



Relatório do Simpósio “O papel do misoprostol na prevenção da mortalidade e morbidade materna e neonatal”

Nós, representantes de entidades médicas, especialistas e pesquisadores sobre o uso do misoprostol na ginecologia e obstetrícia, e ativistas pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, abaixo assinados,

- a. Encontramo-nos em Simpósio no dia 8 de outubro de 2008, na sede da Associação Paulista de Medicina, São Paulo, a convite da Associação Pathfinder do Brasil, da Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO e da organização Católicas pelo Direito de Decidir - CDD;
- b. Atualizamos nossas reflexões quanto às evidências científicas que apoiam o uso do misoprostol na ginecologia e obstetrícia e quanto às barreiras ao seu uso que restringem seu acesso por parte de hospitais e mulheres em idade reprodutiva;
- c. Apresentamos a seguir nossas considerações e recomendações, na perspectiva de contribuir para expandir a discussão sobre o papel do misoprostol na prevenção da mortalidade e morbidade materna e neonatal.

Considerando que:

1. O Brasil foi o primeiro país no mundo a aprovar e registrar o misoprostol para uso em ginecologia e obstetrícia;
2. Os primeiros estudos brasileiros¹ sobre o medicamento foram feitos entre 1987 e 1988 e desde então o número de pesquisas relacionadas ao misoprostol aumentou consideravelmente no país;
3. No período 2005-2007, as principais revistas indexadas internacionais² publicaram 2.992 artigos com resultados de pesquisas sobre o uso do misoprostol na gravidez, o que, se comparado a anos anteriores, demonstra crescente aumento nesse campo específico da pesquisa acadêmica na área de ginecologia e obstetrícia;

Evidências Científicas³

4. O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)⁴ estabeleceu, em 1998, padrões para classificar essas pesquisas segundo demonstrem evidências científicas que apoiem ou não o uso do misoprostol para determinados procedimentos e respectivos períodos de gestação. Esses padrões envolvem cinco graus de recomendação: A) Boa evidência que apoia o uso; B) Suficiente evidência que apoia o uso; C) Insuficiente evidência, entretanto se pode recomendar em algumas situações especiais; D) Alguma evidência contra seu uso; e E) Boa evidência contra seu uso;

5. Pesquisas indicam boa evidência para uso do misoprostol nos seguintes procedimentos e respectivos períodos de gestação: (i) aborto medicamentoso e maturação do colo antes de aborto cirúrgico durante o primeiro trimestre de gestação; (ii) maturação cervical antes de uma dilatação e curetagem no segundo trimestre; e (iii) indução do parto e maturação cervical no terceiro trimestre;
6. Pesquisas demonstram que existe suficiente evidência para uso do misoprostol na indução do parto (aborto, morte fetal) durante o segundo trimestre de gestação;
7. Resultados de algumas pesquisas demonstram insuficiente evidência que apoie o uso do medicamento, embora recomendem seu uso, em situações especiais, tais como (i) falha da gestação, morte fetal/feto retido durante o primeiro trimestre e (ii) prevenção e controle de hemorragia pós-parto;
8. Desconhece-se evidência científica sobre o uso do misoprostol na amamentação, daí derivando a recomendação de que a mulher não amamente nas primeiras 6 horas após seu uso;
9. Não há estudo comprovando boa ou alguma evidência contra seu uso, embora alguns estudos ressaltem que o misoprostol é contra-indicado em casos de mulheres com duas ou mais cesáreas anteriores;
10. Pesquisas demonstram que o uso do misoprostol permite o êxito na facilitação do parto vaginal quando há indicação de interrupção da gravidez com colo imaturo (pré-eclâmpsia grave, ruptura prematura de membranas e outras) e isso contribui para reduzir a taxa de cesárea nesses casos;
11. A indução de parto/aborto com feto morto/retido é um dos problemas mais difíceis de resolver em obstetrícia, pois se sabe que técnicas de injeção intra-amniótica podem complicar e terminar em cesárea ou até mesmo levar à morte materna. Pesquisas demonstram que com o uso do misoprostol se obtêm taxas de êxito próximas a 100%, com mínimo risco;
12. Estudos analisando a capacidade do misoprostol em provocar forte contração uterina sugerem que seu uso pode ser útil na prevenção de hemorragia pós-parto, que é a primeira causa de morte materna no mundo e a segunda no Brasil;
13. O misoprostol é útil quando se deseja um efeito rápido, como no caso da hemorragia pós-parto, recorrendo-se à via sublingual, que é de fácil manejo e, portanto, permite seu uso por pessoal não médico em áreas rurais;
14. O misoprostol está indicado em todos os casos em que se requeira a interrupção segura da gravidez, seja no primeiro ou no segundo trimestre da gestação;
15. Em mulheres com abortamento incompleto sem infecção nem hemorragia abundante e com bom estado geral, a administração de misoprostol pela via oral ou sublingual resolve mais de 80 % dos casos, sem internação nem evacuação cirúrgica. O uso do misoprostol apresenta menor eficácia em casos de infecções locais (vaginítes, cervicites) com sangramento excessivo;
16. A taxa de sucesso na interrupção da gravidez com misoprostol é de 85% a 90%, independentemente da paridade, da idade e da raça e dependente do tempo de espera para se obter o efeito desejado. Constata-se que em 80% das mulheres

