



# Population Reports™

## DESTAQUES

	Página
Podemos prevenir a mortalidade materna; e evitar as lesões.....	4
As declarações internacionais urgem por uma atenção humanizada.....	7
Planejamento para atenção médica de emergência.....	8
O Planejamento familiar é essencial.....	12
Lições aprendidas dos programas.....	14
Guia REALCE ajuda na orientação em planejamento familiar pós-aborto.....	18
A mudança para anestesia local e aspiração manual intra-uterina (AMIU) salva vidas e recursos para saúde.....	19
Planejamento familiar evita abortos.....	22
O que pode ser feito?.....	26

## ÍNDICE

Sumário dos redatores.....	1
A Vida da Mulher Corre Risco.....	3
Planejamento da Atenção Médica para Salvar a Vida da Mulher.....	7
Atenção Integral à Saúde: Prestação de Serviços de Planejamento Familiar.....	12
Atenção Apropriada: AMIU e Anestesia Local.....	19
Atenção Oportuna: Referência e Descentralização.....	23
Bibliografia.....	28

Incluído neste exemplar:

- ★ Cartaz: O planejamento familiar após o tratamento pós-aborto

Publicado pelo Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, EUA

Volume XXV, Número 1  
Setembro de 1997

## O tratamento das complicações pós-aborto

### ***Uma intervenção para salvar a vida da mulher***

**Nos países em desenvolvimento, mais de meio milhão de mulheres morrem anualmente por causas relacionadas à maternidade. Quase todas estas mortes poderiam ser evitadas. Os esforços para evitar as mortes maternas conseqüentes de uma causa principal—as complicações do aborto em condições de risco—são cruciais, mas inadequados em grande parte do mundo. A prestação de uma atenção médica apropriada, imediatamente, poderia salvar a vida de milhões de mulheres. O oferecimento de planejamento familiar poderia evitar muitas gravidezes imprevistas e os conseqüentes abortos em condições de risco no futuro.**

O aborto que ocorre em condições de risco causa entre 50.000 e 100.000 mortes anualmente. Em alguns países, as complicações do aborto em condições de risco causam a maioria das mortes maternas e, em outros países, são as causas principais de morte da mulher em idade reprodutiva. A Organização Mundial da Saúde calcula que cada ano, até 20 milhões de abortos ocorrem em condições inadequadas e que entre 10% e 50% das mulheres que abortam requerem atenção médica por complicações. Ainda, muitas mulheres também precisam de atenção depois de um aborto espontâneo (perda da gravidez). Em 86 hospitais de um país, por exemplo, cada mês cerca de 28.000 mulheres procuram tratamento para as complicações de abortos em condições inadequadas ou de abortos espontâneos.

As cinco causas principais da mortalidade materna são: a hemorragia, o parto obstaculizado, a infecção, a hipertensão induzida pela gravidez e as complicações do aborto em condições de risco. Muitos países estão iniciando programas para reduzir a taxa de mortalidade devida às outras quatro causas, mas em poucos é oferecida atenção médica adequada de

emergência, que reduziria o número total de mortes maternas atribuíveis às complicações do aborto. O número de países onde são oferecidos serviços e orientação de planejamento familiar às mulheres tratadas por complicações do aborto é ainda menor.

## Melhoramentos na Atenção Médica e Prestação de Serviços de Planejamento Familiar

Embora as complicações do aborto sejam uma emergência médica comum nos países em desenvolvimento, a atenção médica frequentemente é prestada em um contexto de crise. Por outro lado, através do enfoque estratégico para a atenção pós-aborto, a necessidade de tratamento de emergência é prevista e o planejamento é antecipado para cobrir esta necessidade, e prestam-se serviços de planejamento familiar para evitar o ciclo repetitivo de abortos. Um plano eficaz de atenção pós-aborto garante que a mulher receba atenção **integral, apropriada e oportuna** (“IAO”).

- **Integral.** Muitas das mulheres tratadas por complicações de aborto querem evitar a gravidez; no entanto, menos de um terço das mulheres que recebem este tratamento usaram métodos anticoncepcionais eficazes alguma vez na vida. Muitas delas querem ser informadas em relação ao planejamento familiar para poder evitar a gravidez. O lugar mais apropriado para oferecer serviços e orientação em planejamento familiar é o mesmo lugar onde a mulher recebe atenção pós-aborto de emergência. Sendo que a atenção pós-aborto frequentemente é uma crise médica e emocional, é especialmente importante fornecer à mulher orientação com empatia que evite preconceitos, para que ela seja capaz de evitar uma futura gravidez não desejada e, por conseguinte, o aborto em condições de risco.
- **Apropriada.** A maioria das mulheres que procuram tratamento de emergência sofre de aborto incompleto, o qual, se não for tratado, pode resultar em hemorragia, infecção e morte. A evacuação uterina pode ser realizada segura e eficientemente através da aspiração manual intra-uterina (AMIU) com anestesia local. A AMIU sob anestesia local pode ser realizada segura e eficientemente. A AMIU é mais segura e geralmente mais barata do que a curetagem uterina com anestesia geral, o tratamento mais comum usado em muitos países. Em um hospital no Quênia, por exemplo, o custo do tratamento pós-aborto foi reduzido em 66% depois que a AMIU substituiu a curetagem uterina, principalmente devido à dramática redução na duração da permanência no hospital.
- **Oportuna.** Frequentemente, a mulher não recebe tratamento médico de maneira oportuna. Os atrasos colocam a sua vida em risco. A descentralização da atenção de emergência reduz os atrasos porque oferece certo nível de atenção pós-aborto em cada nível do sistema de saúde. Por sua vez, o estabelecimento de um sistema formal de referência ajuda cada mulher a alcançar rapidamente o nível de atenção que ela precisa.

Uma estratégia planejada para atenção pós-aborto conota uma atenção mais eficaz—e frequentemente com poupanças—do que o contexto de crise, que atualmente caracteriza a maioria dos serviços de atenção pós-aborto. Além disso, satisfaz as necessidades da mulher de receber atenção com empatia e serviços contínuos de saúde reprodutiva. O tratamento médico eficaz de emergência das complicações do aborto, em conjunto com uma orientação e serviços sensíveis de planejamento familiar podem salvar a vida da mulher.

**Este relatório foi preparado por Cynthia Salter, M.P.H., Heidi Bart Johnston e Nicolene Hengen, M.S.P.H.** Bryant Robey, Redator, Stephen M. Goldstein, Chefe de Redação, Linda D. Sadler, Desenhista Gráfica. Produção a cargo de John R. Fiege, Mónica Jiménez, Peter Hammerer e Merridy Gottlieb.

Agradecemos a colaboração oferecida pelos seguintes revisores: Carla Abou-Zahr, Janie Benson, Deborah L. Billings, M. Virginia Chambers, Francine Coeytaux, Patricia Coffey, Michelle Folsom, Judith Fortney, Sally Girvin, Lori Fritz, Ronald Gray, Forrest C. Greenslade, Robert Gringle, Joanne Grossi, Joan Healy, Sahar Hegazi, Charlotte E. Hord, Douglas Huber, Dale Huntington, Brooke R. Johnson, Ann H. Leonard, James McCarthy, Harrison McKay, Phyllis Tilson Piotrow, Malcolm Potts, Jill E. Sherman, Lynn Sibley, J. Joseph Speidel, James Shelton, Karen Stein, Judith Winkler e Sung Hee Yun.

### Population Information Program Center for Communication Programs The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health

Phyllis Tilson Piotrow, Ph.D., Diretora, **Center for Communication Programs** e Investigadora principal, **Population Information Program** (PIP).

Ward Rinehart, Diretor de Projeto, (PIP).

Linda D. Sadler, Editora-gerente das edições de **Population Reports™** em outros idiomas.

Anne W. Compton, Diretora Adjunta, PIP, Chefe dos serviços de bibliografia computadorizada POPLINE.

Hugh M. Rigby, Diretor Associado, PIP, e Chefe, Centro de Materiais de Comunicação.

Jose G. Rimon II, Diretor Adjunto, **Center for Communication Programs** e Diretor de Projeto, **Population Communication Services**, serviço para o desenvolvimento de estratégias de comunicação, projetos, treinamento e materiais de planejamento familiar.

**Population Reports™** (USPS 063-150) is published four times a year (Spring, Summer, Fall, Winter) at 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA by the Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health. Periodicals postage paid at Baltimore, Maryland. Postmaster to send address changes to **Population Reports™**, Population Information Program, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Este relatório é produzido através do apoio de G/PHN/POP/CMT, de Global e da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, sob os termos da concessão HRN-A-00-97-00009-00. As opiniões aqui expressadas não necessariamente refletem as opiniões da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, nem da Universidade Johns Hopkins.



# A Vida da Mulher Corre Risco

Nos países em desenvolvimento, cada ano, é estimado que morrem cerca de 585.000 mulheres—aproximadamente uma mulher por minuto devido às complicações de gravidez, do parto e do aborto em condições de risco (295). Quase todas estas mortes poderiam ser prevenidas (148, 209, 289).

As complicações relacionadas à gravidez causam entre 25% e 50% das mortes das mulheres em idade reprodutiva nos países em desenvolvimento, comparado com menos do 1% nos Estados Unidos. Em alguns países em desenvolvimento, as complicações relacionadas com a gravidez são a causa principal de morte nas mulheres em idade reprodutiva (76, 233, 285). Na média, é 18 vezes mais provável que uma gravidez resulte em morte materna nos países em desenvolvimento do que nos países desenvolvidos (295). Ainda, milhões de mulheres nos países em desenvolvimento sofrem graves doenças e incapacidades, dor pélvica crônica, doença inflamatória pélvica (DIP), incontinência e infertilidade, causadas pela gravidez ou suas complicações (96, 166).

Nos países em desenvolvimento, a mulher está muito mais exposta ao risco associado com a gravidez e o parto porque a boa atenção médica, de alta qualidade, é muito menos disponível do que nos países desenvolvidos. Além disso, a mulher que vive em um país em desenvolvimento, geralmente, tem mais filhos e, conseqüentemente, está mais exposta ao risco de mortalidade ou morbidade materna. Em algumas regiões em desenvolvimento, a mulher corre um risco de morrer, por causas relacionadas com a saúde materna, até 300 vezes maior do que o risco enfrentado pela mulher em um país desenvolvido (285, 295). A mulher da África Oriental, por exemplo, tem um risco mais alto de mortalidade materna—um em 12—comparado com somente um em 3.700 para a mulher na América do Norte (veja a Tabela 1). Nenhum outro indicador de saúde varia de maneira tão dramática entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento (171, 229, 233, 295).

Além de ser uma tragédia para a própria mulher, a morbimortalidade materna provoca perdas em sua família e na sua comunidade (55, 111, 186, 245, 258, 285). A mulher que morre durante seus anos férteis geralmente deixa pelo menos dois filhos órfãos (96,157). Ainda, as mães, em quase todas as sociedades em desenvolvimento, dedicam de 12 a 15 horas de trabalho diários para satisfazer as necessidades do lar em relação à comida, água e combustíveis, assim como com o cuidado dos filhos. Sendo assim, quando uma mãe morre, sua família perde a pessoa que lhe fornece atenção principal que, ainda, freqüentemente é também um membro assalariado da família. Quando a mãe é chefe da família, como tende a ser o caso em muitas cidades do mundo inteiro e em áreas rurais da África, a morte de uma mãe significa a perda do principal membro assalariado da família (58).

## A Caminho de uma Maternidade sem Riscos

Embora ainda considerada “uma tragédia ignorada” em muitos países (230), durante a última década a mortalidade materna se converteu em um foco de ação internacional. Em 1987, o Fundo das Nações Unidas para População (FNUAP), o Fundo Internacional da Infância (UNICEF), a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Banco Mundial, a Federação Internacional para Planejamento Familiar (IPPF), o Population Council e agências de 37 países lançaram a Iniciativa para uma Maternidade sem Riscos. O objetivo desta campanha é de reduzir a taxa de mortalidade materna em 50%. Mais recentemente, as declarações na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, e na Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing em 1995, reafirmaram a importância mundial de examinar os assuntos relacionados com a saúde da mulher e a morbi-mortalidade materna. Atualmente, um número cada vez maior de países em desenvolvimento está reconhecendo a necessidade de tomar medidas neste respeito (96, 164, 171, 230, 235, 245, 258, 289).

Enquanto o debate continua sobre as melhores estratégias a adotar, sob a Iniciativa para uma Maternidade sem Riscos, foram estabelecidos vários programas para reduzir a taxa de morbi-mortalidade materna (159, 164, 174, 181). Alguns programas enfatizam a atenção pré-natal como maneira de identificar a mulher com alto risco de complicações da gravidez. Outros enfatizam o treinamento de parteiras tradicionais, que em alguns países assistem na maioria dos partos. Outros, ainda, enfatizam a importância de estabelecer ou melhorar os serviços de atenção obstétrica para tratar de complicações quando surgirem (96, 235). Programas de planejamento familiar também contribuíram para a Iniciativa para uma Maternidade sem Riscos, ajudando a mulher a usar métodos anticoncepcionais para evitar a gravidez não prevista e de alto risco, assim como para limitar os partos (73, 164).

Em quase todos os países em desenvolvimento, no entanto, ainda não foi analisada uma das causas principais da morbi-mortalidade materna. Poucos países prestam atenção médica de emergência que seja adequada para evitar as mortes e doenças maternas atribuíveis às complicações do aborto praticado em condições de risco (74, 274, 282, 292).

Tabela 1

### A Vida da Mãe Corre Risco

Mortes Maternas, Relação de Mortalidade Materna e Risco de Mortalidade Materna, por Região

<sup>1</sup>Relação de mortalidade materna (RMM) = número total de mortes maternas por cada 100.000 nascidos vivos. Esta relação mede o risco de morte que uma mulher enfrenta cada vez que engravida.

<sup>2</sup>A Austrália, Nova Zelândia e o Japão foram excluídos dos totais regionais, mas são incluídos no total para os países desenvolvidos.

Fonte: OMS e UNICEF 1996 (295).

Population Reports

Região	Número Anual de Mortes Maternas	Relação de Mortalidade Materna <sup>1</sup>	Risco de Morte Materna, Um em:
<b>MUNDO</b> .....	585.000	430	60
<b>PAÍSES DESENVOLVIDOS</b> <sup>2</sup> .....	4.000	27	1.800
<b>PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO</b>	582.000	480	48
<b>ÁFRICA</b> .....	235.000	870	16
África Oriental.....	97.000	1.060	12
África Central.....	31.000	950	14
África do Norte.....	16.000	340	55
África do Sul.....	3.600	260	75
África Ocidental.....	87.000	1.020	12
<b>ÁSIA</b> <sup>2</sup> .....	323.000	390	65
Ásia Oriental.....	24.000	95	410
Ásia do Sul-Central.....	227.000	560	35
Ásia Sudeste.....	56.000	440	55
Ásia Ocidental.....	16.000	320	55
<b>EUROPA</b> .....	3.200	36	1.400
Europa Oriental.....	2.500	62	730
<b>AMÉRICA LATINA &amp; CARIBE</b> .....	23.000	190	130
América Central.....	4.700	140	170
América do Sul.....	15.000	200	140
<b>AMÉRICA DO NORTE</b> .....	500	11	3.700
<b>OCEANIA</b> <sup>2</sup> .....	1.400	680	26

## Mortalidade e morbidade materna

# Mortes preveníveis, lesões evitáveis

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a mortalidade materna como a morte de uma mulher durante a gravidez ou nos 42 dias após a gravidez, seja qual for a duração e o local da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou manejo da mesma (289). Cinco são causas diretas: a hemorragia, a sepse, a hipertensão induzida pela gravidez, o parto obstaculizado e as complicações do aborto em condições de risco, e estas causas são responsáveis por mais de 80% das mortes maternas (4, 26, 54, 181, 245, 258, 285). Ainda, embora não seja uma causa direta, a anemia é um fator em quase todas as mortes maternas. A anemia é muito comum entre as mulheres que vivem em países em desenvolvimento, e até 60% das mulheres grávidas que vivem nestes países sofrem de anemia nutricional (59, 289). Uma mulher anêmica é cinco vezes mais propensa a morrer por causas relacionadas com a gravidez do que uma mulher que não é anêmica (269). A anemia, geralmente consequência de uma deficiência de ferro, malária ou alguma outra doença parasítica, contribui à mortalidade materna ao reduzir a probabilidade de que a mulher sobreviva a uma hemorragia e a outras complicações da gravidez e do parto (147).

**Hemorragia.** A hemorragia é a causa principal de morte materna e pode matar uma mulher em somente alguns poucos minutos. Durante a gravidez ou depois do parto, a hemorragia pode resultar de um parto prolongado, de uma ruptura uterina, ou do descolamento prematuro da placenta da parede uterina. Uma hemorragia também pode ocorrer depois de um aborto espontâneo ou de um aborto induzido em condições de risco.

**Sepse.** A infecção pode surgir depois do parto, ou aborto espontâneo ou aborto em condições inadequadas, porque resíduos de

tecido permanecem no útero, quando se introduz instrumental ou outros objetos não limpos na vagina, ou quando os procedimentos para assepsia não são seguidos. O aborto séptico, no qual a cavidade endometrial ou seu conteúdo são infectados, frequentemente segue ao aborto incompleto, espontâneo ou induzido.

**Hipertensão induzida pela gravidez.** Esta condição pode ser uma das emergências obstétricas mais difíceis de evitar e controlar. A etapa inicial desta condição é caracterizada pela hipertensão, retenção de líquidos (edema) e proteína na urina. Pode ocorrer eclampsia durante a gravidez ou depois do parto, com o resultado de convulsões, insuficiência cardíaca ou renal, hemorragia cerebral e a morte (52, 53).

**Parto obstaculizado.** Este ocorre quando a cabeça do bebê não consegue passar pela abertura pélvica da mulher, e pode resultar devido ao mau posicionamento do bebê, à falta de maturidade física da mulher, a um crescimento atrofiado, à distorção pélvica produzida por doença ou desnutrição, ou por causa de anormalidades do colo uterino ou da vagina, que algumas vezes decorrem da mutilação dos genitais femininos (260). A não ser que se possa realizar uma cesárea, a mulher com parto obstaculizado pode morrer de uma hemorragia, ruptura uterina, infecção ou esgotamento. O parto obstaculizado e suas complicações são a causa principal da mortalidade materna na África Sub-Saariana (147, 153, 233).

**Complicações do aborto em condições de risco.** As complicações comuns incluem o aborto incompleto, a infecção, a hemorragia e as lesões intra-abdominais, laceração cervical e a perfuração uterina (135, 154). Todas podem ser fatais, se não são tratadas.

### O Alcance do Aborto em Condições de Risco

Cada ano ocorrem aproximadamente entre 36 e 53 milhões de abortos no mundo (94). Destes, é estimado que até cerca de 20 milhões ocorrem em condições de risco: são realizados fora dos sistemas de saúde, e são praticados por provedores sem as qualificações necessárias, em condições pouco saudáveis, ou ambas (292). Quase todos os abortos em condições de risco ocorrem nos países em desenvolvimento, onde os abortos são limitados por lei.

Nos países em desenvolvimento, as complicações do aborto em condições inadequadas causam entre 50.000 e 100.000 mortes maternas anualmente (94, 233, 292). A OMS calcula que a proporção de mortalidade materna resultante das complicações do aborto varia entre 8% na Ásia Ocidental e 26% na América do Sul, com uma média mundial de 13% (292). Em alguns contextos, a maioria das mortes maternas são atribuídas às complicações do aborto em condições de risco e, em certas áreas, é possível que essas complicações sejam a causa principal da morte da mulher em idade reprodutiva (23, 78, 142, 153, 157, 203, 207, 255, 292).

A estimativa da incidência mundial do aborto e das mortes atribuíveis ao mesmo requer a compilação de informação de várias fontes. Nos países em que o aborto é legalizado e onde existem sistemas para a compilação de dados, é possível obter informação exata; enquanto que nos países em que o aborto é legalmente restrito, as estatísticas sobre o aborto são meros cálculos. A qualidade destes cálculos varia notavelmente entre regiões e países. Estão sendo realizados esforços ao nível internacional para melhorar a qualidade de dados disponíveis sobre as mortes atribuíveis ao aborto, assim como sobre a mortalidade materna (301).

**América Latina.** De acordo com os cálculos da OMS e de outras organizações, a América Latina tem a taxa mais alta de abortos em condições inadequadas: anualmente cerca de 4,6 milhões, o seja, 40 de cada 1.000 mulheres em idade reprodutiva sofrem abortos (292). É calculado que estes abortos são responsáveis por um quarto do total de mortes maternas que ocorrem na América Latina—6.000 mortes por ano (13, 292) (veja a Tabela 2). Em alguns países, os estudos baseados em hospitais relataram frações ainda mais altas (240). Entre 1985 e 1989, por exemplo, quase um terço da mortalidade materna em um hospital colombiano era atribuível ao aborto realizado em condições inadequadas (81). Em um hospital brasileiro, entre 1978 e 1987, as complicações do aborto causaram 47% das mortes maternas (157).

**Ásia.** Apesar de que a Ásia, o continente com maior população do mundo, tenha a taxa mais baixa de abortos (12 por cada 1.000 mulheres) de todos os países em desenvolvimento, também tem o maior número absoluto de abortos realizados em condições de risco o que chega a cerca de 9,2 milhões por ano. Quase a metade dos abortos em condições inadequadas ao nível mundial ocorrem na Ásia, o seja, quase um terço somente na Ásia do Sul. O aborto em condições de risco é responsável por 12% das mortes maternas na Ásia—40.000 mortes por ano (292) (veja a Tabela 2).

**África Sub-Saariana.** A mulher africana é a mais provável a morrer quando sofre um aborto em condições de risco. Cerca de um de cada 150 abortos resulta em falecimento materno (292). Na África Sub-Saariana, cada ano, cerca de 3,7 milhões de abortos são realizados em condições inadequadas, ou seja, 26 abortos por cada 1.000 mulheres, e cerca de 23.000 mulheres africanas morrem por complicações (292) (veja a Tabela 2). As complicações resultantes de abortos são responsáveis por 13% de todas as mortes maternas na África (292).

## A Morbidade Materna

É possível que a mulher que sobreviva às complicações da gravidez sofra problemas de saúde subseqüentes, inclusive dor pélvica crônica, doença inflamatória pélvica e infertilidade secundária (96, 154, 166, 292). Também podem correr maior risco de ter uma gravidez ectópica (uma condição que potencialmente coloca a vida em risco, na qual o óvulo fertilizado se implanta e se desenvolve fora do útero, geralmente em uma das trompas de Falópio), um parto prematuro, um aborto espontâneo, um prolapso uterino e incompetência cervical, porque o colo uterino se dilatou excessivamente ou sofreu lesão (292).

Apesar do pouco conhecimento sobre o alcance da morbidade materna nos países em desenvolvimento, é estimado que ocorrem entre 16 e 100 episódios de doença ou incapacidade por cada morte materna (148). A evidência mais recente sugere que estes cálculos provavelmente sejam baixos demais. Em Bangladesh, por exemplo, por cada morte materna, mais 73 mulheres sofreram graves doenças relacionadas à gravidez e no Egito, 56 mulheres. Quando cada episódio de morbidade relacionada à gravidez foi contado separadamente (entre eles a morbidade menor e a morbidade múltipla na mesma mulher), foram somadas até 700 doenças maternas em Bangladesh, mais de 1.000 no Egito e quase 600 na Índia por cada morte materna (75).

Além de afetar a saúde física da mulher, estas doenças também podem ser prejudiciais para seu bem-estar socio-econômico se afetarem a sua capacidade de trabalhar ou de inter-relacionar-se com a comunidade (49, 55, 74, 245, 258, 292). Nos países em que a mulher define sua condição social pela sua capacidade de ter filhos, a infertilidade pode ser emocional, social e economicamente devastadora (289).

Em alguns países, estudos baseados em hospitais revelam porcentagens muito mais altas. Na Etiópia, por exemplo, em um estudo realizado em hospitais, foi demonstrado que quase 40% das mortes maternas foram atribuíveis às complicações do aborto (297). Na Nigéria, durante a década de 1980, em dois hospitais docentes, as complicações do aborto causaram 20% (17) e 35% (206) das mortes maternas. Em um terceiro hospital, 37% das mortes ginecológicas resultaram das complicações do aborto (8).

**Europa Oriental.** Na Europa Oriental, faz décadas que os casais consideram desejável ter famílias pequenas; no entanto, a mulher teve pouco acesso aos métodos anticoncepcionais modernos ou pouca confiança neles. Consequentemente, o aborto se converteu no meio primordial de limitar a fertilidade em muitos países da Europa Oriental e na Comunidade de Estados Independentes (antiga União Soviética) (56, 129, 130). A pesar de que o aborto é legalizado nestes países, muitos dos procedimentos são realizados em condições pouco saudáveis ou por provedores mal treinados. Sendo assim, as complicações do aborto realizado em tais condições são a causa principal da mortalidade materna, sendo responsável, por exemplo, por 25% a 30% de todas as mortes maternas na Rússia e de 50% na Albânia (56, 136, 213).

**Países nos quais o aborto é legalizado.** Além da Europa Oriental e da Comunidade de Estados Independentes, em alguns países em desenvolvimento nos quais o aborto é legalizado também ocorrem abortos em condições inadequadas. Na Índia, por exemplo, o aborto é legalizado, mas muitas mulheres recorrem a expedientes fora do sistema formal de saúde, porque existem poucos estabelecimentos médicos equipados para prestar serviços de aborto sem risco. Ainda,

A fistula obstétrica, uma das morbidades mais sérias e mais comuns relacionadas com a gravidez, resulta do parto obstaculizado. Uma fistula é uma abertura entre a vagina e o reto (fistula reto-vaginal) ou entre a vagina e a bexiga (fistula vésico-vaginal) que permite que as fezes ou a urina entrem na vagina. Uma mulher com fistula sofre de incontinência, e o odor consequente e falta de higiene, que resultam da fistula, causam desconforto à mulher, que freqüentemente é rejeitada pela sua comunidade. A fistula obstétrica pode ser tratada cirurgicamente, mas a maioria das mulheres nos países em desenvolvimento não tem acesso a este tipo de tratamento.

## Resposta à Necessidade

Os países desenvolvidos, geralmente têm tecnologias e sistemas administrativos de saúde que podem evitar a maioria das mortes e doenças maternas. Embora o tratamento médico apropriado das complicações relacionadas com a gravidez, geralmente, não requeira equipamento nem treinamento especial em tecnologia avançada (74, 148, 209, 289), em muitos países em desenvolvimento não existe atenção médica disponível, ou a mulher não pode chegar à unidade de saúde em tempo. Sendo assim, torna-se difícil, senão impossível, separar a causa médica imediata de uma morte materna dos fatores sociais, econômicos e culturais que levam e influenciam esta condição médica e seu tratamento (67, 74, 253). Sendo que a mortalidade materna está intrinsecamente relacionada com tantos fatores sociais, a OMS e UNICEF a descrevem como um “indicador crítico da condição social da mulher, de seu acesso à atenção médica e da capacidade do sistema de saúde para responder a suas necessidades”, incluindo a disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade do planejamento familiar e a atenção durante a maternidade (4, 295).

**Tabela 2. Aborto em Condições de Risco ao Nível Mundial**

*Estimativas Globais e Regionais da OMS  
Aborto em Condições de Risco e Mortes Relacionadas, 1994*

Região	Número Anual de Abortos em Condições de Risco (em milhões)	Número Anual de Mortes Resultantes de Abortos em Condições de Risco	Risco de Morte por Abortos em Condições de Risco
<b>Total Mundial.....</b>	20.00	70.000	1 em 300
<b>Países Desenvolvidos.....</b>	2.34	600	1 em 3.700
<b>Europa.....</b>	0.26	100	1 em 2.600
<b>Países em Desenvolvimento</b>	17.62	69.000	1 em 250
<b>África.....</b>	3.74	23.000	1 em 150
<b>Ásia.....</b>	9.24	40.000	1 em 250
<b>América Latina.....</b>	4.62	6.000	1 em 800

Se a soma dos números é desigual é porque foram arredondados.  
Fonte: OMS, 1994 (292)

Population Reports

nos lugares onde estes serviços são prestados na Índia, os problemas relacionados com o custo, o sigilo e a qualidade dissuadem as mulheres. Além disso, muitas pessoas não sabem que o aborto é legalizado (47, 94, 123, 212, 280). Dos estimados 5,3 milhões de abortos induzidos na Índia, em 1989, 4,7 milhões ocorreram fora de estabelecimentos de saúde aprovados, consequentemente, possivelmente em condições potencialmente inadequadas (123).

Na Turquia, onde o aborto é legalizado, deve ser realizado ou supervisionado por gineco-obstetras, o que significa que o aborto apropriadamente praticado é inacessível à maioria das mulheres rurais (185). Entre as mulheres na Turquia, cujos



*Até 20 milhões de abortos são realizados a cada ano. Nos países em desenvolvimento, 10% a 50% das mulheres que sofrem estes abortos precisam de atenção médica subsequente. Geralmente, porque falta atenção ou esta é inadequada, muitas dessas mulheres morrem sem necessidade.*

abortos são legais e realizados em clínicas médicas, ocorrem 49 mortes por cada 100.000 procedimentos, enquanto que para mulheres cujos abortos ocorrem fora das clínicas médicas, o risco de morte quadruplica, isto é 208 mortes por 100.000 procedimentos (156).

Na Zâmbia o aborto é legalizado, mas muitas mulheres e provedores de serviços desconhecem este fato. Ainda, o aborto legalizado e apropriadamente praticado é inacessível à maioria das mulheres porque elas precisam obter o consentimento de três médicos (165). Conseqüentemente, para cada mulher na Zâmbia que teve um aborto legalizado em 1991, cinco procuraram tratamento de emergência para as complicações do aborto induzido sob condições inadequadas (41).

**Áreas em que o aborto é restrito.** Por outro lado, em áreas onde o aborto é restrito por lei, os serviços de aborto realizados em condições adequadas frequentemente estão à disposição daquelas mulheres que podem pagar pelos serviços. Em toda América Latina, por exemplo, as clínicas privadas oferecem serviços de aborto; no Brasil, algumas inclusive anunciaram tais serviços nos jornais (94). No Marrocos e Iran, o aborto em geral é legalizado, mas é conhecido que as mulheres que podem pagar altas tarifas aos médicos obtêm serviços de aborto em condições mais adequadas do que as oferecidas pelas parteiras tradicionais (80, 198). Ainda, as mulheres que têm dinheiro viajam a países onde o aborto é legalizado com o fim de obter serviços em condições adequadas.

