

Profile of women who have voluntary interruptions of pregnancy: a cross-sectional study

Perfil das mulheres que realizam interrupções voluntárias da gravidez: um estudo transversal

Catarina Neves Santos¹, Beatriz Chambel², JJ. Prado González³

Hospital Beatriz Ângelo

Abstract

Overview and Aims: The number of voluntary interruptions of pregnancy, despite its decreasing trend, remains with marked regional asymmetries. The profile of the populations that most perform voluntary abortion is not known. With this study, we aim to establish the profile of these women and analyse their temporal evolution, to build effective and targeted preventive measures.

Study Design: Cross-sectional study.

Population: Women who had a voluntary abortion in a district hospital between 2012-2018.

Methods: We collected sociodemographic, gynaecological and obstetric data from the database of the voluntary abortion consultation. Statistical analysis was performed with SPSS®.

Results: Most women who had a voluntary abortion were between 20 and 40 years old, were Portuguese, had a 3rd cycle or secondary education, were single, had children, and were unemployed or had unskilled work. However, young women under 20 years old and immigrants were the ones with higher risk of voluntary interruption of pregnancy. Regarding women with a history of previous voluntary abortions, they tended to have more children and there was a greater proportion of immigrant and women with low education or professional qualification in this subgroup.

Conclusion: Socio-economic frailty, which is more pronounced among young women, immigrants, and precarious workers, seems to be the main predisposing factor for voluntary interruptions of pregnancy. It is imperative to invest in sexual education and health literacy, improve access to family planning consultations and contraceptive methods and invest in closer and regular follow-up of these women at higher risk.

Keywords: Abortion, induced; Abortion, legal; Pregnancy, unwanted; Family planning; Contraception.

INTRODUÇÃO

Estima-se que, a nível mundial, ocorram cerca de 208 milhões de gravidezes por ano, das quais 41% são indesejadas e aproximadamente metade termina em interrupção voluntária da gravidez¹. A incidência de interrupções de gravidez por opção da mulher cor-

relaciona-se com a frequência de gravidezes indesejadas e traduz falhas nos serviços de planeamento familiar e na utilização efetiva de métodos contraceptivos. Vários estudos apontam também para a importância dos fatores sociodemográficos neste fenómeno, nomeadamente idades mais jovens, populações imigrantes, menor escolaridade e não viver em coabitação com o companheiro, fatores estes que são altamente variáveis entre países e, inclusive, a nível regional²⁻⁶. Os métodos disponíveis para a interrupção de gravidez são seguros, no entanto, não podemos esquecer que o número de interrupções voluntárias da gravidez realizadas traduz o acesso e o uso efetivo de métodos contraceptivos e que representam não só custos em saúde como

1. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Ramada, AceS Loures-Odivelas, ARS Lisboa e Vale do Tejo, Lisboa, Portugal.
2. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Novo Mirante, ACeS Loures-Odivelas, ARS Lisboa e Vale do Tejo, Lisboa, Portugal; Assistente Convidada – Instituto de Histologia e Biologia do Desenvolvimento – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
3. Assistente Hospitalar de Ginecologia-Obstetrícia, Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal.

possíveis interferências na saúde física e estabilidade psíquica das mulheres que os realizam⁶⁻¹³.

Várias medidas de saúde pública, como a melhoria da acessibilidade ao planeamento familiar e à contraceção, fizeram com que o número de interrupções voluntárias da gravidez tenha vindo a reduzir-se em todo o mundo, especialmente nos países desenvolvidos. Portugal não é exceção e apresenta, inclusive, um número inferior à média europeia¹⁴. Apesar disso, entre 2008 e 2018, o valor mais baixo registado de abortos por opção da mulher realizados em Portugal foi de 14306, em 2018, registando-se marcadas assimetrias regionais, entre as quais destacamos a região de Lisboa e Vale do Tejo, que reuniu 58,8% de todas as interrupções registadas nesse ano¹⁵.

O Hospital Beatriz Ângelo, um hospital distrital localizado na periferia de Lisboa, é o 3.º hospital público a nível nacional e o 2.º na ARSLVT a realizar mais interrupções da gravidez^{15,16}. Contrariamente à tendência nacional, a taxa de abortos voluntários neste hospital não tem vindo a diminuir. Com exceção dos relatórios anuais da Direção-Geral da Saúde, pouco se conhece sobre o perfil das mulheres que realizam interrupções voluntárias da gravidez em Portugal, especialmente no que concerne a populações que apresentam um comportamento distinto da tendência nacional. Os estudos nacionais existentes focam-se em amostras pequenas de mulheres, sem avaliação da evolução temporal ou ajuste dos dados sociodemográficos com base nos dados populacionais.

Só conhecendo o perfil regional destas mulheres é possível analisar os resultados das medidas de saúde públicas instituídas e delinear novas estratégias eficazes e dirigidas de prevenção. Assim, este estudo pretende traçar o perfil das mulheres que realizaram uma interrupção voluntária da gravidez no Hospital Beatriz Ângelo, compará-lo com o perfil nacional, e analisar a sua evolução temporal no período compreendido entre os anos civis 2012-2018.

MÉTODOS

Desenvolvemos um estudo observacional analítico transversal.

Selecionámos todas as mulheres que recorreram à consulta de interrupção voluntária da gravidez do Hospital Beatriz Ângelo entre os anos civis de 2012 a 2018, não tendo aplicado qualquer critério de exclusão.

Recolhemos dados sociodemográficos (idade, nacionalidade, nível de instrução, situação laboral e estado cí-

vil), ginecológicos (método contraceptivo pré e pós interrupção voluntária da gravidez) e obstétricos (número de filhos e número de abortos voluntários prévios) presentes na base de dados do Serviço de Ginecologia-Obstetrícia para efeitos de reporte anual à Direção-Geral de Saúde. Os dados foram anonimizados e não houve lugar a consulta de registos clínicos. Posteriormente, e sempre que disponíveis, ajustámos os dados obtidos com base na informação apresentada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), relativamente aos nados-vivos e população residente, para as regiões de Sobral de Monte Agraço, Mafra, Odivelas e Loures (área de abrangência do Hospital Beatriz Ângelo).

