



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Elsa Silvana Tamegão Pimenta

Causas e Consequências do Abortamento Induzido

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Elsa Silvana Tamegão Pimenta
Causas e Consequências do Abortamento Induzido

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Ginecologia e Obstetrícia

**Trabalho efectuado sob a Orientação de:
Prof. Dr.^a Ana Reynolds Magalhães Abreu Coutinho Castro Saraiva**

Revista: Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa

Abril, 2010

FMUP

Nome: Elsa Silvana Tamegão Pimenta

Endereço electrónico: elsa.pimenta@gmcul.com

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio:

Causas e Consequências do Abortamento Induzido

Nome completo do Orientador:

Ana Reynolds Magalhães Abreu Coutinho Castro Saraiva

Nome completo do Co-Orientador:

Ano de conclusão: 2010

Designação da área do projecto de opção:

Ginecologia / Obstetrícia

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio (*cortar o que não interessar*) apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19/04/10

Assinatura: Elsa Silvana Tamegão Pimenta

Eu, Elsa Silveira Tamegão Pimenta, abaixo assinado, nº mecanográfico 046801065 aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19/04/10

Assinatura: Elsa Silveira Tamegão Pimenta

Causas e consequências do abortamento induzido

Causes and consequences of induced abortion

Autora: Elsa Silvana Tamegão Pimenta

Afiliação institucional: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Endereço: Rua Eulálio José da Fonseca, nº345, 4600-255 Amarante

E-mail: elsa.pimenta@gmail.com

Telefone: 917667330

Agradecimentos:

A autora agradece à Dr^a Ana Reynolds pela orientação da monografia.

Resumo: 245 palavras

Abstract: 235 palavras

Texto principal: 2931 palavras

CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DO ABORTAMENTO INDUZIDO

Resumo

O Abortamento Induzido (AI) é a interrupção da gravidez antes das 20 semanas de gestação. Pode ser realizado através de procedimentos cirúrgicos (AC) ou farmacológicos, os últimos habitualmente designados por médicos (AM).

As principais causas de AI incluem a patologia materna, o desejo da mulher em evitar/adiar a maternidade e a patologia ou malformações fetais.

As possíveis consequências do AI podem dividir-se em imediatas e tardias. As primeiras ocorrem no período imediato ao procedimento, sendo as mais relevantes as complicações hemorrágicas, infecciosas, e a morte materna. As consequências tardias do AI são aquelas que ocorrem meses ou anos após o procedimento ou numa gravidez subsequente e englobam o aumento do risco de abortamento espontâneo, de anomalias da placentação, parto pré-termo e a morbilidade psiquiátrica.

Em Portugal o AI está legalizado, dentro de determinados critérios. No ano de 2008 registaram-se 18607 abortamentos induzidos, 96.81% foram por opção da mulher e 2.45% por motivos fetais. Sessenta e oito por cento dos AI por opção da mulher foram resolvidos com métodos farmacológicos. No mesmo ano, ocorreram cinco complicações infecciosas e duas perfurações uterinas/outro órgão.

Foi efectuada uma pesquisa na base de dados MEDLINE para artigos publicados em Inglês, entre 2004 e 2009, com as seguintes palavras-chave, “abortamento induzido”, “prognóstico”; “etiologia”. Foram ainda consultados os dados estatísticos da Direcção-Geral da Saúde relativos ao abortamento em Portugal.

O objectivo desta monografia é abordar as causas e as consequências do abortamento induzido, contextualizando o panorama nacional relativamente a esta temática.

Palavras-chave: abortamento induzido; prognóstico; etiologia.

CAUSES AND CONSEQUENCES OF INDUCED ABORTION

Abstract

Induced abortion (IA) is the interruption of pregnancy before 20 weeks of gestation. It can be achieved through surgical procedures (SA) or pharmacological agents (MA). The latter are usually preferred.

The main causes of induced abortion are maternal pathology, the desire to postpone motherhood and fetal disease or malformations.

Possible consequences of IA can be divided into early and late. Early consequences are those that occur immediately following the procedure, the most relevant include bleeding complications, infection and maternal death. Late consequences of IA are those that occur months or years after the procedure or in a subsequent pregnancy. They can include an increased risk of miscarriage, abnormalities of placentation, preterm delivery and psychiatric morbidity.

