

Contribuição para o estudo da ocorrência da interrupção voluntária da gravidez em Portugal continental (1993 a 1997): estimativas utilizando dados da rede de médicos sentinela e dos diagnósticos das altas hospitalares (grupos de diagnósticos homogéneos)

CARLOS MATIAS DIAS
ISABEL MARINHO FALCÃO
JOSÉ MARINHO FALCÃO

Apesar de existir em Portugal alguma informação sobre a epidemiologia da interrupção voluntária da gravidez (IVG), parece importante aumentar o conhecimento sobre este tema, complementando os estudos de base populacional disponíveis. O objectivo deste trabalho foi estimar a incidência de IVG na população feminina de Portugal continental com idade entre os 15 e os 44 anos entre os anos de 1993 a 1997. Utilizaram-se para tal dados gerados por dois sistemas de informação: o sistema de vigilância epidemiológica «Médicos Sentinela» e o sistema de informação de rotina baseado nos diagnósticos de alta hospitalar (grupos de diagnósticos homogéneos).

Os resultados sugerem que no período em estudo terão ocorrido, em média, 3861,4 IVG/100 000 mulheres/ano, valor que terá sido mais elevado no grupo etário dos 25 aos 34 anos (5472,1 casos/100 000 mulheres/ano), enquanto o número de IVG por 1000 nados-vivos parece ter sido mais elevado entre os 35 e os 44 anos (2810,5 IVG/1000 nados-vivos). Durante o período em estudo, a taxa de incidência de IVG terá diminuído de 6752,1 casos/100 000 mulheres em 1993 para 4339,2 casos/100 000 mulheres em 1997.



Carlos Matias Dias é médico, assistente da carreira de saúde pública, mestre em epidemiologia pela Universidade de Londres. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
Isabel Marinho Falcão é médica, consultora da carreira de clínica geral. Divisão de Epidemiologia da Direcção-Geral da Saúde.
José Marinho Falcão é médico, chefe de serviço da carreira de saúde pública, mestre em epidemiologia pela Universidade de Londres. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

A comparação dos indicadores calculados neste trabalho com os disponíveis para outros países sugere que, em Portugal, a IVG tem uma frequência superior à verificada no resto da Europa ocidental e do Sul. Torna-se necessário aprofundar este estudo para obter estimativas indirectas mais fiáveis da incidência de IVG, pelo menos até que esteja disponível um sistema de vigilância específico sobre este problema, em Portugal.

1. Introdução

O conhecimento sobre as características da ocorrência da interrupção voluntária da gravidez (IVG) numa população é fundamental para compreender o padrão de fertilidade dessa população, para prevenir os riscos associados à realização da IVG e para planejar os serviços, nomeadamente os relacionados com as actividades de saúde materno-infantil e planeamento familiar (Henshaw, 1987). No entanto, as características da ocorrência da IVG são de difícil conhecimento tanto em países onde ela é permitida por lei como naqueles onde não é (Singh, 1991). Esta dificuldade resulta quer da inexistência de dados e de informação sobre a epidemiologia da IVG, quer, em países onde existem sistemas de vigilância ou onde se realizam estudos específicos, da subnotificação e deficiente classificação dos casos decorrente, pelo menos em parte, do estigma social associado à IVG e à sua prática não permitida por lei (Henshaw, 1987; Singh, 1991).

Em Portugal, embora não exista um sistema de vigilância epidemiológica específico, existe alguma informação sobre a ocorrência da IVG, baseada em dados gerados pelo sistema de vigilância epidemiológica «Médicos Sentinela» (MS) (Portugal. Direcção-Geral da Saúde, 1993-1997; Catarino, 1996), pelo sistema de informação de rotina baseado nos diagnósticos de alta hospitalar (grupos de diagnósticos homogêneos — GDH) (Portugal. Instituto de Gestão Informática e Financeira, 1993-1997), por inquéritos de base populacional (Inquérito à Fecundidade e Família — IFF) (Portugal. Instituto Nacional de Estatística, 1997) e por trabalhos de investigação específicos sobre este assunto (Tomé, 1998). No entanto, estes dados e estimativas estão sujeitos aos mesmos problemas de informação acima descritos. De facto, as duas primeiras fontes de informação apenas abrangem a população que recorre ao sistema de saúde público, enquanto que o IFF não permite, tanto quanto sabemos, o cálculo do número e das taxas de incidência de IVG em cada ano. Também, tanto quanto foi possível apurar através da revisão bibliográfica realizada, os poucos trabalhos de investigação que até agora abordaram este tema numa perspectiva epidemiológica não foram realizados em amostras representativas da população portuguesa.

