

JOSÉ ROBERTO ERBOLATO [GABIATTI n.º 113 /

"CARACTERÍSTICAS DAS MULHERES, FREQUÊNCIA,
COMPLICAÇÕES E CUSTOS DO ABORTO: SUAS VARIAÇÕES
DE ACORDO COM A COMERCIALIZAÇÃO DO MISOPROSTOL"

ORIENTADOR: PROF. DR. AARÃO MENDES PINTO-NETO

DISSERTAÇÃO APRESENTADA À FACULDADE
DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE CAMPINAS PARA A OBTENÇÃO
DO TÍTULO DE MESTRE EM TOCOGINECOLOGIA

UNICAMP
1994

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	UNICAMP
V.	G113c
Ex.	
TOMBO	BC/17549
PREC.	433/95
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PRECIO	R\$11,00
DATA	06/01/95
N.º PD	

CM-00065429-7

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

Gabiatti, José Roberto Erbolato
G113c Características das mulheres, frequência, complicações e custos do aborto : suas variações de acordo com a comercialização do Misoprostol / José Roberto Erbolato Gabiatti. -- Campinas, SP : [s.n.], 1994.

Orientador : Aarão Mendes Pinto Neto.
Tese (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Aborto. 2. Abortivos. 3. Aborto induzido. I. Pinto Neto, Aarão Mendes. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Este trabalho é dedicado ...

Aos meus pais Roberto e Helena, pelo amor, amparo, incentivo e orientação que me deram para a vida e para o bem

A minha esposa e companheira, Celina, por compartilhar comigo a difícil tarefa da vida-conjunta, da formação de um novo lar e a coragem de criar filhos

A minha querida filha, Giuliana, pela grande felicidade que veio adicionar a nossas vidas

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto Neto, pela grande dedicação como orientador, pelo incentivo e pelo auxílio a este rebelde aluno, que dificilmente completaria este trabalho não fosse sua valiosa colaboração, perseverança e paciência

Ao Prof. Dr. Aníbal Faúndes, pela idéia inicial e Profa. Dra. Ellen Hardy, pelas críticas construtivas que me estimularam e me mostraram o quanto ainda se tem a aprender

Ao Prof. Dr. Eduardo Lane, pelo exemplo de vida, onde a humildade, serenidade e amabilidade sempre estiveram presentes com a competência e dedicação ao trabalho em qualquer situação

Ao Prof. Dr. Aloisio Bedone, pelo incentivo e compreensão que sempre me dispensou

Ao Prof. Dr. Edmundo Chada Baracat e Prof. Dr. Nilson Roberto de Melo, por terem aceito o convite para participar da Banca Examinadora, o que com certeza muito nos honra e valoriza o nosso trabalho

Ao Prof. Dr. José Carlos Gama da Silva e Dra. Angélica Braga, professores, amigos, colegas de plantão e incentivadores constantes

Ao Prof. Dr. Jorge Villareal, pela oportunidade que me forneceu para a melhor compreensão do problema do aborto

Ao Dr. José Carlos Campos Torres, Dr. Marcos Antonio Perrotti e Dr. Carlos Renato D. T. Sanches, pela grande ajuda na coleta dos dados

À Enfermeira Meire Celeste Cardoso Del Monte, da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH/CAISM, sem a qual não seria possível a identificação dos casos deste estudo

À Márcia T. A. Camargo, pela grande ajuda na elaboração gráfica desta tese

À Maria Helena de Souza, pelo auxílio na análise estatística

Agradecemos também

À Maria José Romano e a todos os funcionários do SAME/CAISM/UNICAMP

À Ângela M. Camargo dos Santos e aos demais funcionários do SAME/HC/UNICAMP

À Luzia Gonçalves de Aguiar, secretária da Biblioteca do CAISM, pelos serviços prestados

À Margarete Amado de Souza Dondon, pela atenção dispensada junto a Secretaria da Subcomissão de Pós-Graduação do Departamento de Tocoginecologia

À Assessoria Técnica/CAISM, pela revisão gramatical e demais auxílios, em especial à Sueli Chaves, Isabel Gardenal, Fernanda Atibaia, Maria do Rosário Gonçalves e Neder Piagentini

Aos colegas da Reprodução Humana, Dr. Luis Bahamondes, Dra. Lúcia Costa, Dra. Adriana Orcesi, Dr. Carlos A. Petta, Dr. Daniel F. Hardy, e Dra. Ilza M. U. Monteiro

Aos demais colegas do Departamento de Tocoginecologia

Aos residentes e alunos

A todas as pessoas que, de uma forma ou outra, colaboraram para a execução deste trabalho

ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS UTILIZADOS

a.C. - antes de Cristo

CAISM - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

°C - Graus Célsius

CID - Código Internacional de Doenças

cols. - Colaboradores

DIP - Doença Inflamatória Pélvica

HC - Hospital de Clínicas

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

MAC - Método Anticoncepcional

OMS - Organização Mundial da Saúde

p - Valor de significância estatística

SPSS/PC⁺ - Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

WHO - World Health Organization

% - Porcentagem

& - "e" comercial

RESUMO

RESUMO

Realizou-se um estudo retrospectivo das internações por aborto na Enfermaria de Ginecologia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas, no período de janeiro de 1987 a dezembro de 1992. Analisaram-se as características sociodemográficas, tocoginecológicas e a utilização de métodos anticoncepcionais, bem como a classificação do aborto, a idade gestacional em que ocorreu, e a presença de complicações com ênfase em três períodos. O primeiro período relacionou-se com a introdução do Misoprostol no mercado, o segundo com sua divulgação como substância abortiva, e portanto com grande consumo, e o terceiro com a abrupta queda de consumo após as restrições legais impostas à sua comercialização. Os resultados encontrados apontaram que o perfil das pacientes constituiu-se de mulheres brancas, com menos de 35 anos, com união conjugal e que já haviam tido parto anteriormente. O percentual de complicações de aborto foi alto, sendo a infecciosa e a hemorrágica as mais freqüentes. O aborto classificado como provocado associou-se mais à complicação infecciosa, traumática e maior, porém o aborto espontâneo também associou-se a um elevado grau de complicações. Quando comparadas as características nos três períodos distintos, notou-se que, no período de maior consumo de Misoprostol, as interrupções de gestações foram mais precoces e ocorreram mais abortos classificados como provocados. Após as restrições legais à venda de Misoprostol, observou-se uma diminuição nas taxas de internação por aborto na Enfermaria de Ginecologia, porém com aumento das complicações.

SUMMARY

SUMMARY

A retrospective study was done with the cases of abortion that required hospitalization in the Gynecology service, CAISM-UNICAMP. The period studied was from January 1987 through December 1992. Sociodemographic and gynecologic characteristics, were analyzed in the use of contraceptive methods, abortion classification, gestational age, presence of complications and period of time that abortion occurred related to the presence of Misoprostol in the market. The periods were defined as: First - introduction of Misoprostol in the market; Second - knowledge of the population in its abortive characteristics and an intensive use, and Third - a decrease in its use due to legal restrictions to its commercialization. The results showed that most of the patients were white, younger than 35 years old, stable marital union and past obstetrical delivery. Abortion complication rate was high; infection and bleeding the most frequent. Induced abortion was mainly associated with infection, trauma and other major complications. When characteristics were compared between the three periods described above, we noted that the period associated with the use of Misoprostol was related to an earlier interruption of pregnancy and a higher rate of induced abortion. The third period, when Misoprostol commercialization was restricted, a decrease of inpatient treatment occurred, although complications increased significantly.

SUMÁRIO

RESUMO

SUMMARY

	PÁGINA
1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVOS	20
2.1. OBJETIVO GERAL	20
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3. MÉTODOS E CASUÍSTICA	22
3.1. PROCEDIMENTOS PARA A SELEÇÃO DOS CASOS	22
3.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	23
3.3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	23
3.4. VARIÁVEIS ESTUDADAS	24
3.5. COLETA DE DADOS	30
3.6. PROCESSAMENTO DOS DADOS	30
3.7. ANÁLISE DOS DADOS	30
3.8. ASPECTOS ÉTICOS	31
4. RESULTADOS	32
4.1. CARACTERIZAÇÃO DAS PACIENTES	32
4.2. CLASSIFICAÇÃO DO ABORTO	36
4.3. COMPLICAÇÕES OBSERVADAS	37

4.4. COMPLICAÇÕES VERSUS TIPO DE ABORTO	38
4.5. FATORES ASSOCIADOS COM COMPLICAÇÕES	39
4.6. RAZÃO ABORTO/PARTO; ABORTO/INTERNAÇÕES POR OUTRAS CAUSAS GINECOLÓGICAS	42
4.7. ANÁLISE DE ACORDO COM A COMERCIALIZAÇÃO DO MISOPROSTOL..	44
5. DISCUSSÃO	50
6. CONCLUSÕES	72
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
8. ANEXOS	

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A gravidez, evento fisiológico importante na vida da mulher, pode muitas vezes tornar-se um grande problema, por gerar conflitos quanto à decisão a ser tomada. Isso ocorre freqüentemente quando esta gravidez não é desejada e a decisão de se fazer um aborto torna-se um fato real jamais imaginado até então.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o termo aborto significa a interrupção da gravidez antes de o feto atingir a viabilidade, não só em função do tempo de gestação, mas também do peso e, ocasionalmente, do tamanho. Viabilidade significa ter capacidade de sobreviver com adequado apoio vital no período neonatal e, eventualmente, manter vida extra-uterina independente. De acordo com a tradição médica, a viabilidade é atingida após a 28ª semana de gestação, quando o feto pesa aproximadamente 1.000 gramas. Esta definição baseou-se na observação de que fetos com peso inferior dificilmente sobreviviam. Entretanto, com o constante avanço da Medicina, fetos com peso e idade gestacional inferiores sobrevivem cada vez mais, existindo registros de sobrevivência de fetos com idade gestacional inferior a 24 semanas e peso menor que 600 gramas. Neste sentido, alguns autores têm fixado o limite superior do aborto em 20 semanas de gestação, contadas a partir da data da última menstruação, associando-se um peso fetal de aproximadamente 500 gramas (TIETZE, 1987).

O termo "aborto" origina-se da palavra latina "aboriri", que significa expulsar o feto sem que ele tenha condições de vitalidade; dar à luz antes do

termo da gestação (FERREIRA, 1986). Esta prática é bastante comum em diversas culturas, desde os mais remotos tempos históricos, e vista por diversos povos, em diferentes épocas e de distintas maneiras (DAVID, 1992).

Encontram-se referências ao aborto provocado nos arquivos reais da China, datadas de quase 3000 antes de Cristo (a.C.) Em papiros egípcios de 1550 a.C. e no código de Hammurabi da Babilônia já se previam punições contra quem provocasse o aborto. Entre os hebreus, o aborto era considerado um ato de violência contra a mulher, uma vez que este podia feri-la. Na Grécia Antiga, a prática do aborto era corrente e preconizada pelos grandes filósofos: Platão insistia que toda mulher que engravidasse com mais de 40 anos deveria recorrer ao aborto; Hipócrates recomendava exercícios violentos para se lograr um aborto; Aristóteles considerava o aborto a forma mais eficaz de limitar os nascimentos; e Sócrates recomendava às parteiras que facilitassem o aborto para as mulheres que desejassem realizá-lo (DAVID, 1992; AVANCES EN SALUD REPRODUCTIVA, 1994).

Na Roma Antiga, a prática do aborto também era comum, sendo conhecidos vários métodos para este fim. No entanto, o grau de recriminação variou de acordo com a época. No início da República, como a taxa de natalidade era alta, foi bem tolerado. Já no Império, constatando-se um declínio nas taxas de natalidade, adotou-se uma legislação na qual o aborto provocado era tido como um delito contra a segurança do Estado, sendo prevista nesta lei castigos corporais, exílio e até mesmo a morte, mas os infratores continuavam impunes (DAVID, 1992; AVANCES EN SALUD REPRODUCTIVA, 1994). Mesmo com a existência de punições contra quem recorresse ao aborto provocado, era uma prática generalizada na Antigüidade, e poucas mulheres recriminavam-se por realizá-lo (DAVID, 1992).

Foi no século XIX, porém, que o aborto provocado assumiu dimensões preocupantes, sobretudo na Europa e nos Estados Unidos. Os perigos do procedimento tornaram-se objeto de atenção da comunidade científica, que influenciou naquela época muitas nações ocidentais a adotarem leis restritivas ao aborto. Foi também em meados do século XIX que a Igreja Católica, no pontificado de Pio IX, adotou a posição que mantém até hoje, ou seja, a de condenar o aborto e a anticoncepção por meios não naturais (DAVID, 1992; ADVANCES EN SALUD REPRODUCTIVA, 1994).

A legislação restritiva ao aborto começou a modificar em alguns países industrializados antes da Segunda Guerra Mundial, e no Japão, em 1948. Durante a década de 50, os países da Europa Oriental e Central, então socialistas, declararam legal o aborto praticado nos três primeiros meses de gestação. Nas duas décadas seguintes quase todos os países do mundo desenvolvido seguiram o exemplo. A maioria dos países em via de desenvolvimento continuaram proibindo o aborto. Entretanto, a China e a Índia, na década de 70, adotaram legislações menos restritivas. Na América Latina, somente Cuba legalizou o aborto, e Barbados, Bermudas e Belize adotaram legislações mais liberais (HENSHAW, 1991).

Muito embora as leis existam, sabe-se que o seu cumprimento não é estrito. Na Bélgica existe uma rede de clínicas sem fins lucrativos que realizam a interrupção da gravidez, mesmo sendo o aborto considerado ilegal. Também, na América Latina e em outras regiões, os governos toleram clínicas médicas que praticam o aborto. Sabe-se, ainda, que uma lei que autoriza o aborto não garante que este seja acessível a todas as mulheres que desejem realizá-lo (WHO, 1992). A carência de pessoal médico e de instalações, bem como os critérios conservadores de alguns profissionais, podem restringir o acesso ao aborto, em especial às mulheres econômica e socialmente menos favorecidas, tal como

ocorre em algumas partes da Áustria, França, Alemanha, Índia e Estados Unidos. Como exemplo, citamos a Itália, onde uma pesquisa constatou que 60% dos médicos ginecologistas, 52% dos anestesistas e 44% dos outros profissionais da saúde solicitaram não participar da realização de abortos por razões de consciência pessoal (TIETZE, 1987; SPINELLI & GRANDOLFO, 1991).

Os partidários de uma legislação mais liberal diante do aborto normalmente evocam os problemas de saúde pública associados ao abortamento ilegal como o argumento mais contundente em prol de sua liberalização, pois tem sido exhaustivamente comprovado que, clandestinamente, o procedimento via de regra realiza-se em condições precárias, aumentando substancialmente a morbidade e a mortalidade a ele associadas. Os motivos de ordem social também são evocados, ou seja, quando o aborto é realizado por pessoal qualificado, representa um risco mínimo à saúde da mulher, estando mais acessível a todas as camadas da população, e não somente às mais privilegiadas economicamente. Os motivos de ordem individual referentes tanto ao reconhecimento do direito de cada um em reger sua própria vida quanto aos direitos ansiados pelas mulheres de controlar o próprio corpo também são considerados (VILLARREAL, 1989, 1992; SOUZA & SILVA, 1992).

Por outro lado, os grupos contrários ao aborto, constituídos em grande maioria por conservadores, baseiam-se nos princípios morais e religiosos. A Igreja Católica é a Instituição que tem se mostrado de forma mais incisiva e sistemática contra a liberalização do aborto. Conseqüentemente, o aborto, em virtude de suas implicações morais e religiosas, converteu-se, em vários países, num dos temas políticos mais emocionantes e polêmicos, associado a uma série de tabus, particularmente em países onde as leis restritivas estão associadas a fortes princípios religiosos (CATHOLICS FOR A FREE CHOISE).

As leis referentes ao aborto existem em quase todos os países do mundo e variam consideravelmente. Vão desde a proibição total até a autorização a pedido da gestante. Em 1971, cerca de 28% da população mundial vivia em países onde o aborto era legal por razões sociais, incluindo as de índole econômica, ou a pedido, sem indicação específica. Já, em 1976, este porcentual elevou-se a 60% (SOUZA E SILVA, 1992).

Em 1982, 39% da população mundial vivia em países com legislações liberais acerca do aborto; 25% vivia em países com legislações que autorizavam o aborto por razões médico-sociais, com critérios benevolentes; 8% vivia em países que autorizavam o aborto por motivos amplos; e apenas 28% da população do mundo vivia em países onde o aborto era totalmente ilegal ou permitido somente para salvar a vida da mãe. Observa-se, portanto, que entre 1971 e 1982 o panorama mundial da liberalização do aborto inverteu-se completamente em relação às leis (NETWORK, 1994).

Na América Latina, o aborto ainda é muito restringido pela lei. Em quatro países - Colômbia, Haiti, Panamá e República Dominicana -, é proibido em quaisquer circunstâncias. Em sete países - Chile, Guatemala, Honduras, Jamaica, Nicarágua, Paraguai e Venezuela -, o aborto só é permitido quando representa uma grave ameaça à vida da gestante. Outros quatro países - Brasil, Equador, México e Uruguai - permitem o aborto por ameaça à vida da mulher ou em gravidez resultante de violência sexual. Em seis países vigoram legislações menos restritivas - Argentina, Bahamas, Barbados, Bolívia, Costa Rica e Peru -, onde se permitem os abortos nos casos em que a gravidez comprometa a saúde física da mulher. Em El Salvador, justifica-se o aborto também nos casos de malformação fetal (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1986; NETWORK, 1994).