inicia-se o esvaziamento uterino nas primeiras 24 horas e que a taxa de sucesso aumenta pelo menos até 72 horas depois da administração do misoprostol. Fortes evidências demonstram que o seguimento, nestes casos, pode ser ambulatorial, com elevada segurança se a gestação for até 9 semanas. Se a gestação for de segundo trimestre, o seguimento é hospitalar, devendo a mulher permanecer internada;

17. Estudos no Brasil demonstram que, apesar das limitações legais, as mulheres continuam usando misoprostol. No entanto, como só conseguem comprar o medicamento no mercado paralelo por um preço alto, usam doses menores que podem alterar a eficácia do medicamento;
18. Durante a última década, vários estudos têm confirmado que, mesmo em situação de clandestinidade, os abortos induzidos com misoprostol são mais seguros que os induzidos por outros procedimentos. Pesquisa em Goiânia (1994) constatou que casos de febre variam de 8% (usando misoprostol), 17,4% (uso de outras drogas) a 36,4% (outros métodos). Com relação à infecção uterina, os percentuais são respectivamente 9%, 15,2% e 30%. Os resultados de outra pesquisa realizada no Recife (1994) informam o percentual de abortos complicados com infecção grave segundo o método de indução: 0,8% com misoprostol e 14,6% com outros métodos. Neste sentido, pode-se afirmar que o uso do misoprostol, mesmo em condições inseguras, possibilita a redução de infecções consideravelmente;
19. Há poucos estudos analisando as conseqüências a longo prazo do uso do misoprostol;
20. Em 2007, em função das evidências científicas, várias iniciativas internacionais tiveram lugar: (i) a Organização Mundial de Saúde recomendou o uso do medicamento; (ii) a Federação Latino-Americana de Sociedades de Obstetrícia e Ginecologia (FLASOG) publicou o Guia sobre Uso Gineco-Obstétrico do Misoprostol; (iii) o International Journal of Gynecology and Obstetrics, suplemento Dezembro 2007, apresenta artigos acadêmicos recomendando o uso do misoprostol para várias condições gineco-obstétricas; (iv) os consórcios dedicados a diminuir a morbimortalidade devido ao aborto inseguro (ICMA/CLACAI) criaram a Iniciativa de Prevenção da Hemorragia Pós-parto; e (v) um projeto financiado pela USAID para reduzir a morbi-mortalidade materna devido à hemorragia pós-parto analisa a possibilidade de incorporação do misoprostol no “kit” médico de emergência para casos de APA e HPP;
21. Em 2008, o misoprostol foi adicionado à Lista Modelo de Medicamentos Essenciais pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA/Brasil (RDC-36/2008);
22. O misoprostol, corretamente utilizado em suas indicações obstétricas precisas, nas doses, vias e intervalos de administração corretos, tem um enorme potencial para reduzir complicações e mortes de mulheres, assim como o custo dessa atenção para o sistema de saúde;
23. A ampliação do uso do misoprostol é uma questão política.