### As Complicações do Aborto em Condições de Risco

Nas regiões em desenvolvimento, calcula-se que as mortes atribuíveis ao aborto em condições de risco chegam a 100 mortes por cada 100.000 abortos na América latina, 400 mortes por cada 100.000 abortos na Ásia e 600 mortes por cada 100.000 abortos na África (292). Em contraste, a taxa agregada de mortalidade devida às complicações do aborto legal em 13 países, a maioria desenvolvidos, para os quais estão disponíveis dados exatos, é de 0,6 mortes por cada 100.000 abortos (94). A taxa de mortalidade é baixa porque nestes países os abortos são realizados principalmente por provedores competentes que usam equipamento apropriado em condições assépticas.

Com base nos resultados de vários estudos, a OMS calcula que nos países em desenvolvimento, entre 10% e 50% das mulheres que sofrem abortos em condições de risco requerem atenção médica subsequente (292). Os seguintes quatro fatores, junto com a saúde geral da mulher, determinam se uma mulher que está no processo de abortar corre o risco de sofrer complicações médicas ou de morrer devido ao procedimento: 1) o método usado para realizar o aborto, 2) a habilidade de quem presta o serviço, 3) a duração da gestação e 4) a acessibilidade e qualidade das instalações médicas para o tratamento de qualquer complicação que surja (167, 233).

As complicações mais comuns do aborto são o aborto incompleto, a sepse, a hemorragia e a lesão intra-abdominal (9, 150, 154, 155, 292). Com exceção da lesão intra-abdominal, todas as complicações podem resultar de um aborto espontâneo (perda da gravidez) ou induzido. Se estas não são tratadas pode resultar em morte (133, 150, 154). Além disso, a mulher que sobrevive às complicações que surgem imediatamente depois do aborto, tem a possibilidade de sofrer incapacidade para o resto de sua vida ou enfrenta um alto risco de sofrer complicações em futura gravidez (96, 166, 292) (veja o texto destacado nas páginas 4 e 5).

**Aborto incompleto.** A complicação mais comum do aborto ocorre quando tecido residual permanece no útero depois de um aborto espontâneo ou induzido em condições de risco. Entre os sintomas típicos figuram a dor pélvica, câimbras, dor nas costas, sangramento persistente e um útero mole e aumentado (154, 250, 282).

**Sepse.** A sepse ocorre durante o aborto quando a cavidade endometrial e seu conteúdo são infectados (154), geralmente em decorrência da introdução de instrumental contaminado no colo uterino ou quando tecido residual permanece no útero (282). Além de sofrer os sintomas gerais do aborto incompleto, a mulher com sepse apresenta febre, calafrios e secreção vaginal fétida. O sangramento pode ser leve ou intenso (154, 250, 282). Os primeiros sinais de aborto séptico freqüentemente aparecem poucos dias depois de um aborto espontâneo ou induzido em condições inadequadas. Do útero, a infecção pode propagar-se rapidamente e converter-se em sepse abdominal generalizada. Febre alta, dificuldade respiratória e hipotensão tendem a indicar uma infecção mais extensa (252).

**Hemorragia.** Sangramento profuso pode ocorrer quando um aborto incompleto não é tratado. Ainda, algumas técnicas para induzir o aborto, tais como a curetagem uterina ou a introdução de varetas ou outros objetos no colo uterino, podem causar lesões intra-abdominais que produzem sangramento profuso. As ervas, drogas ou químicos cáusticos ingeridos ou introduzidos na vagina ou no colo uterino podem provocar reações tóxicas e produzir hemorragia (154). O risco de hemorragia pós-aborto aumenta com a idade gestacional, assim como com o uso de anestesia geral durante o aborto induzido em condições inadequadas (48, 285).

**Lesão intra-abdominal.** Ao introduzir instrumentos no colo uterino para induzir um aborto, se pode cortar ou perfurar o colo, o útero e outros órgãos internos. A lesão mais comum é a perfuração da parede uterina. Também podem ser lesionados os ovários, as trompas de Falópio, o intestino, a bexiga ou reto (292). Uma lesão intra-abdominal pode ocasionar uma hemorragia interna na qual se manifeste pouco ou nenhum sangramento vaginal.

**Quantas mulheres precisam de atenção médica?** A sepse e a hemorragia que resultam de um aborto espontâneo ou um aborto induzido em condições inadequadas são as razões mais comuns pelas quais as mulheres nos países em desenvolvimento procuram tratamento nas unidades gineco-obstétricas dos hospitais (155, 231). No Quênia, por exemplo, de acordo com dois estudos baseados em hospitais e realizados durante a década de 1980, as mulheres com complicações pós-aborto representavam 60% do total de internações

ginecológicas (10, 207). Em um estudo de sete anos, as complicações do aborto constituíram 77% de todas as internações ginecológicas de emergência no University College Hospital em Ibadan, Nigéria (150). Nos resultados de um recente estudo no Egito, realizado em 86 hospitais do setor público, foi indicado que cada mês cerca de 28.000 mulheres procuram estes estabelecimentos para receber atenção pós-aborto (62).

Em geral, as mulheres pobres e jovens correm maior risco de morte e doença como consequência do aborto em condições de risco. Nos lugares onde o aborto é restrito, elas raramente têm acesso a serviços em condições adequadas e, além disso, estão mais propensas à gravidez não desejada por falta de acesso a métodos de planejamento familiar (60, 94, 210, 211). Nas cidades da América Latina, por exemplo, onde o aborto está sendo realizado com maior frequência por profissionais médicos, é mais provável que uma mulher pobre se interne por complicações do aborto do que uma mulher com recursos, que se dirige a uma clínica privada para receber serviços de aborto em condições adequadas. Por outro lado, a mulher pobre tem maior inclinação para induzir o aborto em si mesma ou a recorrer a um provedor sem treinamento ou mal preparado, porque não pode pagar o que o médico cobra (210, 240). Além da falta de unidades médicas, ou da distância que a mulher precisa percorrer para chegar nas unidades, os fatores culturais, tais como a incapacidade de viajar sem ser acompanhada por um homem, chegam a limitar o acesso de uma mulher à atenção médica quando surgem complicações.

A mulher que sofre um aborto espontâneo (ou perda da gravidez) precisa de atenção médica oportuna e com empatia. No Egito, por exemplo, um terço das mulheres que procuraram tratamento nos 86 hospitais do setor público, aparentemente haviam sofrido um aborto espontâneo, ou seja, não manifestaram nenhum sinal de aborto induzido e afirmaram que a gravidez foi planejada e desejada (62). Assim como a mulher que sofre um aborto em condições inadequadas, a mulher que sofre um aborto espontâneo enfrenta riscos desnecessários à saúde, incapacidade permanente ou até morte, se não existir atenção pós-aborto disponível ou se esta não é eficaz (87, 177, 279).

Além de causar muitas mortes e muito sofrimento, o tratamento das complicações do aborto consome uma grande parte dos orçamentos destinados a atenção médica, assim como dos escassos recursos médicos. Em certas áreas, por exemplo, são utilizadas grandes quantidades de recursos, tais como estoques de sangue para transfusões, com o fim de tratar as complicações do aborto em condições de risco (10, 91, 122, 150, 275).

## O Planejamento da Atenção Médica para Salvar a Vida da Mulher

As complicações de abortos são uma emergência médica comum nos países em desenvolvimento. No entanto, na maioria dos países, a atenção pós-aborto é fornecida em um contexto de crise (34, 46). Grande parte dos sistemas de saúde nos países em desenvolvimento, independentemente da sua política em relação ao aborto induzido, não planeja sistematicamente ou fornece atenção médica de emergência de maneira eficaz, para mulheres que sofrem de complicações relacionadas ao aborto (114, 148, 209, 277, 279, 289). Como resultado, o tratamento frequentemente é postergado e ineficaz, com consequências caras e de risco à vida.

Conforme resumo das pesquisadoras Judith Fortney e Karungari Kiragu sobre a atenção pós-aborto na África:

*As mulheres podem ficar sem atenção de emergência, seja por falta de planejamento ou previsão por parte dos provedores de saúde, porque as próprias mulheres têm medo de procurar atenção quando surgem complicações porque o*

## As Declarações Internacionais Urgem por uma Prestação de Atenção Pós-aborto Humanizada

Nas últimas reuniões internacionais o aborto em condições de risco foi destacado como um problema de saúde pública ao nível mundial, e os governos e os sistemas de saúde foram solicitados a melhorar a atenção de emergência prestada às mulheres que sofrem de complicações do aborto. As declarações provenientes destas reuniões encorajam as nações a prestar atenção médica pós-aborto humanitária, assim como serviços e orientação de planejamento familiar à mulher (111, 263, 264).

**Cairo.** A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) realizada pela ONU no Cairo em 1994 estabeleceu o primeiro documento reconhecido ao nível mundial, que admite que o melhoramento da atenção pós-aborto é essencial para a saúde da mulher (187). No muito debatido parágrafo 8.25 o Programa de Ação da conferência declara:

*Em nenhum caso o aborto deve ser promovido como um método de planejamento familiar. Todos os governos e as organizações inter-governamentais e não-governamentais pertinentes são encorajadas a fortalecer seu compromisso com a saúde da mulher, tratar os impactos na saúde, resultantes de abortos realizados em condições inadequadas, como uma preocupação de saúde pública e reduzir a recorrência do aborto através da prestação de serviços de planejamento familiar mais amplos e melhores. Máxima prioridade deve sempre ser dada à prevenção da gravidez não desejada e a fazer todo o possível para eliminar a necessidade do aborto. As mulheres que têm gravidez não desejada devem ter fácil acesso à informação fidedigna e à assessoria compreensiva. Quaisquer medidas ou mudanças relacionadas com o aborto, que são introduzidas no sistema de saúde, podem ser determinadas somente ao nível nacional ou local, em conformidade com o processo legislativo nacional. Nos casos em que o aborto não é contrário à lei, os abortos devem ser realizados em condições adequadas. Em todos os casos, as mulheres deveriam ter acesso a serviços de boa qualidade para tratar as complicações resultantes de abortos. Serviços de planejamento familiar, educação e assessoria pós-aborto devem ser fornecidos oportunamente, pois ajudam também a evitar a repetição dos abortos. (264)*

**Maurício.** Também em 1994, os representantes de 20 países africanos se reuniram em Maurício, no Congresso da IPPF sobre o Aborto em Condições de Risco e o Planejamento Familiar Pós-aborto. A Declaração deste congresso solicitou aos países participantes tratar os problemas de saúde e os problemas sociais da mulher africana causados pelo aborto em condições de risco. A declaração também encorajou os países a fortalecer informação, educação e serviços de planejamento familiar; a realçar a responsabilidade do homem no planejamento familiar e na prevenção da gravidez não desejada; a incrementar a disponibilidade de tratamento de emergência de alta qualidade, humanizado e oportuno às mulheres, inclusive adolescentes, que sofrem complicações de abortos em condições inadequadas; e a assegurar a prestação de orientação pós-aborto e de serviços de planejamento familiar (111).

**Beijing.** Em 1995, a Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, reafirmou a importância de prestar atenção médica de emergência às mulheres que sofrem complicações pós-aborto. O parágrafo 106(j) da Declaração de Beijing encoraja os governos a:

*Reconhecer e lidar com o impacto na saúde do aborto em condições de risco, como uma principal preocupação de saúde pública, conforme acordado no parágrafo 8.25 do Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (263).*

*aborto é ilegal, ou porque os próprios provedores não priorizam o tratamento destas mulheres, mesmo quando a condição delas é crítica. Além disso, a falta de coordenação entre a atenção pós-aborto e estabelecimentos de planejamento familiar deixa muitas mulheres que sobrevivem às complicações pós-aborto em risco para outra gravidez não planejada e outro aborto em condições de risco (74).*

Recentemente, nas declarações das principais reuniões internacionais foi reconhecido que o aborto em condições de risco é uma preocupação principal de saúde pública ao nível global e foi solicitada uma melhor atenção médica para mulheres que sofrem de complicações resultantes de aborto (veja o texto destacado na página 7).

### **A Necessidade de Planejar a Atenção à Saúde**

A maioria das mortes e incapacidades relacionadas ao aborto pode ser evitada com procedimentos médicos de emergência que requerem somente equipamento básico, habilidades, e medicamentos. Na maioria dos casos quando as mulheres sofrem uma incapacidade permanente, é porque não receberam tratamento médico de forma oportuna. Nos países em

desenvolvimento, muitas mulheres com complicações de abortos sofrem dias antes de procurar ou receber atenção (22, 61, 204, 219, 255). Em um hospital na Indonésia, por exemplo, a maioria das mulheres já chegava em estado crítico (61). O caso de uma boliviana, de 35 anos, é típico. Ela faleceu de complicações por aborto dentro das três horas de chegar ao hospital, mas tinha sofrido sintomas por 15 dias antes de procurar tratamento (22).

Muitas mulheres e o/as amigo/as e familiares encarregados postergam a procura da atenção após um aborto em condições de risco por medo de que os provedores lhes rejeitem a atenção e avisem as autoridades (219). Algumas postergam a procura da atenção porque não conhecem ou têm medo do sistema formal de atenção à saúde. Em alguns casos, não reconhecem a gravidade da complicação (219,253). Outras mulheres, ainda, não conhecem ou não podem pagar pelo transporte para um hospital ou não conseguem pagar a atenção médica e medicamentos. As adolescentes frequentemente postergam a procura ainda mais do que as mulheres de maior idade porque temem a reação dos pais ou não sabem onde encontrar atenção à saúde (veja o texto destacado na página 8).

Uma vez que chegam a hospitais ou clínicas, muitas mulheres esperam horas e, em alguns casos, dias, antes de receber

## **A Taxa de Aborto em Condições de Risco Segue Aumentando entre Adolescentes**

O aumento na taxa de aborto em condições de risco nas adolescentes é um problema cada vez maior. Nos países em desenvolvimento, especialmente na África e América Latina (22, 24, 74, 97, 191, 217, 292) as estimativas são que as mulheres menores de 20 anos de idade têm entre um milhão e 4,4 milhões de abortos por ano. A maioria destes abortos ocorre em condições inadequadas e, para algumas adolescentes, o aborto que ocorre em tais condições leva a uma incapacidade para o resto da sua vida, à infertilidade ou à morte (39, 87, 186, 195, 216, 299). Um dos principais riscos à saúde enfrentados por uma adolescente é o aborto praticado em condições inadequadas (168).

As mulheres menores de 20 anos frequentemente representam uma parte maior do que lhes corresponde em termos de casos de complicações de aborto, conforme relatado pelos hospitais nos países em desenvolvimento (34, 97, 145, 216, 222, 256). Em Quênia, por exemplo, 53% das pacientes com aborto séptico tinham menos de 20 anos de idade (10). Em dois estudos nigerianos, as adolescentes representaram 61% e 74% das pacientes com aborto séptico (6, 7). De forma semelhante, uma proporção muito maior do que esperada das mortes relacionadas com o aborto ocorrem nas mulheres jovens e solteiras. Em um estudo realizado em Uganda, por exemplo, quase 60% das mortes devidas ao aborto realizado em condições de risco ocorreu entre mulheres menores de 20 anos de idade (266). De acordo com um estudo nigeriano, as complicações do aborto são a causa mais comum de falecimento entre as mulheres solteiras de 15 a 24 anos de idade, especialmente as que estudavam (203).

**Baixa prevalência do uso de métodos anticoncepcionais.** Como as mulheres jovens em muitos países em desenvolvimento postergam o matrimônio, grande parte delas está tendo relações sexuais antes de casar. Embora algumas adolescentes tomem a própria decisão de ter relações sexuais, outras são obrigadas ou forçadas (seja fisicamente ou por necessidade econômica). Poucos jovens usam métodos anticoncepcionais na sua primeira relação sexual, especialmente se são solteiro/as (182, 194). De acordo com estudos em vários países, transcorre uma média de um ano entre a primeira relação sexual de uma mulher e a primeira vez que usa um método anticoncepcional (12, 50, 137). Muitas gravidezes ocorrem no mesmo ano logo depois da primeira relação sexual (50, 298), e a maioria não é prevista (194). Por exemplo, entre 200 adolescentes de 16 anos de idade dando a luz em um Hospital-

Maternidade de Harare, em Zimbábue, mais da metade engravidaram em somente três meses após o início de sua atividade sexual (173). Na Cidade do México, quase dois terços das mulheres de 18 a 19 anos de idade, com experiência sexual pré-nupcial, informaram que tinham engravidado pelo menos uma vez (193).

Quando se vêem frente a uma gravidez imprevista, muitas adolescentes recorrem ao aborto em vez de casar ou de ter o filho como mães solteiras (37). De acordo com um estudo na Nigéria, por exemplo, 90% das mulheres solteiras e com emprego interromperam a gravidez não prevista (203). Em outro estudo nigeriano, que compreendia 1.800 mulheres de 14 a 25 anos de idade, que nunca estiveram casadas, foi concluído que entre as que tiveram relações sexuais, quase a metade das estudantes e dois terços das que não eram estudantes tinham engravidado, e quase todas tinham interrompido sua gravidez por meio do aborto (201). Em algumas áreas de Nigéria e Quênia, o/as adolescentes tinham maior conhecimento sobre o aborto do que sobre a anticoncepção moderna, e suas atitudes em relação ao aborto eram mais favoráveis (25).

Muitas adolescentes correm o risco relacionado a um aborto realizado em condições inadequadas para não ter que deixar os estudos (208). Em um estudo realizado em Zâmbia, por exemplo, 81% das mulheres internadas por complicações de abortos realizados em condições de risco eram estudantes que não queriam que uma gravidez inoportuna interrompesse seus estudos (237). independentemente do seu estado civil, as adolescentes que já deram a luz, geralmente não voltam a estudar (84). Em alguns países, a norma é expulsar as estudantes que engravidam; somente no Quênia, quase 10.000 estudantes anualmente são obrigadas a deixar a escola porque estão grávidas (70).

Em comparação com uma mulher mais adulta, uma mulher jovem e solteira está mais propensa a recorrer a um provedor não treinado para interromper a gravidez e arriscar um aborto tardio e, frequentemente, auto-induzido, muitas vezes porque sente medo ou vergonha, ou por falta de acesso ou de dinheiro (37, 66, 97, 108, 216, 284). Além disso, por estas mesmas razões, é mais provável que as adolescentes posterguem a procura de atenção médica para as complicações do aborto (241, 299). As adolescentes que participaram em uma pesquisa na Nigéria, por exemplo, afirmaram que se sofrerem de complicações do aborto, o mais provável é que fujam de seus lares antes de informar a seus pais a respeito ou antes de recorrer a uma unidade de saúde (66).



assistência médica (2, 46, 128, 134, 177). No Nepal, por exemplo, mulheres internadas no hospital-maternidade nacional, com complicações de aborto, uma vez esperaram de um a sete dias para tratamento (177). As razões comuns, pelas quais a assistência é postergada ou não disponível em clínicas ou hospitais, incluem a falta de protocolos, diagnóstico errado, atitudes punitivas entre os provedores e uma alta carga de casos e sobrecarga do hospital devido à falta de abastecimentos ou de pessoal treinado.

**Falta de normas.** Sendo que não existe um plano claro para prestar atenção pós-aborto, é muito comum que as mulheres que sofrem complicações do aborto não sejam tratadas de imediato (14, 135, 138, 154, 219). Devido à falta de normas claras de tratamento, é provável que os provedores não saibam qual é o tratamento mais adequado para as complicações do aborto, ou que não disponham dos materiais necessários para um tratamento apropriado. Em muitos países os profissionais de saúde ainda utilizam anestesia geral, por exemplo, em vez da anestesia local, durante o tratamento das complicações do aborto, o que aumenta, desnecessariamente, o tempo de preparação, a equipe e/ou pessoal necessário para o procedimento, assim como o risco à saúde da mulher e o tempo que será necessário para recuperação (95, 186, 238, 277, 282).

Nos lugares onde não foi desenvolvido um plano claro para prestar atenção pós-aborto, é provável que os profissionais de saúde não saibam de que é sua responsabilidade tratar as complicações pós-aborto, especialmente nos meios em que o aborto está proibido. Pode ser que o tratamento seja postergado porque o pessoal de saúde teme que sofrerá medidas legais. Na Bolívia, por exemplo, alguns membros do pessoal pensaram, por engano, que as normas do hospital requeriam que eles se recusassem a tratar mulheres com complicações de aborto incompleto (219). Quando um plano para prestar atenção pós-aborto é preparado, todo o pessoal de saúde deve ser informado sobre o plano e as normas de tratamento, para evitar demoras.

**Diagnóstico incorreto.** Em alguns casos o tratamento adequado é postergado porque os provedores não percebem imediatamente que a condição da mulher está relacionada com a gravidez. É provável que algumas mulheres não admitam ter tentado induzir o aborto ou que inclusive não admitem que estão grávidas (218, 282). Ainda, pode ser que os profissionais de saúde não reconheçam a gravidade da complicação da mulher. Na Zâmbia, por exemplo, uma mulher de 18 anos de idade que sofria um aborto séptico foi internada por 14 dias, com um diagnóstico incorreto de malária, antes que um ginecologista diagnosticasse sua verdadeira condição. Apesar de que foi operada e recebeu uma adequada terapia de antibióticos, a mulher faleceu oito dias depois, ou seja, 22 dias depois de ser hospitalizada (46).

**Altitudes punitivas.** Entre os encarregados de formular políticas e entre os profissionais de saúde em todo o mundo, existem diferenças muito pronunciadas quanto a atitudes com relação ao aborto induzido. Alguns profissionais de saúde apresentam atitudes com preconceitos ou punitivas com relação às mulheres que abortaram, e que podem afetar a atenção médica que prestam às pacientes pós-aborto (3, 200, 243, 247). Assim mesmo, nos países em que o aborto é legalizado, algum profissional de saúde, que não aprova o aborto, tem dificuldade em separar seus sentimentos pessoais com respeito ao aborto, do compromisso profissional de prestar atenção médica (140, 244).

Alguns provedores sentem a necessidade de castigar a mulher; portanto, postergam seu tratamento, não lhes administram medicamentos para o manejo da dor ou cobram tarifas mais altas do que o custo real do tratamento (3, 172, 243). Alguns provedores castigam a mulher com veemência por haver tentado abortar, por não utilizar métodos anticoncepcionais ou por ter relações sexuais em primeiro lugar (200, 218). Quando

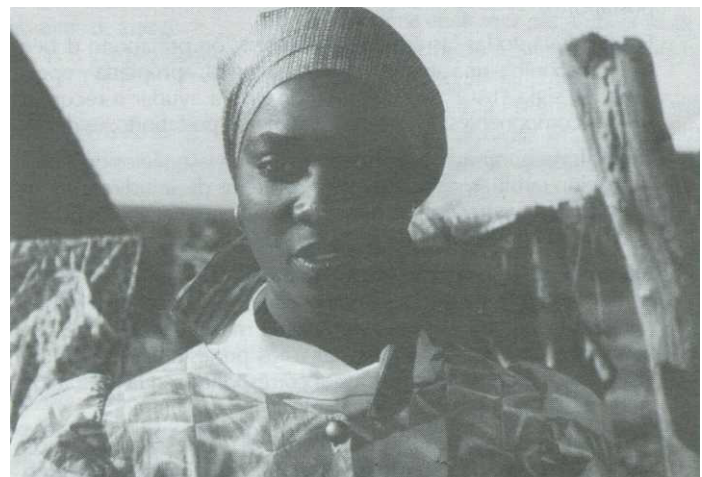
os recursos são escassos e o pessoal está sobrecarregado de trabalho, é possível que para alguns provedores seja ofensivo ter que atender uma mulher que teve um aborto em condições de risco, a quem eles vêem como uma prioridade menor e como a causadora de seus próprios problemas. De acordo com um provedor na Quênia: “Em geral, as pacientes são tratadas como criminosas ou pecadoras” (242). Sendo que em muitos casos é impossível diferenciar entre o aborto induzido e o aborto espontâneo, estas atitudes afetam a atenção prestada tanto à mulher que sofre um aborto espontâneo, quanto à mulher cujo aborto foi induzido.

**Sobrecarga do hospital.** O tratamento também pode demorar devido ao grande número de casos de emergência, à falta de materiais e medicamentos e à escassez de pessoal treinado (14, 135, 138, 154). Em um hospital na Etiópia, no qual 41 % das mortes maternas eram atribuíveis a complicações do aborto, a aguda escassez de equipe médica, medicamentos, soluções intravenosas e sangue para transfusões comprometia as normas de atenção vigentes para tratar todas as emergências relacionadas com a gravidez, inclusive as complicações do aborto (14). Nos hospitais de distritos mais pequenos, as demoras podem ser ainda mais comuns. Por exemplo, de acordo com um estudo em Bangladesh, 15% dos hospitais de distrito não forneciam transfusões de sangue, e algumas instalações menores nem sequer forneciam atenção obstétrica básica, apesar de ter pessoal médico (175). Em muitos países, esta falta de atenção médica pode refletir um problema sistêmico mais grave: a prestação de atenção inadequada para todas as emergências médicas.

### Melhoramento da Atenção, Salvar Vidas

Embora cada país determine sua própria política sobre o estado legal para as práticas de aborto induzido, seja onde for que as mulheres procurem o aborto em condições de risco ou sofram um aborto espontâneo, continuarão a precisar de tratamento médico para as complicações. As mulheres não precisam morrer ou sofrer lesões permanentes das complicações do aborto. Os sistemas e os profissionais da saúde podem salvar milhares de vidas se oferecerem à mulher atenção pós-aborto que cubra tanto as suas necessidades médicas imediatas, quanto à necessidade de evitar futura gravidez não prevista e, por fim, futuros abortos em condições de risco.

Uma estratégia para a atenção pós-aborto é um enfoque de saúde pública centrado em identificar e corrigir as deficiências críticas na prestação de serviços médicos de emergência



JHU/PCS Video: Coloque-se nos Seus Sapatos

*Em lugares onde o aborto ocorre em condições inadequadas, é provável que este seja um dos riscos mais sérios que uma adolescente corre em relação a sua saúde. Os abortos são especialmente arriscados para as adolescentes porque elas frequentemente postergam a procura de um aborto, recorrem a provedores não treinados ou tentam auto-induzir o aborto.*

e na sua administração. Quando os sistemas de saúde têm uma estratégia para prestar atenção pós-aborto, as complicações do aborto recebem um tratamento rápido e eficaz. Esta estratégia também garante que a atenção médica, o planejamento familiar e outros serviços de saúde reprodutiva estejam disponíveis e acessíveis à maior quantidade possível de mulheres. A atenção pós-aborto inclui ou oferece serviços e orientação em planejamento familiar a toda mulher tratada por complicações do aborto (e a seu parceiro, se for apropriado) para reduzir o risco de futura gravidez não desejada e evitar a repetição de abortos no futuro. Ainda, se necessário, a mulher é encaminhada a outros serviços de saúde reprodutiva (87, 277).

**O trabalho em etapas.** A chave para uma estratégia eficaz de atenção pós-aborto é começar imediatamente a implementar qualquer melhoramento na atenção, que seja mais viável e conveniente para cada contexto específico. O nível de atenção médica disponível, assim como os fatores que afetam o acesso da mulher a essa atenção varia amplamente entre os países em desenvolvimento. Em grande número de situações, é necessário elaborar uma estratégia de atenção pós-aborto e aplicá-la por etapas. Em alguns países latino-americanos, por exemplo, o estigma vinculado à equipe de aspiração manual intra-uterina (AMIU) era tal que muitos profissionais da saúde não estavam dispostos a adotar esta nova técnica para a atenção pós-aborto. Em tais meios, a abordagem de oferecer primeiro serviços de planejamento familiar a todas as mulheres pós-aborto, teve maior êxito (100). Em outros lugares, a aplicação de um programa em grande escala, no qual os médicos foram treinados na técnica de AMIU, o estabelecimento de uma área de tratamento com AMIU e a implementação de serviços de planejamento familiares tiveram mais êxito (177).

Em quase todos os países em desenvolvimento, melhorar a atenção pós-aborto é um desafio enorme. Para melhorar a atenção precisa existir liderança dentro do sistema de saúde, planejamento estratégico, mudanças programáticas e cooperação entre os diversos setores do sistema de saúde. Os partidários de melhoramentos na atenção pós-aborto percebem, com frequência, que esta é somente a etapa inicial do plano geral para a atenção pós-aborto.

Por final, todas as estratégias de atenção pós-aborto devem tornar disponível uma atenção que seja **integral, apropriada e oportuna**. A sigla “IAO” pode ser utilizada para ajudar a lembrar os três componentes de uma atenção pós-aborto eficaz, ou seja:

**Integral:** Assegurar que orientação e serviços de planejamento familiar, assim como outros serviços de saúde reprodutiva, sejam oferecidos a *toda* mulher tratada por complicações do aborto praticado em condições de risco (veja páginas 12 a 19).

**Apropriada:** Adotar a aspiração manual intra-uterino (AMIU) e substituir a anestesia geral pela anestesia local para prestar melhor atenção à mulher e consumir menos recursos (veja as páginas 19 a 23). Treinar os profissionais da saúde, inclusive o pessoal não médico, onde apropriado, na prestação de atenção pós-aborto sob anestesia local.

**Oportuna:** Evitar demoras por meio da descentralização da atenção pós-aborto e do estabelecimento de um sistema de referência para que a mulher receba atenção com maior prontidão (veja as páginas 23 a 28).

A estratégia da atenção pós-aborto é um enfoque de duplo propósito que inclui tanto o tratamento quanto a prevenção: ou seja, o *tratamento* da emergência atual e a *prevenção* de futura gravidez não desejada, especialmente entre as mulheres com maior probabilidade de procurar o aborto realizado em condições de risco. O tratamento eficaz das complicações do aborto, a prestação de serviços de planejamento familiar para evitar futura gravidez não desejada e, por fim, futuros abortos em condições de risco, assim como vincular a mulher a outros serviços de saúde reprodutiva, pode reduzir, consideravelmente, o número total de mortes atribuíveis ao

aborto, o que representa um passo importante para a realização da meta mundial de reduzir a mortalidade materna.