Em países, como Portugal, em que a informação sobre a epidemiologia da IVG é escassa têm sido frequentemente utilizados métodos indirectos que recorrem a dados de várias fontes para o cálculo de alguns indicadores (Singh, 1991). Foi um destes métodos que se utilizou neste trabalho, com o objectivo de obter estimativas de alguns indicadores da ocorrência de IVG na população feminina dos 15 aos 44 anos de idade em Portugal continental entre os anos de 1993 e 1997.

2. Material e métodos

Para este trabalho considerou-se o conceito da IVG que corresponde aos abortos induzidos sem indicação admitida por lei. Para estimar, indirectamente, o número absoluto e a taxa de incidência de IVG em Portugal continental entre os anos de 1993 e 1997 foram utilizados dados provenientes de dois sistemas de informação: a rede MS, gerida pela Direcção-Geral da Saúde (Portugal. Direcção-Geral da Saúde, 1993-1997), e o sistema GDH, gerido pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde (Portugal. Instituto de Gestão Informática e Financeira, 1993-1997).

A rede MS gera, desde 1990, dados sobre o número e taxas de incidência anuais de IVG ocorridos numa população bem caracterizada de utentes inscritos nas

listas de um grupo de clínicos gerais que trabalham em centros de saúde distribuídos por todo o país e que notificam semanalmente a ocorrência de algumas situações de saúde e doença (Portugal. Direcção-Geral da Saúde, 1993-1997). Através deste sistema é também possível obter informação sobre a proporção das IVG notificadas que foram hospitalizadas por um período superior a vinte e quatro horas em qualquer hospital.

Por outro lado, através do sistema GDH é possível conhecer, desde 1993, o número de internamentos em hospitais públicos de Portugal continental (99 hospitais em 1993) que tiveram como diagnóstico principal «aborto», classificado de acordo com as categorias da nona Classificação Internacional de Doenças e Causas de Morte (modificação clínica) (CID-9-CM) (Portugal. Instituto de Gestão Informática e Financeira, 1993-1997; Organização Mundial de Saúde, 1980; USA. National Centre for Health Statistics, 1997).

Para este trabalho foram considerados os dados gerados por ambos os sistemas nos anos de 1993 a 1997, em Portugal continental, referentes a mulheres entre os 15 e os 44 anos de idade. Foram calculadas estimativas anuais e anuais médias apenas para os grupos etários 15-24, 25-34 e 35-44, devido aos pequenos números de internamentos por aborto e notificações de IVG, obtidos através de ambos os sistemas de informação para os grupos etários abaixo de 15 anos e acima de 44 anos (Portugal. Direcção-Geral da Saúde, 1993-1997).

Quanto aos internamentos, foram considerados aqueles em que o diagnóstico principal foi de «aborto espontâneo», «aborto não especificado» e «aborto induzido sem indicação legal», a que correspondem os códigos 634, 637 e 636 da CID-9-MC (Organização Mundial de Saúde, 1980; USA. National Centre for Health Statistics, 1997).

O número de internamentos por aborto espontâneo foi corrigido tendo em conta que, destes, alguns terão sido causados por abortos verdadeiramente espontâneos, enquanto outros terão correspondido a abortos realizados sem indicação admitida legalmente e classificados deliberadamente como espontâneos, tal como descrito por alguns autores noutros países (Harlap, 1980). Assim, com base na literatura, admitiu-se que o número de abortos verdadeiramente espontâneos que ocorreram na população portuguesa terá correspondido a 2,48% do número total de nados vivos em cada ano (Singh, 1991). Pressupondo que em Portugal a grande maioria dos abortos espontâneos é alvo de atenção hospitalar, pode considerar-se que a estimativa do número de IVG na população, corrigida por aquele factor, de modo a remover os abortos verdadeiramente espontâneos, é uma aproxima-

mação razoável ao verdadeiro número de casos de IVG na população (Singh, 1991).

Quanto aos internamentos classificados como «aborto não especificado», foram todos considerados como sendo casos de abortos realizados voluntariamente e sem indicação admitida por lei (IVG) que recorreram aos hospitais públicos e foram classificados deliberadamente como «não especificados».

Excluíram-se neste trabalho os internamentos cujo diagnóstico principal tenha sido «aborto retido» ou «complicações consequentes ao aborto e à gravidez ectópica e molar» (códigos CID-9-MC: 632 e 639) por se considerar que não é possível, nestas categorias, distinguir entre IVG e abortos devidos a outras causas, nomeadamente os abortos retidos decorrentes de abortos verdadeiramente espontâneos e os abortos devidos a gravidez ectópica e molar (Organização Mundial de Saúde, 1980; USA. National Centre for Health Statistics, 1997). Os internamentos cujo diagnóstico principal foi «tentativa de aborto malograda» (código CID-9-MC: 638) foram também excluídos dado o seu pequeno número e também porque esta categoria inclui os casos de falha na tentativa de indução de aborto realizado com indicação legal, situação que, no entanto, não deverá ter expressão em Portugal (Organização Mundial de Saúde, 1980; USA. National Centre for Health Statistics, 1997; Portugal. Instituto de Gestão Informática e Financeira, 1993-1997).