Situação no Brasil

24. O misoprostol está registrado no Brasil como medicamento para indução do parto e aborto legal, havendo indicações para seu uso na *Norma Técnica - Atenção Humanizada ao Abortamento* e na *Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos*

Agravos Resultantes da Violência Sexual, ambas publicadas pelo Ministério da Saúde;

25. O medicamento foi introduzido no Brasil para tratamento da úlcera estomacal e amostras grátis eram distribuídas nos consultórios, hospitais e nas farmácias. Na época, farmácias exigiam receita médica para a compra de medicamentos contra a tosse, mas vendiam livremente o produto Cytotec[®], que se tornou o mais vendido de todos os medicamentos no Brasil antes de ser regulamentado pela ANVISA;
26. O histórico da regulamentação do misoprostol no Brasil tem um viés político, que foi precedido de um debate público nos meios de comunicação e interno no Ministério da Saúde. Nos Estados Unidos, em 1988, quando foi regulamentada a utilização do medicamento, grupos conservadores organizaram manifestações contrárias;
27. Em 1988, o misoprostol se tornou manchete nas mídias brasileiras. Vários atores sociais se posicionaram a favor de retirar o medicamento do mercado, enquanto outros defenderam que sem uma discussão aprofundada sobre o aborto, todas as soluções em relação ao medicamento seriam de meio porte. O Ministério da Saúde evitou entrar nessa arena, que passou a ser “terra de ninguém” e sobre a qual a mídia construiu o uso do medicamento como caso de polícia, desconectando-o da questão da legalização do aborto, que era o assunto central ao debate. Cresceram as pressões de organizações da sociedade civil mais conservadora e de instituições jurídicas sobre o Ministério da Saúde, reivindicando o enquadramento do misoprostol como droga altamente controlada. A resolução de 2006 da ANVISA foi publicada extensamente em jornais religiosos como uma vitória. Neste sentido, o misoprostol foi colocado na agenda pública como maneira de banalizar o aborto, sem que se enfrentasse a questão de sua legalização. E o abortamento foi construído no imaginário social como qualquer outro crime hediondo. A linguagem da mídia passou a se referir ao abortamento como crime de formação de quadrilha;
28. As resoluções da ANVISA e portarias de agências similares de instância estadual trazem restrições legais para o uso do misoprostol, seja dispondo sobre sua comercialização e controle, seja proibindo sua publicidade em fóruns de discussões, murais de recado, sítios na internet etc. Em junho de 2008, a mais recentemente resolução da ANVISA dispõe sobre o Regulamento Técnico para funcionamento de serviços de atenção obstétrica e neonatal e inclui o misoprostol como medicamento básico obstétrico, com venda restrita a hospitais cadastrados;
29. O processo de registro de um hospital para utilizar o medicamento pode durar em torno de quatro meses. A necessidade de registro do hospital para a utilização do misoprostol é uma forma de controle dos serviços, podendo-se interpretar como um contra-senso diante da regulamentação do uso do misoprostol contida na Norma Técnica;
30. Mesmo quando cadastrados, os hospitais se defrontam com exigências burocráticas. O medicamento permanece fechado nas farmácias dos hospitais e são inúmeros os documentos que se deve preencher para se ter acesso ao mesmo. Esse controle excessivo pela vigilância sanitária representa um viés ideológico e uma afronta aos direitos das mulheres;
31. As barreiras no acesso ao misoprostol se intensificaram após a resolução de junho de 2008 da ANVISA. Gestores/as de hospitais mostram pouco interesse em efetuar o cadastramento, o que contribui para reduzir as opções de uso desse produto na

rede do SUS. Semelhante desinteresse se associa a posicionamentos políticos e religiosos e a questões como a capacitação de profissionais para utilizar o produto;