**A comunicação para mudança.** Os programas de informação, educação e comunicação que identificam e divulgam o alcance do problema e alertam o público e os profissionais de saúde quanto às possíveis soluções são fundamentais para a estratégia da atenção pós-aborto (282). Antes de planejar a prestação da atenção médica que a mulher precisa, de maneira antecipada, os administradores dos sistemas de saúde e os encarregados de formular políticas precisam, primeiro, informação sobre a magnitude do problema do aborto em condições de risco nos seus países, e reconhecê-lo como tal (186). Sendo assim, defender o melhoramento da atenção pós-aborto pode ser o primeiro passo necessário. Os promotores de saúde pública podem divulgar a necessidade de prestar atenção pós-aborto apoiando-se em estatísticas locais sobre as mortes maternas e o custo envolvido para os hospitais e clínicas locais (184, 187, 282) (veja o texto em destaque nas páginas 26 e 27). Os profissionais de saúde que trabalham nas comunidades e os provedores de atenção médica primária podem começar campanhas para informar o público sobre os riscos do aborto praticado em condições inadequadas e sobre a necessidade de procurar atenção imediata quando surgirem complicações (87, 184, 187, 282).

Ainda, as campanhas realizadas com o uso massivo da mídia podem alertar o público sobre o problema do aborto em condições de risco. Na Bolívia, por exemplo, as campanhas nacionais sobre a saúde reprodutiva, de 1994 e 1996, incluíram notícias curtas e informativas pelo rádio e televisão sobre as mortes maternas causadas pelo aborto em condições inadequadas. De acordo com os resultados de uma avaliação, as pessoas tinham maior probabilidade de lembrar estes anúncios sobre o aborto em condições de risco do que quaisquer outros durante a campanha (234, 267).

Ao denunciar o aborto em condições de risco como uma das causas principais de mortalidade materna, os funcionários da saúde, os líderes políticos e comunitários e as organizações de mulheres podem motivar o debate público e, às vezes, gerar vontade pública para tratar o problema. O Vice-presidente da Bolívia e sua esposa, por exemplo, quando apareceram juntos em um anúncio na televisão para a campanha nacional sobre a saúde reprodutiva, realizada em 1996, chamaram atenção à necessidade de reduzir a mortalidade materna (234). Depois, quando o Ministro da Saúde da Bolívia provocou a polêmica, ao discutir o tema do aborto em condições de risco em público, sua cobertura pelos meios de comunicação alcançou todos os pontos do país. Apesar de que ainda não foi aplicada nenhuma ação programática como resultado deste debate público, muitas pessoas no país inteiro ficaram convencidas da necessidade de prestar atenção médica a toda mulher que sofre complicações do aborto (31).

Dentro do sistema de saúde, pode ser necessário educar os provedores, em todos os níveis, sobre a gravidade das complicações do aborto. De acordo com a pesquisa de base realizada para um projeto egípcio, por exemplo, poucos médicos sabiam quais são os efeitos a longo prazo produzidos pelo aborto em condições de risco para a saúde (214). Em muitos países, os profissionais de saúde desconhecem a magnitude do problema no seu campo ou sobre o importante papel que as complicações do aborto desempenham no que se refere à causa das mortes maternas. Ainda, em algumas áreas é importante educar os profissionais de saúde quanto aos riscos dos métodos abortivos populares. No Nepal, por exemplo, através de um estudo realizado em cinco hospitais, foi comprovado que o método abortivo mais comum, ou seja, as preparações e pomadas vaginais utilizadas pelas parteras tradicionais, podiam ser associadas à metade das mortes relatadas (255).

Os profissionais de saúde e outros membros da comunidade invariavelmente questionam a legalidade de tratar as compli-

cações pós-aborto. No Quênia, por exemplo, durante um curso sobre atenção pós-aborto, o pessoal de saúde solicitou que o treinamento incluísse uma sessão que explicasse as restrições que existem no seu país com respeito ao aborto, para poder entender claramente a legalidade de prestar atenção pós-aborto (243). Os promotores da atenção pós-aborto podem proporcionar informação clara a respeito apoiando-se em referências aos mandatos internacionais, tais como o Programa de Ação do Cairo, e outras declarações nacionais e locais que enfatizam a legalidade e importância da atenção pós-aborto (145) (veja o texto em destaque na página 7).

#### Como resolver as atitudes negativas.

Um importante componente de toda estratégia destinada a melhorar a atenção pós-aborto é tratar com as atitudes negativas do público, dos encarregados de formular políticas e dos profissionais de saúde. Os programas eficazes de treinamento em atenção pós-aborto estimulam os profissionais de saúde a examinar suas atitudes com respeito ao aborto em condições de risco e às mulheres que sofrem suas conseqüências. Aprendem também a examinar o problema social que o aborto praticado em condições inadequadas representa, inclusive o papel que desempenham nas mortes maternas. Os exercícios de dramatização podem ajudar os profissionais de saúde a analisar as experiências de cada mulher e mostrar empatia com as circunstâncias que as levam a ter abortos em condições de risco. A empatia conduz a pessoa a colocar-se na situação da outra pessoa e tratar de entender seus sentimentos e sua perspectiva (veja o texto destacado nesta página). Quando os profissionais de saúde e outras pessoas aprendem a atuar com empatia, também aprendem a não assumir que conhecem as circunstâncias da mulher, mas sim de ver cada mulher como um indivíduo que requer atenção médica (276).

#### Salvar vidas e economizar recursos e dinheiro.

O planejamento e implementação de uma estratégia eficaz para a prestação de atenção pós-aborto não significa que os sistemas de saúde nos países em desenvolvimento devem dedicar grande parte de seus recursos de saúde para atenção pós-aborto. Muitas das melhorias na atenção pós-aborto requerem somente mínimos gastos adicionais em equipamento, instalações ou pessoal (89, 126, 282). De fato, é mais provável que a prestação eficaz de uma melhor atenção pós-aborto, que foi planejada estrategicamente, consuma *menos* recursos do setor saúde do que o enfoque de "resolução de crises" que atualmente existe na maioria dos países. Ao comparar o custo em quatro unidades de saúde no Quênia, por exemplo, foi concluído que o tratamento com a aspiração manual intra-uterino, ao nível de ambulatório, custava entre 23% e 66% menos do que o tratamento padrão de curetagem uterina, que requer uma permanência hospitalar



## Coloque-se nos Seus Sapatos

### Orientação em Planejamento Familiar para Evitar Abortos Repetidos

Os provedores de saúde podem fazer uma diferença na vida das mulheres tratadas por complicações pós-aborto, através da atenção e orientação com empatia sobre planejamento familiar. *Coloque-se nos Seus Sapatos: Orientação em Planejamento Familiar para Evitar Abortos Repetidos* é um vídeo de capacitação, de 30 minutos, sobre orientação pós-aborto, que demonstra como uma enfermeira do departamento de maternidade aprende a ter empatia com as suas pacientes pós-aborto e as ajuda a começar a usar o planejamento familiar.

Filmado na Zâmbia, o vídeo ilustra os pontos-chaves da orientação pós-aborto no planejamento familiar através das histórias de quatro mulheres internadas depois de abortos em condições de risco. As fotos nas páginas 6 e 9 são deste vídeo.

O vídeo é orientado a provedores de atenção de emergência, como ginecologistas, obstetras, outros médicos, enfermeiras-parceiras, outras enfermeiras e auxiliares clínicos, assim como a orientadores em planejamento fami-

liar. O vídeo mostra como encaminhar a mulher aos serviços de planejamento familiar de maneira clara e útil, e reforça as três mensagens essenciais que um provedor precisa transmitir claramente para ajudar a mulher a evitar uma futura gravidez não prevista e a repetição de abortos.

Ainda, o pacote de capacitação do vídeo inclui uma guia para o usuário, uma lista de verificação para a orientação em planejamento familiar pós-aborto e um protótipo de folheto para as clientes. O vídeo foi elaborado e produzido por Johns Hopkins Population Communication Services (JHU/PCS) em colaboração com o Program for Appropriate Technology in Health (PATH).

O pacote está disponível em inglês e francês. Se tiver qualquer pergunta a respeito, por favor envie para: Manager, Media/Materials Clearinghouse, Johns Hopkins Population Information Program, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA; fax: 410-659-6266; ou correio eletrônico: mmc@jhu.edu.

de uma noite (126). De acordo com as comparações entre cinco hospitais mexicanos, foi observado que os custos eram entre 17% e 72% mais baixos quando atenção pós-aborto era oferecida planejada com serviços de AMIU ao nível ambulatorial. Conseguiram economias através das mudanças no manejo das pacientes, incluindo o tratamento efetuado ao nível ambulatorial e o uso da anestesia local (126).

Além disso, os melhoramentos na saúde, necessários para aplicar uma estratégia eficaz de atenção pós-aborto, são as mesmas melhorias necessárias para melhorar a atenção médica para *todas* as emergências relacionadas com a gravidez e inclusive muitas das emergências gerais. Portanto, um plano para melhorar a atenção pós-aborto pode contribuir a alcançar melhorias em outros aspectos importantes da atenção médica e pode formar parte de uma iniciativa mais ampla para melhorar *todo* tipo de atenção de emergência.

## Publicações Adicionais sobre a Atenção Pós-aborto e o Planejamento Familiar

As seguintes publicações oferecem informação detalhada sobre o tratamento das complicações pós-aborto e sobre a prestação de serviços e orientação sobre o planejamento familiar pós-aborto:

Family Planning Counseling:  
A Curriculum Prototype (Orientação de Planejamento Familiar: Um Protótipo de Currículo)  
EngenderHealth, 1995

Talking with Clients about Family Planning (Como Conversar com Clientes sobre Planejamento Familiar)  
EngenderHealth, 1995

Comunique-se com:  
**Engender Health**  
440 Ninth Avenue  
New York, NY 10001, USA

Manual para Atenção Pós-aborto: Guia para Participantes  
JHPIEGO, 1995

Livro de Notas para o Treinador em Atenção Pós-aborto  
JHPIEGO, 1995

Comunique-se com: **JHPIEGO**  
Materials Division  
1615 Thames St., Suite 200  
Baltimore, MD 21231 USA  
Fax: 410-614-0586

O Planejamento familiar após abortamento incompleto (Cartaz)  
Ipas, 1997.

Guia de Aspiração Manual Intra-uterina para Médicos  
L. Yordy, A.H. Leonard e J. Winkler. Ipas, 1993.

Cubriendo las necesidades de las mujeres cuanto la planificación familiar post-aborto: Articulando las preguntas (disponível em espanhol)  
J. Benson, A. H. Leonard, J. Winkler, M. Wolf e K. F. McLaurin, Ipas, 1992. (Temas en el Tratamiento del Aborto 2)

Controle da Dor no Tratamento de Aborto Incompleto com AMIU  
A Margolis, A. H. Leonard e L Yordy  
*Avanços no Tratamento do Aborto* 3(1): 1-8. Ipas, 1993

Postabortion Care: A Reference Manual for Improving Quality of Care (Cuidados Após o Aborto: Um Manual de Referência para a Melhoria da Qualidade do Atendimento)

J. Winkler, E. Oliveras e N. McIntosh, redatores  
Postabortion Care Consortium, 1995

Postabortion Family Planning (Planejamento Familiar Pós-Aborto)  
J. Winkler e R. Gringle, redatores, Ipas, 1992

Protocolo para reutilização dos instrumentos do Ipas para AMIU  
H. Leonard e L. Yordy  
*Avanços no Tratamento do Aborto* 2(1):1-12. Ipas, 1992.

Comunique-se com: **Ipas**  
P.O. Box 999, Carrboro, NC 27510, USA Fax: 919-929-0258  
Cópias individuais da série *Avanços no Tratamento do Aborto* podem ser obtidas gratuitamente.

Clinical Management of Abortion Complications (Manejo Clínico de Complicações do Aborto)  
Organização Mundial da Saúde, Programa de Saúde Maternal e Maternidade Segura, 1994

Complicaciones del aborto: Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento (disponível em espanhol)  
OMS, 1995

Planificación familiar post-aborto: Guía práctica para administradores de programas (disponível em espanhol)  
OMS, 1998

Comunique-se com:  
**Organización Mundial da Saúde**  
Centro de Publicações  
20 Avenue Appia  
CH-1211 Genebra 27 Suíça  
Fax: 41-22-791-0746

## Atenção Integral: Prestação de Serviços de Planejamento Familiar

Para ajudar a mulher a evitar gravidez não desejada e abortos em condições de risco no futuro, é essencial vincular os serviços de atenção pós-aborto de emergência com os serviços de planejamento familiar e outros serviços de saúde reprodutiva. No entanto, poucas clínicas e hospitais oferecem à mulher orientação e serviços de planejamento familiar. Assegurar a prestação destes serviços a toda mulher tratada por complicações do aborto em condições de risco pode ser uma das maneiras mais imediatas de melhorar a atenção pós-aborto.

A maioria das mulheres que colocou sua saúde em risco, e inclusive a vida, sofrendo abortos em condições inadequadas, deseja evitar engravidar novamente (33, 161, 209, 228, 236, 282, 287). Quando orientação e serviços de planejamento familiar são oferecidos para as mulheres que foram tratadas por complicações do aborto, grande parte delas iniciam o uso de um método anticoncepcional. A orientação em planejamento familiar, sempre importante, é indispensável para mulheres que foram tratadas por complicações de aborto porque frequentemente precisam lidar com questões mais abrangentes do que a escolha de um método anticoncepcional (107).

### A Necessidade de Prestar Serviços de Planejamento Familiar

Mesmo sendo que as circunstâncias das mulheres tratadas por complicações do aborto em condições de risco variam amplamente, muitas têm uma característica comum: não estavam usando um método anticoncepcional antes do aborto. De

acordo com estudos, menos de um terço das mulheres na América Latina, Ásia e África, que recebem tratamento por complicações do aborto em condições de risco tinham usado métodos anticoncepcionais modernos alguma vez na sua vida (8, 15, 82, 132, 149, 191, 192, 261). Outras mulheres estavam usando um método anticoncepcional que falhou por alguma razão ou outra.

Apesar de que poucas mulheres tratadas por complicações do aborto tenham usado um método anticoncepcional anteriormente, a maioria deseja usar o planejamento familiar (5, 49, 90, 132, 179, 247). Além do mais, para muitas mulheres pode ser que a atenção pós-aborto de emergência seja um dos poucos contatos que ela tem com o sistema formal de saúde, assim como uma oportunidade de receber serviços de planejamento familiar e outros serviços de saúde reprodutiva (87). Particularmente no caso das adolescentes, a atenção pós-aborto que as vincula aos referidos serviços pode ter um importante efeito na sua saúde futura. Não obstante, os serviços sempre devem ser oferecidos como uma opção e não como um requisito ou uma condição para receber atenção pós-aborto de emergência (188, 279, 282).

**Oportunidades perdidas.** Embora o contexto da atenção pós-aborto ofereça a importante oportunidade de proporcionar orientação e serviços de planejamento familiar, essa oportunidade é perdida muito freqüentemente (33, 161, 170, 261). Nos países em desenvolvimento, poucas mulheres recebem orientação e serviços de planejamento familiar depois de receber atenção pós-aborto de emergência (87, 139, 188, 215, 246). De acordo com uma pesquisa realizada recentemente em Quênia, por exemplo, apesar de que 86% dos profissionais de saúde opinavam que a mulher deve receber informação sobre planejamento familiar, 91% informaram que em suas unidades de saúde não é padrão oferecer informação sobre o planejamento familiar às mulheres tratadas depois de ter um aborto em condições inadequadas (215). Além do mais, ao estudar dois importantes hospitais egípcios, em

1994, foi concluído que menos de 3% das mulheres tratadas por complicações pós-aborto receberam orientação sobre planejamento familiar (214). Em um hospital governamental na Turquia, somente 14% das mulheres relataram ter recebido informação e orientação sobre planejamento familiar, apesar de que os médicos que as trataram haviam sido treinados em orientação e serviços de planejamento familiar (43).

Em geral, o pessoal clínico que presta atenção pós-aborto de emergência não considera que os serviços de planejamento familiar formem parte da atenção pós-aborto ou que sejam a sua responsabilidade (87, 200, 276). Geralmente, os médicos esperam que outras pessoas ofereçam orientação sobre planejamento familiar (246). Alguns profissionais de saúde crêm erroneamente que é suficiente dizer a uma mulher que foi tratada por complicações do aborto, “quando lhe dermos alta, você precisa ir à clínica de planejamento familiar” (32). Os médicos clínicos que não se acostumaram a prestar serviços de planejamento familiar, em geral, não sabem muito sobre os métodos anticoncepcionais, estão mal informados sobre a tecnologia anticoncepcional, ou seguem diretrizes obsoletas quanto ao uso do planejamento familiar pós-aborto (140, 276).

Poucos programas de planejamento familiar, entretanto, oferecem orientação e serviços de planejamento familiar relacionando-os especificamente com o pós-aborto; e também poucos atendem mulheres que tiveram abortos em condições de risco, nem como parte de sua clientela estabelecida nem do seu público para comunicação sobre planejamento familiar (87, 148). Poucos programas de planejamento familiar estão vinculados aos prestadores de atenção de emergência por meio de uma rede formal de referência. Ainda, geralmente os provedores de planejamento familiar não conhecem as complicações comuns do aborto em condições de risco, nem as técnicas de tratamento. Por fim, podem ter conhecimentos limitados sobre quais métodos anticoncepcionais são mais adequados para as diferentes circunstâncias (87, 200)

### Como Evitar os Abortos Repetidos

As mulheres que não recebem orientação nem serviços de planejamento familiar depois de serem tratadas por complicações do aborto, em geral, voltam a engravidar, e algumas voltam a ter outro aborto em condições de risco. De acordo com análises de registros hospitalares em quatro países latino-americanos, quase um-terço das mulheres tratadas por complicações de aborto já haviam sofrido um aborto ou mais (241). Na Estônia, a porcentagem de mulheres tratadas por complicações de aborto que haviam abortado antes era maior (64%) que a porcentagem de mulheres que haviam usado métodos anticoncepcionais alguma vez em sua vida (57%) (16). De acordo com um estudo de três anos realizado em um hospital docente na Nigéria, resultou ser mais provável que as mulheres que procuravam tratamento para as complicações pós-aborto tivessem tido um aborto previamente, do que as que usaram anticoncepcionais. Somente 5% haviam utilizado anticoncepcionais alguma vez, enquanto que mais do dobro, ou seja, 11% confirmaram a experiência de um aborto prévio (17).

Por outro lado, nos lugares em que serviços de planejamento familiar são oferecidos às mulheres que tiveram abortos, existe maior probabilidade de que as mulheres usem métodos anticoncepcionais (179, 228). De acordo com um estudo realizado nos Estados Unidos, por exemplo, o oferecimento de orientação e serviços de planejamento familiar adequados para adolescentes que sofreram um aborto aumentou a possibilidade de que elas continuassem usando métodos anticoncepcionais eficazes. Antes de haver sofrido um aborto, somente 25% das mulheres usavam um método anticoncepcional moderno regularmente, enquanto que um ano depois, 77% usavam um método (5).

**Vinculação da Atenção de Emergência com os Serviços de Planejamento Familiar.** Em todos os hospitais ou clínicas em

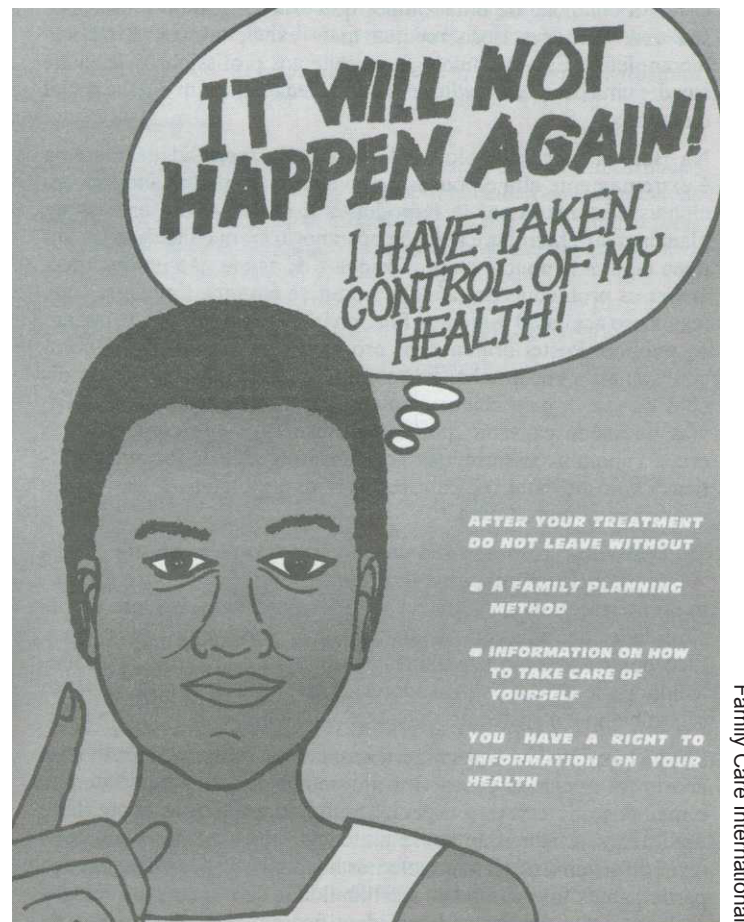
que mulheres são tratadas por complicações de aborto em condições de risco, deve ser analisada a probabilidade de iniciar um programa de planejamento familiar no local, como parte dos serviços de atenção pós-aborto. Nestes programas, é possível oferecer orientação sobre planejamento familiar pós-aborto junto com a mais ampla gama possível de métodos anticoncepcionais. Antes da alta, pode-se oferecer à mulher métodos modernos reversíveis, tais como camisinhas, espermicidas, injetáveis e anticoncepcionais orais (276).

Nas unidades em que o provedor foi treinado para introduzir DIU e implantes *Norplant*<sup>®</sup>, estes métodos também podem ser oferecidos. Em Nepal, por exemplo, os médicos treinados na AMIU, como parte de um projeto piloto de atenção pós-aborto, também foram treinados para prestar orientação e serviços de planejamento familiar para que as mulheres pudessem receber atenção integral em um só lugar (177).

Se não existirem complicações, serviços especializados também podem ser oferecidos às mulheres, os quais podem ser realizados depois do tratamento pós-aborto. A esterilização cirúrgica, é claro, sempre deve ser totalmente voluntária. A orientação e a escolha plenamente informada são cruciais. Quando não se sabe com certeza se a mulher fez este tipo de escolha informada, ela deve receber um método reversível e uma referência ou consulta de seguimento para ser esterilizada posteriormente, uma vez que teve maior oportunidade de considerar este método (33).

Para estabelecer um programa de planejamento familiar pós-aborto, é necessário o seguinte (32, 33, 276):

*(Continua na página 16.)*



*“Isto não acontecerá mais! Assumi o controle da minha saúde!”, diz este cartaz do Quênia. Um passo importante para evitar a repetição de abortos inseguros é garantir o direito das mulheres às informações e serviços de planejamento familiar.*

# Programação de Atenção Pós-aborto: Lições Aprendidas

Por Charlotte E. Hord

Durante mais de dez anos de experiência trabalhando com colegas provenientes de mais de 20 países em desenvolvimento para introduzir serviços de atenção pós-aborto, o Ipas aprendeu lições valiosas sobre os elementos de uma programação com êxito. Estas lições podem ajudar os governos, organizações não governamentais (ONG), planejadores de programas, profissionais de saúde e administradores de programas no planejamento e implementação dos programas de atenção pós-aborto. As lições principais incluem:

**1 Usar uma linguagem correta que seja apropriada para o meio local.** O primeiro passo de maior importância em um programa de atenção pós-aborto é poder descrever com precisão o tema do aborto praticado em condições de risco. É necessário conscientizar as pessoas quanto à necessidade de tratar as complicações do aborto em condições inadequadas. A maioria das pessoas se sente incomoda ao conversar sobre o problema do aborto, especialmente quando o aborto é legalmente restrito. Através do uso de palavras que descrevem claramente as complicações pós-aborto como um problema de saúde pública, se pode reduzir as sensibilidades do público dirigindo sua atenção ao melhoramento da saúde da população.

O aborto raras vezes é totalmente proibido ou totalmente permitido em certos países. Sendo assim, os profissionais de saúde tomam cuidado para evitar termos como “aborto ilegal” para descrever a condição de uma mulher que está sangrando e usar, por sua vez, uma descrição médica mais exata, tal como “aborto incompleto”. Essa terminologia permite aos profissionais de saúde atender uma condição médica em vez de reagir ante um dilema social ou jurídico.

Na Bolívia, por exemplo, onde a taxa de mortalidade materna é extremamente alta e poucas pessoas usam métodos anticoncepcionais eficazes, a saúde reprodutiva e inclusive os serviços de planejamento familiar e atenção pós-aborto eram considerados um tema tabu. Até pouco, os profissionais de saúde não podiam descrever os problemas de saúde reprodutiva em uma linguagem que resultasse aceitável tanto aos funcionários governamentais quanto ao público. Posteriormente, os programas de atenção pós-aborto começaram a encaminhar às “complicações do aborto em condições de risco” para chamar a atenção para as graves consequências na saúde causadas por estes. Assim foi que começaram a obter o apoio necessário, tanto dos encarregados de formular políticas como do público, para resolver os problemas relacionados com a saúde reprodutiva.

**2 Trabalhar com um sistema ou programa existente.** Antes de estabelecer uma estrutura administrativa para o treinamento ou prestação de serviços de atenção pós-aborto, explore a possibilidade de adaptar os sistemas ou programas existentes. Incorporar a atenção pós-aborto em uma infra-estrutura já estabelecida, pode ajudar os provedores a integrá-la dentro do resto de seu trabalho e a sustentar a prestação de serviços e o treinamento.

Em 12 hospitais docentes nigerianos, por exemplo, a atenção pós-aborto foi integrada dentro dos programas de rotina para internos e médicos que estavam especializando-se em gineco-obstetrícia. Ao integrar a educação sobre a atenção pós-aborto em um contexto do sistema de treinamento nos hospitais, a aprendizagem dos participantes foi facilitada e sua habilidade de treinar seus colegas melhorou. Os novos médicos identificaram o conhecimento da atenção pós-aborto como uma parte normal e obrigatória do seu treinamento médico. Em uma avaliação realizada em 1990, foi observado que depois de haver recebido capacitação em atenção pós-aborto, a maioria dos profissionais de saúde que haviam trei-

nado outras pessoas estava trabalhando em hospitais docentes nos quais estavam autorizados e esperavam compartilhar seus conhecimentos (205).

**3 Estabelecer serviços em lugares que serão procurados pela mulher.** No momento de decidir se a atenção pós-aborto deve ser integrada com outros serviços oferecidos em um hospital ou centro de saúde específico, primeiro precisa ser determinado se a mulher logicamente procuraria estes serviços nessa unidade de saúde. Nas unidades que atualmente não tratam as complicações do aborto praticado em condições inadequadas, como a maioria das clínicas de planejamento familiar, seria necessário informar o pessoal do hospital, e as pacientes, e inclusive toda a comunidade, que a unidade agora presta serviços de atenção pós-aborto. Os hospitais de nível secundário e terciário são lugares lógicos para integrar este serviço porque, em geral, estes oferecem algum nível de tratamento pós-aborto. Por outro lado, é mais provável que os centros de saúde de atenção primária e as clínicas independentes patrocinadas por ONG precisam de um componente de educação, quando um programa de atenção pós-aborto é implementado.

Quando serviços de atenção pós-aborto são integrados em uma clínica de planejamento familiar com base em um hospital, os protocolos internos de referência devem ser adaptados para que a mulher que precisa de atenção pós-aborto de emergência possa ser encaminhada automaticamente para a clínica de planejamento familiar, e deve-se assegurar que exista tratamento disponível em outras partes do hospital durante as horas em que a clínica está fechada.

**4 Preparar-se para um novo enfoque em planejamento familiar.** Um dos maiores desafios dos planejadores para atenção pós-aborto é aprender a reconhecer as diferenças entre o planejamento familiar pós-aborto e o planejamento familiar oferecido depois do parto ou de rotina. Enquanto que a cliente típica de planejamento familiar é saudável, uma mulher que acaba de sofrer um aborto pode estar doente, sentir dor intensa ou estar sob tensão emocional e física. Por fim, os prestadores de serviços devem adaptar seus serviços de orientação às necessidades específicas.

Quando os treinadores do Conselho Nacional de Zimbábue para o Planejamento Familiar (ZNFPC), a principal organização de prestação de serviços de planejamento familiar em Zimbábue, assistiram ao curso especial de planejamento familiar pós-aborto, se surpreenderam ao saber que, apesar de sua preparação na orientação sobre planejamento familiar, precisavam adquirir novas habilidades para conversar com as mulheres que haviam sofrido complicações do aborto. Enquanto a mulher que procura serviços de planejamento familiar deve ser atendida como uma “cliente”, a mulher tratada por complicações do aborto em condições de risco é uma “paciente” com problemas médicos que rara vez surgem em uma situação típica de orientação sobre planejamento familiar. Ao orientar esta paciente, os profissionais de saúde devem ajudá-la a identificar as razões que a levaram a ter uma gravidez não prevista com o objetivo de precaver-se para evitar ainda outra (161).

**5 Incluir a todos os interessados ao preparar um programa de atenção pós-aborto.** Desde o início, informe a todos que podem ter interesse em apoiar ou opor-se ao programa. Escute suas sugestões e preocupações e coordene atividades com essas pessoas. Se for necessário, amplie o processo de planejamento para incluir funcionários do Ministério da Saúde e outros funcionários nacionais ou locais, colegas de outros departamentos do hospital ou centros de saúde, e outras pessoas que estejam particularmente interessadas no assunto. Quando estiver organizando um programa local em um departamento, hospital ou em uma clínica informe a todos os membros do pessoal sobre as mudanças planejadas e explique como se espera que participem na nova atividade.

Em Malawi, por exemplo, um médico local iniciou um programa de atenção pós-aborto convocando um grupo nacional de representantes do sistema de saúde, de agências doadoras e do Ministério de Saúde para analisar os problemas derivados do aborto em condições de risco e propor um plano para resolvê-los. O médico apresentou dados que cobriam as preocupações dos encarregados de formular políticas, e abordou os assuntos relacionados com o treinamento e prestação de serviços que eram bastante importantes para os profissionais de saúde. Por conseguinte, a equipe de planejamento conseguiu concordar sobre uma estratégia de atenção pós-aborto dirigida às preocupações das pessoas.