Em Cuba, a única restrição de acesso ao aborto ocorre para mulheres solteiras com idade inferior a 18 anos, que necessitam de consentimento dos pais. O Código Penal de Cuba estabelece penas severas para o aborto ilegal, que é, por definição, aquele praticado com finalidades lucrativas ou realizado fora de Hospitais, ou sem o consentimento da mulher. É interessante notar que neste país não foi necessária a mudança da lei vigente até então, sendo apenas a sua reinterpretação suficiente para a legalização do aborto. Consideraram-se, para tanto, as circunstâncias exteriores na avaliação das indicações do aborto legal, visando evitar o desequilíbrio psicológico da mulher, incorporando a questão da saúde mental, e de acordo com a definição de saúde da OMS (ALVAREZ-LAJONCHERE, 1989).

Os poucos dados disponíveis sobre Cuba antes da Revolução de 1959 demonstram que o aborto induzido era um dos principais mecanismos de controle da fertilidade utilizado pelas mulheres, com sua incidência permanecendo elevada por alguns anos. Em 1965, o aborto ilegal desapareceu, e os dados tornaram-se mais reais. Durante os 15 anos posteriores à legalização, o número anual de abortos apresentou algumas flutuações caracterizadas, inicialmente, por redução paralela à observada nas taxas de nascimento ocorridas entre 1974 e 1980. Esta diminuição no número de gravidezes certamente esteve relacionada às melhores oportunidades oferecidas às mulheres cubanas que iniciaram participação efetiva na vida social e econômica do país em condições similares às dos homens. Este fato provavelmente motivou o controle da fertilidade individual, que não foi acompanhado por aumento no número de abortos. Ao contrário, houve uma redução, com um considerável aumento na utilização de métodos contraceptivos. O aumento na taxa de aborto observado de 1981 a 1988, sem variação na taxa total de fertilidade, sugeriu fortemente que a prevalência do uso de métodos anticoncepcionais diminuiu

naquele período e que houve um aumento acentuado nas falhas dos métodos, ou ambos (HARDY e cols., 1990).

Nos Estados Unidos, avaliaram-se a morbidade e a mortalidade em mulheres que interromperam a gravidez antes e depois da lei da Suprema Corte de 1973, que legalizou o aborto. As mortes decorrentes da interrupção ilegal da gravidez diminuíram entre 1940 e 1972, em parte devido à introdução dos antibióticos na prática médica e ao uso de métodos contraceptivos mais eficazes. As mortes decorrentes do aborto legal diminuíram entre 1973 e 1985 (de 3,3 mortes para 0,4 mortes por 100.000 procedimentos), refletindo aumento do conhecimento técnico e da educação médica, disponibilidade de tecnologia apropriada e principalmente interrupção mais precoce da gestação. A mortalidade por aborto legal entre 1979 e 1985 foi de 0,6 mortes por 100.000 procedimentos, mais de dez vezes menor que 9,1 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos entre 1979 e 1986. As complicações sérias resultantes do aborto legal foram raras. A grande maioria das mulheres submetidas a uma aspiração uterina não apresentou problemas quanto ao seu futuro reprodutivo, tendo engravidado e tendo crianças saudáveis posteriormente. As reações emocionais graves após o aborto foram escassas (HARRISON & NAYLOR, 1991; COUNCIL REPORT, 1992).

Também na Tchecoslováquia e Hungria, quando se adotaram legislações menos restritiva ao aborto (entre 1953 e 1957 e entre 1958 e 1962), observou-se um declínio de 56% e 63% respectivamente nas taxas de mortalidade por esta causa (TIETZE, 1987).

A Romênia constitui o exemplo histórico de que a diminuição da morbidade e mortalidade de mulheres associada à legalização do aborto não é mero casuísmo. Após 1957, quando o aborto foi legalizado, o número de interrupções de gravidez aumentou anualmente, com concomitante diminuição da

mortalidade e taxa geral de fecundidade. Preocupado com esta situação, em 1986 o governo restringiu a lei que regulamentava o aborto. Como consequência, houve um aumento imediato da taxa geral de fecundidade, que passou de 62 por 1.000 mulheres de 15 a 44 anos de idade para quase 140 em 1968, voltando a diminuir a partir de meados da década de 70 e atingindo valores muito próximos aos anteriores a 1966, na década de 1980. Por outro lado, a mortalidade materna passou de 85 mortes por 100.000 nascidos vivos em 1965 para 174 em 1982, o mais alto registro da Europa. De 1966 a 1989, 7.244 mulheres romenas morreram devido a complicações de aborto clandestino (WRIGHT, 1975; BERELSON, 1978; DAVID, 1992).

De maneira geral, na atualidade, as taxas de aborto diminuíram mais rapidamente nos países desenvolvidos, onde o aborto legal é parte de um programa de planejamento familiar e os métodos anticoncepcionais são realmente disponíveis, gratuitos ou de muito baixo custo, com serviços que atendem às necessidades da clientela dentro de um contexto sociocultural, valorizando o comportamento sexual responsável. A educação sexual começa na escola precocemente e é considerada um processo contínuo de aprendizado, promovido em todos os níveis da sociedade, incluindo profissionais de saúde e mídia. Logo, nestes países, o número de mortes maternas é baixo e decrescente através dos anos, sendo as causas indiretas as mais importantes (ROCHAT e cols., 1988).

Entretanto, o aborto induzido, em qualquer período da gestação, expõe a mulher ao risco de complicações, que sempre é maior que zero mas que pode variar consideravelmente, dependendo das condições em que for realizado. A severidade das complicações também varia muito: de complicações menores ao caso extremo, que é a morte (CASTADOT, 1986).

As complicações podem ser divididas em duas categorias: precoces - as que ocorrem até um mês após o aborto; e tardias - as que ocorrem um mês após o procedimento. As complicações precoces sérias são raras quando o aborto é realizado em ambiente médico adequado e incluem a perfuração uterina, algumas vezes associada à lesão intestinal ou de outros órgãos, hemorragia, laceração do colo uterino, distúrbios da coagulação sanguínea e complicações anestésicas. As complicações tardias mais freqüentes incluem o sangramento devido à retenção de fragmentos de placenta, infecção e a persistência da gravidez devido à falha do procedimento ou ao fato da gravidez ser ectópica ou múltipla. O risco e a severidade das complicações do aborto geralmente aumentam com o avanço da idade gestacional (HODGSON & PORTMANN, 1974).

Com relação aos possíveis efeitos do aborto sobre a fertilidade futura, sabe-se que a esterilidade resultante de uma histerectomia por hemorragia durante a interrupção da gravidez é um evento raro, tendo sido de 3,5 por 10.000 procedimentos realizados nos Estados Unidos entre 1971 e 1978. A incidência deste evento aumentou significativamente com a idade, sendo de 0,7 por 10.000 mulheres abaixo de 20 anos, 4 por 10.000 mulheres com idade entre 20 e 29 anos e 8,9 por 10.000 mulheres a partir de 30 anos. A paridade também teve um efeito importante: 1 para 10.000 em mulheres nulíparas e 8,7 por 10.000 para mulheres com um ou mais filhos (GRIMES e cols., 1984).

A esterilidade secundária pode ainda resultar de Doença Inflamatória Pélvica (DIP), que também é um evento relativamente raro quando o aborto é legal e realizado em ambientes adequados, por profissionais competentes. WESTRÖM (1980) avaliou o papel do aborto legal na etiologia da DIP levando à oclusão tubária, revelando que 15% das mulheres com DIP diagnosticada laparoscopicamente na idade de 15 a 35 anos foram incapazes de

conceber futuramente. Durante o mesmo período, 0,5% das mulheres submetidas à interrupção da gravidez no primeiro trimestre por sucção e curetagem desenvolveram DIP até três semanas após o procedimento, portanto com possibilidade de apresentarem oclusão tubária.

Baseando-se nesses resultados, a incidência de esterilidade secundária encontrada por WESTRÖM (1980) devido à obstrução tubária secundária ao aborto, em Lund, Suécia, pode ser estimada como menor que 1 em 1.000 casos. A incidência em outros locais, evidentemente, pode ser maior ou menor, dependendo da prevalência de infecções genitais na população, da qualidade dos serviços e da disponibilidade e utilização de tratamentos. Os estudos realizados por Weström em 1980 também sugeriram um aumento na incidência de gravidez ectópica após o aborto legal complicado por DIP, da ordem de 0,3 por 1.000 procedimentos, adicional à freqüência esperada de sete gestações ectópicas por 1.000 gravidezes. Nos Estados Unidos, a incidência de gravidez ectópica após aborto induzido foi estimada em três locais, reportando um risco relativo entre 1,3 e 1,5 (CHUNG e cols., 1982; LEVIN e cols., 1982; DALING e cols., 1985).

O terceiro mecanismo pelo qual um aborto pode afetar a chance de uma mulher conceber uma criança viável é através da isoimunização pelo fator Rh. Este risco também é baixo, pois a quantidade de sangue fetal é pequena na gravidez precoce. O risco aumenta com a duração da gestação, mas sempre permanece menor que o associado com gestações a termo. Para a prevenção desta complicação, a imunoglobulina anti-Rh deve ser administrada a todas as mulheres Rh negativo (15% nos Estados Unidos) na época do aborto, a menos que o homem envolvido também seja Rh negativo (TIETZE, 1987).

Além dessas três condições adversas, felizmente raras, associadas ao aborto legal e relacionadas com a fertilidade futura, é de grande interesse

saber que, com aborto legal anterior, uma futura gravidez apresentou um risco relativo de aborto espontâneo no segundo trimestre de 0,84; para trabalho de parto prematuro foi de 1,07; e de baixo peso ao nascer foi de 1,11, com risco relativo médio para estas três condições de 1,03. A comparação dos procedimentos realizados por aspiração de gravidez de primeiro trimestre com procedimentos cirúrgicos de curetagem revela que este último é de maior risco para ocorrência dos efeitos adversos em gravidezes subseqüentes (TIETZE, 1987).

As seqüelas psicológicas decorrentes do aborto provocado têm sido matéria de discussão. Certos autores, incluindo alguns psiquiatras, têm difundido a idéia de que todo aborto é uma experiência estressante que envolve risco à saúde mental. Outros opinam que a maioria das mulheres que interrompem uma gravidez continuam com suas vidas normais e que os efeitos psicológicos resultantes do nascimento de uma criança, fruto de uma gravidez não desejada, são mais comuns e mais sérios que qualquer reação adversa à realização do aborto. Os estudiosos da OMS avaliaram a questão do aborto espontâneo e induzido e concluíram que "não há dúvida de que a interrupção da gravidez pode precipitar reações sérias, psiconeuróticas ou mesmo psicóticas em um indivíduo susceptível". Concluíram também que o estresse emocional experimentado pelas mulheres está associado às circunstâncias sobre as quais o aborto foi realizado (legal ou clandestino); o período de gestação; o tipo da operação realizada; e as atitudes dos familiares, bem como dos profissionais envolvidos (BUEHLER e cols., 1985; URQUHART & TEMPLETON, 1991).

Não existe dúvida de que o aborto é um problema social e médico de grande magnitude em todo o mundo. Estima-se que 40 a 60 milhões de abortos ocorrem mundialmente a cada ano, sendo a metade destes provavelmente realizados fora dos serviços de saúde autorizados ou por pessoas

não qualificadas, a maioria em países subdesenvolvidos. Também está claro que nestas regiões muitas mulheres continuarão a interromper suas gravidezes indesejadas, apesar das restrições legais e da falta de serviços adequados. As mais favorecidas economicamente terão acesso ao aborto seguro, enquanto que a maioria pobre recorrerá a meios mais baratos e desqualificados, colocando sua saúde geral e reprodutiva e mesmo suas vidas em risco. Ao redor de 500.000 mulheres morrem anualmente de causas relacionadas à gravidez no mundo, 98% das quais ocorrem em países subdesenvolvidos. Acredita-se que de 1/4 a 1/3 destas mortes possam decorrer de procedimentos abortivos ilegais. Nos países subdesenvolvidos, onde as taxas de mortalidade materna são altas, o risco de morte por complicação de aborto clandestino é de 100 a 500 vezes maior do que um aborto realizado profissionalmente em condições seguras (WHO, 1990).

Na América Latina e Caribe, somente no século XX a prática do aborto induzido surgiu como um problema de saúde e social. O aborto induzido nesta área está associado às mudanças socioeconômicas, ao aumento do desejo de redução da fertilidade natural e à ausência de acesso e uso de métodos anticoncepcionais. Há duas opiniões distintas sobre a matéria: uma é a de que, apesar do aumento crescente da prevalência de uso de métodos contraceptivos, a incidência de aborto inseguro na América Latina continua alta, particularmente em população urbana, a qual representa a metade dos povos da região; a outra opinião é a de que a incidência atual de aborto induzido está diminuindo e de que o número total de abortos está estabilizado (PAXMAN e cols., 1993).

Provavelmente a existência dessas duas correntes de opinião deva-se ao fato dos dados da existência do aborto induzido na América Latina serem inconsistentes, indo da especulação pura e simples às estimativas cuidadosamente calculadas. O problema maior está na subnotificação dos casos (FIGÁ-TALAMANCA e cols., 1986). A extensão do problema do aborto no

hemisfério tornou-se mais clara há três décadas, no Chile, um dos poucos países com dados consistentes (FORTNEY, 1981).

Em 1960, 57.368 mulheres chilenas foram hospitalizadas para tratamento de complicações do aborto, o que correspondeu a 24% das admissões obstétricas a Hospitais. Destes abortos, a grande maioria foi ilegalmente induzida. Pelo fato de apenas um aborto ilegal em três necessitar de hospitalização, o número estimado de abortos clandestinos foi substancialmente maior, de aproximadamente 143.420. Em 1970, estimou-se que ocorria um aborto para cada dois nascidos vivos no Chile. O aborto legal continuou restritivo, porém, como resultado das mudanças sociais e do maior acesso aos serviços de planejamento familiar, a taxa estimada de aborto diminuiu de 77,1 por 1.000 mulheres em idade reprodutiva em 1960 para 32,2 por 1.000 mulheres em 1987. Mesmo com estes dados, o número anual de abortos no Chile, a maioria ilegal, continua alto, entre 100.000 e 190.000 casos (PAXMAN e cols., 1993).

No Peru, um país latino que estudou a prática do aborto oficialmente, o Ministério da Saúde observou, em 1981, que o aborto clandestino e ilegal era um sério problema de saúde pública, com altos custos humanos e sociais. Assumindo que um em quatro abortos clandestinos resultam em hospitalização, as estimativas do número total de abortos induzidos alcançaram a cifra de 27.000 casos anualmente, com taxa de 137 abortos induzidos para 1.000 nascidos vivos em 1977 e 147 em 1978. Outras estimativas não confirmadas sugeriram taxa de 200 abortos por 1.000 nascidos vivos (SINGH & WULF, 1991).

Apesar desses dados serem problemáticos, a América Latina e o Caribe têm uma das maiores incidências de aborto induzido do mundo em desenvolvimento (PARDO & URIZA, 1991). Na década de 1970, as estimativas estavam próximas a 5 milhões, com 65 abortos por 1.000 mulheres em idade reprodutiva e 30 abortos por 100 gravidezes. Estes dados indicam que entre 1/3

e 1/4 de todas as gravidezes foram intencionalmente abortadas (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1986). THE POPULATION COUNCIL (1989) estimou que mais da metade das mulheres dos países latino-americanos terão pelo menos um aborto induzido durante suas vidas.

A segurança de um aborto induzido depende de quatro fatores: o método, a qualificação profissional, a duração da gravidez, e o acesso e a qualidade dos serviços médicos para tratamento das complicações. Em Clínicas Privadas e Hospitais, os médicos utilizam a dilatação e curetagem e a vácuo aspiração (POPULATION REPORTS, 1981).

Entretanto, principalmente pelas restrições legais na América Latina, o aborto é comumente induzido por métodos que vão desde o uso de ervas abortivas à inserção de cateteres ou sondas metálicas no útero. Alguns destes métodos são simplesmente ineficazes; alguns relativamente seguros quando utilizados por profissionais qualificados; alguns são letais. No Chile, os métodos menos problemáticos, de acordo com dados hospitalares, foram a dilatação e a curetagem, ilegalmente aplicados por médicos e enfermeiras treinados. Os outros métodos foram utilizados por outras pessoas não médicas ou pela própria mulher (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1994). Os estudos brasileiros avaliam as complicações do aborto provocado das mulheres que necessitam de internação hospitalar, portanto não sendo conhecida exatamente a quantidade de complicações menos expressivas que não necessitam de internação hospitalar, bem como não se pode comparar estes dois grupos distintos de complicações do aborto provocado (HARDY & ALVES, 1992).

No Brasil, as estimativas variam de 500 mil a 4 milhões de abortos induzidos anualmente, sem nenhuma base forte para qualquer das estimativas. Dados do Sistema de Seguro Social do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) indicam que mais de 200 mil mulheres foram

hospitalizadas por complicações de aborto em 1980 (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992). Se estes números estão próximos a 100 mil ou milhão, é irrelevante. O fato é que um número significativo de mulheres no Brasil, como no resto da América Latina, enfrenta o drama pessoal e o risco físico de uma gravidez indesejada (PINOTTI & FAÚNDES, 1989).

