

Perda gestacional e misoprostol – tempo de mudança

Dra. Beverly Winikoff, MD, MPH

XXXXXXXXXXXXXXXXXX the New England Journal of Medicine ; 25 xxxx 2005; 353(8):834-836; www.nejm.org

© 2005 Massachusetts Medical Society

Editora convidada:

Beverly Winikoff
Présidente, Gynuity Health Projects

Editora:

Diane Bushley

Desenho gráfico:

Leslie Byrd

Presidente atual do PAC Consortium:

IntraHealth International, Inc.,
www.intrahealth.org

Co-presidentes da força-tarefa para comunicações:

David Nelson, IntraHealth International
Laura Raney, Population Council

A perda gestacional no primeiro trimestre é um dos motivos mais comuns para as mulheres buscarem atendimento médico de urgência. De fato, uma revisão¹ mostrou que a curetagem, para essa indicação, foi responsável por até três quartos de todas as intervenções ginecológicas noturnas de emergência. O termo “perda gestacional”, no entanto, não é clínico, mas sim descreve um conjunto de condições nas quais um óvulo fertilizado implantado interrompe seu desenvolvimento ao ponto de viabilidade. Incluídos na categoria de perda gestacional precoce estão o abortamento espontâneo (tanto o completo, no qual todos os produtos da concepção são expelidos, quanto o incompleto, no qual alguns produtos permanecem), a gestação anembrionada (na qual não se desenvolveu um embrião) e o abortamento retido (morte fetal ou embrionária oculta; no qual uma gravidez terminou, mas não há sintomas claros desse evento).

Possivelmente, a causa mais comum da perda gestacional precoce é a gravidez indesejada e o subsequente aborto induzido. Quando não há disponibilidade de atendimento médico de qualidade para o término opcional da gestação, as mulheres submetidas a tratamento após procedimentos inadequados ou incompletos são muitas vezes indevidamente classificadas como apresentando complicações de perda gestacional espontânea. Mulheres que tenham sido submetidas a procedimentos clandestinos ou ilegais podem não querer revelar essa informação. Como conseqüência, as causas da perda gestacional (e a confiabilidade dos diagnósticos) variam nos locais onde os procedimentos de

aborto estão disponíveis e naqueles onde são proibidos. Por exemplo, nos hospitais municipais e afiliados do Brooklyn², após a aprovação da lei de liberalização do aborto no estado de Nova York em 1970, houve uma diminuição de 20% no número de abortos espontâneos registrados. É provável que os índices de classificação equivocada sejam ainda mais altos em lugares onde o aborto é estigmatizado ou ilegal. Na Romênia, após a legalização do aborto em 1990,³ houve uma diminuição de mais de 40% no número de abortos espontâneos registrados.

O tratamento mais comumente oferecido às mulheres nesta condição é o esvaziamento cirúrgico do útero, com o uso de curetagem ou aspiração manual ou elétrica a vácuo, dependendo dos procedimentos locais. Algumas vezes, a conduta expectante (esperar o processo de perda gestacional terminar espontaneamente) também é oferecida às mulheres com quadros clínicos não complicados. Mas a espera é um caminho mais lento para a resolução do problema, e algumas mulheres ainda necessitam cirurgia. Entretanto, para evitar um procedimento invasivo, muitas mulheres se dispõem a aceitar tais inconvenientes.

Na última década, o misoprostol análogo à prostaglandina E1—um fármaco disponível, segura e relativamente econômica aprovada originalmente pela Food and Drug Administration para a prevenção de úlceras gástricas durante o uso a longo prazo de anti-inflamatórios não esteróides—foi sugerido como abordagem alternativa para controlar a perda gestacional precoce.⁴ De fato, o misoprostol foi



Pac in Action é uma publicação do Postabortion Care Consortium, elaborada pela IntraHealth International, Inc. Para comentários, perguntas ou sugestões sobre este boletim informativo, por favor entre em contato com:
IntraHealth International
6340 Quadrangle Drive, Suite 200
Chapel Hill, NC 27517
T: 919-313-9100
E: info@pac-consortium.org

Conselho de revisão editorial:

Jessica A. Cohen, PATH
Maureen Corbett, IntraHealth International
Gwyn Hainsworth, Pathfinder International
Ron Magarick, JHPIEGO
Joseph Ruminjo, EngenderHealth
Kirsten Sherk, Ipas
Elizabeth Westley, Family Care International

Por favor, visite nosso site na internet:
www.pac-consortium.org

proposto (e, em alguns lugares, amplamente utilizado) para muitas outras indicações obstétricas ou ginecológicas: indução do trabalho de parto, preparação do colo do útero para procedimentos cirúrgicos, prevenção ou tratamento da hemorragia pós-parto e término da gestação. Apesar dos usos do misoprostol para

essas indicações terem se tornado cada vez mais comuns mundialmente, eles se tornaram “de uso não mencionado na bula”, e a indústria farmacêutica sempre desconsiderou as questões de desenvolvimento de fármacos e registro de produto para esses usos em potencial. Como resultado disso, muitos estudos foram limitados

pela pequena quantidade de indivíduos, bem como pelo uso de regimes idiossincráticos e definições não-padronizadas ou vagas de casos e resultados.

Neste número do Journal, Zhang et al. relatam os resultados obtidos entre 652 mulheres com perda gestacional precoce que foram randomicamente designadas (em uma proporção de 3:1) para receber misoprostol (uma ou duas doses de 800 µg por via vaginal) ou submeter-se à aspiração a vácuo⁵; mulheres designadas para o misoprostol foram submetidas à aspiração a vácuo caso o tratamento clínico tenha sido mal-sucedido. Os resultados demonstram de maneira convincente a eficácia, segurança e aceitabilidade do misoprostol para tratar da perda gestacional (principalmente abortamento retido e gestação anembrionada) e mostram que este tratamento pode ser uma opção preferível à cirurgia para algumas mulheres. De fato, nesta série, para quase 80% das mulheres que receberam tratamento clínico, não houve necessidade de intervenção cirúrgica. No geral, os grupos tratados clínica e cirurgicamente tiveram índices semelhantes e altamente favoráveis em seus tratamentos.

Os resultados deste relatório,⁶⁻¹² junto com os resultados de relatórios anteriores, fornecem aos médicos as informações necessárias para usar esta medicação de forma responsável para o controle da perda gestacional precoce. Entretanto, restam ainda algumas questões.

Estudos já realizados demonstram que o uso do misoprostol é mais eficaz que a conduta expectante (não-intervenção) para a perda gestacional precoce, a outra principal alternativa ao tratamento cirúrgico imediato.^{6,8} O abortamento retido parece ser resolvido com uma dificuldade um pouco maior e de forma menos satisfatória com o uso da terapia à base de misoprostol do que o abortamento incompleto.^{5,13} Essa descoberta sugere que, enquanto a cirurgia é uma proposta “para todos os casos” para o tratamento da perda gestacional precoce, o tratamento clínico pode não ser. Além disso, ainda não está bem esta-

Uma observação da editora convidada

Em todo o mundo, 585.000 mulheres morrem a cada ano por complicações que ocorrem durante a gravidez e o parto. Os esforços para diminuir este número devem incluir uma maior atenção com os quadros de hemorragia, infecção, abortamento realizado em condições de risco, eclampsia e trabalho de parto obstruído, todos eles causas importantes de mortalidade materna. O misoprostol, um análogo à prostaglandina que é registrado em mais de 60 países para o tratamento e prevenção de úlceras gástricas causadas pelo uso prolongado de medicação antiinflamatória, está se tornando um fármaco amplamente utilizado “fora das indicações mencionadas na bula”, para o controle de condições relacionadas à saúde reprodutiva, tais como prevenção ou tratamento da hemorragia pós-parto, abortamento induzido, tratamento do abortamento incompleto, abortamento retido e morte fetal no útero e, ainda, preparação do colo do útero para procedimentos ginecológicos cirúrgicos. A expansão do potencial do misoprostol para estas indicações relacionadas à saúde reprodutiva poderá melhorar de forma significativa a saúde materna em todo o mundo, uma vez que o comprimido é fácil de ser armazenado, econômico, estável dentro de uma ampla variação de temperatura, e facilmente administrado. Estas características tornam o misoprostol uma tecnologia ideal para ambientes com recursos limitados.

Avanços nos cuidados com a saúde nem sempre pressupõem a invenção de novas tecnologias ou novos fármacos. Às vezes, é possível fazer melhorias substanciais na assistência à saúde simplesmente através da adaptação de tecnologia já existente ou da mudança na forma de utilização de medicamentos. Buscar novas maneiras de usar o que já está disponível pode ser mais econômico e rápido do que procurar inventar novas tecnologias a partir do zero. Na realidade, isto é o que está acontecendo no momento com o misoprostol, um fármaco que tem causado grande agitação dentro da comunidade que trabalha com a saúde materna devido à sua eficácia no manejo de muitas condições graves de saúde - e porque ele já é bastante disponível internacionalmente.

Para que um medicamento seja utilizado amplamente em programas oficiais de saúde, no entanto, ele precisa ter seu uso em novas circunstâncias registrado oficialmente. A falta de tal registro é um dos desafios atuais à expansão de programas que ofereçam o misoprostol. Ao mesmo tempo em que trabalhamos na direção e antecipamos o desenvolvimento de novos produtos desenvolvidos especificamente para indicações na área da saúde materna, a disseminação de informação pode capacitar um número maior de profissionais e sistemas de saúde a utilizar “de forma não mencionada na bula” os medicamentos atuais já disponíveis no mercado. Se sistemas de saúde nacionais, organizações profissionais internacionais e nacionais e especialistas em saúde juntarem-se com o intuito de endossar esquemas específicos de utilização do fármaco, é possível que seu potencial seja realizado de forma mais ampla dentro de um tempo menor.

Este número do PAC in Action contém diversas referências que podem ser úteis na consideração do uso do misoprostol em serviços de atenção pós-abortamento. Esperamos que, ao tornar disponível mais informação sobre este assunto para um número maior de profissionais, sistemas de saúde e defensores da saúde das mulheres, esta edição de nosso boletim possa ajudar na concretização do potencial de uma nova abordagem para salvar a vida das mulheres.

Beverly Winikoff, Presidente, Gynuity Health Projects
www.gynuity.org

belecido qual é a menor dose eficaz de misoprostol para cada condição para a qual é usada, e essa dose pode ser diferente para diferentes categorias de perda gestacional.^{5,7} Também não sabemos se doses repetidas de misoprostol resultam sempre em maior eficácia do que uma dose única seguida de tempo suficiente para que surta efeito.⁹

Além do mais, ainda que quase todas as variações possíveis já tenham sido utilizadas, permanecem também dúvidas sobre a via de administração. (Já foram relatados usos oral, vaginal, retal, bucal e sublingual). Alguns estudos sugerem que a aplicação vaginal do misoprostol aumenta os índices de êxito e reduz os efeitos colaterais comparada à oral e a outras vias, enquanto os resultados de outros estudos indicam que as várias vias são igualmente eficazes e têm taxas similares de efeitos colaterais.^{10,12} Muitos estudos sobre a administração vaginal utilizaram comprimidos de misoprostol desenvolvidos e registrados para uso oral. Mas os procedimentos normais de registro de medicamentos tornarão impossível para uma empresa farmacêutica o registro de um comprimido via oral para uso vaginal sem custos adicionais consideráveis com estudos e, possivelmente, reformulação do comprimido. Até agora, nenhuma empresa fez tal investimento, em parte porque seria quase impossível um produto competir de forma bem-sucedida com os econômicos comprimidos de misoprostol disponíveis atualmente.