**6 Adotar um enfoque integral sobre a realização de mudanças na prestação de serviços.** Como uma alternativa à curetagem uterina para o tratamento do aborto incompleto, a introdução da técnica de aspiração manual intra-uterina (AMIU) é um passo importante para o melhoramento da atenção pós-aborto. Entretanto, não espere que uma mudança da técnica leve automaticamente a outros melhoramentos, a não ser que também sejam realizadas mudanças no manejo das pacientes e na prestação de serviços. Os planejadores do programa também devem considerar se é necessário modificar outros aspectos relacionados com a atenção médica da paciente, tais como o lugar em que os serviços de atenção pós-aborto são prestados, a quantidade de tempo que a mulher espera antes ou depois de ser tratada, e qualquer treinamento especial necessário para o pessoal que trabalha com mulheres pós-aborto.

Em um hospital sul-americano, por exemplo, as pacientes atendidas por aborto incompleto eram tratadas anteriormente com a curetagem invasiva em uma sala de procedimentos que requeria internação, e ficavam esperando durante um período de observação pós-operatória de cerca de 10 horas. Para melhorar a qualidade dos serviços, o hospital começou a treinar o pessoal no uso da AMIU, porém não revisou as normas do hospital para estabelecer a AMIU como um procedimento ambulatorio que permite dar alta à paciente com prontidão. Em vez de voltar a casa ao receber alta, tarde da noite, a maioria das mulheres optou por permanecer no hospital até o dia seguinte e, por conseguinte, aumentaram o custo do tratamento e sobrecarregaram as unidades do hospital sem necessidade (128).

Pode ser que também seja necessário realizar mudanças nos procedimentos para vincular vários serviços. Quando a orientação sobre métodos anticoncepcionais que a paciente recebe depois da atenção pós-aborto, por exemplo, é oferecida somente na clínica de planejamento familiar, o pessoal da clínica ou um trabalhador de extensão deve visitar a área de tratamento diariamente, para verificar que cada mulher tenha a oportunidade de falar com um orientador de planejamento familiar. O ideal seria poder oferecer serviços de planejamento familiar e orientação na mesma área em que a AMIU é realizada.

**7 Estabelecer um abastecimento local constante de instrumental para AMIU e outros materiais importantes.**

Assim como os programas de planejamento familiar não podem oferecer toda a gama de opções se não têm certos métodos anticoncepcionais disponíveis, os programas de atenção pós-aborto não estarão completos sem um abastecimento constante e acessível de instrumentos e materiais pertinentes necessários. Os novos programas devem antecipar que chegará o momento em que a agência doadora deixe de proporcionar apoio. Tornar a AMIU e a atenção pós-aborto reconhecida oficialmente, como parte do sistema de saúde pública, facilitará o pedido de instrumental e materiais de AMIU, como parte das necessidades de abastecimento de rotina, para os hospitais governamentais e o sistema de saúde. Por sua vez, os administradores governamentais podem planejar um abastecimento a longo prazo incluindo o instrumental

e os materiais de AMIU no registro nacional de equipamentos ou em uma lista semelhante de materiais médicos oficialmente aprovados.

**8 Planejar para a descentralização.** A atenção pós-aborto deve ser disseminada quanto mais possível. Na maioria dos casos, a mulher não sobrevive à viagem ao hospital ao qual foi referida porque fica longe demais. Na Nicarágua, após a identificação da atenção pós-aborto como um serviço necessário em nível da comunidade, o Ministério da Saúde optou por descentralizar e organizou 16 sistemas de saúde integrais locais que são responsáveis pelo treinamento, prestação e administração dos serviços de saúde da comunidade. Todos eles organizaram programas de prestação de serviços para os hospitais, e alguns também oferecem treinamento. Quase a metade dos serviços oferece atenção pós-aborto descentralizada nos centros de saúde (117).

**9 Trabalhar para conseguir apoio político para a atenção pós-aborto.** Para que a atenção pós-aborto seja realizada de maneira amplamente acessível e que cubra as necessidades da mulher, políticas de apoio devem ser adotadas e divulgadas. Os defensores e os profissionais de saúde que entendem as necessidades da mulher e sua família podem ser fontes vitais de informação para aqueles encarregados de formular as políticas. A informação pode ser transmitida através do seguinte:

- A disseminação de informação, estudos e resultados impressos sobre outras experiências relacionadas com a atenção pós-aborto que demonstrem como esta pode salvar a vida da mulher.
- A organização de congressos regionais ou nacionais para analisar a necessidade de prestar serviços de atenção pós-aborto e para avaliar a capacidade local para implementar estes serviços, e
- A realização de projetos pilotos de demonstração que ilustrem os enfoques com maior probabilidade de ter êxito em um contexto específico.

Os encarregados de formular políticas respondem por informação concisa que descreva o problema, proponha soluções e cubra áreas com o potencial de melhorar a atenção, e ao mesmo tempo conservar recursos, através da adoção de um plano de atenção pós-aborto. Numerosos são os artigos e estudos que enfatizam os benefícios da atenção pós-aborto. Estes podem ser referências úteis para a elaboração de materiais que promovam a atenção pós-aborto.

Em 1994, por exemplo, a Commonwealth Regional Health Community Secretariat (CRHCS), o corpo coordenador para questões relacionadas com a saúde em 13 países da África Central e Sul, realizou um estudo, com cooperação técnica do Ipas e do Programa da Universidade Johns Hopkins para Educação Internacional em Saúde Reprodutiva (JHPIEGO), para compilar dados sobre a magnitude do problema que o aborto em condições de risco representa, e também motivar os encarregados de formular políticas que identifiquem estratégias programáticas específicas para tratar o problema: a informação foi compilada das seguintes maneiras: (1) um estudo realizado em 13 hospitais de três países sobre as perspectivas, tanto dos profissionais de saúde quanto das pacientes e sobre o custo de tratar as complicações do aborto e (2) uma análise da literatura sobre o aborto na região. Uma monografia foi preparada resumindo os resultados das análises e sugerindo recomendações, tendo sido apresentada ao Congresso de Ministros durante seu encontro anual em novembro de 1994 (145). Como resultado, os Ministros concordaram em analisar o assunto do aborto em condições de risco nos seus próprios países, assim como elaborar seus respectivos planos de ação para tratar o problema.

*Charlotte E. Hord é uma das integrantes do pessoal de Ipas (International Projects Assistance Service) uma organização não governamental, internacional, sem fins de lucro, dedicada a melhorar a saúde da mulher colocando o enfoque na atenção à saúde reprodutiva.*

- Um espaço privado para orientar a mulher e fornecer métodos reversíveis. Este espaço pode ser uma sala que raras vezes é utilizada, um canto de um quarto de exame ou tratamento, ou inclusive um corredor ou banco no lado de fora, onde o orientador e a mulher possam falar em privado. Com uma cortina, é possível estabelecer maior privacidade. Em alguns meios, é possível que o orientador possa falar com a mulher no quarto de recuperação, uma vez que ela se sinta suficientemente bem.
- Um abastecimento confiável de materiais informativos, uma gama de métodos anticoncepcionais e um sistema de inventário para pedir materiais a tempo antes que o estoque fique esgotado.
- Um espaço seguro, porém acessível para armazenar anticoncepcionais e materiais informativos. Se a área de armazenagem estiver trancada, pelo menos um membro do pessoal em cada turno deve ter uma chave.
- Se for possível, um espaço adequadamente equipado para os procedimentos clínicos tais como o exame pélvico, a inserção do DIU e dos implantes *Norplant* e esterilização cirúrgica voluntária, assim como um abastecimento seguro do material e instrumental necessário para estes métodos e um sistema para esterilizar o equipamento e evitar a transmissão de infecções.
- Capacitação para os profissionais de saúde em serviços e orientação sobre planejamento familiar. Durante o treinamento, o pessoal de saúde deve ser informado quanto às políticas nacionais e locais relacionadas aos serviços anticoncepcionais, para evitar que dúvidas ou mal-entendidos atrasem ou privem de serviços a mulher tratada por complicações de aborto.
- Financiamento, administração e manejo confiáveis. O gerente do programa deve supervisionar a qualidade dos serviços e coordenar as horas de operação com outros departamentos para assegurar que exista pessoal treinado em cada turno, que o pessoal novo e o pessoal temporário e rotativo sejam treinados em planejamento familiar e que existam suficientes materiais.

**Sistema de referência.** Os programas de planejamento familiar já estabelecidos dentro do hospital ou na comunidade podem oferecer serviços e orientação sobre planejamento familiar à mulher tratada por complicações de aborto. De forma ideal, os profissionais do programa de planejamento familiar visitam a unidade de tratamento de emergência com frequência para oferecer serviços e orientação em planejamento familiar à mulher enquanto ela espera receber alta do hospital. Eles oferecem anticoncepcionais durante a visita inicial e fazem os procedimentos para encaminhar as mulheres que precisam de outros serviços ou desejam usar algum outro método anticoncepcional que o profissional de saúde não possa fornecer imediatamente. Para aumentar a eficácia destas referências, o pessoal de saúde se oferece para acompanhar a mulher até à clínica de planejamento familiar (276).

No mínimo, os prestadores de serviço de emergência precisam encaminhar (de maneira clara e específica) cada mulher a um provedor acessível de planejamento familiar (200). Em todo nível do sistema de saúde, os provedores podem, e devem proporcionar à mulher a seguinte informação:

- O nome de pelo menos um provedor ou clínica de planejamento familiar;
- Sua localização e o horário em que clientes podem receber serviços. Convém proporcionar mapas, especialmente se são compreensíveis para as clientes analfabetas;
- Se estiver disponível, um folheto sobre os serviços e métodos de planejamento familiar.

Sempre que seja possível, deve estar disponível um orientador de planejamento familiar na unidade de tratamento pós-aborto, porque pode ser que referir ou encaminhar a mulher à outra unidade para que receba serviços de planejamento

familiar somente tenha êxito limitado. Em dois hospitais de Zimbábue, por exemplo, depois de contratar orientadores de planejamento familiar para prestar serviços na unidade de emergência, na qual as mulheres receberam tratamento, a quantidade de mulheres que adotaram um método anticoncepcional duplicou. Os orientadores forneceram anticoncepcionais orais e camisinhas no hospital e depois acompanharam as mulheres que precisavam de outros serviços até a clínica de planejamento familiar (32, 172).

**Rápido retorno à fertilidade.** Toda mulher tratada por complicações de aborto precisa receber certa informação chave sobre o rápido retorno à fertilidade e sobre a disponibilidade do planejamento familiar e de outros serviços de saúde reprodutiva. Depois do aborto, a fertilidade de uma mulher retorna quase imediatamente, geralmente depois de duas semanas. Devido ao rápido retorno à fertilidade, é extremamente importante que a mulher que pensa reiniciar suas relações sexuais, e que deseja evitar outra gravidez, decida rapidamente se vai usar um método anticoncepcional. No entanto, grande parte das mulheres não sabe que pode voltar a engravidar pouco depois de um aborto. Muitas delas crêem, erroneamente, que depois do aborto passarão por algo semelhante ao atraso usual do retorno à fertilidade que ocorre no pós-parto (20, 161, 247).

No momento em que são tratadas por complicações do aborto, poucas mulheres recebem informação sobre o rápido retorno à fertilidade. Na Turquia, por exemplo, de acordo com dados de uma pesquisa, somente 10% das mulheres que tiveram um aborto foram informadas que poderiam voltar a engravidar dentro de duas semanas após o aborto (262). Em Quênia, em seis hospitais em que as mulheres foram tratadas por complicações de aborto, somente 13% das pacientes receberam informação sobre o rápido retorno à fertilidade (243).

Para prestar atenção integral e ajudar a mulher a evitar uma futura gravidez não desejada, todo membro do pessoal da emergência deve ser treinado para que possa conversar com cada mulher sobre os três pontos críticos do planejamento familiar (161, 279):

- 1 A fertilidade volta rapidamente**—Portanto, a mulher poderia voltar a engravidar imediatamente.
- 2 Os métodos anticoncepcionais modernos são seguros e eficazes depois do tratamento das complicações do aborto**—Através do uso de métodos anticoncepcionais, a mulher pode postergar ou evitar outra gravidez.
- 3 Existe informação, serviços e orientação sobre planejamento familiar disponível**—O profissional de saúde que atende a mulher pode ajudá-la a obter e usar um método anticoncepcional.

**Quais métodos podem ser usados depois das complicações do aborto?** Em geral, todos os métodos anticoncepcionais modernos são seguros e eficazes para serem usados depois do tratamento das complicações do aborto, porém o uso adequado ou não de cada método varia de acordo com a condição e as necessidades pessoais de cada mulher (161, 277, 279). Fatores como a seriedade e natureza das complicações na mulher, assim como seu estado atual de saúde influenciam na escolha de métodos que sejam mais adequados para uso imediato. (Para maior informação sobre a escolha de métodos anticoncepcionais, veja o quadro “O planejamento familiar após o tratamento pós-aborto” incluído com o presente exemplo de **Population Reports**, e o quadro na página 12.)

### ■ Orientação para Cada Mulher

A orientação é um componente integral dos serviços de planejamento familiar pós-aborto. Toda mulher tratada por complicações de aborto precisa e merece receber orientação sobre planejamento familiar. Os programas de planejamento familiar repetidamente confirmaram que a orientação ade-



quada e eficaz de uma mulher aumenta a probabilidade de que ela comece a usar um método anticoncepcional e de que o use eficientemente (79).

Embora a avaliação específica dos efeitos da orientação sobre planejamento familiar pós-aborto só tenha sido iniciada ultimamente, essas avaliações sugerem que a orientação é tão importante (e freqüentemente da maior importância) para a mulher que está se recuperando das complicações de aborto, como para outras clientes de planejamento familiar (90, 92, 246). Além do mais, quando uma mulher teve uma gravidez não desejada porque não entendia como usar seu método anticoncepcional ou deixou de usar um método que produzia efeitos colaterais inaceitáveis, o orientador pode ajudá-la a corrigir o uso do método ou escolher outro método que seja mais apropriado para ela.

A orientação sobre planejamento familiar pode ser o passo essencial para uma mulher na decisão sobre se vai usar um método anticoncepcional, aprender a usá-lo corretamente e continuar usando-o (42, 79). Por exemplo, entre as mulheres egípcias tratadas por complicações de aborto, ao aumentar a orientação, também aumentou a intenção de começar a usar métodos de planejamento familiar (103). Entre as mulheres nigerianas que foram tratadas em quatro hospitais por aborto incompleto, 39% das que receberam orientação sobre planejamento familiar começaram a usar um método, enquanto somente 8% das mulheres que não foram orientadas usaram um método (64). Ainda, fornecer orientação depois da atenção pós-aborto foi associado com uma redução geral significativa no risco de repetir uma gravidez não desejada, de acordo com um estudo que analisou dados do Quênia, México, Nigéria, Zâmbia e Zimbábue (180).

**Em que consiste uma boa orientação?** A boa orientação é a comunicação entre provedor e cliente que ajuda cada mulher a: aplicar a informação sobre planejamento familiar a suas próprias circunstâncias; tomar suas próprias decisões de acordo com as suas necessidades e desejos específicos e colocar essas decisões na prática (79). Ao ouvir uma mulher e prestar atenção às suas necessidades, um orientador pode ajudá-la a tomar uma decisão bem pensada e informada em relação ao planejamento familiar (143, 200, 202). Nenhum enfoque de orientação pode por si só ser aplicado em todas as situações ou satisfazer todas as necessidades da mulher (278). Se a orientação sobre planejamento familiar pós-aborto é flexível e trata cada mulher como indivíduo, é mais provável que satisfaça as suas necessidades (161).

A orientação eficaz sobre planejamento familiar depende de habilidades interpessoais: principalmente ouvir ativamente e mostrar atenção (18, 79, 276). Ouvir ativamente conota reconhecer o que a mulher falou; parafrasear e resumir suas observações; refletir sobre seus sentimentos com afirmações ou perguntas que resumam o que disse; motivá-la a falar e fazer perguntas; e responder direta e sinceramente às suas perguntas e à informação que ela proporcione sobre sua situação pessoal.

O comportamento assistencial implica usar sinais não verbais que demonstrem que o orientador está prestando atenção: por exemplo, inclinar-se para frente e colocar-se cara a cara com a cliente, olhar nos olhos ao conversar com ela, sorrir e sentar-se com as costas retas e a cabeça erguida. Estes sinais não verbais ajudam a estabelecer uma boa comunicação e confiança entre o orientador e a mulher (79, 144, 163, 276).

Em vez de pressionar a mulher a escolher um método específico, o orientador eficiente a ajuda a avaliar quais métodos satisfaçam as suas necessidades de maneira mais eficaz. Chegar a um equilíbrio entre ouvir e dar conselhos pode constituir um desafio.

Devido ao seu maior conhecimento em relação à anticoncepção, os prestadores de serviços foram treinados para dizer à mulher o que *precisa* fazer desde uma perspectiva médica, e se torna difícil insistir que elas são as que devem escolher. De acordo com um estudo no qual foram observados prestadores de serviços na Índia, por exemplo, os médicos encorajavam as mulheres pós-aborto a usar DIU ou esterilização cirúrgica voluntária, sem considerar as necessidades ou metas reprodutivas da mulher (200). Por outro lado, em um estudo realizado no Quênia, foi observado que os orientadores de planejamento familiar estavam oferecendo  *muito pouca*  orientação às mulheres em relação à informação médica atual, e como deve ser aplicada à situação pessoal de cada mulher, porque os orientadores queriam evitar pressioná-las (143).

**Capacitação dos orientadores.** O capacitação melhora a orientação. Os orientadores treinados fazem mais perguntas à mulher sobre ela mesma, ouvem suas respostas mais atentamente (246) e fornecem mais informação (104). O treinamento é de especial importância para a orientação eficaz sobre planejamento familiar pós-aborto porque a atenção pós-aborto freqüentemente ocorre como parte de uma crise médica e emocional. Geralmente, os orientadores devem ajudar a mulher pós-aborto a analisar uma gama mais ampla de assuntos do que as outras clientes de planejamento familiar, inclusive as preocupações imediatas relacionadas com a saúde, tais como o possível sofrimento psicológico e conseqüências sociais no futuro (141). No Egito, por exemplo, as mulheres e seus parceiros queriam receber informação sobre a condição de saúde imediata da mulher antes de receber informação de orientação sobre planejamento familiar (1). Mesmo os orientadores com experiência podem aproveitar e beneficiar-se de mais treinamento e orientação em planejamento familiar pós-aborto.

Os orientadores de planejamento familiar, como todos os profissionais de saúde que trabalham com mulheres que sofreram abortos em condições inadequadas, precisam de treinamento que os prepare para tratar os aspectos emocionais do aborto em condições de risco ou o espontâneo e precisam analisar suas próprias atitudes e as atitudes dos demais em relação ao aborto (veja a página 11). Muitos orientadores e provedores precisam aprender a deixar seus preconceitos de lado, para que possam sentir empatia pela mulher e orientá-la de forma



*Depois do tratamento pós-aborto, uma mulher merece receber orientação com empatia e que lhe seja útil. Como demonstrado nesta fotografia tomada em Gana, a dramatização ou realização de sócio-dramas durante o treinamento ajuda os profissionais de saúde a superar qualquer atitude negativa e reconhecer que cada mulher tem circunstâncias únicas.*

# O Enfoque **REALCE** na Orientação

**REALCE** é uma sigla que significa **RECEBER—ENCORAJAR—ATUALIZAR—LEVAR—COMENTAR—ESTABELECE**. Cada palavra representa um importante elemento da orientação no planejamento familiar e na orientação em planejamento familiar pós-aborto (163). O enfoque REALCE é utilizado no mundo inteiro para orientar e treinar, assim como para ajudar os provedores de planejamento familiar a lembrar os elementos da orientação. Ao seguir o enfoque de REALCE, o orientador de planejamento familiar pós-aborto deve:

**R** **RECEBER** a mulher com amabilidade e cortesia, chamando-a pelo seu nome. Apresentar-se usando seu nome. Perguntar à mulher como se sente e se está disposta a conversar com você sobre o planejamento familiar.

*Se a mulher não está disposta a conversar:* faça um acordo com ela para voltar mais tarde para conversar. Entregue-lhe um folheto ou um cartão de visita com seu nome e convide-a a solicitar vê-lo antes de sair da unidade de saúde. Se for possível, averigüe quando lhe darão alta e faça arranjos para que ela volte antes de sair.

*Se a mulher se sente disposta a conversar:* converse com ela em um lugar com privacidade. Pergunte-lhe se deseja incluir seu parceiro ou qualquer outra pessoa na conversa ou se prefere falar com você em privado. Explique que não contará a mais ninguém sobre o que conversarão e cumpra este compromisso. A mulher que é tratada por complicações pós-aborto frequentemente requer maior solidariedade sobre o caráter confidencial da consulta.

**E** **ENCORAJAR** a mulher. Pergunte como se sente e quando poderá voltar para sua casa. Expresse preocupação e empatia pela sua situação. Enquanto que algumas mulheres vão querer falar sobre o tratamento que receberam, pode ser que outras não. A mulher que acaba de passar por uma emergência médica pode ainda sentir medo e dor. Pode ser que esteja preocupada sobre como voltará para sua casa ou quem estará cuidando de seus filhos. Esteja preparado para falar, antes de tudo, sobre as preocupações imediatas dela. Se ela tem perguntas sobre seu tratamento ou sua saúde, esteja preparado para ser solidário e ajude-a a obter informação de seus médicos ou enfermeiras. Assegure-se de que ela foi informada sobre os sintomas que requereriam que ela retornasse para receber maior atenção médica.

Converse com ela, em termos gerais, sobre os eventos que a conduziram ao tratamento de emergência. É possível que a con-

dição da mulher tenha sido resultado de um aborto espontâneo de uma gravidez desejada. Não suponha que toda mulher tratada por complicações de aborto deseja evitar outra gravidez. Pergunte se ela quer engravidar novamente logo. Oriente a sua consulta de acordo com as respostas da mulher.

*Se ela deseja engravidar novamente logo:* expresse solidariedade por sua perda e ajude-a a obter os serviços de saúde reprodutivas que ela precisa.

*Se ela não deseja engravidar logo:* ofereça serviços e métodos de planejamento familiar para ajudá-la a reduzir a probabilidade de ter uma gravidez não desejada.

Pode ser que a mulher não tenha acesso a serviços de planejamento familiar ou que se preocupe com os efeitos colaterais relacionados aos métodos anticoncepcionais modernos. Possivelmente, seu parceiro (ou família) a esteja pressionando para que use (ou não use) um método específico. Pode ser que se encontre em uma situação de coerção ou violência sexual. Não suponha nada sobre a mulher, as circunstâncias de sua gravidez não prevista ou as razões pelas quais abortou; pelo contrário, ouça e expresse solidariedade. Ajude-a avaliar se os eventos que causaram sua gravidez não prevista poderiam levar a outra gravidez. Ajude-a determinar se precisa de anticoncepção, inclusive a ter uma perspectiva realista em relação a se poderá, ou quando poderá, recomeçar suas relações sexuais. Uma adolescente, por exemplo, pode dizer que não recomeçará sua relação sexual, mas é possível que logo mude de idéia, ou a pressione a ter relações sexuais. Embora a mulher não deseje recomeçar suas relações sexuais imediatamente, pode ser que seu parceiro a pressione ou a force.

Enfatize os três pontos seguintes na orientação da mulher:

- 1) Ela pode tornar a engravidar imediatamente.
- 2) Ela pode evitar outra gravidez através do uso de métodos anticoncepcionais.
- 3) Você pode ajudá-la a obter e utilizar serviços de planejamento familiar.

Pergunte à mulher se está interessada em aprender mais sobre o planejamento familiar e se alguma vez usou um método anticoncepcional.

*Se ela nunca usou um método anticoncepcional:* pergunte-lhe sobre o que ouviu do planejamento familiar. Pergunte se prefere algum método específico e por quê. Encoraje-a a fazer perguntas e responda clara e diretamente.

humanizada. O treinamento também pode preparar os orientadores a trabalhar com outros que tenham atitudes punitivas com mulheres tratadas por complicações do aborto. Frequentemente, um orientador de planejamento familiar é a única pessoa disponível para defender a mulher frente a outros profissionais de saúde para que ela receba uma boa atenção médica. Sendo que a orientação pós-aborto pode ser emocionalmente exigente e cansativa, os orientadores também precisam de um sistema de apoio que os ajude a evitar que se esgotem emocionalmente.

Assim como os orientadores, outros membros do pessoal da saúde—inclusive enfermeiras, parteiras, médicos, trabalhadores sociais, auxiliares de enfermagem e outros prestadores de serviços de planejamento familiar—podem aprender a oferecer orientação. É possível treinar um ou dois membros do pessoal para que se especializem na orientação sobre planejamento familiar, ou todos os membros do pessoal

podem compartilhar esta responsabilidade. Além disso, é possível treinar o pessoal voluntário para que ofereçam informação básica sobre o planejamento familiar à mulher (276). Todo membro do pessoal médico que interage com a cliente durante a atenção de emergência precisa receber capacitação que o ajude a prestar atenção sem preconceitos à mulher (246).

**O uso de REALCE na orientação pós-aborto.** O enfoque de orientação conhecido pela sigla REALCE (163), com a qual muitos provedores de planejamento familiar já estão familiarizados, também pode guiar a orientação pós-aborto. O texto destacado nas páginas 18-19 contém os aspectos da orientação sobre planejamento familiar pós-aborto, que diferem de outros tipos de orientação em planejamento familiar. Entre estas diferenças estão as seguintes:

- Primeiro, avaliar e afastar as preocupações imediatas da mulher,

# sobre Planejamento Familiar Pós-aborto

Se ela usou métodos anticoncepcionais anteriormente ou estava usando um método quando engravidou: ajude-a a determinar o que aconteceu para que ela possa evitar outra gravidez não prevista. É possível que ela desconfie do seu método anticoncepcional ou inclusive de todos os métodos: pode ser que precise de ajuda para corrigir o uso de seu método, encontrar uma maneira segura de reabastecimento, falar com seu parceiro ou mudar de método.

**A** **ATUALIZAR** a mulher, de forma breve, sobre quais são os métodos anticoncepcionais disponíveis e apropriados à sua situação e necessidades específicas. Se ela afirmar que deseja esperar vários anos antes de voltar a engravidar, por exemplo, e que deseja um método que não lhe cause preocupações diárias, informe-a especificamente sobre a eficácia a longo prazo dos injetáveis, dos implantes *Norplant* e do DIU, se estes métodos estão disponíveis. Se dispõe de materiais audiovisuais, tais como álbuns seriados, cartazes e folhetos, use-os para melhor descrição dos métodos. Tenha a sua disposição amostras de vários métodos para que a mulher possa ver e examiná-los de perto se assim desejar. Encoraje-a a fazer perguntas.

**L** **LEVAR** a mulher à avaliação de sua própria situação e a escolher o método anticoncepcional mais adequado para ela, como também a considerar outros assuntos que possam afetar a sua capacidade para usar métodos anticoncepcionais. Relacione a situação que causou a gravidez não prevista. Ajude-a a decidir qual método ou métodos melhor cobrem suas necessidades. Pode perguntar, por exemplo: “A Sra. acha que pode lembrar de tomar uma pílula todos os dias?” “Pode dizer ao seu parceiro que está usando um método anticoncepcional?”

Não escolha um método para a mulher; em vez disso, ajude-a a avaliar suas necessidades, e vinculá-las com os diferentes métodos, e a escolher aquele que melhor satisfaça as suas necessidades e que seja mais apropriado para suas preferências.

Assegure-se de que a condição física ou tratamento recente da mulher não afaste a possibilidade de usar o método que ela escolhe. (Veja o quadro adjunto “O planejamento familiar após o tratamento pós-aborto”) Proporcione o método que ela escolheu, se é clinicamente apropriado.

## **C** **COMENTAR:**

- Como usar o método escolhido, através de uma descrição passo por passo;

- Discutir o aborto espontâneo,
- Avaliar a causa da gravidez não desejada,
- Ajudar a mulher a encontrar serviços de planejamento familiar perto de sua casa.

Os seis elementos de REALCE foram elaborados para orientar um debate dinâmico com a mulher a partir da sua situação, das preocupações e das necessidades individuais de cada uma. Os orientadores devem usar o enfoque de REALCE para estabelecer um diálogo com a mulher, no qual tanto o profissional de saúde quanto à mulher fornecem informação, fazem perguntas e se ouvem mutuamente. Obviamente, os orientadores devem evitar simplesmente completar os passos de REALCE e checar cada um na lista, à medida que os finalizam. Somente ao tratar a orientação como um processo interativo, o orientador poderá ajudar melhor a mulher a identificar e satisfazer suas necessidades de saúde reprodutiva.

- Como falar sobre o uso do método com seu parceiro, se é possível;
- Como se acostumar com o uso do método e sentir-se à vontade;
- Como continuar o uso, inclusive como e onde obter reabastecimento e assistência de seguimento, se ela requer;
- Como tratar os efeitos colaterais mais comuns, se surgirem, sobre quais sintomas não são sérios e qual destes poderia ser sinal de uma condição mais grave que requer atenção médica ou de enfermagem.

Motive a mulher a fazer perguntas. Peça que ela repita as instruções para assegurar-se de que tenha compreendido.

**E** **ESTABELECER** a data da próxima visita e da atenção de seguimento, se necessário. Se a mulher teve que viajar uma longa distância para receber tratamento de emergência, encaminhe-a a uma clínica de planejamento familiar ou a outra fonte de planejamento familiar perto da sua casa, sempre que seja possível. (Você precisará informar-se sobre os serviços disponíveis em outras áreas, entre estas, farmácias que vendem métodos anticoncepcionais.) Encoraje a mulher a visitar um provedor de planejamento familiar sempre que precise de reabastecimentos, tenha perguntas ou preocupações. Elabore um protocolo de referência/encaminhamento e seguimento para as mulheres que não desejam decidir sobre planejamento familiar imediatamente depois do tratamento pós-aborto.

Em qualquer visita de seguimento:

- Determine se a mulher está com boa saúde e se está satisfeita com o método que está usando;
- Trate qualquer efeito colateral;
- Apoie e motive a mulher para continuar o uso da anticoncepção de maneira eficaz, se esta é a sua intenção;
- Ajude a mulher a deixar de usar ou mudar de método quando ela assim o desejar ou quando seja apropriado por razões clínicas.