32. A *Norma Técnica - Atenção Humanizada ao Abortamento*, do Ministério da Saúde, contém uma rotina padronizada de como deve ser o procedimento nos casos de abortamento previsto em lei. Diante disso, interpreta-se como contraditória a exigência de cadastramento dos hospitais, o que leva à conclusão de que a regulamentação existente é uma ferramenta para quem não quer implantar o serviço; a obrigatoriedade de fazer credenciamento dá a gestores/as uma ferramenta para impedir o acesso ao misoprostol;
33. A política pública brasileira ainda tem um viés personalista, que leva em consideração a ideologia dos/as dirigentes. É o/a gestor/a que decide tratar abortamento ou não, se cadastra ou não o hospital para poder comprar e usar o misoprostol, por exemplo. Tentativas de flexibilizar o acesso ao misoprostol costumam encontrar alta resistência entre as/os gestoras/es. Neste sentido, no serviço público, as decisões técnicas continuam sendo orientadas pela ideologia de quem está na chefia e pela prática que permeia a cultura de pensar que na “minha maternidade”, no “meu serviço” isto pode e aquilo não pode;
34. Restringir o misoprostol para o uso intra-hospitalar é uma questão a ser revisada, uma vez que há evidências para o uso ambulatorial seguro;
35. O uso do misoprostol ambulatorial, como está sendo feito na Cidade do México, tem uma resolutividade bastante alta. Pesquisas realizadas nos serviços de atenção à violência e de aborto legal naquela cidade comprovam a eficácia e segurança do uso do misoprostol em casa, quando a mulher é bem orientada por profissionais capacitados trabalhando em serviços de qualidade; nos hospitais que realizam o aborto legal, pelo fato de a mulher ser bem orientada e acompanhada, é insignificante o número de complicações;
36. Informe da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, Regional SP, denuncia que várias organizações sociais religiosas, habilitadas pelo governo municipal e selecionadas por edital para administrar hospitais e maternidades de vários distritos de São Paulo, proibiram o planejamento familiar e deixaram de fazer laqueadura e vasectomia em unidades de saúde de algumas áreas da cidade. Uma vez que a verba é proveniente do SUS, essas OS estão agindo contra as políticas de saúde do país;
37. Em relação às resoluções da ANVISA, as vigilâncias sanitárias estaduais têm o poder de aumentar as restrições ao uso do misoprostol, mas não o de flexibilizar o que está definido pelo nível federal. Existe a percepção de que, ao longo dos 22 anos em que o medicamento está no país, a regulamentação sobre sua utilização vem sendo cada vez mais restritiva;
38. Não existe evidência científica que fundamente o excessivo rigor no controle da compra e uso do misoprostol assim como estabelecido pela ANVISA. Semelhante rigor não existe com outros medicamentos, como antiinflamatórios ou mesmo os antidepressivos e outros medicamentos de uso controlado (opiáceos e morfina), vendidos em farmácias com prescrição médica. Não defendemos o uso inadequado de nenhum medicamento; pelo contrário, defendemos que todos os medicamentos devam ser bem prescritos e bem indicados, ou seja, que todo o medicamento deva ser utilizado com recomendações médicas;