Apesar do estudo de Zhang et al. ter sido conduzido nos Estados Unidos, o desenvolvimento dos tratamentos não-cirúrgicos para a perda gestacional precoce pode ter maior importância fora de nosso país. Em ambientes com recursos limitados, tratamentos cirúrgicos de alta qualidade não estão facilmente disponíveis para todos. Estima-se que as consequências do aborto arriscado sejam responsáveis por 13% do total de óbitos maternos no mundo, quase todas ocorrendo em países em desenvolvimento.¹⁴ A terapia com misoprostol como uma alternativa à cirurgia parece ter grande aceitação entre as mulheres em todos os lugares onde foi testada.^{5,10} E evidências recentes mostram claramente que o uso do misoprostol em lugar da aspiração em pacientes ambulatoriais reduz os custos do tratamento.¹⁵ É provável que as mulheres que receberam misoprostol possam ser tratadas e liberadas mais rapidamente do que aquelas submetidas a cirurgia.⁵ Além do mais, o tratamento com comprimidos não requer a disponibilidade imediata de equipamentos esterilizados, salas de operação e profissionais de cirurgia.

Apesar de seu potencial, o uso do misoprostol para a perda gestacional precoce em países com escassez de recursos pode enfrentar obstáculos significativos. Em locais onde as normas para a prestação de assistência médica são estabelecidas pelo governo, o uso de medicamentos de uso não mencionado em bula é frequentemente proibido. Em outros casos, os

médicos podem ter a preocupação de que o uso de tais medicamentos resulte em punições ou ausência de reembolso. Os governos também podem hesitar em adotar oficialmente um tratamento que não foi registrado ou aprovado por um órgão regulador próprio ou por algum outro reconhecido internacionalmente.

Futuramente, tanto o setor público quanto o privado podem trabalhar visando o aumento da disponibilidade de produtos específicos a base de misoprostol para problemas de saúde da mulher. Por enquanto, os médicos têm a oportunidade de melhorar os cuidados com a mulher substituindo a curetagem e os procedimentos de aspiração por um tratamento não-cirúrgico, mas eles devem estar dispostos a fazer essa transição em um contexto de uso do medicamento “fora das indicações da bula”. Pelas razões apontadas, o relatório de Zhang et al., as revisões anteriores da literatura sobre o assunto e o amplo apoio da comunidade, fornecem a base para a transição.

A **Dra. Winikoff** é presidente da Gynuity Health Projects, uma organização que conduz pesquisas e outras iniciativas relacionadas a técnicas de saúde reprodutiva que não contam com apoio da indústria farmacêutica.

De Gynuity Health Projects, Nova Iorque.

1. Mckee M, Priest P, Ginzler M, Black N. Can out-of-hours operating in gynaecology be reduced? Archives of Emergency Medicine 1992;9:290-298.

2. Lanham JT, Kohl SG, Bedell JH. Changes in pregnancy outcome after liberalization of the New York State abortion law. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1974;118:485-492.

3. Johnston WR. Historical Abortion statistics, Romania. Johnston's archive. Avril 2005. (Accès le 4 août 2005, at <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-romania.html>.)

4. Goldberg AB, Greenberg MB, Darney PD. Misoprostol and pregnancy. New England Journal of Medicine 2001;344:38-47.

5. Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, Creinin MD, Westhoff C, Frederick MM. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. New England Journal of Medicine 2005;353:761-769.

6. Chung TKH, Cheung LP, Leung TY, Haines CJ, Chang AMZ. Misoprostol in the management of spontaneous abortion. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1995;102:832-835.

7. Bagratee JS, Khullar V, Regan L, Moodley J, Kagoro H. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. Human Reproduction 2004;19:266-271.

8. Ngai SW, Chan YM, Tang OS, Ho PC. Vaginal misoprostol as medical treatment for first trimester spontaneous miscarriage. Human Reproduction 2001;16:1493-1496.

9. Blanchard K, Taneepanichskul S, Kiriwat O, et al. Two regimens of misoprostol for treatment of incomplete abortion. Obstetrics and Gynecology 2004;102:860-865.

10. Ngoc NTN, Blum J, Westheimer E, Quan TTV, Winikoff B. Medical treatment of missed abortion using misoprostol. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 2004;87:138-142.

11. Pang MW, Lee TS, Chung TKH. Incomplete miscarriage: a randomized controlled trial comparing oral with vaginal misoprostol for medical evacuation. Human Reproduction 2001;16:2283-2287.

12. Tang OS, Lau WNT, Ng EHY, Lee SWH, Ho PC. A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal and sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. Human Reproduction 2003;18:176-181.

13. Demetroulis C, Saridogan E, Kunde D, Naftalin AA. A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. Human Reproduction 2001;16:365-369.

14. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. 4e éd. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2004.

15. Graziosi GCM, van der Steeg JW, Reuwer PHW, Drogtop AP, Bruinse HW, Mol BWJ. Economic evaluation of misoprostol in the treatment of early pregnancy failure compared to curettage after an expectant management. Human Reproduction 2005;20:1067-1071.

O Misoprostol na Atenção Pós-Abortamento

Sheila Raghavan e Beverly Winikoff, GynuityHealth Projects

Introdução

O misoprostol é um fármaco que tem grande potencial na melhoria da saúde das mulheres, em parte devido à possibilidade de ser utilizado como um método para o esvaziamento intra-uterino na atenção pós-abortamento (APA). Em todo o mundo, há uma grande necessidade de serviços de APA seguros, eficazes e completos. Aproximadamente 15% das gestações comprovadas clinicamente interrompem-se espontaneamente ao longo do primeiro ou segundo trimestre.¹ Além disso, estima-se que 20 milhões de abortamentos são induzidos em condições de risco a cada ano.

Mulheres em diferentes circunstâncias clínicas necessitam de serviços de APA. Algumas podem experimentar um abortamento incompleto após um abortamento espontâneo ou induzido. Clinicamente, este é um diagnóstico baseado em sinais como sangramento, possível passagem de tecido e, freqüentemente, um orifício cervical aberto (dilatação do colo do útero). O abortamento incompleto é particularmente comum em países onde não existem serviços de abortamento seguros. Outras mulheres podem experimentar um abortamento retido que, caracteristicamente, não apresenta nenhum sinal aparente, mas pode ser diagnosticado através da falta de atividade cardíaca fetal ou da existência de um saco gestacional irregular e vazio. O diagnóstico de abortamento retido torna-se limitado quando não há acesso à ultra-sonografia, geralmente não disponível em estabelecimentos de saúde com poucos recursos financeiros.

As mulheres que se apresentam com abortamento incompleto são comumente tratadas com métodos cirúrgicos como dilatação e curetagem (D&C), aspiração elétrica a vácuo (AEV) e aspiração manual a vácuo (AMV). O misoprostol representa uma alternativa ao tratamento cirúrgico. É simples, não invasivo e as mulheres podem preferi-lo às outras opções de tratamento.Ç Pode, também, ser a única opção de tratamento em pontos de provisão de serviços que não tenham profissionais especializados nem acesso a equipamentos cirúrgicos. Esta vantagem do misoprostol é particularmente importante porque representa a possibilidade de expandir o acesso ao tratamento para aquelas que dele mais necessitam - mulheres que sofrem por complicações de abortamentos induzidos clandestinamente. As mulheres que experimentam abortamentos espontâneos são, geralmente, tratadas por um profissional em serviços de assistência pré-natal ou em atendimentos de emergência, e aquelas que apresentam complicações resultantes de abortamentos realizados em um estabelecimento médico são, em geral, tratadas pelos profissionais do serviço onde foram originalmente atendidas. Em contraste, as mulheres que sofrem por complicações resultantes de abortamentos induzidos clandestinamente podem ser as mais vulneráveis aos impactos causados a longo prazo em sua saúde por tais complicações. Estas mulheres têm acesso limitado (e, às vezes, também possuem conhecimento limitado) aos serviços de saúde que podem resolver seus problemas, incluindo hemorragia, infecção e danos físicos ao seu aparelho reprodutivo. Morbidade a longo prazo pode resultar de infecção pélvica e perfuração uterina.¹

Contexto

O misoprostol é um análogo da prostaglandina E1 que foi aprovado para utilização na prevenção e tratamento de úlceras gástricas associadas ao uso de medicamentos antiinflamatórios não esteróides. As prostaglandinas são lipídios constituídos por ácidos graxos modificados. Existem cerca de 20 compostos naturais já encontrados nesta classe e eles agem de maneira similar aos hormônios. Um análogo é uma forma sintética de prostaglandina.Ç Além de seu uso no tratamento do abortamento incompleto, o misoprostol tem sido utilizado em um conjunto de indicações relacionadas à saúde reprodutiva que podem ser agrupadas em três amplas categorias: trabalho de parto, parto e pós-parto, esvaziamento do útero após a perda gestacional, e abortamento induzido.⁴

Este fármaco causa contrações dos músculos do útero, reduzindo, assim, o sangramento, e provocando a expulsão do conteúdo do útero. Sua capacidade de esvaziar o útero de forma segura e eficaz após a perda gestacional, junto com sua grande disponibilidade e baixo custo, torna o misoprostol uma opção conveniente para muitos países em desenvolvimento. Além disso, como não há necessidade de equipamentos cirúrgicos ou treinamento em procedimentos cirúrgicos, este medicamento pode ser administrado em vários níveis de assistência do sistema de saúde e por diferentes tipos de profissionais.

Resultados das pesquisas

Vários estudos avaliaram a segurança e eficácia do misoprostol para o tratamento do abortamento incompleto e determinaram sua aceitabilidade para as mulheres e também para os profissionais. Os altos níveis de segurança, eficácia e satisfação expressa pelas mulheres (em média, mais de 90% das mulheres relataram estarem “satisfeitas” ou “muito satisfeitas” com o método) geraram confiança suficiente para promover a integração do misoprostol em programas de APA. Pesquisas ainda em andamento podem ajudar a criar as condições necessárias para a expansão e integração deste método em serviços de APA em todo o mundo.

Os estudos iniciais com o misoprostol tinham como foco encontrar a dose e a via de administração mais apropriadas para esta indicação. Trabalhos posteriores compararam a utilização do misoprostol com as opções de tratamento cirúrgico. Pesquisas comparando 600 versus 1200 microgramas (mcg) de misoprostol oral na Tailândia e no Vietnã não revelaram nenhuma diferença de eficácia entre os dois esquemas medicamentosos.^{5,6} Além disso, um estudo em Uganda comparando misoprostol e AMV para o tratamento do abortamento incompleto revelou um alto índice de sucesso com ambos os métodos - 96,3% com o uso do misoprostol oral e 91,5% com a utilização da AMV. A aceitabilidade pelas mulheres dos dois métodos também foi alta (94,2% para o misoprostol e 94,7% para a AMV), e isto reflete, em parte, a aceitabilidade dos efeitos colaterais mais comuns do misoprostol, quais sejam, sangramento, dor, calafrios, febre, náusea, vômitos e diarreia.