Utilizando a percentagem de IVG hospitalizadas, estimada através da rede MS (Portugal. Direcção-Geral da Saúde, 1993-1997), o número de internamentos com diagnóstico de «aborto», obtidos através do sistema GDH (Portugal. Instituto de Gestão Informática e Financeira, 1993-1997), e as estimativas da população feminina nos grupos etários considerados residente em Portugal continental em cada um dos anos em estudo (Portugal. Instituto Nacional de Estatística, 1993-1997), calcularam-se várias estimativas indirectas do número de IVG e taxas de incidência de IVG que terão sido realizadas na população de Portugal continental nos anos de 1993 a 1997, de acordo com a metodologia seguida por outros autores (Singh, 1991). Utilizaram-se três combinações possíveis do número de internamentos por «aborto induzido sem indicação legal» (adiante referido como aborto ilegal), «aborto espontâneo» e «aborto não especificado», de modo a obter outras tantas estimativas do número de IVG realizadas na população.

De modo a permitir a comparação com os indicadores disponíveis para Portugal e para outros países, calculou-se, para os grupos etários em estudo, a razão entre o número de IVG estimado neste trabalho e o número de nados-vivos real (número de IVG/1000 nados-vivos) (Organização Mundial de Saúde, 1999),

assim como o número de IVG por 1000 mulheres nos grupos etários em estudo (Henshaw, 1999). O primeiro daqueles indicadores foi calculado com recurso aos dados relativos ao número de nados-vivos por idade da mãe (Portugal. Instituto Nacional de Estatística, Estatísticas demográficas, 1993-1997). Os resultados do segundo indicador são apresentados por 100 000 mulheres por ano, por coerência com as taxas de incidência disponíveis, nomeadamente as obtidas e publicadas pela rede MS (Portugal. Direcção-Geral da Saúde, 1993-1997). No entanto, elas são facilmente convertíveis em taxas de IVG (número de IVG/1000 mulheres entre os 15 e os 44 anos/ano) se o seu valor numérico for dividido por 100. Ambos estes indicadores foram calculados para o conjunto dos cinco anos em estudo de modo a obter efectivos mais estáveis em cada grupo etário.

3. Resultados

Utilizando apenas as taxas de incidência anuais de IVG geradas pela rede MS nos anos em estudo e o número anual de efectivos da população feminina, pode estimar-se em cerca de 5218 casos no ano de 1994 e em cerca de 3271 casos no ano de 1995 o número anual máximo e mínimo de IVG realizadas na população feminina de Portugal continental com idade entre os 15 e os 44 anos (*Quadro I*). Por outro lado, no mesmo período de tempo e na mesma população, o número anual de internamentos por aborto realizado sem indicações admitidas por lei (CID-9-MC: 636) obtidos através do sistema GDH situou-se na ordem das duas centenas (*Quadro II*).

Das IVG notificadas através da rede MS, cerca de 1,79% em 1995 e 13,16% em 1996 foram hospitalizadas durante mais de vinte e quatro horas, tal como é descrito no *Quadro II*. No mesmo quadro apresentaram-se as frequências absolutas dos internamentos em que o diagnóstico principal foi de «aborto» (ilegal, não especificado, espontâneo) obtidas através do sistema GDH, bem como as estimativas indirectas, anuais e anuais médias, da frequência absoluta de IVG calculadas através da utilização conjunta dos dados gerados por estes dois sistemas.

Considerando que o valor da percentagem de IVG hospitalizadas em 1995, obtido através da rede MS (1,79%) se revelou discordante e sugestivo de sub-notificação relativamente aos valores obtidos nos restantes anos pela mesma fonte, foram também calculadas as estimativas anuais médias da frequência absoluta e taxas de incidência de IVG após exclusão deste ano (*Quadros I, II e III*).

De uma maneira geral, o número de internamentos com diagnóstico principal de cada um dos tipos de

«aborto» obtidos apenas através do sistema GDH foi inferior às estimativas na população, corrigidas através da proporção de IVG internadas e notificadas através da rede MS, como seria, aliás, de esperar (*Quadros I e II*). Da mesma forma, tanto o número absoluto de internamentos como as estimativas na população foram maiores para os casos de «aborto espontâneo» e menores para os casos de «aborto ilegal» (*Quadro II*). Tanto o número de internamentos por aborto como as estimativas de IVG obtidas para a população parecem revelar uma tendência decrescente ao longo dos anos em estudo.