In Portugal the AI is legal, within certain criteria. In 2008 there were 18,607 induced abortions, 96.81% of which were motivated by choice of the women and 2.45% for fetal reasons. Sixty-eight percent of the IA by women's option has been solved pharmacologically. That same year, there were five cases of maternal infection and two of uterine/other organs perforation. A search was performed in the MEDLINE for articles published in English between 2004 and 2009, with the following keywords, "induced abortion", "prognosis" and "etiology". Also, available official statistics concerning the legal abortion in Portugal were investigated.

The purpose of this monograph is to address the causes and consequences of the induced abortion, contextualizing the Portuguese data on this topic.

Key words: induced abortion; prognosis; etiology.

ÍNDICE

Introdução.....	pág. 5
Objectivo.....	pág. 5
Métodos.....	pág. 6
Tipos de Abortamento Induzido.....	pág. 6
Abortamento Induzido: Técnicas cirúrgicas.....	pág. 6
Abortamento Médico.....	pág. 7
Causas do Abortamento Induzido.....	pág. 8
Consequências do Abortamento Induzido.....	pág. 9
Imediatas.....	pág. 9
Tardias.....	pág. 11
Discussão.....	pág. 14
Conclusão.....	pág. 15
Bibliografia.....	pág. 16

INTRODUÇÃO

O Abortamento induzido (AI) é a interrupção, médica ou cirúrgica, da gravidez antes das 20 semanas de gestação.⁽¹⁾ É considerado um assunto de saúde pública em todo o mundo e tem sido desde sempre um tema controverso, principalmente por dividir opiniões no que diz respeito a valores éticos e religiosos.

A legislação portuguesa permite a interrupção da gravidez se efectuada por um médico, ou por este dirigida, num estabelecimento de saúde ou reconhecido oficialmente, com o consentimento da mulher grávida, em qualquer altura da gravidez, quando esta constitui um risco de morte, de lesão grave e irreversível física ou psíquica para a mulher grávida; pode ser realizada até às 12 semanas se puder evitar uma lesão grave e duradoura física ou psíquica da mulher grávida; pode ser realizada até às 24 semanas se houver motivos seguros para prever que o nascituro virá a sofrer de uma doença grave ou malformação congénita incuráveis, e se o feto for inviável pode ser realizada em qualquer altura da gravidez; até às 16 semanas de gravidez quando esta resulta de violação ou de crime contra a autodeterminação sexual; até às 10 semanas de gravidez por opção da mulher.⁽²⁾ A nível nacional, a última alteração à legislação relativa à interrupção da gravidez foi em 2007 (Lei nº 16/2007 de 17 de Abril). Nos dois anos subsequentes à entrada em vigor da recente legislação, em 2008 e 2009, foram realizadas 18.607 e 19572 interrupções a nível hospitalar, respectivamente.^(3, 4)

Realça-se a importância em averiguar as causas que podem levar uma mulher a recorrer à interrupção da gravidez, assim como em ter noção das consequências da mesma, tendo em vista a profilaxia e, por isso, a melhoria na prestação da assistência à saúde.

Objectivo

Abordar o tema das causas e consequências do abortamento induzido, realizado em meio hospitalar e para gravidezes unifetais, contextualizando-o no panorama nacional.

Métodos

Foi efectuada uma pesquisa na base de dados MEDLINE para artigos publicados em Inglês, entre 2004 e 2009, com as seguintes palavras-chave, “induced abortion”, “prognosis” e “etiology”. Foram ainda consultados os dados estatísticos da Direcção Geral de Saúde relativos ao abortamento em Portugal .

TIPOS DE ABORTAMENTO INDUZIDO

O AI pode ser realizado através de substâncias químicas, referido como médico (AM), ou procedimentos cirúrgicos (AC).⁽⁵⁾ Muitas mulheres optam pelo o abortamento médico pois é mais cómodo e menos dispendioso.⁽⁶⁾ Contudo, algumas desejam o AC pela rapidez, ou maior previsibilidade de resolução, evitando a eventual sintomatologia associada ao AM.⁽⁷⁾

Numa fase precoce da gravidez é possível evitar, com maior probabilidade, os riscos consequentes ao abortamento. No entanto, não há informação inequívoca na literatura quanto aos riscos associados a este procedimento. Nos anos 80 nos Estados Unidos da América, constatou-se que a mortalidade materna era sete vezes menor no AI do primeiro trimestre comparativamente ao parto a termo. Hoje em dia os dados apontam para uma maior segurança do AI no primeiro trimestre.⁽⁸⁾