Se a mulher não teve a oportunidade de fazer uma escolha informada quando recebeu o tratamento pós-aborto, a visita de seguimento deve incluir orientação integral sobre planejamento familiar.

Sempre indague à mulher se ela tem qualquer pergunta e forneça respostas. Pergunte sempre se a mulher precisa de mais atenção médica para sua saúde reprodutiva e ofereça atenção ou referência correspondente.

## **Atenção Apropriada: AMIU e Anestesia Local**

A grande maioria das mulheres que procuram atenção de emergência para as complicações do aborto sofreram um aborto incompleto, o que significa que o útero não foi evacuado completamente e contém tecido residual. Se não é tratado oportunamente por meio de uma evacuação manual intra-uterina, o aborto incompleto pode causar hemorragia ou infecção, que podem resultar em morte (277, 282). Em quase todos os casos, a aspiração manual intra-uterina (AMIU) sob anestesia local é o tratamento mais apropriado para as complicações pós-aborto. A AMIU é preferível à curetagem uterina (também conhecida como dilatação e curetagem, ou

D&C), a técnica que ainda é usada com maior frequência em quase todo o mundo (94, 186, 277, 282).

Nos países em desenvolvimento, é fundamental substituir a curetagem uterina pela aspiração manual intra-uterina para tratar de complicações de até 12 semanas de gestação. Na maioria dos países em desenvolvimento, a mudança para a aspiração intra-uterina significa a introdução da aspiração *manual* intra-uterina. Embora a aspiração elétrica manual intra-uterina também seja apropriada para a atenção pós-aborto, sua disponibilidade é limitada nos países em desenvolvimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a aspiração manual intra-uterina como o método mais adequado para tratar o aborto incompleto no primeiro trimestre. De fato, a OMS considera a AMIU como um elemento essencial de atenção de primeiro nível de referência para atenção primária de todos os sistemas de saúde (282, 283).

### Melhoramento da Atenção Pós-aborto com AMIU

A eficácia da aspiração manual intra-uterina para evacuar o útero foi bem comprovada em 19 estudos nos EUA, nos quais foram avaliados acima de 5.000 procedimentos de aspiração manual intra-uterina, como tratamento para o aborto incompleto. As taxas de eficácia (definida como a evacuação completa do útero) variaram entre 95% e 100% e, geralmente, excederam 98% (86). De acordo com estudos realizados no Egito, Quênia, Nigéria e Zimbábue, nos quais foram analisados especificamente a AMIU, foi comprovado que a AMIU é eficaz em 98% dos casos tratados por aborto incompleto durante o primeiro trimestre (63, 65, 146, 172, 268). No estudo de Zimbábue, foi comprovado que a AMIU também é eficaz para tratar casos de aborto séptico durante o primeiro trimestre (268).

Ainda, os estudos demonstraram que a AMIU, quando realizada sob anestesia local ao nível de ambulatório, oferece consideráveis vantagens em comparação com a curetagem uterina: vantagens tanto para a mulher quanto para o profissional de saúde e os sistemas que atendem a mulher (40, 93, 214, 277). Especificamente, comparado com a curetagem uterina, a AMIU com anestesia local oferece as seguintes vantagens:

- Aumenta o acesso da mulher à atenção pós-aborto,
- Reduz o tempo de espera,
- Reduz o risco de complicações durante o tratamento,
- Reduz o custo da atenção pós-aborto,
- Facilita os vínculos entre a atenção pós-aborto de emergência e os serviços de planejamento familiar.

**Aumenta o acesso da mulher à atenção pós-aborto.** A AMIU é uma maneira simples de estender e melhorar a atenção de emergência para as complicações do aborto (63, 86, 277). Nas unidades com poucos profissionais médicos e onde os recursos nas salas de cirurgia são limitados, a AMIU pode ser realizada em condições adequadas por pessoal para-médico treinado, ao nível ambulatorial (86, 186, 277). Ainda, sendo que o instrumental para a AMIU não é caro e não requer eletricidade, o uso da AMIU pode ser implementado tanto nos níveis de atenção primária do sistema de saúde quanto nos contextos rurais, nos quais existem poucos recursos e a atenção pós-aborto eficaz é menos acessível do que nas cidades (186, 282).

**Reduz o tempo de espera.** Quando é realizada sob anestesia local, a AMIU requer menos tempo do que a curetagem uterina, que, geralmente, é realizada sob anestesia geral. Além disso, dado que anestesia geral não é utilizada, se requer menos tempo para preparar tanto a paciente quanto a área de tratamento. Como resultado, a mulher não precisa esperar tanto (41, 63, 126, 127, 134, 268). Na Zâmbia, por exemplo, ao substituir a curetagem uterina pela AMIU e ao mudar o tratamento burocrático das pacientes, o tempo de espera para o tratamento foi reduzido de 12 horas a 4 a 6 horas (41). Além

disso, o tempo de recuperação da paciente é mais curto depois da AMIU (86).

Quando a AMIU é realizada por pessoal para-médico nos níveis mais básicos do sistema de saúde, pode reduzir o volume de casos nas unidades de nível mais alto. Isto desocupa tanto as salas de cirurgia quanto os especialistas nos hospitais e reduz a espera das mulheres com complicações mais graves que requerem tratamento imediato (veja a página 23).

**Reduz o risco de complicações durante o tratamento.** As taxas de complicações são consideravelmente mais baixas para os procedimentos de aspiração manual intra-uterina, tanto elétrico quanto manual, do que para a curetagem uterina (85, 257). De acordo com recentes estudos realizados em países em desenvolvimento, a AMIU conota menos complicações do que a curetagem uterina, especificamente no tratamento do aborto incompleto (65, 146, 172, 268). Em Zimbábue, por exemplo, os pesquisadores comprovaram que durante o tratamento com AMIU ocorreram apenas 25% das complicações que ocorreram com a curetagem uterina. Em particular, a perda de sangue foi consideravelmente mais baixa com a AMIU (268).

Sendo que a AMIU é muito menos dolorosa do que a curetagem uterina, a mulher requer menos medicamentos para tratar a dor durante o procedimento (146). A AMIU é realizada com anestesia local e sedação leve e, conseqüentemente, o risco de uma reação adversa à anestesia geral é reduzido (214, 293).

**Reduz o custo da atenção pós-aborto.** A substituição da curetagem uterina com a AMIU poupa dinheiro e, por conseguinte, pode liberar recursos para outros serviços obstétricos ou ginecológicos (22, 38, 40, 71, 89, 126, 127, 128, 150, 214). No Quênia, por exemplo, o custo médio para o tratamento por paciente foi reduzido em 66% em um hospital e em 23% em outro, principalmente devido à considerável redução do tempo de permanência hospitalar das pacientes quando a AMIU substituiu a curetagem uterina. Em um hospital mexicano, depois de substituir a curetagem uterina com a AMIU, o custo de tratar as pacientes com complicações do aborto foi reduzido em 75% (126, 127, 128). Em outro estudo realizado no Quênia, foi demonstrado que depois de tratadas com a AMIU, as mulheres permaneceram no hospital, na média, menos de seis horas, enquanto que as que foram tratadas com a curetagem uterina ficaram internadas de um a três dias (146). Em Nepal, quando um projeto piloto de AMIU foi aplicado no maior centro de maternidade, em 1995, a duração média de permanência hospitalar para as pacientes pós-aborto foi reduzida de 36 horas a somente três. Dentro dos primeiros seis meses depois de ser implementada, a AMIU economizou, ao hospital e às mulheres atendidas, 400 dias de internação e 282 cirurgias sob anestesia geral (177).

Estas economias são possíveis porque, em comparação com a curetagem uterina, a AMIU com anestesia local requer:

- Menos membros no quadro de pessoal de saúde,
- Menos medicamentos caros para tratar a dor,
- Nenhuma unidade cirúrgica,
- Menos tempo de recuperação (menos permanências hospitalares por uma noite, antes e depois do tratamento).

**Facilita os vínculos entre a atenção pós-aborto de emergência e os serviços de planejamento familiar.** Sendo que somente poucos medicamentos são necessários para o manejo da dor durante a AMIU, a mulher se recupera rapidamente e, geralmente, se sente suficientemente bem para falar com um orientador sobre planejamento familiar enquanto se recupera. O orientador pode visitar a mulher para oferecer serviços e orientação sobre planejamento familiar antes que ela saia do hospital, ou pode acompanhar a mulher a uma unidade de planejamento familiar (105, 214) (veja as páginas 13 e 16).

## Introdução da AMIU

Geralmente, um programa de atenção pós-aborto é introduzido em um centro nacional de treinamento ou em um hospital docente, no qual os profissionais de saúde estão treinados para usar a AMIU e tratar as complicações pós-aborto. Em seguida, o programa é disseminado aos níveis mais básicos do sistema de saúde (103, 116, 177). No entanto, independentemente do fato de que os provedores sejam treinados para substituir a curetagem uterina pela AMIU ou para continuar com a curetagem uterina convencional, os programas devem adotar um enfoque integral para o melhoramento da atenção. Isto geralmente significa reconfigurar os serviços e o fluxo de pacientes além de treinar os profissionais de saúde.

**A capacitação dos profissionais de saúde.** O treinamento em AMIU pós-aborto requer um alto nível de cooperação técnica por parte dos treinadores com experiência, especialmente na etapa inicial. O treinamento e supervisão constante ajudam os profissionais de saúde a manter suas habilidades e garantem alta qualidade de atenção (186). O treinamento geralmente significa um curso breve e intensivo sobre as medidas básicas da AMIU, a prevenção de infecções e o planejamento familiar. Em recentes projetos pilotos realizados no Egito e em Nepal, por exemplo, alguns modelos foram provados para introduzir a AMIU, por meio de programas de treinamento para médicos, de seis dias de duração, baseados na habilidade dos médicos. O Population Council forneceu treinamento em dois hospitais egípcios, e JHPIEGO ofereceu treinamento em um hospital-maternidade no Nepal. O treinamento foi concentrado na aprendizagem por meio da prática, começando pela prática em modelos anatômicos. Depois do treinamento, durante os primeiros meses, os médicos realizaram a AMIU sob atenta supervisão de um médico com experiência (103, 177). Atualmente, programas de treinamento em AMIU pós-aborto foram iniciados em mais de 20 países na África, Ásia e América Latina (186).

**Seleção da unidade de saúde.** A seleção da unidade apropriada é importante quando o treinamento em AMIU é apresentado pela primeira vez. O pessoal principal na unidade selecionada deve assumir o compromisso de prestar atenção pós-aborto e fornecer uma liderança sólida para adotar novas normas de tratamento. Além disso, o treinamento adequado requer um alto volume de casos de complicações de aborto. Sendo assim, os hospitais onde as complicações de aborto já são tratadas são uma escolha lógica para introduzir a AMIU e o pessoal pode ser treinado para substituir a curetagem uterina pela AMIU. No projeto piloto realizado no Nepal, por exemplo, o hospital-maternidade nacional de foi selecionado como a sede inicial de treinamento porque 1.400 mulheres procuram este hospital anualmente para receber tratamento para as complicações pós-aborto, e muitos profissionais médicos são ali treinados (177).

**Área de tratamento.** É possível que os hospitais precisem voltar a projetar as áreas de tratamento e planejar o fluxo de pacientes, para evitar atrasos desnecessários e permanências por uma noite. A realização da AMIU em um local de tratamento destinado especificamente para isto, por exemplo, libera a sala de cirurgia para outros procedimentos (127). Além disso, sendo que a mulher precisa se locomover rápida e facilmente desde a área de internação até a área de tratamento com AMIU, sua localização no hospital é crítica. No Hospital Nacional de Quênia, por exemplo, a AMIU foi instituída em uma sala de procedimentos que ficava justamente em frente à de internação (134). No Nepal, a unidade de atenção pós-aborto foi estabelecida em uma sala adjacente à de internação (177).

**Manejo administrativo das pacientes.** Sendo que as complicações do aborto podem ser simples ou questão de vida ou morte, um sistema de triagem ou de avaliação ajuda a administrar o fluxo de pacientes de forma que cada uma receba atenção adequada oportunamente. No projeto piloto realizado no Nepal, por exemplo, um fluxograma ajudou os profissionais de saúde a determinar a seriedade da condição de cada mulher, usando informação concisa sobre os antecedentes reprodutivos e um exame físico (177).

**Equipamento e abastecimento.** Apesar de que a AMIU não requer muito equipamento especializado nem muitos medicamentos, os profissionais de saúde devem implementar um sistema que assegure o constante reabastecimento de instrumental de AMIU e de outros artigos usados durante o procedimento, tais como algodão, gaze, desinfetante e sabão e materiais farmacêuticos, tais como antibióticos, anestesia local, medicamentos para o manejo da dor e líquidos intravenosos (293). Para implementar a AMIU, também é necessário coordenar com os outros departamentos do hospital, tais como a sala de internação, a farmácia, o registro médico, o laboratório clínico, o setor de equipamentos e abastecimento, assim como os departamentos cirúrgicos, obstétricos e ginecológicos, para que cada um compreenda sua função nas novas práticas de tratamento (177).

## O Manejo da Dor Durante a Atenção Pós-aborto

O manejo da dor freqüentemente é um aspecto negligenciado no melhoramento da atenção pós-aborto. As mulheres muitas vezes sentem dor como resultado do método usado para induzir o aborto, assim como a dor associada à evacuação uterina, independentemente se a curetagem uterina ou AMIU foram usadas. Ainda, é provável que as mulheres estejam ansiosas e com medo. A redução da dor da mulher requer: pessoal sem preconceitos, um ambiente calmo, o uso de um nível apropriado de medicamentos para dor e orientação de apoio (146, 172, 178, 199, 249, 277).

Quando disponíveis, os medicamentos para tratar a dor não devem ser negados a uma mulher recebendo atenção pós-aborto (172). Freqüentemente, no entanto, mulheres sendo tratadas para complicações pós-aborto não recebem nenhum



*Os primeiros passos para melhorar a atenção pós-aborto são os passos que podem ser aplicados imediatamente. É importante substituir a curetagem uterina sob anestesia geral pela AMIU sob anestesia local. Nesta fotografia tomada no Brasil, um capacitador demonstra a técnica asséptica para lidar com o instrumental de AMIU.*

# O Planejamento Familiar Pode Evitar o Aborto

Freqüentemente os antagonistas dos programas de planejamento familiar dizem que o uso de métodos anticoncepcionais leva também à prática do aborto. Pelo contrário, os dados comparativos e a evidência histórica comprovam que as taxas de aborto são mais baixas nas sociedades nas quais uma maior quantidade de casais usam métodos anticoncepcionais eficazes. Os países industrializados nos quais pelo menos 30% dos casais usam anticoncepcionais orais (AO), por exemplo, dispositivos intra-uterinos (DIU) ou esterilização voluntária, têm as taxas de aborto mais baixas do mundo, de acordo com um estudo realizado em 1989, em 16 países. As taxas de aborto foram duas vezes mais altas nos países nos quais a prevalência do uso de AO, DIU e esterilização voluntária era menor que 30%. Através do estudo foi concluído que “O efeito principal de usar um método anticoncepcional altamente eficaz é reduzir a incidência de abortos” (131).

**Tendências.** Em longo prazo, o aumento da utilização de anticoncepcionais pode reduzir, e freqüentemente reduz, a incidência de abortos (56, 77, 94, 265). Esta tendência já surgiu uma ou outra vez, em diferentes épocas, em muitos países e em diferentes culturas. O Chile é o exemplo mais citado: na década de 1960, depois de que o governo iniciou um programa intensivo de planejamento familiar, aumentou em sete vezes a prevalência do uso de métodos anticoncepcionais, a taxa de mulheres tratadas em hospitais por complicações de aborto foi reduzida marcadamente (51,167).

Outros exemplos históricos provêm do Japão e da Hungria. No Japão, o aborto era um importante fator na redução inicial de fertilidade no país (94), mas à medida que a prevalência do uso de métodos anticoncepcionais aumentou nos anos cinquenta e setenta, a taxa de abortos ficou reduzida (77). Na Hungria, entre 1966 e 1977, à medida que os AO e os DIU se tornaram os métodos anticoncepcionais de preferência, a taxa de aborto, que estava aumentando durante os anos cinquenta e princípios dos sessenta, baixou pronunciadamente (42, 77, 265, 301, 305) (veja a Figura 1).

Mais recentemente foi observada uma tendência semelhante em outra parte do mundo. Em Bogotá, Colômbia, por exemplo, embora a prevalência do uso da anticoncepção tenha aumentado 33% entre 1976 e 1986, a taxa de aborto baixou 45%, ou seja, de 49 abortos por 1.000 mulheres para somente 27. Na Cidade do México, e na sua periferia, um aumento de 24% no uso de anticoncepcionais entre 1987 e 1992 foi seguido por uma redução de 39% na taxa de abortos, ou seja, de 41 abortos por 1.000 mulheres para 25 (239). Na Rússia, depois do início dos programas de planejamento familiar em 1991, o uso de métodos anticoncepcionais aumentou e a taxa de abortos baixou. Em 1995, a taxa de abortos foi um terço menor do que havia sido nos anos oitenta (136). Em Cazaquistão, entre 1988–89 e 1993–95, o uso da pílula e do DIU aumentou 32% e a taxa de aborto caiu 15% — “evidência clara e convincente de que a anticoncepção substituiu o aborto” (304).

**O que está por trás destas tendências?** O que explica estas tendências? Nos países onde o desejo de ter menos filhos se tornou a norma, mas o uso de métodos anticoncepcionais segue baixo, geralmente porque a

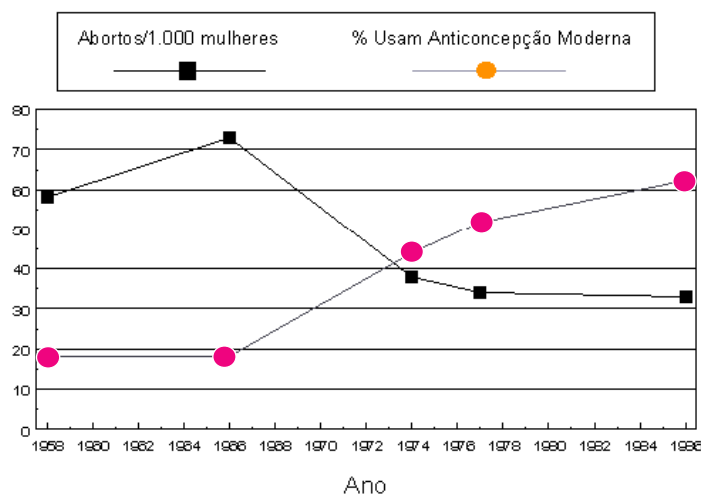
anticoncepção ainda não está amplamente disponível nem acessível, as taxas de aborto tendem a aumentar, mesmo quando também aumenta a prevalência do uso de anticoncepcionais. Com o tempo, no entanto, à medida que se estabelece consciência e a disponibilidade da anticoncepção consegue cobrir os desejos das pessoas em relação a ter menos filhos, o uso dos métodos anticoncepcionais se propagará amplamente e as taxas de aborto serão reduzidas (56, 77, 94, 237, 265). Sendo assim, qualquer aumento nas taxas de aborto representa um fenômeno em curto prazo que freqüentemente ocorre durante as etapas iniciais de transição de um país em relação com a fertilidade.

Este tem sido o padrão no Japão, no México, Rússia, Coréia do Sul e Tailândia (77, 94). O caso da Coréia do Sul é típico. Enquanto que a prevalência do uso de métodos anticoncepcionais aumentou de 24% em 1971, a 77% em 1988, as taxas de aborto alcançaram seu ponto culminante em 1978 e, no final de 1991, tinham caído para um terço (94, 210, 265).

Cada vez mais, as mulheres nos países em desenvolvimento desejam ter menos filhos. Ao comparar os dados de 15 países que participaram na Pesquisa Mundial sobre a Fertilidade nos anos setenta e nas Pesquisas de Demografia e Saúde a partir de 1985, por exemplo, Charles Westhoff encontrou que o número total de filhos desejados nos 15 países baixou, na maioria de 20% a 25% (271). No entanto, poucos países em desenvolvimento chegaram ao ponto no qual a prevalência do uso de anticoncepcionais foi disseminada suficientemente para cobrir as necessidades de quase todas as mulheres que desejam evitar uma gravidez (226).

Muitas mulheres tratadas por complicações de aborto em condições de risco não usaram métodos de planejamento familiar, mas afirmaram que estavam interessadas em usá-los (veja página 13). O melhoramento dos programas de planejamento familiar pela provisão de mais métodos anticoncepcionais, tornando-os mais convenientes de obter, e oferecer mais informação e melhor orientação ajudaria muitas mulheres e homens a usar a anticoncepção e potencialmente, ajudaria a reduzir as taxas de aborto.

**Figura 1. Abortos e Uso de Anticoncepcionais na Hungria**



Fonte: Balogh & Lampe 1994 (301) e as Nações Unidas, 1992 (303) *Population Reports*

controle para a dor—nem remédios, nem orientação. Embora em alguns casos, medicamentos, agulhas, seringas e equipamento intravenoso não estejam disponíveis, em outros, a falta de controle da dor—tanto ao nível médico quanto em termos de apoio verbal—pode refletir a atitude negativa dos provedores (3, 200, 243). No Quênia, por exemplo, alguns provedores falaram que a mulher deve sentir dor durante a AMIU para poder evitar futuros abortos em condições de risco (243).

**Medicamentos para o manejo da dor.** Sendo que o procedimento leva somente alguns poucos minutos e que o colo uterino freqüentemente está dilatado e mole, geralmente, há pouca dor durante a AMIU (277). A dor pode ser controlada através de anestésicos locais, analgésicos, sedativos, ou alguma combinação destes três, de acordo com a seriedade da dor e a disponibilidade de medicamentos (178, 296). Os anestésicos locais entorpecem a sensação física, e os analgésicos aliviam a dor nos receptores da coluna vertebral e cérebro. Os sedativos em realidade não reduzem a dor; são utilizados para aliviar ansiedade e para relaxar os músculos.

**Anestesia local.** Quando é necessário dilatar o colo uterino, anestesia local é aplicada através de um bloqueio paracervical por injeção (296). Dois anestésicos locais freqüentemente usados são a Lidocaína (*Xilocaina*) e a Cloroprocaína (*Nesacaina*) (178).

A anestesia local é mais segura e menos cara do que a anestesia geral, e oferece as seguintes vantagens (178, 199):

- A mulher está consciente durante o procedimento e, portanto, pode informar ao pessoal de saúde a respeito de qualquer mudança na sua condição.
- A mulher se recupera entre cinco e 15 minutos, sem ter náuseas ou dor de cabeça, mais associadas com a anestesia geral.
- Evita depressão respiratória e o reflexo suprimido da sensação de náuseas, os quais podem ocorrer sob anestesia geral, e, por fim, o risco de que ocorra uma morte relacionada com o uso da anestesia é reduzido.
- A mulher não precisa estar em jejum antes do procedimento. Informar a mulher que pode comer enquanto espera para ser atendida é especialmente importante se a mulher deve esperar muito tempo antes de receber tratamento.

**Orientação sensível.** Assegurar que a mulher receba orientação é uma parte crítica da substituição da anestesia geral pela anestesia local para a atenção pós-aborto. Nos locais onde a mulher recebe pouco ou nenhum medicamento para o controle da dor, a orientação é de especial importância. A mulher precisa e merece receber orientação e apoio verbal antes do tratamento como também durante o mesmo, independentemente da utilização da AMIU ou da curetagem uterina.

A orientação durante o procedimento é uma importante estratégia para controlar a dor (3, 177, 178, 243, 249, 277). O medo e a ansiedade podem aumentar a sensação de dor (30). Em seis hospitais de Quênia, por exemplo, independentemente do fato de se foram tratadas com a AMIU ou com a curetagem uterina, poucas mulheres receberam alguma informação sobre o próprio procedimento ou orientação, antes ou durante o procedimento. Somente 3% das mulheres tratadas com a AMIU receberam medicamentos para o controle da dor, e apesar de que a curetagem uterina pode ser realizada sob anestesia geral, somente 44% das mulheres tratadas com a curetagem uterina receberam medicamentos para o controle da dor. Tipicamente, antes do procedimento, as pacientes ficam nervosas e ansiosas. Durante o procedimento, os médicos e demais membros do pessoal de saúde não falaram com as pacientes, e elas ficaram mais temerosas e fisicamente tensas. Sem importar se foram tratadas com a AMIU ou com a curetagem uterina, mais da metade das pacientes descreveram que sentiram uma dor “aguda” (243).

A técnica do profissional de saúde para realizar a AMIU também pode afetar o nível de dor (249, 277): um trato grosseiro, como movimentos rápidos e abruptos, durante a AMIU, pode aumentar a dor (277). Por outro lado, quando a atenção pós-aborto é prestada sem interrupções, por profissionais de saúde calmos e sem pressa, em um lugar tranquilo, as mulheres sentem menos medo e dor (178).

Para que a orientação ajude a reduzir a dor, o provedor ou outro membro do pessoal clínico deve explicar à mulher cada passo do procedimento antes que este comece (296). Durante o tratamento, o provedor ou outro membro do pessoal de saúde deve conversar com a mulher de maneira descontraída e distraí-la para que não concentre sua atenção nos mal-estar produzido pelo procedimento (277). Em geral, um orientador ou outro membro do pessoal clínico permanece ao lado da mulher durante todo o procedimento (199, 249).

Para muitos profissionais de saúde, acostumados a tratar pacientes sob anestesia geral, a comunicação com a paciente durante o tratamento pode apresentar um desafio. Muitos provedores precisam treinamento para aprender como tranquilizar e orientar as mulheres que permanecem acordadas durante o tratamento pós-aborto (277) (veja a página 17).

## Atenção Oportuna: Sistema de Referência e Descentralização

A atenção pós-aborto somente pode ser eficaz se a mulher com complicações de aborto recebe atenção de emergência a tempo. Os atrasos colocam a vida da mulher em risco. Se as complicações do aborto praticado em condições inadequadas são diagnosticadas rapidamente e a mulher é tratada ou encaminhada oportunamente, é possível evitar que a mulher fique incapacitada para o resto de sua vida e, inclusive, é possível salvar a sua vida. Sendo assim, o estabelecimento de um sistema formal de referência e o oferecimento de atenção no nível mais baixo do sistema de saúde são componentes essenciais para melhorar e expandir os serviços de atenção pós-aborto. Ao mesmo tempo, o plano de atenção pós-aborto deve ser utilizado para garantir que a mulher com graves complicações receba a atenção especializada que ela precisa. Além disso, os profissionais de saúde e o público precisam ser educados a respeito da necessidade de procurar atenção médica imediatamente, no caso de surgirem complicações de aborto, para poder ajudar a mulher a procurar atenção médica a tempo (282).

### Implementação de um Sistema de Referência

Um sistema de referência para a atenção pós-aborto compreende uma rede entre os profissionais de saúde e as unidades de saúde, que tornam o tratamento de emergência mais acessível e mais rápido para uma maior quantidade de mulheres (22, 71, 277, 282). Um sistema de referência oferece certo nível de atenção pós-aborto em todo nível do sistema de saúde à mulher, ao mesmo tempo em que vincula os diferentes níveis através de um sistema estabelecido de comunicação e transporte. Em um sistema de referência bem projetado, a atenção pós-aborto é descentralizada o máximo possível, e cada nível de atenção exerce uma função específica (186, 282).

Dentro de um sistema de referência para a atenção pós-aborto, os profissionais de saúde em todos os níveis do sistema de saúde estão treinados para:

- **Reconhecer** as complicações do aborto e determinar sua gravidade;
- **Tratar** as complicações prontamente, se têm as habilidades e o equipamento para fazê-lo;

- **Encaminhar** a mulher, quando não puder tratá-la, a uma unidade de saúde na qual se ofereça tratamento adequado.

Na Quadro 1, são apresentados os quatro níveis de uma rede de referência típica para a atenção pós-aborto: a comunidade, o nível de atenção primária e os níveis secundários e terciários. O quadro de pessoal e os tipos de serviços disponíveis em cada nível do sistema de saúde são descritos, assim como as unidades de saúde, o equipamento e os materiais necessários para o tratamento eficaz das complicações pós-aborto. Além disso, os serviços de planejamento familiar oferecidos a cada nível são destacados.

**Profissionais de saúde que trabalham na comunidade.** Quando são treinados para reconhecer os sinais das complicações do aborto e para entender a importância de encaminhar a mulher prontamente a um profissional médico, as parteiras tradicionais podem ser o primeiro vínculo essencial na rede de referência. Especialmente nas áreas remotas, os profissionais de saúde tradicionais ou comunitários podem ser as primeiras pessoas às quais a mulher que sofre de complicações pós-aborto recorre (255, 282). Os profissionais de saúde que trabalham na comunidade e estão treinados para identificar as possíveis emergências médicas e tomar medidas para que a mulher seja transferida para outra unidade de saúde, podem fazer uma diferença crítica no que se refere a ajudar a mulher a receber atenção médica em tempo (255, 293). Estes trabalhadores também podem criar uma consciência na comunidade a respeito dos riscos do aborto praticado em condições inadequadas, e podem educar a mulher sobre o uso do planejamento familiar, ambas importantes estratégias de prevenção.

A eficácia de um enfoque com ênfase no reconhecimento das complicações e referência da mulher para que receba atenção médica, especialmente nas áreas rurais, foi comprovada nos sistemas gerais de referência obstétrica que procuram reduzir a taxa de mortes maternas resultantes de todo tipo de causa (28, 69). Em um distrito rural no Paquistão, por exemplo, através de um programa com base na comunidade, no qual as parteiras tradicionais foram treinadas para reconhecer as complicações obstétricas e encaminhar a mulher prontamente para que receba atenção médica, a taxa de mortalidade materna, devido a todo tipo de causa, foi reduzida em 80% em um período de dez anos (28).