Por outro lado, as estimativas do número de IVG na população obtidas indirectamente através das taxas de incidência geradas pela rede MS revelaram-se da mesma ordem de grandeza daquelas que foram obtidas através do uso conjunto dos dados da rede MS e do sistema GDH, utilizando apenas os internamentos cujo diagnóstico principal foi de «aborto ilegal» (*Quadros I e II*).

Utilizando três combinações do número dos internamentos cujo diagnóstico principal foi um dos tipos de aborto acima descritos, obtiveram-se três cenários possíveis para as frequências absolutas e taxas de incidência anuais e anuais médias de IVG na população em estudo (*Quadro III*). Assim, de acordo com os cenários considerados, e se excluirmos o ano de 1995, o número anual médio e a taxa de incidência anual média de IVG durante o período em estudo terão sido 41 980 (1984,2/100 000 mulheres), se considerarmos apenas os abortos ilegais e não especificados, e 81 698 (3861,4/100 000 mulheres), se considerarmos o cenário mais abrangente, que inclui, além daqueles abortos, os espontâneos «falsos» (*Quadro III*).

As estimativas do número absoluto e taxa de incidência de IVG por grupo etário estão descritas no *Quadro IV*. O *Quadro V* contém as estimativas do indicador «número de IVG por 1000 nados-vivos». Em ambos os quadros apresentam-se as estimativas cal-

Quadro I

Estimativa do número de interrupções voluntárias da gravidez (IVG) por grupo etário na população feminina de Portugal continental, calculadas com base nas taxas de incidência geradas pela rede «Médicos Sentinela»

Ano		Grupo etário (anos)			
		15 a 24	25 a 34	35 a 44	15 a 44
1993	Número	1 295	1 641	1 847	4 747
	Taxa	169,4	237,2	285,3	225,7
1994	Número	2 041	1 388	1 848	5 218
	Taxa	267,0	198,7	283,6	246,8
1995	Número	966	1 281	1 001	3 271
	Taxa	127,2	181,9	152,5	154,3
1996	Número	1 743	1 792	1 289	4 857
	Taxa	232,6	251,7	194,9	228,8
1997	Número	1 245	1 758	1 254	4 291
	Taxa	171,1	241,7	187,7	202,1
1993 a 1997 ¹	Número	1 450	1 571	1 457	4 478
	Taxa	192,5	222,3	221,8	211,6
1993 a 1997 ²	Número	1 571	1 645	1 571	4 783
	Taxa	209,1	232,5	239,1	226,1

Nota — As taxas são apresentadas por 100 000 mulheres (15 a 44 anos) por ano.

¹ Incluindo o ano de 1995.

² Excluindo o ano de 1995.

Quadro II
Número anual e número anual médio de interrupções voluntárias da gravidez (IVG) na população feminina de Portugal continental (n. pop) com idade entre os 15 e os 44 anos estimados com base na percentagem de IVG internadas e número de internamentos com diagnóstico principal de aborto (n. int)¹

Ano	Percentagem de IVG hospitalizadas ²	Aborto ilegal (CID 9-MC: 636)		Aborto não especificado (CID 9-MC: 637)		Aborto espontâneo (CID 9-MC: 634)	
		n. int.	n. pop.	n. int.	n. pop.	n. int.	n. pop ⁵
1993	5,4	265	4 876	3 216	59 174	4380	80 595 (77 948)
1994	5,8	271	4 661	2 896	49 811	4328	74 442 (71 911)
1995	1,8	167	9 352	3 039	170 184	4347	243 432 (240 944)
1996	13,3	198	1 485	3 081	23 108	4138	31 035 (28 469)
1997	7,5	190	2 546	3 002	40 227	3880	51 992 (49 361)
1993-1997 ³	6,9	218,2	3 155,6	3 046,8	44 061,4	4214,6	60 949,6 (58 377,7)
1993-1997 ⁴	7,8	231,0	2 956,8	3 048,7	39 024,0	3345,2	53 523,3 (50 930,5)

¹ Fonte: Base de dados dos internamentos hospitalares, IGIF, 1993 a 1997.
² Percentagem de IVG em mulheres dos 15 a 44 anos, hospitalizadas durante mais de vinte e quatro horas.
 Fonte: Rede «Médicos Sentinela», DGS, 1993 a 1997.
³ Incluindo 1995.
⁴ Excluindo 1995.
⁵ Entre parênteses apresenta-se o número estimado corrigido (subtraído do número de abortos espontâneos «verdadeiros»).

n. int.: número de internamentos obtidos através do sistema GDH.
 n. pop.: número de IVG estimado na população feminina de Portugal continental (15 a 44 anos).