ABORTAMENTO INDUZIDO: TÉCNICAS CIRÚRGICAS

No abortamento a gravidez pode ser interrompida através de procedimentos instrumentados e invasivos, sendo referido como AI cirúrgico:

Aspiração menstrual

A aspiração do conteúdo uterino realizada entre uma a três semanas após atraso menstrual, na possibilidade de gravidez, designa-se por aspiração menstrual ou indução menstrual. Nesta é usada uma cânula de aspiração flexível, com 5 a 6 mm de diâmetro, conectada a uma seringa procedendo-se à aspiração manual.⁽¹⁾

Dilatação e Curetagem (D&C)

Na maior parte das vezes a abordagem cirúrgica transcervical requer dilatação prévia do colo uterino, com dilatadores higroscópicos ou prostaglandinas, e posterior esvaziamento mecânico do conteúdo uterino utilizando cureta (curetagem uterina), cânula de aspiração (aspiração por vácuo), ou ambos. A aspiração por vácuo pode ser manual ou com bomba eléctrica. A curetagem uterina e a aspiração por vácuo, como procedimentos isolados de AI, estão indicadas até às 14 às 15 semanas de gestação.⁽¹⁾ São os métodos de eleição para realizar o AI no segundo trimestre em muitas partes do mundo.⁽⁹⁾

Laparotomia

A hysterotomia, incisão com esvaziamento do conteúdo uterino, ou hysterectomia são procedimentos cirúrgicos raramente efectuados no abortamento induzido Exceptuam-se os casos de patologia uterina com indicação para hysterectomia.⁽¹⁾

ABORTAMENTO MÉDICO

No abortamento a gravidez pode também ser interrompida utilizando substâncias naturais ou sintéticas, sendo referido como AI médico. Ao longo dos tempos muitas têm sido a substâncias naturais utilizadas com fins abortivos.⁽¹⁾

O sucesso do AM é normalmente definido como abortamento completo, ou seja, sem necessidade de recorrer a procedimentos invasivos.⁽⁷⁾

Abortamento médico no primeiro trimestre da gravidez

Segundo o *American College of Obstetricians and Gynecologists*, o abortamento médico (AM) é uma alternativa aceitável ao abortamento cirúrgico (AC), em gestações com menos de 49 dias e na ausência de contra-indicações. O AM, nesta fase precoce da gravidez, apresenta uma eficácia de 90 a 98%. Os três fármacos mais utilizados com esta finalidade incluem a *mifepristona* (um antiprogesterativo), o *metotrexato* (um antimetabolito) e o *misoprostol* (uma prostaglandina). Estes agentes provocam o abortamento pelo efeito uterotónico, por reverterem

a inibição das contrações uterinas induzidas pela progesterona (mifepristona e metotrexato), ou devido aos efeitos bioquímicos a nível decidual (misoprostol). Além da alergia específica a cada um, as contraindicações genéricas são: ser portadora de dispositivo intrauterino, anemia grave, coagulopatia ou estado de hipocoagulação, doença hepática activa, patologia cardiovascular, e distúrbio neurológico com convulsões não controláveis.⁽¹⁾

No AI durante o primeiro trimestre da gravidez a **mifepristona**, quando usada isoladamente, tem uma eficácia na ordem dos 65-95%⁽¹⁰⁾, podendo aumentar para 95-97% quando combinada com uma prostaglandina.^(10, 11) Este esquema terapêutico é muito bem aceite pela mulher pois, além da eficácia, apresenta uma taxa reduzida de complicações.⁽¹¹⁾ Os efeitos laterais imediatos estão bem documentados, sendo os mais comuns o tremulo, vômitos, diarreia, dor abdominal, cefaleia e/ou tonturas, podendo surgir, ocasionalmente, choque anafilático ou hemorrágico, arritmia e convulsões. Contudo, há pouca informação disponível em relação aos seus efeitos a longo prazo.⁽¹⁰⁾ Mais, a toma dos anticoncepcionais orais pode iniciar-se logo após a ingestão de mifepristona, permitindo uma contracepção pós-abortamento precoce.⁽⁷⁾

Abortamento médico no segundo trimestre da gravidez

Ao longo dos tempos foram descritos métodos invasivos de AM no segundo trimestre. No entanto, na última década, têm sido adoptados esquemas terapêuticos seguros e eficazes nesta fase mais avançada da gravidez. De entre estes métodos não invasivos, destacam-se a administração de **ocitocina** endovenosa em altas doses e prostaglandinas por via vaginal como os análogos das **prostaglandina E₂** e **prostaglandina E₁**.