MELLO (1982) relatou que, de cada 1.000 mulheres brasileiras em idade fértil, 18 já sofreram seqüelas de aborto e que, de cada quatro que se submeteram a abortos clandestinos, uma já foi internada com complicações que resultaram em esterilidade ou mesmo morte. No início da década de 80, a Previdência Social gastou 7,6 milhões de dólares para atender estes casos, montante que representou 8% dos seus gastos anuais com assistência à saúde na área de Obstetrícia, que, por sua vez, absorveu 25% dos gastos totais. De 1984 a 1987, os dados do Ministério da Saúde não revelaram alterações no número de internações por aborto. Entretanto, em 1991, a curetagem pós-aborto foi a décima maior causa de internação em Hospitais da rede pública e conveniada no Brasil, representando a internação de 341.911 mulheres por complicações do aborto, com um incremento significativo em relação a 1987. Estas internações custaram mais de três vezes o volume de recursos gastos no início da década de 80 (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992).

LAURENTI (1989) evidenciou uma discreta, porém persistente, tendência decrescente no total de mortes por aborto de 1979 a 1987, sempre considerando os casos de subnotificação. Não obstante a redução da mortalidade causada por aborto, a virtual manutenção das taxas de internação sugere que ele continua sendo largamente praticado no Brasil (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992).

LAGUARDIA, ROTHOLZ, BELFORT (1990) avaliaram as mortes por aborto ocorridas no Hospital "Miguel Couto" do Rio de Janeiro no período de

1978 a 1987 e concluíram que a prática do aborto foi responsável por 47% da mortalidade materna total. Mais alarmante ainda foi a constatação de que a mortalidade materna conseqüente ao aborto aumentou 172% durante os dez anos avaliados. Porém, não podemos generalizar estes números encontrados pelos autores, pois são dados de um único Hospital, localizado à beira de uma favela e sem serviço de Obstetrícia com volume de casos proporcional ao número de abortos.

Em um país onde a taxa de mortalidade materna é de 156 por 100 mil nascidos vivos (BARROSO, 1989), muito superior à dos países desenvolvidos, onde esta taxa não chega a 10 por 100 mil nascidos vivos (STARRS, 1987; ROSENFELD e cols., 1989; ROSENFELD & FATHALLA, 1990), a diminuição do número de óbitos por aborto representaria uma importante melhora nos parâmetros de saúde pública, uma vez que no Brasil esta é a quinta causa de morte materna, representando aproximadamente 11% dos óbitos (LAURENTI, 1989).

A explicação para a redução do número de mortes por aborto verificada no Brasil de 1987 a 1991 (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992) pode estar na introdução do Misoprostol no mercado, um análogo sintético da prostaglandina E1 aprovado para uso no Brasil em 1986, para o tratamento de úlcera gástrica e duodenal, passando então a ser usado para indução de aborto. O uso do Misoprostol como droga abortiva difundiu-se rapidamente após a sua introdução no mercado pelo Laboratório Biolab do Brasil, iniciando-se controvérsias em 1988 quanto ao seu uso generalizado e sem restrições. Como conseqüência, o Ministério da Saúde alterou sua regulamentação em julho de 1991, restringindo seu uso como droga abortiva. Sob a nova legislação, a droga somente poderia ser adquirida em drogarias autorizadas, com prescrição médica e com uma via da receita retida para uso oficial. Em quatro Estados as restrições

foram ainda mais severas. O Misoprostol foi totalmente banido do mercado no Ceará, enquanto no Rio de Janeiro e Minas Gerais seu uso foi restrito aos Hospitais. Em São Paulo, as drogarias podem comercializá-lo somente para fins gastrointestinais, mas pode ser usado para fins ginecológicos somente em Hospitais com permissão do Ministério da Saúde (BARBOSA & ARILHA, 1993).

BARBOSA & ARILHA (1993) analisaram as vendas do Misoprostol no período de 1986 a 1992, utilizando dados fornecidos pelo referido Laboratório, e mostraram uma tendência crescente na comercialização, sendo que, em janeiro de 1989, os valores atingiram mais de 50 mil unidades, contendo 28 comprimidos cada. Esta tendência manteve-se até janeiro de 1991, quando o Ministério da Saúde impôs restrições à sua comercialização. Observou-se, após esta data e até 1992, que as vendas diminuíram claramente, porém com flutuações mensais.

Em 1993, COELHO e cols. verificaram que o Misoprostol foi mencionado como droga abortiva em 99 das 190 visitas a 103 drogarias de Fortaleza. A análise dos prontuários de admissão em duas Maternidades públicas de Recife e Fortaleza confirmou que o Misoprostol estava sendo usado como droga abortiva. Em Recife, observou-se que, dos 8.744 casos de aborto atendidos de outubro de 1987 a outubro de 1990, 10% foram induzidos. Destes, 73% das pacientes referiram o uso de alguma droga abortiva. O Misoprostol foi utilizado em 50% dos casos. No Ceará, 164 casos de aborto com complicações foram atendidos em 1988 na Maternidade-Escola "Assis Chateaubriand", dos quais 12% induzidos pela auto-administração de Misoprostol. Em 1989 esta proporção aumentou para 50% em um total de 249 casos e em 1990 para 72% de 715 casos (BARROS, 1991).

Em 1993, COSTA & VESSEY avaliaram 803 mulheres admitidas em Hospitais do Rio de Janeiro por complicações do aborto em 1991. Destas, 57% (458 casos) referiram o uso do Misoprostol como droga abortiva, 74% durante os

primeiros quatro meses de gestação. Sangramento vaginal e contrações uterinas foram a razão para procurar atendimento hospitalar. A via oral foi utilizada por 65% das mulheres, enquanto 29% utilizaram a combinação da via oral e vaginal. Somente 6% o administraram por via vaginal isoladamente. Uma proporção pequena, mas significativamente menor das mulheres que utilizaram Misoprostol, apresentou infecção, traumas genitais ou necessitou de transfusão em relação às que induziram o aborto com sondas uterinas ou por outros métodos. Entre as 803 mulheres entrevistadas após o parto e que foram consideradas controles, 6% utilizaram o Misoprostol mas não obtiveram o aborto.

O aborto é um fenômeno universal, transcultural e que acontece independentemente da situação legal prevalente nos diferentes países. Quando ele é ilegal, como no caso do Brasil, constitui grave problema de saúde pública, como ilustrado acima. Desde o ponto de vista da saúde pública, o problema só não é mais grave porque algumas mulheres têm acesso ao aborto seguro e com boa técnica, se conseguem obter dinheiro suficiente para pagá-lo. As graves conseqüências à saúde observadas concentram-se nas mulheres de baixa renda que têm que aceitar procedimentos altamente perigosos, que basicamente provocam sangramento ou infecção, obrigando os Hospitais públicos a prestar atendimento ao que é catalogado como aborto incompleto. Neste contexto, a disponibilidade de um método simples, barato e eficiente para interromper a gestação, como o Misoprostol, poderia reduzir sensivelmente as conseqüências deste problema.

Existe uma opinião generalizada de que no período em que o Misoprostol esteve disponível sem restrições (1987 a 1991) houve redução nas complicações por aborto provocado que chegaram aos Hospitais. Os estudos identificados na literatura sobre o uso de Misoprostol no Brasil, entretanto, referem-se, geralmente, apenas à elevada prevalência de seu uso como droga

abortiva e não avaliaram se houve mudanças nas complicações decorrentes do aborto.

Isso nos motivou a avaliar se efetivamente existiu um paralelismo entre a disponibilidade desta droga e uma possível redução da frequência das complicações e do tipo de abortos das pacientes internadas no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas (CAISM/UNICAMP). Independentemente da legalidade e da variedade de conceitos sobre as implicações éticas no aborto, é importante entender se efetivamente o Misoprostol teve algum efeito sobre o problema da saúde pública que representa o aborto em nosso meio.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Caracterizar as mulheres e avaliar a correlação entre as variações na comercialização do Misoprostol e as complicações observadas nas pacientes internadas por aborto no CAISM no período de 1987 a 1992, anualmente, e com ênfase em três períodos distintos de comercialização da droga, bem como alguns fatores indicativos dos recursos institucionais drenados para o tratamento destas pacientes.

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever algumas características sociodemográficas, antecedentes tocoginecológicos, idade gestacional e frequência de uso de anticoncepcionais em pacientes internadas para tratamento de complicações do aborto, suas variações anuais e em três períodos distintos de comercialização do Misoprostol.
- Avaliar a frequência de complicações apresentadas pelas mulheres internadas nos diferentes períodos de comercialização do Misoprostol.

- Verificar se ocorreram mudanças no tipo de aborto, nos diferentes períodos do estudo.
- Avaliar a ocorrência de complicações de acordo com o tipo de aborto.
- Identificar nas mulheres algumas características que se associam com a presença de complicações do aborto.
- Comparar a razão entre as internações por aborto e o número total de internações para parto nos três períodos de estudo.
- Comparar a razão entre as internações por aborto e o total de internações por outras causas ginecológicas nos três períodos de estudo.

MÉTODOS E CASUÍSTICA

3. MÉTODOS E CASUÍSTICA

Tratou-se de um estudo clínico descritivo e retrospectivo realizado com 1.853 prontuários de mulheres admitidas na Enfermaria de Ginecologia do CAISM para tratamento de complicações do aborto no período de 1º de janeiro de 1987 a 31 de dezembro de 1992. Avaliou-se também o número de internações na Enfermaria de Ginecologia, bem como o número de partos ocorridos na Instituição no período do estudo.

3.1. Procedimentos para a seleção dos casos

Consideraram-se abortos os casos identificados no livro de registro de procedimentos do Centro Cirúrgico e nas fichas do Setor de Anestesiologia, identificados como curetagem por aborto; curetagem de restos; ou aborto em curso, infectado, retido, espontâneo, incompleto, completo, séptico, etc. Posteriormente, estes dados foram comparados com as informações fornecidas pelo Serviço de Arquivo Médico do Hospital de Clínicas (HC) e CAISM, referentes às causas básicas de internações ginecológicas. Finalmente, todos estes dados foram revisados utilizando-se as fichas de controle de infecção hospitalar, rotineiramente afixadas nos prontuários de todas as pacientes internadas nesta Instituição, e onde constam, entre outros dados, a causa básica de internação e o número do prontuário médico. Este instrumento é revisado diariamente pela enfermeira da Unidade e pela enfermeira da Comissão de Controle de Infecção

Hospitalar. O número de partos e internações ginecológicas ocorridos no período do estudo foram fornecidos pelo Centro de Processamento de Dados do CAISM. Os óbitos decorrentes de aborto foram revistos de acordo com a listagem oferecida pelo serviço de verificação de óbitos do complexo hospitalar do HC-CAISM-UNICAMP no período do estudo.

3.2. Critérios de inclusão

Foram incluídas no estudo pacientes admitidas na Enfermaria de Ginecologia para tratamento de complicações do aborto resultante de gravidez de idade gestacional menor ou igual a 20 semanas, calculada a partir do primeiro dia da última menstruação referida ou exame clínico e ginecológico realizado na ocasião da internação compatível com gravidez de até 20 semanas.

3.3. Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo casos em que não se localizou o prontuário médico ou aqueles nos quais não constavam a história e exames clínicos e ginecológicos realizados na admissão à Enfermaria de Ginecologia. Também foram excluídos os casos cujo resultado do exame anatomopatológico do feto ou placenta revelou-se compatível com gravidez maior que 20 semanas de idade gestacional.

3.4. Variáveis estudadas

3.4.1. Data da Internação: mês e ano de admissão no CAISM para tratamento de complicação do aborto, para parto ou para tratamento ginecológico.

3.4.2. Caracterização das mulheres

- **Idade:** em anos completos, por ocasião da internação.
- **Cor:** de acordo com a anotação da história clínica.
- **Situação marital:** situação conjugal da paciente. Foram admitidas seis categorias: casada, solteira, amasiada, viúva, separada e ignorada. Para análise consideraram-se apenas duas categorias: com companheiro e sem companheiro.
- **Gestações:** o número de gestações referido pela mulher, incluindo a gravidez atual.
- **Partos:** o número de partos referido pela paciente.
- **Antecedentes de aborto:** número de abortos referido no passado, excluindo o evento atual.
- **Amenorréia:** idade gestacional em semanas completas, considerando o intervalo entre o primeiro dia da última menstruação referida e a data da internação. Quando a data da última menstruação era desconhecida ou houve incompatibilidade entre a amenorréia e o exame clínico, a variável foi considerada ignorada.

• **Método anticoncepcional (MAC) quando engravidou:** referência ao uso de algum MAC durante o ciclo da concepção, considerando-se as categorias com MAC e sem MAC.

3.4.3. Complicações observadas

Complicação infecciosa: foi considerada complicação infecciosa a ocorrência de um ou mais dos seguintes eventos:

- Secreção vaginal exteriorizando-se pelo colo uterino com odor fétido.
- Secreção purulenta: material com aspecto macroscópico purulento visualizado ao exame ginecológico de admissão ou durante o período de internação, depositado na vagina ou exteriorizando-se pela cérvix uterina.
- Temperatura: em graus Célsius (°C), tomada durante o período de internação. Considerou-se febre a anotação na ficha de coleta de dados vitais da enfermagem de pelo menos uma medida com temperatura igual ou superior a 38°C.
- Sépsis: quando houve anotação na história clínica ou no diagnóstico de internação referindo-se a este estado clínico.
- Peritonite: caso houvesse referência a este sinal clínico durante a admissão ou evolução do caso.

- Leucocitose: contagem de leucócitos em sangue periférico igual ou superior a 12.000 leucócitos por milímetros cúbicos.
- Antibioticoterapia: prescrição médica com dois ou mais antibióticos à admissão ou evolução do caso.
- Endometrite: estudo histopatológico do material obtido por curetagem uterina com referência a material purulento associado aos restos ovulares ou placentários, ou anotação do médico que realizou o procedimento com referência a este evento, observado macroscopicamente.

Complicação hemorrágica: para a caracterização desta complicação foi considerada a presença de pelo menos um dos seguintes parâmetros:

- níveis plasmáticos de hemoglobina: em gramas por decilitro, considerando como complicação hemorrágica níveis iguais ou menores que 10 gramas por decilitro.
- hematócrito: considerou-se nível crítico valores iguais ou inferiores a 37%.
- transfusão de sangue ou derivados: se a paciente recebeu transfusão de concentrado de hemácia, plasma fresco conservado, plasma preservado ou plaquetas. Para a análise consideraram-se apenas duas categorias: transfundida e não transfundida.

Complicação traumática: avaliou-se a ocorrência desta complicação quando houve referência a pelo menos uma das seguintes categorias da variável, de acordo com observação do exame de admissão ou evolução do caso:

- trauma da genitália externa;
- corpo estranho cervical ou vaginal;
- laceração vaginal;
- laceração do colo uterino;
- perfuração uterina;
- lesão em alça intestinal;
- lesão na bexiga.

Complicação maior decorrente do aborto: foram consideradas para caracterização desta complicação a presença de pelo menos uma das seguintes categorias de variáveis:

- dias de internação - tempo (em dias) desde a admissão até a alta hospitalar. Considerou-se complicação maior quando este tempo foi de três ou mais dias.

- procedimentos especializados - pacientes submetidas a outro procedimento cirúrgico além da curetagem uterina ou necessidade de cateterização de veia central.
- local de internação - internação em unidade de terapia intensiva.
- antibioticoterapia - prescrição médica com três ou mais antibióticos.

Complicação geral: a ocorrência de qualquer uma das complicações caracterizadas acima.

3.4.4. Classificação do aborto*

- a. paciente refere aborto provocado.
- b. morte da paciente por aborto ou morte referida por profissionais da saúde como resultante de aborto.
- c. trauma genital ou evidência de manipulação ou corpo estranho.
- d. endometrite, sépsis ou peritonite à admissão ou na evolução do caso.
- e. gravidez indesejada ou gravidez em uso de método anticoncepcional ou por outras razões que não fossem uma gravidez desejada.

* Segundo a Organização Mundial da Saúde, 1978.

Desta maneira, considerou-se:

- aborto seguramente provocado: critérios "a", ou "b", ou "c".
- aborto provavelmente provocado: critérios "d" e "e".
- aborto possivelmente provocado: critérios "d" ou "e".
- aborto espontâneo: nenhum dos critérios anteriores.

3.4.5. Recursos hospitalares

Razão entre número de abortos e o número de internações ginecológicas: número de abortos dividido pelo número de internações ginecológicas no período, multiplicado por 100.

Razão entre número de abortos e o número de partos: número de abortos dividido pelo total de partos no período, multiplicado por 100.

3.4.6. Disponibilidade do Misoprostol: o estudo desta variável será baseado na publicação de BARBOSA & ARILHA (1993), que analisaram as vendas do Misoprostol mensalmente, desde a sua introdução no mercado brasileiro. Destacamos três períodos: um inicial (01/87 a 12/88), quando da difusão da droga; um intermediário (01/89 a 07/91), quando a comercialização foi máxima; e um terceiro período (08/91 a 12/92), após a restrição legal à sua comercialização pelo Ministério da Saúde.

3.5. Coleta de dados

Os dados foram coletados pela revisão manual dos prontuários médicos e transferidos para uma ficha padronizada desenvolvida para o estudo (Anexo 1). A existência de mulheres com registro HC deveu-se ao fato de que no período estudado houve mudança do Serviço de Arquivo Médico do HC para registro próprio do CAISM com sigla HM. O número de internações mensais na Enfermaria de Ginecologia e o número total de partos por período foram fornecidos pelo Centro de Processamento de Dados do CAISM.

3.6. Processamento dos dados

Os dados contidos nas fichas foram primeiramente revisados manualmente para se detectar possíveis erros de seleção ou de preenchimento. Uma vez corrigidos, foram inseridos em arquivos de microcomputador através de dupla digitação, utilizando-se programa de entrada de dados Dbase III plus. Após a digitação, os dados foram submetidos à detecção de erros e inconsistências, até a limpeza do arquivo.