culadas para os cinco anos em estudo, bem como as obtidas sem os dados relativos ao ano de 1995, pelas razões expostas anteriormente. Os valores mais elevados do número absoluto e da taxa de incidência de IVG (por 100 000 mulheres entre os 15 e os 44 anos por ano) terão ocorrido no grupo etário 25-34 em qualquer dos três cenários construídos para este trabalho, quer se inclua o ano de 1995, quer não (*Quadro IV*). Considerando apenas os resultados obtidos sem os dados do ano de 1995, verificamos que os três cenários originam taxas médias de incidência de IVG entre os 15 e os 44 anos que poderão ter variado entre um mínimo de 1984,2/100 000/ano até um máximo de 3861,4/100 000/ano. Da mesma forma, o número de IVG/1000 nados-vivos obtido com base nos dados de 1993 a 1997 (excluindo 1995) poderá ter variado entre 401,6/1000 nados-vivos e 781,5/1000 nados-vivos (*Quadro V*).

4. Discussão

Antes de mais deve salientar-se que as estimativas de incidência de IVG agora apresentadas devem ser interpretadas com precaução. Primeiro, porque os dados utilizados nos cálculos podem não reflectir exactamente a realidade. De facto, estes dados foram obtidos a partir de sistemas de informação gerais, criados com outros objectivos que não a caracterização na população do problema da IVG, e não a partir de um sistema de vigilância epidemiológica específico. Por outro lado, os dados utilizados dizem respeito a um número limitado de anos, o que torna as estimativas instáveis e sujeitas à variação aleatória dos números em causa. Em segundo lugar, porque o cálculo das estimativas indirectas agora apresentadas assenta em alguns pressupostos sobre as condições de qualidade e resultado clínico da realização da

Quadro III

Estimativas indirectas do número e taxa de incidência de interrupção voluntária da gravidez (IVG) na população feminina de Portugal continental (15 a 44 anos de idade) obtidas com base em três combinações do número de internamentos hospitalares com diagnóstico principal de «aborto» (ab.)

Ano	Cenário 1 (ab. ilegais + + não especificados)		Cenário 2 (ab. ilegais + + espontâneos «falsos» ¹)		Cenário 3 (ab. ilegais + não especificados + + espontâneos «falsos» ¹)	
	n. pop.	taxa (/100 000)	n. pop.	taxa (/100 000)	n. pop.	taxa (/100 000)
1993	64 050	3 045,6	82 824	3 938,3	141 999	6 752,1
1994	54 472	2 576,4	76 573	3 621,6	126 384	5 977,5
1995	179 536	8 468,9	250 296	11 806,8	420 480	19 834,6
1996	24 593	1 158,6	29 954	1 411,2	53 061	2 499,9
1997	42 773	2 014,5	51 907	2 444,7	92 134	4 339,2
1993-1997 ³	47 217,0	2 230,8	61 533,2	2 907,2	105 594,6	4 988,8
1993-1997 ⁴	41 980,8	1 984,2	42 674,5	2 016,9	81 698,5	3 861,4

¹ IVG classificadas erradamente como abortos espontâneos, estimados indirectamente por subtracção de 2,48% do número total de nados-vivos no ano ao número total de abortos espontâneos estimados para esse ano (Singh, 1991).

³ Incluindo 1995.

⁴ Excluindo 1995.

n. pop.: estimativa do número de IVG na população no período em estudo (soma dos valores apresentados no *Quadro II*).

tx. pop.: estimativa da taxa de incidência de IVG na população. Por conveniência de comparação, apresentaram-se as taxas por 100 000 mulheres (15 a 44 anos) por ano.

Quadro IV

Estimativas indirectas do número (n. pop.) e taxa de incidência (tx. pop por 100 000 por ano) de interrupção voluntária da gravidez (IVG) na população feminina de Portugal continental (1993 a 1997), por grupo etário, obtidas com base em três combinações do número de internamentos hospitalares com diagnóstico principal de «aborto» (ab.)

Grupo etário (anos)	Internamentos por aborto que serviram de base a cada cenário					
	Cenário 1 (ab. ilegais + + não especificados)		Cenário 2 (ab. ilegais + + espontâneos «falsos» ¹)		Cenário 3 (ab. ilegais + não especificados + + espontâneos «falsos» ¹)	
	n. pop.	tx. pop	n. pop.	tx. pop	n. pop.	tx. pop.
Incluindo 1995						
15 a 24	68 347	1 815,5	85 418	2 269,0	148 367	3 941,2
25 a 34	95 774	2 710,1	122 681	3 471,4	212 521	6 013,5
35 a 44	72 314	2 201,7	101 912	3 102,8	169 870	5 171,9
15 a 44 ²	236 084	2 230,8	307 666	2 907,2	527 973	4 988,8
Excluindo 1995						
15 a 24	47 135	1 568,4	57 957	1 928,5	101 264	3 369,4
25 a 34	70 396	2 487,9	89 132	3 149,9	154 837	5 472,1
35 a 44	50 083	1 905,6	68 989	2 624,9	115 895	4 409,6
15 a 44 ²	167 923	1 984,2	170 698	2 016,9	326 794	3 861,4

¹ IVG classificadas erradamente como abortos espontâneos, estimados indirectamente por subtracção de 2,48% do número total de nados-vivos no ano ao número total de abortos espontâneos estimados para esse ano (Singh, 1991).