O **Misoprostol**, análogo da prostaglandina E₁, tem demonstrado ser o agente mais eficaz na interrupção da gravidez no segundo trimestre. A segurança deste fármaco tem sido questionada nas mulheres com antecedentes de parto por cesariana, dado o risco de ruptura uterina.⁽¹²⁾

CAUSAS DO ABORTAMENTO INDUZIDO

Os motivos mais frequentes de AI incluem as cromossomopatias, as malformações fetais, a ruptura prematura das membranas, a corioamnionite, a patologia materna associada à gravidez

como doença hipertensiva, trombofilias, patologia infecciosa, neoplasias malignas, distúrbios psiquiátricos, entre outras.^(5, 13) A necessidade de tratamento materno que envolva radiação ionizante, quimioterapia e imunização com vírus vivos inactivados, numa fase precoce da gravidez, são outras razões a ponderar pelo AI.⁽⁸⁾ Nas mulheres mais jovens outro motivo comum de AI é a gravidez indesejada devido às consequências sócio-económicas e de relacionamento com o companheiro.⁽¹⁴⁾ Cerca de 25% das mulheres norte-americanas, no final dos anos 80, referiam como principal razão para recorrerem ao AI o desejo em adiar a maternidade.⁽¹⁵⁾

CONSEQUÊNCIAS DO ABORTAMENTO INDUZIDO

As consequências do AI podem ser imediatas ou tardias.

IMEDIATAS

As consequências imediatas do AI englobam as que acontecem logo após a interrupção da gravidez.

Hemorragia Uterina

A hemorragia uterina, com repercussão hemodinâmica, conseqüente ao AI tem uma incidência inferior a 5%, sendo a necessidade de transfusão extremamente rara.^(8,11)

No AM a duração média da hemorragia vaginal varia entre 9 a 17 dias⁽⁷⁾, sendo habitualmente superior à do AC.^(2, 11) No entanto, as complicações hemorrágicas são mais frequentes após o AC no segundo trimestre devido ao risco de perfuração uterina, laceração cervical, abortamento incompleto ou atonia uterina após exteriorização do produto de concepção.⁽⁹⁾

Complicação infecciosa

Entre as complicações mais frequentes do AI encontra-se a patologia infecciosa que engloba a endometrite ou o abortamento incompleto infectado. A incidência de infecção uterina após AC é 0,1 - 5% e após o AM cerca de 0,09-0,5%.⁽⁸⁾ Segundo *Niinimäki et al*, esta complicação é

igualmente frequente nos abortamentos médico e cirúrgico, e em ambos os grupos a incidência é maior com o aumento da duração de gestação.⁽¹⁶⁾ A apresentação clínica traduz dor abdominal, contractilidade uterina de intensidade crescente, febre e hemorragia vaginal de odor desagradável.⁽⁸⁾

Um dos organismos envolvidos nas complicações infecciosas do AI é o *C. sordelli*^(7, 17), uma bactéria gram positiva, cuja infecção é extremamente rara nos humanos. Apesar de nem sempre ser fatal, esta infecção pode progredir para *toxic shock syndrome (TSS)*.^(7, 17) Há casos clínicos de infecção por *C. sordelli* pós-abortamento nos quais a evolução para TSS foi fulminante.⁽⁷⁾ Este organismo coloniza a vagina e é provável que as bactérias ascendam à cavidade uterina causando doença pós-abortamento, com ou sem o uso de instrumentos.⁽¹⁷⁾ Complicações infecciosas graves por *C. sordelli* após AM levantaram a questão se a administração vaginal do misoprostol seria um factor contributivo.^(7, 18)

Perfuração uterina

No AC a incidência de perfuração uterina é cerca de 1,3 por 1000.⁽⁸⁾ Dois factores de risco determinantes são experiência do cirurgião e a posição uterina em retroversão. Os órgãos perfurados podem incluir não só o útero mas também o intestino e a bexiga.^(8, 16)