O estudo realizado em Uganda indica que a esmagadora maioria das mulheres que recebeu 600 mcg de misoprostol oral evitou o esvaziamento intra-uterino cirúrgico. O perfil dos efeitos colaterais foi o esperado (22% das mulheres que receberam misoprostol e 10,9% das mulheres que foram submetidas à AMV relataram um ou mais efeitos colaterais), e a necessidade de ultra-sonografia para confirmar o esvaziamento completo do útero não foi freqüente. O estudo revelou que um treinamento abrangente aumenta a confiança do profissional e, conseqüentemente, a eficácia do método. Os autores também concluíram que a APA baseada na utilização do misoprostol requer habilidades técnicas mínimas, tornando-a uma escolha ideal para centros de saúde localizados em áreas rurais com recursos limitados.¹

Instruções para uso

Em junho de 2004, um grupo de profissionais com experiência epidemiológica, clínica e programática participou de uma reunião em Nova York que teve a duração de um dia e, baseando-se na experiência obtida com pesquisas, recomendou um protocolo padrão para o uso do misoprostol. “Instruções para Uso - Misoprostol para o Tratamento do Abortamento Incompleto e do Abortamento Espontâneo”⁷ fornece um guia para os clínicos e a equipe médica, na forma de um esboço de bula do produto, que inclui indicações e emprego, contra-indicações, efeitos e reações adversas, posologia e administração do misoprostol para abortamento incompleto, abortamento espontâneo e abortamento induzido. As instruções foram divulgadas eletronicamente em oito línguas (disponíveis nos sites http://www.gynuity.org/pub_b.html ou http://www.gynuity.org/documents/ifu_abortion_eng.pdf, para a versão em inglês) e, também, através de treinamentos clínicos, sites na internet e inclusão em artigos científicos.

O misoprostol é indicado para o tratamento do abortamento incompleto e do abortamento espontâneo em mulheres que, ao serem atendidas, apresentam um útero com tamanho igual ou menor do que o de uma gravidez de 12 semanas, contadas a partir da data da última menstruação (DUM). O índice de êxito varia de 66 a 100% (mais próximo do número maior em estudos recentes), utilizando a dose recomendada para o abortamento incompleto (dose única de 600 mcg de misoprostol oral). Para o abortamento retido, o índice de êxito varia de 60 a 93% se for utilizada a dose recomendada (800 mcg de misoprostol vaginal). A utilização do misoprostol para expelir produtos de concepção retidos não é 100% eficaz e, portanto, um pequeno número de mulheres ainda precisará ser submetido ao esvaziamento intra-uterino cirúrgico; contudo, o misoprostol tem um grande potencial como tratamento para a perda gestacional.⁸

Caminhando da pesquisa para a prática

Apesar dos resultados promissores das pesquisas com misoprostol, a integração do misoprostol em programas de APA apresenta alguns desafios. O primeiro deles é a necessidade de compartilhar informações, de tal forma que as mulheres saibam procurar este tratamento e os profissionais possam oferecê-lo. Os profissionais precisam

ser convencidos sobre a segurança e eficácia do método para que possam estar prontos para oferecê-lo. Além disso, como poucos profissionais foram treinados no uso do misoprostol para a APA, a expansão do treinamento é crucial para a introdução do método. Este treinamento deve preparar os profissionais para aconselhar e tratar adequadamente as mulheres que se apresentam com abortamento incompleto, uma vez que o misoprostol não é uma técnica apropriada para todos os casos em que há necessidade de esvaziamento intra-uterino. Por exemplo, uma hemorragia grave com sinais vitais instáveis impossibilita o uso do misoprostol; uma intervenção cirúrgica deve ser realizada imediatamente nesta e em outras situações de emergência. A equipe que administra o misoprostol também precisa ser capaz de identificar casos de infecção, providenciando ou encaminhando para intervenção cirúrgica quando oportuno.

A disponibilidade e o treinamento em ultra-sonografia é outra importante consideração a ser feita na utilização do misoprostol em serviços de APA. A ultra-sonografia pode ser utilizada para confirmar o esvaziamento completo do útero, mas confiança excessiva na tecnologia e interpretação errônea dos resultados por profissionais mal treinados podem ocasionar intervenções cirúrgicas desnecessárias. Não é preciso que todos os profissionais sejam treinados no uso da ultra-sonografia, mas centros de encaminhamento e profissionais técnicos e clínicos importantes precisarão compreender seu emprego e suas limitações.

Um terceiro desafio é lidar com a assistência de seguimento. Uma consulta de seguimento é recomendada, mas as mulheres “curadas” que se sentem bem geralmente não querem perder tempo retornando à clínica. A consulta de seguimento oferece uma nova oportunidade para a realização do aconselhamento sobre contracepção e de uma avaliação final do tratamento da mulher, assim como aumenta seu acesso a outros serviços de saúde reprodutiva. Desta forma, é preciso que as mulheres compreendam e que os profissionais enfatizem os benefícios da consulta de retorno.

Enquanto os três desafios mencionados acima são de natureza predominantemente clínica, também é crucial convencer os planejadores dos programas de saúde sobre o valor do misoprostol para os programas de APA. Programas de APA já existentes, fortalecidos pela parceria entre a comunidade e os profissionais que oferecem os serviços, representam uma plataforma importante para a introdução do misoprostol. Por exemplo, o trabalho com o misoprostol na África ocidental foi muito facilitado pela existência de grande quantidade de serviços de APA já operantes na região.

Em lugares onde não há programas de APA, reuniões com especialistas locais, funcionários do Ministério da Saúde e profissionais-chave da região propiciam um fórum importante para a promoção da utilização do misoprostol. Sob uma perspectiva programática, reuniões regionais e nacionais oferecem momentos oportunos para divulgar resultados de pesquisas e influenciar diretrizes e políticas nacionais relacionadas à APA. Estas interações podem conduzir a parcerias com profissionais de áreas periurbanas e rurais, onde o

acesso à APA é, geralmente, limitado. O envolvimento de a integração e propagação de novos métodos a longo prazo.

Pesquisas futuras

Para promover e otimizar a utilização do misoprostol na APA, é necessário realizar pesquisas adicionais. Análises da relação custo-benefício que comparem o misoprostol com procedimentos cirúrgicos podem aumentar o entusiasmo dos responsáveis por políticas de saúde a respeito da introdução do método medicamentoso. Além disso, novos - e potencialmente mais baratos - esquemas medicamentosos estão sendo estudados, utilizando as vias de administração sublingual (embaixo da língua) e bucal (na bochecha). Questões adicionais sobre duração e níveis aceitáveis de sangramento e risco de infecção entre certos grupos de mulheres também podem ser focalizadas através de novos estudos.

Registro do medicamento

Um dos maiores desafios para se alcançar o uso mais disseminado do misoprostol na APA - e, por conseguinte, obter-se também o desenvolvimento de modelos de provisão de serviços sustentáveis - é a situação que regulariza a disponibilidade deste fármaco. O misoprostol é disponível e registrado atualmente em mais de 80 países, mas em quase todos eles é vendido apenas para indicações gastrointestinais. Como o misoprostol não é registrado para uso na APA, sua integração aos serviços de APA é, geralmente, impedida por reticências do Ministério da Saúde e ausência de qualquer propaganda formal do produto direcionada para esta nova utilização. Sob circunstâncias mais favoráveis, os programas teriam acesso ao produto

registrado e vendido para indicações de APA, disponível através de canais comerciais subsidiados normais. Não é possível criar um programa para o uso do misoprostol na APA quando há ausência do produto para este fim; desta forma, assegurar a disponibilidade do produto é, necessariamente, um dos primeiros passos para a implementação do programa.

Nos lugares onde o produto não é registrado para a APA, grupos interessados podem se envolver na defesa e divulgação de informação. Maneiras inovadoras de adquirir suprimentos de medicamentos pelos hospitais também podem ajudar no desenvolvimento de programas-piloto. Pequenas companhias dispostas a arriscar podem levar adiante a tarefa de registrar o misoprostol para uso na APA, especialmente se assistidas por parcerias público-privadas.

Conclusões

Examinando a questão de um ponto de vista realista, pode-se afirmar que serviços seguros e eficazes são necessários para evitar complicações resultantes de abortamentos, e não apenas para tratá-las. A provisão de APA, portanto, não substitui o acesso adequado a serviços de abortamento seguro. Para as mulheres que necessitam de APA, o misoprostol não deve substituir o acesso a tratamento cirúrgico seguro, uma vez que este é, às vezes, necessário, seja devido à condição da mulher, seja como tratamento reserva. Desta forma, programas de APA abrangentes melhorarão a qualidade dos serviços oferecidos às mulheres, pois oferecerão uma variedade de opções de tratamento e o cuidado mais apropriado.

1. Weeks A, Alia G, Blum J, Winikoff B, Ekwaru P, Durocher J, Mirembe F. A randomized trial of misoprostol compared with manual vacuum aspiration for incomplete abortion. *Obstetrics & Gynecology* 2005;106(3):1-8.
2. Misoprostol: An emerging technology for women's health. Report of a seminar. Edited by Caitlin S. Shannon and Beverly Winikoff. 2004. Population Council.
3. Bagratee JS, Khullar V, Regan L, Moodley J, Kagora H. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. *Human Reproduction* 2004;19:266-271.
4. Blanchard K, Clark S, Winikoff B, Gaines G, Kabani G, Shannon C. Misoprostol for women's health: a review. *Obstetrics & Gynecology* 2002;99(2):316-322.
5. Blanchard K, Taneepanichskul S, Kiriwat O, Sirimai K, Svirirojana N, Mavimbela N, Winikoff B. Two regimens of misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Obstetrics and Gynecology* 2004;103:860-865.

6. Ngoc NTN, Blum J, Durocher J, Quan TTV, Winikoff B. A randomized controlled study comparing 600 versus 1200 mcg oral misoprostol for medical management of incomplete abortion. *Contraception* 2005;72:438-442.
7. Consensus Statement: Instructions for Use—Misoprostol for Treatment of Incomplete Abortion and Miscarriage. Expert Meeting on Misoprostol sponsored by Reproductive Health Technologies Project and Gynuity Health Projects. June 9, 2004. New York, NY.
8. Winikoff B. Pregnancy failure and misoprostol—Time for a change. *New England Journal of Medicine*;353(8):834-836.

Calendário

30 de maio - 2 de junho de 2006

33^a Annual Global Health Council (GHC) Conference, "Excellence, Innovation and Influence: Pathways to Results" (33^a Conferência Anual do Global Health Council (GHC), "Excelência, Inovação e Influência: Caminhos para Resultados"). Washington, D.C., Omni Shoreham Hotel.