² Fonte: Base de dados dos internamentos hospitalares (GDH).

Quadro V

Estimativas indirectas do número de IVG por 1000 nados-vivos na população feminina de Portugal continental (15 a 44 anos de idade) entre 1993 e 1997 por grupo etário

		grupo etário (anos)			
		15-24	25-34	35-44	15-44
Incluindo 1995	1	416,3	315,8	1 414,5	455,3
	2	520,4	404,5	1 993,5	593,4
	3	903,9	700,8	3 322,8	1 018,2
Excluindo 1995	1	355,6	288,0	1 214,5	401,6
	2	437,3	364,7	1 672,9	408,2
	3	763,9	633,5	2 810,5	781,5

Cenário 1: internamentos cujo diagnóstico principal foi de aborto ilegal ou não especificado.

Cenário 2: internamentos cujo diagnóstico principal foi de aborto ilegal ou espontâneo «falso» (estimativa corrigida quanto aos abortos espontâneos verdadeiros).

Cenário 3: internamentos cujo diagnóstico principal foi de aborto ilegal, ou não especificado, ou espontâneo (estimativa corrigida quanto aos abortos verdadeiramente espontâneos).

IVG, pressupostos esses utilizados em estudos realizados noutros países, utilizando esta mesma metodologia, mas que são susceptíveis de terem algumas diferenças em relação ao nosso país.

Apesar de estas nos parecerem as estimativas mais realistas, obtidas com os dados disponíveis e utilizando os cenários escolhidos, haverá certamente nelas erros sistemáticos. Assim, os dois sistemas de informação utilizados podem não fornecer dados sobre as mulheres que utilizam serviços de saúde privados, ou serviços de saúde noutros países, as quais provêm, muito possivelmente, de classes sócio-económicas mais elevadas, com acesso à realização de IVG em condições técnicas de melhor qualidade. Por outro lado, sabendo que a proporção de IVG com complicações que necessitam de hospitalização depende em grande parte da qualidade técnica de realização das IVG, é lícito suspeitar de que as estimativas agora apresentadas podem estar afastadas da realidade, já que aquela característica é, tanto quanto sabemos, desconhecida em Portugal, e porque pode não ser totalmente adequado utilizar a proporção de IVG internadas gerada pela rede MS como um seu indicador fiável. De facto, além do pequeno número de anos considerado neste trabalho e das características generalistas do sistema de vigilância MS, ele

apenas fornece dados sobre as IVG internadas durante mais de vinte e quatro horas, o que exclui, potencialmente, grande parte dos casos de IVG com complicações que terão sido assistidos nos hospitais em regime ambulatorio (Calado, 1999; Singh, 1991). Esta fonte potencial de erro, apesar de enquadrável na opinião informal de profissionais de saúde que já trabalharam em serviços de urgência hospitalares, carece de investigação que a sustente e quantifique (Calado, 1999). Neste trabalho, esta fonte de erro é, em parte, atenuada, já que também os dados obtidos dos GDH dizem respeito apenas a internamentos por um período superior a vinte e quatro horas, o que robustece a validade interna das estimativas obtidas, embora não melhore a sua validade externa e os problemas de generalização à população daí decorrentes. Finalmente, no nosso país, como noutros onde a realização de IVG não é permitida, total ou parcialmente, por lei, e mesmo em países onde o é, está descrita a classificação deliberada das IVG como «abortos espontâneos», facto que parece relacionado com factores éticos, morais e sociais (Singh, 1991). Neste trabalho apenas esta última fonte de erro foi passível de correcção, que consistiu em: (1) agregar os números dos internamentos relativos a vários tipos de interrupções de gravidez, construindo, assim, três