Os dados foram tratados no software *Microsoft Office Excel®* e realizámos a análise estatística com recurso aos *softwares* IBM SPSS® v25, Medcalc (disponível em https://www.medcalc.org/calc/relative_risk.php) e Vassarstats (disponível em http://vassarstats.net/propdiff_ind.html). Para a análise descritiva dos dados recorremos à análise de frequências. Para a comparação de proporções independentes utilizámos o teste Z e para a avaliação de associações entre variáveis categóricas e para comparação de percentagens usámos o teste do Qui-Quadrado ou teste de Fisher. Para todas as análises inferenciais considerou-se um nível de significância de $p < 0,05$ e um Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%).

Este estudo mereceu o parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Beatriz Ângelo (N.º 3021/2019_MJHFB).

RESULTADOS

No período 2012-2018, realizaram-se 5166 interrupções voluntárias da gravidez no Hospital Beatriz Ângelo. Entre 2012 e 2015, observámos um aumento de 55,3% no número de abortos voluntários, atingindo o valor máximo de 879 interrupções da gravidez em 2015 ($p < 0,001$). Desde então, permaneceram estáveis em torno de 767 abortos voluntários por ano ($p = 0,236$). Estes resultados mantiveram-se quando se analisou o rácio de interrupções voluntárias da gravidez por 1000 nados-vivos nos concelhos da área de influência do hospital (Figura 1).¹⁷

IDADE

A faixa etária que mais realizou interrupções voluntárias da gravidez foi a dos 20-30 anos, representando

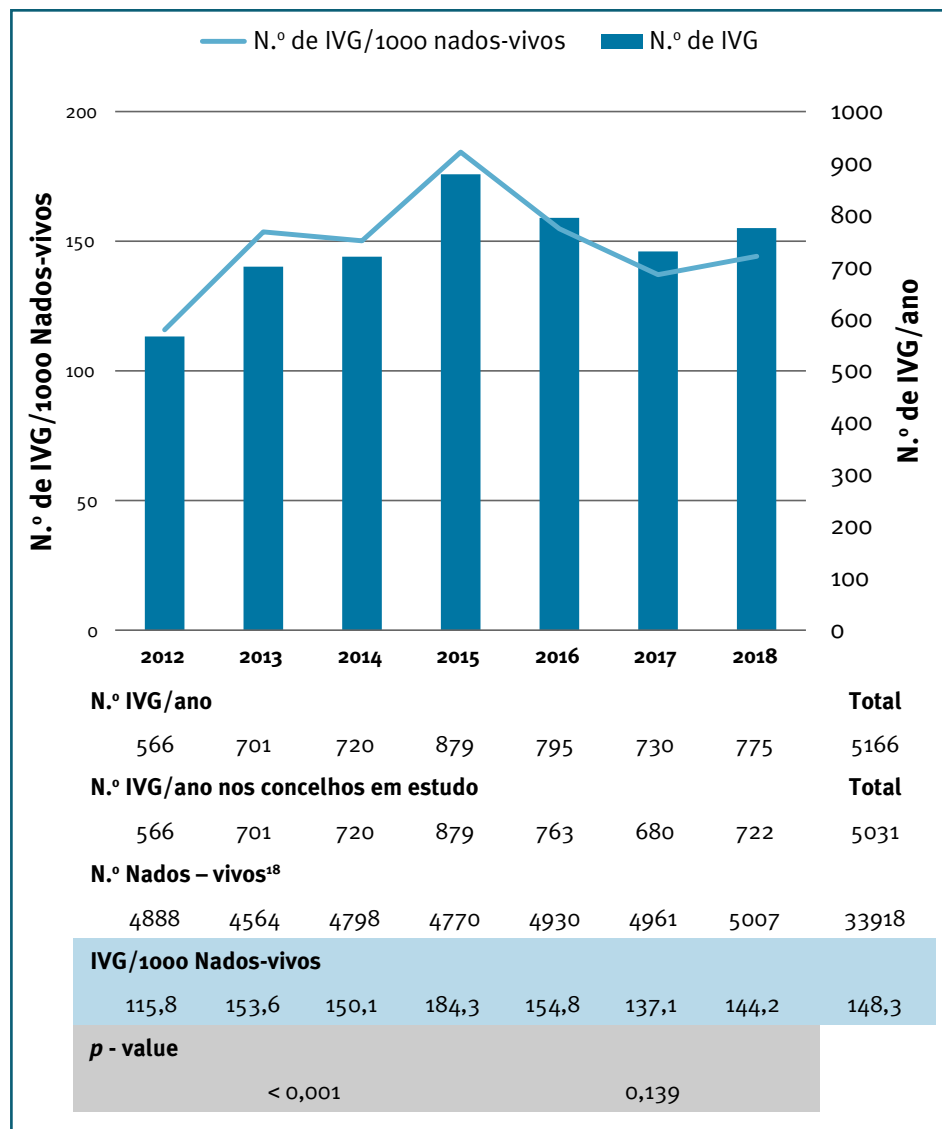


FIGURA 1. Evolução do número de interrupções voluntárias da gravidez no período 2012-2018.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística: Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS – 2013), Sexo, Grupo etário da mãe e Natureza do parto da mãe¹⁷

* 135 mulheres excluídas da análise por não serem residentes nos concelhos em estudo.

IVG: Interrupção voluntária da gravidez.

50% de todas as interrupções, seguindo-se a dos 30-40 anos com 31,7%. O grupo de menores de 20 anos constituiu apenas 12,4% dos abortos voluntários ($p < 0,001$) (Quadro I).

Ajustando, porém, estes dados ao número de nados-vivos¹⁷, evidenciou-se que eram as menores de 20 anos que apresentavam uma maior probabilidade de realizar um aborto por opção da mulher, com cerca de 661 interrupções voluntárias da gravidez por cada 1000 na-

dos-vivos. Já as mulheres com mais de 30 anos eram as que tinham uma menor probabilidade de interromper a gravidez, especialmente o grupo etário dos 30-40 anos, com 83 interrupções voluntárias da gravidez por 1000 nados-vivos (Figura 2). Assim, as mulheres com menos de 20 anos tinham um risco relativo de realizar um aborto por opção cerca de 8 vezes superior ao das mulheres com 30-40 anos. Nos últimos 7 anos, verificou-se uma redução de 71,4% na realização de inter-

QUADRO I. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS MULHERES QUE REALIZARAM INTERRUPÇÕES VOLUNTÁRIAS DA GRAVIDEZ.