30 de maio de 2006 (13-18 hrs)

Reunião do PAC Consortium na Conferência do Global Health Council, "Postabortion Family Planning: Rights, Realities and Recommendations" (Planejamento Familiar Pós-Abortamento: Direitos, Realidades e Recomendações). Washington D.C., Omni Shoreham Hotel.

Revitalização da Iniciativa de Atenção Pós-Abortamento na Região Francófona

Maureen Corbett, IntraHealth International, Holley Stewart, Population Reference Bureau and Amadou Hassane Sylla, CEFOREP

A revitalização da Iniciativa de APA na Região Francófona foi o tema de uma reunião entre a agência colaboradora USAID e parceiros doadores que aconteceu em Dacar, Senegal, nos dias 1º e 2 de março de 2006. A Iniciativa foi lançada em março de 2002 em uma conferência regional, também em Dacar, da qual participaram delegações de 12 países, assim como doadores e agências colaboradoras. Desde então, diversos países estabeleceram e/ou expandiram a disponibilidade, aceitabilidade, qualidade e uso de serviços de atenção pós-abortamento. No entanto, ainda há muito a ser feito no tocante ao manejo do abortamento incompleto e daquele realizado em condições de risco, causas importantes de morbidade e mortalidade maternas na região.

O secretariado da Iniciativa, a instituição regional africana Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Réproduction (CEFOREP) organizou a reunião de março de 2006, congregando representantes do Ministério da Saúde de Senegal, UNFPA, USAID, OMS e UNICEF, assim como representantes de agências e projetos colaboradores,



Equipes dos países desenvolveram planos de ação para APA na conferência de 2002. Nesta foto, participantes revisam o plano para Costa do Marfim.



Participantes na conferência sobre APA na Região Francófona, em Dacar, 2002

incluindo Africa's Health in 2010, IntraHealth, Population Council/Frontiers, Policy Dialogue Information Project (PDI), Extending Service Delivery Project (ESD), MSH/Senegal, AWARE RH e Ipas.

As discussões que ocorreram ao longo dos dois dias de reunião enfocaram quatro áreas prioritárias para a revitalização das atividades e programas de APA nos países: (1) assistência obstétrica de emergência; (2) PF pós-abortamento e reposicionamento do PF para evitar gestações não desejadas; (3) mobilização e envolvimento da comunidade; e (4) provedores de serviço de nível médio e da comunidade. O grupo fez uma revisão da situação dos planos de ação nos países; identificou práticas que contribuíram para o progresso e fatores que criaram obstáculos; e discutiu formas de superar estes obstáculos através da adaptação a práticas melhores.

A reunião também representou uma oportunidade para introduzir a Iniciativa para a Implementação de Práticas Melhores (IPM), conduzida por um consórcio de 23 organizações, incluindo OMS, USAID e UNFPA, que promove a documentação, disseminação e implementação de práticas melhores na área da saúde reprodutiva. Discussões e planejamentos concretos ocorreram com o objetivo de pesquisar formas através das quais o Consórcio de IPM poderia ajudar no acompanhamento da Iniciativa de APA na Região Francófona.

Um relatório sobre a reunião estará disponível em junho. Para obter uma cópia deste relatório ou informações adicionais a respeito da Iniciativa de APA na Região Francófona, por favor contate **Amadou Hassane Sylla**, CEFOREP, ahsylla@sentoo.sn

Planejamento Familiar Pós-Abortamento: Um Elemento Essencial para a Redução da Morbidade e Mortalidade Maternas

Diane Bushley

Este número do Pac in Action enfoca o potencial existente na utilização do misoprostol para o esvaziamento intra-uterino nos serviços de APA. O misoprostol é uma das opções usadas para alcançar um dos cinco Elementos Essenciais da APA - o tratamento do abortamento incompleto e do abortamento realizado em condições de risco. No entanto, independente do método utilizado para o esvaziamento intra-uterino nos serviços de APA, estes serviços devem incluir todos os Elementos Essenciais, inclusive o planejamento familiar pós-abortamento (PFPA). O planejamento familiar pós-abortamento desempenha um papel vital na redução da morbidade e mortalidade maternas resultantes de complicações do abortamento, e este é, essencialmente, o objetivo de toda a programação da APA. Este artigo ressalta a importância do PFPA e as melhores práticas de PFPA, e oferece uma descrição de como o PFPA é integrado ao protocolo do tratamento com o misoprostol nos serviços de APA

O impacto do planejamento familiar pós-abortamento

Os benefícios do PFPA são inúmeros - para a saúde da mulher, para as famílias e para os sistemas de saúde do país. O planejamento familiar pós-abortamento pode evitar gestações não planejadas que podem levar a abortamentos repetidos, reduzindo, com o tempo, a necessidade de serviços de APA. Um estudo realizado pelo Ipas no Zimbábue mostrou que a provisão de PFPA resultou em uma redução da incidência tanto da gravidez não planejada (15% no local da intervenção versus 34% no local controle) quanto do abortamento repetido (2,5% versus 5,3%, respectivamente), até 12 meses após o fornecimento dos serviços de APA (Johnson et al. 2002). A diferença na incidência de gravidezes não planejadas entre o local controle e o local da intervenção foi estatisticamente significativa, enquanto a diferença na incidência de abortamentos repetidos não foi. Este resultado é corroborado pela abundância de

evidências que mostram a relação inversa existente entre acesso a planejamento familiar e abortamento - os índices de abortamento são tipicamente mais baixos onde o acesso e o uso do planejamento familiar são maiores (Gillespie 2004).

Um estudo mais recente também demonstrou fortes razões relacionadas à saúde para o espaçamento da próxima gravidez após um abortamento. Este dado é particularmente importante para mulheres que querem engravidar de novo assim que possível, o que pode acontecer após a ocorrência de um abortamento espontâneo. Uma pesquisa realizada por Conde-Agudelo et al. (2005) demonstrou que o adiamento da concepção por pelo menos cinco meses através do uso de PFPA melhora os resultados maternos e neonatais na gravidez subsequente.

O PFPA, seja ele utilizado para evitar uma gravidez não desejada ou para espaçar uma gravidez subsequente planejada, assim como todos os planejamentos familiares (PF), pode, em última instância, reduzir a mortalidade materna. Dados provenientes de 15 países da África ocidental revelam que os índices de mortalidade materna são menores em países onde a prevalência de contracepção é alta (IPPF 2006). De acordo com o Alan Guttmacher Institute, a resposta à necessidade atual ainda não atendida de contracepção (201 milhões de mulheres em todo o mundo) iria prevenir 52 milhões de gestações a cada ano, evitando 142.000 mortes relacionadas à gravidez, incluindo aquelas causadas por abortamentos realizados em condições de risco.

Práticas melhores na provisão de serviços de planejamento familiar pós-abortamento

O planejamento familiar pós-abortamento é, sem dúvida alguma, fundamental para o sucesso de iniciativas relacionadas à APA e à Maternidade Segura, e para assegurar que as clientes dos serviços de APA tenham o conhecimento e os recursos de que

precisam para evitar gestações futuras não planejadas ou espaçar uma gravidez subsequente que seja desejada. Ao longo da última década, diversos projetos de pesquisa e a experiência com programas de APA produziram algumas importantes práticas melhores na provisão de PFPA. Estudos clínicos demonstram que a fertilidade da mulher pode voltar tão cedo quanto 11 dias após o abortamento; dessa forma, os serviços de PFPA devem ser oferecidos o mais próximo possível do momento em que os serviços de APA são realizados, seja no próprio local de fornecimento dos serviços de APA, seja através de encaminhamento a um estabelecimento acessível que trabalhe com PF.

Diversos estudos indicaram também que a aceitação da contracepção entre as clientes de APA é maior quando os serviços de PF são oferecidos no local de fornecimento dos serviços de APA. Uma pesquisa conduzida por Solo et al. (1999) comparou três modelos de provisão de PFPA e demonstrou que as mulheres que receberam serviços contraceptivos diretamente do profissional que as atendeu na enfermaria de ginecologia do serviço de APA (Modelo 1) mostraram-se mais receptivas à contracepção do que aquelas que receberam tais serviços através de um profissional de PF da enfermaria de ginecologia (Modelo 2) ou através de encaminhamento a uma clínica de PF (Modelo 3).

Apesar da existência destas práticas melhores já bem documentadas, ainda existem diversos obstáculos ao PFPA. Em vários países, normas socioculturais determinam que as mulheres precisam da aprovação de seus parceiros homens para usar o PF. Os profissionais locais às vezes apóiam esta prática, mesmo existindo regulamentações nacionais que, em geral, declaram explicitamente que a aprovação do parceiro não é necessária para que a mulher possa utilizar o PF.

Provisão de planejamento familiar pós-abortamento no protocolo de tratamento com misoprostol

O protocolo de tratamento utilizado na pesquisa da Gynuity sobre misoprostol e APA em Burkina Fasso, Gana, Tanzânia e Uganda determina que as clientes em atendimento nos serviços de APA visitem o estabelecimento duas vezes. Na primeira consulta, elas recebem aconselhamento sobre o tratamento e informação sobre o misoprostol, incluindo seus efeitos colaterais e eficácia. Após a administração do misoprostol realizada nesta primeira consulta, elas ficam sob observação durante alguns minutos e, de acordo com o discernimento do profissional

que as atende, são liberadas após a marcação de uma consulta de seguimento para sete dias depois. Se o esvaziamento intra-uterino não estiver completo na consulta de seguimento, as clientes podem escolher entre uma intervenção cirúrgica ou o retorno ao estabelecimento após mais sete dias para um novo exame, quando o esvaziamento, geralmente, terá se completado.

Apesar das clientes de APA que são tratadas com misoprostol passarem, normalmente, menos tempo no estabelecimento de saúde do que as clientes submetidas à aspiração manual a vácuo ou à dilatação e curetagem, também lhes é oferecido aconselhamento sobre

planejamento familiar e contracepção, ou é feito um encaminhamento para a realização destes serviços, conforme as práticas regulares do estabelecimento. O protocolo que inclui duas consultas também fornece uma oportunidade adicional para a realização do aconselhamento sobre PF e a provisão de contracepção. As clientes podem começar a usar a maioria dos métodos contraceptivos (anticoncepcionais orais, preservativo, espuma e gel contraceptivo, diafragma, injetáveis e implantes) imediatamente após a primeira consulta no estabelecimento, mas precisam esperar até que o esvaziamento intra-uterino esteja completo para realizar a inserção de DIU.

Références citées:

Conde-Agudelo A, Belizan JM, Berman R, Brockman SC, Rosas-Bermudez A. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005;89(S1):S34-40.

Gillespie D. Making abortion rare and safe. *The Lancet* 2004;363:74.

International Planned Parenthood Federation. Death and Denial: Unsafe Abortion and Poverty. January 2006. Electronic document, <http://content.ippf.org/output/ORG/files/13490.pdf>, accessed March 31, 2006.

Johnson BR, Ndhlovu S, Farr SL, Chipato T. Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception. *Studies in Family Planning* 2002;33(2):196-202.

