ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES

INCIDÊNCIA DOS FATORES ETIOLÓGICOS E DA TAXA DE ABANDONO NOS SERVIÇOS DE ESTERILIDADE CONJUGAL DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DE CAMPINAS

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

ORIENTADOR: PROF. DR. LUIS BAHAMONDES

CAMPINAS
1994

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

UNIDADE 3C
N.º CHAMADA:
T Unicamp
F391i
V. Ex.
TOMBO BC/ 23543
PROC. 433/95
C [ ] D [x]
PREÇO R$ 11,00
DATA 04/12/95
N.º CPD

CM-00065416-5

FICHA CATALOGRAFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

F391i

Fernandes, Arlete Maria dos Santos
Incidencia dos fatores etiologicos e da taxa de abandono nos servicos de esterilidade conjugal dos hospitais universitarios de Campinas / Arlete Maria dos Santos Fernandes. - - Campinas, SP : [s.n.], 1994.

Orientador : Luis Bahamondes.
Dissertacao (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas , Faculdade de Ciencias Medicas.

1. Infertilidade. 2. Incidencia. 3. Esterilidade - Etiologia. 4. Esterilizacao tubaria. 5. Desistencia do paciente. 6. Hospi - tais universitarios - Campinas. I. Bahamondes, Luis. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciencias Medicas. III. Titulo.

DEDICO ESTA TESE

AOS MEUS PAIS

AOS QUAIS AGRADEÇO A VIDA,

O EXEMPLO,

A PRESENÇA,

O ESTÍMULO E

O AMOR SEMPRE!

À MINHA FAMÍLIA

PELO LEGADO DOS VALORES HUMANOS

NECESSÁRIOS AO MEU CRESCIMENTO

NO CAMINHO DA VIDA.

MEUS SINCEROS AGRADECIMENTOS:

AO DR. LUIS BAHAMONDES, PELA PACIÊNCIA E ATENÇÃO DEDICADOS DURANTE TODO O TRABALHO, COM QUEM REALMENTE APRENDI OS REFORÇOS POSITIVOS DE DIDÁTICA. TODO MEU CARINHO E RESPEITO.

A TODOS OS PROFESSORES DA PÓS-GRADUAÇÃO DESTA UNIVERSIDADE, QUE CONTRIBUÍRAM DE FORMA DIRETA COM MAIS ESTE PASSO NA CAMINHADA.

AO DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA DA UNICAMP, PELA OPORTUNIDADE E PELA ACOLHIDA; COM A ESPERANÇA DE QUE O INTERCÂMBIO SIGA EXISTINDO ENTRE OS DEPARTAMENTOS DE TOCOGINECOLOGIA DE NOSSAS UNIVERSIDADES.

AOS MEMBROS DO DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA DA PUCCAMP QUE DIRETA OU INDIRETAMENTE CONTRIBUÍRAM PARA QUE EXISTISSEM TEMPO E CONDIÇÕES PARA COMPLETAR ESTE TRABALHO.

AO DR. CARLOS ALBERTO PETTA, PELA AJUDA NA VERSÃO EM INGLÊS E NA REVISÃO DO PORTUGUÊS.

AO SÉRGIO ARNOLDO VERA SCHNEIDER, PELO INÍCIO DA ANÁLISE ESTATÍSTICA.

À MARIA HELENA DE SOUZA, PELA FINALIZAÇÃO, REVISÃO E CORREÇÃO DE TODA A ANÁLISE.

À NEUSA DE OLIVEIRA BONFANTE, PELA DIGITAÇÃO FINAL DESTE TRABALHO.

A TODOS OS FUNCIONÁRIOS DO CEMICAMP POR PROPORCIONAREM AS CONDIÇÕES PARA A CONFECÇÃO DESTA TESE.

AOS CASAIS, CUJOS DADOS UTILIZEI.

Índice

Página

Resumo

SUMMARY

1. - INTRODUÇÃO 1

2. - OBJETIVOS 14

2.1. Objetivo geral 14

2.2. Objetivos específicos 14

3. - MATERIAL E MÉTODOS 15

3.1. Critérios de inclusão 16

3.2. Critérios de exclusão 17

3.3. Definição das variáveis 18

3.4. Processamento dos dados 25

3.5. Análise dos dados 25

3.6. Aspectos Éticos 26

4. - RESULTADOS 27

5. - DISCUSSÃO 38

6. - CONCLUSÕES 62

7. - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 63

8. - ANEXO

Resumo

Este estudo analisou retrospectivamente as variáveis demográficas, os fatores etiológicos e a taxa de abandono da população de 2331 casais que procuraram atendimento nos Serviços de Esterilidade dos hospitais universitários de Campinas, o da UNICAMP e o da PUCCAMP no período de 1980 a 1992.

Encontrou-se que, aproximadamente, 60% das mulheres tinham menos de 30 anos, e mais da metade dos casais apresentavam esterilidade primária.

Os fatores etiológicos mais frequentes foram o tubáreo em 53% das mulheres atendidas, e o ovulatório em 30%. Contribuíram para a alta incidência do fator tubáreo as mulheres laqueadas que solicitaram reversão, que constituíram 24% do total de casos.

A taxa total de abandono nos dois serviços foi de 65,4%. As variáveis significativamente relacionadas ao abandono foram o fato do casal ser atendido na UNICAMP e mulheres que solicitaram reversão da laqueadura.

Concluímos que devemos tomar medidas para diminuir o número de casos com fator tubáreo, prevenindo as infecções ginecológicas e melhorando a indicação da laqueadura, assim como, fornecendo métodos anticoncepcionais reversíveis ao alcance da população.

Summary

The purpose of this study was to obtain a better knowledge of the characteristics of the couples attending the infertility services at two University Hospitals Campinas, Brazil. A total of 2331 clinical files of couples attended at the UNICAMP and PUCCAMP hospitals from 1980 to 1992 were analyzed. This retrospective study analyses data on sociodemographic variables, reasons for infertility and discontinuation rate .

About 60% of the women were younger than 30 years old, and more than half of the attended couples had primary infertility.

The most frequent reason for infertility was tubal factor (53%), followed by ovulation disorders (30%). Women seeking sterilization reversal were responsible for the higher number of tubal factor diagnosis, representing 24% of tubal factor cases.

The discontinuation rate on both services was 65,4%. The variables significantly related to discontinuation of the work-up were being attended at the UNICAMP hospital and having a history of tubal sterilization.

We conclude that attitudes to prevent tubal factor are necessary, like preventing gynecologic infections and improving tubal sterilization criteria, and services offering a wide range of reversible contraceptive methods available to the population.

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Denomina-se casal estéril aquele que em idade reprodutiva e em convívio sexual, não consegue engravidar após o período de um ano sem usar métodos anticoncepcionais (WHO,1975). Ainda, classifica-se a esterilidade em primária quando a mulher nunca concebeu e secundária quando já tenha engravidado anteriormente.

Em termos de prevalência os casais são atingidos de forma diferente segundo o país em que vivem, o grau de desenvolvimento do mesmo e de acordo com o seu próprio nível sócioeconômico e cultural.

Entre os países ocidentais existe concordância de dados em que a prevalência de esterilidade esteja em torno de 15% dos casais. Entretanto, este dado deve ser considerado com reserva, já que existem poucos informes sobre prevalência de esterilidade na população geral, e a maioria dos estudos tem sido realizada com casais ou mulheres que procuram serviços especializados.

Calcula-se que a dificuldade para se conseguir uma gravidez entre a população geral que não chega a buscar ajuda médica seja maior. O termo subfertilidade tem sido aceito na literatura mundial e é definido como a falha em conceber após doze meses de relacionamento regular sem anticoncepção ou à ocorrência

de dois abortos ou perdas fetais consecutivas. A subfertilidade também é classificada como primária e secundária, se a dificuldade surge antes ou após o primeiro filho (WHO, 1975).

Estudos tem sido realizados na tentativa de avaliar a prevalência de subfertilidade na população geral. Em um deles estudou-se 872 mulheres de 25 a 44 anos atendidas em clínica geral, tendo como controles 702 mulheres acompanhadas em regime hospitalar por carcinoma mamário. Em ambos os grupos 24% das mulheres referiram algum período de subfertilidade durante a vida reprodutiva não tendo sido encontrada significância entre os grupos. A subfertilidade primária incidiu em 13% e a secundária em 17% dos casais (GREENHALL & VESSEY, 1990).

Outro estudo na Dinamarca entre 953 mulheres de 25 a 45 anos, descreveu subfertilidade primária em 15% e secundária em 13% delas no período de um ano (RACHOOTIN & OLSEN, 1982).

Dados ingleses com 250 mulheres casadas de 20 a 24 anos de idade, mostraram que a prevalência de subfertilidade primária foi de 5,9% e secundária de 7,2%, sendo que 28% de todas elas já haviam apresentado subfertilidade em algum período de sua vida reprodutiva (PAGE, 1989).

Em outro estudo, foi relatado que de 2291 mulheres que interromperam o uso de anticoncepcionais orais, 19% apresentaram

taxas de subfertilidade primária e 10% delas secundária (KAY, 1974).

Todos esses dados, levantados em países desenvolvidos, levam a crer que os casais que enfrentam dificuldades para engravidar sejam em maior número do que acreditávamos anteriormente, quando os cálculos eram feitos somente sobre aqueles casais que buscavam tratamento.

Por outro lado, os dados sobre a prevalência de esterilidade nos países subdesenvolvidos variam amplamente.

Nos países do continente africano a média ponderal de mulheres de 45 a 49 anos sem filhos é de 10,1%. Entretanto os países das regiões central e oriental da África superaram em muito essa média: Gabão 32%, Zaire e Congo 20%, Zâmbia, Camarões e Moçambique 14% (FRANK, 1987).

Os fatores etiológicos responsáveis pelas falhas reprodutivas também variam em cada região do mundo de acordo com as condições ambientais, e estas por sua vez, sofrem grande influência de fatores culturais, religiosos, e sócioeconômicos.

No México, país em desenvolvimento e com características semelhantes ao Brasil quanto aos contrastes sócioregionais e à distribuição da renda, 10% dos casais são inférteis. A etiologia

para a esterilidade é referida em 60% dos casos a fatores femininos, 30% a fatores masculinos, e 10% a ambos os cônjuges. O fator causal mais comum entre as mulheres foi o fator tubáreo por infecção assintomática seguido pela anovulação. Entretanto, foram descritas algumas áreas com características muito diferentes, como no estado de Coahuila onde 45% das causas de esterilidade se deveram ao fator masculino, sendo desconhecida a explicação para tal fato. Na comarca de Lagunera todavia, encontrou-se também alto índice de fator masculino, o que foi associado ao excesso de arsênico contido na água consumida na região (LEKE e cols., 1993).

Em um estudo mais amplo patrocinado pela OMS, participaram 33 centros médicos de 25 países desenvolvidos e em desenvolvimento. Entre os últimos encontravam-se centros da África, Ásia, América Latina e Mediterrâneo oriental. Os dados da África foram os mais chamativos e diferentes já que 40% das mulheres estéreis tinham até 24 anos de idade, a maior incidência foi de esterilidade secundária (52%), e 85% das mulheres tinham diagnósticos que poderiam ser atribuídos à infecção do trato reprodutivo. A esterilidade sem causa aparente esteve presente em apenas 5% e 3% na África e Mediterrâneo oriental respectivamente. Dos dados da América Latina, um quarto da população estudada procedia das cidades de Salvador - Bahia, e Havana - Cuba. A causa da esterilidade se deveu a ambos os cônjuges em 30% das casos, e a esterilidade sem causa aparente apareceu em 35% dos casais. Fator tubáreo de esterilidade seja por obstrução bilateral ou aderências

pélvicas incidiu em 44% dos casos, enquanto que entre os países desenvolvidos foi de 36%. (CATES, FARLEY, ROWE, 1985).

Outro aspecto a ser considerado são as características socioculturais que podem ter influência nos distúrbios da reprodução ao longo da vida do indivíduo.

Em países desenvolvidos, onde muitas mulheres vem postergando a maternidade para depois da estabilização profissional, existe uma maior dificuldade em obter-se uma gravidez em idades mais avançadas, inclusive com menores índices de sucesso apesar das técnicas mais sofisticadas da reprodução assistida (HOWE e cols., 1985; PENZIAS e cols., 1991).