A realização de AC sob controlo ecográfico intra-operatório diminui a taxa desta complicação.⁽⁹⁾

Ruptura uterina

Berghella et al realizaram um ensaio clínico retrospectivo que incluiu mulheres com antecedentes de parto por cesariana submetidas, posteriormente, a abortamento induzido com vários esquemas de misoprostol no segundo trimestre (16-28 semanas): um grupo com uma histerotomia transversal baixa, outro com duas histerotomias transversais baixas e outro com histerotomia vertical (cesariana clássica). Os autores constataram que nas primeiras a incidência de ruptura uterina foi 0,4%, no segundo grupo 0% e nas últimas 50%.⁽¹²⁾ À medida que a idade gestacional avança o miométrio torna-se mais sensível ao efeito tónico das prostaglandinas e o risco de ruptura uterina é mais elevado.⁽⁷⁾

Morte Materna

A morte materna pode resultar de complicações hemorrágicas ou infecciosas, referidas anteriormente.

Os factores que têm contribuído para a redução da mortalidade materna incluem: a idade gestacional mais precoce na altura do AI e o aperfeiçoamento dos métodos e dos cuidados assistenciais em Medicina. O risco relativo de morte materna como consequência do AI duplica, aproximadamente, por cada 2 semanas após as 8 semanas de gestação.⁽¹⁾

TARDIAS

As consequências tardias do AI englobam aquelas que acontecem num período de meses ou anos após o procedimento ou numa gravidez seguinte.

As principais consequências apontadas do AI em gestações subsequentes são o abortamento espontâneo, anomalias da placentação, parto pré-termo e distúrbios do humor.⁽¹⁹⁾ No entanto, estes dados resultam maioritariamente de estudos observacionais e, por isso, estão sujeitos a eventuais factores de confusão.⁽¹⁾ Mesmo a associação entre a D&C no AC com complicações numa gravidez seguinte não é consensual.⁽⁹⁾

Abortamento Espontâneo

Numa meta-análise, conduzida por *C. Gan et al.*, a incidência de abortamento espontâneo após AM foi 2,64% e após AC 3,59%, sendo esta diferença estatisticamente significativa. A explicação para esta disparidade foi o facto de as mulheres com antecedentes de AC terem sido submetidas a dilatação cervical mecânica, com conseqüente lesão do colo uterino e eventual insuficiência cervico-ístmica.⁽⁶⁾

Anomalias da placentação em gestações subsequentes

As anomalias da placentação em gestações de mulheres com antecedentes de AI incluem o descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI), a placenta prévia e o acretismo. Embora esta complicação seja habitualmente associada a antecedentes de AI

cirúrgico nem todos os ensaios clínicos chegaram a esta conclusão.^(6, 20) *K. Haldre et al.* concluíram que o risco de complicações placentares após o AI cirúrgico em que houve necessidade de remoção manual da placenta ou revisão digito-instrumental da cavidade uterina era, comparativamente a parturientes sem história de abortamento, 25% maior nas parturientes submetidas a um abortamento cirúrgico prévio (AC) e 28% maior nas que tinham sido submetidas a dois ou mais AC.⁽²⁰⁾ De facto, mesmo o AC por aspiração com vácuo pode lesionar a camada basal do útero, e até o miométrio, aumentando o risco de placenta prévia, acretismo e retenção placentar em gravidezes seguintes.⁽⁶⁾

Num estudo de casos-controlos prospectivo, *Zhu et al.* compararam dois grupos de mulheres grávidas nulíparas, um com história de um AM por mifepristona no primeiro trimestre e outro sem história de abortamento, em relação às complicações placentares detectadas nessas gravidezes. Essas complicações incluíram o DPPNI, placenta prévia, acretismo placentar e retenção de placenta, sendo as respectivas proporções em cada grupo de 0.5 e 0.3, 0.8 e 0.9, 0.5 e 0.5, e 0.7 e 0.8%, respectivamente, não havendo diferenças significativas.⁽¹⁰⁾

Parto pré-termo (PPT) em gestações subsequentes

O abortamento induzido tem sido descrito como factor de risco de PPT nas gravidezes subsequentes.^(5, 15, 21, 22) Contudo, alguns ensaios não concluíram esta associação.^(19, 23) As causas descritas incluem o traumatismo do colo uterino devido à dilatação mecânica no AC e/ou a infecção pós-abortamento.^(5, 15)

P.-Y.Ancel et al. avaliaram esta relação em várias partes da Europa, num estudo retrospectivo. Os autores concluíram que uma história prévia de AI estava significativamente associada a PPT em futuras gravidezes e que o risco deste evento aumentava com o número de AIs.⁽²¹⁾ Também *R. Freak-Poli et al.* constataram que o risco de parto pré-termo é 25% maior nas grávidas com antecedentes de um abortamento induzido, médico ou cirúrgico (OR 1,25, 95% CI 1,13-1,40) (15).