Soto J, Billings DL, Obunga CA, Ominde A, Makumi M. Creating linkages between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya. *Studies in Family Planning* 1999;30(1):17-27.

Winikoff B, Sullivan M. Assessing the role of family planning in reducing maternal mortality. *Studies in Family Planning* 1997;18:128-143.

Atualizações programáticas

Informação programática geral

Planned Parenthood Federation of América-Internacional® e os Centros Médicos de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF), um dos maiores provedores particulares de serviços relacionados à saúde reprodutiva no Equador, iniciará um programa de APA em julho de 2006.

O CEMOPLAF administra atualmente 29 estabelecimentos de saúde em todo o Equador, oferecendo serviços contraceptivos, assistência de saúde à comunidade, maternidade e cuidados obstétricos, prevenção de DSTs e HIV, programas direcionados à saúde reprodutiva de adolescentes, cuidado hospitalar e um programa integrado na área da saúde reprodutiva. O crescente corpo de evidências demonstrando a segurança e a eficácia do uso isolado do misoprostol no tratamento do abortamento incompleto está possibilitando a inclusão nos serviços de APA de protocolos utilizando a AMV e de protocolos utilizando apenas o misoprostol para o tratamento do abortamento incompleto e do abortamento realizado em condições de risco. No ano um, um grupo de profissionais selecionados em dois centros

do CEMOPLAF serão treinados na provisão de serviços de APA. Estes profissionais passarão a ser a equipe de treinamento do CEMOPLAF, que treinará subseqüentemente outros profissionais em outros dois centros de saúde ao longo do primeiro ano. O objetivo do CEMOPLAF ao longo dos próximos seis anos é integrar os serviços de APA ao seu conjunto de serviços - utilizando tanto o misoprostol quanto a AMV - em todos os 29 estabelecimentos. Para mais informações, por favor contate **Heather Sayette** no endereço eletrônico heather.sayette@ppfa.org

Equipamento

Em 2005, o Ipas publicou *Planejamento para um Suprimento Sustentável de Instrumentos para a Aspiração Manual a Vácuo: Um Guia para Administradores de Programas (por Marian Abernathy), como uma ferramenta para ajudar administradores de programas a planejar a sustentabilidade dos instrumentos de AMV nos serviços de atenção pós-abortamento e de atenção ao abortamento.* Inicialmente publicado em inglês e agora disponível também

em francês e espanhol, é um dos primeiros recursos a oferecer uma orientação à equipe programática no sentido de ajudar no desenvolvimento de um suprimento sustentável de instrumentos de AMV.

O Guia foi desenvolvido com base nos esforços do Ipas e de outras organizações para desenvolver suprimentos sustentáveis; discussões com equipes locais pertencentes a uma variedade de organizações; e contribuições de um grupo de especialistas em treinamento, fornecimento de serviços, logística e aquisição - muitos deles do PAC Consortium. Uma vez que cada país é único, o Guia não fornece uma metodologia padrão que funcionará em todas as situações. Ao invés, ajuda os planejadores de programas a (1) estruturar o pensamento a respeito do processo de desenvolvimento de suprimentos sustentáveis de instrumentos de AMV; (2) identificar as características principais do sistema (da cadeia de suprimentos ou do sistema logístico, como financiamento ou manejo do orçamento e ambiente regulador) que devem ser levadas em consideração; e (3)

esclarecer os tipos de aportes envolvidos. Além disso, o Guia inclui seis estudos de casos que ilustram possíveis abordagens para se alcançar suprimentos sustentáveis.

Até o momento, o Ipas incorporou elementos do Guia em seus programas de treinamento e provisão de serviços. O programa no Peru da Pathfinder International também utilizou o Guia para realizar uma avaliação do seu programa de APA recentemente finalizado em 50 estabelecimentos do setor público em todo o país, e está se esforçando para desenvolver um plano de sustentabilidade.

O Ipas está interessado em tomar conhecimento de outras aplicações do Guia. Por favor, mande sugestões ou outro feedback para training@ipas.org. Uma cópia eletrônica pode ser obtida gratuitamente por aqueles que vivem em países em desenvolvimento; versões eletrônicas também estão disponíveis na internet sem nenhum custo financeiro:

Inglês: http://www.ipas.org/publications/en/PLANMVA_E05_en.pdf

Francês: http://www.ipas.org/publications/fr/PLANMVA_F05_fr.pdf

Espanhol: http://www.ipas.org/publications/es/PLANMVA_S05_es.pdf

Pesquisa e avaliação

Em colaboração com TAHSEEN, um projeto populacional financiado pela USAID, e o Ministério da Saúde e População do Egito, o Population Council's Frontiers in Reproductive Health Program (FRONTIERS) está conduzindo uma pesquisa em seis hospitais públicos do Egito para testar a exequibilidade, aceitabilidade e eficácia de dois modelos de integração de serviços de planejamento familiar (PF) a serviços de atenção pós-abortamento. O Modelo I envolve o fornecimento de aconselhamento sobre PF a clientes dos serviços de APA na enfermaria de ginecologia/obstetrícia e o seu encaminhamento a uma clínica de PF separada, enquanto o Modelo II envolve a provisão de métodos para o PF na própria enfermaria. Os dois modelos foram implementados um após o outro. No momento, a avaliação do Modelo I está completa e a avaliação do Modelo II está sendo realizada.

Os resultados finais do estudo, esperados para setembro de 2006, ajudarão o Ministério da Saúde e População a desenvolver uma política para integrar o PF a serviços curativos oferecidos a clientes de APA. Para mais informações, por favor contate **Hala Yousef** no endereço eletrônico hyousef@pccairo.org

FRONTIERS e o projeto ACQUIRE da EngenderHealth estão realizando um projeto de pesquisa para examinar a exequibilidade do fornecimento de APA em ambientes descentralizados (centros de saúde e dispensários) na área rural da Tanzânia. Um estudo no Senegal mostrou que apesar da exequibilidade do fornecimento de atenção pós-abortamento (APA) integrada em estabelecimentos de nível primário como postos de saúde, deficiências na qualidade da assistência e problemas logísticos ainda impedem o acesso pleno aos serviços.¹ Este projeto em curso documentará o processo de introdução de serviços de APA e determinará sua aceitabilidade, impacto e custo, focalizando em particular a eficácia da rede de encaminhamentos estabelecida como parte do processo de APA. Além disso, o projeto vai enfatizar alguns dos problemas identificados através da experiência senegalesa, incluindo (1) melhoria da privacidade auditiva e visual e da confidencialidade, através da criação de salas separadas para os procedimentos de AMV em todos os estabelecimentos; (2) redução do acesso retardado aos serviços através da sensibilização de toda a equipe e da garantia, onde for possível, de que mais do que um profissional possa realizar os serviços de AMV em cada estabelecimento, através da realização de treinamento no próprio local de trabalho; e (3) melhoria da prevenção à infecção através de treinamento intensificado e assistência no trabalho. Para mais informações, por favor contate **Mônica Wanjiru** no endereço eletrônico mwanjiru@pcnairobi.org

Recursos

Os documentos a seguir, da Hesperian Foundation, estão agora disponíveis na internet. Para mais informações, contate Hesperian no endereço eletrônico lisa@hesperian.org ou no telefone (888)729-1796.

Hesperian Foundation. 2006. Women's Health Exchange Issue #12. Berkeley, CA: Hesperian Foundation.

O novo número do boletim informativo da Hesperian Women's Health Exchange, sobre atenção pós-abortamento, inclui um guia de treinamento para explorar os obstáculos que os profissionais de saúde enfrentam (do acesso a recursos e atitudes) no fornecimento de assistência que pode salvar vidas para mulheres que sofrem por complicações resultantes de abortamento incompleto, seja espontâneo ou induzido; informação sobre aspiração manual a vácuo (AMV); histórias de parteiras que estão aprendendo a fornecer AMV e outros cuidados de emergência, e os benefícios do treinamento de pessoas da comunidade que trabalham na área da saúde nestas habilidades; e recursos que ajudam a obter mais informações a respeito das causas do abortamento realizado em condições de risco e das formas de provisão de atenção pós-abortamento eficaz, incluindo PF pós-abortamento. A versão eletrônica pode ser acessada no site da internet: www.hesperian.org

Klein, Susan, Suellen Miller and Fiona Thomson. 2005. A Book for Midwives: Care for Pregnancy, Birth, and Women's Health. Berkeley: Hesperian Foundation.

Este manual, que ganhou o prêmio "American College of Nurse-Midwives Notable Book 2006", mostrou ser um recurso essencial para parteiras em todo o mundo. Combinando linguagem clara, precisão médica e um foco em tratamentos simples e de baixo custo, a nova edição foi reorganizada e revisada com o objetivo de melhor apoiar a assistência ao trabalho de parto e o manejo de emergências obstétricas. O livro também inclui novos capítulos sobre atenção pós-abortamento e aspiração manual a vácuo. www.hesperian.org

Os recursos sobre APA listados a seguir estão agora disponíveis em árabe no site na internet do Population Council. Contate **Laura Raney** no endereço eletrônico lraney@pcdc.org para mais informações.

Improving the counseling and medical care of postabortion patients in Egypt: <http://www.popcouncil.org/pdfs/arabic/ImprovingCounselingPacEgypt.pdf>

Counseling the husbands of postabortion patients in Egypt: Effects on husband involvement, patient recovery and contraceptive use: <http://www.popcouncil.org/pdfs/arabic/Counselin gHusbandPAC.pdf>

Scaling-up improved postabortion care in Egypt: Introduction to university and Ministry of Health and Population hospitals: <http://www.popcouncil.org/pdfs/arabic/ScalingUpPac.pdf>

Postabortion case load study in Egyptian public-sector hospitals: <http://www.popcouncil.org/pdfs/arabic/PACStudyEgPSHosp.pdf>

1 EngenderHealth. 2003. Taking postabortion care services where they are needed: An operations research project testing PAC expansion in rural Senegal. FRONTIERS Final Report. Washington, DC: Population Council. http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Senegal_PAC.pdf

Atualizações sobre os grupos de trabalho

Força-Tarefa para Comunicações

Co-presidentes: **David Nelson**, IntraHealth, dnelson@intrahealth.org e **Laura Raney**, Population Council, LRaney@pcdc.org

Os membros da Força-Tarefa (FT) para Comunicações forneceram um feedback positivo a respeito das novas cores e layout do boletim informativo de novembro de 2005. Também concordaram em promover uma distribuição mais ampla do boletim através de suas próprias organizações e de outros contatos. Os membros do PAC Consortium estão sendo solicitados a encaminhar sugestões para David Nelson a respeito de listas de colaboradores através das quais o boletim poderia ser distribuído. Os membros da FT também manifestaram a necessidade de traduzir o boletim para o português, e tentarão realizar este objetivo.