Entre os países em desenvolvimento coexistem altas taxas de fecundidade em contraste com níveis altos de falha reprodutiva. Um exemplo é a África, onde a esterilidade quase sempre é atribuída à mulher (não ao casal ou ao homem), todas as mulheres virtualmente se casam, o uso de métodos contraceptivos é pequeno, a falta de filhos é inaceitável e a mobilidade marital é tolerada. Neste caso a esterilidade secundária tem maior incidência e as mulheres jovens são as que mais frequentemente buscam tratamento.

Tais considerações nos fazem crer que de acordo com o ambiente sociocultural e econômico de cada região, possam existir diferentes etiologias para a falha reprodutiva.

A prevalência de esterilidade e a identificação dos fatores etiológicos na população que consulta são de fundamental importância, a fim de estimarmos os recursos necessários para podermos oferecer procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos casais, já que toda a propedêutica empregada onera o serviço de saúde em termos de pessoal, tempo e gastos operacionais.

Também não podemos deixar de mencionar, que a pesquisa dos fatores causais da esterilidade gera entre os casais ansiedade e preocupação com os testes e seus resultados. O tempo de tratamento leva à tensão física e psicológica, além da pressão da expectativa pessoal e social do sucesso.

Numerosos trabalhos têm mostrado a importância do estresse emocional em casais com problemas na esfera reprodutiva.

Um deles estudou o efeito do diagnóstico feminino e masculino sobre a resposta do casal e evidenciou que as mulheres não tiveram diferença na resposta emocional quando o fator foi feminino ou masculino, e esta sempre foi maior quando comparada aos homens. Entretanto, os homens igualaram-se ao nível de resposta das mulheres quando o fator foi o masculino (NACHTIGALL, BECKER, WOZNY, 1992).

Outro estudo utilizando pacientes, enfermeiras e médicos habituados à especialidade, evidenciou maior dificuldade emocional

e física entre as enfermeiras jovens, enquanto as taxas foram menores para médicos e enfermeiras de maior idade (KOPITZKE & cols., 1991).

Uma avaliação da dinâmica de casais estéreis e férteis encontrou que os níveis de estresse, quer causados por problemas de esterilidade ou por outra origem, acarretavam desgaste do matrimônio e da qualidade de vida dos cônjuges, sendo que o nível foi sempre percebido com maior intensidade entre as mulheres (ANDREWS, ABBEY, HALMAN, 1992).

Outro trabalho estudou a prevalência e o valor preditivo dos sinais de depressão entre as mulheres estéreis. Estas apresentaram maior escore para depressão e duas vezes maior prevalência que os controles. A duração da esterilidade entre 2 e 3 anos e o fator causal feminino tiveram escores significativos para depressão quando comparados a mulheres com esterilidade sem causa aparente e as sem diagnóstico. Os autores concluíram que os sintomas depressivos são comuns entre mulheres estéreis e que medidas psicológicas para diminuição dos sintomas depressivos devem ser implementadas especialmente para mulheres com diagnóstico definitivo de esterilidade e para aquelas com duração da esterilidade por um período maior que 2 anos (DOMAR e cols., 1992).

Também o custo financeiro do tratamento se correlaciona com maiores níveis de tensão emocional para ambos os cônjuges. A

quantidade de testes realizados, o número de médicos consultados e a renda familiar tiveram valor preditivo para o aumento de estresse entre mulheres, mas principalmente entre os homens (ABBEY, HALMAN, ANDREWS, 1992). Um relatório preparado para o Congresso Americano em 1987, estimou que os pacientes americanos tinham gasto durante aquele ano um bilhão de dólares com os serviços de esterilidade, e que mais da metade deles não havia obtido sucesso em seu projeto (OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESMENT, 1988).

Outro trabalho estudando a satisfação dos casais em tratamento de reprodução assistida, mostrou correlação positiva entre a qualidade da relação médico-paciente e o grau de satisfação do casal. Durante as respostas ao questionário, os casais aconselharam os médicos a mostrarem maior compaixão e interesse e a fornecer mais informações sobre o tratamento. A falta de informação quanto ao prognóstico e às alternativas ao tratamento levou os casais ao abandono do tratamento ou à busca de outros profissionais (HALMAN, ABBEY, ANDREWS, 1993).

A perda de seguimento de casais durante o acompanhamento em serviços de esterilidade é comumente sentida e relatada entre os profissionais da área, apesar de existirem na literatura poucos estudos referentes ao tema. A análise deste fato poderia contribuir para melhorar a relação entre os pacientes e o serviço, e para racionalizar os gastos.

Em trabalho realizado na Universidade do Chile, foram entrevistadas 50 mulheres com esterilidade primária que haviam tido perda de seguimento no tratamento por seis meses. Dos motivos encontrados, 50% relatou relacionamento médico-paciente insatisfatório, 20% devido aos efeitos do tratamento, 20% por mudanças no relacionamento com o parceiro e 10% a problemas econômicos. Algumas estimativas de abandono referidas em serviços públicos de saúde de Santiago referiram taxas de abandono de 20-70% (DI SILVESTRE, 1989).

A referência que temos em nosso meio foi mostrada através de uma tese de mestrado, e descreveu entre os anos de 1972 e 1980 no Ambulatório de esterilidade da UNICAMP uma taxa de abandono de 62,7% dos casais, sendo que 42,3% ocorreram com propedêutica completa e 20,4% após a primeira consulta (CUNHA E SILVA, 1983).

O abandono de um casal em seguimento em um serviço significa prejuízo para o casal, pois o problema de esterilidade permanece e o custo psicológico do medo da esterilidade definitiva torna-se pesado; perdem os serviços médicos tempo e recursos tanto materiais quanto humanos, e perdem os demais casais inférteis da sociedade que podem ter dificuldades para obter tratamento em serviços lotados de pacientes.

Por outro lado, tem surgido na especialidade um grupo de mulheres desejosas de uma nova gravidez após terem optado no

passado pela esterilização definitiva. Na literatura mundial, a prevalência de mulheres que expressam seu arrependimento com o método definitivo de anticoncepção tem variado de 3 a 5%. Um estudo colaborativo que envolveu 5000 mulheres laqueadas nos Estados Unidos, observou taxa de 2,7% de arrependimento dois anos após a cirurgia (GRUBB e cols., 1985).

Outro estudo entre mulheres casadas insatisfeitas com a própria esterilização ou com a vasectomia de seus esposos após um ano de seguimento, mostrou pequena incidência de arrependimento em ambos os grupos. Entretanto, havia entre as mulheres laqueadas significativo aumento de sentimentos positivos com relação à laqueadura quando comparado às mulheres de vasectomizados. Ficou evidenciado a importância do aconselhamento do casal e do exercício de controle sobre o próprio corpo, já que ambos os fatores influenciaram a taxa de insatisfação (SHAIN, MILLER, HOLDEN, 1986).

As características das mulheres que buscam a reversão após a esterilização têm sido objeto para o estudo de muitos autores em diferentes regiões (DIVERS, 1984; BORDAHL, 1984; VEMER e cols., 1986). Os resultados encontrados entre as mulheres que mais se arrependeram do procedimento foram as que tinham sido laqueadas em idade jovem (antes dos 30 anos), que haviam tomado a decisão juntamente com o esposo e nas quais o procedimento foi realizado na cesárea ou após o aborto induzido. A maioria dos arrependimentos ocorreu antes do primeiro ano e um novo casamento

foi a justificativa para 90% deles. Entre as mulheres satisfeitas a maioria possuía mais de 30 anos quando foi realizado o procedimento, tinham maior número de filhos vivos e menor número de abortos induzidos, a maioria delas tomou a decisão sózinha, e tinham em relação ao outro grupo um tempo de educação formal mais longo. É interessante notar que em ambos os grupos a grande parte das mulheres havia utilizado pelo menos durante um ano outro método contraceptivo reversível e compreendia no momento da cirurgia a natureza definitiva do procedimento (LEADER e cols, 1983).

Em 1990, um relatório sobre anticoncepção entre mulheres colocou a laqueadura como o método de planejamento familiar mais difundido no mundo e o que apresentava um aumento mais acelerado entre a população de casais em idade reprodutiva. Estimou-se na ocasião, que 138 milhões de mulheres em idade fértil buscavam o procedimento (em 1984 eram 95 milhões), e já se chamava a atenção para que os serviços médicos fornecessem maiores esclarecimentos sobre o caráter definitivo deste método (CHURCH & GELLER, 1990).

Devido a grande adesão da população à anticoncepção cirúrgica, e em meio a algumas considerações a respeito das razões que levariam as mulheres a optarem pela laqueadura (BARSTED, 1992), o que fica evidente, é a constatação de que nos últimos anos tem aumentado o número de mulheres arrependidas pedindo reversão (BAHAMONDES e cols., 1992), e é lógico pensarmos que devamos nos preparar para essa nova demanda assistencial.

Em vista de todos os problemas encontrados na dinâmica do casal infértil na atualidade, pensamos que o fato de existirem estudos internacionais sobre a incidência dos fatores de esterilidade, não seria justificativa para deixarmos de realizar estudos similares em nosso meio, já que acreditamos que nossa população deva ser avaliada em suas características.

A necessidade de dados estatísticos próprios objetivou um trabalho que recolheu dados do Ambulatório de Esterilidade da UNICAMP no período de 1972 a 1980. Descreveu a população de 466 mulheres e 282 homens onde a esterilidade primária foi a queixa em 70,8% dos casais. Os fatores femininos mais comuns foram o ovulatório em 42,7%, e o cérvico-vaginal em 40%. O fator tuboperitoneal ocorreu em 36,7% das mulheres e não foi diagnosticado qualquer causa de esterilidade em 14,6% delas. O fator masculino ocorreu em 31,3% dos casais (CUNHA E SILVA, 1983).

Neste trabalho, o estudo dos fatores etiológicos e do abandono dos casais estéreis, foi uma tentativa para delinear um perfil regional mais atual com a intenção de produzir ações adequadas à nossa realidade.

Temos o dever de buscar possíveis distorções no atendimento de saúde que fornecemos, e traçar metas para saná-las. Dessa forma estaremos diminuindo o sofrimento e a dificuldade que a assistência médica inadequada proporciona ao casal estéril, diminuindo o ônus cobrado à sociedade em termos financeiros para os altos índices de insucesso.

A realização deste trabalho vem da preocupação de avaliarmos nossa realidade neste momento, enfocando os diagnósticos dos casais em idade fértil que se encontram impossibilitados de reproduzir, assim como o abandono do tratamento por parte desses casais.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Determinar a incidência dos fatores etiológicos da esterilidade conjugal e a taxa de abandono na população atendida nos hospitais universitários de Campinas, o CAISM-UNICAMP e o Hospital Celso Pierro-PUCCAMP.

2.2. Objetivos específicos

2.2.1. Estudar as características de idade, tipo e tempo de esterilidade das populações que solicitam atendimento.

2.2.2. Avaliar e comparar a incidência dos fatores etiológicos feminino e masculino.

2.2.3. Determinar e comparar a taxa de abandono e avaliar em que momento ele ocorre.

2.2.4. Avaliar a taxa de abandono segundo as variáveis estudadas e o diagnóstico etiológico feminino e masculino.

2.2.5. Determinar as variáveis que se associam com a maior taxa de abandono.

MATERIAL E MÉTODOS

3. MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudadas um total de 2331 histórias clínicas, sendo que 1763 procediam do Ambulatório de Esterilidade Conjugal do Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher - CAISM/UNICAMP e 568 do Ambulatório de Esterilidade do Hospital Celso Pierro - Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), no período de janeiro de 1980 a janeiro de 1992.

Dos prontuários levantados foram obtidos as seguintes variáveis: idade da mulher e do homem, tempo e tipo de esterilidade, fatores etiológicos feminino e masculino, momento em que ocorreu o abandono e identificação do hospital de onde procedia o prontuário (fonte).

Para estabelecer o diagnóstico etiológico feminino e masculino e a definição das variáveis etiológicas de esterilidade foi utilizada a metodologia descrita pela Organização Mundial de Saúde com pequenas modificações para adequá-la aos dados dos prontuários (ROWE & FARLEY, 1988).