39. Estudos confirmam que há uma associação temporal entre aumento nas vendas de misoprostol e redução de complicações e mortalidade materna decorrentes do aborto inseguro: as mortes por aborto caem à medida que aumenta o acesso ao medicamento;
40. Discutir o tema da acessibilidade ao misoprostol é, portanto, oportuno e necessário. A questão do misoprostol é ainda uma dívida que se tem com as mulheres e uma situação que precisa ser enfrentada para que se avance na promoção dos direitos reprodutivos das mulheres brasileiras;
41. É urgente reconhecer a necessidade de sensibilizar o poder público para proceder a uma flexibilização da regulação atual do misoprostol;
42. Os repertórios que a sociedade usa para construir suas interações sempre estão permeados por questões ideológicas e o debate sobre o uso do misoprostol mostra isso. A especificidade dessa substância transparece na preocupação da sociedade brasileira desde 1986. Nestes 22 anos a sociedade estabeleceu processos cada vez mais restritivos, no sentido de criar regulações para dificultar o acesso das mulheres ao misoprostol, patrulhá-las e considerá-las criminosas em relação ao seu uso;
43. Nenhuma mudança na resolução será obtida sem se produzir uma discussão sobre o aborto;
44. A regulamentação estabelecida pela ANVISA vem prejudicando sobretudo as mulheres pobres no país, porque cria e amplia as desigualdades sociais, de gênero, classe e cor, desrespeitando os direitos humanos dessas mulheres;
45. As portarias restritivas da ANVISA estão na contramão das políticas de saúde do Ministério da Saúde, das normas técnicas ou mesmo de leis como a Lei Maria da Penha e por isso devem ser repensadas;
46. Divulgar as evidências científicas que apoiam o uso do misoprostol e as corretas indicações do uso da droga não significa promover o aborto, mas sim prevenir a mortalidade e a morbidade materna e neonatal;

Direitos Humanos

47. Ter acesso a informação sobre o uso do medicamento é um direito das mulheres. As limitações legais para o acesso ao misoprostol têm impacto na equidade de acesso à informação e à tecnologia que reduz complicações e o risco de morbi-mortalidade, o que coloca o uso do misoprostol como uma questão de direitos humanos;
48. De acordo com Constituição de 1988, a sonegação de informações fere os direitos humanos. Neste sentido, proibir a divulgação de informações sobre o misoprostol é uma injustiça e essa questão precisa ser debatida amplamente;
49. O acesso das mulheres ao misoprostol significa maior acesso a uma tecnologia de saúde reprodutiva mais segura, aceitável e acessível, que garanta o exercício do direito aos benefícios do progresso científico;

50. O acesso ao misoprostol pode reduzir os riscos para a saúde e para a vida das mulheres nos casos de complicações de aborto inseguro, principalmente quando a lei é restritiva, como no caso do Brasil;
51. Na ausência de informação em consequência das limitações legais, as mulheres fazem uso inseguro e clandestino do misoprostol, não procuram ajuda em serviços médicos, correndo risco de hemorragia antes de serem atendidas;
52. Precisamos argumentar pelo fim da resolução que proíbe as/os profissionais da saúde de fornecerem a informação sobre o misoprostol às mulheres. É fato que no Programa de Saúde da Família as/os agentes comunitárias/os de saúde (ACS) são procuradas/os por mulheres que lhes pedem informação sobre o aborto porque decidiram não prosseguir com a gravidez e as/os ACS não podem sequer levar essa situação para ser discutida na equipe da USF;
53. Parteiras tradicionais de zonas rurais da Região Nordeste do Brasil usam o misoprostol em procedimentos ginecológicos e obstétricos. Em se tratando de mulheres que desejam interromper a gravidez, as parteiras relatam que elas andam quilômetros para comprar o remédio, por vezes até vendendo seus rebanhos para conseguir dinheiro suficiente, em função do elevado preço do mesmo no mercado paralelo;
54. As mulheres pobres são as que mais sofrem por não terem atendimento adequado. Ficam à mercê de políticas municipais e estaduais, que podem criar mais restrições às resoluções da ANVISA. Há municípios que já proibiram a contracepção de emergência e a introdução de DIUs, contrariando as Políticas e Normas Técnicas aprovadas;