Outro importante tópico da conversa foi a necessidade de atualizar e renovar o site do PAC Consortium na internet. Os participantes da reunião concordaram em fazer uma conferência por telefone para discutir a necessidade de categorias suplementares, novos links e um design diferente da página, com o objetivo de assegurar que o site atinja sua missão - congregação e divulgação de informação. Os participantes discutiram a possibilidade de incrementar o conhecimento a respeito da existência do site na internet, quando ele estiver atualizado, através da criação de um CD-ROM a ser distribuído na Global Health e em outras conferências. Finalmente, o grupo discutiu a necessidade de encorajar o uso mais ativo da lista de colaboradores como um recurso para efetivar a comunicação sobre assuntos relativos ao Consortium nos períodos entre as reuniões

semestrais. Os membros da lista de colaboradores são encorajados a apresentar novas informações a respeito de suas respectivas organizações para os co-presidentes nos períodos entre as publicações dos números do *PAC in action*, para distribuição através da lista ou do site na internet.

Força-tarefa para os Elementos Essenciais

Co-presidentas: **Inés Escandón**, EngenderHealth/Project ACQUIRE, iescandon@engenderhealth.org e **Kiyomi Tsuyuki**, Ancien chercheur CATALYST/Population ketsuyuki@gmail.com

Os membros da Força-Tarefa responsável pelos Elementos Essenciais fizeram diversas mudanças na estrutura do monitoramento e avaliação (M&A) dos Elementos Essenciais da APA, incluindo a inclusão de indicadores e resultados para o elemento representado pelas parcerias entre a comunidade e os provedores de serviços, e a definição complementar do indicador para estigma. O esboço de trabalho atual da estrutura de M&A será incluído no site do PAC Consortium na internet; no entanto, a FT sugere uma revisão na estrutura de M&A no início de 2007, para (1) adicionar indicadores que demonstrem o impacto da mobilização da comunidade na APA; (2) expandir os indicadores sobre encaminhamento e contra-encaminhamento; (3) incluir indicadores qualitativos; e (4) incorporar indicadores para populações especiais (por exemplo, jovens e deslocados de guerra). Agora que a Estratégia de APA da USAID está amplamente divulgada, a FT também planeja incluir os indicadores de APA da USAID na estrutura de M&A. Finalmente, os membros da FT identificaram a necessidade de

obter feedback do campo sobre os indicadores, o que trará informações úteis para o desenvolvimento de novas orientações e ferramentas para o M&A.

O grupo discutiu como aumentar a comunicação entre os membros da FT além das reuniões que ocorrem duas vezes ao ano, e sugeriu incluir um ou dois indicadores da estrutura do M&A em cada boletim de APA, pedindo aos leitores que forneçam algum feedback sobre suas experiências na medição de tais indicadores. O grupo propôs também que a informação fosse recolhida através do Sistema Eletrônico de Comunicação (SEC) da Iniciativa de Implementação de Práticas Melhores (IPM), e optou pela condução de um pequeno teste-piloto para determinar o quanto esta abordagem pode ser eficaz.

Força-Tarefa para Tecnologias de APA

Co-presidentas: **Nancy Harris**, John Snow International, nharris@jsi.com e **Sheila Raghavan**, Gynuity Health Projects, sraghavan@gynuity.org

O tema do plenário do PAC Consortium foi misoprostol; desta forma, a discussão na Força-Tarefa para Tecnologias de APA enfocou outras tecnologias, primordialmente a AMV. Os membros da FT discutiram a necessidade de desenvolver relatórios de avaliação para países-chave que fornecem APA, com o objetivo de melhor acompanhar o progresso ao longo do tempo e identificar obstáculos para a ampliação e sustentabilidade dos serviços de APA. Os relatórios abrangeriam informações recentes sobre a APA, incluindo suprimentos de AMV e a situação/disponibilidade do misoprostol. Os membros da FT sugeriram países com programas ativos de APA para os relatórios iniciais, como Bangladesh, Bolívia,

Índia, Quênia, Maláui, Nepal, Nigéria, Peru, Rússia, Senegal, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbábue. Os próximos passos incluem a finalização de uma lista de países, o desenvolvimento do formato dos relatórios de avaliação e a compilação de informações por parceiros do Consortium designados em cada país.

Os assuntos abordados pelos membros da FT que precisam de discussão adicional incluem: (1) disponibilidade da AMV através de canais públicos, privados e comerciais e formas de alcançar sistemas de suprimentos sustentáveis; (2) qualidade do equipamento; (3) transparência na avaliação do preço nos países; e (4) disponibilidade dos aspiradores de Válvula Simples, Válvula Dupla e AMIU Plus. Os membros da FT concordaram que as agências do PAC Consortium devem defender a existência de suprimentos sustentáveis. Finalmente, identificaram a necessidade de atrair mais grupos (organizações não-governamentais e outras agências como universidades e organizações baseadas em fé) e projetos financiados pela USAID nos países para participar desta FT. As organizações interessadas são encorajadas a contatar as co-presidentas da FT.

Força-Tarefa para APA e Maternidade Segura

Co-presidentas: **Koki Agarwal**, JHPIEGO, kagarwal@jhpiego.net e **Elizabeth Westley**, Family Care International (FCI), ewestley@fcimail.org

Koki Agarwal e Elizabeth Westley, co-presidentas do grupo, forneceram um histórico sobre a Força-Tarefa para APA e Maternidade Segura. O grupo concordou que, apesar de não haver uma agenda atual intensa para a FT, é importante manter a continuidade deste fórum de discussão sobre assuntos relacionados à APA e à Maternidade Segura, especialmente devido ao fato destes temas estarem, geralmente, intimamente relacionados no nível da provisão de serviços. Desta forma, o grupo concordou em continuar com seus encontros semestrais para discutir assuntos relevantes, mantendo a possibilidade de assumir novas tarefas entre as reuniões, se assim for necessário. As co-presidentas estão querendo aumentar a participação ativa de indivíduos que estejam envolvidos com APA e Maternidade Segura. Por favor, entre em contato com uma delas para mais informações.

Grupo de Trabalho sobre APA Amigável para Jovens

Presidenta: **Gwyn Hainsworth**, Pathfinder International, ghainsworth@pathfind.org

O Grupo de Trabalho sobre APA Amigável para Jovens reuniu-se antes do encontro do PAC Consortium. Os membros trabalharam na finalização do esboço da orientação técnica sobre APA amigável para jovens. A orientação utiliza os Elementos Essenciais da APA como estrutura e é direcionada a gerentes de programas e provedores de serviços. Será distribuída para a lista de colaboradores do PAC Consortium para comentários finais e apresentada formalmente para aprovação durante a próxima reunião do Consortium.

Um resumo do esboço da orientação também foi apresentado durante a conferência APHA. Para mais informações sobre adolescentes e APA, por favor veja o site na internet do PAC Consortium, www.pac-consortium.org.

Uma Lista de Recursos sobre Adolescentes e APA está disponível na página <http://www.pac-consortium.org/Pages/resources.html>

Melhorando o acesso e a qualidade dos serviços de APA no Quênia através de fundo de empréstimo rotativo

Joyce Kinaro, Planned Parenthood Federation of America-International Africa Regional Office



As complicações resultantes de abortamento são uma das causas mais importantes de mortalidade materna na África, e a estratégia da Planned Parenthood Federation of America-International (PPFA-I) para reduzir a mortalidade materna na região inclui a melhoria da qualidade dos serviços de APA. Em Camarões, Quênia, Nigéria e Sudão, a PPFA-I ofereceu treinamento em APA para médicos e profissionais de nível médio dos setores público e privado, manteve redes de profissionais e forneceu kits para AMV.

Associação Médica do Quênia, o Ministério da Saúde, a Sede no Quênia da Federação das Mulheres Advogadas e o Ipas, indicou que cerca de 300.000 abortamentos são realizados a cada ano. Entre esses, estima-se que 20.000 mulheres e meninas são hospitalizadas por complicações resultantes de abortamentos e 2.600 mulheres morrem devido a essas complicações.

Desde 1996, a PPFA-I desenvolve uma parceria com o Kisumu Medical Educational Trust (KMET) com o intuito de melhorar a saúde e o bem-estar geral das mulheres que vivem nas áreas rurais do Quênia, através da garantia de acesso a serviços de saúde reprodutiva. O projeto do KMET tem combatido índices altos de morbidade e mortalidade maternas através do treinamento de profissionais da rede particular e de provedores de nível médio nas áreas rurais do Quênia ocidental em técnicas de saúde reprodutiva abrangentes, incluindo distribuição de contracepção e fornecimento de serviços de APA, e através da provisão dos equipamentos e suprimentos de AMV necessários.

A situação no Quênia assemelha-se à de outros países na região. A "Avaliação Nacional da Magnitude e das Conseqüências do Aborto Realizado em Condições de Risco no Quênia", realizada em 2004 pela

Os 96 médicos e 25 profissionais de nível médio que realizaram o treinamento em APA do KMET, que inclui AMV para o tratamento do abortamento incompleto e do abortamento realizado em condições de risco, formaram uma Rede de Provedores de APA. Através de um projeto de fundo de empréstimo rotativo implementado em 2004, os membros da rede estão podendo tomar emprestado até 300.000 xelins quenianos (US \$4.000) para renovar suas clínicas particulares, o que possibilita a ampliação dos serviços de saúde reprodutiva que eles oferecem. Até o momento, aproximadamente um quarto dos membros da rede se beneficiaram deste fundo.

Jackson Mworía é um Enfermeiro de Saúde Comunitária Registrado do Quênia que dirige uma pequena clínica particular em uma comunidade rural no Distrito de Meru, no Quênia oriental. Ele participou de um treinamento em APA patrocinado pela PPFA-I em maio de 2004, e é um membro da Rede de Provedores de APA. Em junho de 2005, ele recebeu um empréstimo de 250.000 xelins quenianos (US \$3.378) que ele usou para renovar sua clínica, comprar um estoque de medicamentos essenciais e melhorar o controle de infecções.

Com o espaço adicional conquistado com a renovação, a clínica pode, agora, atender mais clientes. Um aumento de 10 para 50 clientes por dia entre junho e novembro de 2004 ajudou o Sr. Mworía a pagar seus empréstimos

mensais. Antes de se tornar um provedor da Rede de APA, o Sr. Mworía encaminhava a maioria de suas clientes de APA para outro lugar. No entanto, desde o treinamento, o número de clientes de APA aumentou gradualmente de uma média de quatro clientes por mês em junho de 2004 para vinte em maio de 2005.

O Sr. Mworía observou que o Fundo de Empréstimo Rotativo possibilitou que ele alcançasse requisitos básicos e melhorasse a qualidade geral do atendimento oferecido.

“...Eu estava me esforçando muito [financeiramente] para assegurar o controle de infecções, que era uma exigência do governo para renovar a licença de minha clínica...”

Quando ele terminar de pagar seu empréstimo atual, o Sr. Mworía espera obter outro empréstimo para continuar a expansão de sua clínica e nela incluir uma sala de cirurgia. Através da rede de provedores do KMET, a PPFA-I está desenvolvendo a capacidade de provedores de APA particulares em comunidades remotas da África, possibilitando que indivíduos em comunidades pobres e pouco atendidas tenham acesso a serviços de saúde reprodutiva de qualidade, como a atenção pós-abortamento.