3.7. Análise dos dados

Foram elaboradas tabelas descritivas utilizando-se o cálculo das frequências e comparado pelo teste Qui-Quadrado (ARMITAGE, 1971) com nível de significância de 0,05. Para o desenvolvimento destes procedimentos

estatísticos, utilizou-se o pacote "Statistical Package for Social Sciences" para "Personal Computer" (SPSS/PC+). Para determinação das variáveis associadas à ocorrência de complicações, utilizou-se análise múltipla por regressão logística (COX, 1970), sendo consideradas as seguintes variáveis preditoras:

- ano de internação;
- idade da paciente;
- cor;
- estado marital;
- número de gravidezes;
- número de partos anteriores;
- número de abortos anteriores;
- idade gestacional;
- uso de método anticoncepcional;
- tipo de aborto.

Também utilizou-se o modelo onde a variável tipo de aborto foi excluída para efeito de análise (Anexo 4).

3.8. Aspectos éticos

Este estudo foi realizado utilizando-se apenas os dados contidos nos prontuários médicos, sendo mantido o sigilo sobre a identidade das participantes, com identificação apenas pelo número de registro do Hospital.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização das pacientes

Observou-se que o percentual de mulheres com idade igual ou inferior a 24 anos variou de um mínimo de 41,3% no ano de 1987 a um máximo de 49,5% em 1991. O percentual médio desta faixa etária foi de 46,7%, um pouco superior ao percentual médio de pacientes na faixa etária dos 25 aos 34 anos, que foi de 40%. O menor percentual foi o de mulheres com 35 anos ou mais, correspondendo a 13,3% dos casos. Observou-se também, na Tabela 1, que em todos os anos de estudo mais da metade das pacientes tinham cor branca e referiam viver maritalmente à época do aborto com um companheiro.

Tabela 1 - Distribuição percentual das mulheres quanto à idade, cor, estado marital, segundo o ano de internação

	Ano de internação						Total
	87	88	89	90	91	92	
Idade (anos)							
≤ 24	41,3	49,0	46,8	45,1	49,5	48,3	46,7
25 - 34	44,7	37,5	41,4	40,2	39,3	37,0	40,0
≤ 35	14,0	13,5	11,8	14,7	11,2	14,7	13,3
(n)	(300)	(200)	(280)	(348)	(331)	(300)	(1759)
Cor							
branca	70,0	71,2	67,0	69,7	75,6	69,5	70,5
não branca	30,0	28,8	33,0	30,3	24,4	30,5	29,5
(n)	(297)	(198)	(279)	(346)	(308)	(275)	(1703)
Estado Marital							
com companheiro	70,0	69,0	64,0	61,8	67,9	66,8	66,6
sem companheiro	30,0	31,0	36,0	38,2	32,1	33,2	33,4
(n)	(297)	(197)	(278)	(335)	(321)	(292)	(1720)

Os antecedentes obstétricos referidos pelas mulheres podem ser observados na Tabela 2. Entre 22,1% e 30,6% das pacientes estavam na sua primeira gravidez, sendo de aproximadamente 50% os casos com três ou mais gestações. Também observou-se que o percentual médio de mulheres sem parto anterior foi de 32,8%, e de três ou mais partos foi de 23%. O antecedente de aborto foi referido por 25,7% das pacientes, sendo que 9,1% destas referiram dois ou mais abortos no passado.

Tabela 2 - Distribuição percentual das mulheres quanto a antecedentes de gravidez, parto e aborto, segundo o ano de internação

	Ano de internação						Total
	87	88	89	90	91	92	
Gravidez							
1	22,1	27,5	30,6	27,6	26,2	26,2	26,7
2	26,2	25,5	18,7	22,7	24,4	23,4	23,5
≥ 3	51,7	47,0	50,7	49,7	49,4	50,3	49,8
(n)	(298)	(200)	(278)	(348)	(324)	(290)	(1738)
Parto							
0	27,5	34,5	34,2	32,8	36,1	32,1	32,8
1	26,2	26,5	24,1	26,4	23,5	27,2	25,6
2	21,1	17,5	16,9	18,1	20,4	17,2	18,6
≥ 3	25,2	21,5	24,8	22,7	20,1	23,4	23,0
(n)	(298)	(200)	(278)	(348)	(324)	(290)	(1738)
Aborto							
0	73,8	73,0	75,2	76,4	69,8	77,9	74,3
1	16,8	16,0	15,5	15,2	20,7	15,2	16,6
≥ 2	9,4	11,0	9,4	8,3	9,6	6,9	9,1
(n)	(298)	(200)	(278)	(348)	(324)	(290)	(1738)

O uso de método anticoncepcional durante o período do estudo apresentou variações anuais significativas, sendo máximo (34,2%) no ano de 1987 e mínimo (20,9%) no ano de 1988. O percentual médio de uso de anticoncepção foi de 28,6% (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição percentual das mulheres quanto ao uso de método anticoncepcional quando engravidou, segundo o ano de internação

	Ano de internação						Total
	87	88	89	90	91	92	
Com método Anticoncepcional	34,2	20,9	29,3	24,9	33,1	29,0	28,6
Sem método Anticoncepcional	65,8	79,1	70,7	75,1	66,9	71,0	71,4
(n)	(275)	(196)	(263)	(334)	(314)	(272)	(1654)

p < 0,05

A idade gestacional calculada à época da internação revelou que no período do estudo ocorreu uma tendência ao aumento do percentual de mulheres com interrupção mais precoce da gestação. Esta diferença foi estatisticamente significativa, sendo que o percentual médio final foi de 74,6% de mulheres com gestações com 13 ou menos semanas (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição percentual das mulheres quanto à idade gestacional, segundo o ano de internação

Idade gestacional	Ano de internação						Total
	87	88	89	90	91	92	
≤ 9	22,9	27,0	35,0	30,8	32,4	26,9	29,2
10 - 13	39,8	50,6	43,4	46,2	47,0	45,3	45,4
14 - 17	20,7	14,9	15,9	15,4	15,3	19,7	17,0
≥ 18	16,5	7,5	5,8	7,5	5,3	8,1	8,4
(n)	(266)	(174)	(226)	(318)	(281)	(234)	(1499)

p < 0,001

4.2. Classificação do aborto

O tipo de aborto variou significativamente durante os anos do estudo, com aumento do percentual de mulheres com aborto seguramente, e provavelmente ou possivelmente provocado. Ao final dos seis anos, 39% dos casos foram classificados como tendo aborto seguramente, e provavelmente ou possivelmente provocado (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição percentual das mulheres quanto ao tipo de aborto, segundo o ano de internação

Tipo de aborto	Ano de internação						Total
	87	88	89	90	91	92	
Seguramente provocado	9,8	7,1	15,1	17,0	16,8	17,4	13,9
Provav./Possiv. provocado	23,3	19,2	29,8	23,3	30,1	25,3	25,1
Não provocado	66,9	73,7	55,1	59,7	53,1	57,3	61,0
(n)	(296)	(198)	(265)	(335)	(322)	(293)	(1709)

p < 0,0001

4.3. Complicações observadas

A variação percentual de complicações anuais foi significativa, sendo maior no ano de 1987, com diminuição nos anos de 1988 a 1991. Observou-se que em 1992 estes percentuais voltaram a aumentar, à exceção da complicação hemorrágica, que voltou a aumentar já em 1991. Devido ao pequeno número de casos, não foi possível o cálculo das diferenças na ocorrência de complicação traumática (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição percentual das mulheres quanto ao tipo de complicações do aborto, segundo o ano de internação

Complicações do aborto	Ano de internação						Total
	87	88	89	90	91	92	
Infecciosa **							
sim	64,0	47,7	57,2	47,4	46,9	74,0	55,4
não	36,0	52,3	42,8	52,6	53,1	26,0	44,6
(n)	(286)	(193)	(264)	(325)	(303)	(200)	(1571)
Hemorrágica **							
sim	56,8	55,7	49,7	48,3	67,2	73,0	58,3
não	43,2	44,3	50,3	51,7	32,8	27,0	41,7
(n)	(236)	(174)	(197)	(317)	(271)	(222)	(1417)
Traumática *							
sim	1,7	1,0	0,0	0,6	0,6	0,3	0,7
não	98,3	99,0	100	99,4	99,4	99,7	99,3
(n)	(297)	(200)	(279)	(349)	(331)	(296)	(1752)
Maior ** •							
sim	60,1	43,5	49,8	49,9	47,3	67,2	52,5
não	39,9	56,5	50,2	50,1	52,7	32,8	47,5
(n)	(288)	(193)	(267)	(339)	(311)	(186)	(1584)
Geral **							
sim	92,6	83,0	90,7	84,6	89,4	97,2	89,6
não	7,4	17,0	9,3	15,4	10,6	2,8	10,4
(n)	(283)	(188)	(246)	(332)	(302)	(250)	(1601)

* Teste Qui-Quadrado inaplicável

• excluídos cinco óbitos

** p < 0,0001

4.4. Complicações versus tipo de aborto

O tipo de aborto teve influência significativa na ocorrência das complicações que foram sempre mais freqüentes nos casos de aborto seguramente provocado, menos freqüentes nos casos de aborto provavelmente ou possivelmente provocado e muito menos ainda nos casos em que o aborto foi classificado como espontâneo, porém, mesmo nestes casos, o percentual de complicações foi elevado (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição percentual das mulheres quanto às complicações do aborto, segundo os tipos de aborto

Complicações	Tipos de aborto		
	Seguramente	Prováv./possiv.	Não provocado
Infecciosa ***			
sim	70,9	60,8	49,5
não	29,1	39,2	50,5
(n)	(223)	(393)	(909)
Hemorragica **			
sim	66,5	62,9	54,1
não	33,5	37,1	45,9
(n)	(212)	(345)	(823)
Traumática +			
sim	3,7	0,5	0,1
não	96,3	99,5	99,9
(n)	(242)	(433)	(1027)
Maior *** •			
sim	71,7	54,4	46,6
não	28,3	45,6	53,4
(n)	(226)	(390)	(922)
Geral *			
sim	94,1	91,7	87,6
não	5,9	6,3	12,4
(n)	(236)	(397)	(922)

* $p < 0,01$

** $p < 0,001$

+ Teste Qui-Quadrado não aplicável

*** $p < 0,0001$

• excluídos cinco óbitos

4.5. Fatores associados com complicações

A análise múltipla por regressão logística mostrou que o aborto provocado (seguramente, e provavelmente ou possivelmente) apresentou coeficiente de correlação positivo e, portanto, foi a variável diretamente relacionada à presença de complicação infecciosa (Tabela 8).

Tabela 8 - Fatores significativamente associados à complicação infecciosa

	Coeficiente	E.P. coefic.	p
Aborto seguramente provav./possiv. provocado	0,6216	0,0940	< 0,0001

A ocorrência de complicação hemorrágica esteve negativamente correlacionada à cor e ao estado marital da mulher, ou seja, mulheres brancas e com companheiros apresentaram menos complicações hemorrágicas. Já o ano de internação apresentou coeficiente de correlação positivo, significando aumento de complicações hemorrágicas com o aumento do valor numérico dos anos em estudo (Tabela 9).

Tabela 9 - Fatores significativamente associados à complicação hemorrágica

	Coeficiente	E.P. coefic.	p
Cor	-0,4873	0,1299	0,0002
Estado marital	-0,3558	0,1244	0,0042
Ano da internação	0,1171	0,0349	0,0008

O tipo de aborto também apresentou coeficiente de correlação positivo com a ocorrência de complicação traumática e maior, sendo que esta última esteve também negativamente correlacionada à cor da paciente, isto é, pacientes não brancas apresentaram freqüentemente complicações maiores (Tabela 10 e Tabela 11).

Tabela 10 - Fatores significativamente associados à complicação traumática

	Coeficiente	E.P. coefic.	p
Aborto seguramente provocado	2,1819	0,7681	0,0045

Tabela 11 - Fatores significativamente associados à complicação maior

	Coeficiente	E.P. coefic.	p
Aborto seguramente provocado	1,1528	0,1713	< 0,0001
Cor	-0,1556	0,0674	0,0210

A presença de quaisquer dos tipos de complicações associou-se positivamente ao número de partos anteriores (Tabela 12).

Tabela 12 - Fatores significativamente associados à presença de qualquer complicação

	Coeficiente	E.P. coefic.	p
Número de partos anteriores	0,5782	0,1879	0,0021

4.6. Razão Aborto/Parto; Aborto/Internações por outras causas ginecológicas

Para cada 100 partos atendidos no CAISM ocorreram aproximadamente dez internações para tratamento de complicações do aborto, sendo 9,1 o menor número de abortos por 100 partos ocorridos em 1988 e 1992, e o máximo de 13,3 abortos por 100 partos no ano de 1990 (Tabela 13).

Tabela 13 - Razão de internações por aborto sobre o total de partos multiplicado por 100, segundo o ano de internação

Tipo de aborto	Ano de internação						Total
	87	88	89	90	91	92	
Provocado	1,0	0,7	1,6	2,2	1,8	1,6	1,5
Provavelmente/ Possivelmente	2,4	1,7	3,2	3,1	3,2	2,3	2,7
Espontâneo	6,8	6,7	5,9	8,0	5,7	5,2	6,4
Total	10,2	9,1	10,7	13,3	10,7	9,1	10,5
Parto	3017	2196	2525	2552	3080	3219	16.589

O número de abortos para cada 100 internações ginecológicas variou de 13,9 em 1992 a 22,6 em 1990, com valores intermediários nos outros anos (Tabela 14).

Tabela 14 - Razão de internações por aborto sobre o total de internações ginecológicas, segundo o ano de internação

Tipo de aborto	Ano de internação						Total
	87	88	89	90	91	92	
Provocado	1,9	1,1	2,6	3,8	2,8	2,4	2,4
Provavelmente/ Possivelmente	4,4	2,9	5,1	5,2	5,0	3,5	4,4
Espontâneo	12,7	11,2	9,6	13,6	9,0	8,0	10,7
Total	19,0	15,2	17,3	22,6	16,8	13,9	17,5
Internações ginecológicas	1612	1312	1569	1498	1966	2109	10.066

4.7. Análise de acordo com a comercialização do Misoprostol

Em relação à frequência de ocorrência das variáveis estudadas, como idade da paciente, cor, estado marital, método anticoncepcional em uso (Tabela 15) e antecedentes obstétricos (Tabela 16), não ocorreram mudanças significativas nos três períodos distintos de comercialização do Misoprostol, como era esperado.

Tabela 15 - Distribuição percentual das mulheres quanto à idade, cor, estado marital e método anticoncepcional, segundo os diferentes períodos de comercialização do Misoprostol

	Período		
	01/87 a 12/88	01/89 a 07/91	08/91 a 12/92
Idade (anos)			
≤ 24	44,4	46,3	49,4
25 - 34	41,8	40,9	37,0
≥ 35	13,8	12,8	13,6
(n)	(500)	(810)	(449)
Cor			
branca	70,5	69,6	72,3
não branca	29,5	30,4	27,7
(n)	(495)	(789)	(419)
Estado Marital			
com companheiro	69,6	63,9	67,2
sem companheiro	30,4	36,1	32,8
(n)	(494)	(790)	(436)
Método Anticoncepcional			
com MAC	28,7	28,1	30,8
sem MAC	71,3	71,9	69,2
(n)	(471)	(770)	(413)

Tabela 16 - Distribuição percentual das mulheres quanto a antecedentes de gravidez, parto e aborto, segundo a comercialização do Misoprostol

	Período		
	01/87 a 12/88	01/89 a 07/91	08/91 a 12/92
Gravidez			
1	24,3	28,0	26,9
2	25,9	21,9	23,4
≥ 3	49,8	50,2	49,7
(n)	(498)	(805)	(435)
Partos			
0	30,3	33,4	34,5
1	26,3	25,3	25,3
2	19,7	18,5	17,7
≥ 3	23,7	22,7	22,5
(n)	(498)	(805)	(435)
Abortos			
0	73,5	75,0	74,3
1	16,5	16,1	17,7
≥ 2	10,0	8,8	8,0
(n)	(498)	(805)	(435)

O percentual de abortos de primeiro trimestre foi de 68,6 entre 01/87 a 12/88; 77,8 no período de 01/89 a 07/91; e de 75,1 entre 08/91 e 12/92. As diferenças foram altamente significativas (Tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição percentual de mulheres quanto à idade gestacional, segundo a comercialização do Misoprostol

Idade gestacional	Período		
	01/87 a 12/88	01/89 a 07/91	08/91 a 12/92
< 9	24,5	32,6	28,7
10 - 13	44,1	45,2	46,4
14 - 17	18,4	15,2	18,9
> 18	13,0	7,1	6,0
(n)	(440)	(693)	(366)

$p < 0,001$

Observamos diferenças altamente significativas no percentual de abortos provocados e espontâneos durante os três períodos em estudo. De janeiro de 1987 a dezembro de 1988, o percentual de abortos provocados foi de 30,4, atingindo 43% nos últimos dois períodos da avaliação (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição percentual das mulheres quanto ao tipo de aborto, segundo a comercialização do Misoprostol

Tipo de aborto	Período		
	01/87 a 12/88	01/89 a 07/91	08/91 a 12/92
Seguramente provocado	8,7	17,1	15,8
Provav./possiv. provocado	21,7	26,8	27,3
Não provocado	69,6	56,1	56,9
(n)	(494)	(779)	(436)

$p < 0,0001$

As complicações do aborto apresentaram aumento significativo de seus percentuais após as restrições de comercialização do Misoprostol, sendo este aumento significativo para a ocorrência de complicação infecciosa e hemorrágica (Tabela 19). Também observou-se aumento não-significativo na ocorrência de complicação maior e geral após julho de 1991. O percentual de complicação traumática foi máximo no primeiro período do estudo, porém, devido ao pequeno número de casos, não foi possível a aplicação do Teste Qui-Quadrado.