Interrupções voluntárias da gravidez

Idade	2012 % (n)	2013 % (n)	2014 % (n)	2015 % (n)	2016 % (n)	2017 % (n)	2018 % (n)	Média	Evolução temporal	
									Sentido	p - value
< 16 anos	2,1 (12)	2,85 (20)	1,67 (12)	1,14 (10)	1,01 (8)	0,68 (5)	0,65 (5)	1,44 (72)	↓	0,017
16 - 20 anos	11,0 (62)	11,84 (83)	12,36 (89)	11,72 (103)	11,32 (90)	9,04 (66)	9,68 (75)	10,99 (568)	↔	0,446
20 - 30 anos	50,5 (286)	52,92 (371)	49,86 (359)	49,26 (433)	50,31 (400)	48,90 (357)	48,26 (374)	50,00 (2580)	↔	0,411
30 - 40 anos	30,0 (170)	28,82 (202)	31,25 (225)	31,63 (278)	32,33 (257)	34,38 (251)	33,55 (260)	31,71 (1643)	↔	0,174
> 40 anos	6,4 (36)	3,57 (25)	4,86 (35)	6,26 (55)	5,03 (40)	6,99 (51)	7,87 (61)	5,85 (303)	↔	0,291
Nacionalidade*										
Portuguesa	68,37 (387)	74,18 (520)	74,31 (535)	69,28 (609)	70,40 (559)	72,05 (526)	69,94 (542)	71,21 (3678)	↔	0,541
Africana	20,85 (118)	18,26 (128)	20,83 (150)	21,73 (191)	20,91 (166)	20,68 (151)	21,55 (167)	20,74 (1071)	↔	0,757
Árabe	0,35 (2)	0,71 (5)	0,42 (3)	1,14 (10)	1,01 (8)	1,78 (13)	1,94 (15)	1,08 (56)	↑	<0,001
Asiática	0,35 (2)	0,71 (5)	0,14 (1)	0,23 (2)	0,13 (1)	0,00 (0)	0,26 (2)	0,25 (13)	↔	0,652
Eur. Leste	3,71 (21)	2,71 (19)	2,36 (17)	2,96 (26)	2,77 (22)	1,78 (13)	1,55 (12)	2,52 (130)	↓	0,012
Brasileira	5,48 (31)	3,00 (21)	1,39 (10)	4,21 (37)	3,90 (31)	3,01 (22)	2,84 (22)	3,37 (174)	↓	0,014
Outras	0,88 (5)	0,43 (3)	0,56 (4)	0,46 (4)	0,88 (7)	0,68 (5)	1,94 (15)	0,83 (43)	↔	0,116
Nível de instrução										
Analfab.	0,40 (2)	0,10 (1)	0,30 (2)	0,00 (0)	0,50 (4)	0,30 (2)	0,30 (2)	0,27 (14)	↔	0,648
1º ciclo	4,10 (23)	3,709 (26)	3,33 (24)	2,50 (22)	1,01 (8)	2,33 (17)	1,90 (15)	2,61 (135)	↓	0,020
2º ciclo	13,40 (76)	14,12 (99)	10,56 (76)	11,49 (101)	10,82 (86)	8,36 (61)	10,70 (83)	11,27 (582)	↔	0,128
3º ciclo	36,20 (205)	35,09 (246)	36,81 (265)	34,13 (300)	30,44 (242)	32,19 (235)	29,00 (225)	33,26 (1718)	↓	0,005
Secundário	32,90 (186)	33,67 (236)	37,36 (269)	37,66 (331)	42,64 (339)	40,55 (296)	41,40 (321)	38,29 (1978)	↑	0,001
E. superior	13,10 (74)	13,27 (93)	11,67 (84)	14,22 (125)	14,47 (115)	16,30 (119)	16,60 (129)	14,31 (739)	↔	0,072
Situação laboral da grávida										
Estudante	13,60 (77)	15,55 (109)	14,58 (105)	16,84 (148)	17,23 (137)	15,21 (111)	15,48 (120)	15,62 (807)	↔	0,337
TNQ	37,63 (213)	43,22 (303)	45,69 (329)	46,53 (409)	47,55 (378)	49,04 (358)	52,39 (406)	46,38 (2396)	↑	<0,001
TQI	16,43 (93)	5,14 (36)	8,06 (58)	7,05 (62)	8,43 (67)	9,04 (66)	6,97 (54)	8,44 (436)	↓	<0,001
TQS	7,07 (40)	7,42 (52)	6,81 (49)	6,48 (57)	6,16 (49)	8,63 (63)	5,81 (45)	6,87 (355)	↔	0,289
Desemp.	25,27 (143)	28,67 (201)	24,86 (179)	23,09 (203)	20,63 (164)	18,08 (132)	19,35 (150)	22,69 (1172)	↓	0,009
Estado civil†										
Solteira	61,84 (350)	72,47 (08)	79,31 (571)	79,64 (700)	82,26 (654)	82,19 (600)	81,27 (629)	77,68 (4012)	↑	<0,001
Casada	33,04 (187)	23,11 (162)	16,94 (122)	15,7 (138)	13,08 (104)	13,7 (100)	15,63 (121)	18,08 (934)	↓	<0,001
Divorciada	3,53 (20)	3,14 (22)	2,78 (20)	3,30 (29)	3,02 (24)	2,60 (19)	1,94 (15)	2,88 (149)	↔	0,07
Separada	0,88 (5)	1,28 (9)	0,83 (6)	1,25 (11)	1,26 (10)	1,37 (10)	1,16 (9)	1,16 (60)	↔	0,621
Viúva	0,71 (4)	0,00 (0)	0,14 (1)	0,11 (1)	0,38 (3)	0,14 (1)	0,00 (0)	0,19 (10)	↓	<0,050

(continua)

QUADRO I. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS MULHERES QUE REALIZARAM INTERRUPTÕES VOLUNTÁRIAS DA GRAVIDEZ (continuação).