Para mais informações, por favor contate **Joyce Kinaro** no endereço eletrônico joyce.kinaro@ppfa.or.ke



IntraHealth International
6340 Quadrangle Drive
Suite 200
Chapel Hill, NC 27517

Visite www.pac-consortium.org

- Números anteriores do *PAC in Action*
- Recursos e links sobre APA
- Grupos de trabalho do PAC Consortium

Disponível no momento:

- Lista de Recursos sobre Adolescentes e APA
- Perguntas mais freqüentes sobre adolescentes e APA

Faça parte da lista de colaboradores do PAC Consortium:

PAC-CONSORTIUM-request@lists.ibiblio.org.

Annotated Bibliography on Misoprostol for Treatment of Incomplete Abortion and Miscarriage

1. Agostini A, Ronda I, Capelle M, Romain F, Bretelle F, Blanc B. Influence of clinical and ultrasound factors on the efficacy of misoprostol in first trimester pregnancy failure. *Fertility and Sterility* 2005;84(4):1030-1032.

Este estudo prospectivo arrolou 276 mulheres com perda gestacional precoce. Todas as mulheres receberam 800 mcg de misoprostol intravaginal e foram acompanhadas através de exame clínico e ultra-sonografia realizados 24 horas depois da administração do medicamento. O índice geral de êxito foi de 65,2% (180/276). Uma análise multivalente demonstrou que o índice de êxito foi inversamente proporcional ao número de partos: 70,9% para as mulheres nulíparas (73/103), 73,7% para as primíparas (45/61), 56,6% para mulheres com 2 filhos (30/53) e 54,2% para as que tinham mais do que 2 filhos (32/59) (P=.03).

2. Bagratee JS, Khullar V, Regan L, Moodley J, Kagoro H. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. *Human Reproduction* 2004;19(2):266-271.

104 mulheres com perda gestacional foram designadas randomicamente para receber 600 mcg de misoprostol ou placebo, pela via vaginal. Novas doses foram administradas para as mulheres que não tiveram o esvaziamento intra-uterino completo até o dia seguinte. No Dia 7, as mulheres que não experimentaram o esvaziamento intra-uterino completo foram submetidas ao esvaziamento cirúrgico. O índice geral de êxito no grupo que utilizou o misoprostol foi de 88,5%, e no grupo que usou placebo foi de 44,2%. Não houve uma diferença significativa entre os índices de êxito nos dois grupos quando se analisou as mulheres com abortamento incompleto (100% versus 85,7%). No entanto, as mulheres que experimentavam um abortamento retido tiveram um índice de êxito muito maior com o misoprostol (87%) do que com o placebo (29%).

3. Blanchard K, Taneepanichskul S, Kiriwat O, Sirimai K, Svirirojana N, Mavimbela N, Winikoff B. Two regimens of misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Obstetrics and Gynecology* 2004;103:860-865.

Esta experiência realizada randomicamente reuniu 169 mulheres com diagnóstico de abortamento incompleto. Elas receberam uma dose única ou uma dose repetida de 600 mcg de misoprostol oral. A consulta de seguimento ocorreu duas semanas após a administração do misoprostol. Não houve diferença de eficácia entre os dois tratamentos: 66% das mulheres no grupo que recebeu apenas uma dose e 70% das mulheres no grupo que recebeu doses repetidas experimentaram um esvaziamento intra-uterino completo sem a necessidade de intervenção cirúrgica.

4. Chung TK, Cheung LP, Leung TY, Haines CJ, Chang AM. Misoprostol in the management of spontaneous abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1995;102(10):832-5.

Este estudo prospectivo envolveu 252 mulheres com diagnóstico de abortamento incompleto. Todas as mulheres foram tratadas inicialmente com a conduta expectante. Duas semanas após o diagnóstico inicial, as mulheres que ainda tinham produtos da concepção retidos em quantidade significativa receberam 400 mcg de misoprostol oral a cada 4 horas, em um total de 3 doses. Elas foram reexaminadas na manhã seguinte para avaliar a ocorrência de esvaziamento intra-uterino completo. Das 252 mulheres iniciais, 141 ainda tinham produtos da concepção retidos na consulta de seguimento ocorrida duas semanas após a avaliação inicial foram tratadas com misoprostol. Das mulheres tratadas com o medicamento, 88 (62%) não precisaram de intervenção cirúrgica.

5. Chung TK, Lee DT, Cheung LP, Haines CJ, Chang AM. Spontaneous abortion: a randomized, controlled trial comparing surgical evacuation with conservative management using misoprostol. *Fertility and Sterility* 1999;71(6):1054-9.

635 mulheres participaram deste estudo que comparou a eficácia do misoprostol para o tratamento do abortamento incompleto com a eficácia do esvaziamento intra-uterino cirúrgico. As mulheres no grupo do misoprostol receberam 400 mcg de misoprostol oral a cada 4 horas, até uma dose total de 1200 mcg. A avaliação do êxito foi feita na manhã seguinte. Das 321 mulheres que receberam o misoprostol, 159 (50%) expeliram os produtos da concepção e não precisaram de intervenção cirúrgica.

6. Creinin MD, Moyer R, Guido R. Misoprostol for medical evacuation of early pregnancy failure. *Obstetrics and Gynecology* 1997;89:768-772.

Vinte mulheres foram randomicamente designadas para receber 400 mcg

de misoprostol oral ou 800 mcg de misoprostol vaginal para o tratamento da perda gestacional precoce. A dose foi repetida 24 horas depois nos casos em que ainda havia a presença de um saco gestacional.

Decorridas outras 24 horas, as mulheres que não expeliram os produtos da concepção foram submetidas a uma intervenção cirúrgica. Doze mulheres receberam o misoprostol oral e oito receberam o misoprostol vaginal. Houve êxito na expulsão dos produtos da concepção em 3 das 12 mulheres (25%) do grupo que recebeu medicação oral, e em 7 das 8 mulheres (88%) do grupo que recebeu misoprostol vaginal.

7. Davis AR, Robilotto CM, Westhoff CL, Forman S, Zhang J; National Institute of Child Health Human Development (NICHD) Management of Early Pregnancy Failure Trial. Bleeding patterns after vaginal misoprostol for treatment of early pregnancy failure. *Human Reproduction* 2004;19 (7):1655-8.

77 mulheres com diagnóstico de perda gestacional precoce participaram deste estudo e receberam randomicamente 800 mcg de misoprostol vaginal seco ou umedecido em 2 ml de solução salina. Ao longo de duas semanas, foi realizado o registro diário da auto-avaliação do sangramento ocorrido e do uso de absorventes higiênicos. A taxa de hemoglobina foi avaliada no momento inicial de alistamento no estudo e duas semanas depois. As mulheres relataram sangramento contínuo ou irregular (manchas de sangue) todos os dias durante os 14 dias observados. O uso de absorventes higiênicos variou muito (média de 30,5, com variação entre 2 e 125 absorventes ao longo do período de duas semanas) e não apresentou relação com as mudanças na taxa de hemoglobina. O número de dias com sangramento intenso auto-avaliado foi pequeno (média de 3 dias) e isto ocorreu, geralmente, logo após a inserção do medicamento. A expulsão completa sem necessidade de dilatação e curetagem (D&C) ocorreu em 85% das mulheres. A diminuição média da taxa de hemoglobina foi de 0,5g/dl (SD 1.2).

8. Demetroulis C, Saridogan E, Kunde D, Naftalin AA. A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Human Reproduction* 2001;16(2):365-9.

De um grupo de 80 pacientes com perda gestacional precoce, este estudo prospectivo escolheu ao acaso algumas para serem submetidas ao esvaziamento intra-uterino cirúrgico e outras ao manejo medicamentoso com 800 mcg de misoprostol vaginal. Este estudo incluiu mulheres com abortamento incompleto e abortamento retido. A consulta de seguimento ocorreu 10 dias após a administração do tratamento. O índice de fracasso no grupo tratado com misoprostol foi de 7% entre as mulheres com abortamento incompleto e de 23% entre as mulheres com abortamento retido. Nenhuma das mulheres no grupo tratado com esvaziamento cirúrgico precisou repetir a intervenção. Todas as pacientes que tiveram êxito em seu tratamento com misoprostol expressaram satisfação com o tratamento, enquanto apenas 58% das mulheres no grupo cirúrgico mostraram-se satisfeitas.

9. Graziosi GCM, Mol BW, Ankum WM, Bruinse HW. Management of early pregnancy loss. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2004;86:337-346.

Uma meta-análise foi conduzida com 13 experiências clínicas escolhidas ao acaso que relatavam uma comparação entre o uso do misoprostol e a curetagem, misoprostol e conduta expectante, ou conduta expectante e curetagem para o tratamento da perda gestacional precoce. A combinação dos dados no grupo das mulheres com abortamento retido tratadas com o manejo expectante ou tratadas com misoprostol mostrou índices de esvaziamento intra-uterino completo de 28% (49/173; variação de 14-47%) e 81% (242/298; variação de 60-83%), respectivamente. No grupo das mulheres com abortamento incompleto, estes índices foram de 94% (31/33; variação de 80-100%) e 99% (75/76; variação de 99-100%), respectivamente. Tanto a conduta expectante quanto o tratamento com o misoprostol reduziram a necessidade de curetagem para a perda gestacional precoce, mas para as mulheres com abortamento retido o misoprostol pareceu ser muito mais eficaz do que a conduta expectante.

10. Gronlund L, Gronlund AL, Clevin L, Anderson B, Palmgren N, Lidegaard A. Spontaneous abortion: Expectant management, medical treatment or surgical evacuation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;Aug 81(8):781-2.

Este estudo comparou o tratamento do abortamento espontâneo através da conduta expectante, da inserção de 400 mcg de misoprostol vaginal e do esvaziamento intra-uterino cirúrgico. 78 mulheres foram arroladas no

estudo. Após o tratamento, as mulheres foram reavaliadas nos dias 8 e 14. O esvaziamento intra-uterino foi alcançado com êxito em 14/17 (82%) mulheres do grupo da conduta expectante, em 28/31 (90%) mulheres tratadas com misoprostol e em 29/30 (97%) mulheres submetidas ao esvaziamento cirúrgico.

11. Henshaw RC, Cooper K, El-Refaey H, Smith NC, Templeton AA. Medical management of miscarriage: non-surgical uterine evacuation of incomplete and inevitable spontaneous abortion. *British Medical Journal* 1993;306:894-5.

Este estudo aberto avaliou o resultado do tratamento de 44 mulheres com sulprostone ou 400 mcg de misoprostol oral para o abortamento incompleto ou inevitável. Os autores combinaram os dados dos dois grupos devido a uma ausência de diferença nos resultados dos dois grupos. O tratamento falhou em 2 das 43 pacientes avaliadas, e as 41 restantes alcançaram o esvaziamento intra-uterino completo após 12-18 horas.

12. Herabutya Y, O-Prasertsawat P. Misoprostol in the management of missed abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1997;56:263-6.