Tabela 19 - Distribuição percentual das mulheres quanto às complicações do aborto segundo a comercialização do Misoprostol

Complicações	Período		
	01/87 a 12/88	01/89 a 07/91	08/91 a 12/92
Infecciosa *			
sim	57,4	51,4	61,3
não	42,6	48,6	38,7
(n)	(479)	(751)	(341)
Hemorrágica **			
sim	56,3	53,9	69,1
não	43,7	46,1	30,9
(n)	(410)	(661)	(346)
Traumática +			
sim	1,4	0,5	0,2
não	98,6	99,5	99,8
(n)	(497)	(810)	(445)
Maior •			
sim	53,4	50,5	55,7
não	46,6	49,5	44,3
(n)	(481)	(778)	(325)
Geral			
sim	88,7	88,7	92,5
não	11,3	11,3	7,5
(n)	(471)	(745)	(385)

* $p < 0,01$

** $p < 0,0001$

+ Teste Qui-Quadrado inaplicável

• excluídos cinco óbitos

Ocorreram 9,7 abortos para cada 100 partos atendidos no CAISM no primeiro e último período do estudo. Entre janeiro de 1989 e julho de 1991, quando as vendas do Misoprostol foram máximas, observou-se que para cada 100 partos foram admitidas 11,6 mulheres com aborto. Neste período intermediário também observou-se maior frequência de abortos provocados, porém, sem significância estatística (Tabela 20).

Tabela 20 - Razão de internações por aborto sobre o total de partos, segundo a comercialização do Misoprostol

Tipo de aborto	Período		
	01/87 a 12/88	01/89 a 07/91	08/91 a 12/92
Provocado	0,9	2,0	1,5
Provav./possiv. provocado	2,1	3,1	2,6
Espontâneo	6,8	6,6	5,5
Total	9,7	11,6	9,7
Número de partos	5213	6839	4537

No período de janeiro de 1989 a julho de 1991 também houve um maior número de abortos para cada 100 internações ginecológicas, e o aborto provocado neste período foi maior que nos outros, mas também não apresentando variações estatisticamente significantes (Tabela 21).

Tabela 21 - Proporção de internações por aborto sobre o total de internações ginecológicas, segundo a comercialização do Misoprostol

Tipo de aborto	Período		
	01/87 a 12/88	01/89 a 07/91	08/91 a 12/92
Provocado	1,6	3,2	2,3
Provav./possiv. provocado	3,7	5,0	4,1
Espontâneo	12,0	10,7	8,5
Total	17,3	18,9	14,9
Internações ginecológicas	2924	4204	2938

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

O aborto assume grande importância pelas características das mulheres que o praticam, frequência, morbiletalidade e sobrecarga econômica que acarreta. Neste estudo observamos que as mulheres eram jovens, na grande maioria com companheiro estável, quase a metade delas com gravidezes e partos anteriores, sendo que aproximadamente 25% destas referiam abortos no passado. Geralmente não estavam utilizando métodos contraceptivos. Aproximadamente 75% das interrupções ocorreram em gravidezes de idade gestacional menor que 13 semanas, e 39% destas corresponderam a abortos provocados.

O percentual de complicação foi muito elevado, sendo a hemorrágica a mais frequente, seguido pela infecciosa, e maior. Os abortos provocados, como esperávamos, associaram-se mais à ocorrência de complicações, porém destacamos também o elevado percentual de complicações com o aborto classificado como não provocado. Entretanto, o fator associado à presença de qualquer tipo de complicação foi o número de partos anteriores, ou seja, mulheres com partos prévios internaram mais por aborto e estiveram, nesta casuística, mais sujeitas a complicações.

As restrições impostas pelo Ministério da Saúde à comercialização do Misoprostol acarretaram um aumento nos percentuais das complicações decorrentes do aborto, com diferença significativa para a infecciosa e a hemorrágica.

O padrão de fecundidade, atividade sexual, formação e estrutura familiar podem explicar a concentração de abortos em mulheres jovens, como observou-se nesta casuística. Sabe-se que as mulheres brasileiras têm reduzido substancialmente sua fecundidade, pois a média de filhos que teria uma mulher durante sua vida fértil (taxa total de fecundidade) seria de seis filhos no início da década de 50, descendo para menos de três no início da década de 90 (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1994). Também verificamos que quase 2/3 destas mulheres declararam viver em união estável, o que apesar de estarmos falando de uma população hospitalar, e portanto não representativa das mulheres brasileiras, é similar à situação conjugal das mulheres brasileiras maiores de 15 anos (ESPAÑA - MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, 1993).

A literatura é clara em destacar que a distribuição por idade das mulheres que praticam o aborto reflete, em determinada extensão, a distribuição das mulheres em idade reprodutiva. Assim, SCHOR, em 1990, também descreveu a maior concentração de abortos em jovens em um Hospital de Santo André - São Paulo. Estes dados também concordam com as observações de HARDY, REBELLO, FAÚNDES (1993), que estudaram a questão do aborto entre alunas e funcionárias de uma Universidade brasileira. SOUZA E SILVA (1992), em um bairro de São Paulo, demonstrou que as mulheres com 35 anos ou menos recorriam mais freqüentemente ao aborto. Também na Bolívia, Colômbia, Peru e Venezuela (PARDO & URIZA, 1991), como no México (ROJAS, MORENO, ALVARADO, 1992), o aborto ocorria predominantemente em mulheres jovens. SINGH & WULF (1991) destacaram que, nos países latino-americanos, 10% a 20% de todas as mulheres internadas por aborto eram adolescentes. Neste estudo, o percentual de mulheres com idade inferior a 20 anos foi de 18%, valor muito próximo ao relatado por PINTO E SILVA (1982) e por MOTTA (1993), da ocorrência de partos em adolescentes no CAISM.

Aproximadamente 2/3 das mulheres admitidas para este estudo declararam, por ocasião da internação, que viviam em união com um companheiro. Este resultado foi semelhante ao relatado por SCHOR (1990), também em população hospitalar, porém são discordantes dos estudos que avaliaram população não hospitalar, nos quais observou-se que as mulheres solteiras, ao engravidarem, foram as que mais recorreram ao aborto (HARDY e cols., 1991; SOUZA E SILVA, 1992). Talvez esta diferença seja simplesmente uma questão metodológica, ou seja, confunde-se estado civil com situação marital, pois estudos maiores, como os de PARDO & URIZA (1991) com 8.871 mulheres avaliadas e de SINGH & WULF (1991) com 27.000 mulheres, relataram que o aborto ocorreu predominantemente em mulheres que viviam com companheiro.

Os antecedentes tocoginecológicos das mulheres admitidas para este estudo não demonstraram variações significativas durante os seis anos de avaliação. Quase a metade destas já estavam na sua terceira gravidez, 2/3 já haviam tido pelo menos um parto, e 1/4 delas referiram pelo menos um aborto no passado. Apesar destes antecedentes, a prática de uso de métodos contraceptivos somente foi referida por 28,6% dos casos no período de ocorrência desta gravidez. Estes resultados foram muito próximos aos observados por SCHOR (1990); PARDO & URIZA (1991); ROJAS, MORENO, ALVARADO (1992); SINGH & WULF (1991).

Mesmo que estes estudos tenham avaliado mulheres com aborto admitidas para tratamento em Hospitais, e portanto não representativos em termos nacionais ou continentais, as observações relatadas merecem reflexão cuidadosa, principalmente em relação ao uso de métodos contraceptivos. Podemos inferir que estas mulheres representam um exemplo da verdadeira necessidade não satisfeita de planejamento familiar. THE ALAN GUTTMACHER

INSTITUTE (1994) colocou os muitos fatores que afastam os casais da prática do planejamento familiar eficaz na América Latina. Alguns deles relacionam-se ao acesso aos serviços e à qualidade destes; outros derivam de atitudes pessoais ou culturais.

Os resultados dessa pesquisa e de muitas outras relativas à questão do aborto em nosso meio podem representar essa situação, sobretudo quando sabemos que a relação entre o uso de anticoncepcionais e o aborto é complexa (BENSON e cols., 1992); porém, com o tempo, um melhor acesso aos serviços de planejamento familiar de boa qualidade contribui para a redução nas taxas e complicações do aborto (FAÚNDES, RODRIGUES, HARDY, 1968; HARDY & HERUD, 1975; FAÚNDES & HARDY, 1978).

Um dos pontos mais discutidos em relação aos antecedentes tocoginecológicos foi a questão dos abortos repetidos, que foi de 25,7% nesta casuística. Segundo THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (1986), o aborto recorrente preocupa especialmente aqueles que consideram o aborto inaceitável como método primário para regular a fecundidade, devendo ser empregado unicamente como último recurso, quando fracassada a anticoncepção. Outros acreditam que a ocorrência de vários abortos produz efeitos adversos que repercutirão na saúde da mulher ou no resultado de gravidezes posteriores (OMS, 1978).

Em estudo realizado em Bogotá - Colômbia (OMS, 1992), o percentual de mulheres com abortos recorrentes foi de 34,5%, um pouco superior às observações desta pesquisa. Avaliaram-se, em Bogotá, as características das mulheres com abortos recorrentes e as características das que tiveram sua primeira interrupção de gestação. Estas mulheres estavam com idade média superior à do grupo de mulheres que estavam realizando o aborto pela primeira vez e possuíam nível educacional mais elevado, bem como maior participação na

força de trabalho. Haviam iniciado suas relações sexuais mais precocemente e relataram quase o dobro de gravidez por mulher (4,1 e 2,3 respectivamente). Também no grupo de mulheres com abortos repetidos, 86,6% mantinham relação de convivência com um companheiro estável. A estabilidade na relação foi maior em comparação com o grupo que havia tido somente um aborto. Quase todas as mulheres referiram o conhecimento e o uso de algum método contraceptivo, ao passo que, das mulheres com apenas um aborto, menos da metade referiram o uso de anticoncepcional. A maioria (85,5%) havia recebido informação sobre métodos contraceptivos por um médico ou profissional idôneo, o que faz supor que contavam com uma boa informação. Entretanto, somente 55,6% mostraram conhecimento correto sobre o último método utilizado. Para 76,9% das mulheres, o aborto foi uma experiência que não afetou em nenhum sentido sua relação com o companheiro, e quando gerou temores ou tensões na relação sexual, eles foram superados. Estas mulheres declararam ser mais favoráveis à legalização do aborto.

As mulheres colombianas com mais de um aborto disseram que o fator econômico, a atitude assumida pelo companheiro diante da gravidez e o bem-estar de seus filhos foram determinantes em sua decisão de interromper a gravidez. Como neste grupo havia maior frequência de relações de convivência estáveis e de longa duração, é compreensível que a opinião do companheiro tenha sido mais importante que no grupo das que não abortaram anteriormente, as quais eram majoritariamente solteiras e, portanto, a opinião dos pais e familiares pesou mais. Neste estudo, então, pode-se observar que as mulheres com mais de um aborto em suas vidas merecem maior atenção por apresentarem características distintas. Por outro lado, sabe-se que mulheres que tiveram um aborto são claramente de alto risco para gravidezes indesejadas subseqüentes (BENSON e cols., 1992).

Um dos fatores mais importantes na avaliação da morbidade e mortalidade relacionadas com o aborto é a idade gestacional por ocasião da gravidez. Observamos nesta casuística um elevado percentual de abortos em gestações menores de 14 semanas (74,6%). A literatura revela que quer seja o aborto legal ou ilegal, quanto mais precoce a interrupção da gravidez, menores os percentuais de complicações. A literatura também indica que a taxa de mortalidade aumenta entre 30% e 50% com o aumento de uma semana de idade gestacional. A histerectomia realizada em decorrência do aborto leva a um grande risco de morte, 12 vezes maior quando comparada com interrupções de segundo e primeiro trimestre realizadas por vácuo aspiração. Em um estudo nigeriano, com 1.264 casos de abortos induzidos, encontraram 34 (91,2%) mortes por aborto, sendo que a maioria dos casos ocorreram em gestação de segundo trimestre (LADIPO, 1991).

Observou-se também, nos diversos estudos, que os abortos tardios são mais freqüentes em mulheres mais jovens (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1986). A forte relação inversa existente entre o período da gestação e a idade da mulher reflete, provavelmente, a inexperiência das mulheres muito jovens para identificar os sintomas da gravidez, sua repugnância em aceitar a realidade de sua situação, sua ignorância de quando e onde procurar conselho e ajuda, e suas dúvidas em confiar nos adultos (HENSHAW, 1982).

DAVID (1992) relatou que, nos países europeus, nos últimos anos, a proporção de mulheres que abortaram durante o segundo trimestre de gestação diminuiu significativamente. Os maiores percentuais observados (13%) foram entre as residentes na Inglaterra e País de Gales, muito provavelmente devido ao atraso causado por questões burocráticas exigidas pelo Serviço Nacional de Saúde. Como era esperado, nesta casuística observamos um percentual que foi quase o dobro (29,4%) do maior percentual observado para abortos tardios nos

países europeus. Este resultado foi concordante com outros estudos nacionais e latino-americanos sobre aborto, que também relataram proporção maior de interrupções no segundo trimestre da gestação. As principais explicações para estas diferenças relacionaram-se com a legislação restritiva existente, que facilita o uso de práticas clandestinas, que são freqüentemente inseguras e resultam em alta morbidade e mortalidade materna (BALOGH, 1991) e, conseqüentemente, requerem hospitalização. Também a condição socioeconômica prevalente na América Latina, em geral, predispõe à realização de abortos em idades gestacionais mais avançadas.

A diferenciação entre aborto espontâneo e provocado nem sempre é fácil e foi matéria de discussão em 1989, pelo Conselho de População (BELSEY, 1989). Neste evento discutiram-se as questões metodológicas ligadas à pesquisa do aborto, iniciada em 1973, quando a Organização Mundial da Saúde teve um papel muito ativo, com a força tarefa original coordenada pelo Dr. Christopher Tietze. Avaliaram-se àquela época os métodos para identificar os abortos tanto em nível hospitalar como em comunidade (THE POPULATION COUNCIL, 1989).

Os estudos baseados em casuísticas hospitalares foram o ponto de partida sobre o impacto nos serviços de saúde. Também, como acentuou BELSEY (1989), serviram como medidas da prevalência de abortos na comunidade. Ademais, os dados hospitalares, como os desta casuística, são pontos naturais para a obtenção de determinadas informações inviáveis através de técnicas de entrevista. No entanto, a validade de algumas destas informações variam em diferentes locais e ocasiões.

Para a identificação dos casos de aborto avaliados neste estudo, recorreremos ao Registro de Procedimentos Anestésicos do CAISM, ao Registro de Procedimentos do Centro Cirúrgico, ao Serviço de Arquivo Médico, ao Centro de Processamento de Dados e, finalmente, à revisão manual das fichas de controle

de infecção hospitalar deste Centro. Em cada um destes registros observou-se um número crescente de internações por aborto. Inicialmente, ficamos surpresos com esta discrepância, porém, ao revisarmos a literatura, este fato foi mencionado como real em diversas localidades, citando a inadequação do Código Internacional de Doenças (CID) como uma das causas de subnotificação de hospitalizações por aborto e os médicos que tendem a não anotar os casos de abortos induzidos quando estes são ilegais, com o fim de evitar problemas legais para as pacientes (EBERT, 1989).

A classificação dos abortos utilizada para este estudo baseou-se nas observações da OMS (1978): de que as taxas de complicações do aborto inseguro (e, conseqüentemente, as taxas de hospitalização) são maiores do que aquelas para aborto espontâneo; que mesmo um aborto realizado fora do Hospital pode trazer conseqüências que requeiram hospitalização; e a constatação de que, quando existe elevado percentual de falha contraceptiva, ocorre aumento da proporção de abortos inseguros. Os outros fatores que afetam a proporção de abortos inseguros e espontâneos em casuísticas hospitalares envolvem as atitudes culturais e a percepção das mulheres a estas atitudes. Aproximadamente 40% dos abortos avaliados neste estudo foram classificados como provocados ou inseguros.

Não encontramos na literatura consultada nenhum estudo nacional que tivesse utilizado métodos semelhantes a estes para a caracterização dos abortos, mas vale citar que na Nigéria todos os casos classificados como induzidos desapareceram totalmente quando convocados para avaliação seis meses após o procedimento. Na Venezuela, somente 4% das mulheres classificadas como tendo aborto provocado à internação o admitiram seis meses após, enquanto 2% das mulheres admitidas para tratamento de aborto espontâneo o referiram como provocado na entrevista posterior. No grupo de

mulheres com aborto induzido, 10% referiram na entrevista posterior nunca terem tido relação sexual, 30% negaram ter tido qualquer tipo de aborto, e as restantes disseram que o aborto foi espontâneo. Ao contrário na Turquia e Malásia, 65% a 75% das mulheres, quando entrevistadas seis meses após, admitiram a ocorrência do aborto provocado (BELSEY, 1989). Estes estudos demonstram a complexidade e as diferenças regionais relativas ao aborto.