Interrupções voluntárias da gravidez									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Média	Evolução temporal
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)		Sentido p - value
Filhos prévios									
0	37,46 (212)	39,37 (276)	40,14 (289)	40,16 (353)	44,53 (354)	37,12 (271)	40,26 (312)	40,01 (2067)	↔
1	27,56 (156)	34,66 (243)	30,42 (219)	29,47 (259)	30,06 (239)	32,05 (234)	30,32 (235)	30,68 (1585)	↔
2	22,08 (125)	18,69 (131)	20,56 (148)	21,62 (190)	19,12 (152)	21,10 (154)	20,52 (159)	20,50 (1059)	↔
≥ 3	12,90 (73)	7,28 (51)	8,88 (64)	8,75 (77)	6,29 (50)	9,73 (71)	8,90 (69)	8,81 (455)	↔

* 1 mulher com nacionalidade omissa; † 1 mulher com estado civil desconhecido

Eur. Leste: Europa de Leste; Analfab.: Analfabetismo; E. superior: Ensino superior; TNQ: Trabalhadora não qualificada; TQI: Trabalhadora de qualificação intermédia; TQS: Trabalhadora de qualificação superior; Desemp.: Desempregada.

rupções voluntárias da gravidez por menores de 16 anos (Quadro I). Os restantes grupos etários não sofreram alterações significativas neste período, observando-se, no entanto, uma tendência de aumento da procura entre as mulheres com mais de 30 anos (aumento de 13,8%, $p = 0,06$).

NACIONALIDADE

A nacionalidade portuguesa representou 71,2% dos abortos voluntários realizados ($p < 0,001$). No entanto, analisando apenas os dados referentes às mulheres que residiam na área geográfica de influência do hospital^{18,19}, objetivámos que, em proporção, as imigrantes realizaram mais interrupções voluntárias da gravidez, apresentando um risco relativo de realizar um aborto por opção 5 vezes superior ao das mulheres portuguesas (Figura 3).

Em termos evolutivos, verificámos um aumento na realização de interrupções voluntárias da gravidez por parte da população árabe e uma diminuição por parte da população da europa de leste e brasileira. Nas restantes nacionalidades não se verificaram diferenças significativas ao longo do período analisado (Quadro I).

NÍVEL DE INSTRUÇÃO E SITUAÇÃO LABORAL DA GRÁVIDA

As mulheres com o 3.º ciclo e ensino secundário foram as que mais realizaram abortos voluntários, com 33% e 38%, respetivamente ($p < 0,001$). A nível temporal, objetivámos uma diminuição significativa na procura por parte de mulheres com o 1.º e 3.º ciclo e um aumento por parte de mulheres com ensino secundário. As trabalhadoras não qualificadas ou desempregadas foram os que mais realizaram interrupções da gravidez ($p < 0,001$). Todavia, observámos que ocorreu um aumento da procura por parte das trabalhadoras não qualificadas e uma diminuição por parte das desempregadas e das trabalhadoras com qualificação intermédia (Quadro I).

ESTADO CIVIL E FILHOS PRÉVIOS

Cerca de 78% das mulheres que realizou uma interrupção voluntária da gravidez era solteira, seguindo-se as casadas (18%), as divorciadas/separadas (4%) e as

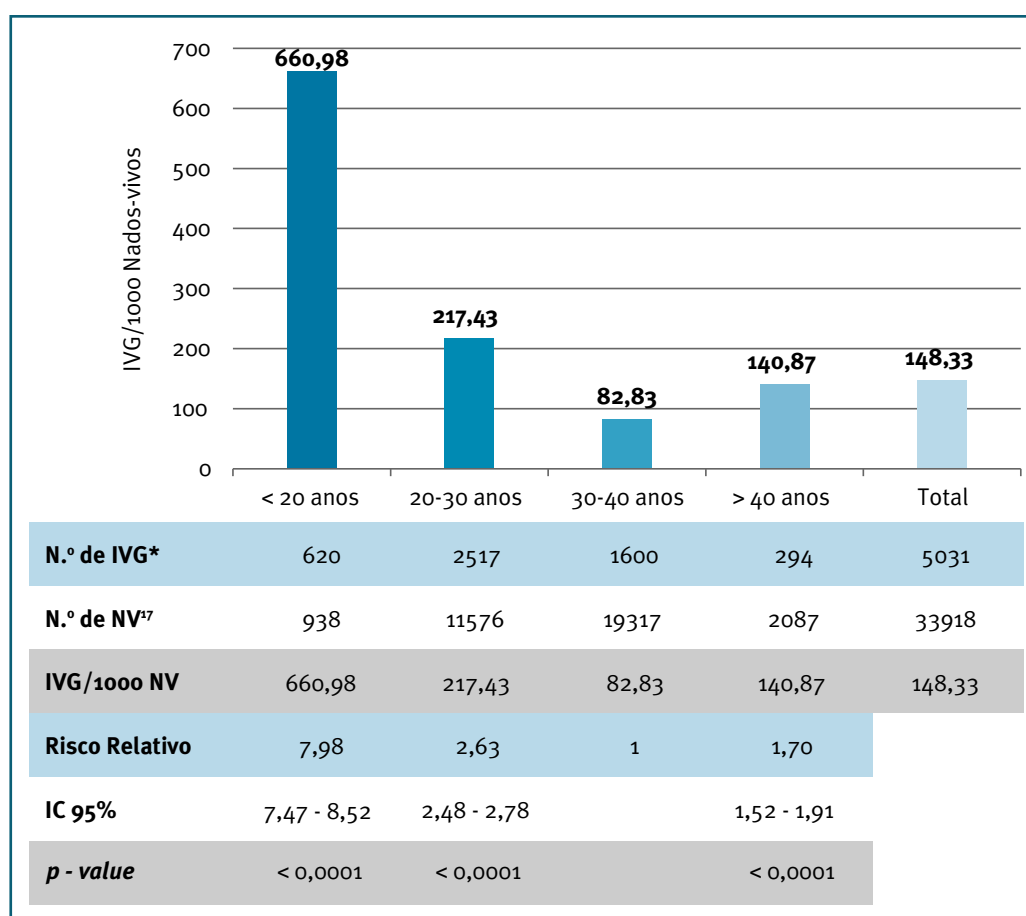


FIGURA 2. Interrupções voluntárias da gravidez por faixa etária.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística: Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS – 2013), Sexo, Grupo etário da mãe e Natureza do parto da mãe¹⁷

*135 mulheres excluídas da análise por não serem residentes nos concelhos em estudo.

IVG: Interrupção voluntária da gravidez; NV: Nados-vivos.

viúvas (0,2%) ($p < 0,001$). Temporalmente, observámos uma diminuição de 52,7% na proporção de mulheres casadas e um aumento de 31,6% de mulheres solteiras que recorreram ao aborto voluntário (Quadro I). As múltiparas corresponderam a 60% das mulheres que realizaram uma interrupção voluntária da gravidez, no entanto, a realização de um aborto por opção da mulher era significativamente menos frequente nas mulheres que tinham mais filhos ($p = 0,007$).

