades entre médicos, parteiras, enfermeiros e agentes comunitários de saúde de maneira adequada. Fortalecer a formação pré-serviço para médicos, parteiras e enfermeiros ajudará a melhor prepará-los para prestarem o serviço e a orientação em planejamento familiar. Fazedores de políticas e governos precisam ouvir a voz dos profissionais da saúde e considerar as evidências que respaldam uma formação profissional aprimorada, a reestruturação dos serviços e a provisão do planejamento familiar, sobretudo no mesmo local onde é oferecido o serviço pós-aborto. Quando a qualidade do serviço é aprimorada, preservam-se mais vidas, poupa-se o tempo dos profissionais, reduzem-se custos e todos se beneficiam.

Referências

1. World Health Organization (WHO). 2007. *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. Fifth Edition*. Geneva: WHO.
2. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, e Shah IH. 2007. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet* 370(9595):1338–1345.
3. Rasch V, Huber D, e Akande EO. 2007. *Report of the Postabortion Care Technical Advisory Panel*. Washington, DC: U.S. Agency for International Development (USAID).
4. Guttmacher Institute. 2007. *Facts About the Unmet Need For Contraception in Developing Countries*. Nova York.
5. Smith R, Ashford L, Gribble J, e Clifton D. 2009. *Family Planning Saves Lives. Fourth Edition*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
6. Jones RK, Singh S, Finer LB, e Frohwirth LF. 2006. *Repeat Abortion in the United States*. Occasional Report 29. Nova York: Guttmacher Institute.
7. USAID. 2007. *What works: a policy and program guide to the evidence on family planning, safe motherhood, and STI/HIV/AIDS interventions. Module 2: Postabortion Care*. Washington, DC. Disponível em: www.infoforhealth.org/pac/research/CompendiumFPHIVSTI.pdf.
8. Williamson LM, Parks A, Wight D, Petticrew M, e Hart GJ. 2009. Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries: a systematic review of qualitative research. *Reproductive Health* 6:3. Disponível em: www.reproductive-health-journal.com/content/6/1/3.
9. Vlassoff M, Shearer J, Walker D, e Lucas H. 2008. *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges*. IDS Research Report No. 59. University of Sussex, Brighton: Institute of Development Studies.
10. Lule E, Singh S, e Chowdhury SA. 2007. *Fertility regulation behaviors and their costs: contraception and unintended pregnancies in Africa and Eastern Europe and Central Asia*. Washington, DC: World Bank.
11. Westoff CF. 2005. *Recent trends in abortion and contraception in 12 countries*. DHS Analytical Studies, No. 8. Calverton, MD: ORC Macro.
12. Rasch V, Massawe S, Mchomvu Y, Mkamba M, e Bergstrom S. 2004. A longitudinal study on different models of post-abortion care in Tanzania. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 83(6):570–575.
13. Billings DL, Fuentes VJ, e Perez-Cuevas R. 2003. Comparing the quality of three models of postabortion care in public hospitals in Mexico City. *International Family Planning Perspectives* 29(3):112–120.
14. Rasch V e Lyaruu M. 2005. Unsafe abortion in Tanzania and the need for involving men in postabortion contraceptive counseling. *Studies in Family Planning* 36(4):301–310.
15. Rasch V, Yambesi F, e Massawe S. 2006. Postabortion care and voluntary HIV counselling and testing—an example of integrating HIV prevention into reproductive health services. *Tropical Medicine and International Health* 11(5):697–704.

Informações adicionais estão disponíveis na página web do postabortion care, www.postabortioncare.org (<http://www.infoforhealth.org/pac/>)

Este documento foi traduzido e impresso pelo RESPOND Project (Convenio cooperativo No. GPO-A-00-08-00007-00), com apoio da Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos de America. A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) foi responsável da revisão técnica da tradução.