As histórias clínicas foram revisadas pela pesquisadora e as informações obtidas transferidas para fichas pré-codificadas (anexo).

3.1. Critérios de inclusão

Todos os casais incluídos no estudo cumpriram os seguintes critérios de inclusão:

3.1.1. Ter no mínimo doze meses de convívio sexual sem o uso de qualquer método anticonceptivo.

3.1.2. O diagnóstico etiológico somente foi considerado quando a propedêutica mínima foi realizada em ambos os cônjuges. Para as mulheres foi considerado como propedêutica do fator tuboperitoneal a histerossalpingografia (HSG) e/ou laparoscopia, o fator ovulatório mediante a biópsia de endométrio (BE) e/ou progesterona plasmática e dosagem de prolactina sérica. Para a propedêutica do fator masculino foi considerado a realização de teste pós-coito e/ou espermograma. A esse conjunto de testes foi designado propedêutica mínima.

3.1.3. As mulheres com antecedente de laqueadura ou os homens com a constatação de azoospermia foram considerados com propedêutica mínima realizada, já que possuíam diagnóstico incondicional de sua esterilidade.

3.1.4. Para o estudo da taxa de abandono, considerou-se um ano sem retorno a partir do dia da última consulta até a data do levantamento das fichas. Quando isso ocorreu, foi anotado em que momento do estudo estavam os casais quando abandonaram, se na primeira consulta, com propedêutica iniciada e incompleta, com propedêutica completa, ou durante o tratamento.

3.2. Critérios de exclusão

3.2.1. Foram excluídos da análise dos fatores etiológicos de esterilidade os casais com história de abortamento habitual.

3.2.2. Da análise do abandono foram excluídos aqueles casais que retornaram para sequência do tratamento mesmo após um ano de ausência, detectado durante o levantamento de dados.

3.2.3. Foram excluídos da análise do abandono os casos de azoospermia, devido ao fato de que em nenhum dos serviços é oferecida a inseminação com sêmen de doador, e consequentemente todos os casais tiveram alta do serviço.

3.3. Definição das variáveis

3.3.1. Fonte de dados: de qual dos hospitais universitários procedeu a informação coletada.

3.3.2. Idade: número de anos completos do homem e da mulher no dia da primeira consulta.

3.3.3. Tempo de esterilidade involuntária: o tempo em anos desde o início da atividade sexual sem o uso de métodos contraceptivos até o momento da primeira consulta, para os casos de esterilidade primária. Nos casos de esterilidade secundária foi o tempo transcorrido desde o último parto ou aborto até o dia da primeira consulta, ou desde a interrupção do uso de contraceptivos até a consulta.

3.3.4. Tipo de esterilidade:

Primária - mulheres que nunca engravidaram.

Secundária - aquelas com história de gravidez anterior, não importando a forma de término da mesma.

3.3.5. Fatores etiológicos femininos:

3.3.5.1. Disfunção Sexual - baixa frequência de relações sexuais (dois ou menos ao mês), constatação de hímem íntegro ao exame ginecológico ou história de vaginismo.

3.3.5.2. Ovulatório - Neste fator foram incluídas mulheres com:

3.3.5.2.1. Hiperprolactinemia: níveis de prolactina sérica repetidamente elevados (maiores que 25 ng/ml) em duas amostras, sem lesão demonstrável a nível de hipotálamo ou hipófise, e na ausência de hipotiroidismo.

3.3.5.2.2. Lesões orgânicas da região hipotalâmica-hipofisária: quando a sela túrcica foi anormal, por tumor primário incluindo os prolactinomas, ou causado por compressão extrínseca da glândula, por meningeoma ou craniofaringeoma.

3.3.5.2.3. Amenorréias com FSH elevado: ausência de ciclos menstruais por mais de 90 dias, com níveis de FSH compatíveis com menopausa (maiores que 40 mU/ml), caracterizando falência ovariana.

3.5.5.2.4. Alterações do ciclo menstrual: mulheres com ciclos anovulatórios sem qualquer outro diagnóstico orgânico associado. Foram incluídas aqui:

a. Amenorréias normo ou hipogonadotróficas com estrógeno normal: as quais foram diagnosticadas por níveis de E2 maiores ou iguais a 50 pg/ml, ou por uma prova positiva de deprivação com progesterona.

b. Amenorréias normo ou hipogonadotróficas com estrógeno baixo: mulheres com níveis de E2 menores ou iguais a 49 pg/ml ou

com uma prova negativa de deprivação com progesterona.

c. Oligomenorréias: definidas como ciclos menstruais maiores que 35 dias e menores que 90 dias.

3.3.5.2.5. Anovulação com ciclos regulares e/ou fase lútea insuficiente: mulheres com biópsia de endométrio proliferativo ou secretor com defasagem maior que dois dias, ou progesterona sérica menor que 3 ng/ml na segunda metade do ciclo. Incluíram-se aqui as mulheres com síndrome dos ovários micropolicísticos.

3.3.5.3. Fator Tuboperitoneal: presença de oclusão tubárea bilateral, diagnosticada através de histerossalpingografia e/ou laparoscopia, excluídas as mulheres laqueadas que foram analisadas como uma variável separada.

3.3.5.4. Antecedente de Laqueadura tubárea: quando relatada pela paciente na história clínica ou por achado durante a laparoscopia.

3.3.5.5. Anomalias congênitas: as alterações genéticas e as anormalidades de genitália interna encontradas ao exame físico ou comprovadas por histerossalpingografia ou laparoscopia.

3.3.5.6. Endometriose: definida como a visualização de focos ou lesões patognomônicas na pelvis ou em outros órgãos, ou comprovada por biópsia. Foi diagnosticada sempre por laparoscopia ou durante a laparotomia.

3.3.5.7. Lesões uterinas ou cervicais adquiridas: foram incluídas as sinéquias uterinas, as estenoses do colo uterino e os miomas.

3.3.5.8. Causas sistêmicas: englobados aqui o hábito abusivo de álcool, as doenças consumptivas, os fatores ambientais ou ocupacionais, e as disfunções de tireóide.

3.3.5.9. Causa não demonstrável: as mulheres nas quais não se identificou fator causal de esterilidade após a realização de toda a propedêutica, inclusive a laparoscopia.

3.3.5.10. Diagnóstico não estabelecido: mulheres com propedêutica normal mas sem a realização da laparoscopia.

3.3.5.11. Teste pós-coito anormal: ambos os cônjuges com propedêutica normal, somente com o teste de Sims-Hünner repetidamente anormal.

3.3.6. FATORES ETIOLÓGICOS MASCULINOS

3.3.6.1. Disfunção sexual e/ou ejaculatória: ereção inadequada e/ou baixa frequência de coito, seja de causa física ou psicosexual. Ainda, incluíram-se aqui os distúrbios ejaculatórios como a ejaculação retrógrada, a não ejaculação e as hipospádias.
A ejaculação retrógrada foi definida como a expulsão do sêmen para a bexiga. O diagnóstico foi realizado através de exame microscópico de urina pós-coital ou pós-masturbação.

3.3.6.2.Causas não demonstráveis: quando as funções sexual e ejaculatória e a análise de sêmem foram normais.

3.3.6.3. Causas sistêmicas: uso abusivo de drogas ou álcool, estados febris recentes e fatores ambientais ou ocupacionais que levem a períodos de exposição a altas temperaturas.
Incluíu-se aqui a Síndrome de Kartagener, caracterizada por ausência de batimentos ciliares e, como resultado, a astenospermia com menos de 10% dos espermatozóides com motilidade linear progressiva, em homens com história de doença respiratória crônica.

3.3.6.4. Causas iatrogênicas: anormalidades causadas nos espermatozóides por tratamentos médicos ou cirúrgicos, por exposição, por exemplo, a radio ou quimioterapia.

3.3.6.5. Anormalidades congênitas ou doenças adquiridas testiculares: causas gerais de insuficiência ou dano testicular. Incluíram-se aqui os homens com cariótipos anormais, com antecedentes de não descida gonadal e os azoospérmicos por agenesia de vesícula seminal e/ou deferentes. Ainda, homens com orquites e outras patologias que levaram à hipotrofia ou à atrofia testicular, acarretando diminuição do volume testicular ou alteração de sua consistência. Aqui se inseriram também os homens com azoospermia por obstrução, evidenciada na ausência de espermatozóides no sêmem e com biópsia testicular revelando espermatogênese completa nos túbulos seminíferos.

3.3.6.6. Varicocele: somente digna de nota quando associada a análises de sêmem repetidamente alteradas.

3.3.6.7. Oligospermia, Astenospermia e Teratospermia idiopáticas: concentração de espermatozóides menor que vinte milhões por mililitro, motilidade progressiva em menos de 20% dos espermatozóides, e menos de 50% de formas normais na amostra de sêmem examinada, respectivamente.

3.3.6.8. Azoospermia idiopática: azoospermia de causa desconhecida nos casos não indicativos de biópsia testicular (volume testicular diminuído e/ou FSH elevado), ou, uma vez realizada a biópsia, não se encontraram espermatozóides nos túbulos seminíferos.

3.3.6.9. Infecções das glândulas acessórias: diagnosticadas em pacientes com oligo, asteno ou teratospermias segundo os achados:

a. Na anamnese e sinais físicos: antecedentes de infecção urinária ou doença sexualmente transmissível, ou epidídimo de consistência alterada (amolecido ou espessado), espessamento dos deferentes ou anormalidades ao toque retal.

b. Na análise do sêmen: presença de mais de um milhão de bactérias por mililitro de ejaculado, cultura com contagem maior de 1000 bact/ml, ou alterações da aparência, consistência, pH ou bioquímica do plasma seminal.

Para o diagnóstico, deveriam estar presentes ao menos uma condição dos parâmetros de história clínica e sinais físicos e uma condição do espermograma.

3.3.7. ABANDONO

Casais que deixaram de comparecer ao Ambulatório até o momento do levantamento de dados por um período mínimo de um ano da última consulta. O momento do abandono foi classificado da seguinte forma:

3.3.7.1. Na primeira consulta: se somente a primeira consulta constava no prontuário.

3.3.7.2. Com propedêutica incompleta: se o casal realizou qualquer um dos exames subsidiários, sem contudo concluir a propedêutica mínima.

3.3.7.3. Com propedêutica completa: quando ambos os cônjuges concluíram a propedêutica sem entretanto iniciar tratamento.

3.3.7.4. Durante o tratamento: sempre que a perda de seguimento se deu após a propedêutica ter sido completada e o tratamento instituído, porém com o abandono após ao menos o primeiro retorno do início do tratamento.

3.4. Processamento dos dados

Os dados foram colocados em fichas précodificadas e digitadas duas vezes pelo mesmo digitador. Utilizou-se o módulo de entrada de dados do "Statistical Package for Social Science" (SPSS/PC-DE). Posteriormente os dados foram revisados por um programa que detecta erros lógicos e inconsistências nos registros e foram feitas as correções necessárias até se obter um registro limpo, o qual foi arquivado em disquetes.

3.5. Análise dos dados

Para a análise dos dados primeiramente verificamos se existiam diferenças nas variáveis demográficas como idade, tipo e tempo de esterilidade entre os casais atendidos em cada um dos centros universitários.

Logo foi estabelecido a frequência com que se apresentou cada fator etiológico feminino e masculino entre os casais atendidos em cada uma das universidades e verificou-se se existiam diferenças entre elas. Para a análise bivariada foi utilizado o teste Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, quando a frequência esperada foi < 5 em pelo menos uma casela de tabela 2x2 (ARMITAGE, 1971).

Para a comparação das médias entre as variáveis quantitativas utilizou-se o teste t de Student (ARMITAGE, 1971).

A seguir foi feito a análise com a frequência dos casos de abandono e em que momento este evento ocorreu usando o teste de Qui-quadrado para a comparação entre os grupos atendidos em ambas universidades.

Posteriormente, foi realizada uma análise bivariada considerando o abandono como variável dependente e todas as demais variáveis como independentes, em busca de quais delas apresentavam influência estatística sobre o abandono.

Aquelas variáveis que não alcançaram significância ($p>=0,05$), foram eliminadas e a análise multivariada através de regressão logística foi aplicada, considerando novamente o abandono como variável dependente e as demais como independentes, com o fim de obter qual ou quais variáveis tinham peso significativo sobre o abandono (HOSMER & LEMESHOW, 1989).