ROSENFELD (1989), revisando a frequência de abortos espontâneos, referiu que provavelmente 50% dos ovos fertilizados abortam, a maioria antes da implantação, e o grupo de abortos espontâneos não podem ser identificados, exceto com testes específicos somente disponíveis para propósitos científicos. Outro percentual aborta após a implantação, mas com uma semana ou menos de atraso menstrual, e as mulheres o interpretam como simples atraso da menstruação e não como aborto espontâneo. Talvez somente 10% das mulheres com atraso menstrual possam ter o diagnóstico de aborto, e, no máximo 20%, dependendo de como os dados são analisados. Mesmo assim, devem-se considerar os casos que não comparecem ao Hospital, ou seja, da mulher com atraso menstrual com um sangramento vaginal abundante. Desta maneira, pudemos considerar que os 60% de abortos espontâneos descritos nesta pesquisa representaram proporção extremamente elevada e totalmente discordante de sua ocorrência natural e foram, apesar dos cuidados, classificados erroneamente.

Muito provavelmente o Dr. Rosenfield concordaria com essa consideração, pois, na sua palestra de 1989, ele afirmou que, para a distinção entre aborto espontâneo e induzido, ele seria menos rígido do que o protocolo da OMS, já que considerou que toda mulher admitida em Hospital com sangramento está, possivelmente, sofrendo as conseqüências de um aborto induzido. Considerou, para argumentação de suas dúvidas, o caráter retrospectivo da

maioria dos estudos e a comparação dos dados de um mesmo Hospital de Nova Iorque em 1989 e há dez anos, estimando que somente 10% dos casos com aborto espontâneo necessitaram de internação. O fato é que a classificação da OMS assume que um aborto foi espontâneo a menos que possa ser estabelecido que foi provocado. Para o Dr. Rosenfield, os abortos, principalmente os que requerem hospitalização, são induzidos, a menos que possam ser caracterizados como espontâneos.

Quando analisamos a distribuição percentual de complicações segundo o ano de internação, mesmo com restrições aos critérios utilizados para caracterizá-las e de se tratar de um estudo retrospectivo, ficamos muito tentados a acreditar mais e aceitar como verdadeiras as considerações do Dr. Rosenfield. Os resultados deste estudo demonstraram que, com flutuações anuais significativas, a presença de qualquer tipo de complicação esteve presente em média em 89,6% dos casos, com mínimo de 83% em 1988 e máximo de 97,2% em 1992. A internação de mulheres sem complicações, e talvez com abortos espontâneos, ocorreu em 10,4% dos casos, percentual muito semelhante às estimativas da ocorrência de aborto espontâneo relatadas em 1989, por Rosenfield.

Os percentuais de complicações flutuaram significativamente ano a ano, sempre com proporção maior que 50%, à exceção dos traumas genitais, que foram muito baixos e com valor superior a um somente no ano de 1987. Os percentuais de complicação infecciosa, hemorrágica e maior, bem como a presença de qualquer tipo de complicação, foram um pouco superiores aos estudos realizados em El Salvador, Guatemala, Paraguai, Chile e Brasil, nos quais PAXMAN e cols. (1993) indicaram percentual de complicação variando de 20% a 48%, com necessidade de tratamento médico.

As complicações do aborto inseguro incluem as infecções pélvicas, choque e hemorragia, laceração do colo uterino, lesão de bexiga e reto. Em 1970, no maior Hospital de Bogotá, ocorreram 6.000 internações por estas complicações de aborto, verificando-se que uma em cada cinco pacientes internadas a apresentavam. A situação foi similar no México, El Salvador, Chile e nos demais países latino-americanos (FORTNEY, 1981; FORTNEY, 1989).

A população de mulheres internadas por aborto no presente trabalho não pode ser considerada como representativa das mulheres que recorrem ao aborto provocado na cidade onde foi realizada a pesquisa, nem da população de mulheres brasileiras. Contudo, podemos inferir, baseados no estudo de HARDY & ALVES (1992) que, pelas características de população, o elevado percentual de complicações está provavelmente associado à proporção de mulheres jovens, à condição socioeconômica, à iniciação do aborto fora do Hospital e sem dúvida nenhuma ao método empregado para realizá-lo. Neste sentido esperávamos uma incidência de complicações muito menor, pois as vendas do Misoprostol foram altas nos períodos avaliados, podendo ser utilizado como um método clínico para interrupção da gravidez e, portanto, mais seguro que os tradicionalmente praticados quando o aborto é realizado em condições inseguras. Talvez estas mulheres que necessitaram atendimento hospitalar representem aquelas nas quais o Misoprostol não foi totalmente eficaz e seguro. Convém lembrar que COSTA & VESSEY (1993) reportaram um percentual de mulheres que também apresentaram complicações como infecção, trauma ou necessitaram de transfusão de sangue ou hemoderivados após o uso de Misoprostol com o intuito de abortar, em comparação com mulheres que utilizaram outros métodos abortivos. Pelo caráter retrospectivo desta investigação, não foi possível estabelecer esta comparação.

PARDO & URIZA (1991) também observaram que, em países subdesenvolvidos, a infecção e a hemorragia são as complicações que mais freqüentemente levam a mulher a procurar atenção médica após o aborto. A diferença principal com relação a este estudo observou-se no baixo percentual, aproximadamente 9% de mulheres internadas sem grandes complicações, e a hemorragia representando 73,35% destas. A complicação infecciosa, todavia, foi o fator claramente associado com a alta mortalidade observada.

Nos seis anos de avaliação ocorreram cinco óbitos por aborto no complexo hospitalar da UNICAMP, todos associados à presença de sépsis. Desta maneira, a grande maioria dos estudos referem que as maiores preocupações com relação aos abortos ilegais são a septicemia e a hemorragia como causa de morte materna. CECATTI (1992) constatou que o aborto foi a causa básica de morte das mulheres de Campinas em apenas 3,2% dos casos (duas mortes) durante os anos de 1985 a 1991. Esta porcentagem de mortalidade materna por aborto foi inferior à identificada no Estado do Paraná, em 1990, de 7,6%, assim como pelo Comitê de Estudo e Prevenção das Mortes Maternas do Município de São Paulo, que foi de 10,2%. Convém lembrar que o estudo do Dr. Cecatti levou em conta somente a morte das mulheres residentes no município de Campinas, ao passo que, no nosso estudo, foram incluídas todas as mortes de mulheres ocorridas no complexo hospitalar da UNICAMP, que por ser referência para toda a região de Campinas, muitas destas mulheres residiam em cidades vizinhas. Consideramos que esta discrepância nos dados pode também representar a subnotificação de casos, pois, como comentado anteriormente, para a identificação da casuística desta pesquisa, percorremos vários caminhos, o que foi possível por conhecermos muito bem a Instituição, por termos realizado busca ativa e por termos contado com a colaboração de inúmeros profissionais de diversos setores, que foram essenciais à complementação dos dados.

NEME, CAVANHA NETO, NEME (1988) consideraram que os números apresentados em estatísticas hospitalares não dão uma idéia global do problema, porque muitos casos de menor gravidade não justificam consulta médica ou internação, mas são capazes de provocar ginecopatias graves e irreversíveis, que, no entanto, passam despercebidas.

Confirmou-se neste trabalho que o aborto seguramente provocado foi o responsável pelo maior percentual de complicações, não obstante o elevadíssimo percentual de complicações associadas ao aborto espontâneo. Uma explicação para este fato poderia estar relacionada aos critérios utilizados para caracterizar algumas destas complicações, principalmente as infecciosas e hemorrágicas. Esta dúvida perde um pouco sua relevância quando avaliamos os critérios para a caracterização da presença de complicação maior (tempo de internação, procedimento cirúrgico adicional, cateterização de veia central, número de antibióticos utilizados e internação em unidade de terapia intensiva). Sem dúvida, fomos restritivos na caracterização desta complicação mais grave. Não incluímos os episódios febris, as septicemias e as peritonites anotadas no prontuário médico. Todavia, não mereceram cuidados adicionais, que poderiam estar elevando sobremaneira este percentual. Também tivemos o cuidado de excluir os óbitos para análise desta casuística. Deste modo, acreditamos que, se por um lado fomos benevolentes ao caracterizar as complicações infecciosas e hemorrágicas (considerando por exemplo a hemodiluição que ocorre durante a gravidez ou a endometrite purulenta em exame anatomopatológico), fomos restritivos na caracterização da presença da complicação maior. Mesmo assim, observamos o percentual elevadíssimo deste evento associado ao aborto.

Para a análise dos fatores associados a cada categoria de complicação, utilizamos o modelo de regressão logística duas vezes. A primeira, que está contida nos resultados deste trabalho, incluiu o tipo do aborto como

variável preditora e, na segunda (anexos), esta categoria de variável foi excluída, uma vez que, para a caracterização do aborto, foram utilizadas a presença de infecção e os traumas genitais para sua identificação. Portanto, pode ser considerada como uma duplicação da mesma variável.

Verificamos que a presença da complicação infecciosa esteve associada, como era esperado, ao aborto provocado. Quando excluímos o tipo de aborto nesta avaliação, o fator associado significativamente foi o estado marital, ou seja, mulheres sem companheiros apresentaram mais freqüentemente infecção. Este resultado pode ser considerado como esperado, já que, a literatura demonstra que a infecção ocorre, entre outros fatores, pela demora em se completar o aborto e que as mulheres sem o apoio e a ajuda de um companheiro podem demorar mais para procurar um Hospital e completar o procedimento. A presença de restos ovulares propiciaria ou agravaria a presença da infecção.

A complicação hemorrágica nos dois modelos de análise múltipla esteve associada à cor não branca, ao ano de internação (com aumento de 87 a 92) e também à ausência de um companheiro estável. A explicação para tal associação também poderia estar na falta de apoio, em condições socioeconômicas desfavoráveis e na possível participação do Misoprostol neste resultado, dado que, quanto mais próxima de 1992, mais freqüente a complicação hemorrágica. Esta sugestão foi reforçada quando analisamos o fator significativamente associado à presença da complicação traumática. Quanto menor o valor numérico do ano de internação (o Misoprostol era pouco difundido), maior o percentual desta afecção. Como foi um parâmetro utilizado para a caracterização do aborto seguramente provocado, quando esta categoria foi incluída para análise, resultou em sua significação estatística. Os fatores associados à presença da complicação maior também estiveram relacionados ao aborto provocado, à cor não branca e à idade gestacional, em concordância com

a literatura, que é categórica ao afirmar que, quanto mais avançada a gestação, maior a incidência de complicação.

Observamos que o fator significativamente associado com a presença de qualquer complicação foi o número de partos anteriores, o que concorda com observações recentes do THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (1994), de que os casais latino-americanos querem ter, e estão tendo, famílias menores. O desejo intenso de um menor número de filhos é refletido nos níveis atuais de uso de contraceptivos, porém é de muitos milhões ainda o número de mulheres que gostariam de limitar seus partos, mas que não usam contraceptivos. Além disso, muito milhões usam incorretamente métodos eficazes: usam métodos com índice de falhas normalmente altos ou experimentam taxas elevadas de fracasso com métodos teoricamente eficazes. Níveis muito altos de gravidez não planejada são o resultado destes padrões de não uso e uso ineficaz de anticoncepção. Dadas ao desejo de não terem mais filhos, estas mulheres estão sujeitas aos riscos da interrupção insegura; e, portanto, em concordância com a literatura recente, encontram a solução para o seu problema no aborto. Cabe ainda reflexão o fato do ano de internação ter sido associado somente à complicação hemorrágica e traumática, uma vez que esperávamos que ocorressem maiores relações com os outros tipos de complicações.

A realização de duas análises múltiplas neste estudo permitiu, por um lado, reafirmar a importância do aborto inseguro e suas repercussões sobre a saúde das mulheres e, por outro lado, a significância das características sociodemográficas na incidência destas complicações. Pensamos inicialmente que estes resultados poderiam gerar polêmica e não favorecer o entendimento da questão fundamental, transformando-se em resultados oponentes, negligenciando a diferença de pressupostos e não favorecendo o debate.

Entendemos que os resultados obtidos complementam e facilitam a compreensão da questão do aborto no nosso meio em algumas de suas características.

A população deste estudo foi constituída por mulheres que procuraram um Serviço Público e Universitário para tratamento de complicações do aborto. Conseqüentemente, tratou-se de uma população de baixas condições socioeconômicas. Teoricamente esta população está sujeita a maiores riscos de complicações após o aborto. Segundo dados publicados pelo THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (1994), as mulheres pobres correm riscos acentuadamente maiores que as outras. Considera-se que mais de cinco, entre dez mulheres pobres de zonas rurais, e cerca de quatro, entre dez mulheres de zonas urbanas, experimentam complicações após o aborto induzido, em comparação com um pouco mais de uma entre dez mulheres urbanas de renda superior. O maior risco para as mulheres pobres relaciona-se, obviamente, ao fato de estarem mais sujeitas que as outras a recorrer a práticas de aborto menos confiáveis, a ser tratadas com métodos menos eficazes ou a induzir elas próprias o aborto.

Nesse sentido, através de entrevistas, calculou-se a proporção de mulheres que estariam sujeitas a complicações após o aborto. Não surpreende que o risco de complicação tenha sido considerado muito maior nos casos em que a própria mulher induz o aborto ou vai a uma curiosa não treinada do que naqueles em que é atendida por médico, parteira formada ou enfermeira. Os entrevistados desta pesquisa (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1994) avaliaram que, em média, 50% a 60% das mulheres abortam com curiosas ou induzem o próprio aborto. Isso se compara a um risco de complicação estimado em 20% a 30% das mulheres que utilizam os serviços de uma parteira formada ou enfermeira, e entre 7% e 14% das mulheres que procuram um médico. Pressupondo, baseado em nossa vivência clínica, que a maioria das mulheres

admitidas nesta Instituição são pobres e procuram profissionais não qualificados ou induzem elas próprias o aborto, estas estimativas são próximas às observações reais reveladas nesta pesquisa, o que valida nossos resultados.

As conseqüências adversas do aborto ilegal excedem os efeitos óbvios de suas complicações para a saúde, pois drenam os recursos que poderiam ser utilizados para o atendimento de outras pacientes com problemas ginecológicos ou que necessitam de atenção obstétrica hospitalar (BATHIJA, 1989). Observamos que a relação internação por aborto e as internações por razões ginecológicas flutuaram anualmente, com valor mínimo de 13,9 em 1992 e máximo de 22,6 no ano de 1990. Esta questão do uso de recursos hospitalares para tratamento das complicações do aborto é um problema que afeta quase todos os Hospitais brasileiros e da América Latina, onde, segundo FIGÁ-TALAMANCA e cols. (1986), mais de 30% dos leitos hospitalares disponíveis para atenção ginecológica e obstétrica são ocupados para tratamento de mulheres com complicações de aborto.

FORTNEY (1981) observou que o tratamento do aborto incompleto na América Latina tipicamente requer dois ou três dias no Hospital; 15 a 20 minutos na sala de cirurgia, antibióticos, anestesia; e, freqüentemente, transfusão sangüínea. A quantidade de recursos drenados para tratamento das complicações do aborto é extraordinária. Aproximadamente a metade dos recursos do sistema de saúde no Brasil destinados à Obstetrícia são usados para tratar as complicações decorrentes do aborto, apesar destes casos terem representado somente 12% das admissões obstétricas (MELLO, 1982).

Sabe-se que nem todas as mulheres que experimentam complicações após o aborto são hospitalizadas para atendimento. Na maioria dos países onde o aborto é punido por lei, algumas mulheres temem as conseqüências criminais ou pessoais se procurarem assistência para as

complicações. Outras, principalmente em áreas rurais, onde os Hospitais são poucos e distantes, não têm acesso ao atendimento. Há ainda as que experimentam efeitos colaterais menos ameaçadores, sem sinais de infecção, relutando por isso em se arriscar à exposição pública se buscarem tratamento hospitalar. Por estas considerações, as mulheres hospitalizadas por complicações pós-aborto representam somente a ponta do "iceberg". São, em outras palavras, apenas a parte visível do número muito maior de todas as mulheres que se submetem a abortos.

A pesquisa do THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (1994) calculou que entre 1 em 5 (no Peru e na Colômbia), e 1 em 3,5 (no Brasil) mulheres com abortos induzidos estão sujeitas à hospitalização para tratamento de complicações. No Chile, no México e na República Dominicana, a proporção é de aproximadamente 1 em 4 mulheres. Estas estimativas são de enorme importância, pois ao mesmo tempo ajudam a quantificar a carga que a assistência prestada a estas mulheres impõe ao sistema hospitalar de um país e demonstram que grandes quantidades de mulheres recorrem ao aborto induzido, mas não são referidas ou contadas porque não precisam de atendimento hospitalar ou não o buscam. Entre estas estão as sem complicações, com complicações menores e também se incluem aquelas mulheres que recorrem às farmácias, postos de saúde ou consultórios médicos privados para o tratamento das complicações, além do número desconhecido que morre em virtude de um procedimento abortivo sem jamais receber assistência em Hospital.

Além dessas estimativas, THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (1994) avaliou o número de internações em seis países latinos. No Brasil, o número de casos de hospitalização por aborto, segundo as estatísticas oficiais de 1991, foi de 341.910, com número ajustado para informação errada, e exclusão da estimativa dos abortos espontâneos foi de 288.670. Fica claro que a questão

do aborto extrapola as questões puramente morais e religiosas, adquirindo características sociais e econômicas de grande magnitude.

Finalmente, qual foi o impacto da introdução do Misoprostol no mercado brasileiro? Sabe-se (BARBOSA & ARILHA, 1993) que o seu uso como abortivo difundiu-se rapidamente, com um percentual de aproximadamente 35% das vendas para este fim.