Morbilidade psiquiátrica

A morbilidade psiquiátrica pode ser considerada uma complicação precoce e/ou tardia do AI.

As mulheres com antecedentes de depressão podem estar em risco de desenvolver depressão após o AI.⁽⁸⁾ *Rees DI et al* verificaram que o AI se associa ao aumento do risco, mais do dobro, em desenvolver depressão major, comparativamente à população de mulheres não grávidas (OR 2.15, 95% CI 1.01-4.57). Outros autores defendem que as mulheres que se submeteram a AI não têm risco aumentado de desenvolver esta doença.⁽²⁴⁾ A incidência de estado depressivo parece ser superior nos primeiros seis meses após o abortamento induzido comparativamente ao da população geral.⁽²⁵⁾

Entre 10 a 30% das mulheres apresentam sentimento transitório de culpa, tristeza ou arrependimento após o abortamento induzido, sobretudo as mais jovens (< 24 anos) e com filhos.⁽⁸⁾ O nível de **ansiedade** nas mulheres submetidas a AI é superior ao da população geral, pelo menos até 5 anos após o procedimento.⁽²⁵⁾ Mesmo comparando as mulheres com gravidez indesejada que efectuaram AI com aquelas que levaram a gravidez a termo, os níveis de ansiedade são significativamente mais elevados nas primeiras.⁽²⁶⁾

Tanto os homens como as mulheres encaram a terminação da gravidez mais como um trauma do que como uma perda.⁽²⁷⁾ Num ensaio de coorte prospectivo, levado a cabo por *M.J. Korenromp et al.*, foram investigadas as consequências psicológicas nos membros do casal que optaram pelo AI devido a anomalias fetais. Os autores constataram que 4 meses após o procedimento, tanto mulheres como homens demonstraram elevados níveis de *stress* pós-traumático (44% e 22%, respectivamente) e sintomas depressivos (28% e 16%, respectivamente). Os factores de risco psicológico detectados foram o grau de dúvida no período de reflexão, o apoio inadequado por parte do parceiro/a, a baixa auto-estima, idade jovem, crença religiosa e idade gestacional avançada.⁽²⁸⁾ Nos casos de AI por anomalias fetais, muitas mulheres passam por um período de **luto** que se pode prolongar até mais de 6 meses.⁽²⁹⁾

Nalguns casos, a sintomatologia de *stress* pós-traumático após o AI pode persistir mais de 7 anos, sem diminuição da intensidade.⁽³⁰⁾

A morbidade do foro psiquiátrico parece ser independente do tipo de procedimento, médico ou cirúrgico, utilizado no AI.⁽¹⁶⁾

DISCUSSÃO

Em Portugal, de acordo com a informação disponibilizada pela Direcção-Geral da Saúde, nos últimos anos têm sido notificadas menos complicações graves (infecção/sepsis e perfurações uterinas) relacionadas com as interrupções de gravidez realizadas fora do quadro legal.⁽³⁾ No entanto, o único período para o qual existem dados estatísticos relativos às complicações do AI em meio hospitalar é o ano de 2008 (até 2007 não se contabilizavam os AI em meio hospitalar). Neste período contabilizaram-se 18607 interrupções da gravidez, 96.81% por opção da mulher e 2.45% por motivos fetais. Praticamente sessenta e oito por cento (67.89%) das interrupções por opção da mulher foram resolvidas com recurso exclusivo agentes farmacológicos.⁽⁴⁾ No mesmo ano, as principais complicações do AI incluíram a infecção/sépsis (5 casos) e a perfuração do útero/outro órgão (2 casos). Os motivos de AI que precederam estes eventos foram variados, ou seja, razões maternas e fetais, crime contra a liberdade e autodeterminação sexual, assim como por opção da mulher.⁽³¹⁾ Estas complicações são mais comuns no AC, principalmente a perfuração uterina, e a sua baixa incidência está de acordo com o facto da maioria dos AI terem sido AM e por opção da mulher, ou seja, numa fase precoce da gestação.