3.6. Aspectos Éticos

Trabalhou-se com arquivos de histórias clínicas que foram revisadas somente pela pesquisadora do estudo e as pacientes não foram identificadas pelo nome. As fichas de dados foram analisadas pela numeração sequencial das mesmas, sem qualquer possibilidade de identificação.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

Das 2331 histórias clínicas consideradas no estudo, 1763 procediam do Ambulatório de esterilidade do CAISM-UNICAMP e 568 do Ambulatório de esterilidade do Hospital Celso Pierro da PUCCAMP.

Houve diferença nas amostras quanto à idade das mulheres que consultaram nos dois Serviços (TABELA 1). Na PUCCAMP houve mais mulheres com menos de 19 anos e com mais de 35 anos de idade. Avaliando-se o total das mulheres por idade, houve uma variação de 16 a 41 anos, com média de 28 anos; a faixa etária que apresentou a maior frequência de mulheres ocorreu entre os 25 e 29 anos. Entre os homens a faixa etária mais frequente foi de 25 a 34 anos (61,4% dos homens), com média de 30 anos. Uma quinta parte da população masculina tinha mais de 35 anos.

As demais características populacionais foram semelhantes nos dois serviços. A esterilidade primária foi a predominante e ocorreu em 54,5% dos casais da UNICAMP e em 57% dos casais da PUCCAMP. O tempo de esterilidade da grande maioria esteve entre 1 e 5 anos, 64,6% na UNICAMP e 63,6% na PUCCAMP. Apenas um terço dos casais apresentava entre 6 e 10 anos de esterilidade e menos de 10% possuía tempo superior a 10 anos de história (TABELA 1).

TABELA 1 - Distribuição da frequência da idade da mulher, idade do homem, tipo e tempo de esterilidade segundo fonte de dados.

Idade da mulher	UNICAMP %	PUCC %	p(#)
<= 19	3,6	6,0	0,0013
20-24	25,1	23,4	
25-29	32,6	33,3	
30-34	29,2	23,8	
>= 35	9,4	13,6	
Idade do homem (*)			
<= 19	0,7	1,0	NS
20-24	16,3	14,8	
25-29	31,4	31,5	
30-34	30,0	29,9	
>= 35	21,6	22,8	
Tipo de esteril.			
Primária	54,5	57,0	NS
Secundária	45,5	43,0	
Tempo de esteril. (**)			
1-5	64,6	63,6	NS
6-10	28,1	26,8	
> 10	7,3	9,7	
(n)	(1763)	(568)	

(#) Teste de Qui-quadrado
(*) Faltou informação de 68 homens
(**) Faltou informação de 8 casais
NS Não Significativo

A frequência com que se diagnosticou a maioria das causas femininas de esterilidade foi igual nos dois serviços, exceto para três fatores (TABELA 2). Apresentaram diferenças estatisticamente significativas os diagnósticos de causas sistêmicas e causas não demonstráveis, ambos mais frequentes na UNICAMP e teste pós-coito anormal que incidiu mais na PUCCAMP. Foram evidenciados como fatores mais frequentes o ovulatório, em 30,3% dos casais na UNICAMP e 29,4% na PUCCAMP, e o tuboperitoneal em 29,2% e 29% respectivamente. As mulheres laqueadas que solicitavam reversão de sua cirurgia representaram quase um quarto do total de mulheres atendidas tanto na UNICAMP quanto na PUCCAMP (24,3% e 23,5% respectivamente). Do total de mulheres que apresentaram fator tuboperitoneal, sem considerar as laqueadas, 55,5% tinham esterilidade primária.

Cerca de 53% de toda a população feminina teve comprometimento tubáreo quando incluímos as mulheres com antecedentes de laqueadura na frequência do fator tuboperitoneal. Todos os demais fatores femininos concorreram em incidência menor que 10% (TABELA 2).

TABELA 2 - Frequência dos fatores etiológicos femininos segundo fonte de dados.

	UNICAMP	PUCC	p(#)
FATOR	%	%	
Disf. Sexual	0,3	1,0	NS
Ovulatório	30,3	29,4	NS
Tuboperit.	29,2	29,0	NS
Laqueadura	24,3	23,5	NS
Anom. Cong.	0,8	1,3	NS
Endometriose	4,1	4,8	NS
Lesões Uter.	3,2	3,5	NS
Causas Sist.	1,7	0,3	0,0456
Causas N. dem.	1,6	0,0	0,0115
Diagn. N. est.	6,8	7,1	NS
T. pós-coito anormal	0,3	1,6	0,0187
(n)	(1039)	(310)	

(#) Teste de Qui-quadrado ou teste exato de Fisher
NS Não Significativo

A análise das mulheres que solicitaram reversão da ligadura tubárea, revelou que a idade média na primeira consulta foi de 31,3 anos com uma variação de 20 a 39, e a média de idade no momento da laqueadura foi de 24,4 anos, com uma variação de 15 a 35 anos. Quanto ao tempo de esterilidade destas mulheres, a média foi de 6,9 anos com uma variação de 1 a 18 anos. Não houve

diferenças entre os serviços nas três variáveis analisadas (TABELA 3).

TABELA 3 - Comparação das médias das idades na primeira consulta, no momento da laqueadura e tempo de esterilidade segundo fonte de dados.

Variável	Média	D.P.	n	p*
Idade na 1a. consulta				
UNICAMP	31,3	3,8	252	NS
PUCC	31,6	4,3	73	
Idade na laqueadura				
UNICAMP	24,3	3,6	252	NS
PUCC	24,8	4,1	73	
Tempo de esterilidade (anos)				
UNICAMP	7,0	3,4	252	NS
PUCC	6,8	3,4	73	

* Teste t de Student para amostras independentes
NS Não Significativo

Entre os fatores masculinos, a oligoastenospermia foi o diagnóstico mais frequente, 18,3% na UNICAMP e 7,1% na PUCCAMP, com diferença significativa entre os dois serviços ($p<0,0001$). O segundo fator em frequência foi a azoospermia e incidiu igualmente nos dois serviços em torno de 3,5% dos casais. O diagnóstico de varicocele foi de 1,5% dos homens na UNICAMP e 1,0% na PUCCAMP. Todos os demais fatores tiveram incidências menores que 1 por cento (TABELA 4).

TABELA 4 - Frequência dos fatores masculinos segundo fonte de dados.

	UNICAMP	PUCC	p(#)
FATOR			
Disf. Sexual	0,4	0,6	NS
Causas N. dem.	0,0	0,0	-
Causas Sist.	0,0	0,0	-
Causas Iatr.	0,1	0,0	NS
Varicocele	1,5	1,0	NS
An.Cong/Adq.	0,0	0,0	-
Oligoast.	18,3	7,1	<0,0001
Azoospermia	3,3	3,9	NS
Infecção	0,9	1,3	NS
(n)	(1039)	(310)	

(#) Teste de Qui-quadrado ou teste exato de Fisher
NS Não Significativo

Análise do abandono

A taxa de abandono foi de 65,6% de todos os casais considerando-se os dois serviços. Não existiram diferenças significativas no abandono entre os serviços quando analisamos a população total de 2331 casais (TABELA 5).

Avaliando-se o momento do abandono, quando ele ocorreu na primeira consulta, encontramos que o percentual foi estatisticamente similar nos dois serviços (22% na UNICAMP e 25,5% na PUCCAMP). O mesmo aconteceu quando o abandono ocorreu em casais com propedêutica incompleta (22,6% na UNICAMP e 20,4% na PUCCAMP), e naqueles com propedêutica completa (10% na UNICAMP e 11,3% na

PUCCAMP). Do total de mulheres que abandonaram ambos os serviços, 68,4% o fizeram na primeira consulta e com propedêutica incompleta.

Por outro lado, o abandono durante o tratamento foi significativamente maior na UNICAMP, que na PUCCAMP (TABELA 5).

TABELA 5 - Frequência do abandono segundo fonte de dados.

MOMENTO	UNICAMP		PUCC		p(#)
	N	%	N	%	
Não abandonaram	588	33,4	213	37,5	NS
Na 1a. consulta	388	22,0	145	25,5	NS
Proped.Incompl.	398	22,6	116	20,4	NS
Proped. Compl.	176	10,0	64	11,3	NS
No tratamento	213	12,0	30	5,3	<0,0001
TOTAL	1763		568		

(#) Teste de Qui-quadrado
NS Não significativo

Quando analisados separadamente todos os casais em que se chegou a um diagnóstico da causa da esterilidade, incluindo neste grupo as mulheres laqueadas, onde óbviamente o diagnóstico estava estabelecido, o abandono foi diferente (TABELA 6). Estas mulheres somaram 1039 na UNICAMP e 310 na PUCCAMP. A taxa de abandono para estes 1349 casais foi significativamente maior entre aqueles casais acompanhados na UNICAMP.

Observou-se também que os casais com esterilidade secundária abandonaram significativamente mais, que aqueles com esterilidade primária. Por outro lado, a idade do homem e da mulher e o tempo de esterilidade não tiveram influência sobre a taxa de abandono (TABELA 6).

TABELA 6 - Porcentagem de casais com diagnóstico estabelecido, que abandonaram o tratamento segundo algumas características.

Características	Porcentagem	n	p(#)
Fonte de dados			
UNICAMP	43,4	1039	<0,0002
PUCC	31,3	310	
Idade da Mulher			
< 20	33,3	39	NS
20-24	38,6	285	
25-29	39,2	441	
>= 30	43,2	584	
Idade do homem			
< 20	9,1	11	NS
20-24	36,1	194	
25-29	42,1	416	
>= 30	41,4	723	
Tipo de esterilidade			
Primária	36,2	680	<0,0010
Secundária	45,1	669	
Tempo de esterilidade			
<= 5	39,5	810	NS
6-10	41,5	414	
> 10	45,3	119	

(#) Teste de Qui-quadrado
NS Não Significativo

Analisando-se os fatores etiológicos masculinos e femininos que poderiam influir sobre a possibilidade de abandonar ou não o serviço, encontrou-se que o antecedente de laqueadura foi a variável feminina mais associada com o abandono. Os outros fatores femininos mais relacionados foram mulheres com diagnóstico não estabelecido e com fator ovulatório (TABELA 7).

TABELA 7 - Porcentagem de casais que abandonaram o serviço segundo fatores femininos de esterilidade.

Fatores Femininos	Porcentagem	n	p(#)
Disf. Sexual			NS
Sim	33,3	6	
Não	40,7	1343	
Ovulatório			0,0129
Sim	45,8	406	
Não	38,4	943	
Tuboperitoneal			NS
Sim	39,4	393	
Não	41,1	956	
Ant. Laqueadura			<0,0001
Sim	51,1	325	
Não	37,3	1024	
Anom.Cong.			NS
Sim	33,3	12	
Não	40,7	1337	
Endometriose			NS
Sim	34,5	58	
Não	40,9	1291	
Lesões uterinas/ cérvix adquiridas			NS
Sim	38,6	44	
Não	40,7	1305	
Causas Sistêmicas			NS
Sim	36,8	19	
Não	40,7	1330	
Causas não dem.			NS
Sim	29,4	17	
Não	40,8	1332	
Diagn. N. est.			0,0008
Sim	23,7	93	
Não	41,9	1256	
T.pós-coito anorm.			
Sim	37,5	8	NS
Não	40,6	1341	

NS Não significativo (#) Teste de Qui-Quadrado

Entre os fatores etiológicos masculinos, somente um fator contribuiu estatisticamente para o maior abandono, a oligoastenospermia (TABELA 8).

TABELA 8 - Porcentagem de casais que abandonaram o serviço segundo fatores masculinos de esterilidade.

Fatores Masculinos	Porcentagem	n	p(#)
Disf. Sexual			NS
Sim	50,0	6	
Não	40,6	1343	
Causas Iatrog.			NS
Sim	0,0	1	
Não	40,7	1348	
Varicocele			NS
Sim	42,1	19	
Não	40,6	1330	
Oligoastenos-teratospermia			0,0051
Sim	49,5	212	
Não	39,0	1137	
Infecção			NS
Sim	30,8	13	
Não	40,7	1336	

(#) Teste de Qui-quadrado
NS Não Significativo

Através da análise multivariada por regressão logística encontrou-se que as variáveis que significativamente se associaram ao abandono foram o antecedente de laqueadura ($p<0,0001$), e a fonte de onde se obtiveram os dados ($p=0,0001$) (TABELA 9).