**Clínicas de saúde e outras unidades de atenção primária.** As unidades de atenção primária compreendem serviços de primeiros socorros, postos de enfermagem, dispensários, clínicas de planeja-

<b>Quadro 1. Rede de referência para os serviços de atenção pós-aborto</b>	
<b>Entre o pessoal podem participar:</b>	<b>Atenção pós-aborto de emergência prestada:</b>
<b>Nível Comunitário</b>	
<p>Aqueles que receberam treinamento básico em saúde, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parteiras tradicionais</li> <li>• Curandeiros tradicionais</li> <li>• Residentes na comunidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecer as complicações do aborto e do aborto espontâneo</li> <li>• Encaminhar prontamente par o sistema formal de saúde</li> <li>• Prover educação para saúde a respeito do aborto em condiciones de risco</li> <li>• Proporcionar informação, educação e materiais para o planejamento familiar</li> </ul>
<b>Nível de Atenção Primária</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoal de enfermagem</li> <li>• Trabalhadores auxiliares de saúde, incluindo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>—Enfermeiras-parteiras auxiliares</li> <li>—Assistentes de saúde</li> <li>—Ajudantes</li> </ul> </li> </ul>	<p>Além de todas as atividades realizadas na comunidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exames básico físico e pélvico, especialmente tomando os sinais vitais e determinação do tamanho do útero</li> <li>• Diagnóstico das etapas do aborto</li> <li>• Ressuscitação e preparação para o tratamento ou transporte, incluindo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>—Manejo da via respiratória e da respiração</li> <li>—Controle do sangramento</li> <li>—Controle da dor</li> <li>—Exame de hematócrito e de hemoglobina</li> <li>—Referência</li> </ul> </li> </ul>
<p><i>Em algumas unidades de atenção primária, pode ser que o pessoal inclua:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parteiras capacitadas</li> <li>• Médicos gerais</li> <li>• Residentes médicos</li> </ul>	<p><i>Quando o pessoal treinado é disponível e existe equipamento adequado, entre as atividades podem figurar:</i></p> <p>Início de terapêutica por antibióticos, substituição de</p> <p>Evacuação uterina (primeiro trimestre)</p> <p>Manejo da dor que inclui o bloqueio para-cervical, analgesia simples e sedação</p>
<b>Nível de Referência Primária (Hospital de Distrito)</b>	
<p>Alem de todos os que figuram nos níveis de atenção primária e de referência primária:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parteiras capacitadas</li> <li>• Residentes médicos</li> <li>• Médicos gerais</li> <li>• Médicos com treinamento em gineco-obstetricia</li> </ul>	<p>Além de todas as atividades que figuram no nível de atenção primária:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evacuação uterina para o primeiro trimestre e segundo trimestre</li> <li>• Tratamento de quase todas as complicações, inclusive tratamento cirúrgico da sepsia</li> <li>• Reposição de sangue, inclusive uma prova da compatibilidade do tipo sanguíneo do doador com o tipo sanguíneo da paciente, e transfusão</li> <li>• Anestesia local e geral</li> <li>• Laparotomia e cirurgia indicada para as perfurações e para lesões associadas</li> <li>• Diagnóstico da gravidez</li> <li>• Diagnóstico e referência das complicações graves, tais como a septicemia; a peritonite ou a insuficiência renal</li> </ul>
<b>Nível de Atenção Secundária e Terciária (Hospital Regional, Nacional, Docente)</b>	
<p>Alem de todos os que aparecem nos níveis de atenção primária e de referência primária:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Especialistas de obstetricia, ginecologia e outros campos pertinentes</li> </ul>	<p>Além de todas as atividades que aparecem acima:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evacuação uterina para todo tipo de aborto</li> <li>• Tratamento do sangramento e de problemas relacionados com a coagulação</li> <li>• Tratamento das complicações graves, tais como a septicemia, choque séptico, insuficiência renal, lesão intestinal, tétano e gangrena gasosa e inclusive:               <ul style="list-style-type: none"> <li>—Radiografia diagnóstica</li> <li>—Ultra-sonografia</li> <li>—Laparoscopia</li> <li>—Laparotomia incluindo histerectomia</li> </ul> </li> </ul>



Unidades Necessárias:	Equipamento e Materiais Necessários:	Serviços de Planejamento Familiar Oferecidos:
<b>Nível Comunitário</b>		
Geralmente, nenhuma neste nível. É essencial manter uma boa comunicação com a unidade de atenção primária.	Se estiverem disponíveis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiais para a educação sobre saúde (folhetos e panfletos para o cliente)</li> <li>• Materiais para a orientação (cartões com lembretes, folhetos, álbum seriado)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientação e educação</li> <li>• Camisinhas</li> <li>• Espermicidas</li> <li>• Anticoncepcionais orais</li> <li>• Referência e seguimento para estes e outros métodos</li> </ul>
<b>Nível de Atenção Primária</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quarto ou área de tratamento ambulatorial</li> <li>• Laboratório</li> <li>• Clínica de planejamento familiar</li> </ul>	Além de todos os que já foram listados no quadro para o nível comunitário: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesa para exames</li> <li>• Luvas, roupa protetora</li> <li>• Espéculo vaginal</li> <li>• Sabão e desinfetantes</li> <li>• Equipamento para ressuscitação de emergência</li> <li>• Medicamentos essenciais</li> <li>• Equipamento para laboratório</li> <li>• Veículo ou prévios arranjos para o transporte</li> </ul>	Além de todos os serviços prestados no nível comunitário: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Injetáveis</li> <li>• DIU</li> <li>• Implantes de <i>Norplant</i>® se estão disponíveis</li> <li>• Referência para a esterilização voluntária</li> <li>• Seguimento</li> </ul>
<i>Se forem usados antibióticos, evacuação uterina ou controle da dor:</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quarto separado ou um canto privado na sala de tratamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibióticos de amplo espectro</li> <li>• Estojos de instrumental de AMV ou curetagem invasiva para a evacuação uterina</li> <li>• Meios para esterilizar os instrumentos</li> <li>• Anestesia local</li> <li>• Sedativos</li> <li>• Analgésicos</li> <li>• Agulhas e seringas</li> </ul>	
<b>Nível de Referência Primária (Hospital de Distrito)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quarto de tratamento na área do ambulatório, sala de emergência ou sala ginecológica</li> <li>• Sala de recuperação</li> <li>• Laboratório</li> <li>• Sala de cirurgia ou centro cirúrgico</li> </ul>	Além de todos citados acima: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suficientes estojos de instrumentos para evacuação uterina conforme o volume de casos</li> <li>• Equipamento para o laboratório e reativos para a microscopia, cultura e para a hematologia básica</li> <li>• Sangue ou substitutos de sangue</li> <li>• Equipamento para coleta de sangue, transfusão e para armazenagem</li> <li>• Anestesia local e geral</li> <li>• Equipamento padrão para a laparotomia</li> <li>• Testes de gravidez</li> <li>• Ambulância</li> </ul>	Além de todos citados acima: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esterilização voluntária</li> </ul>
<b>Nível de Atenção Secundária e Terciária</b>		
Além de todos mencionados acima: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acesso ao centro cirúrgico durante as 24 horas do dia</li> <li>• Laboratório mais completo</li> <li>• Unidade de terapia intensiva</li> <li>• Quarto destinado especificamente para realizar radiografias</li> <li>• Banco de sangue</li> </ul>	Além dos mencionados acima: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipamento para cuidado intensivo</li> <li>• Equipamento para radiografias</li> <li>• Equipamento para ultrassonografia</li> <li>• Laparoscópio</li> </ul>	Todos mencionados acima

mento familiar e centros de saúde. Os prestadores de atenção primária, primeiro nível do sistema formal de saúde, geralmente oferecem educação em saúde e tratamentos médicos básicos, e realizam provas básicas de laboratório. Em um sistema eficaz de referência, os prestadores de atenção primária podem reconhecer rapidamente as complicações pós-aborto e diferenciar entre os casos que podem ser tratados e aqueles que devem encaminhar.

Quando os prestadores de atenção primária não podem oferecer o tratamento médico necessário para as complicações pós-aborto, seja porque não contam com as habilidades, equipamento ou medicamentos, ou porque a complicação é grave, eles rapidamente referem a mulher a uma unidade de saúde na qual esse tratamento é oferecido (87, 99,112). Quando foram treinados e contam com os materiais necessários, os prestadores de atenção primária podem estabilizar a condição da mulher e prepará-la para ser transferida a outra unidade, através do início da terapêutica antibiótica, administração de líquidos ou controle básico da dor e sedação (251, 282, 289, 293). Além disso, se os profissionais de saúde sabem quais métodos na área são usados geralmente para induzir o aborto em condições inadequadas, podem estar melhor preparados para reconhecer e tratar as possíveis complicações (232).

Quando o quadro de pessoal inclui um provedor treinado adequadamente, a atenção pós-aborto nas unidades de atenção primária pode incluir o uso da AMIU de primeiro trimestre (186, 282). Frequentemente, no nível de atenção primária não são necessárias novas unidades médicas, nem pessoal médico adicional, para prestar atenção pós-aborto de emergência. Entretanto, muitas das clínicas que realizam também a atenção pós-aborto precisarão adquirir instrumental e equipamento para a AMIU e, na maioria dos casos, será necessário maior treinamento do pessoal.

**Hospitais de distrito, ou nível primário de referência.** A mulher que precisa de tratamento médico não disponível no centro de atenção primária, é transferida a um hospital de referência primária. Estes são hospitais de distrito que prestam serviços de internação e têm 20 leitos ou mais. Os hospitais de distrito deveriam prestar serviços gerais de emergência e ter pessoal, incluindo pelo menos um médico, disponível às 24 horas do dia. Também se espera que o pessoal neste nível possa diagnosticar as complicações principais (tais como: a septicemia, a peritonite e a insuficiência renal) e encaminhar a mulher à outra unidade de saúde na qual seja oferecido o tratamento que ela precisa (veja Quadro 1 nas páginas 24 e 25).

É suposto que a maioria dos hospitais de distrito conta com as unidades, o equipamento e o pessoal necessário para fornecer procedimentos cirúrgicos e médicos para salvar a vida da mulher, em todas as complicações do aborto, com exceção das mais graves (293). Entretanto, a realidade em muitos dos países em desenvolvimento é que a maioria dos hospitais de distrito não dispõe destes serviços (175). Para melhorar a atenção pós-aborto, quase todos pre-

cisam melhorar as práticas gerais de atenção de emergência, assim como treinar o pessoal e adquirir instrumental e materiais para a AMIU (282).

**Hospitais regionais, nacionais e universitários: níveis de atenção secundário e terciário.** Os hospitais regionais que prestam serviços, tanto para pacientes em ambulatório como para pacientes internadas, são considerados unidades do nível secundário, enquanto que os hospitais docentes universitários e os hospitais nacionais especializados são hospitais do nível terciário. Sendo que nos hospitais regionais e nacionais são prestados serviços cirúrgicos especializados, além de todos os serviços prestados nos hospitais de distrito, a maioria já *deveria* contar com unidades e equipamentos necessários para prestar atenção pós-aborto de alta qualidade para todas as complicações do aborto, inclusive as mais graves (293). Entretanto, para melhorar a atenção pós-aborto, pode ser que estes também precisem treinar o pessoal de saúde e adquirir instrumental e equipamento para a AMIU (veja Quadro 1, págs. 24–25).

**Manejo das complicações graves.** A mulher com graves complicações, ou cuja gravidez é do segundo trimestre, em geral, precisa reposição intravenosa de líquidos, grandes doses de antibióticos e serviços diagnósticos que não estão disponíveis nos níveis mais baixos do sistema de saúde (293). É possível que algumas precisem de uma transfusão de sangue, laparotomia ou histerectomia (72, 154, 250, 282). Apesar de que estes procedimentos para tratar as complicações graves *deveriam* estar disponíveis nos hospitais nacionais e universitários,

assim como em alguns hospitais regionais e de distrito, em geral, não estão. Os encarregados de planejar as estratégias para a atenção pós-aborto devem garantir que se disponha de atenção especializada, como a prestada nos níveis de atenção mais altos, para tratar mulheres que sofrem graves complicações. Em alguns meios, pode ser que a estratégia de atenção pós-aborto precise ser concentrada em melhorar a atenção nas principais instituições de saúde, antes de expandir os serviços de atenção pós-aborto aos níveis mais baixos do sistema de saúde.

### Assegurar o Funcionamento do Sistema de Referência

Os administradores determinam localmente quais complicações podem ser tratadas em cada unidade de saúde e quais devem ser encaminhadas para que o sistema de referência dos serviços de atenção pós-aborto possa funcionar devidamente (282). Além disso, o pessoal em cada nível sabe onde deve encaminhar a mulher quando ela precisa de atenção mais especializada (186). Uma vez estabelecido o sistema de referência, e formuladas as normas de tratamento, esta informação deve ser proporcionada a todos os prestadores de atenção de emergência para eliminar a confusão a respeito de suas funções e evitar atrasos.

Nos locais que já dispõem de redes de referência destinadas a reduzir a taxa de mortalidade materna, através dos Projetos da Iniciativa para uma Maternidade sem Riscos ou outros esforços semelhantes, é possível incluir os serviços de atenção

## O Que Pode Ser Feito?

### Os indivíduos que defendem a saúde da mulher podem:

- Comprometer-se a tratar o problema do aborto em condições de risco e levar esse compromisso à prática;
- Descrever, com exatidão e uniformidade, o problema que o aborto em condições de risco representa para sua área e adequar sua estratégia ao público ao qual se dirige;
- Trabalhar com grupos de mulheres;
- Apoiar suas campanhas em defesa da saúde da mulher com declarações internacionais que promovam o melhoramento da atenção pós-aborto, tais como os Programas de Ação do Cairo (veja o quadro na página 7).

### Os líderes civis e religiosos da comunidade podem:

- Educar o público, os líderes políticos, as autoridades do setor saúde e outros líderes da comunidade em relação ao aborto em condições de risco e suas conseqüências;
- Aliar-se entre si e com os funcionários do setor saúde;
- Estabelecer relações com os meios publicitários e noticiários para dar conhecimento do problema;
- Promover a compreensão para a mulher que sofreu um aborto em condições de risco.

### Os profissionais de saúde e as parteiras tradicionais que trabalham na comunidade podem:

- Aprender a reconhecer as complicações do aborto, saber como e onde encaminhar a mulher para que receba atenção de emergência e tenha referências prontamente;

- Obter treinamento em atenção pós-aborto e na aspiração manual intra-uterina (AMIU) onde se encontrem disponíveis;
- Assegurar que existe equipamento, medicamentos e materiais para tratar as complicações;
- Manter um sistema de comunicação e transporte com os hospitais de distrito para garantir que toda mulher que esteja sofrendo graves complicações seja referida e transportada com rapidez.

### Dentro de suas clínicas e hospitais, os administradores e diretores de hospitais podem:

- Estabelecer políticas para tratar as complicações pós-aborto rápida e eficientemente;
- Substituir a anestesia geral pela anestesia local, adotar a AMIU para a evacuação manual endouterino durante o primeiro trimestre;
- Designar ou estabelecer um local de tratamento exclusivamente para a atenção pós-aborto;
- Esclarecer o pessoal de saúde que a prestação de serviços de planejamento familiar é uma parte essencial da atenção pós-aborto e uma responsabilidade cotidiana do pessoal, e não uma atividade extraordinária ou opcional;
- Demonstrar trato e comunicação respeitosos com a mulher tratada por complicações do aborto, e esclarecer que todo membro do pessoal de saúde deve comportar-se respeitosamente;
- Monitorar a qualidade dos serviços através de supervisão constante;

- Treinar os profissionais de saúde na atenção pós-aborto tanto nos aspectos clínicos (entre os quais figura AMIU) como nos aspectos psico-sociais;
- Assegurar-se de que todo curso de treinamento em atenção pós-aborto compreenda treinamento em planejamento familiar;
- Assegurar-se de que todo membro do pessoal de saúde seja treinado adequadamente e de que os novos membros do pessoal sejam treinados assim que cheguem à unidade;
- Proporcionar materiais educacionais impressos aos profissionais em treinamento;
- Supervisionar e monitorar a atenção e orientação prestada pelos profissionais em treinamento;
- Organizar seminários onde o pessoal possa falar sobre seus sentimentos a respeito da atenção pós-aborto;
- Realizar encontros de atualização para discutir assuntos específicos de interesse, tais como, pacientes adolescentes ou a infecção por HIV;
- Usar manuais de treinamento e de referência obtidos através da Organização Mundial da Saúde e outras organizações (veja o quadro na página 12);
- Reforçar a necessidade de oferecer orientação de apoio à mulher durante o tratamento;
- Assegurar que toda mulher seja orientada por pessoal treinado e que exista pessoal de reserva a disposição, quando necessário;
- Prestar serviços e orientação sobre planejamento familiar a toda mulher tratada por

pós-aborto e referência nesta rede. Em muitos meios, a atenção pós-aborto melhorada pode ser implementada como parte de uma estratégia geral para melhorar a atenção obstétrica de emergência. Ao vincular a atenção pós-aborto com outros serviços de saúde reprodutiva, os sistemas de saúde podem aproveitar os serviços já existentes em vez de estabelecer um novo serviço vertical. A integração dos serviços de atenção pós-aborto nos serviços de emergência ou de obstetria estabelecidos pode ser uma maneira eficaz de prestar a atenção necessária a um custo adicional mínimo. Em Gana, por exemplo, como parte de uma estratégia geral cujo objetivo é reduzir a taxa de mortalidade materna e expandir os serviços ao nível de atenção primária, foi iniciado um projeto para treinar 40 parteiras, e os médicos que as apoiam, para prestar serviços de AMIU e de orientação em planejamento familiar (36).

**Manutenção de vínculos entre níveis.** Tomar medidas para uma comunicação constante entre os estabelecimentos médicos, assim como transporte para chegar a estes, é essencial para o funcionamento do sistema de referência pós-aborto (186, 293). A melhora e formalização da comunicação e transporte entre os diferentes níveis do sistema de saúde são muito importantes para o melhoramento da atenção prestada a todas as complicações obstétricas, assim como a todas as demais emergências médicas. Reiteramos que as estratégias destinadas a melhorar a atenção pós-aborto podem ser parte de uma iniciativa mais ampla para melhorar a atenção de emergência.

complicações do aborto, e oferecer atenção de saúde reprodutiva que responda às necessidades da mulher;

- Assegurar que os orientadores sejam capazes de estabelecer uma boa comunicação com a mulher e de ajudá-la a conversar sobre suas metas e necessidades em relação ao planejamento familiar.

**Os administradores dos serviços de planejamento familiar podem:**

- Enviar o pessoal do planejamento familiar para as salas de assistência de emergência para que prestem serviços e orientação em planejamento familiar;
- Informar o pessoal sobre como o aborto em condições de risco causa um pronunciado aumento na taxa de mortalidade materna e como o planejamento familiar pós-aborto pode salvar a vida da mulher;
- Tratar respeitosamente a mulher que recebe atenção para as complicações do aborto e evitar preconceitos;
- Prover oportunidades para que o pessoal discuta a atenção pós-aborto e seus sentimentos em relação ao aborto.

**Ao nível regional, os funcionários do setor saúde e os líderes da comunidade podem:**

- Descentralizar a atenção pós-aborto aos hospitais de distrito através da provisão de treinamento e equipamento para a atenção pós-aborto;
- Dirigir eventos educacionais para os que defendem a saúde da mulher ao nível local; apoiar e motivar publicamente as iniciativas locais; e manter-se em contato com eles;
- Organizar congressos para compartilhar dados sobre a magnitude de abortos que

ocorrem em condições de risco, sua função na mortalidade materna e o custo aos hospitais e clínicas na área;

- Dirigir seminários e cursos para melhorar a eficácia do sistema de referência e transporte entre os diferentes níveis de atenção.

**Ao nível nacional os funcionários do setor saúde e os diretores dos hospitais docentes podem:**

- Estabelecer uma estratégia de atenção pós-aborto e um sistema de referência; treinar o pessoal local para que reconheça as complicações pós-aborto; e assegurar-se da existência de transporte para a mulher que requer atenção médica;
- Prover treinamento na atenção pós-aborto incluindo AMIU aos médicos, enfermeiras e parteiras do setor público e privado, de acordo com o apropriado; tomar medidas de supervisão e treinamento constantes a fim de preservar suas habilidades; e nos lugares onde a AMIU não é praticada, assegurar a existência de treinamento de alta qualidade na curetagem uterina;
- Descentralizar a atenção pós-aborto aos hospitais de distrito e aos centros de saúde de atenção primária; e treinar os profissionais da saúde nestes níveis;
- Incluir equipamentos, instrumental e materiais necessários para a atenção pós-aborto nas listas nacionais para a compra de materiais médicos e assegurar que os materiais sejam distribuídos para todos os níveis do sistema de saúde;
- Assegurar-se de que o treinamento em atenção pós-aborto seja um requisito nos planos de estudo para o treinamento de

Pode ser que tomar medidas no nível de atenção primária apresente um desafio, especialmente nas áreas rurais. *Supostamente* os hospitais de distrito têm sistemas estabelecidos de comunicação por rádio ou telefone, porém, conforme mencionado anteriormente, muitos deles não têm estes sistemas. Em todos os níveis do sistema de saúde, nos lugares onde existem ambulâncias, estas devem ser mantidas em boas condições para que continuem funcionando. Se não houver nenhuma ambulância disponível, medidas formais podem ser tomadas com os membros da comunidade ou com as empresas que têm veículos para usar no transporte da mulher para a unidade de saúde e assim assegurar que ela receba a atenção apropriada e a tempo (293).

**Expansão e Descentralização da Atenção Pós-aborto**

Junto com um sistema de referência eficaz, a descentralização da atenção pós-aborto pode ajudar a evitar muitas mortes devidas ao aborto em condições de risco. Por exemplo, na Nicarágua, depois do êxito da realização de um projeto piloto em um hospital de nível terciário, em 1989, o treinamento em AMIU pós-aborto foi expandido aos profissionais de saúde em outros níveis, e inclusive a outros hospitais e centros rurais de saúde, nos quais dispunham de pessoal treinado e de equipamento apropriado. Desde a instituição da AMIU, de acordo com um relatório, a taxa de mortes relacionadas com o aborto foi reduzida: enquanto que antes era a causa principal da mortalidade materna, agora é a quarta causa (117).

pré-graduação dos médicos e outros profissionais da saúde;

- Motivar e realizar pesquisas e disseminar os resultados; incluir perguntas sobre aborto em pesquisas de saúde e em outros tipos de pesquisas. Ao iniciar um programa de atenção pós-aborto, realizar uma avaliação das necessidades de pesquisa operacional para averiguar a maneira mais eficaz de implementar os serviços de atenção pós-aborto e o planejamento familiar;
- Educar os funcionários governamentais e as agências doadoras a respeito deste problema.

**As agências doadoras podem:**

- Motivar e financiar pesquisas sobre o aborto em condições de risco e pesquisa operacional sobre as maneiras eficazes de implementar e melhorar os serviços de atenção pós-aborto e o planejamento familiar;
- Fornecer equipamento e materiais para a atenção pós-aborto;
- Financiar a cooperação técnica e treinamento para os projetos de atenção pós-aborto;
- Fornecer materiais anticoncepcionais e o equipamento necessário para os programas de planejamento familiar pós-aborto;
- Aumentar a capacidade nacional para realizar o treinamento, prestação de serviços e pesquisa em sistemas de saúde;
- Motivar a colaboração internacional por meio de um fórum no qual os defensores do melhoramento da atenção pós-aborto possam compartilhar as suas experiências.

*Adaptado de Benson e colab., 1996 (32), McLaurin e colab., 1996 (187), McKay e Hartley, 1993 (184) e a OMS, 1995 (282).*

Depois de conseguir que a atenção pós-aborto, que inclui a AMIU, se incorpore em um hospital nacional ou docente, os serviços podem ser estendidos a outros hospitais e para as unidades do nível mais baixo de saúde. No Egito, por exemplo, onde a AMIU pós-aborto foi implementada com êxito em dois hospitais principais em 1994 e 1995, atualmente o treinamento está sendo expandido a mais 10 hospitais docentes (248). No Quênia, onde serviços de AMIU pós-aborto são prestados no hospital nacional de nível terciário e em 13 hospitais de nível secundário, o Ministério de Saúde apóia a idéia de implementar a AMIU em todos os hospitais de nível secundário (160).

Em muitos países em desenvolvimento, os hospitais de distrito precisam de especial atenção como parte de uma estratégia geral para melhorar a atenção pós-aborto. Sendo que a maioria das mulheres, que sofrem complicações de aborto, são conduzidas primeiramente a estes hospitais menores, os hospitais de distrito podem tratar uma gama mais ampla de complicações pós-aborto. Entretanto, geralmente ocorrem sobrecargas e longos atrasos, e em geral, não contam com pessoal e os materiais necessários para tratar as emergências (175).

Para tratar estes problemas, a estratégia de atenção pós-aborto oferece treinamento aos profissionais de saúde nos distritos, entre eles as enfermeiras e parteiras (186). Esta prática aumenta o número total de provedores treinados disponíveis para tratar as complicações pós-aborto e alivia os médicos para atender os tratamentos cirúrgicos mais complicados (282). Isto pode ajudar a assegurar que em todo momento exista pessoal treinado para tratar as complicações do aborto e reduzir os atrasos na prestação da atenção. Por exemplo, na Tanzânia, onde existem serviços de atenção pós-aborto em sete hospitais docentes de nível terciário, o pessoal de enfermagem de todos os hospitais e níveis (inclusive o nível de distrito) participou de um programa piloto de treinamento em atenção pós-aborto e planejamento familiar (119). Em sete hospitais públicos no Brasil, foram estabelecidos programas

de treinamento em atenção pós-aborto (113), e na Etiópia, os planos incluem expandir o treinamento em AMIU pós-aborto para 25 dos menores hospitais (115).

Além disso, projetos piloto para comparar as diferentes alternativas para a descentralização da atenção pós-aborto com AMIU ao nível da atenção primária estão sendo realizados em alguns países. Na Nicarágua, serviços de AMIU pós-aborto são prestados nos pequenos centros de saúde cujo pessoal inclui médicos (117). Nos projetos realizados na Bolívia, Nigéria, Turquia e em outros países, os serviços de atenção pós-aborto e de planejamento familiar estão sendo descentralizados através do treinamento de médicos, parteiras, e outros provedores de saúde privada, do nível de atenção primária (98, 112, 118, 160). No Egito e Quênia, o Population Council e Ipas estão colaborando em projetos de pesquisa operacional para comparar a eficácia das diferentes estratégias usadas para a descentralização (242, 248).

### ■ Entrar em Ação para Salvar Vidas

Na maioria dos países em desenvolvimento, o planejamento e a implementação de uma estratégia de atenção pós-aborto será um enorme desafio. Para melhorar a atenção pós-aborto, são necessários o compromisso e apoio dos líderes do setor saúde, do governo nacional e das comunidades. Na maioria dos países, a magnitude da mortalidade relacionada com o aborto e a necessidade de melhorar a atenção pós-aborto somente foi reconhecida e aceita muito recentemente. Falta muito a ser feito para melhorar a atenção pós-aborto e, conseqüentemente, salvar a vida da mulher.