Capacitação e aceitabilidade

55. Existe a mensuração da desinformação das/os médicas/os sobre o misoprostol e sobre as doses a serem administradas nas várias situações em que seu uso se aplica na ginecologia e obstetrícia. A maioria das/os profissionais que trabalham no serviço público não está capacitada para a utilização do misoprostol em conformidade com os procedimentos definidos nas normas técnicas de atendimento humanizado ao abortamento. Muitas/os ignoram, por exemplo, que quando o colo é desfavorável ao parto normal, o uso do misoprostol é muito eficaz e deve ser utilizado;
56. O uso do misoprostol não está padronizado, pois raramente as/os profissionais da saúde conhecem ou recorrem aos protocolos existentes, tais como a *Norma Técnica - Atenção Humanizada ao Abortamento*, do Ministério da Saúde, o manual da Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia-FEBRASGO e o da Federação Latino-Americana de Sociedades de Obstetrícia e Ginecologia - FLASOG;
57. Além da capacitação para o uso do misoprostol, as/os profissionais da rede do SUS necessitam de formações que aprofundem seu entendimento a respeito dos direitos humanos e das políticas de saúde aprovadas; necessitam compreender a sua obrigação em implementá-las, incluindo os serviços da rede de atenção a mulheres e adolescentes em situação de violência sexual e doméstica, com atendimento aos casos de aborto previsto em lei. O estigma é um conceito a ser trabalhado para capacitar as/os profissionais na questão da superação do temor em revelar que o

hospital onde trabalham serve como local de atendimento ao aborto legal. As capacitações devem reforçar a compreensão de que o atendimento ao aborto legal é um procedimento de rotina e ético;

58. Estudo conduzido em Salvador, Bahia, mostrou, em sua linha de base que a maioria dos ginecologistas e obstetras aprovava a ampliação da rede de atendimento a mulheres e adolescentes em situação de violência sexual e doméstica e se dispunha a fazer a interrupção da gravidez nos casos previstos em lei. Um ano depois, na reaplicação do mesmo questionário, constatou-se que a maioria dos entrevistados não havia praticado nenhuma interrupção da gravidez, alegando que aceitariam fazer o procedimento medicamentoso, mas não o cirúrgico, e que não o fizeram porque o acesso ao misoprostol é difícil;
59. Pesquisa da CEMICAMP constatou que 50% das/os profissionais entrevistadas/os aceitariam fazer o abortamento nos casos previstos em lei se o procedimento fosse medicamentoso. Nos serviços que já oferecem atendimento de emergência a mulheres e adolescentes em situação de violência sexual, verifica-se uma tendência de aumento do número de médicas/os que realizam o abortamento previsto em lei, em consequência da acessibilidade ao misoprostol.

A partir das considerações acima, nós recomendamos:

Ao Ministério da Saúde / SAS / DAPE / Área Técnica da Saúde da Mulher - ATSM

1. Intermediar uma audiência com o Diretor Presidente da ANVISA para discutir maneiras de viabilizar a ampliação legal do uso do misoprostol, com a participação de atores sociais chave;
2. Mobilizar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para a abertura de mais serviços de atendimento a mulheres e adolescentes em situação de violência sexual e doméstica, incluindo atendimento a abortamento previsto em lei com base nos protocolos existentes (Normas Técnicas do Ministério da Saúde, manual da FLASOG e manual da FEBRASGO);
3. Promover a ampliação legal do uso do misoprostol de maneira a incidir positivamente na saúde materna em relação a:
 - 3.1. Alcance da Meta 5 do Milênio, de redução da morte materna em 75% em 2015 e Meta 17, sobre acesso a medicamentos;
 - 3.2. Maior efetividade clínica para a prevenção da hemorragia pós-parto, indução do parto, interrupção precoce da gravidez e tratamento do aborto incompleto;
 - 3.3. Maior potencial de reduzir as complicações do aborto e o custo da atenção, além de reduzir as mortes maternas;
 - 3.4. Observância do Brasil de suas obrigações internacionais em matéria de direitos humanos relacionados à saúde sexual e reprodutiva;
 - 3.5. Incorporar o misoprostol nas listas de medicamentos essenciais para uso obstétrico;