Este estudo comparou a eficácia do misoprostol vaginal (200mcg) com um placebo, em sua utilização antes da dilatação e curetagem para o tratamento do abortamento retido. 84 mulheres foram escolhidas ao acaso para receber o tratamento no dia anterior ao dia agendado para a realização da cirurgia. 83,3% das mulheres no grupo que recebeu o misoprostol expeliu espontaneamente os produtos da concepção (PDC) antes da cirurgia. Este resultado foi significativamente maior do que os 17,14% das mulheres que expeliram os PDC no grupo placebo.

13. de Jonge ET, Makin JD, Manefeldt E, De Wet GH, Pattinson RC. Randomised clinical trial of medical evacuation and surgical curettage for incomplete miscarriage. *British Medical Journal* 1995;311(7006):662.

Esta experiência envolveu 50 mulheres que se apresentaram com um quadro de abortamento espontâneo incompleto. Elas foram escolhidas ao acaso para serem tratadas medicamentosamente com uma dose única de 400 mcg de misoprostol oral ou através de curetagem cirúrgica. O resultado foi avaliado 12 horas após a administração do misoprostol, quando apenas 3 das mulheres (13%) do grupo tratado com o medicamento conseguiram alcançar o esvaziamento intra-uterino completo.

14. Moodliar S, Bagrattee JS, Moodley J. Medical vs. surgical evacuation of first-trimester spontaneous abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005;91:21-26.

94 femmes avec avortement incomplet ont été réparties aléatoirement, soit pour recevoir

94 mulheres com diagnóstico de abortamento incompleto foram designadas ao acaso para receber 600 mcg de misoprostol vaginal ou curetagem cirúrgica. O índice geral de êxito do manejo medicamentoso foi de 91,5%; 1/3 das mulheres (15 de 47) alcançou o abortamento completo após somente 1 dose de misoprostol, e 8,5% precisou se submeter ao esvaziamento intra-uterino cirúrgico para retirada de produtos da concepção retidos após 1 semana, devido ao fracasso do tratamento medicamentoso. O índice de sucesso no grupo cirúrgico foi de 100%. As mulheres no grupo medicamentoso tiveram sangramento por um período mais longo e uma necessidade maior de analgesia. Um número maior de mulheres no grupo que recebeu tratamento medicamentoso do que no grupo cirúrgico recomendaria esta alternativa ou a escolheria de novo no futuro.

15. Muffley PE, Stitely ML, Gherman RB. Early intrauterine pregnancy failure: a randomized trial of medical versus surgical treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;187(2):321-5; discussion 325-6.

50 mulheres com perda gestacional precoce foram randomicamente designadas para submeter-se a tratamento cirúrgico ou receber tratamento medicamentoso. O esquema medicamentoso consistiu de 800 mcg de misoprostol vaginal que poderia ser repetido 24 e 48 horas depois, caso uma quantidade significativa de produtos da concepção permanecesse no útero. O resultado foi avaliado 72 horas após a inserção do misoprostol. 15 das 25 mulheres no grupo medicamentoso (60%) alcançaram o esvaziamento intra-uterino completo e não precisaram de curetagem.

16. Ngai SW, Chan YM, Tang OS, Ho PC. Vaginal misoprostol as medical treatment for first trimester spontaneous miscarriage. *Human Reproduction* 2001;16(7):1493-6.

Esta experiência envolveu 60 mulheres com perda gestacional; algumas foram designadas ao acaso para receber tratamento medicamentoso que consistiu de 400 mcg de misoprostol vaginal nos dias 1, 3 e 5. O grupo controle foi tratado apenas com conduta expectante. O resultado final foi avaliado no dia 15. 83% das mulheres no grupo tratado com misoprostol

não precisou de esvaziamento intra-uterino cirúrgico, enquanto que no grupo controle apenas 48% não necessitou de intervenção cirúrgica.

17. Ngoc NTN, Blum J, Durocher J, Quan TTV, Winikoff B. Medical management of incomplete abortion using 600 versus 1200 mcg of misoprostol. *Contraception* 2005;72(6):438-42.

Este estudo envolveu 300 mulheres com diagnóstico de abortamento incompleto, designadas randomicamente para receber uma dose oral única de 600 mcg de misoprostol ou doses orais repetidas de 600 mcg do mesmo medicamento. A avaliação final do êxito do tratamento foi realizada no Dia 10. Não houve diferenças significativas nos índices de sucesso dos dois tratamentos. O misoprostol provocou o esvaziamento intra-uterino em quase todas as mulheres (94,6%).

18. Ngoc NTN, Blum J, Westheimer E, Quan TTV, Winikoff B. Medical termination of missed abortion using misoprostol in Vietnam. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2004;87 (2):138-42.

200 mulheres com diagnóstico de abortamento retido confirmado pela ultra-sonografia foram randomicamente designadas para receber 800 mcg de misoprostol oral ou vaginal. Todas as mulheres retornaram para a consulta de seguimento dois dias depois. A eficácia foi alta em ambos os grupos, e a diferença entre eles não foi estatisticamente significativa (oral=89,0%; vaginal=92,9%).

19. Pandian Z, Ashok P, Templeton A. The treatment of incomplete miscarriage with oral misoprostol. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 2001;108(2):213-4.

Este é um estudo retrospectivo realizado com 112 mulheres que foram submetidas ao manejo medicamentoso do abortamento espontâneo incompleto. O esquema consistiu de uma dose de 600 mcg de misoprostol oral seguida por mais duas doses orais de 400 mcg a cada duas horas. O esvaziamento intra-uterino completo foi alcançado em 95 mulheres (85%), sendo que um pequeno número de mulheres precisou repetir o esquema com o misoprostol.

20. Pang MW, Lee TS, Chung TK. Incomplete miscarriage: a randomized controlled trial comparing oral with vaginal misoprostol for medical evacuation. *Human Reproduction* 2001;16(11): 2283-7.

201 mulheres foram designadas ao acaso para receber misoprostol oral ou vaginal para o tratamento do abortamento espontâneo incompleto. Foram administradas 800 mcg de misoprostol pela via oral ou pela via vaginal, e esta dose foi repetida 4 horas depois nas pacientes que ainda apresentavam produtos da concepção retidos. O resultado final foi avaliado no dia seguinte. O índice de êxito foi similar nos dois grupos: 61,1% no grupo que recebeu o medicamento pela via vaginal e 64,4% no grupo que recebeu pela via oral. A incidência de diarreia foi ligeiramente elevada no grupo que recebeu pela via oral.

21. Tang OS, Lau WN, Ng EH, Lee SW, Ho PC. A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal and sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. *Human Reproduction* 2003;18: 176-181.

Esta experiência controlada comparou a utilização por via vaginal de 600 mcg de misoprostol com a sua utilização pela via sublingual, através de sua administração randômica a 80 mulheres com abortamento espontâneo silencioso. A dose foi repetida a cada três horas até, no máximo, três doses. O índice de êxito em ambos os grupos foi de 87,5%. A determinação final do sucesso do tratamento foi obtida nos dias 7 e 43.

22. Tang OS, Ong CY, Tse KY, Ng EH, Lee SW, Ho PC. A randomized trial to compare the use of sublingual misoprostol with or without an additional 1 week course for the management of first trimester silent miscarriage. *Human Reproduction* 2006; 21(1):189-92.

180 mulheres com abortamento espontâneo silencioso (<13 semanas) que receberam 600 mcg de misoprostol sublingual a cada três horas, até um total máximo de três doses, foram randomicamente designadas para receber (1) nenhuma série adicional de misoprostol ou (2) uma série adicional de 400 mcg de misoprostol sublingual, diariamente, durante 1 semana. Os índices de sucesso para o abortamento completo foram similares em ambos os grupos: no grupo 1 foi de 92,2% (95% CI: 86.1-97,5%) e no grupo 2 foi de 93,3% (95% CI: 84,6-96,8%). Uma série adicional de misoprostol sublingual durante uma semana não melhorou o índice de êxito ou diminuiu a duração do sangramento vaginal. Ao invés, aumentou a incidência de diarreia (P<0,01). Os outros efeitos colaterais foram similares nos dois grupos de tratamento.

23. Weeks A, Alia G, Blum J, Ekwaru P, Durocher J, Winikoff B, Mirembe F. A randomised trial of oral misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in Kampala, Uganda. *Obstetrics and Gynecology* 2005;106(3):540-7.

330 mulheres com um diagnóstico clínico de abortamento incompleto foram randomicamente designadas para receber aspiração manual a vácuo ou 600 mcg de misoprostol oral para completar seus abortamentos. A consulta de seguimento ocorreu no Dia 14. O misoprostol completou o abortamento com sucesso em 96,3% dos casos avaliáveis. No entanto, é importante observar que quase 30% das mulheres nos dois grupos não compareceram à consulta de seguimento.

24. Wood SL, Brain PH. Medical management of missed abortion: a randomized clinical trial. *Obstetrics and Gynecology* 2002;99:563-566.

50 mulheres com abortamento retido foram randomicamente designadas para receber até duas doses de 800 mcg de misoprostol vaginal ou placebo. O resultado foi avaliado uma semana após a inserção do misoprostol. 80% das mulheres no grupo que recebeu o misoprostol e 16% das mulheres no grupo placebo tiveram êxito na expulsão dos produtos da concepção e não precisaram de intervenção cirúrgica.

25. You JHS, Chung TKH. Expectant, medical or surgical treatment for spontaneous abortion in first trimester of pregnancy: a cost analysis. *Human Reproduction* 2005; 20(10):2873-2878.

Foi realizada uma análise designada para simular o resultado clínico e a utilização de recursos de assistência à saúde do esvaziamento intra-uterino cirúrgico, do misoprostol e da conduta expectante para mulheres com abortamento espontâneo não complicado no primeiro trimestre da gravidez, utilizando aportes clínicos da literatura científica e análises de custo pela perspectiva de um provedor de assistência pública à saúde em Hong Kong. Os resultados mostraram que o misoprostol era a alternativa mais barata por paciente (US\$1,000), seguido pela conduta expectante (US\$1,172) e o esvaziamento intra-uterino cirúrgico (US\$2,007).

26. Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, Creinin MD, Westhoff C, Frederick MM; National Institute of Child Health Human Development (NICHD) Management of Early Pregnancy Failure Trial. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *New England Journal of Medicine* 2005; 353(8):761-769.

652 mulheres com um diagnóstico de perda gestacional no primeiro trimestre da gravidez foram randomicamente designadas para receber 800 mcg de misoprostol vaginal ou submeter-se à aspiração a vácuo (padrão de atendimento) em uma proporção de 3:1. O grupo do misoprostol recebeu o tratamento no Dia 1, uma segunda dose no Dia 3 se a expulsão não estivesse completa, e aspiração a vácuo no Dia 8 se a expulsão ainda estivesse incompleta. Das mulheres que completaram a experiência de acordo com o protocolo, 84% (95% CI: 81-87%) daquelas tratadas com o misoprostol e 97% (95% CI: 94-100%) das que se submeteram à aspiração a vácuo tiveram um abortamento completo no Dia 8.