TABELA 9 - Variáveis significativas associadas ao abandono segundo a análise por regressão logística.

Variáveis	Coeficiente	p	Correlação
Antec. de laqueadura	0,5664	<0,0001	0,0972
Fonte de dados UNICAMP	0,5470	<0,0002	0,0857
Constante	-0,9505	<0,0001	

Variáveis analisadas: Idade da mulher e do homem, fonte de dados, tipo e tempo de esterilidade, fatores femininos e masculinos.

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

A população que procura os serviços de esterilidade nos hospitais universitários de Campinas é, do ponto de vista demográfico, muito similar. Imaginávamos préviamente que pudessem existir diferenças já que a UNICAMP fornece atendimento a casais com encaminhamento e triagem prévios e, além disso, oferece também serviços mais complexos como a inseminação artificial e a fertilização "in vitro" e transferência de embriões (FIVTE).

Como descrito em outros trabalhos (DOR, HOMBURG, RABAU, 1977; KLIGER, 1984), houve ligeira tendência de um maior número de casais com esterilidade primária, embora não existindo significância estatística. Todavia, constatamos uma distribuição diferente nos dados colhidos no Ambulatório da UNICAMP no período de 1972 a 1980 quando a esterilidade primária esteve presente em 71% dos casais (CUNHA E SILVA, 1983). A única explicação para este fato é a de que há vinte anos atrás, nossa população de mulheres que já tinha engravidado alguma vez, talvez se resignasse a não consultar por esterilidade. Por um lado, poderiam pensar que não seriam atendidas pelo fato de já terem filhos e, por outro, pelo desconhecimento de que seu problema poderia ter solução. É necessário ressaltar também que a imprensa tem difundido muito mais o problema da esterilidade conjugal e seus possíveis tratamentos, o que pode ter encorajado muitas mulheres, atualmente, a buscarem tratamento.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

Contrariamente, no continente africano existe maior procura pelos serviços de esterilidade de casais com esterilidade secundária. Uma explicação para tal fato ocorre em alguns países em desenvolvimento, onde a má atenção obstétrica somada ao precário estado de saúde da mulher levam à ocorrência de infecções puerperais que deixam sequelas para seu futuro reprodutivo. Da mesma forma, em países onde o aborto é ilegal e realizado em condições precárias, existe uma maior incidência de esterilidade secundária (CHUKUDEBELU, ESEGE, MEGAFU, 1979; CATES e cols., 1985).

Com relação à idade, mais de 60% das mulheres em ambos os serviços tinham menos de 30 anos e, ao redor de 90% delas menos de 35 anos por ocasião da primeira consulta. Isto é muito importante, já que a idade da mulher é um dos fatores significativos para determinar a fertilidade futura de um casal (BAHAMONDES e cols., 1994a).

A maior idade da mulher está diretamente relacionada com uma menor possibilidade de engravidar em qualquer tipo de tratamento. Mulheres submetidas à inseminação de doador, onde o fator masculino e a frequência de relações sexuais foram excluídos, mostraram que a partir dos 35 anos a taxa de gravidez é menor (SCHWARTZ, MAYAUX, CECOS, 1982; STOVAL e cols., 1991).

Quanto ao tempo de esterilidade, também não houve diferenças entre a população dos hospitais estudados. É importante ressaltar que mais de 60% dos casais consultaram antes de ter 5

anos de história de esterilidade, o que é positivo, pois o maior tempo de esterilidade também leva a menor possibilidade de sucesso no tratamento (TEMPLETON & PENNEY, 1982; COLLINS e cols., 1984; BOSTOFTE e cols., 1993; BAHAMONDES e cols., 1994a).

Isto pode estar diretamente relacionado ao fato de que quanto maior o tempo de exposição à gravidez, maior será a idade da mulher, o que diminui as possibilidades de engravidar segundo o anteriormente comentado.

Alguns fatores foram diagnosticados diferentemente nos dois serviços. O fato de que, o diagnóstico "causa não demonstrável" não tenha sido observado na PUCCAMP foi provavelmente devido ao longo período em que o hospital não teve equipamento de endoscopia. A interpretação dada ao achado que o número maior de mulheres com diagnóstico etiológico de causas sistêmicas tenha sido na UNICAMP, é que se deve à própria característica de atendimento desta universidade, que recebe casos triados para cuidados terciários. De qualquer forma, os fatores mais frequentes, o tubáreo e o ovulatório incidiram igualmente nos dois serviços.

Utilizando uma metodologia semelhante para identificar os fatores etiológicos de esterilidade, a Organização Mundial de Saúde (CATES e cols., 1985), conduziu um estudo multicêntrico em países desenvolvidos e em desenvolvimento. A comparação com esses trabalhos é dificultada por vários aspectos. Entre eles, a diferença entre as populações estudadas, as técnicas utilizadas

para a análise dos dados e o fato de que as interpretações utilizadas para fundamentar os diagnósticos geralmente foram baseadas em diferentes testes.

A distribuição dos fatores etiológicos de esterilidade foi diferente em relação aos serviços de países desenvolvidos e também diferiu dos países africanos.

Em nossos resultados a incidência de fator tubáreo, excluindo as mulheres laqueadas que solicitavam reversão de sua cirurgia, foi alta chegando a 29%, com uma distribuição de 55,5% entre as mulheres com esterilidade primária e o restante com esterilidade secundária. O fato de que mais da metade das mulheres com obstrução tubárea tivessem esterilidade primária nos faz pensar em antecedentes infecciosos não tratados adequadamente em nosso meio.

Um estudo realizado no John Hopkins Hospital (KATAYAMA e cols., 1979), mostrou 12% de causa tubárea entre 636 mulheres com esterilidade primária, taxa essa completamente diferente da nossa. Outros estudos em países desenvolvidos descrevem taxas de fator tubáreo que variam de 6,5% a 17,7% (DOR e cols., 1977; THOMAS & FORREST, 1980; VERKAUF, 1983).

A obstrução tubárea está relacionada principalmente ao antecedente de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Doença Inflamatória Pélvica (DIP), infecções pós parto e pós aborto, e também a história de cirurgias pélvicas. Esta última causa de

obstrução tubárea foi a de maior risco relativo em um estudo conduzido na UNICAMP (BAHAMONDES e cols., 1994b).

Em um estudo da OMS foi constatado que 40% das mulheres africanas com esterilidade primária e cerca de 60% das multíparas apresentavam obstrução tubárea. Esses números foram muito superiores aos encontrados nos países desenvolvidos, na Ásia e na America Latina. Constatou-se para os países desenvolvidos um risco relativo para obstrução tubárea associado à história de DIP de 2,8, e associado a complicações com gravidezes anteriores de 2,3. Para a África, esses riscos foram de 6,5 e 5,2 respectivamente (WHO, 1987).

Estudos com mulheres que frequentaram clínicas de planejamento familiar ou de ginecologia e obstetrícia em países em desenvolvimento, revelaram a existência de gonorréia em até 12% das mulheres na Ásia, 18% na América Latina e 40% na África (DIXON-MUELLER & WASSERHEIT, 1993).

Por outro lado, encontrou-se 17,3% de salpingites diagnosticadas laparoscópicamente em 415 mulheres estéreis na Suécia. Observou-se também que a obstrução tubárea ocorria mais frequentemente após uma salpingite não gonocócica (WESTRON, 1975). O mesmo autor, analisando mulheres com obstrução tubárea sem passado de infecção chamou atenção para o conceito de "DIP silenciosa" (WESTROM, 1989). Evidenciou-se ***Clamídia trachomatis*** em

trompas removidas durante a laqueadura realizada no pós-parto imediato e que eram assintomáticas (MENCHACA e cols., 1988), e também entre mulheres com sintomas de salpingite aguda (MARDH e cols., 1977).

Apesar de estudos mostrarem alta incidência de ***Clamídia trachomatis*** (18,8%) em trompas e tecidos abdominais em mulheres com doença tubárea durante a laparoscopia (HENRY-SUCHET e cols., 1981), muito poucas vezes a patologia é pensada como hipótese diagnóstica. Foi descrito que, na França, somente em 6 de 1000 consultas feitas por médicos generalistas é suspeitada a infecção por Clamídia (JOB-SPIRA e cols., 1988).

Entretanto, embora o antecedente de DST seja de alto risco para a obstrução tubárea, é necessário ressaltar que para que a esterilidade tubárea se instale, em geral, mais de um episódio de DST deve ocorrer. Foi observado a ocorrência de 11% de obstrução tubária após o primeiro episódio de DIP, 23% após o segundo e 54% após o terceiro (WESTROM & MARDH, 1990). Estes dados foram obtidos de mulheres que tiveram a doença sintomática e por isso as referiam em seus antecedentes. Isto mostra que muitas vezes ou as mulheres não consultam, ou os médicos não tratam devidamente estas doenças.

Nos países em desenvolvimento poucos estudos existem sobre as doenças sexualmente transmissíveis e escassas são as

informações sobre as complicações dessas infecções, especialmente sobre a correlação entre DIP e obstrução tubárea. As mulheres não sabem do risco que correm após uma doença inflamatória pélvica. Muitas vezes nem os profissionais de saúde sabem da importância de seu tratamento correto, aumentando a probabilidade da propagação dessas infecções e contribuindo para a progressão das complicações a longo prazo.

É através da "cultura do silêncio" que somente as mulheres são tratadas, algumas vezes tratadas apenas parcialmente, mas muitas vezes não são avisadas dos riscos e perigos das DST e suas consequências.

Alguns fatores tem sido correlacionados com DIP. Em estudo para a análise de eventos da vida social, sexual e do uso de métodos contraceptivos que pudessem influenciar a incidência de DIP, autores na Dinamarca encontraram que entre 585 mulheres de 15 a 54 anos, dois terços delas não possuíam qualquer antecedente de infecção, enquanto que o restante apresentava em média três episódios de infecção pélvica. As mulheres com início da atividade sexual antes dos 16 anos apresentavam duas vezes mais DIP que aquelas que começaram a atividade sexual após os 18 anos. Aquelas que utilizaram métodos de barreira por dois anos ou mais apresentaram 23% menos infecção. Os autores explicaram a menor incidência de DIP entre as mulheres de classe social mais elevada pela probabilidade de serem mulheres que iniciavam a atividade

sexual mais tardiamente e que habitualmente utilizavam métodos de barreira (LIDEGAARD & HELM, 1990).

Dados em nosso meio apontam como fatores de alto risco para obstrução tubárea o consumo de álcool e cirurgias abdominais ou pélvicas; risco moderado para a prática de sexo anal frequente, múltiplos parceiros sexuais e história de abortos anteriores. Ao contrário de outros trabalhos, um baixo risco para obstrução foi constatado para mulheres com história de DST anterior, hábito de fumar e início da atividade sexual precoce. O grande número de cirurgias para tratamento de cistos de ovário foi implicado como o de maior risco para fator tubáreo (BAHAMONDES e cols., 1994b).

A população assistida em nossos hospitais universitários procede de classe social baixa, possue característica de iniciar atividade sexual precocemente, e não costuma utilizar os métodos de barreira. Os casos de gonorréia em nosso meio são, geralmente, devidamente tratados, já que nas mulheres a infecção mostra sintomas agudos. Entretanto, nem sempre é feito o tratamento para germes associados que provocam dano assintomáticamente como a Clamídia, e nem sempre são tratados os parceiros sexuais. Além disso, o mais grave é que, geralmente, não é esclarecido às mulheres o caráter sexual das DST, assim como não é dito a elas o risco de chegarem a desenvolver DIP e futura esterilidade de tipo tubáreo. Também pouco se ensina e orienta sobre como evitar novas infecções deste tipo.

O grau de pobreza dos países e de sua população leva a um aumento nas complicações no pós parto e pós aborto. Muitos partos no Brasil ainda são domiciliares, e mesmo aqueles que recebem atenção e assistência hospitalar, devido ao estado debilitado da saúde das mulheres pobres, muitas vezes evoluem com complicações, a mais grave delas, a infecção puerperal. Além disso, a crise econômica e seu reflexo principalmente na área da saúde, tem levado os hospitais a condições precárias de atendimento o que aumenta o risco de infecção.