4. Difundir as pesquisas e os trabalhos realizados no Brasil na área de abortamento legal;
5. Promover o conceito do uso do misoprostol associado diretamente a uma questão de direitos humanos das mulheres;
6. Organizar premiações - Prêmio Hospital Amigo da Mulher - e demais iniciativas de reconhecimento público que estimulem hospitais a se integrarem à rede de atenção a mulheres e adolescentes em situação de violência sexual e doméstica e a implementarem o atendimento ao aborto legal como rotina;
7. Incentivar o uso seguro do misoprostol na zona rural;
8. Elaborar cartazes com as recomendações de dosagens do misoprostol para distribuição nos hospitais.

À Secretaria Especial de Políticas para Mulheres - SEPM

9. Promover o envolvimento do Comitê de Monitoramento da Implementação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres na discussão da ampliação legal do uso do misoprostol.

À Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

10. Rever a regulamentação existente sobre o uso do misoprostol, a partir das evidências científicas que apóiam seu uso na ginecologia e obstetrícia;
11. Rever as barreiras administrativas que dificultam o acesso intra-hospitalar ao misoprostol, aumentando a disponibilidade do medicamento no ambiente hospitalar;
12. Rever a cláusula sobre a obrigatoriedade de cadastramento dos hospitais para utilização do medicamento;
13. Aumentar o acesso das mulheres ao misoprostol, permitindo a venda do medicamento nas farmácias sob apresentação de prescrição médica;
14. Regulamentar o uso do misoprostol nas zonas rurais, oferecendo informações corretas sobre o uso seguro do medicamento a parteiras tradicionais e outros técnicos de saúde.

À FEBRASGO e Instituições Parceiras

15. Pautar a utilização do misoprostol nas suas capacitações;
16. Distribuir amplamente o Manual da FLASOG;
17. Verificar se os protocolos de atendimento estão sendo cumpridos por meio de monitoramento, estudos e avaliações;
18. Incluir questões sobre novas tecnologias reprodutivas e o uso do misoprostol na prova TEGO;

19. Realizar cursos *on-line* (p. ex., no site da FEBRASGO) sobre novas tecnologias reprodutivas e o uso do misoprostol, valendo crédito para a revalidação do TEGO;
20. Realizar um mapeamento sobre como a regulamentação do medicamento está sendo feita em cada Estado da federação;
21. Promover eventos semelhantes ao presente Simpósio, que tenham um caráter formativo, principalmente para pessoas que não atuem na área médica;
22. Desenvolver atividades que contribuam para desestigmatizar o misoprostol como sendo uma droga abortiva, contribuindo para que seu uso seja culturalmente aceito pelas/os profissionais de saúde e pelo sistema de saúde.

Ao Movimento de Mulheres

23. Sensibilizar o poder público para uma flexibilização da regulamentação do misoprostol no Brasil;
24. Organizar e participar de atividades que contribuam para provocar mudanças na regulamentação do misoprostol;
25. Mobilizar-se para que o Projeto de Lei que propõe o prêmio Hospital Amigo da Mulher, elaborado pela ATSM e a deputada Jandira Fegalli, em 2006, com a colaboração da OMS, seja novamente colocado em votação nas instâncias legislativas;
26. Promover atividades de divulgação do uso adequado do misoprostol.

Ao Laboratório Hebron

27. Disponibilizar o misoprostol em dosagem e apresentação diferenciada, de maneira a adaptá-lo às prescrições médicas para compra em farmácia e uso ambulatorial;
28. Ser parceiro no processo de ampliação legal do uso do misoprostol, de maneira a colocá-lo no mercado a um preço acessível a mulheres com baixa renda.