REALIZAÇÃO PRÉVIA DE INTERRUPTÕES VOLUNTÁRIAS DA GRAVIDEZ

Cerca de 62% das mulheres nunca tinha realizado uma interrupção voluntária da gravidez prévia, enquanto

26% já tinha realizado uma e 11% já tinha realizado pelo menos 2 interrupções da gravidez anteriores. Observámos uma tendência decrescente entre as mulheres que nunca tinham realizado um aborto por opção previamente, de 74% para 57% ($p < 0,001$), acompanhada de uma tendência crescente de procura, de 26% para 44% ($p < 0,001$), por parte de mulheres que já haviam realizado interrupções da gravidez anteriormente. Nenhuma menor de 16 anos tinha realizado um aborto previamente, enquanto as maiores de 30 anos eram as que mais tinham realizado interrupções da gravidez anteriores. Relativamente à nacionalidade, observámos uma proporção significativamente superior de mulheres imigrantes entre as mulheres com antecedentes de abortos voluntários – as mulheres estrangeiras representavam 25,2% das mulheres que não tinham

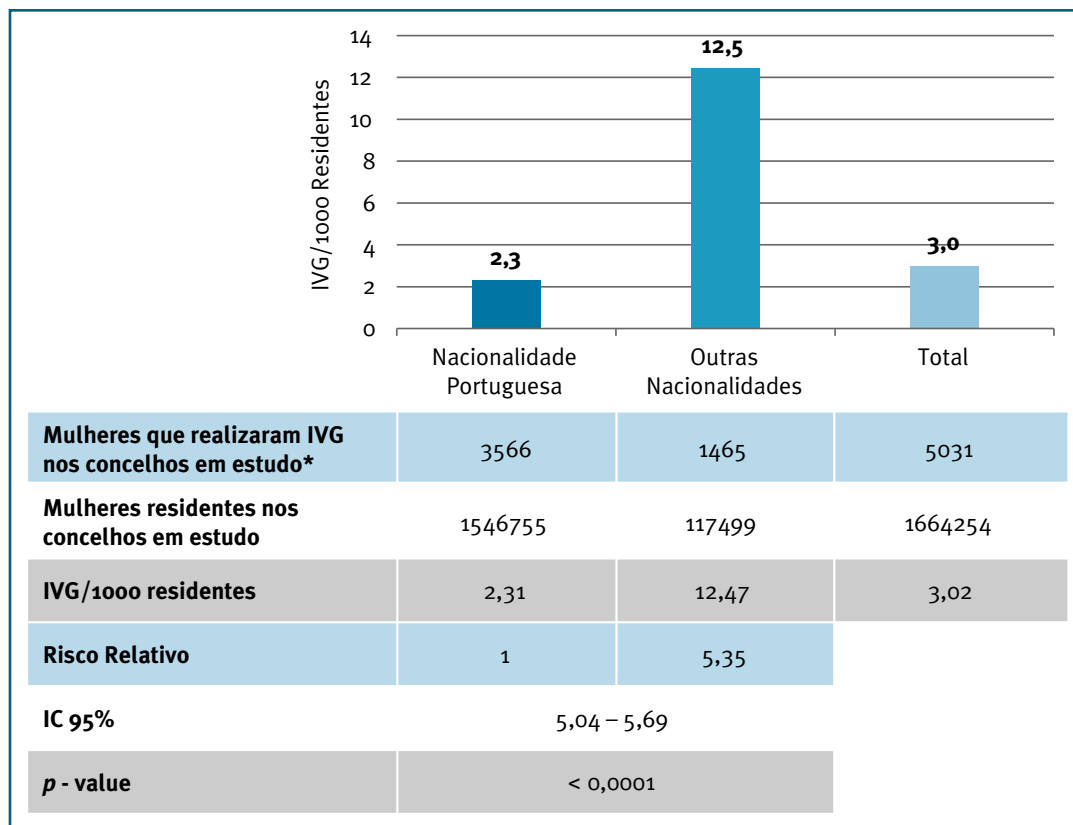


FIGURA 3. Interrupções voluntárias da gravidez por nacionalidade.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística: População estrangeira com estatuto legal de residente (N.º) por Local de residência (NUTS – 2013) e Nacionalidade; Anual¹⁸; População residente (N.º) por Local de residência (NUTS – 2013), Sexo e Grupo etário; Anual – INE, Estimativas anuais da população residente¹⁹.

*135 mulheres excluídas da análise por não serem residentes nos concelhos em estudo.

realizado nenhum aborto anteriormente e 34,7% das mulheres com interrupções da gravidez prévias, destacando-se as nacionalidades africanas, da Europa de Leste e outras. No que toca à escolaridade e qualificação profissional, verificámos que as mulheres com abortos voluntários anteriores tendiam a ter menor escolaridade e qualificação laboral. Quanto à paridade, as mulheres com mais filhos foram as que apresentaram um maior número de interrupções voluntárias prévias (Quadro II).

CONTRACEÇÃO ANTES E APÓS A INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

Nos 12 meses prévios à realização da interrupção da gravidez, cerca de 57,5% das mulheres não realizava qualquer tipo de contraceção, número esse que tem

vindo a aumentar significativamente (de 44% para 64%, $p < 0,001$). Eram as mulheres com menos de 20 anos ou com mais de 40 anos que menos realizavam contraceção. Já as mulheres com história de interrupção da gravidez prévia utilizavam mais métodos contraceptivos – 61,33% das mulheres sem aborto voluntário prévio não realizava contraceção, percentagem essa que baixava para 51,06% nas mulheres com história de aborto por opção ($p < 0,001$). Entre as mulheres que utilizavam métodos contraceptivos, o método mais utilizado era o hormonal oral/injetável e apenas 0,8% utilizava métodos reversíveis de longa duração.

Após a interrupção da gravidez, verificou-se um aumento de 134% na realização de contraceção, com uma procura significativa por métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, escolhidos por 37,4% das mulheres. A maioria das mulheres continuou a preferir os contraceptivos hormonais orais/injetáveis, no entanto,

QUADRO II. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA SEGUNDO A REALIZAÇÃO PRÉVIA DE OUTRAS INTERRUPÇÕES VOLUNTÁRIAS DA GRAVIDEZ.

