

RELATÓRIO DOS REGISTOS DAS INTERRUPÇÕES DA GRAVIDEZ

2018

Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez | 2018

FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez.
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2018.

PALAVRAS CHAVE: Interrupção de gravidez

EDITOR

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45, 1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt
www.dgs.pt

AUTOR

DIVISÃO DE SAÚDE SEXUAL REPRODUTIVA INFANTIL E JUVENIL

Lisboa, dezembro, 2018

Índice

Índice de tabelas.....	4
Índice de gráficos	5
Siglas e Acrónimos	6
Sumário Executivo.....	7
Executive Summary.....	8
1. Introdução.....	9
2. Apresentação e Análise dos Dados de Interrupções da Gravidez	10
2.1. Motivos e encaminhamento.....	10
2.2. Idade.....	11
2.3. Regiões	15
2.4. Nacionalidade.....	17
2.5. Intervenção.....	20
2.6. Filhos anteriores e intervenções anteriores.....	21
2.7. Situações conjugais e familiares das utentes.....	23
2.8. Situação laboral da mulher e companheiro	24
2.9. Grau de instrução	25
2.10. Contraceção após IG.....	26
3. Análise da Variação Temporal 2008-2017	28
3.1 Interrupções de gravidez: tendências temporais	28
3.2 Interrupções de gravidez por idade	31
3.3 Comparação com a Região Europeia	32
4. Considerações finais.....	33
Referências bibliográficas	37

Índice de tabelas

Tabela 1: Distribuição das Interrupções de Gravidez (IG) por motivo 2017	10
Tabela 2: Tipo de encaminhamento para IG, total e por sistema de saúde (publico/privado) onde foi realizada a IG 2017	11
Tabela 3: Número de IG por grupo etário da mulher, nados-vivos por grupo etário 2017	11
Tabela 4: IG por motivo e por grupo etário da mulher 2017	14
Tabela 5: Número de IG, número de nados-vivos (NV) e população feminina entre 13 e 49 anos por região de Portugal 2017	15
Tabela 6: IG por região de saúde e por grupo etário 2017	16
Tabela 7: Distribuição percentual por grupo etário das mulheres portuguesas e estrangeiras que efetuaram IG 2017	18
Tabela 8: IG por nacionalidade da mulher 2017	19
Tabela 9: Distribuição das IG realizadas por portuguesas e estrangeiras nas regiões de saúde 2017.....	20
Tabela 10: Tipo de procedimento em IG por opção até às 10 semanas 2017	21
Tabela 11: Interrupções de Gravidez 2017.....	21
Tabela 12: Tempo (em anos) decorrido desde o último parto e desde a última IG 2017.....	22

Tabela 13: Distribuição por idades das mulheres que tinham efetuado uma IG anterior em 2017 (<1 ano antes) ou em 2016 (< 2 anos)	23
Tabela 14: Distribuição numérica e percentual das mulheres quanto ao estado civil e vivência em casal 2017.....	23
Tabela 15: Distribuição das mulheres portuguesas em idade fértil, estado civil e vivência conjugal 2017	24
Tabela 16: Situação laboral das mulheres e dos companheiros 2017	25
Tabela 17: IG por grau de instrução da mulher e sector onde a IG foi realizada 2017	25
Tabela 18: Método contraceptivo escolhido após a IG 2017.....	26
Tabela 19: Número de IG por motivo 2008 - 2017	28
Tabela 20: Número de IG por 1000 nados-vivos na região europeia 2010 - 2015.....	32