Assinam este relatório

Adalberto Aguemí - Hospital Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, São Paulo

Aloisio José Bedone - Área de Ginecologia/CAISM/UNICAMP, Campinas

Ana Lucia Cavalcanti - Casa Ser, São Paulo

Ana Luisa Fontes - SESAB, Salvador

Beatriz Galli - IPAS/Brasil

Carlos Laudari - Diretor da Pathfinder do Brasil, Salvador

Cecilia Simonetti - Pathfinder do Brasil, Salvador

Coríntio Mariani Neto - Dir. Téc. do Hospital e Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo

Cristião Fernando Rosas - Comissão de Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista por Lei - FEBRASGO

David Nunes Jr. - IPERBA, Salvador

Dulce Xavier - Católicas pelo Direito de Decidir - CDD e Jornadas pela Legalização do Aborto

Irotilde Gonçalves Pereira - Coordenadora do Serviço Social do Hospital Jabaquara, São Paulo

Jefferson Drezett - Serviço de Atenção às Vítimas de Violência Sexual CRSM/Hosp. Pérola Byington, São Paulo

João Batista Marinho de Castro Lima - Ministério da Saúde / Secretaria De Atenção À Saúde - SAS / Área Técnica da Saúde da Mulher - ATSM

Jorge Andalaft - Prof. Titular de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro - UNISA

Margareth Arilha - Diretora Executiva da CCR - Comissão de Cidadania e Reprodução

Maria José de Oliveira Araújo - IMAIS e Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

Maria Jucinete - Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, São Paulo

Olímpio de Melo Moraes - Professor da Universidade Estadual de Pernambuco e Co-autor do "Manual da FLASOG - Uso do Misoprostol em Ginecologia e Obstetrícia"

Rosa de Lurdes - Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Regional São Paulo

Rosângela Talib - Católicas pelo Direito de Decidir - CDD

Referências

¹ Mariani Neto et al. Uso do misoprostol para indução do parto com feto morto. *Rev. Paul. Med.* 105(6). Nov-Dez 1987.

Mariani Neto et al. Padrão tocográfico desencadeado pelo misoprostol. *Rev. Paul. Med.* 106 (4); 205-208. 1988.

² Ponce de Leon, R. G. *Iniciativas Sanitarias*. 2007.

³ Begater et al., *Hum. Rep.* 19:266. 2004.

Blum, B. Winikoff, K. Gemzell-Danielsson, P.C. Ho, R. Schiavon, A. Weeks. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *International Journal Gynecology Obstetrics*. 99, S186-S189. 2007.

Chandhick et al. *International Journal Gynecology Obstetrics*. 92:170. 2006.

Chung et al. *Fertil Steril*. 71:1054. 1999.

Derman et al. Oral misoprostol in preventing postpartum hemorrhage pph in resource-poor communities: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 368:1248-53. 2006.

Faúndes et al. Evaluation of the effectiveness of vaginal misoprostol to induce first trimester abortion. *Contraception*, 53:243-246. 1996.

How et al. *AJOG*, 185: 911. 2001.

MacIsaac, *Obstet Gynecol*. 1999.

Miller et al. Vendas nacionais de cytotec e porcentagem de abortos com complicações graves num grande hospital de Santo Domingo, República Dominicana. *International Journal Gynecology Obstetrics*. 112:1291. 2005.

Rizzi, Ricardo G. Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología. *FLASOG*. Segunda Edición Cap 5. Marzo 2007.

Singh, *Obstet Gynecol*. 1998.

Singh, *BJOG*. 1999.

Tang et al. *Hum Rep* 17:332. 2002.

Villar et al. Caesarean Delivery Rates and Pregnancy Outcomes: The 2005 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health in Latin America. *The Lancet*. 367(9525): 1819–29. 2006.

Zhang et al. *NEJM*, 353:761-9. 2005.

⁴ ACOG. *Practice Patterns*. 1998.