	Interrupções voluntárias da gravidez prévias						<i>p</i> - value
	Nenhuma		1		≥ 2		
	62,43% (n = 3225)		26,29% (n = 1358)		11,29 (n = 583)		
Idade							
< 16 anos, % (n)	100,00	(72)	0,00	(0)	0,00	(0)	< 0,001
16 - 20 anos, % (n)	78,35	(445)	18,13	(103)	3,52	(20)	
20 - 30 anos, % (n)	61,09	(1576)	27,48	(709)	11,43	(295)	
30 - 40 anos, % (n)	58,37	(959)	28,24	(464)	13,39	(220)	
> 40 anos, % (n)	57,10	(173)	27,06	(82)	15,84	(48)	
Nacionalidade							
Portuguesa, % (n)	65,55	(2411)	24,74	(910)	9,71	(357)	< 0,001
Africana, % (n)	52,10	(558)	31,56	(338)	16,34	(175)	
Árabe, % (n)	69,64	(39)	23,21	(13)	7,14	(4)	
Asiática, % (n)	69,23	(9)	15,38	(2)	15,38	(2)	
Europa de leste, % (n)	46,92	(61)	31,54	(41)	21,54	(28)	
Brasileira, % (n)	72,25	(125)	21,97	(38)	5,78	(10)	
Outras, % (n)	48,89	(22)	35,56	(16)	15,56	(7)	
Nível de instrução							
Analfabetismo, % (n)	57,14	(8)	21,43	(3)	21,43	(3)	< 0,001
1º ciclo, % (n)	57,78	(78)	26,67	(36)	15,56	(21)	
2º ciclo, % (n)	59,28	(345)	26,29	(153)	14,43	(84)	
3º ciclo, % (n)	61,23	(1052)	25,61	(440)	13,15	(226)	
E. secundário, % (n)	61,83	(1223)	28,01	(554)	10,16	(201)	
E. superior, % (n)	70,23	(519)	23,27	(172)	6,50	(48)	
Situação laboral da grávida							
Estudante, % (n)	73,23	(591)	20,07	(162)	6,69	(54)	< 0,001
TNQ, % (n)	57,76	(1384)	28,63	(686)	13,61	(326)	
TQI, % (n)	65,06	(283)	25,29	(110)	9,66	(42)	
TQS, % (n)	75,84	(270)	20,79	(74)	3,37	(12)	
Desempregada, % (n)	59,47	(697)	27,82	(326)	12,71	(149)	
Filhos prévios							
0, % (n)	71,46	(1477)	22,06	(456)	6,48	(134)	< 0,001
1, % (n)	58,49	(927)	29,21	(463)	12,30	(195)	
2, % (n)	56,19	(595)	28,80	(305)	15,01	(159)	
≥ 3, % (n)	49,67	(226)	29,45	(134)	20,88	(95)	

E. secundário: ensino secundário; E. superior: ensino superior; TNQ: trabalhador não qualificado; TQI: trabalhador com qualificação intermédia; TQS: trabalhador com qualificação superior.

os extremos da idade foram as que mais optaram por outros métodos: as jovens com menos de 16 anos preferiram o implante subcutâneo em 52,8% dos casos, e as mulheres com mais de 40 anos optaram por contraceptivos reversíveis de longa duração ou laqueação tubária em 56,8% dos casos. As mulheres com antecedentes de abortos voluntários optaram mais por contraceptivos reversíveis de longa duração ou laqueação

do que as mulheres sem interrupções voluntárias da gravidez prévias (Quadro III).

DISCUSSÃO

Verificámos que a população em estudo apresenta um rácio de interrupções voluntárias da gravidez por 1000

QUADRO III. CARACTERIZAÇÃO DOS MÉTODOS CONTRACETIVOS UTILIZADOS ANTES E APÓS A INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ.

	Nenhum		Hormonal oral/injetável		Implante subcutâneo		Dispositivo intrauterino		Outros métodos hormonais		Laqueação tubárica bilateral		Outros	
Contraceção prévia à interrupção voluntária da gravidez														
n = 5166														
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
	57,47	(2969)	39,51	(2041)	0,41	(21)	0,37	(19)	0,54	(28)	0,00	(0)	1,70	(88)
p - value	< 0,001													
Idade														
< 16	88,89	(64)	9,72	(7)	0,00	(0)	0,00	(0)	0,00	(0)	0,00	(0)	1,39	(1)
16-20	72,01	(409)	27,46	(156)	0,00	(0)	0,00	(0)	0,00	(0)	0,00	(0)	0,53	(3)
20-30	54,07	(1395)	43,33	(1118)	0,47	(12)	0,12	(3)	0,50	(13)	0,00	(0)	1,51	(39)
30-40	55,20	(907)	41,02	(674)	0,43	(7)	0,67	(11)	0,91	(15)	0,00	(0)	1,77	(29)
> 40	64,03	(194)	28,38	(86)	0,66	(2)	1,65	(5)	0,00	(0)	0,00	(0)	5,28	(16)
p - value	< 0,001													
Contraceção após a interrupção voluntária da gravidez														
n = 5164*														
	0,56	(29)	54,82	(2831)	24,40	(1260)	13,03	(673)	2,61	(135)	3,47	(179)	1,10	(57)
p - value	< 0,001													
Idade														
< 16	0,00	(0)	47,22	(34)	52,78	(38)	0,00	(0)	0,00	(0)	0,00	(0)	0,00	(0)
16-20	0,71	(4)	63,32	(359)	31,75	(180)	1,94	(11)	1,41	(8)	0,00	(0)	0,88	(5)
20-30	0,50	(13)	57,60	(1486)	28,06	(724)	9,38	(242)	2,91	(75)	0,85	(22)	0,70	(18)
30-40	0,67	(11)	50,82	(835)	17,53	(288)	20,21	(332)	2,92	(48)	6,33	(104)	1,52	(25)
> 40	0,33	(1)	38,74	(117)	9,93	(30)	29,14	(88)	1,32	(4)	17,55	(53)	2,98	(9)
p - value	< 0,001													
IVGs prévias														
Sim	0,46	(9)	49,67	(964)	26,79	(520)	15,10	(293)	3,04	(59)	4,22	(82)	0,72	(14)
Não	0,62	(20)	57,93	(1867)	22,96	(740)	11,79	(380)	2,36	(76)	3,01	(97)	1,33	(43)
p - value	< 0,001													

*2 mulheres com método contraceptivo pós interrupção voluntária da gravidez omissa.

nados-vivos inferior ao nacional. No entanto, esse rácio tem-se mantido estável desde 2016, não acompanhando a tendência decrescente nacional¹⁵. Objetivámos um aumento da procura por parte das faixas etárias superiores, acompanhado de uma diminuição por parte de menores de 16 anos, o que vai de encontro aos resultados de outros trabalhos que verificaram uma redução nas gravidezes indesejadas e, consequentemente, das interrupções da gravidez, nas faixas etárias mais jovens^{20,21}. Apesar de termos apurado um aumento progressivo da escolaridade das mulheres, é de salientar que temos uma percentagem inferior de mulheres com ensino superior e uma percentagem superior de mu-

lheres desempregadas ou com trabalhos não qualificados que os números nacionais, indiciando que a menor escolaridade e situações laborais precárias podem ser fatores preponderantes nesta população^{15,21}.