No ano seguinte, em 2009, o número de interrupções da gravidez medicamente assistida aumentou para 19572, sendo a maioria (96,83%) por opção da mulher. As causas de AI mais comuns, a seguir à mencionada, foram as patologias ou malformações congénitas fetais (5,66%). Das realizadas por opção da mulher, 66,65% foram AM.⁽³⁾

Pela pesquisa efectuada não foi possível obter dados estatísticos respeitantes às complicações do AI no período de 2009. Além disso, também não foram encontrados dados estatísticos relativos à morbidade psiquiátrica, assim como de outras possíveis consequências tardias, após a interrupção da gravidez medicamente assistida, em Portugal.

CONCLUSÃO

Realça-se a importância em averiguar as causas que levam a mulher a optar pela interrupção voluntária da gravidez, assim como em obter dados precisos das consequências a curto e longo prazo, de modo a melhorar a prestação na assistência à saúde.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Cunningham, F. Gary; Gant, Norman F.; Leveno, Kenneth J., Gilstrap III, Larry C.; Hauth, John C.; Wenstrom, Katherine D. (2001); *William's Obstetrics 21st Edition*. International Edition.
- (2) *Código Penal 2009 – Redacção Resultante das alterações introduzidas pela Lei 59/2007 de 04/09 Lei n.º 61/2008 de 31 de Outubro (altera o regime do divórcio)*. Verbo Jurídico.
- (3) Direcção-Geral da Saúde. Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da Lei 16/2007 de 17 de Abril – Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2009 [Internet]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2010 Mar [citado 2010 Abr 18]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>
- (4) Direcção-Geral da Saúde. Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da Lei 16/2007 de 17 de Abril – Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2008 – Edição Revista [Internet]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2010 Mar [citado 2010 Abr 18]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>
- (5) Mirmilstein V, Rowlands S, King JF; Outcomes for subsequent pregnancy in women who have undergone misoprostol mid-trimester termination of pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009; 49: 195–197.
- (6) Gan C, Zou Y, Wu S, Li Y, Liu Q. The influence of medical abortion compared with surgical abortion on subsequent pregnancy outcome. *Int J Gynaecol Obstet* 2008; 101, 231–238.
- (7) Beal MW; Update on Medication Abortion. *J Midwifery Womens Health* 2007;52:23–30.
- (8) Scott, James R.; Gibbs, Ronald S.; Karlan, Beth Y.; Haney, Arthur F. (2003); *Danforth's Obstetrics and Gynecology Ninth Edition*. Philadelphia; Lippincot Williams & Wilkins.
- (9) Lohr PA. Surgical Abortion in the Second Trimester. *Reprod Health Matters* 2008;16 (31 Supplement):151–161.
- (10) Zhu QX, Gao ES, Chen AM, Luo L, Cheng YM, Yuan W. Placental complications in subsequent Pregnancy. *Hum Reprod.* 2009, 24: 315–319.
- (11) Singh M, Porter C, Griffiths S. First trimester medical termination of pregnancy: The Nottingham experience. *J Obstet Gynaecol*, April 2008; 28(3): 315 – 316.