Índice de gráficos

Gráfico 1: Incidência de IG (nº IG/100.000) por grupo etário 2017.....	12
Gráfico 2: Distribuições da percentagem de IG e de NV por grupo etário 2017.....	12
Gráfico 3: Variação do risco de IG (todos os motivos) com a idade, estimado pela percentagem de gravidezes que terminaram em IG 2017	13
Gráfico 4: Distribuição percentual de quatro motivos de IG 2017	14
Gráfico 5: Distribuição percentual das IG e dos NV por região 2017.....	16
Gráfico 6: Idade média (círculos) das mulheres que fizeram IG por região de saúde 2017.....	17
Gráfico 7: Distribuição percentual por grupo etário das mulheres portuguesas e estrangeiras que efetuaram IG 2017	18
Gráfico 8: IG por opção até às 10 semanas 2017	20
Gráfico 9: Distribuição do número de anos decorrido desde o último parto e desde última IG 2017.....	22
Gráfico 10: Métodos contraceptivos (em percentagem) escolhidos pelas mulheres após IG, dentro de cada grupo etário 2017	27
Gráfico 11: Número absoluto de IG total e por opção da mulher até às 10 semanas 2008 - 2017.....	28
Gráfico 12: Número de IG por 10 ⁵ mulheres com 15 a 49 anos de idade 2008 - 2017	29
Gráfico 13: Número de nados vivos versus número de IG por ano 2017.....	29
Gráfico 14: Percentagem de IG por motivo 2008 - 2017.....	30
Gráfico 15: Idade média (em anos) das mulheres que realizaram IG (todos os motivos) 2008 - 2017	31
Gráfico 16: Evolução temporal da percentagem de IG por grupo etário 2008 - 2017.....	31

Siglas e Acrónimos

ARS – Administração Regional de Saúde

DGS - Direção-Geral da Saúde

DIU – Dispositivo Intrauterino

DP – Desvio Padrão

HFA-DB - *European Health for all database*

IC – Intervalo de Confiança

IG - Interrupção de Gravidez

INE – Instituto Nacional de Estatística

LVT - Lisboa e Vale do Tejo

NV - Nados Vivos

OMS – Organização Mundial da Saúde

RR - Risco Relativo

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Sumário Executivo

Este documento apresenta dados de 2017 relativos às interrupções de gravidez (IG) em Portugal, realizadas dentro do quadro legal.

Em 2017 foram realizadas 15.492 IG ao abrigo do artigo 142º do Código Penal, sendo 179,8 a incidência de IG por 1000 Nados Vivos (NV). Do total de IG, 11.035 tiveram lugar em serviços públicos e 4.457 em serviços privados.

Globalmente, 47,2% das mulheres recorreu por iniciativa própria aos serviços de atendimento hospitalar, sendo as idades mais representadas em IG por todos os motivos os grupos 20-24 anos (23%) e 25-29 anos (22,39%). Estima-se que a mulher que engravida entre os 30 e os 34 anos, seja a que tem probabilidade mais elevada (90,7%) de prosseguir com a gravidez.

A IG por opção da mulher até às 10 semanas de gestação foi o principal motivo de IG em todas as idades (96%), sendo o segundo motivo mais representado a IG associada a grave doença ou malformação congénita do nasciturno (3%). A região de Lisboa e Vale do Tejo registou 57% de todas as IG, a região norte 22,8% e o Algarve 6,9%, sendo estas as regiões com maior número de IG. Em 18,3% das IG, a mulher tinha nacionalidade estrangeira, sendo esta percentagem semelhante a 2016. As mulheres de nacionalidade não portuguesa recorreram mais a IG na região de Lisboa (72,5%) e no Algarve (12%).

O tempo médio de espera para realizar uma IG foi de 6,4 dias e a idade gestacional média na IG até às 10 semanas foi de 7,43 semanas, sendo o método mais escolhido a IG medicamentosa (70,2%), comparativamente com a cirúrgica (28,8%). Contudo, instituições públicas e privadas diferiram quanto ao método: nas públicas o medicamentoso ocorreu em 98,2% dos casos, enquanto nas privadas predominou o método cirúrgico com 93,9% das IG.

Em 56,4% dos casos, a mulher tinha pelo menos um filho e em 70,7% estavam a realizar a primeira IG.