O aborto ilegal em nosso meio também tem sido associado à obstrução tubárea diferentemente de outros países onde ele é permitido (STUBBLEFIELD e cols., 1984).

A estimativa é de que ocorrem aproximadamente 35 a 55 milhões de abortos induzidos em todo o mundo anualmente, e cerca de 26 a 31 milhões são realizados em circunstâncias legais (WHO, 1994). A verdadeira dimensão deste problema, particularmente nos países onde o aborto é ilegal, permanece largamente desconhecida.

Os abortos no Brasil ocorrem clandestinamente. A forma mais comum de indução é através da ingestão de medicamentos comuns, chás ou manipulação dos genitais internos com diferentes objetos pela própria mulher ou por curiosas em ambientes contaminados.

No Brasil, estima-se que somente 40% dos nascimentos são desejados. Do restante das gravidezes, entre 20 e 30% chegam a termo e 17 a 35% terminam em abortos por opção, a maioria das vezes com risco para a saúde da mãe (THE ALLAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1994).

Embora não se tenham dados oficiais do número de abortos no país, a Coordenação de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde estimou que cerca de 1.200.000 abortos são realizados por ano no Brasil (COSTA, 1993).

As mulheres de classe média e alta recorrem a profissionais habilitados em clínicas ou hospitais bem aparelhados e acabam tendo menor incidência de complicações. Ao contrário, entre as mulheres pobres o risco de morbidade e mortalidade é maior tanto pelas características inseguras do procedimento como pela própria situação de saúde debilitada gerada pela pobreza.

Números oficiais apontam que 270.000 mulheres brasileiras foram hospitalizadas por complicações do aborto provocado durante o ano de 1991, o que custou ao serviço de saúde 25.500.000 dólares em gastos hospitalares (DATASUS, 1991).

Calcula-se que a taxa de Mortalidade Materna (como média nacional) no Brasil seja de 156/100.000 nascidos vivos, e culpa-se o aborto ilegal por 11% desses óbitos (LAURENTI, 1988).

Embora o Brasil seja considerado um país de transição avançada em termos de fecundidade, ou seja, onde os métodos anticoncepcionais são bastante utilizados (GUZMAN, 1989), dados da PESQUISA NACIONAL de 1986, mostraram que somente 52% das mulheres de 15 a 44 anos casadas ou em união consensual utilizavam algum método contraceptivo. Dessas, 27% eram laqueadas, 25% usavam pílula, 9% utilizavam abstinência periódica ou coito interrompido e 5% outros métodos como o DIU, injetáveis e condom. Um universo de 35% de mulheres não utilizava nenhum método.

Porque tantas mulheres abortam? Porque grandes proporções de casais não utilizam os métodos de planejamento familiar ou não o praticam de forma a obter sua máxima eficácia? Porque possuem pequeno acesso aos serviços de planejamento familiar, devido ao fato de eles não existirem ou das pessoas não saberem da sua existência, ou ainda porque moram longe desses serviços e o acesso torna-se caro devido ao custo do transporte. Em muitos casos a qualidade do serviço prestado não é boa, as mulheres sentem-se pouco à vontade ou não gostam de como são tratadas. Ainda que o acesso seja fácil e que a qualidade do serviço seja boa, algumas atitudes pessoais e culturais, como o medo dos efeitos colaterais com o uso do método, a ignorância sobre seu modo de ação, ou a não compreensão da importância do uso permanente e correto, leva grande parte das mulheres a não se utilizar das vantagens da anticoncepção eficaz.

Por outro lado, mais uma vez pelo descaso no setor de saúde, os serviços da rede pública estão quase sempre desabastecidos de métodos anticoncepcionais. Isto tem levado à distorção que encontramos atualmente: as mulheres optam pela laqueadura ou pelo anticoncepcional oral adquirido livremente nas farmácias.

Em resumo, o desconhecimento dos métodos num país onde 90% das mulheres diz conhecer somente a laqueadura e a pílula, as que conhecem a pílula não sabem usá-la corretamente, já que 93% das usuárias de ACO adquirem-no diretamente nas farmácias, somado à desconfiança nos métodos em geral, levam à descontinuidade e ao abandono da anticoncepção. Cresce assim o número de gravidezes não desejadas, de abortos induzidos e, potencialmente aumentam as complicações, entre elas a esterilidade tubárea.

Também nos surpreendeu a incidência de fator tubáreo por solicitação de reversão pós laqueadura. Esta é uma nova etiologia para o fator tubáreo.

Um estudo com mulheres porto-riquenhas laqueadas entre 1954 e 1982, mostrou que 21% delas apresentavam alguma forma de arrependimento e que 11% estavam definitivamente arrependidas. A idade jovem na época do procedimento, a indicação médica e um novo casamento foram fatores significativos para o arrependimento. É interessante notar que quando a indicação da laqueadura se deu por

motivos médicos, o arrependimento foi duas vezes maior que quando a própria mulher decidiu pela cirurgia (BORING, ROCHAT, BECERRA, 1988).

Não sabemos exatamente o peso do problema arrependimento da laqueadura em nosso meio. Sabemos somente que os centros universitários tem admitido um grande número de mulheres arrependidas, e que temos que tomar algumas atitudes frente a este novo problema assistencial.

A alta taxa de mulheres laqueadas que procuraram nossos serviços de esterilidade evidencia a existência de insatisfação com o método definitivo, e acreditamos que a alta taxa de abandono entre essas mulheres corresponde também a variações na intensidade de insatisfação somados a problemas sócio-econômicos.

A laqueadura em si não é um mau método. Ela está em realidade sendo mal utilizada em mulheres muito jovens, num momento precoce de sua vida reprodutiva. Entre essas mulheres novamente se denota o desconhecimento sobre os métodos anticoncepcionais reversíveis e a pouca confiança que possuem em sua eficácia. Tudo isso é falta de comunicação entre os profissionais de saúde e a população, falta de orientação e de opções para a contracepção dos casais. Soma-se a essas dificuldades, a contenção de gastos com saúde pela rede pública, o que impede a capacitação de pessoal para atender e esclarecer esse contingente de homens e mulheres. Além disso, a forma desordenada e instável com que as autoridades provêm de recursos materiais a essas instituições públicas, contribui para a piora da assistência médica básica.

Obtivemos em realidade 53% de fator tubáreo como causa de esterilidade. Isto mostra a falta de orientação com relação à prevenção e a tratamentos adequados das DST, provavelmente um número de cirurgias pélvicas desnecessárias, e altos índices de complicações pós aborto e pós parto. Também mostra uma má indicação da laqueadura em mulheres muito jovens ou com necessidades ainda não satisfeitas de procriação.

O segundo fator em importância na etiologia foi o ovulatório. É óbvio que este fator não pode ser prevenido, entretanto, os profissionais de saúde, sobretudo os médicos generalistas, deveriam estar orientados a encaminhar precocemente mulheres com alterações menstruais para avaliação e tratamento. Em especial aquelas com amenorréia, é necessário estudá-las mais precocemente do ponto de vista de sua esterilidade.

Frente aos dois diagnósticos encontrados com maior frequência, o fator tubáreo e o fator ovulatório, as Universidades e o setor público de saúde têm obrigação de fornecer serviços radiológicos de qualidade para histerossalpingografias, instrumental necessário tanto para endoscopia ginecológica diagnóstica quanto para cirurgias via endoscópica, catéteres para desobstrução tubárea via endoscópica ou ultrassonográfica e um serviço ao menos de FIVTE na cidade para atender a demanda da região. Além disso, estoque dos medicamentos necessários às induções de ovulação com o fim de distribuí-los à população sem

ônus para o casal. Não se pode tratar a anovulação crônica apenas com o citrato de clomifeno, quando sabemos que nos casos de amenorréias hipotalâmicas ou hipofisárias este medicamento não é eficaz; e por outro lado, as pacientes do setor público não possuem condições de arcar com o alto custo das gonadotrofinas hipofisárias.

Tudo isto acaba sendo tecnologia apropriada para países em desenvolvimento frente a um problema estável como é o fator tubáreo de esterilidade.

Também entre os homens as DST deixam sequelas. De 7570 casais analisados de acordo às normas da OMS, foi constatado que entre homens azoospérmicos, 17% tinham história de epididimite anterior. Entre os homens com análise de sêmen anormal, 70% possuíam antecedentes de epididimite, 60% de infecção de trato urinário e 50% possuíam um ou mais episódios de DST (COMHAIRE, 1989).

Em nossos dados, entre os fatores masculinos, a oligospermia incidiu diferentemente nos dois serviços. Isto pode ser explicado pelos problemas no laboratório de análises da PUCCAMP, que passou vários anos com dificuldades de toda ordem com relação à qualidade técnica nos exames e, especialmente, com relação à análise de sêmen.

Por outro lado, a taxa de azoospermia encontrada na população foi baixa, bem como a incidência de varicocele e infecção. Isto pode estar relacionado com o fato de que durante vários anos a Andrologia foi um capítulo da medicina ao qual pouca atenção ofereceram ambos os hospitais.

Finalmente, desejamos discutir o último ponto dos nossos objetivos que foi avaliar o grau de abandono. As altas taxas denotam a possível frustração das expectativas iniciais dos casais que nos procuram frente a realidade do que encontram. A crença de que já na primeira consulta ou no primeiro mês de acompanhamento terão seus problemas solucionados, e, quando se dão conta do número de retornos e da diversidade dos testes a realizar, ou sentem-se indispostos por acharem perda de tempo ou não conseguem nem sequer arcar com o gasto financeiro do transporte. Isto os leva a desistirem, abandonando o serviço.

Também devemos levar em consideração que outra possibilidade para o abandono existe quando o serviço não oferece terapias adequadas a algumas mulheres (um exemplo são as gonadotrofinas), ou quando a lista de espera é extremamente longa para realizar exames propedêuticos ou para receber certas terapias, como as cirurgias tubáreas reparadoras.

Embora não tenhamos muitos dados na literatura, a taxa de abandono encontrada foi compatível com alguns serviços de Santiago

do Chile (20 a 70% de abandono), e foi a mesma encontrada há dez anos atrás no Ambulatório de esterilidade da UNICAMP (CUNHA E SILVA, 1983).

Isto nos faz pensar em atitudes ou medidas a serem tomadas frente a casais que buscam o serviço pela primeira vez. Talvez uma palestra descrevendo a propedêutica que é realizada para os casais que chegam para a primeira consulta, enfatizando o tempo necessário para concluí-la até chegar-se ao diagnóstico. No momento do diagnóstico, agora individualmente com cada casal, deve ser consumido um tempo mais longo onde se discuta o prognóstico e se proponha um tempo de tentativa com o tratamento escolhido para a obtenção de sucesso. Cremos que um período de tempo de tratamento deva ser proposto e discutido pelo médico juntamente com o casal, visando diminuir a ansiedade e a angústia frente aos vários ciclos de tratamento que se seguirão.

Um trabalho sobre o impacto da esterilidade nos relacionamentos intra e interpessoal, mostrou que entre os casais o aumento do estresse ocorria significativamente durante a primeira entrevista e no momento do diagnóstico (DANILUK, 1988).

Embora o a tensão emocional ligada à esterilidade seja grandemente discutida e aceita na literatura, comprovou-se que também o estresse psicossocial contribui significativamente com a etiologia de algumas formas de esterilidade (WASSER, SEWALL, SOULES, 1993).

Altos índices de estresse são descritos entre casais em tratamento de reprodução assistida. Um estudo de Harvard propôs um tratamento de relaxamento corporal e mental, e conseguiu baixar significativamente a taxa de ansiedade, depressão e fadiga, bem como elevar para 34% a taxa de gravidez nos primeiros 6 meses do programa em 54 mulheres em tratamento de Inseminação Intra-uterina (IIU) e Transferência Intratubárea de Gametas (GIFT) (DOMAR, SEIBEL, BENSON, 1990). Talvez alguma medida nessa direção possa ser idealizada com vistas a manter um estado emocional e físico mais adequado durante os procedimentos mais invasivos que manipulam de forma mais agressiva a rotina do casal e que acabam por aumentar a tensão emocional e a insatisfação, gerando maior abandono durante o tratamento.