Em termos absolutos, a maioria das mulheres que realizou um aborto por opção tinha entre 20 e 40 anos, era portuguesa, tinha o 3.º ciclo ou ensino secundário concluídos, era solteira, tinha filhos e estava desempregada ou tinha um trabalho não qualificado. Contudo, quando realizámos uma análise de risco, observámos que as menores de 20 anos e as imigrantes apresentavam uma maior probabilidade de realizar uma interrupção voluntária da gravidez. Assim, o perfil das

mulheres que realizaram um aborto por opção é sobreponível ao perfil descrito em estudos nacionais e internacionais^{2,4,5,15,21}.

Já as mulheres com antecedentes de outras interrupções voluntárias da gravidez apresentam-se numa percentagem superior à média nacional e internacional e manifestam uma tendência crescente^{15,21,22}. O perfil destas mulheres era semelhante ao das mulheres que não tinham realizado qualquer aborto por opção prévio, salientando-se, no entanto, uma maior preponderância de imigrantes e de mulheres com menor escolaridade e qualificação laboral, e uma tendência a terem mais filhos.

A importância do acesso a métodos contraceptivos na redução do aborto está bem estabelecida²³⁻²⁵. Verificamos que perto de 60% das mulheres não realizou qualquer método contraceptivo no ano anterior à realização do aborto voluntário. A baixa utilização de métodos contraceptivos nos 12 meses prévios à interrupção da gravidez e o seu aumento significativo após a interrupção demonstra que as mulheres, em particular as que têm antecedentes de outros abortos voluntários, têm vontade de realizar contraceção, especialmente métodos reversíveis de longa duração não dependentes da utilizadora, sugerindo que a falta de informação ou de acesso a métodos contraceptivos pode ter tido um papel importante na génese da gravidez indesejada^{22,24,26-30}. Apesar de Portugal apresentar um bom desempenho em saúde reprodutiva, pode melhorar, principalmente a nível da divulgação online dos métodos disponíveis, custos associados ou forma de acesso a eles^{31,32}. Isto é especialmente importante entre as mais jovens, que têm menos consultas de planeamento familiar/ginecologia e procuram, maioritariamente, informação sobre contraceção na internet. É de destacar que menos de 50% das mulheres obtém o seu contraceptivo de forma gratuita no SNS, o que apoia a hipótese de falta de informação sobre o acesso aos serviços de planeamento familiar e métodos contraceptivos gratuitos³³.

Como limitações a este estudo temos de referir que o ajuste dos dados foi feito para a população dos concelhos de Odivelas, Loures, Mafra e Sobral de Monte Agraço (concelhos abrangidos maioritariamente ou na totalidade pelo Hospital Beatriz Ângelo), o que levou à exclusão de 135 mulheres que não residiam nestes concelhos. Este ajuste foi feito com base nos dados vivos contabilizados nestes concelhos, no entanto, os dados vivos não equivalem ao número de gravidezes, já que são contabilizados gémeos e não se contabilizam na-

dos-mortos ou abortos espontâneos. De igual forma, o ajuste quanto à população imigrante foi feito com base no número de mulheres imigrantes com estatuto de residência, excluindo as imigrantes ilegais ou que aguardam o estatuto legal de residente. No entanto, não consideramos expectável que estas imprecisões alterem a tendência geral dos dados.

Este trabalho destaca-se por ser o primeiro a analisar uma população que apresenta um comportamento distinto do padrão nacional, contando com uma amostra bastante expressiva e com a abrangência de zonas urbanas e rurais. Para além de analisar os números absolutos, que têm, obviamente, a sua importância, examina também os resultados à luz dos dados sociodemográficos disponíveis, permitindo uma análise de risco e um efetivo conhecimento da população em estudo.

Consideramos importante que estudos futuros se dediquem a analisar a perceção das mulheres que recorrem à interrupção voluntária da gravidez face ao planeamento familiar e o seu conhecimento quanto ao acesso a estas consultas, métodos contraceptivos disponíveis e a sua correta utilização. De igual modo, seria imperativo avaliar o seguimento a nível de planeamento familiar que estas mulheres têm após o aborto por opção própria. Em conclusão, o padrão de interrupções voluntárias da gravidez verificado neste estudo parece dever-se aos fatores socioeconómicos desta população, como a maior percentagem de imigrantes e mulheres com baixa escolaridade e condições laborais precárias, demonstrando o papel inequívoco da desigualdade e fragilidade social na procura do aborto por opção^{2,6,34}. O conhecimento da epidemiologia das gravidezes indesejadas e da interrupção voluntária da gravidez em cada população é um requisito essencial para o delineamento eficaz de medidas de prevenção. Assim, urge desenvolver estratégias dirigidas para os mais jovens, imigrantes e casais em situações de fragilidade socioeconómica. Para além de medidas globais, como o reforço da educação sexual nas escolas e o aumento da literacia em saúde da população, tanto a nível de acesso aos serviços de saúde como de utilização de métodos contraceptivos, é fundamental que na nossa prática clínica tenhamos especial atenção aos jovens e imigrantes, que por serem tipicamente menos frequentadores dos cuidados de saúde, ficam muitas vezes esquecidos a nível do planeamento familiar. Também o seguimento após uma interrupção voluntária da gravidez constitui uma oportunidade única de educação para a saúde, já que a mulher está mais receptiva à contraceção,