Para que seja eficaz, a estratégia de atenção pós-aborto deve ser colocada na prática imediatamente, e os melhoramentos mais viáveis e adequados para cada meio específico devem ser realizados. São muitas as medidas que devem ser tomadas para conseguir uma atenção pós-aborto de alta qualidade, mas em todo contexto existem medidas que podem ser aplicadas imediatamente. (*Edição em português: setembro 2001*)

## *Bibliografia*

*O asterisco (\*) designa um artigo que foi de especial valor para preparação deste número de **Population Reports**.*

1. **ABDEL-TAWAB, N., HUNTINGTON, D., and NAWAR, L.** Husband's role in postabortion care. Presented at the 124th Annual Meeting of the American Public Health Association, New York, Nov. 17-21, 1996.
2. **ABERNATHY, M., AQUINO, S., AQUINO, J., and CHAPARRO, J.C.** Results of a pilot project to improve postabortion care in Paraguay: Evaluating costs and quality of care. Poster presentation at the 124th Annual Meeting of the American Public Health Association, New York, Nov. 17-21, 1996.
3. **ABERNATHY, M., RANCE, S., HERNÁNDEZ, C., MASSARDO, M., OSES, J., and CELIS, R.** Womens' and providers' views on abortion care in Bolivia and Chile. Presented at the 122nd Annual Meeting of the American Public Health Association, Washington, D.C., Nov. 1994. 10 p.
4. **ABOUZAH, C. and ROYSTON, E.** Maternal mortality: A global factbook. Geneva, World Health Organization, 1991. 606 p.
5. **ABRAMS, M.** Birth control use by teenagers: One and two years postabortion. *Journal of Adolescent Health Care* 6(3): 196-200. May 1985.
6. **ADETORO, O.O.** Septic induced abortion at Ilorin, Nigeria: An increasing gynaecological problem in the developing countries. *Asia-Oceania Journal of Obstetrics and Gynaecology* 12(2): 201-105. Jun. 1986.
7. **ADETORO, O.O., BABARINSA, A.B., and SOTILOVE, O.S.** Socio-cultural factors in adolescent septic illicit abortions in Ilorin, Nigeria. *African Journal of Medicine and Medical Sciences* 20(2): 149-153. Jun. 1991.
8. **ADEWOLE, I.F.** Trends in postabortal mortality and morbidity in Ibadan, Nigeria. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 38(2): 115-118. Jun. 1992.
9. **AGGARWAL, V.P.** Septic abortion: Management and prevention. In: Mati, J.K.G., Ladipo, O.A., Burkman, R.T., Magarick, R.H., and Huber, D., eds. *Reproductive health in Africa*. Baltimore, JHPIEGO, 1984. p. 204-208.
10. **AGGARWAL, V.P. and MATI, J.K.G.** Epidemiology of induced abortion in Nairobi, Kenya. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of Eastern and Central Africa* 1: 54-57. 1982.
11. **ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (AGI).** *Clandestine abortion: A Latin American reality*. New York, AGI, 1994. 28 p.
12. **ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (AGI).** *Sex and America's teenagers*. New York, AGI, 1994. 88 p.
13. **ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (AGI).** *Women, families and the future*. New York, AGI, 1994. 6 p.
14. **ALI, Y.** Analysis of maternal deaths in Jima Hospital, southwestern Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal* 32(2): 125-129. Apr. 1994.
15. **AMPOFO, D.A., COLLISON, A.H.K., RICHARDSON, D., KWOFIE, G., and SENAH, K.A.** Contraceptives cause infertility: Determinants of decision-making factors in women with knowledge of contraception who resort to induced abortion. Accra, University of Ghana Medical School, Jun. 1993.
16. **ANDERSON, B.A., KATUS, K., PUUR, A., and SILVER, B.D.** Characteristics of women having abortions in Estonia. In: International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), compiler. *International Population Conference/Congres International de la Population, Montreal 1993, 24 Aug.-1st Sep.* Vol. 1. Liege, Belgium, IUSSP, 1993. p. 215-234.
17. **ARCHIBONG, E.I.** Illegal induced abortion—A continuing problem in Nigeria. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 34(3): 261-265. Mar. 1991.
18. **AUSTE, C.V., BARCELONA, D.R., DESPABILADERAS, C.C., DESPABILADERAS, E.E., MENDOZA, T.L., MORALES, L.P., and TOLEDO, V.S.** *Interpersonal communication: A trainer's manual*. Manila, Commission on Population, 1987. 170 p.
19. **AVSC INTERNATIONAL (AVSC).** *Family planning counseling: A curriculum prototype. trainer's manual and participant's handbook*. New York, AVSC, 1995.
20. **AVSC INTERNATIONAL (AVSC).** Postabortion women. [2/92 material] In: *Family planning counseling: A curriculum prototype*. New York, AVSC, 1995. p. 67-68.
21. **AVSC INTERNATIONAL (AVSC).** *Talking with clients about family planning: A guide for health care providers*. New York, AVSC, 1995. 111 p.
22. **BAILEY, P.E., LLANO SAAVEDRA, L., KUSHNER, L., WELSH, M., and JANOWITZ, B.** A hospital study of illegal abortion in Bolivia. *Bulletin of the Pan American Health Organization* 22(1): 27-41. 1988.
23. **BAKER, J. and KHASIANI, S.** Induced abortion in Kenya: Case histories. *Studies in Family Planning*

- 23(1): 34-44. Jan.-Feb. 1992.
24. **BARKER, G.** Adolescent fertility in sub-Saharan Africa: Strategies for a new generation. Washington, D.C., Center for Population Options, Mar. 1992. 37 p.
25. **BARKER, G.K. and RICH, S.** Influences on adolescent sexuality in Nigeria and Kenya: Findings from recent focus-group discussions. *Studies in Family Planning* 23(3): 199-210. May-Jun. 1992.
26. **BARNETT, B.** Family planning reduces mortality. *Network* 14(3): 4-7. Feb. 1994.
27. **BARRETO, T., CAMPBELL, O.M.R., DAVIES, J.L., FAUVEAU, V., FILIPPI, V.G.A., GRAHAM, W.J., MAMDANI, M., ROONEY, C.I.F., and TOUBIA, N.F.** Investigating induced abortion in developing countries: Methods and problems. *Studies in Family Planning* 23(3): 159-170. May-Jun. 1992.
28. **BASHIR, A.** Maternal mortality in Pakistan. A success story of the Faisalabad district. *IPPF Medical Bulletin* 25(2): 1-3. Apr. 1991.
29. **BEGUM, S.F., AKHTER, H.H., KAMAL, H., and KAMAL, G.M.** Hospital-based mortality and morbidity related to induced abortion. *Bangladesh Institute of Research for Promotion of Essential and Reproductive Health and Technologies News and Views* 5(2): 7-11. Sep. 1993.
30. **BELANGER, E., MELZACK, R., and LAUZON, P.** Pain of first-trimester abortion: A study of psychosocial and medical predictors. *Pain* 36(3): 339-350. Mar. 1989.
31. **BELTRAN, L.R.** (Population Communication Services) [Recent events in Bolivia] Personal communication, Oct. 17, 1996.
- \*32. **BENSON, J., GRINGLE, R., and WINKLER, J.** Preventing unwanted pregnancy: Management strategies to improve postabortion care. *Ipas Advances in Abortion Care* 5(1): 1-8. 1996.
- \*33. **BENSON, J., LEONARD, A.H., WINKLER, J., WOLF, M., and MCLAURIN, K.E.** [Meeting women's needs for postabortion family planning: Framing the questions.](#) Carrboro, North Carolina, Ipas, 1992. (Issues in Abortion Care 2) 77 p.
- \*34. **BENSON, J., NICHOLSON, L.A., GAFFIKIN, L., and KINOTI, S.N.** [Complications of unsafe abortion in sub-Saharan Africa: A review.](#) *Health Policy and Planning* 11(2): 117-131. 1996.
35. **BHATIA, J.C. and CLELAND, J.** Self-reported symptoms of gynecological morbidity and their treatment in south India. *Studies in Family Planning* 26(4): 203- 216. Jul.-Aug. 1995.
36. **BILLINGS, D.L., NTOW, S., OFFEI, A., and ABBEY, M.** Training non-physician providers to improve postabortion care: Baseline assessment of postabortion care services in four districts of Eastern Region, Ghana. Carrboro, North Carolina, Ipas, 1997.
37. **BLEDSON, C.H. and COHEN, B., eds.** Social dynamics of adolescent fertility in sub-Saharan Africa. Washington, D.C., National Academy Press, 1993. 223 p.
38. **BLUMENTHAL, P.D. and REMSBURG, R.E.** A time and cost analysis of the management of incomplete abortion with manual vacuum aspiration. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 45(3): 261- 267. Jun. 1994.
39. **BRABIN, L., KEMP, J., OBUNGE, O.K., IKIMALO, J., DOLIMORE, N., ODU, N.N., HART, C.A., and BRIGGS, N.D.** Reproductive tract infections and abortion among adolescent girls in rural Nigeria. *Lancet* 345(8945): 270-271. Feb. 4, 1995.
- \*40. **BRADLEY, J., ROGO, K., JOHNSON, R., OKOKO, L., HEALY, J., and BENSON, J.** [A comparison of the costs of manual vacuum aspiration \(MVA\) and evacuation and curettage \(E&C\) in the treatment of early incomplete abortions in Kenya.](#) *Journal of Obstetrics and Gynaecology of Eastern and Central Africa* 11: 12-19. 1993.
41. **BRADLEY, J., SIKAZWE, N., and HEALY, J.** Improving abortion care in Zambia. *Studies in Family Planning* 22(6): 391-394. Nov.-Dec. 1991.
42. **BRUYNIKS, N.P.** Reproductive health in central and eastern Europe: Priorities and needs. *Patient Education and Counseling* 23(3): 203-215. Jul. 1994.
43. **BULUT, A. and TOUBIA, N.** Efficiency and effectiveness of public sector abortion services in Istanbul and their suitability to women's needs. Istanbul, Turkey. and New York, University of Istanbul. and Population Council, 1994. 21 p. (Mimeo)
44. **BURTON, N.N.** Data collection on hospitalized incomplete abortions in Mali and Zaire. [1985]. 10 p. (Unpublished)
45. **CARDONA PEREZ, J.A.** El programa nacional de atención postabortio en el IMSS. [The national postabortion care program in the IMSS.][SPA] Presented at the Strategies for Addressing Postabortion Care in Mexico meeting, Mexico City, Feb. 1996.
46. **CASTLE, M.A., LIKWA, R., and WHITTAKER, M.** Observations on abortion in Zambia. *Studies in Family Planning* 21(4): 231-235. Jul.-Aug. 1990.
47. **CHANDRASEKHAR, S.** India's abortion experience. Denton Texas, University of North Texas Press, 1994. (Philosophy and the Environment Series No. 4) 263 p.
48. **CHAUDHURI, S.K.** Pregnancy termination. In: *Practice of fertility control: A comprehensive text book.*

- (3rd ed.) New Delhi, B.T. Churchill Livingstone, 1992. p. 197-228.
49. **COEYTAUX, F.** Abortion: the ultimate unmet need. In: Senanayake, P. and Kleinman, R.L., eds. Family planning. Meeting challenges: Promoting choices. The proceedings of the IPPF Family Planning Congress, New Delhi, Oct. 1992. Carnforth, England, Parthenon Publishing Group, 1993. p. 701-708.
  50. **CONTRACEPTION REPORT.** Contraception and adolescents: Highlights from the NASPAG conference. *Contraception Report* 6(3): 4-11, 14. Jul. 1995.
  51. **CORVALAN, H.** The abortion epidemic. In: Potts, M. and Bhiwandiwalla, P., eds. Birth control: An international assesment. Baltimore, University Park Press, 1979. p. 201-214.
  52. **CROWTHER, C.A.** Eclampsia at Harare Maternity Hospital: An epidemiological study. *South African Medical Journal* 68(13): 927-929. Dec. 21, 1985.
  53. **CROWTHER, C.A.** Management and pregnancy outcome in eclampsia at Harare Maternity Hospital. *Central African Journal of Medicine* 31(6): 107-109. Jun. 1985.
  54. **DARNEY, P.D.** Maternal deaths in the less developed world: Preventable tragedies. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 26(2): 177-179. Apr. 1988.
  55. **DATTA, K.K., SHARMA, R. S., RAZACK, P.M.A., GHOSH, T.K., and ARORA, R.R.** Morbidity pattern amongst rural pregnant women in Alwar, Rajasthan—A cohort study. *Health and Population—Perspective & Issues* 3(4): 282-292. Oct.-Dec. 1980.
  56. **DAVID, H.P.** Abortion in Europe, 1920-91: A public health perspective. *Studies in Family Planning* 23(1): 1-22. Jan.-Feb. 1992.
  57. **DAVID, H.P.** Abortion: Its prevalence, correlates, and costs. In: Bulatao, R.A. and Lee, R.D., eds. *Determinants of Fertility in Developing Countries. Vol. 2: Fertility regulation and institutional influences.* New York, Academic Press, 1983. (Studies in Population) p. 193-244.
  58. **DEFENSE FOR CHILDREN INTERNATIONAL-USA (DCI).** The effects of maternal mortality on children in Africa: An exploratory report on Kenya, Namibia, Tanzania, Zambia and Zimbabwe. New York, DCI, 1991. 226 p.
  59. **DEMAEYER, E. and ADIELS-TEGMAN, M.** The prevalence of anaemia in the world.[ENG,FRE] *World Health Statistics Quarterly* 38(3): 302-316. 1985.
  60. **DEWART, T.** Reproductive risks. Guatemala. Links. *Health and Development Report* 9(2): 13, 25. Spring 1992.
  61. **DJOHAN, E., INDRAMASIH, R., ADENAN, M., YUDOMUSTOPO, H., and TAN, M.G.** The attitudes of health providers towards abortion in Indonesia. *Reproductive Health Matters* 2: 32-40. Nov. 1993.
  62. **EGYPTIAN FERTILITY CARE SOCIETY (EFCS).** Postabortion case load study in Egyptian public sector hospitals: Final report. Cairo, EFCS, Feb. 1997. 30.
  63. **EKWEMPU, C.C.** Uterine aspiration using the Karman cannula and syringe. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology* 8N2: 37-38. 1990.
  64. **EKWEMPU, C.C., GIWA-OSAGIE, O.F., and OGEDENGBE, O.K.** Clinical treatment needs and family planning use among women treated for incomplete abortion in teaching hospitals in Nigeria. Presented at the 1991 Annual Conference of the Society of Obstetrics and Gynaecology of Nigeria (SOGON), Lagos, Nigeria, Sep. 5-7, 1991. 9 p.
  65. **EL KABARITY, H., LOUZ, S.A., EL-ETRIBI, A., YEHYA, M., and ELLIAN, A.** Suction abortion versus traditional evacuation in the management of incomplete inevitable abortions. Presented at the International College of Surgeons, Fifth African Federation Congress, Cairo, Nov. 25-28, 1985.
  66. **EMUVEYAN, E.** Profile of abortion in Nigeria. Presented at the Conference on Unsafe Abortion and Post Abortion Family Planning in Africa, Mauritius, Mar. 24-28, 1994. 17 p.
  67. **FATHALLA, M.F.** The long road to maternal death. *People* 14: 8-9. 1987.
  68. **FAUVEAU, V. and BLANCHET, T.** Deaths from injuries and induced abortion among rural Bangladeshi women. *Social Science and Medicine* 29(9): 1121-1127. 1989.
  69. **FAUVEAU, V., STEWART, K., KHAN, S.A., and CHAKRABORTY, J.** Effect on mortality of community-based maternity-care programme in rural Bangladesh. *Lancet* 338(8776): 1183-1186. Nov. 9, 1991.
  70. **FERGUSON, A.** School girl pregnancy in Kenya: Report of a study of discontinuation rates and associated factors. 2nd ed. [Nairobi], Kenya, Ministry of Health, Division of Family Health, GTZ Support Unit, Mar. 1988. 74 p.
  71. **FIG-TALAMANCA, I., SINNATHURAY, T.A., YUSOF, K., et al.** Illegal abortion: An attempt to assess its cost to the health services and its incidence in the community. *International Journal of Health Services* 16(3): 375-389. 1986.
  72. **FIGUEROA DAMIAN, R. and ARREDONDO GARCIA, J.L.** Conceptos actuales en la patogenesis y tratamiento del aborto y el choque septico. 1: Epidemiologia, patogenesis y manejo del aborto septico. [Current concepts in pathogenesis and treatment of abortion and septic shock. 1: Epidemiology, pathogenesis and management of septic abortion.][SPA] *Ginecologia y Obstetricia de Mexico* 61: 305-310. 1993.

73. **FORTNEY, J.A.** The importance of family planning in reducing maternal mortality. *Studies in Family Planning* 18(2): 109-114. 1987.
74. **FORTNEY, J.A. and KIRAGU, K.** Maternal mortality and morbidity in sub-Saharan Africa. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, Sep. 1995. (Working Papers No. 95-03) 50 p.
- \*75. **FORTNEY, J.A. and SMITH, J.B.** [The base of the iceberg: Prevalence and perceptions of maternal morbidity in four developing countries: The maternal morbidity network](#). Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Maternal and Neonatal Health Center, Dec. 1996. 111 p.
76. **FORTNEY, J.A., SUSANTI, I., GADALLA, S., SALEH, S., FELDBLUM, P.J., and POTTS, M.** Maternal mortality in Indonesia and Egypt. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 26(1): 21-32. Feb. 1988.
77. **FREJKA, T.** Induced abortion and fertility. *Family Planning Perspectives* 17(5): 230-234. Sep.-Oct. 1985.
78. **FREJKA, T., ATKIN, L.C., and TORO, O.L.** Program document: Research program for the prevention of unsafe induced abortion and its adverse consequences in Latin America and the Caribbean, Center for Policy Studies. Mexico City, Population Council, 1989. (Working Paper No. 3)
79. **GALLEN, M., LETTENMAIER, C., and GREEN, C.P.** Counseling makes a difference. *Population Reports*, Series J, No. 35. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Nov. 1987. 32 p.
80. **GHORBANI, F.S.** Iran: The family planning challenge. *Lancet* 340(8832): 1401. Dec. 5, 1992.
81. **GÓMEZ SÁNCHEZ, P., RUIZ, N., and PULIDO, J.** Mortalidad materna en el Instituto Materno Infantil de Santafé de Bogotá D.C. 1985-1989. [Maternal mortality in the Instituto Materno Infantil de Santafé, de Bogotá, 1985-1989.][SPA] 44(1): 30-47. Jan.-Mar. 1993.
82. **GOODKIND, D.** Abortion in Vietnam: Measurements, puzzles, and concerns. *Studies in Family Planning* 25(6, Pt. 1): 342-352. Nov.-Dec. 1994.
83. **GORBACH, P.M., HOA, D.T., TSUI, A., and NHAN, V.Q.** Abortion and family planning in two northern communes of Vietnam. Presented at the annual meeting of the Population Association of America, New Orleans, Louisiana, May 8-11, 1996. 20 p.
84. **GÖRGEN, R., MAIER, B., and DIESFELD, H.J.** Problems related to schoolgirl pregnancies in Burkina Faso. *Studies in Family Planning* 24(5): 283-294. Sep.-Oct. 1993.
85. **GREENSLADE, F.C., BENSON, J., WINKLER, J., HENDERSON, V., WOLF, M., and LEONARD, A.** Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *Ipas Advances in Abortion Care* 3(2): 1-4. 1993.
- \*86. **GREENSLADE, F.C., LEONARD, A.H., BENSON, J., WINKLER, J., and HENDERSON, V.L.** [Manual vacuum aspiration: A summary of clinical and programmatic experience worldwide](#). Carrboro, North Carolina, Ipas, 1993. 81 p.
- \*87. **GREENSLADE, F.C., MCKAY, H., WOLF, M., and MCLAURIN, K.** [Post-abortion care: A women's health initiative to combat unsafe abortion](#). *Ipas Advances in Abortion Care* 4(1): 1-4. 1994.
88. **GREENSLADE, F.C., WINKLER, J., and LEONARD, A.H.** Introduction of abortion technologies: A quality of care management approach. *Law, Medicine, and Health Care* 20(3): 161-168. Fall 1992.
89. **GUZMAN, A., FERRANDO, D., and TUESTA, L.** Treatment of incomplete abortion: Manual vacuum aspiration versus curettage in the maternal perinatal institute in Lima, Peru. Lima, Peru, Pathfinder International, Oct. 1995. 35 p.
- \*90. **GUZMAN, A., LAGOS, G., HERRERA, J., and FOREIT, J.** [Immediate post-partum and post abortion family planning program: Final report](#). Lima, Peru, PROFAMILIA. and Instituto Peruano de Seguridad Social. and Population Council, May 1990. 83 p.
91. **GYEPI-GARBRAH, B., NICHOLS, D.J., and KPEDEKPO, G.M.K.** Adolescent fertility in sub-Saharan Africa: An overview. Boston, Pathfinder Fund, 1985. 57 p. (Mimeo)
92. **HARDY, E. and HERUD, K.** Effectiveness of a contraceptive education program for postabortion patients in Chile. *Studies in Family Planning* 6(7): 188-191. Jul. 1975.
93. **HART, G. and MACHARPER, T.** Clinical aspects of induced abortion in South Australia from 1970-1984. *Australia and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology* 26: 219-224. 1986.
- \*94. **HENSHAW, S.K.** [Induced abortion: A world review](#). 1990. *Family Planning Perspectives* 22(2): 76-89. Mar.-Apr. 1990.
- \*95. **HENSHAW, S.K. and MORROW, E.** [Induced abortion: A world review. 1990 supplement](#). New York, Alan Guttmacher Institute, 1990. 120 p.
- \*96. **HERZ, B. and MEASHAM, A.R.** [The safe motherhood initiative: Proposals for action](#). Washington, D.C., World Bank, 1987. 56 p.
97. **HIRSH, J.S. and BARKER, G.** Adolescents and unsafe abortion in developing countries: A preventable tragedy. Washington, D.C., Center for Population Options, Mar. 1992. 69 p.
98. **HORD, C.** Evaluation of manual vacuum aspiration (MVA) training programs in Nigeria. Presented at the



- Ad Hoc Training Evaluation Meeting, Management Sciences for Health, Boston, Feb. 20-21, 1992. 14 p.
99. **HORD, C.E. and DELANO, G.E.** The midwife's role in abortion care. *Midwifery* 10(3): 136-141. Sep. 1994.
100. **HUBER, D.** (Pathfinder International) [Pathfinder's postabortion care projects in Africa and LA] Personal communication, May 14, 1996.
101. **HULL, T.H., SARWONO, S.W., and WIDYANTORO, N.** Induced abortion in Indonesia. *Studies in Family Planning* 24(4): 241-251. Jul.-Aug. 1993.
102. **HUNTINGTON, D., DERVIOLU, A.A., PILE, J., BUMIN, C., and MENSCH, B.** The quality of abortion services in Turkey. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 53: 41-49. Apr. 1996.
- \*103. **HUNTINGTON, D., HASSAN, E.O., TOUBIA, N., ATTALLAH, N., NAGUIB, M., and NAWAR, L.** [Improving the counseling and medical care of post abortion patients in Egypt](#). *Studies in Family Planning* 26(6): 350-362. Nov.-Dec. 1995.
104. **HUNTINGTON, D., LETTENMAIER, C., and OBENG-QUAIDOO, I.** User's perspective of counseling training in Ghana: The "mystery client" trial. *Studies in Family Planning* 21(3): 171-177. May-Jun. 1990.
105. **HUNTINGTON, D., MENSCH, B., and MILLER, V.C.** Survey questions for the measurement of induced abortion. *Studies in Family Planning* 27(3): 155-161. May-Jun. 1996.
106. **HUNTINGTON, D., NAWARE, L., and HADY, D.A.** An exploratory study of the psycho-social stress associated with abortions in Egypt: Final report. Cairo, Population Council. Asia and Near East Operations Research and Technical Assistance Project, Dec. 1995. 34 p.
107. **HUNTINGTON, D., NAWARE, L., and HADY, D.A.** Women's perceptions of abortion in Egypt. *Reproductive Health Matters*. [Forthcoming, 1997]
108. **HYHAZI, Y. and DIALLO, M.S.** Association guinéenne pour le bien-être familial: Illegal or unsafe abortion in Guinea. Presented at the Conference on Unsafe Abortion and Post Abortion Family Planning in Africa, Mauritius, Mar. 24-28, 1994. 5 p.
109. **INDIAN MEDICAL ASSOCIATION (IMA). and DEVELOPMENT ASSOCIATES (DA). FAMILY HEALTH TRAINING PROJECT.** Homestudy course in family planning: Module 10. Post-abortion care. [Calcutta. and Arlington, Virginia], IMA. and DA, 1994. 78 p.
110. **INSTITUTE FOR DEVELOPMENT TRAINING.** Treatment of complications of spontaneous or induced abortion. Training course in women's health. 2nd ed. Carrboro, North Carolina, IDT, 1993. (Module 11)
111. **INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION. AFRICA REGION (IPPF/A).** Unsafe abortion and post-abortion family planning in Africa. The Mauritius Conference. Nairobi, IPPF/A, 1994. 38 p.
112. **IPAS.** Ghana. *Ipas Africa Reports*, Sep. 1995. 3 p.
113. **IPAS.** Brazil. *Ipas Latin America Reports*, Sep. 1995. 2 p.
114. **IPAS.** A conceptual framework and program strategy for combatting unsafe abortion. Nov. 1994. 17 p. (Unpublished)
115. **IPAS.** Ethiopia. *Ipas Africa Reports*, Sep. 1995. 2 p.
116. **IPAS.** MotherCare Project: Ghana. *Ipas Africa Reports*, Jan. 1996. 2 p.
117. **IPAS.** Nicaragua. *Ipas Latin America Reports*, Sep. 1995. 2 p.
118. **IPAS.** Nigeria. *Ipas Africa Reports*, Sep. 1995. 4 p.
119. **IPAS.** Tanzania. *Ipas Africa Reports*, Dec. 1995. 4 p.
120. **ISKANDAR, M.B., UTOMO, B., HULL, T., DHARMAPUTRA, N.G., and AZWAR, Y.** Unraveling the mysteries of maternal death in west Java: Reexamining the witnesses. Depok, Indonesia, Center for Health Research. Research Institute University of Indonesia, 1996. 147 p.
121. **JACOBSON, J.L.** Abortion and the global crisis in women's health. In: Mazur, L.A., ed. *Beyond the numbers: A reader on population, consumption, and the environment*. Washington, D.C., Island Press, 1994. p. 177-184.
122. **JACOBSON, J.L.** The global politics of abortion. Washington, D.C., Worldwatch, Jul. 1990. (Worldwatch Paper No. 97) 70 p.
123. **JESANI, A. and IYER, A.** Women and abortion. *Economic and Political Weekly* 28(48): 2591-2594. Nov. 27, 1993.
- \*124. **JHPIEGO CORPORATION.** Postabortion care course handbook: Guide for participants. Baltimore, JHPIEGO, 1995.
125. **JHPIEGO CORPORATION.** Postabortion care trainer's notebook. Baltimore, JHPIEGO, 1995.
- \*126. **JOHNSON, B.R., BENSON, J., BRADLEY, J., and ORDOÑEZ, A.R.** [Costs and resource utilization for the treatment of incomplete abortion in Kenya and Mexico](#). *Social Science and Medicine* 36(11): 1443-1453. 1993.
- \*127. **JOHNSON, B.R., BENSON, J., BRADLEY, J., ORDOÑEZ, A.R., ZAMBRANO, C., OKOKO, L.,**

- CHÁVEZ, L.V., QUIROZ, P., and ROGO, K.** [Costs of alternative treatments for incomplete abortion.](#) Washington, D.C., World Bank, Jan. 1993. (Working Papers No. WPS1072) 31 p.
- \*128. **JOHNSON, B.R., BENSON, J., and HAWKINS, B.L.** Reducing resource use and improving quality of care with MVA. *Advances in Abortion Care* 2(2): 1-6. 1992.
129. **JOHNSON, B.R., HORGA, M., and ANDRONACHE, L.** Contraception and abortion in Romania. *Lancet* 341(8849): 875-878. Apr. 3, 1993.
130. **JOHNSON, B.R., HORGA, M., and ANDRONACHE, L.** Women's perspective on abortion in Romania. *Social Science and Medicine* 42(4): 521-530. Feb. 1996.
131. **JONES, E.F., FORREST, J.D., HENSHAW, S.K., SILVERMAN, J., and TORRES, A.** Pregnancy, contraception, and family planning services in industrialized countries. New Haven, Connecticut, Yale University Press, 1989. 276 p.
132. **JUSTESEN, A., KAPIGA, S.H., and VAN ASTEN, H.A.G.A.** Abortions in a hospital setting: Hidden realities in Dar es Salaam, Tanzania. *Studies in Family Planning* 23(5): 325-329. Sep.-Oct. 1992.
133. **KAMAU, R.K.** Management of incomplete abortion: The role of manual vacuum aspiration. Presented at the Maternal and Perinatal Mortality Seminar, Mombasa, Kenya, Apr. 23-27, 1990. 10 p.
134. **KAMAU, R.K. and ROGO, K.O.** Kenyatta National Hospital personnel survey on the use of manual vacuum aspiration for treatment of incomplete abortion. [1991]. 25 p. (Unpublished)
135. **KAMPIKAHO, A. and IRWIG, L.M.** Incidence and causes of maternal mortality in five Kampala hospitals, 1980-1986. *East African Medical Journal* 68(8): 624-631. Aug. 1991.
136. **KAMSIOUK, L.** [Russian Family Planning Association.][Notes and overheads] Presented at the Johns Hopkins Center for Communication Programs, Jun. 18, 1996.
137. **KAU, M., AIRHIHENUWA, C.O., and HELM, B.** Sexual behavior and contraceptive use by adolescent pupils in the Republic of Bophuthatswana. *International Quarterly of Community Health Education* 9(1): 73-82. 1988-1989.
138. **KAY, B.J., KATZENELLENBOGEN, J., FAWCUS, S., and KARIM, S.A.** An analysis of the cost of induced incomplete abortion to the public health sector in South Africa—1994. 1994. 19 p. (Unpublished)
139. **KELLER, S.** When to begin postpartum methods. *Network* 15(3): 18-23. Mar. 1995.
140. **KERRIGAN, M., GAFFIKIN, L., and MAGARICK, R.** Postabortion care services in Uttar Pradesh State, India. Baltimore, JHPIEGO, May 1995. 37 p.
141. **KHATTAB, H.A.S.** The silent endurance: Social conditions of women's reproductive health in rural Egypt. Amman, Jordan. and Giza, Egypt, UNICEF. Regional Office for the Middle East and North Africa. and Population Council. Regional Office for West Africa and North Africa, 1992. 71 p.
142. **KIDULA, N.A., KAMAU, R.K., OJWANG, S.B., and MWATHE, E.G.** A survey of the knowledge, attitude and practice of induced abortion among nurses in Kisii District, Kenya. *Journal of Obstetrics and Gynecology of Eastern and Central Africa* 10: 10. 1992.
143. **KIM, Y.M. (JHU/CCP)** [Discussion of draft chapter for "Assessing the quality of family counseling in Kenya: Interaction analysis."] Personal communication, Sep. 19, 1996.
144. **KIM, Y.M., RIMON, J., WINNARD, K., CORSO, C., MAKO, I.V., LAWAL, S., BABALOLA, S., and HUNTINGTON, D.** Improving the quality of service delivery in Nigeria. *Studies in Family Planning* 23(2): 118-127. Mar.-Apr. 1992.
- \*145. **KINOTI, S.N., GAFFIKIN, L., BENSON, J., and NICHOLSON, L.A.** [Monograph on complications of unsafe abortion in Africa.](#) Arusha, Tanzania, Commonwealth Regional Health Community Secretariat, 1995. 320 p.
- \*146. **KIZZA, A.P.M. and ROGO, K.O.** [Assessment of the manual vacuum aspiration \(MVA\) equipment in the management of incomplete abortion.](#) *East African Medical Journal* 67(11): 812-821. 1990.
147. **KOBLINSKY, M., CAMPBELL, O., and HARLOW, S.** More than mothers. *Populi* 20(3): 13-17. Mar. 1993.
148. **KOBLINSKY, M., TIMYAN, J., and GAY, J.** The health of women: A global perspective. Boulder, Colorado, Westview Press, 1993.
149. **KOETSAWANG, S.** Induced abortion in Thailand. In: International Planned Parenthood Federation. East and South East Asia and Oceania Region (IPPF/ESEAOR). Country experiences on abortion: Malaysia, Singapore, Thailand, Indonesia, Philippines and Japan. Kuala Lumpur, Malaysia, IPPF/ESEAOR, 1994. p. 93-106.
150. **KONJE, J.C., OBISESAN, K.A., and LADIPO, O.A.** Health and economic consequences of septic induced abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 37(3): 193-197. Mar. 1992.
151. **KULAKOV, V.I.** Abortion and infertility in Russia. *Planned Parenthood in Europe* 24(1): 10-12. Mar. 1995.
152. **KWAST, B.E.** Abortion: Its contribution to maternal mortality. *Midwifery* 8(1): 8-11. Mar. 1992.
153. **KWAST, B.E., ROCHAT, R.W., and KIDANE-MARIAM, W.** Maternal mortality in Addis Ababa,

Ethiopia. *Studies in Family Planning* 17: 288-301. 1986.