cenários possíveis; (2) introduzir um factor de correcção, de modo a estimar o número de interrupções de gravidez por aborto espontâneo «verdadeiro», isto é, determinado por factores biológicos, possibilitando a sua remoção da análise. Apesar de ter sido obtido num estudo nos Estados Unidos da América há mais de duas décadas, este factor de correcção parece ser relativamente estável por comparação com outros países, possivelmente devido à já referida natureza biológica das determinantes envolvidas (Singh, 1991). No entanto, deve notar-se que este tipo de correcção pode não levar em conta outros factores, como a utilização e a acessibilidade aos serviços de saúde, os quais podem variar de país para país. Neste trabalho não foi possível ensaiar correcções de outro tipo, devido à falta de informação sobre o tipo e direcção dos vieses de classificação dos dados utilizados nas estimativas. Em próximos estudos poderão ser consideradas algumas informações que sugerem que a codificação dos abortos espontâneos pelo sistema GDH é de boa qualidade, não sendo necessário corrigir aquele número, ou que as correcções podem ser aplicadas a outros grupos de classificação, nomeadamente a classificação deliberada de IVG internadas como casos de abortos retidos (código CID 9-MC-632) (Calado, 1999). De qualquer forma, parece provável que qualquer destas correcções apenas levará a um aumento do número de casos de IVG que foram alvo de hospitalização, aumentando, consequentemente, as estimativas indirectas na população.

De acordo com este trabalho, e dependendo do cenário em causa, o número anual médio e a taxa de incidência anual média de IVG poderão ter-se situado, aproximadamente, entre 41 980,8 casos (1984,2/100 000) e 81 698,5 casos (3861,4/100 000) no período em estudo, excluindo 1995. Estes valores médios parecem-nos os mais credíveis no contexto dos dados disponíveis para este trabalho. Concretamente, parece-nos que a análise dos valores anuais deverá ser feita cautelosamente, em especial para o ano de 1995, em que o afastamento da proporção de IVG hospitalizadas resultante do sistema MS nos parece reflectir uma óbvia subnotificação de casos, por razões cuja identificação e análise escapam ao âmbito deste trabalho. Já os valores mais elevados observados no ano de 1996 dificilmente poderão reflectir uma maior notificação, por erro, ou um aumento das hospitalizações por complicações associadas a IVG. Apesar das restrições acima apresentadas, nota-se uma aparente tendência decrescente do número anual e da taxa de incidência anual de IVG, o que está de acordo com outros estudos realizados em Portugal tanto em utentes dos serviços de saúde como, ainda que de forma menos nítida, numa amos-

tra representativa da população (Catarino, 1996; Portugal. Instituto Nacional de Estatística, 1997). Ela poderá, assim, reflectir uma verdadeira diminuição da realização de IVG, muito provavelmente por melhor utilização dos métodos de planeamento familiar e não apenas pela transferência da sua realização para o sector privado ou para o estrangeiro. Parece-nos, no entanto, importante estudar o peso relativo destas duas componentes no âmbito da avaliação da efectividade dos serviços e programas de planeamento familiar.

Qualquer um dos três cenários construídos neste trabalho gerou estimativas da taxa de incidência de IVG superiores às referidas na literatura internacional para os países da Europa ocidental (11 casos/1000 mulheres de 15 a 44 anos/ano) e Europa do Norte (18 casos/1000 mulheres de 15 a 44 anos/ano) (Henshaw, 1999). Se considerarmos o terceiro daqueles cenários como o que, possivelmente, estará mais próximo da realidade portuguesa, a estimativa gerada (38 casos/1000 mulheres de 15 a 44 anos/por ano) é também superior ao valor apontado na literatura para os países do Sul da Europa (24 casos/1000 mulheres de 15 a 44 anos/ano). Este valor é muito inferior ao valor médio referido na literatura para os países da Europa de Leste (90 casos/1000 mulheres de 15 a 44 anos/ano, embora esta comparação deva tomar em conta o papel que a IVG tem naqueles países como método de contracepção (Henshaw, 1999; Calado, 1999).

O indicador «número de IVG por 1000 nados-vivos» estimado neste trabalho (781,5 casos/1000 nados-vivos/ano) é também superior aos valores apresentados pela OMS para a média europeia e disponíveis para os anos em estudo (198,83 casos/1000 nados-vivos/ano em 1993) e situa-se próximo dos valores referidos para a Hungria em 1997 (737,42 casos por 1000 nados-vivos) (HFA, 1999). Estas comparações devem ser consideradas à luz da situação legal vigente nos vários países que influencia o respectivo padrão de notificação das interrupções da gravidez induzidas sem indicação legal (Henshaw, 1999).

O cálculo de estimativas indirectas do número e taxas de incidência de IVG que resultou deste trabalho poderá ser melhorado sob o ponto de vista metodológico de acordo com os seguintes aspectos: (1) deve ser obtido conhecimento sobre os erros de codificação, deliberados ou não, nomeadamente a percentagem de internamentos por complicações de IVG que são codificados noutras categorias que não as utilizadas neste trabalho; (2) deve ser obtido conhecimento actualizado e completo sobre a proporção de IVG realizadas sem indicação legal que são hospitalizadas; (3) deve ser obtida uma estimativa da proporção de todas as IVG assistidas nos hospitais, de modo a permitir a correcção das estimativas de IVG na popu-

lação; (4) esta metodologia deve ser aplicada a dados originados pelos serviços de saúde privados e convencionados; (5) devem ser ensaiadas outras metodologias para o cálculo de estimativas indirectas, comparáveis às agora apresentadas, pelo menos até que seja possível implementar e manter em funcionamento com um nível de qualidade aceitável, em Portugal, um sistema de vigilância específico para este problema.