tornando-se fundamental, portanto, uma boa articulação entre os cuidados de saúde secundários e os cuidados de saúde primários.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a oportunidade e o apoio do Dr. Carlos Veríssimo e da Dra. Elsa Ferreira Dias na realização deste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet*. 2016;388(10041):258-67.
2. Llorente-Marrón M, Díaz-Fernández M, Méndez-Rodríguez P. Contextual determinants of induced abortion: a panel analysis. *Rev Saude Publica*. 2016;50:8.
3. Yogi A, Prakash KC, Neupane S. Prevalence and factors associated with abortion and unsafe abortion in Nepal: a nationwide cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):376.
4. Rodríguez-Alvarez E, Lanborena N, Borrell LN, González-Rábago Y, Martín U. Induced abortion in a Southern European region: examining inequalities between native and immigrant women. *Int J Public Health*. 2016;61(7):829-36.
5. Zurriaga O, Martínez-Beneito MAM, Galmés Truyols A, Torne MMM, Bosch S, Bossier R, et al. Recourse to induced abortion in Spain: profiling of users and the influence of migrant populations. *Gac Sanit*. 2009;23:57-63.
6. Ferreira M, Fernandes B, Duarte J, Chaves C. Attitudes of Women Regarding the Voluntary Interruption of Pregnancy. *Procedia – Soc Behav Sci*. 2015;171:104-12.
7. Raymond EG, Grimes DA. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the united states. *Obstet Gynecol*. 2012;119:215-9.
8. Ministério da Saúde. Relatório de análise das complicações relacionadas com a interrupção da gravidez 2011-2012. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015.
9. Upadhyay UD, Desai S, Zlidar V, Weitz TA, Grossman D, Anderson P, et al. Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstet Gynecol*. 2015;125(1):175-83.
10. Raymond EG, Grossman D, Weaver MA, Toti S, Winikoff B. Mortality of induced abortion, other outpatient surgical procedures and common activities in the United States. *Contraception*. 2014;90(5):476-9.
11. Gerdtz C, Dobkin L, Foster DG, Schwarz EB. Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy. *Women's Heal Issues*. 2016;26(1):55-9.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion Number 615: Access to Contraception. 2017;(615). Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/co615.pdf?dmc=1>
13. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann*. 2014;45(3):301-14.
14. WHO Regional Office for Europe. Abortions per 1000 live births. European Health for All explorer [homepage na Internet]. [consultado 5 de Fevereiro de 2019]. Disponível em: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_586-7010-abortions-per-1000-live-births/visualizations/#id=19681&tab=table
15. Ministério da Saúde. Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez 2018. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2019.
16. Ministério da Saúde. Relatório dos registos das interrupções da gravidez – dados de 2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017.
17. Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe (NUTS – 2013), Sexo, Grupo etário da mãe e Natureza do parto da mãe [homepage na Internet]. Instituto Nacional de Estatística. 2018 [consultado 26 de Maio de 2020]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&xindOcorrCod=0008099&xlang=pt&xcontexto=bd&xselTab=tab2
18. População estrangeira com estatuto legal de residente (N.º) por Local de residência (NUTS – 2013) e Nacionalidade; Anual [homepage na Internet]. Instituto Nacional de Estatística. 2018 [consultado 20 de Julho de 2020]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&xindOcorrCod=0010247&xcontexto=bd&xselTab=tab2
19. População residente (N.º) por Local de residência (NUTS – 2013), Sexo e Grupo etário; Anual [homepage na Internet]. Instituto Nacional de Estatística. 2018 [consultado 20 de Julho de 2020]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&xindOcorrCod=0008273&xlang=pt&xcontexto=bd&xselTab=tab2
20. Bajos N, Le Guen M, Bohet A, Panjo H, Moreau C. Effectiveness of Family Planning Policies: The Abortion Paradox. *PLoS One*. 2014;9(3):1-7.
21. Benjamin M, Davis, Glen F, Rall MJS. Trends in Abortion Incidence and Availability in North Carolina, 1980-2013. *Physiol Behav*. 2017;176(1):139-48.
22. Opatowski M, Bardy F, David P, Dunbavand A, Saurel-Cubizolles MJ. Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG – Enquête multicentrique sur les IVG médicamenteuses en France en 2014. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2017;45(1):22-7.
23. Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstet Gynecol*. 2012;120(6):1291-7.
24. Vigoureux S. Epidemiology of induced abortion in France. *J Gynecol Obstet Biol la Reprod*. 2016;45(10):1462-76.
25. Marston C, Cleland J. Relationships Between Contraception and Abortion: A Review of the Evidence. *Int Fam Plan Perspect*. 2003;29(1):6.
26. Jacovetty EL, Clare CA, Squire MB, Kubal KP, Liou S, Inchiosa MA. Clinical oversight and the avoidance of repeat induced abortion. *Int J Gynecol Obstet*. 2018;142(3):349-53.
27. Leeners B, Bieli S, Huang D, Tschudin S. Why prevention of repeat abortion is so challenging: psychosocial characteristics of women at risk. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2017;22(1):38-44.
28. Pestvenidze E, Berdzuli N, Lomia N, Gagua T, Umikashvili L, Stray-Pedersen B. Repeat induced abortions in Georgia, characteristics of women with multiple pregnancy terminations: secondary analysis of the Reproductive Health Survey 2010. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;205:85-90.
29. Westfall JM, Kallail KJ. Repeat abortion and use of primary care health services. *Fam Plann Perspect*. 1995;27(4):162-5.
30. Famer Rocha CM, Darsie C, Costa da Silva V, Messa Koetz AP, Gama AF, Ferreira Dias S. Maternidade deslocada: a gravidez, o

aborto voluntário e a saúde feminina para mulheres imigrantes em Portugal. *Rev Bras em promoção da Saúde*. 2013;26(4):470-9.

31. Limited Access: Europe's Contraception Deficit. Brussels: European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights; 2018.

32. Contraception Atlas [homepage na Internet]. European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. Brussels; 2019 [consultado 14 de Março de 2020]. Disponível em: <https://www.contraceptioninfo.eu>

33. Águas F, Bombas T, Pereira D. Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal. 2016;10(3):184-92.

34. Chae S, Desai S, Crowell M, Sedgh G. Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries. *Contraception*. 2017;96(4):233-41.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Catarina Neves Santos – análise estatística, elaboração do artigo, revisão do texto.

Beatriz Chambel – análise estatística, elaboração do artigo, revisão do texto.

JJ. Prado González – colheita de dados, elaboração do artigo, revisão do texto.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

Sem subsídios ou bolsas a declarar.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Catarina Neves Santos

E-mail: catarinansantos90@gmail.com

RECEBIDO EM: 15/03/2021

ACEITE PARA PUBLICAÇÃO: 18/12/2021