Analisamos as conseqüências desta difusão baseando-nos nos dados de vendas publicados, considerando o primeiro período até dezembro de 1988, quando as vendas atingiram seu máximo, sendo de aproximadamente 50.000 unidades por mês, quando a mídia começou a chamar a atenção para o fato. Conseqüentemente começaram a aparecer as dificuldades para sua aquisição nas farmácias, com barreiras tanto econômicas (aumento do custo) quanto legais, pois os vendedores, e principalmente as mulheres, começaram a temer as implicações legais para sua aquisição. Apesar disso, as vendas continuaram altas até julho de 1991, quando o Ministério da Saúde impôs restrições pelas controvérsias geradas. Estas medidas basearam-se em alguns fundamentos: a droga estava sendo usada principalmente pelo seu efeito adverso, isto é, como abortivo; se continuasse sendo livremente comercializada, causaria um aumento nas taxas de aborto; e a controvérsia gerada pelos ginecologistas que defendiam a sua manutenção no mercado, principalmente pelo seu valor terapêutico para a indução do parto e para completar aborto incompleto, e porque, apesar de seu uso ilegal, teria um risco menor que outros métodos clandestinos de interrupção da gravidez (BARBOSA & ARILHA, 1993). Obviamente os resultados desta pesquisa estariam mais próximos da realidade se tivesse sido possível a obtenção do consumo de Misoprostol na região de Campinas, que é a população atendida por esta Instituição.

Observamos que as características sociodemográficas e os antecedentes tocoginecológicos das mulheres internadas por aborto não variaram significativamente nesses períodos, ou seja, o perfil das mulheres não se modificou. Estes resultados eram esperados, pois sabe-se que a mulher que se decide pela interrupção da gravidez, o faz independentemente das leis e dos métodos disponíveis, mesmo que isso acarrete grande risco.

A idade gestacional à época do aborto diminuiu com proporções significativas durante esses períodos, sendo de 77,8% entre janeiro de 1989 e julho de 1991, percentual de abortos com idade gestacional menor ou igual a 13 semanas. Se a disponibilidade do Misoprostol influenciou este resultado, esta influência pode ser considerada favorável, já que o risco inerente ao aborto, independentemente do método utilizado para provocá-lo, é menor quanto mais precocemente for realizado.

A classificação ou o tipo de aborto também variou significativamente nesses períodos, sendo a proporção de abortos provocados menor no período mais precoce do estudo. Talvez este resultado seja consequência da maior difusão e conhecimento do Misoprostol pelas mulheres, ou mesmo dos profissionais da saúde que as atenderam. O temor do aumento das taxas de aborto pode indiretamente ser verificado nas proporções de internações em relação aos partos e às outras internações ginecológicas, que foram máximas no período intermediário, porém com valores próximos. Não acreditamos que o Misoprostol tenha acarretado grande aumento nas taxas de aborto de acordo com estes resultados, apesar da proporção de aborto/internações ginecológicas ter sido menor após as restrições à sua comercialização.

Com relação à distribuição percentual das complicações, observamos que foram maiores após as restrições impostas pelo Ministério da Saúde. Isto vem ao encontro da opinião dos ginecologistas que consideram a

utilização de Misoprostol um método menos invasivo que os procedimentos clandestinos tradicionais e com menor risco para as mulheres, ainda que seu uso para este fim seja ilegal.

Acreditamos que a disponibilidade do Misoprostol no mercado influenciou favoravelmente a diminuição das complicações mais graves do aborto, porém este estudo é o primeiro que conhecemos com estes objetivos e metodologia. Obviamente, outros estudos, talvez mais aprimorados ou em outros locais, serão necessários para que possamos ter conclusões definitivas. De qualquer maneira, a sua realização permitiu-nos chamar a atenção sobre a questão do aborto em um Hospital público de referência e de ensino. Ficou-nos claro que este tema precisa urgentemente ser reavaliado nos seus diversos aspectos, sobretudo quando observamos suas conseqüências e o ônus que acarreta às mulheres e à sociedade em geral.

A Universidade de Campinas e o CAISM, representando o Departamento de Tocoginecologia, são considerados estruturas de ensino excelentes em muitas áreas, com tecnologia de ponta. Com relação ao aborto, no entanto, sabemos que muitas ações precisam ser avaliadas e possivelmente incorporadas e difundidas. Dentre estas, não podemos deixar de citar que o tratamento do aborto incompleto pode ser realizado ambulatorialmente e com baixo custo, tanto em países onde o aborto é legal como ilegal (JOHNSON e cols., 1991). A experiência de outros países demonstrou ser altamente segura, evitando internações desnecessárias e, conseqüentemente, diminuindo os custos (NATHANSON, 1972; WULFF JR., FREIMAN, 1977; GRIMES, CATES JR., TYLER JR., 1978; HAKIM-ELAHI, TOVELL, BURNHILL, 1990).

Também consideramos de fundamental importância o investimento de recursos na formação de equipes multiprofissionais para atendimento de mulheres que abortaram, especialmente as com gravidez indesejada,

minimizando seus conflitos e oferecendo meios para que este ato não se repita, e suas conseqüências sejam mínimas, reduzindo o uso de recursos e melhorando a qualidade da assistência à saúde da mulher.

Finalmente, mesmo com alguns aspectos favoráveis observados, temos de constatar que, apesar da evolução e incremento de diversas medidas assistenciais, visando à limitação da incidência de gravidez indesejada e à redução dos riscos de complicações, o problema do aborto persiste, desafiando empreendimentos governamentais e o esforço de médicos, educadores, sociólogos, religiosos e juristas.

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

- A grande maioria das mulheres internadas por aborto eram jovens, brancas, multíparas, 1/4 delas com aborto anterior, não utilizavam anticoncepcionais e declaravam viver em união conjugal. A maioria das gestações abortadas eram de primeiro trimestre.
- O percentual de complicações foi elevado, com variações significativas ao longo dos anos de estudo, sendo que, após as restrições à comercialização do Misoprostol, observou-se aumento na incidência das complicações infecciosas e hemorrágicas.
- Notou-se que o percentual de abortos provocados foi máximo no período de maior comercialização do Misoprostol, sendo mínimo no período de 01/87 a 12/88, quando as vendas do Misoprostol foram baixas.
- O aborto provocado associou-se mais freqüentemente a complicações, porém os abortos classificados como espontâneos apresentaram um elevado percentual de complicações.
- O aborto provocado em modelo de regressão associou-se significativamente à ocorrência da complicação hemorrágica, à cor não branca, à ausência de companheiro estável e ao ano da internação. A ocorrência de qualquer complicação associou-se diretamente ao número de partos anteriores.

- A razão internações por aborto sobre o total de partos foi maior no período de maior comercialização do Misoprostol.
- A razão internações por aborto sobre o total de internações por outras causas ginecológicas diminuiu após as restrições à comercialização do Misoprostol.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

- ALVAREZ-LAJONCHERE, C. - Commentary on abortion law and practice in Cuba. **Int. J. Gynecol. Obstet., (Supp.3):93-5**, 1989.
- ARMITAGE, P. - Stastical methods. In: **Medical Research Blackwell Scientific Publication**, 1971.
- AVANCES EN SALUD REPRODUCTIVA - Influencia del ambiente en la salud reproductiva. Bogotá, nº 9, 1994. 7p.
- BALOGH, A - Early and late sequelae of illegal abortion. In: XIIIth WORLD CONGRESS OF GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS, Singapore, September, 1991. **Proceedings**. Singapore. v.5, p.43-7.
- BARBOSA, R.M. & ARILHA, M. - The brazilian experience with cytotec. **Stud. Fam. Plann., 24:236-40**, 1993.
- BARROS, J.A.C. - A medicalização da mulher no Brasil. In: **O Marketing da Fertilidade**. São Paulo, Ed. I. Wolffers et al., 1991, 148p.
- BARROSO, C. - Mortalidade materna: uma questão política. In: BRASIL - Ministério da Justiça. Relatório do encontro nacional saúde da mulher: um direito a ser conquistado. **Quando a paciente é mulher**. Brasília. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM do Ministério da Justiça. 1989. p.9-12
- BATHIJA, H. - Experiences in implementing the world health organization protocol for estimating costs of abortion to health services. In: POPULATION COUNCIL. - **Critical issues in reproductive health and population**. New York, 1989. p.67-9.
- BELSEY, M. - World health organization studies differentiating between spontaneous and induced abortions. In: POPULATION COUNCIL. - **Critical issues in reproductive health and population**. New York, 1989. p.49-53.

- BENSON, J.; LEONARD, A.H.; WINKLER, J.; WOLF, M.; McLAURIN, K.E. - Meeting women's needs for pos-abortion family planning: framing the questions. **IPAS**, 1992, 69p.
- BERELSON, B. - Romania's 1966 anti-abortion decree: the demographic experience of the first decade. In: **The Population Council**. December, 1978. 28p.
- BRASIL - Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia - CENEP/FNS/MS. - **Informes Epidemiológicos do SUS**. 1992. 151p.
- BUEHLER, J.W.; SCHULZ, K.F.; GRIMES, D.A.; HOGUE, C.J.R. - The risk of serious complications from induced abortion: do personal characteristics make a difference? **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **121**:14-20, 1985.
- CASTADOT, R.G. - Pregnancy termination: techniques, risks, and complications and their management. **Fertil. Steril.**, **45**:5-17, 1986.
- CATHOLICS FOR A FREE CHOISE. - La historia de las ideas sobre el aborto en la Iglesia Católica: Una relación desconocida. /s.l.p./ 37p. (El aborto de buena fé).
- CATHOLICS FOR A FREE CHOISE. - Un cuestionamiento ético. /s.l.p./ 16p. (El aborto de buena fé).
- CECATTI, J.G. - **Análise da mortalidade materna no Município de Campinas, no período de 1985 a 1991**. Campinas, 1992. [Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP]
- CHUNG, C.S.; SMITH, R.G.; STEUBHOFF, P.G.; MI, M.P. - Induced abortion and ectopic pregnancy in subsequent pregnancies. **Am. J. Epidemio.**, **115**:879-87, 1982.
- COELHO, H.L.L.; TEIXEIRA, A.C.; SANTOS, A.P.; FORTE, E.B.; MORAIS, S.M.; LA VECCHIA, C.; TOGNONI, G.; HERXHEIMER, A. - Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil. **Lancet**, **341**:1261, 1993.
- COSTA, S.H. & VESSEY, M.P. - Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. **Lancet**, **341**:1258-61, 1993.
- COUNCIL REPORT - Induced termination of pregnancy before and after Roe v Wade. **JAMA**, **268**:3231-9, 1992.

- COX, D.R. - The analysis of binary data. Matheun & Co. Ltda. London, 1970. 142p.
- DALING, J.R.; CHOW, W.H.; WEISS, N.S.; METCH, B.J.; SODERSTROM, R. - Ectopic pregnancy in relation to previous induced abortion. **JAMA**, **253**:1005-8, 1985.
- DAVID, H.P. - Abortion in Europe, 1920-91. A public health perspective. **Stud. Fam. Plann.**, **23**:1-22, 1992.
- EBERT, R.H. - Critical issues in reproductive health and population. In: POPULATION COUNCIL, **Methodological issues in abortion in research**. New York, 1989. 124p.
- ESPAÑA - Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. **Mulheres Latinoamericanas em dados. (Mujeres Latinoamericanas em Cifras-Brasil)**. 1993. 135p.
- FAÚNDES, A.; RODRIGUES, G.; HARDY, E. - Aceptación de anticonceptivos en América Latina. **Boll. Asoc. Chil. Prot.**, **5**:5-24, 1968.
- FAÚNDES, A. & HARDY, E. - Contraception and abortion services at Barros Lucco Hospital, Santiago, Chile. In: DAVID, H.P.; FRIEDMA, H.L.; VAN DER TAK, J.; SEVILLA, M.J. (eds.) - **Transational reserach**. New York, Springer Publishing Co., 1978. p.284-97.
- FERREIRA, A.B.H. - Novo dicionário da língua portuguesa. 2ªed., Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1986. 1890p.
- FIGÁ-TALAMANCA, I.; SINNATHURAY, T.A.; YUSOF, K; FONG, C.K.; PALAN, V.T.; ADEEB, N.; NYLANDER, P.; ONIFADE, A.; AKIN, A.; BERTAN, M.; FASLONDE, S.; EDSTRÖM, K.; AYENI, O.; BELSEY, M.A. - Illegal abortion: an attempt to assess its cost to the health services and its incidence in the community. **Int. J. Health Serv.**, **16**:375-89, 1986.
- FORTNEY, J.A. - The use of hospital resources to treat incomplete abortions: examples from America Latina. **Publ. Health Rep.**, **96**:574-9, 1981.
- FORTNEY, J.A. - Family health international's studies on abortion. In: POPULATION COUNCIL. - **Critical issues in reproductive health and population**. New York, 1989. p.63-6.

- GRIMES, D.A.; CATES JR., W.; TYLER JR., C.W. - Comparative risk of death from legally induced abortion in hospitals and nonhospital facilities. **Obstet. Gynecol.**, **51**:323-6, 1978.
- GRIMES, D.A.; FLOCK, M.L.; SCHULZ, K.F.; CATES JR., W. - Hysterectomy as treatment for complications of legal abortion. **Obstet. Gynecol.**, **63**:457-62, 1984.
- HAKIM-ELAHI, E.; TOVELL, H.M.M.; BURNHILL, M.S. - Complications of first-trimester abortion: a report of 170.000 cases. **Obstet. Gynecol.**, **76**:129-35, 1990.
- HARDY, E. & HERUD, K. - Effectiveness of a contraceptive education program for postabortion patients in Chile. **Est. Fam. Plann.**, **6**:188-91, 1975.
- HARDY, E.; SOZA, M.; CABEZAS, E.; FAÚNDES, A. - **Abortion in Cuba 1989. In: Annual Meeting of the Population Association of America.** Toronto, 1990. 38p.
- HARDY, E.; REBELLO, I.; RODRIGUES, T.; MORAES, T.M. - Aborto provocado: diferenças entre pensamento e ação. **Rev. Ginecol. Obstet.**, **2**:111-6, 1991.
- HARDY, E. & ALVES, G. - Complicações pós-aborto provocado: fatores associados. **Cad. Saúde Publ.**, **8**:454-8, 1992.
- HARDY, E.; REBELLO, I.; FAÚNDES, A. - Aborto entre alunas e funcionárias de uma universidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**, **27**:113-6, 1993.
- HARRISON, L.K. & NAYLOR, K.L. - The laws that affect abortion in the United States and their impact women's health. **Am. J. Prim. Health Care**, **16**:53-9, 1991.
- HENSHAW, S.K. - Aborto inducido: uma perspectiva mundial. **Perspectivas internacionales em planificacion familiar.** **14**:5-15, 1982.
- HENSHAW, S.K. - Aborto inducido: uma perspectiva mundial. **Perspect. Plann. Parenth. Eur.**, **20**:18-9, 1991.

- HODGSON, J.E. & PORTMANN, K.C. - Complications of 10,453 consecutive first-trimester abortions: a prospective study. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **120**:802-7, 1974.
- JOHNSON, B.R.; BENSON, J.; BRADLEY, J.; RÁBAGO, A.; ZAMBRANO, C.; OKOKO, L.; VÁSQUEZ, L.; QUIROZ, P.; ROGO, K. - Costs and resource utilization for the treatment of incomplete abortion with dilation and curettage and manual vacuum aspiration in Kenya, Mexico, and Ecuador. **IPAS**, 1991. 30..
- LADIPO, O.A. - Complications of induced abortion. - In: XIIIth WORLD CONGRESS OF GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS, Singapore, September, 1991. **Proceedings**. Singapore. v.5, p.3-14.
- LAGUARDIA, K.D.; ROTHOLZ, V.; BELFORT, P. - A 10-year review of maternal mortality in a municipal hospital in Rio de Janeiro: a cause for concern. **Obstet. Gynecol.**, **75**:27:32, 1990.
- LAURENTI, R. - Morbidade e mortalidade feminina. In: BRASIL - Ministério da Justiça. Relatório do encontro nacional saúde da mulher: um direito a ser conquistado. **Quando a paciente é mulher**. Brasília. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM do Ministério da Justiça. 1989. p.23-31
- LEVIN, A.A.; SCHOENBAUM, S.C.; STUBBLEFIELD, P.G.; SIMICKI, S.; MONSON, R.R.; RYAN, K.J. - Ectopic pregnancy and prior induced abortion. **Am. J. Public Health**, **72**:253-6, 1982.
- MELLO, H.P. - Sequela do aborto: custos e implicações sociais. **Fundação Carlos Chagas/INAMPS**, Rio de Janeiro, 1982.
- MOTTA, M. L. - **Influência da idade materna e da idade ginecológica sobre os resultados maternos e neonatais da gravidez na adolescência**. Campinas, 1993. [Tese - Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP]
- NATHANSON, B.N. - Ambulatory abortion: experience with 26.000 cases (july 1, 1970, to august 1, 1971). **New Engl. J. Med.**, **286**:403-7, 1972.
- NEME, B.; CAVANHA NETO, M.; NEME, E.S. - Infecção pós-abortamento. In: NEME, B. - **Patologia da gestação**. São Paulo, Sarvier, 1988. p.179-95.
- NETWORK - Los adolescentes. **Fam. Health Int.**, **9**:1-35, 1994.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - **Aborto provocado**. Ginebra, OMS, 1978. 70p. (Série de informes técnicos, 623).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - **Embarazo indeseado y aborto. Determinantes de la interrupción del embarazo no deseado y características de las mujeres que abortan**. Bogotá, Colombia, OMS, 1992. 48p.

PARDO, D.F. & URIZA, G. - Estudio de morbilidad y mortalidad por aborto en 36 instituciones de Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela. **Rev. Colombiana Obstet. Ginecol.**, 42:287-97, 1991.