O fato de que casais com esterilidade secundária abandonem mais que os com esterilidade primária é facilmente compreendido. É possível que aqueles que já possuem filhos sintam menos com a falha reprodutiva e frente à sociedade em que vivem do que aqueles sem filhos. Estes tendem a persistir mais tempo em tratamento e é comprovado que buscam mais frequentemente tratamento que os primeiros.

Por outro lado, a dinâmica de tratamento de mulheres anovulatórias, com vários retornos para monitorização de ovulação e acerto da medicação, e o próprio tipo de droga que muitas vezes aumenta os gastos do casal, contribuem para o abandono de mulheres

com fator ovulatório. Possivelmente também algumas pacientes engravidam com o uso do Citrato de Clomifeno e optam por fazer o acompanhamento do pré-natal em outro local, aumentando o número de casos de abandono do Serviço.

Para nossa surpresa encontramos que, mulheres com diagnóstico não estabelecido, ou seja, as que necessitam de laparoscopia para confirmar a ausência de qualquer fator, abandonam menos que as que apresentam outros fatores. Talvez pela necessidade de buscar uma causa para sua dificuldade reprodutiva, persistam mais no seu acompanhamento.

Durante a análise multivariada por regressão logística surgiram duas variáveis ligadas à maior taxa de abandono: o antecedente de laqueadura e ser paciente da UNICAMP.

É interessante notar que a solicitação de reversão da laqueadura tenha sido uma das duas variáveis que concorreram para o abandono. Não sabemos explicar os motivos mas intuímos que possivelmente, o fato de já terem filhos e a dificuldade econômica pela qual passa o país contribuam para que essas mulheres não assumam de forma definitiva a insatisfação com o método definitivo que escolheram. Faltam, entretanto estudos para decifrar corretamente as características dessa população de mulheres em nosso meio, e nossas palavras são apenas meras considerações frente a um problema médico-sócio-econômico.

Outra interpretação é que as mulheres podem pensar que a reversão da laqueadura é um procedimento tão simples quanto a ligadura tubárea em si mesma. Quando defrontadas com procedimentos tais como a laparoscopia, elas decidem abandonar o serviço. Quase metade das mulheres laqueadas arrependidas que consultaram na UNICAMP, abandonaram após a primeira consulta (PETTA e cols., 1994).

Da mesma forma o achado na UNICAMP, de que quase 50% das mulheres que solicitaram reversão da laqueadura e chegaram a realizar laparoscopia não tinham nenhuma possibilidade de reconstrução cirúrgica, deve estar contribuindo para a desistência do tratamento (PETTA e Cols., 1994). Restava a elas apenas a alternativa da FIVTE, e frente a uma solução tão difícil, e de acesso recente na UNICAMP, estas mulheres optaram pelo abandono.

Diante do abandono de casais com diagnóstico definido e daqueles em tratamento, as taxas foram diferentes nos dois serviços. O fato de ser atendida na UNICAMP também foi o outro fator relacionado ao abandono e isso se deve, provavelmente, ao fato de que a UNICAMP fornece tratamentos de alguma forma mais invasivos e desgastantes para os casais, como a IIU homóloga e as alternativas de GIFT e FIVTE. O hospital da PUCCAMP não oferece essas formas de tratamento e frente a um casal que as necessite, o encaminhamento é feito para a UNICAMP. Esse casal obtém alta da PUCCAMP e se porventura perde seguimento somará os casos de abandono na UNICAMP, aumentando as taxas aí encontradas.

A azoospermia não foi por nós encarada como variável para o abandono já que não oferecemos, em nenhum dos serviços a opção para tratamento com sêmen de doador. A estes casais é dado alta do serviço e orientada a adoção como única solução. Não temos dados a respeito do número deles que optem pela adoção e isso seria interessante, visto que entre nós é grande o número de menores abandonados, e se pudéssemos de alguma forma implementar essa idéia como uma opção de tratamento viável seria também proveitoso tanto para os casais como para o menor e a sociedade.

A oligoastenospermia foi também tida como fator relacionado ao abandono, e esse fato é facilmente entendido já que não existe tratamento medicamentoso para esses homens, restando apenas a IIU onde são realizados vários ciclos e com pouco sucesso. Nesses casos, a opção é a lista de espera para procedimentos de GIFT ou FIVTE, fazendo com que os casais mais facilmente percam as esperanças de verem seu problema resolvido.

Como protagonistas do abandono temos casais não motivados a persistir no tratamento provavelmente porque não estão orientados, esperam mais do serviço, sentem-se mal tratados ou encontram o período de propedêutica muito longo e com inúmeros testes.

Além disso, o tratamento do fator ovulatório muitas vezes é dispendioso e o setor público não tem oferecido gonadotrofinas de

mulheres menopausadas para o tratamento, assim como os análogos do GnRH ou os tratamentos hormonais necessários para a endometriose. Esta falta de medicamentos aumenta o número de abandonos e potencializa o grau de insatisfação dos casais.

Para superar este problema necessitamos melhores esclarecimentos no início da propedêutica, palestras e maior tempo de comunicação com o casal. A UNICAMP tem adotado há um ano palestras educativas para todos os casais que se consultam pela primeira vez, visando o melhor intercâmbio de informações com os casais estéreis que buscam o ambulatório, não tendo ainda avaliação dos resultados.

O número de casais que procuram tratamento em serviços de esterilidade tem aumentado nos últimos 40 anos. Nos anos 80 foi estimado que mais de 1 milhão de novas mulheres buscavam tratamento para esterilidade a cada ano; esse número foi seis vezes maior que o número de pessoas tratadas por câncer de pulmão no mesmo período (KEYE, 1993).

Por outro lado, uma análise feita pelo THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (1988), encontrou que 49% dos casais que necessitavam de tratamento de esterilidade recebiam atenção: 33% haviam recebido tratamento e 16% somente aconselhamento.

Em 1980, em um comentário sobre o perfil do desenvolvimento dos conhecimentos na área da reprodução o autor referia que nos anos 50 o grande desafio havia sido a correção dos problemas da ovulação, e que anos depois dava-se a descoberta dos indutores de ovulação. Durante os anos 70, a nova meta era a área da investigação da amenorréia, e a partir daí surgiram as dosagens de gonadotrofinas, a biópsia ovariana e os estudos de cariótipo (SIEGLER, 1980). Os anos 80 caminharam com a monitorização do momento ovulatório, com a viabilização das técnicas da reprodução assistida e o advento de cirurgias e procedimentos via endoscópica. O que nos resta para os anos 90? Talvez parar um pouco e pensarmos em PREVENÇÃO.

Devemos enfatizar que vivemos em um país em desenvolvimento, e que trabalhamos em instituições do setor público. Devemos reforçar também que é necessária a prevenção da esterilidade conjugal em nosso meio, pois não podemos seguir gastando o dinheiro público em tratamentos longos e insatisfatórios.

O achado de que a causa principal de esterilidade em nosso meio é o fator tubáreo, seja por infecção, seja por laqueadura, mostra claramente que devemos prevenir as DST, as DIP, as cirurgias pélvicas desnecessárias e a esterilização em mulheres jovens.

A Saúde é um estado de bem estar físico, mental e social completo, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (CONSTITUIÇÃO DA OMS). Por consequência, a Saúde Reprodutiva não é somente a ausência de doença ou de desordens no processo reprodutivo, mas uma condição na qual a reprodução é completa em meio a um bem estar físico, mental e social. Isso implica em que as pessoas tenham capacidade e direito à reprodução, que as mulheres possam completar a gestação e ter filhos com segurança, e que as crianças sobreviverão e crescerão de forma saudável. Implica também em que mais pessoas possam regular sua fertilidade sem riscos para sua saúde, e que estejam seguras na esfera sexual.

Mais do que uma lei humanística, a declaração da OMS é um desafio que faz parte do trabalho diário do médico no exercício da profissão.

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

6.1. As características estudadas entre os casais estéreis foram similares em ambos os hospitais universitários de Campinas, sendo mais frequentes mulheres com menos de 30 anos, estéreis primárias e com tempo de esterilidade menor que 5 anos.

6.2. O fator etiológico feminino mais frequente em ambos os hospitais foi o tubáreo, seguido do ovulatório. Dentro dos fatores masculinos o mais frequente foi a oligoastenospermia. Dentro do fator tubáreo surgiu um grupo importante: as mulheres laqueadas que solicitaram reversão do procedimento.

6.3. O abandono esteve na ordem de 65,6% em ambos os serviços, ocorrendo mais frequentemente, após a primeira consulta e com propedêutica incompleta.

6.4. Os casais que mais abandonaram os serviços durante o tratamento foram os que apresentaram esterilidade secundária, acompanhados na UNICAMP. O fator feminino mais ligado ao abandono foi o antecedente de laqueadura, e o masculino, a oligoastenospermia.

6.5. As variáveis significativamente associadas ao abandono foram o antecedente de laqueadura e ser paciente da UNICAMP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS(*)

ABBEY, A.; HALMAN L.J.; ANDREWS, F.M. - Psychosocial, treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility. **Fertil. Steril., 57**:122-28, 1992.

ANDREWS, F.M.; ABBEY, A.; HALMAN, L.J. - Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. **Fertil. Steril.**, **57**:1247-53, 1992.

ARMITAGE, P. - Statistical Methods in Medical Research. **John Wiley Ed.**, New York, 1971.

BAHAMONDES, L.; PETTA, C.A.; FAÚNDES, A.; BEDONE, A. - Significado do recente aumento do número de solicitantes de reversão de laqueadura em um Serviço de esterilidade. **Femina**, **20**: 360-62, 1992.

BAHAMONDES, L.; ALMA, F.A.; FAÚNDES, A.; VERA, S. - Score prognosis for the infertile couple based on historical factors and sperm analysis. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, **46**: 311-15, 1994a.

BAHAMONDES, L.; BUENO, J.G.R.; HARDY, E.; VERA, S.; PIMENTEL, E.; RAMOS, M. - Identification of main risk factors for tubal infertility. **Fertil. Steril., 61:** 478-482, 1994b.

BARSTED, L.A.L. - Legalização e descriminalização do aborto no Brasil: 10 anos de luta feminista. **Estudos Feministas**, 0: 104-30, 1992.

BORDAHL, P.E. - Tubal sterilization. A prospective long term investigation of 218 sterilized women. **Acta Obstet. Gynecol. Scand., Suppl.128:** 1-56, 1984.

BORING, C.C.; ROCHAT, R.W.; BECERRA, J. - Sterilization regret among Puerto Rican women. **Fertil. Steril., 49:** 973-81, 1988.

BOSTOFTE, E.; BAGGER, P.; MICHAEL, A,; STAKEMANN, G. - Fertility prognosis for infertile couples. **Fertil. Steril., 59:** 102-107, 1993.

CATES, W.; FARLEY, T.M.M.; ROWE, P.J. - Worldwide patterns of infertility: is Africa different? **Lancet, 14:** 596-98, 1985.

CHUKUDEBELU, W.O.; ESEGE, N; MEGAFU, U. - Etiological factors in infertility in Enugu, Nigeria. **Infertility, 2:** 193-200, 1979.

CHURCH, C.A.; GELLER, J.S. - La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento. **Population Reports, 10**: 1-2, 1990.

COLLINS, J.A.; GARNER, J.B.; WILSON, E.H.; WRIXON, W.; CASPER, R.F. - A proportional hazards analysis of the clinical characteristics of infertile couples. **Am. J. Obstet. Gynecol., 148**: 527-32, 1984.

COMHAIRE, F.H. - Evaluation of male infertility. In: **Perspectives in Andrology**. Ed. Raven Press, New York, 1989.

COSTA, A.M. - Direitos Reprodutivos: riscos e encruzilhadas. **Ministério da Saúde**, Brasília, 1993 (**mimeo**).

CUNHA E SILVA, M. - **Estudo de casais que consultaram no Ambulatório de Esterilidade da FCM/UNICAMP no período de 1972-80**. Campinas, 1982. (Dissertação de Mestrado. **Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas**).