- ⁽¹²⁾ Berghella V, Airoidi J, O'Neill A, Einhorn K, Hoffman M. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean: a systematic review. *BJOG* 2009;116:1151–1157.
- ⁽¹³⁾ Papiernik E, Zeitlin J, Delmas D, Draper E, Gadzinowski J, Künzel W, Cuttini M, Di Lallo D, Weber T, Kollée L, Bekaert A, Bréart G, the MOSAIC Research Group. Termination of pregnancy among very preterm births and its impact on very preterm mortality: results from ten European population-based cohorts in the MOSAIC study. *BJOG* 2008;115:361–368.
- ⁽¹⁴⁾ Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ; Abortion Among Young Women And Subsequent Life Outcomes. *Perspect Sex Reprod Health*, 2007, 39(1):6–12.
- ⁽¹⁵⁾ Freak-Poli R, Chan A, Tucker G, Street J. Previous abortion and risk of pre-term birth: a population study. *J Matern Fetal Neonatal Med*, January 2009; 22: 1–7
- ⁽¹⁶⁾ Niinimäki M, Pouta A, Bloigu A, Gissler M, Hemminki E, Suhonen S, Heikinheimo O. Immediate Complications After Medical Compared With Surgical Termination of Pregnancy, *Obstet Gynecol* 2009;114:795–804
- ⁽¹⁷⁾ Cohen AL, Bhatnagar J, Reagan S, Zane SB, D'Angeli MA, Fischer M, Killgore G, Kwan-Gett TS, Blossom DB, Shieh WJ, Guarner J, Jernigan J, Duchin JS, Zaki SR, McDonald LC; Toxic Shock Associated With *Clostridium sordellii* and *Clostridium perfringens* After Medical and Spontaneous Abortion. *Obstet Gynecol* 2007;110,1027–1033.
- ⁽¹⁸⁾ Winikoff B; *Clostridium sordellii* Infection in Medical Abortion. *Clin Infect Dis*. 2006; 43:1447–1448
- ⁽¹⁹⁾ Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. Induced Abortion: Not an Independent Risk Factor for Pregnancy Outcome, But a Challenge for Health Counseling. *Ann Epidemiol* 2006;16:587–592.
- ⁽²⁰⁾ Haldre K, Rahu K, Karro H, Rahu M. Previous history of surgically induced abortion and complications of the third stage of labour in subsequent normal vaginal deliveries. *J Matern Fetal Neonatal Med*, December 2008; 21(12): 884–888

- (21) Ancel PY, Lelong N, Papiernik E, Saurel-Cubizolles MJ, Kaminski M; History of induced abortion as a risk factor for preterm birth in European countries: results of the EUROPOP survey. *Hum Reprod.* 2004; 19: 734-740.
- (22) Moreau C, Kaminski M, Ancel PY, Bouyer J, Escande B, Thiriez G, Boulot P, Fresson J, Arnaud C, Subtil D, Marpeau L, Roze JC, Maillard F, Larroque B; Previous induced abortions and the risk of very preterm delivery: results of the EPIPAGE study. *BJOG* 2005; 112, 430–437.
- (23) Chasen ST, Kalish RB, Gupta M, Kaufman J, Chervenak FA; Obstetric outcomes after surgical abortion at > 20 weeks' gestation. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193, 1161–1164.
- (24) Rees DI, Sabia JJ; The relationship between abortion and depression: New evidence from the fragile families and child wellbeing study. *Med Sci Monit*, 2007; 13(10): 430-436.
- (25) Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg O. Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: A longitudinal five-year follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 317-/323.
- (26) Cougle JR, Reardon DC, Coleman PK; Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. *J Anxiety Disord* 2005; 19, 137–142.
- (27) Korenromp MJ, Page-Christiaens GC M L, Bout GCML, Mulder EJH, Hunfeld JAM, Bilardo CM, Offermans JPM, Visser Gerard HA; Psychological consequences of termination of pregnancy for fetal anomaly: similarities and differences between partners. *Prenat Diagn* 2005; 25: 1226–1233.
- (28) Korenromp MJ, Page-Christiaens GC M L, Bout GCML, Mulder EJH, Hunfeld JAM, Potters CMAA, Erwich JJHM, van Binsbergen CJM, Brons JTJ, Beekhuis JR, Omtzigt AWJ, Visser GHA; A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies. *Prenat Diagn* 2007; 27: 709–716.
- (29) Kersting A, Reutemann M, Ohrmann P, Baez E, Klockenbusch W, Lanczik M, Arolt V; Grief after termination of pregnancy due to fetal malformation. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004;25, 163–169.

⁽³⁰⁾ Korenromp MJ, Page-Christiaens GC M L, Bout GCML, Mulder EJH, Hunfeld JAM, Bilardo CM, Offermans JPM, Visser Gerard HA; Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectional study. *Prenat Diagn* 2005; 25: 253–260.

⁽³¹⁾ Direcção-Geral da Saúde. Registo dos episódios de atendimentos relacionados com a interrupção de gravidez – Art.º 11º da Lei 120/99 de 11 de Agosto e Art.º 10º do DL 259/2000 de 17 de Outubro – Relatório referente ao ano de 2008 [Internet]. Direcção-Geral da Saúde; [citado 2010 Abr 18]. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>