- \*154. **LADIPO, O.A.** [Preventing and managing complications of induced abortion in Third World countries.](#) *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (Suppl. 3): 21-28. 1989.
155. **LADIPO, O.A.** Unsafe abortion in the Third World. *World Health*, Apr.-May 1990. p. 20.
156. **LADJALI, M. and HAMAND, J., eds.** Unsafe abortion and sexual health in the Arab world: The Damascus Conference. London, International Planned Parenthood Federation. Arab World Region, [1993]. 32 p.
- \*157. **LAGUARDIA, K.D., ROTHOLZ, V., and BELFORT, P. A.** [10-year review of maternal mortality in a municipal hospital in Rio de Janeiro: A cause for concern.](#) *Obstetrics and Gynecology* 75(1): 27-32. Jan. 1990.
158. **LAVIN, P.A.** Informe preliminar sobre la caracterización de los casos y costo del tratamiento del aborto hospitalizado en Santiago de Chile. [Preliminary report on characteristics and cost of treatment of hospitalized abortion cases in Santiago, Chile.][SPA] In: World Health Organization. Special Research Program on Human Reproduction. and Alan Guttmacher Institute. Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe: Atención hospitalaria y costos del aborto. [Research symposium on induced abortion in Latin America and the Caribbean: Hospital care and costs of abortion.][SPA] Santafé de Bogotá, D.C. Colombia, Universidad Externado de Colombia, Nov. 15-18, 1994. p. 76-104.
159. **LAW, M., MAINE, D., and FEUERSTEIN, M.-T.** Safe motherhood: Priorities and next steps. New York, United Nations Development Program, Apr. 1991. 57 p.
160. **LEONARD, A.** (Ipas) [Discussion of Ipas projects and decentralization of MVA training] Personal communication, May 8, 1996.
- \*161. **LEONARD, A.H. and LADIPO, O.A.** [Post-abortion family planning: Factors in individual choice of contraceptive methods.](#) [Text and wall chart] *Ipas Advances in Abortion Care* 4(2): 1-4. 1994.
162. **LEONARD, A.H. and WINKLER, J.** A quality of care framework for abortion care. *Advances in Abortion Care* 1(1): 1-4. 1991.
- \*163. **LETTENMAIER, C. and GALLEN, M.E.** [Counseling guide.](#) *Population Reports*, Series J, No. 36. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Dec. 1987. 28 p.
- \*164. **LETTENMAIER, C., LISKIN, L., CHURCH, C.A., and HARRIS, J.A.** [Mothers' lives matter: Maternal Health in the Community.](#) *Population Reports*, Series L, No. 7. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Sep. 1988. 32 p.
165. **LIKWA, R.N. and WHITTAKER, M.** The characteristics of women presenting for abortion and complication of illegal abortions at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia: An explorative study. 1994. 15 p. (Unpublished)
166. **LISKIN, L.S.** Maternal morbidity in developing countries: A review and comments. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 37(2): 77-87. Feb. 1992.
167. **LISKIN, L.S., DOUCETTE, L., and CHRISTIE, L.J.** Complications of abortion in developing countries. *Population Reports*, Series F, No. 7. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Jul. 1980. 52 p.
168. **LOFFREDO, S.** Global view: Adolescents. In: Conveying concerns: Women write on reproductive health. [Compilation of writings] Washington, D.C., Population Reference Bureau, Jul. 1994. 27 p.
169. **LONDOÑO, M.L.** Abortion counseling: Attention to the whole woman. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (Suppl. 3): 169-174. 1989.
170. **LYNAM, P.F., DWYER, J.C., and BRADLEY, J.** Inreach: Reaching potential family planning clients within health institutions. New York, AVSC International, Apr. 1994. (AVSC Working Paper No. 5) 8 p.
171. **MAHLER, H.** The safe motherhood initiative: A call to action. *Lancet* 1(8534): 668-670. Mar. 21, 1987.
172. **MAHOMED, K., HEALY, J., and TANDON, S.** A comparison of manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage in the management of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 46(1): 27-32. Jul. 1994.
173. **MAHOMED, K. and MASONA, D.** Adolescent pregnancy--A prospective survey of contraceptive knowledge and reproductive behaviour. *Central African Journal of Medicine* 37(10): 316-321. Oct. 1991.
174. **MAINE, D.** Safe motherhood programs: Options and issues. New York, Columbia University. Center for Population and Family Health, 1991. 61 p.
175. **MAINE, D., KARKAZIS, K., and BOLAN, N.** The bad old days are still here: Abortion mortality in developing countries. *JAMWA* 49(5): 137-142. Sep.-Oct. 1994.
176. **MAINE, D., ROSENFELD, A., WALLACE, M., KIMBALL, A.M., KWAST, B., PAPIERNIK, E., and WHITE, S.** Prevention of maternal deaths in developing countries: Program options and practical considerations. Nov. 1986. 56 p.
- \*177. **MALLA, K., KISHORE, S., PADHYE, S., HUGHES, R., KERRIGAN, M., MCINTOSH, N., and TIETJEN, L.** Establishing postabortion care services in Nepal. Baltimore, JHPIEGO, Jun. 1996. 32 p. (Mimeo)
- \*178. **MARGOLIS, A., LEONARD, A.H., and YORDY, L.** [Pain control for treatment of incomplete abortion with MVA.](#) *Advances in Abortion Care* 3(1): 1-8. 1993.

179. **MARGOLIS, A., RINDFUSS, R., COGHLAN, P., and ROCHAT, R.** Contraception after abortion. *Family Planning Perspectives* 6(1): 56-60. Winter 1974.
180. **MATI, J.K.G.** Research findings on post-abortion counselling and family planning: Lessons learnt from the south-to-south multicentre study. Prepared for Technical Working Group Meeting on Post-Abortion Family Planning, Bellagio, Italy, Feb. 1-5, 1993. 20 p.
181. **MCCARTHY, J. and MAINE, D.** A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. *Studies in Family Planning* 23(1): 23-33. Jan.-Feb. 1992.
182. **MCCAULEY, A.P. and SALTER, C.** Meeting the needs of young adults. *Population Reports*, Series J, Number 41. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Oct. 1995. 44 p.
183. **MCGINN, T., MAINE, D., MCCARTHY, J., and ROSENFELD, A.** Setting priorities in international reproductive health programs: A practical framework. New York, Center for Population and Family Health. Columbia University, 1996. 52 p.
- \*184. **MCKAY, H. and HARTLEY, B.** [How can you combat unsafe abortion? Practical approaches in action.](#) IPPF Planned Parenthood Challenges 1: 43-46. 1993.
185. **MCLAURIN, K.E.** A pro-active approach: Meeting women's needs for abortion care in restrictive environments. Presented at the 119th Annual Meeting of the American Public Health Association, Atlanta, Georgia, Nov. 11-14, 1991. 5 p.
- \*186. **MCLAURIN, K.E., HORD, C.E., and WOLF, C.E.** [Health systems' role in abortion care: The need for a pro-active approach.](#) Carrboro, North Carolina, Ipas International Projects Assistance Services, 1991. (Issues in Abortion Care No. 1) 34 p.
- \*187. **MCLAURIN, K.E.** and Ipas. [10 ways to effectively address unsafe abortion.](#) *Initiatives in Reproductive Health Policy* 1(1): 4-5. Jan. 1996.
188. **MCLAURIN, K.E., SENANAYAKE, P., TOUBIA, N., and LADIPO, O.A.** Post-abortion family planning. *World Health Forum* 16: 52-55. 1995.
189. **MCLAURIN, K.E., SENANAYAKE, P., TOUBIA, N., and LADIPO, O.A.** Post-abortion family planning: Reversing a legacy of neglect. *Lancet* 342(8879): 1099-1100. Oct. 30, 1993.
- \*190. **MIREMBE, F.M.** [A situational analysis of induced abortions in Uganda.](#) Presented at the Conference on Unsafe Abortion and Post Abortion Family Planning in Africa, Mauritius, Mar. 24-28, 1994. 11 p.
191. **MISAGO, C., FONSECA, W., CORREIA, L.L., and NATIONS, M.** Determinants of induced abortion among poor women admitted to hospitals in Fortaleza, North Eastern Brazil. [ENG, SPA] In: Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en Amrica Latina y el Caribe. Determinantes del aborto y factores asociados, [compiled by] Universidad Externado de Colombia, World Health Organization [WHO]. Special Programme of Research, Development and Research Training on Human Reproduction, and Alan Guttmacher Institute [AGI]. Santafé de Bogotá, Colombia, Universidad Externado de Colombia, 1994. p. 59-65.
192. **MORA, M. and VILLARREAL, J.** Unwanted pregnancy and abortion: Bogota, Colombia. *Reproductive Health Matters* 2: 11-20. Nov. 1993.
193. **MORRIS, L.** Sexual behavior and use of contraception among young adults: What have we learned from the young adult reproductive health surveys in Latin America? Presented at the 1st Inter-African Conference on Adolescent Health, Nairobi, Mar. 24-27, 1992. 31 p.
194. **MORRIS, L.** Sexual experience and contraceptive use among young adults in Central America. Presented at the Symposium on Population in Central America, San Jose, Costa Rica, Oct. 16-18, 1995. 25 p.
195. **MPANGILE, G.S., LESHABARI, M.T., and KIHWELE, D.J.** Factors associated with induced abortion in public hospitals in Dar es Salaam, Tanzania. *Reproductive Health Matters* 2: 21-30. Nov. 1993.
196. **MUNDIGO, A.I.** Health and social aspects of induced abortion: An overview of research needs. Overview. In: International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP). International Population Conference, Montral, 1993. (Vol. 1) [ENG, FRE] Liège, Belgium, IUSSP, 1993. p. 203-208.
197. **MUNDIGO, A.I.** Mortality and morbidity due to induced abortion. Cairo, International Union for the Scientific Study of Population. and Cairo University, 1991. 32 p.
198. **NAAMANE-GUESSOUS, S.** Traditional methods still widely used. *IPPF Planned Parenthood Challenges* 1: 14-16. 1993.
199. **NASSER, J.** Commentary on pain management during abortion from a Latin American physician's perspective. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 3(Suppl.): 141-143. 1989.
- \*200. **NEAMATALLA, G.S. and STEELE VERME, C.** [Postabortion women: Factors influencing their family planning options.](#) AVSC Working Paper No. 9, Sep. 1995. 11 p.
201. **NICHOLS, D., LADIPO, O.A., PAXMAN, J.M., and OTOLORIN, E.O.** Sexual behavior, contraceptive practice, and reproductive health among Nigerian adolescents. *Studies in Family Planning* 17(2): 100-106. Mar.-Apr. 1986.
202. **OAKLEY, D.** Rethinking patient counseling techniques for changing contraceptive use behavior.

- American Journal of Obstetrics and Gynecology 170(5, Pt. 2): 1585-1590. May 1994.
203. **ODEJIDE, T.O.** Offering an alternative to illegal abortion in Nigeria. *New Era Nursing Image International* 2(2): 39-42. 1986.
204. **OGUNNIYI, S.O., MAKINDE, O.O., and DARE, F.O.** Abortion-related deaths in Ile-Ife, Nigeria: A 12-year review. *African Journal of Medicine and Medical Science* 19(4): 271-274. Dec. 1990.
205. **OJO, O.A., PHIDO, F., HORD, C.E., BENSON, J., and WINGATE, I.** An evaluation of provider acceptability and use of manual vacuum aspiration (MVA) in Nigeria. [1995]. 15 p. (Unpublished)
206. **OKONOFUA, F.E., ONWUDIEGWU, U., and ODUNSI, O.A.** Illegal induced abortion: A study of 74 cases in Ile-Ife, Nigeria. *Tropical Doctor* 22(2): 75-78. Apr. 1, 1992.
207. **OMU, A.E., ORONSAYE, A.U., FAAL, M.K.B., and ASUQUO, E.E.J.** Adolescent induced abortion in Benin City, Nigeria. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 19: 495-499. 1981.
208. **ONIANGO, R.K.** Adolescent fertility: Who chooses abortion. Final report. Apr. 1993. 139 p. (Unpublished)
- \*209. **OTSEA, K.** [The place of abortion care in safe motherhood programs](#). *Journal of Obstetrics and Gynaecology of Eastern and Central Africa* 11(1): 3-7. 1993.
- \*210. **PAXMAN, J.M., RIZO, A., BROWN, L., and BENSON, J.** [The clandestine epidemic: The practice of unsafe abortion in Latin America](#). *Studies in Family Planning* 24(4): 205-226. Jul.-Aug. 1993.
211. **PICK DE WEISS, S. and DAVID, H.P.** Illegal abortion in Mexico: Client perceptions. *American Journal of Public Health* 80(6): 715-716. Jun. 1990.
212. **PILLAI, G.** Reducing deaths from pregnancy and childbirth. *Asia. Links. Health and Development Report* 9(5): 11-13. Winter 1993.
213. **POPOV, A.A.** Family planning and induced abortion in the USSR: Basic health and demographic characteristics. *Studies in Family Planning* 22(6): 368-377. Nov.-Dec. 1991.
- \*214. **POPULATION COUNCIL (PC).** [Improving the counseling and medical care of post abortion patients in Egypt: Final report](#). Cairo, PC, May 1995. 48 p.
215. **POPULATION COUNCIL.** Testing alternative approaches to providing integrated treatment of abortion complications and family planning in Kenya: Findings from phase 1. Update 3: 1-2. Dec. 1995.
216. **POPULATION REFERENCE BUREAU (PRB). and CENTER FOR POPULATION OPTIONS (CPO).** The world's youth 1994: A special focus on reproductive health. [Wall chart] [Washington, D.C.], PRB. and CPO, Mar. 1994. 1 p.
217. **PRADA, E., SINGH, S., and WULF, D.** Adolescentes de hoy, padres del maana, Colombia. [Adolescents of today, parents of tomorrow, Colombia.][SPA] *PROFAMILIA* 5(14): 33-43. 1989.
218. **RAMOS, S. and VILADRICH, A.** Abortos hospitalizados—Entrada y salida de emergencia. [Hospitalized abortions—Emergency admission and discharge.][SPA] In: World Health Organization. Special Research Program on Human Reproduction. and Alan Guttmacher Institute. Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe: Atención hospitalaria y costos del aborto. [Research symposium on induced abortion in Latin America and the Caribbean: Hospital care and costs of abortion.][SPA] Santafé de Bogotá, D.C. Colombia, Universidad Externado de Colombia, Nov. 15-18, 1994. p. 1-24.
- \*219. **RANCE, S.** [Post-abortion services in Bolivia](#). *Women's Global Network for Reproductive Rights Newsletter* 45: 19-20. Jan.-Mar. 1994.
220. **RA EVI, M.** Problem of abortion in Yugoslavia. Presented at the 22nd General Population Conference, Montreal, Canada, Aug. 24-Sep. 1, 1993. 17 p.
221. **REMENNICK, L.I.** Epidemiology and determinants of induced abortion in the U.S.S.R. *Social Science and Medicine* 33(7): 841-848. 1991.
222. **REMEZ, L.C.** Confronting the reality of abortion in Latin America. *International Family Planning Perspectives* 21(1): 32-36. Mar. 1995.
223. **RICH, V.** Poland: Abortion. *Lancet* 341(8852): 1083-1084. Apr. 24, 1993.
224. **RINGHEIM, K.** Determinants of induced abortion: The role of perceived and experienced contraceptive side effects and lack of counseling. [1996]. 40 p. (Unpublished)
225. **ROBEY, B., ROSS, J., and BHUSHAN, I.** Meeting unmet need: New strategies. *Population Reports, Series J, No. 43.* Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Oct. 1996. 36 p.
226. **ROBEY, B., RUTSTEIN, S.O., MORRIS, L., and BLACKBURN, R.** The reproductive revolution: New survey findings. *Population Reports, Series M, No. 11.* Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Dec. 1992. 44 p.
227. **ROGO, K.O.** Induced abortion in sub-Saharan Africa. *East African Medical Journal* 70(6): 386-395. Jun. 1993.
228. **ROSENFELD, A.** Contraception after pregnancy termination. In: Landy, U. and Ratman, S.S., eds. *Prevention and treatment of contraceptive failure: In honor of Christopher Tietze.* New York, Plenum Press,

1986. p. 197-200.
229. **ROSENFELD, A.** Maternal mortality in developing countries: An ongoing but neglected "epidemic." *JAMA* 262(3): 376-379. Jul. 21, 1989.
230. **ROSENFELD, A. and MAINE, D.** Maternal mortality—A neglected tragedy. Where is the M in MCH? *Lancet* 2(8446): 83-85. Jul. 13, 1985.
231. **ROSS, J.A. and FRANKENBERG, E.** Findings from two decades of family planning research. New York, Population Council, 1993. p. 63-74.
232. **ROYSTON, E.** Estimating the number of abortion deaths. In: Population Council (PC). *Methodological issues in abortion research*. New York, PC, 1989. (Critical Issues in Reproductive Health and Population) p. 23-28.
- \*233. **ROYSTON, E. and ARMSTRONG, S., eds.** [Preventing maternal deaths](#). Geneva, World Health Organization, 1989. 233 p.
234. **SABA, W.P.** (Population Communication Services) [Bolivia reproductive health campaign] Personal communication, Nov. 13, 1996.
235. **SAI, F.T. and MEASHAM, D.M.** Safe motherhood initiative: Getting our priorities straight. *Lancet* 339(8791): 478-480. Feb. 22, 1992.
236. **SENANAYAKE, P.** Postpartum family planning in the 1990s. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International 1991. (Postpartum Conference Article 1) 3 p.
237. **SHAPIRO, D. and TAMBASHA, O.** Women's employment, education, contraception and abortion in Kinshasa. University Park, Pennsylvania, Pennsylvania State University. Population Research Institute, Jan. 1994. (Working Paper No. 1994-05) 48 p.
238. **SHERRIS, J., ed.** Manual vacuum aspiration for treatment of incomplete abortion. *Outlook* 12(1): 1-5. Apr. 1994.
- \*239. **SINGH, S. and SEDGH, G.** [The relationship of abortion to trends in contraception and fertility in Brazil, Colombia and Mexico](#). *International Family Planning Perspectives* 23(1): 4-14. Mar. 1997.
- \*240. **SINGH, S. and WULF, D.** [Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries](#). *International Family Planning Perspectives* 20(1): 4-13. Mar. 1994.
241. **SINGH, S. and WULF, D.** The likelihood of induced abortion among women's hospitalized for abortion complications in four Latin American countries. *International Family Planning Perspectives* 19(4): 134-141. Dec. 1993.
242. **SOLO, J.** (Population Council) [Postabortion care research] Personal communication, Sep. 16, 1996.
- \*243. **SOLO, J. and BILLINGS, D.L.** Creating linkages between incomplete abortion treatment and family planning in Kenya: Baseline findings of an operations research study. New York, Population Council, 1997.
244. **STARRITT, T.** Stop and listen. *British Journal of Theatre Nursing* 2(1): 11-14. Apr. 1992.
245. **STARRS, A.** Preventing the tragedy of maternal deaths. A report on the International Safe Motherhood Conference, Nairobi, Kenya, Feb. 1987. Washington, DC, World Bank, [1987]. 56 p.
- \*246. **STEELE VERME, C., HARPER, P.B., MISRA, G., and NEAMATALLA, G.S.** [Family planning counseling: An evolving process](#). *International Family Planning Perspectives* 19(2): 67-71. Jun. 1993.
- \*247. **STEELE VERME, C. and NEAMATALLA, G.S.** Postabortion contraception: Few family planning services available. *AVSC News* 31(4): 4. Dec. 1993.
248. **STEIN, K.** (Population Council) [Operations research projects on post abortion care, counseling, and family planning] Personal communication, May 13, 1996.
- \*249. **STUBBLEFIELD, P.G.** [Control of pain for women undergoing abortion](#). *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 3(Suppl.): 131-140. 1989.
250. **STUBBLEFIELD, P.G. and GRIMES, D.A.** Septic abortion. *New England Journal of Medicine* 331(5): 310-314. Aug. 4, 1994.
- \*251. **SUNDSTROM, K.** Abortion—A reproductive health issue: Background paper for a World Bank Best Practices paper on women's health. Stockholm. and Washington, D.C., Swedish International Development Authority. and World Bank, Jul. 1993. 101 p.
252. **SWEET, R.L. and GIBBS, R.S.** Postabortion infection and septic shock. In: *Infectious diseases of the female genital tract*. 2nd ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1990. p. 229-240.
253. **THADDEUS, S. and MAINE, D.** Too far to walk: Maternal mortality in context (Findings from a multidisciplinary literature review). [New York], Columbia University. Center for Population and Family Health, May 1990. 177 p.
254. **THAPA, S., THAPA, P.J., and SHRESTHA, N.** Abortion in Nepal: Emerging insights. *Advances in Population* 2: 253-270. 1994.
- \*255. **THAPA, P.J., THAPA, S., and SHRESTHA, N.** [A hospital-based study of abortion in Nepal](#). *Studies in Family Planning* 23(5): 311-318. Sep.-Oct. 1992.
256. **TIETZE, C. and HENSHAW, S.K.** *Induced abortion: A world review* 1986. (6th ed.) New York, Alan

- Guttmacher Institute, 1986. 151 p.
257. **TIETZE, C. and LEWIT, S.** Joint Program for the Study of Abortion (JPSA): Early medical complications of legal abortion. *Studies in Family Planning* 3(6): 97-119. 1972.
- \*258. **TINKER, A., KOBLINSKY, M.A., DALY, P., ROONEY, C., LEIGHTON, C., GRIFFITHS, M., HUQUE, A.A.Z., and KWAST, B.** [Making motherhood safe](#). Washington, D.C., World Bank, 1993. (World Bank Discussion Papers No. 202) 158 p.
- \*259. **TOUBIA, N.** [Decision trees to guide post-abortion family planning counseling—Alternative approaches determined by women's abortion history](#). *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 45(Suppl): S25-S33. 1994.
260. **TOUBIA, N.** Female circumcision as a public health issue. *New England Journal of Medicine* 331(11): 712-716. Sep. 15, 1994.
261. **TURKEY. MINISTRY OF HEALTH (MOH). and HACETTEPE UNIVERSITY (HU). INSTITUTE OF POPULATION STUDIES. and DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEYS (DHS). MACRO INTERNATIONAL.** Turkey, Demographic and Health Survey, 1993. Ankara, Turkey. and Calverton, Maryland, MOH. and HU. and DHS, Oct. 1994. 265 p.
262. **TURKEY. MINISTRY OF HEALTH. and POPULATION COUNCIL (PC). and AVSC INTERNATIONAL/TURKEY.** Turkey situation analysis study of selected reproductive health care services: Condensed English report. New York, PC, Jun. 1995. 39 p.
263. **UNITED NATIONS.** Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4-15 Sep. 1995. Sep. 15, 1995. (Unpublished) 199 p.
264. **UNITED NATIONS (UN).** Report of the International Conference on Population and Development. (Cairo, 5-13 Sep. 1994). (Preliminary version) [New York], UN, 1994. 155 p. (Mimeo)
- \*265. **UNITED STATES. AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (AID). OFFICE OF POPULATION.** [The role of family planning in preventing abortion](#). Washington, D.C., AID, 1996. p. 7.
266. **UNUIGBE, J.A., ORONSAYE, A.U., and ORHUE, A.A.E.** Abortion-related morbidity and mortality in Benin City, Nigeria: 1973-1985. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 26(3): 435-439. Jun. 1988.
267. **VALENTE, T.W., SABA, W.P., PAYNE MERRITT, A., FRYER, M.L., FORBES, T., PREZ, A., and BELTR N, L.R.** Reproductive health is in your hands: Impact of the Bolivia National Reproductive Health Program campaign. [SPA, ENG] Baltimore, Johns Hopkins Center for Communication Programs, Feb. 1966. (IEC Field Report No. 4) 95 p.
- \*268. **VERKUYL, D.A.A. and CROWTHER, C.A.** [Suction v. conventional curettage in incomplete abortion--A randomised controlled trial](#). *South African Medical Journal* 83(1): 13-15. Jan. 1993.
269. **VITERI, F.E.** The consequences of iron deficiency and anaemia in pregnancy on maternal health, the foetus and the infant. *SCN News* 11: 14-18. 1994.
270. **WEISNER, M.** Fecundidad y aborto provocado en mujeres chilenas. [Fertility and induced abortion among Chilean women.][SPA] *Enfoques en Atencion Primaria* 3: 23-32. 1988.
271. **WESTOFF, C.F.** Reproductive preferences: A comparative view. Columbia, Maryland, Institute for Resource Development/Macro Systems, Feb. 1991. (Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 3) 33 p.
272. **WESTOFF, C.F. and BANKOLE, A.** Unmet need: 1990-1994. Calverton, Maryland, Macro International, Jun. 1995. (Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 16) 55 p.
273. **WESTOFF, C.F. and OCHOA, L.H.** Unmet need and the demand for family planning in Kenya. Columbia, Maryland, Macro International, Aug. 1993. (DHS Working Papers No. 4) 32 p.
274. **WINIKOFF, B., CARIGNAN, C., BERNARDIK, E., and SEMERARO, P.** Medical services to save mothers' lives: Feasible approaches to reducing maternal mortality. New York, Population Council, Mar. 1991. (Working Papers No. 4) 58 p.
275. **WINIKOFF, B., CARIGNAN, C., BERNARDIK, E., and SEMERARO, P.** Medical services to save mothers' lives: Feasible approaches to reducing maternal mortality. Dec. 1, 1986. 49 p. (Unpublished)
276. **WINKLER, J. and GRINGLE, R., eds.** Postabortion family planning: A curriculum guide for improving counseling and services. Carrboro, North Carolina, Ipas, 1996.
- \*277. **WINKLER, J., OLIVERAS, E., and MCINTOSH, N., eds.** [Postabortion care: A reference manual for improving quality of care](#). Baltimore, Postabortion Care Consortium, 1995.
278. **WOLF, M. and BENSON, J.** Global perspectives on post-abortion family planning. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 45(Suppl): S28-S30. 1994.
- \*279. **WOLF, M. and BENSON, J.** [Meeting women's needs for post-abortion family planning: Report of a Bellagio Technical Working Group](#). Bellagio, Italy, Feb. 1-5, 1993. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 45(Suppl): S3-S23. 1994.
280. **WORLD BANK (WB).** Improving women's health in India. Washington, D.C., WB, 1996.
281. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** Care of mother and baby at the health centre: A

practical guide. Geneva, WHO, 1994. 54 p.

\*282. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** [Complications of abortion: Technical and managerial guidelines for prevention and treatment.](#) Geneva, WHO, 1995. 147 p.

283. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** Essential elements of obstetric care at first referral level. Geneva, WHO, 1991. 79 p.

284. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** The health of youth, facts for action: Youth and sexually transmitted diseases. Geneva, WHO, 1989. 6 p.

\*285. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** [Maternal mortality ratios and rates: A tabulation of available information.](#) (3rd ed) Geneva, WHO, 1991. 100 p.

286. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** Mother-baby package: Implementing safe motherhood in countries. Geneva, WHO, 1994. 115 p.

\*287. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** Postabortion family planning: Guidelines for programme managers. Geneva, WHO. [Forthcoming, 1997]

288. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** The prevention and management of puerperal infections. Report of a technical working group, Geneva, 20-22 May 1992. Geneva, WHO, 1993. 33 p.

\*289. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** [The prevention and management of unsafe abortion.](#) Report of a Technical Working Group: Geneva, 12-15 Apr. 1992. Geneva, WHO, 1993. 23 p.

290. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** **GLOBAL PROGRAMME ON AIDS.** Global blood safety initiative: Minimum targets for blood transfusion services. Geneva, WHO. and League of Red Cross and Red Crescent Societies, 1989. 4 p.

291. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** and **INTERNATIONAL WOMEN'S HEALTH COALITION.** Creating common ground: Report of a meeting between women's health advocates and scientists. Geneva, WHO, 1991. 45 p.

\*292. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** **MATERNAL HEALTH AND SAFE MOTHERHOOD PROGRAMME.** [Abortion: A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion.](#) 2nd ed. Geneva, WHO, 1994. 117 p.

\*293. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** **MATERNAL HEALTH AND SAFE MOTHERHOOD PROGRAMME.** [Clinical management of abortion complications: A practical guide.](#) Geneva, WHO, 1994. 77 p.

\*294. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** **MATERNAL HEALTH AND SAFE MOTHERHOOD PROGRAMME.** The prevention and management of unsafe abortion. Geneva, WHO, 1993. 23 p.

\*295. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** and **UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND.** [Revised 1990 estimates of maternal mortality: A new approach by WHO and UNICEF.](#) [Geneva], WHO, Apr. 1996. 20 p.

\*296. **YORDY, L., LEONARD, A.H., WINKLER, J.** Manual vacuum aspiration guide for clinicians. [ENG, SPA, POR] Carrboro, North Carolina, Ipas, 1993. 88 p.

297. **YOSEPH, S. and KIFLE, G.** A six-year review of maternal mortality in a teaching hospital in Addis Ababa. Ethiopian Medical Journal 26(3): 115-120. Jul. 1988.

298. **ZABIN, L.S., KANTNER, J.F., and ZELNIK, M.** The risk of adolescent pregnancy in the first months of intercourse. Family Planning Perspectives 11(4): 215-222. Jul.-Aug. 1979.

299. **ZAMUDIO, L. and RUBIANO, N.** Primer encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe: Conclusiones y recomendaciones. [First research symposium on induced abortion in Latin America and the Caribbean: Conclusions and recommendations.][SPA] Santafé de Bogotá, Colombia, Universidad Externado de Colombia. Centro de Investigaciones sobre Dinmica Social, Mar. 1995. 21 p.

#### ADDENDA

300. **BAIRD, T.L., GRINGLE, R.E., and GREENSLADE, F.C.** MVA in the treatment of incomplete abortion: Clinical and programmatic experience. Carrboro, North Carolina, Ipas, 1995.

301. **BALOGH, A. and LAMPE, L.** Hungary. In: Rolston, B. and Eggert, A., eds. Abortion in the new Europe: A comparative handbook. Westport, Connecticut, Greenwood Press, 1994. p. 139-156.

302. **SINGH, S., CABIGON, J.V. HOSSAIN, A., KAMAL, H., and PEREZ, A.E.** Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh. International Family Planning Perspectives 23(3): 100-107, 144. Sept. 1997.

303. **SINGH, S. and HENSHAW, S.** The incidence of abortion: A worldwide overview. New York, Alan Guttmacher Institute, 1996. (Mimeo)

304. **SULLIVAN, J.M., KARSYBEKOVA, N.M., and WEINSTEIN, K.I.** Induced abortion. In: Kazakstan. National Institute of Nutrition (NIN). and Macro International (MI). Kazakstan Demographic and Health



Survey, 1995. Calverton, Maryland, NIN and MI, 1996. p. 67-76.  
305. **UNITED NATIONS (UN)**. World contraceptive use. New York, UN Data Diskettes, 1992.  
306. **WINKLER, J. and VERBIEST, S.** Providing postabortion care services, module 5 in PRIME: Reproductive health training for primary providers: A sourcebook for curriculum development. Chapel Hill, NC, INTRAH, 1997.

ISSN 0887-0241