Finalmente, deve salientar-se que, dado que a IVG se afigura em Portugal com uma dimensão maior do que a que nos é dado observar noutros países da União Europeia, e apesar de se verificar uma tendência decrescente nos indicadores disponíveis, torna-se importante aumentar a base de conhecimento sobre este assunto, nomeadamente sobre os factores associados à sua ocorrência, aproveitando as fontes de dados disponíveis e também delineando e executando estudos específicos sobre esses factores.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Sr.^a Professora Doutora Amélia Leitão, à Sr.^a Dr.^a Beatriz Calado (Direcção-Geral da Saúde), ao Sr. Professor Doutor Teodoro Briz (Escola Nacional de Saúde Pública) e à Sr.^a Dr.^a Paula Valente (Sub-Região de Saúde de Évora) pela leitura crítica que fizeram deste artigo.

□ Referências bibliográficas

CALADO, B. — Trabalho não publicado. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1999.

CATARINO, J. — Interrupção voluntária da gravidez em Portugal, 1991-1995 : estimativas de incidência na rede «Médicos Sentinela». Saúde em Números. 11 : 4 (1996) 30-32.

HARLAP, S.; SHIONO, P. H.; RAMCHARAN, S. — A life table of spontaneous abortions and the effects of age, parity and other variables. In HOOK, E. B., PORTES I., ed. lit. — Human embryonic and fetal death. New York: Academic Press, 1980. op cit em : SINGH, S., WULF, D. — Estimating abortion levels in Brazil, Colombia and Peru, using hospital admissions and fertility survey data. International Family Planning Perspectives. 17 : 1 (1991) 8-13.

HENSHAW, S. K. — Induced abortion : a worldwide perspective. International Family Planning Perspectives. 13 : 1 (1987) 12-16.

HENSHAW, S.; SINGH, S.; HAAS, T. — The incidence of abortion worldwide. Family Planning Perspectives 25 : Supplement (1999) S30-S38.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças e Causas de Morte. 9.^a rev. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1980.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Health for all : a statistical database. Copenhagen: WHO, 1999.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde — Médicos Sentinela : relatórios anuais. Lisboa: DGS, 1993-1997.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto de Gestão Informática e Financeira. Base de dados dos internamentos hospitalares — GDH. Lisboa: IGIF, 1993-1997.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito à Fecundidade e Família : resultados preliminares. Lisboa: INE, 1997.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística. Estimativas da população residente para o meio do ano em Portugal continental. Lisboa: INE, 1993-1997.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas demográficas. Lisboa, INE, 1993-1997.

TOMÉ, M. T. — Contributo para o estudo da epidemiologia da interrupção voluntária da gravidez. Dissertação de mestrado. Coimbra: Universidade de Coimbra, 1998.

USA. NATIONAL CENTRE FOR HEALTH STATISTICS — International Classification of Diseases. 9th rev. Clinical Modification. Ann Arbor: NCHS, 1997.

□ Summary

A CONTRIBUTION TO THE STUDY OF ILLEGALLY INDUCED ABORTION (IIA) IN PORTUGAL (1993 TO 1997) : ESTIMATES USING DATA BOTH FROM HOSPITAL DISCHARGE AND FROM A SENTINEL SURVEILLANCE

Despite some information about the epidemiology of illegally induced abortion (IIA) in Portugal a better knowledge on this subject could be useful as a complement for existing studies. The objective of this study was to produce incidence estimates of IIA in women 15 to 44 years old in mainland Portugal during the years 1993 to 1997. We used hospital discharge data to know the number of hospitalisations with a diagnosis of abortion, and data from a sentinel general practitioners surveillance network to estimate the proportion of induced abortions in women hospitalised during the same period.

Results suggest that during the study period (1993-1997) the incidence rate of IIA was 3861.4 cases/100 000 women/year, which seems to have been higher in age group 25-34 years old (5472.1 cases/100 000 women per year), whereas the ratio of IIA to 1000 live births seems to have been higher in women aged 35-44 years old (2810.5 cases/1000 live births). During the same period the incidence rate of IIA decreased from 6752.1 cases/100 000 women in 1993 to 4339.2 cases/100 000 mulheres in 1997.

In Portugal, IIA seems to occur more frequently than in the rest of European Union countries. Further studies are needed to obtain more refined indirect estimates of IIA, at least until surveillance data on this problem becomes available in Portugal.