PAXMAN, J.M.; RIZO, A.; BROWN, L.; BENSON, J. - The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America. **Stud. Fam. Plann.**, 24:205-25, 1993.

PINOTTI, J.A. & FAÚNDES, A. - Unwanted pregnancy: challenges for health policy. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, (suppl. 3):97-102, 1989.

PINTO E SILVA, J.L.C. - **Contribuição na adolescência**. Campinas, 1982. [Tese - Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP].

POPULATION REPORTS - Interrupção da gravidez. **Population Reports, Série F, nº 7**. Baltimore, USA., Population Information Program. Julho, 1981.

ROCHAT, R.W.; KOONIN, L.M.; ATRASH, H.K.; JEWETT, J.F. - Maternal mortality in the United States: report from the Maternal Mortality Collaborative. **Obstet. Gynecol.**, 72:91-7, 1988.

ROJAS, J.M.G.; MORENO, J.A.R.; ALVARADO, X.J. - Epidemiología del aborto. Estudio prospectivo de un año. **Ginecol. Obstet. Mex.**, 60:185-8, 1992.

ROSENFELD, A.; FATHALLA, M.F.; GERMAIN, A.; INDRISO, C.L. - Women's health in the third world. The impact of unwanted pregnancy. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, (Suppl. 3):1:178, 1989.

ROSENFELD, A. - Estimating levels of spontaneous abortions. In: POPULATION COUNCIL. - **Critical issues in reproductive health and population**. New York, 1989. p.54-60.

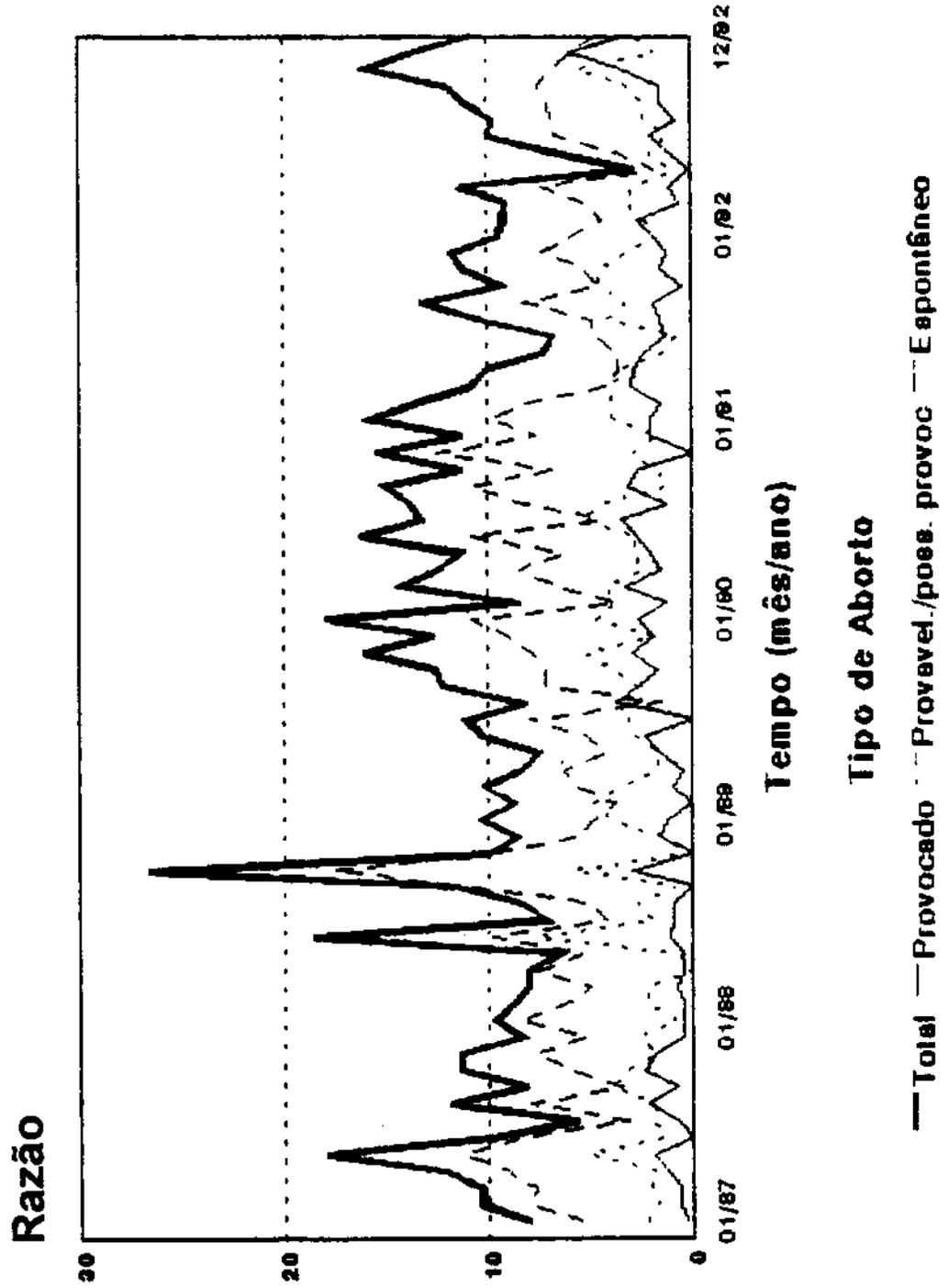
- ROSENFELD, A. & FATHALLA, M.F. - Maternal mortality. In: ROSENFELD, A. & FATHALLA, M.F (eds.) - **The FIGO - Manual of human reproduction - Reproductive health global issues**. London, The Parthenon Publ. Group. Inc., 1990. p.79-99.
- SCHOR, N. - Investigação sobre ocorrência de aborto em pacientes de Hospital de centro urbano do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, **24**(2):144-51, 1990.
- SINGH, S. & WULF, D. - Estimating abortion levels in Brazil, Colombia and Peru, using Hospital Admissions and Fertility survey data. **Int. Fam. Plann. Perspec.**, **17**:8-13, 1991.
- SOUZA E SILVA, R. - **Aborto provocado: sua incidência e características. Um estudo com mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), no sub-distrito de Vila Madalena**. São Paulo, 1992. [Tese - Doutorado - Faculdade Pública/USP].
- SPINELLI, A. & GRANDOLFO, G. - Induced abortion and contraceptive in Italy. **Planned Parenthood in Europe**, **20**:2-18, 1991.
- STARRS, A. - La prevencion de la tragedia de las muertes maternas. **Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgo**. Nairobi, Kenia, Febrero, 1987. 56p.
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE - **A world review 1986**. Nova Iorque, 1986. 143p.
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE - **Aborto clandestino: uma realidade latino-americana**. Nova Iorque, 1994. 32p.
- THE POPULATION COUNCIL - Programa de investigacion para la prevencion del aborto inducido en condiciones riesgosas y sus consecuencias adversas en Americana Latina y el Caribe. **The Population Council**, nº **23**. Sep., 1989, 48p.
- TIETZE, C. - Informe mundial sobre el aborto. Ministério de Cultura. Instituto de la mujer. Madrid, 1987. 213p.
- URQUHART, D.R. & TEMPLETON, A.A. - Psychiatric morbidity and acceptability following medical and surgical methods of induced abortion. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, **98**:396-9, 1991.

- VILLARREAL, J. - Commentary on unwanted pregnancy, induced abortion and professional ethics: a concerned physician's point of view. **Int. J. Gynecol. Obstet., (Supp.3):51-5, 1989.**
- VILLARREAL, J. - Responsabilidad profesional frente al aborto. **Rev. Colomb. Obstet. Gynecol., 43:87-94, 1992.**
- WESTRÖM, L. - Incidence, prevalence, and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries. **Am. J. Obstet. Gynecol., 138:880-92, 1980.**
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - **A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion.** Geneva, WHO, 1990. 115p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - **The prevention and management of unsafe abortion.** Geneva, WHO, 1992. 23p.
- WRIGHT, N.H. - Restricting legal abortion: Some maternal and child health effects in Romania. **Am. j. Obstet. Gynecol., 121:246-56, 1975.**
- WULFF JR., G.J.L. & FREIMAN, S.M. - Elective abortion. Complications seen in a free-standing clinic. **Obstet. Gynecol., 49:351-7, 1977.**

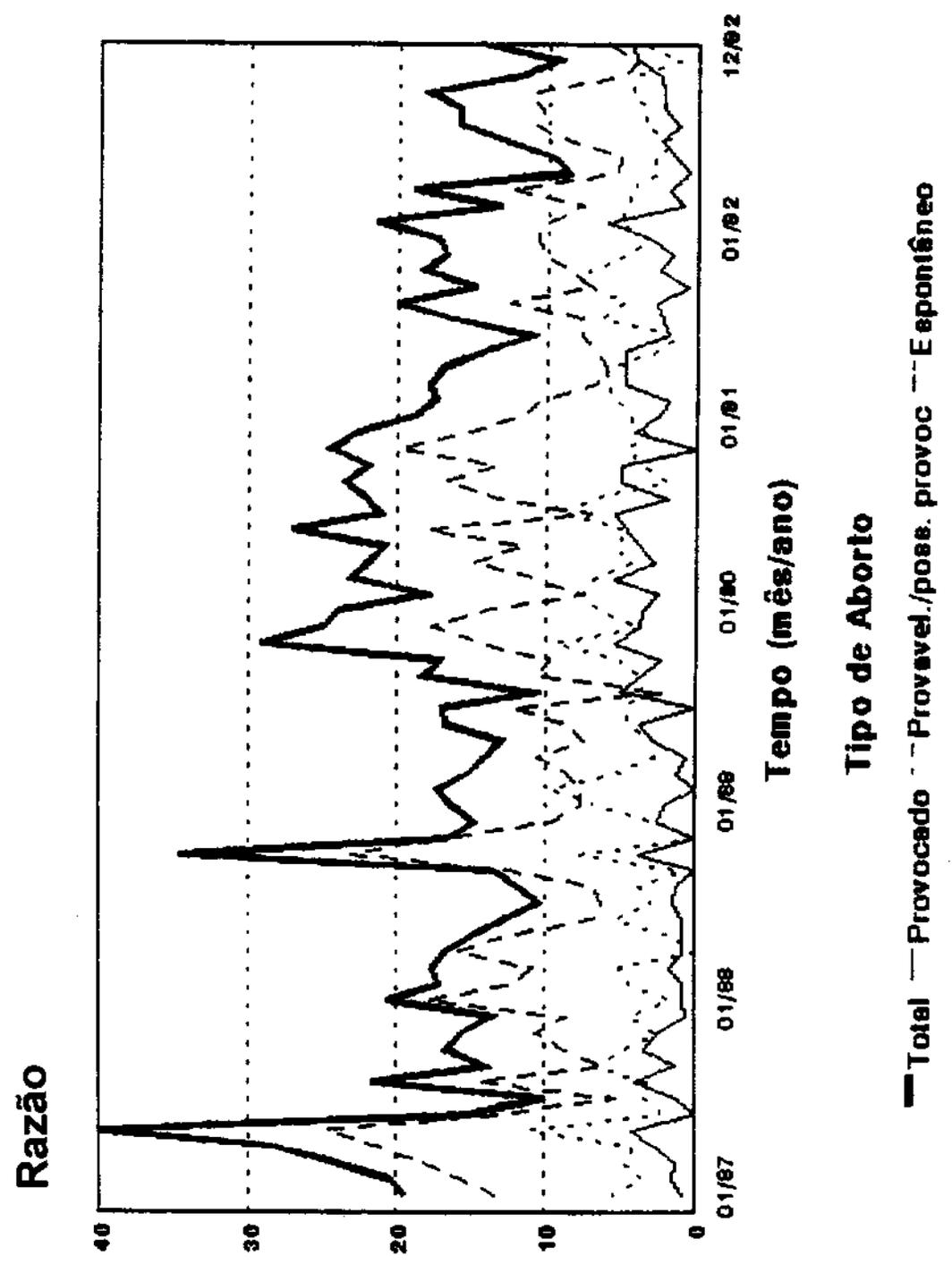
* HERANI, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses. São Paulo, Bireme, 1990.

ANEXOS

**Razão de complicação de aborto por total de partos
1987-1992**



Razão de complicação de aborto por internações ginecológicas 1987-1992



ANEXO 4

Fatores associados com a presença de complicações em modelo de regressão excluindo-se a variável tipo de aborto

Fatores significativamente associados à complicação infecciosa

Variável	Coeficiente	E.P. coefic.	p
Estado marital	-0,3755	0,1241	0,0025
Constante	0,4514	0,1024	<0,0001

- Estado marital (com companh. = 1/ sem companh. = 0)
- Aborto não provocado = 0

Fatores significativamente associados à complicação hemorrágica

Variável	Coeficiente	E.P. coefic.	p
Cor	-0,4996	0,1292	0,0001
Ano da internação	0,1217	0,0348	0,0005
Estado Marital	-0,3741	0,1238	0,0025
Constante	-10,0021	3,1189	0,0013

- Cor (branca = 1 / outra = 0)
- Ano da internação (anos completos)
- Estado marital (com companheiro = 1 / sem companheiro = 0)

Fatores significativamente associados à complicação traumática

Variável	Coeficiente	E.P. coefic.	p
Ano da Internação	0,0589	0,0043	< 0,0001

- Ano da internação (anos completos)

Fatores significativamente associados à complicação maior.

Variável	Coeficiente	E.P. coefic.	p
Idade gestacional	0,0665	0,0156	<0,0001
Cor	-0,3233	0,1277	0,0114
Constante	-0,5071	0,2128	0,0172

- Idade gestacional (amenorréia) - semanas completas

- Cor (branca = 1, não branca = 0)

Fatores significativamente associados à presença de qualquer complicação

Variável	Coeficiente	E.P. coefic.	p
Nº de partos anteriores	0,5782	0,1879	0,0021
Constante	1,7862	0,1395	<0,0001

- Número de partos anteriores (0 = 0, 1 ou mais = 1)

ANEXO 5

Distribuição percentual das mulheres segundo algumas características antes e depois das restrições à comercialização do Misoprostol

Variável	Período	
	01/87 a 07/91	08/91 a 12/92
Idade (anos)		
≤ 24	45,6	49,4
25 - 34	41,2	37,0
≥ 35	13,2	13,6
(n)	(1310)	(449)
Cor		
branca	69,9	72,3
outra	30,1	27,7
(n)	(1284)	(419)
Estado Marital		
com companheiro	66,1	67,2
sem companheiro	33,9	32,8
(n)	(1284)	(436)
Gravidezes		
1	26,6	26,9
2	23,4	23,4
≥ 3	50,0	49,7
(n)	(1303)	(435)
Partos		
0	32,2	34,5
1	25,7	25,3
2	19,0	17,7
≥ 3	23,1	22,5
(n)	(1303)	(435)

ANEXO 6

Distribuição percentual das mulheres segundo algumas características antes e depois das restrições à comercialização do Misoprostol

Variável	Período	
	01/87 a 07/91	08/91 a 12/92
Abortos anteriores		
0	74,4	74,3
1	16,3	17,7
≥ 2	9,3	8,0
(n)	(1303)	(435)
Amenorréia (sem.)		
≤ 9	29,5	28,7
10 - 13	44,7	46,4
14 - 17	16,4	18,9
> 18	9,4	6,0
(n)	(1133)	(366)
Método Anticoncepcional quando engravidou		
oral	15,5	18,6
DIU	2,9	3,1
barreira	3,5	4,4
injetável	1,1	2,2
outro	5,3	2,4
sem método	71,7	69,2
(n)	(1241)	(413)
Tipo de Aborto (clas.OMS)		
Seguram. provocado	13,8	15,8
prováv.possiv. provocado	24,8	27,3
não provocado	61,4	56,9
(n)	(1273)	(436)

ANEXO 7

Distribuição percentual das mulheres segundo algumas características antes e depois das restrições à comercialização do Misoprostol

Complicações	Período	
	01/87 a 07/91	08/91 a 12/92
Infecçiosa *		
sim	53,7	61,3
não	46,3	38,7
(n)	(1230)	(341)
Hemorragica ***		
sim	54,8	69,1
não	45,2	30,9
(n)	(1071)	(346)
Traumática		
sim	0,8	0,2
não	99,2	99,8
(n)	(1307)	(445)
Maior		
sim	51,6	55,7
não	48,4	44,3
(n)	(1259)	(325)
Geral *		
sim	88,7	92,5
não	11,3	7,5
(n)	(1216)	(385)

* p < 0,05

*** p < 0,0001

ANEXO 8

Comparação das variáveis segundo os períodos de comercialização do Misoprostol

Característica	Período	
	1 x 2	2 x 3
Idade	0,7689	0,3995
Cor	0,7728	0,3547
Estado Marital	0,0410*	0,2757
Gravidezes	0,1572	0,8001
Partos	0,7125	0,9773
Abortos anteriores	0,7371	0,7304
Amenorréia	0,0005 **	0,3002
MAC quando engravidou	0,3195	0,1085
Tipo de aborto	0,0001 ***	0,8545
Compl. infecciosa	0,0451*	0,0029 *
Compl. hemorrágica	0,4650	0,0001 ***
Compl. traumática	0,0762	0,4193
Compl. maior	0,3431	0,1328
Compl. geral	1,0000	0,0597

Período: 1 - 01/87 a 12/88
 2 - 01/89 a 07/91
 3 - 08/91 a 12/92

• p < 0,05
 * p < 0,01
 ** p < 0,001
 *** p < 0,0001