DANILUK, J.C. - Infertility: intrapersonal and interpersonal impact. **Fertil. Steril., 49**: 982-90, 1988.

DATASUS, 1991/DADOS PRELIMINARES. In: Costa, A.M. - Direitos Reprodutivos: riscos e encruzilhadas. **Ministério da Saúde**, Brasília, 1993 (**mimeo**).

DI SILVESTRE, C. - Abandono y discontinuidad del tratamiento de infertilidad. **Revista de Sociología, Universidad de Chile, 4**: 77-93, 1989.

DIVERS, W.A. - Characteristics of women requesting reversal of sterilization. **Fertil. Steril., 41**: 233-36, 1984.

DIXON-MUELLER, R.; WASSERRHEIT, J. - A Cultura do Silêncio. As infecções do trato reprodutivo nas mulheres do Terceiro Mundo. **International Women's Health Coalition**. Brasil, 1993.

DOMAR, A.D.; SEIBEL, M.M.; BENSON, H. - The mind/body program for infertility: a new behavioral treatment approach for women with infertility. **Fertil. Steril., 53**: 246-49, 1990.

DOMAR, A.D.; BROOME, A.; ZUTTERMEISTER, P.C.; SEIBEL, M.; FRIEDMAN, R. - The prevalence and predictability of depression in infertile women. **Fertil. Steril., 58**: 1158-63, 1992.

DOR, J.; HOMBURG, R.; RABAU, E. - An evaluation of etiologic factors and therapy in 665 infertile couples. **Fertil. Steril., 28**: 718-22, 1977.

FRANK, O. - La esterilidad entre las mujeres de Africa al Sur del Sahara. **Boletín Médico de International Planned Parenthood Federation, 21** (1), 1987.

GREENHALL, E.; VESSEY, M. - The prevalence of subfertility: a review of the current confusion and a report of two new studies. **Fertil. Steril., 54**: 978-83, 1990.

GRUBB, G.S.; PETERSON, H.B.; LAYDE, P.M.; RUBIN, G.L. - Regret after decision to have a tubal sterilization. **Fertil. Steril., 44**: 248-53, 1985.

GUZMAN, J.M. - América Latina: fecundidad en transición. **Boletín Médico de International Planned - Parenthood Federation, 23** (5), 1989.

HALMAN, L.J.; ABBEY, A.; ANDREWS, F.M. - Why are couples satisfied with infertility treatment? **Fertil. Steril., 59**: 1046-54, 1993.

HENRY-SUCHET, J.; CATALAN, F.; LOFFREDO, V.; SANSON, M.J.; DEBACHE, C.; PIGEAU, F.; COPPIN, R. - Chlamydia trachomatis

associated with chronic inflammation in abdominal specimens in women selected for tuboplasty. **Fertil. Steril., 36:** 599-64, 1981.

HOSMER, D.J.; LEMESHOW, S. Applied logistic regression. **John Wiley & Sons Ed.**, 1989.

HOWE, G.; WESTHOFF, C.; VESSEY, M.; YEATES, D. - Effects of age, cigarette smoking, and other factors on fertility: findings in a large prospective study. **Obstet. Gynecol. Surv.**: 172-75, 1985.

JOB-SPIRA, N.; MEYER, L.; BOUVET, E.; JANAUD, A.; SPIRA, A. - The prevention of sexually transmitted diseases which affect fertility: methodological problems and initial results. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 27:** 157-64, 1988.

KATAYAMA, K.P.; JU, K.S.; MANUEL, M.; JONES, G.S.; JONES, H.W. - Computer analysis of etiology and pregnancy rate in 636 cases of primary infertility. **Am. J. Obstet. Gynecol., 135:** 207-14, 1979.

KAY, C. - Oral Contraceptives and Health. **Royal College of General Practioners.** London, 1974.

KEYE, W.R. - Unexplained Infertility. **Endocrine and Fertility Forum, 16** (4), 1993.

KLIGER, B.E. - Evaluation, therapy, and outcome in 493 infertile couples. **Fertil. Steril., 41:** 40-46, 1984.

KOPITZKE, E.J.; BERG, B.J.; WILSON, J.F.; OWENS, D. - Physical and emotional stress associated with components of the infertility investigation: perspectives of professionals and patients. **Fertil. Steril., 55:** 1137-43, 1991.

LAURENTI, R. - Óbitos Maternos. Principais causas. Brasil, 1979/87. SIM, DNE/ME (1988). In: Costa, A.M. - Direitos Reprodutivos: riscos e encruzilhadas. **Ministério da Saúde**, Brasília, 1993 (**mimeo**).

LEADER, A.; GALAN, N.; GEORGE, R.; TAYLOR, P.J. - A comparison of definable traits in women requesting reversal of sterilization and women satisfied with sterilization. **Am.J. Obstet. Gynecol., 145:** 198-202, 1983.

LEKE, R.J.I.; ODUMA, J.A.; BASSOL-MAYAGOITIA, S.; BACHA, A.M.; GRIGOR, K.M. - Regional and geographical variations in infertility: effects of environmental, cultural, and socioeconomic factors. **Envir. Health Perspect., Suppl.2:** 73-80, 1993.

LIDEGAARD, O.; HELM, P. - Pelvic inflamatory disease: the influence of contraceptive, sexual, and social life events. **Contraception, 41:** 475-83, 1990.

MARDH P-A.; RIPA, T.; SVENSSON, L.; WESTROM, L. - Chlamydia trachomatis infection in patients with acute salpingitis. **N. Engl. J. Med., 296:** 377-80, 1977.

MENCHACA, A.; SUAREZ, M.; FRIBERG, J.; GLEICHER, N. - Incidence of Chlamydia trachomatis in peripartum fallopian tubes. **J. Reprod. Med., 33:** 199-201, 1988.

NACHTIGALL, R.D.; BECKER, G.; WOZNY, M. - The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. **Fertil. Steril., 57:** 113- 121, 1992.

OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESMENT. U.S. CONGRESS. - Infertility medical and social choices. Washington DC: US Government Printing Office, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, CONSTITUIÇÃO. - In: Reproductive Health: the concept. **Progress,** 1989.

PAGE, H. - Estimation of the prevalence and incidence of infertility in a population: a pilot study. **Fertil. Steril., 51:** 571-77, 1989.

PENZIAS, A.S.; THOMPSON, I.E.; ALPER, M.M.; OSKOWITZ, S.P.; BERGER, M.J. - Successful use of gamete intrafallopian transfer does not reverse the decline in fertility in women over 40 years of age. **Obstet. Gynecol., 77**: 37-39, 1991.

PESQUISA NACIONAL SOBRE SAÚDE MATERNO-INFANTIL E PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL-1986. Sociedade Civil do Bem Estar Familiar no Brasil-BEMFAM. **Pesquisas Demográficas e de Saúde/Instituto para o Desenvolvimento de Recursos-IRD.** Rio de Janeiro, 1987.

PETTA, C.A.; BAHAMONDES, L.; HIDALGO, M.; FAÚNDES A.; BEDONE, A.; FAÚNDES, D. - A follow-up of women seeking sterilization reversal: a Brazilian experience. **Int. J. Obstet. Gynecol.**, 1994. (No prelo)

RACHOOTIN, P.; OLSEN, J. - Prevalence and socioeconomic correlates of subfecundity and spontaneous abortion in Denmark. **Int. J. Epidemiol., 11**: 245-49, 1982.

ROWE, P.J.; FARLEY, T.M.M. - The standarized investigation of the infertile couple. In: Rowe, P.J. and Vikhlyaena, E.M. (Eds), **Diagnosis and Treatment of Infertility**, Toronto, Hans Huber Publisher, 1988, p. 15-39.

SHAIN, R.N.; MILLER, W.B.; HOLDEN, A.E.C. - Married women's dissatisfaction with tubal sterilization and vasectomy at first-year follow-up: effects of perceived spousal dominance. **Fertil. Steril., 45**: 808-19, 1986.

SCHWARTZ, D.; MAYAUX, M.J.; FEDERATION CECOS - Female fecundity as function of age: results of artificial insemination in 2193 nulliparous women with azoospermic husbands. **N.Engl.J.Med., 306**:404, 1982.

SIEGLER, A.M. - Perspectives in infertility. **Fertil. Steril., 33**: 360-63, 1980.

STOVAL, D.W.; TOMA, S.K.; HAMMOND, M.G.; TALBERT, L.M. - The effect of age on female fecundity. **Obstet. Gynecol., 77**: 33-36, 1991.

STUBBLEFIELD, P.G.; MONSON, R.R.; SCHOENBAUM, S.C.; WOLFSON, C.E.; COOKSON, D.J.; RYAN, K.J. - Fertility after induced abortion: a prospective follow-up study. **Obstet. Gynecol., 62**: 186-93, 1984.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. Infertility data. In: Schroeder, P. - Infertility and the world outside. **Fertil. Steril., 49**: 765-67, 1988.

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. Aborto clandestino: uma realidade latino-americana. Nova York. **The Alan Guttmacher Institute**, 1994.

TEMPLETON, A.A.; PENNEY, G.C. - The incidence, characteristics, and prognosis of patients whose infertility is unexplained. **Fertil. Steril., 37:** 175-82, 1982.

THOMAS, A.K.; FORREST, M.S. - Infertility: a review of 291 infertile couples over eigth years. **Fertil. Steril., 34:** 106-11, 1980.

VEMER, H.M.; COLLA, P; SCHOOT, D.C.; WILLEMSEN, W.N.P.; BIERKENS, P.B.; ROLLAND, R. - Women regretting their sterilization. **Fertil. Steril., 46:** 724-26, 1986.

VERKAUF, B.S. - The incidence and outcome of single-factor, multifactorial, and unexplained infertility. **Am. J. Obstet. Gynecol., 147:** 175-81, 1983.

WASSER, S.K.; SEWALL, G.; SOULES, M.R. - Psychosocial stress as a cause of infertility. **Fertil. Steril., 59:** 685-89, 1993.

WESTROM, L.- Effect of acute pelvic inflammatory disease on fertility. **Am. J. Obstet. Gynecol., 121**:707-10, 1975.

WESTROM, L. - Pelvic inflammatory disease and other sexually transmitted diseases. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. **Infectious Diseases, 1**: 5-10, 1989.

WESTROM, L.; MARDH, P-A. - Acude pelvic inflammatory disease (1990). In: Westrom, L.; Berger, G.S. - **Pelvic Inflamatory Disease.** Ed. Raven Press. pg.15. New York, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - Scientific group on the epidemiology of infertility. **WHO Tech.Rep.Serv.,** 582, 1975.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - Infections, pregnancies, and infertility: perspectives on prevention. **Fertil. Steril., 47**: 964-67, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - Programme's on determinants of abortion has impact on policy. **Progress in Human Reproduction Research, 29**, 1994.

(*) HERANI, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses. São Paulo, BIREME, 1990.45p.

FICHA DE LEVANTAMENTO DE DADOS

01. Caso: ☐☐☐☐

02. Fonte:

1. UNICAMP 2. PUCCAMP ☐

03. Idade da mulher: ☐☐

04. Idade do homem: ☐☐

05. Tipo de esterilidade: ☐

1. Primária
2. secundária

06. Tempo de esterilidade (em anos): ☐☐

07. Fatores Femininos: ☐☐

01. Disfunção sexual
02. Ovulatório
03. Tuboperitoneal
04. Laqueadura
05. Anomalias congênitas
06. Endometriose
07. Lesões uterinas/ cérvix adquiridas
08. Causas sistêmicas
09. Causa não demonstrável
10. Diagn. não estabelecido
11. Teste pós-coito anormal

08. Fatores Masculinos: ☐

01. Disfunção sexual
02. Causa não demonstrável
03. Causas sistêmicas
04. Causas iatrogênicas
05. Varicocele
06. Anomalias congênitas ou adquiridas testiculares
07. Oligo-asteno-teratos-permia
08. Azoospermia
09. Infecção

ABANDONO

01. Idade da mulher: ☐☐

02. Idade do homem: ☐☐

03. Tipo de esterilidade: ☐

1. Primária 2. Secundária

04. Tempo de esterilidade (em anos): ☐☐

05. Abandono: ☐

1. Na primeira consulta
2. Proped. Incompleta
3. Proped. Completa
4. No tratamento