Nas situações em que tinham realizado IG anterior, o tempo médio decorrido desde a última foi de 4,75 anos. Entre as mulheres que fizeram mais de uma IG em 2 anos, o Risco Relativo de isto acontecer foi superior (RR=1,57) no grupo etário dos 20-29 anos, onde apenas 1,9% correspondeu a motivos de IG diferente da opção até às 10 semanas, sendo a maioria destas mulheres trabalhadoras não qualificadas (23,4%) ou desempregadas (19,2%). Encontrou-se associação significativa entre a profissão das mulheres e a profissão dos companheiros. Em 40,6% das IG, as mulheres tinham frequência do ensino secundário e em 24,7% frequência do ensino superior; apenas 0,2% manifestou ausência de instrução.

Foi escolhido um método de contraceção por 93% das mulheres que recorreu a IG, sendo 38,6% métodos de longa duração e 41,7% método hormonal oral ou injetável. Este último foi o método de eleição em 54,7% das mulheres entre os 15-19 anos, decrescendo de importância com o aumento da idade da mulher (apenas 27,4% em idades igual ou superior a 40 anos).

Em Portugal, o número anual de IG por todos os motivos, continua a registar um decréscimo consistente desde 2011, verificando-se também uma correlação positiva entre o número de nados vivos (NV) e o número de IG, ou seja, as IG tendem a subir nos anos em que as mulheres têm mais NV. A média nacional de IG continua a manter-se abaixo da média europeia no que respeita ao indicador “numero de IG por 1000 NV”.

Importa delinear estratégias de intervenção que envolvam informação e sensibilização, com especial relevo nas mulheres com menos de 30 anos.

Os registos obrigatórios da IG são uma mais-valia para a monitorização e acompanhamento evolutivo ao longo dos anos.

Executive Summary

This report presents data regarding legal abortion taking place in Portugal during 2017.

In 2017, there were 15492 abortions falling in the legal framework of article 142 of the Penal Code, corresponding to an incidence of 179.8 per 1000 livebirths; 11035 abortions took place in the public sector whereas 4457 occurred in private facilities.

47.2% of women came to the health services for abortion by self-initiative. The most represented age-groups were the 20-24 (23%) and 25-29 (22.4%) years-old. Women who became pregnant between 30 and 34 years old, were found to be the ones more likely (90.7%) to carry on pregnancy without abortion.

Abortion by women's choice, until 10 weeks of gestation time, was the main reason for abortion at all ages (96%). The second most common reason was severe disease or congenital malformation of the embryo (3%). The regions where the majority of abortions took place were Lisbon and Tagus Valley (57%), North region (22.8%), and Algarve (6.9%). In 18.3%, women were from another nationality, a figure very similar to the one observed in 2016. Foreigners chose mostly the region of Lisbon (72.5%) and Algarve (12%) for abortion.

The average waiting time to abortion since the first appointment was 6.4 days and the average gestation time at abortion was 7.43 weeks. Medical abortion was the most used method (70.2%), followed by surgical abortion (28.8%). There was a major difference between public and private institutions, regarding the method used: the former used medical abortion in 98.2% of cases, whereas private institutions used mostly surgical abortion (93.9%).

About 56% of women doing abortion had already a child and 70.7% of women were doing abortion for the first time.

For women who conducted a previous abortion, the average period of time elapsed since then was 4.75 years. The Relative Risk of having had two or more abortions within the past 2 years was higher (RR=1,57) in the 20-29 years old age group, wherein only 1.9% was done for reasons other than by women's choice and where most women were either unqualified workers (23.4%) or on an unemployed situation (19,2%).

A significant association was found between the women's profession and that of their male partners, as they tend to have the same professional classification. Among women who did abortion, 40.6% had attended high-school, 24.7% attended the university, and only 0.2% had no education.

A vast majority of women (93%) chose a contraception method after abortion: 38.6% chose long term methods and 41.7% either a hormonal oral or an injectable method. The latter was the most chosen method among women aged 15-19 years old and the percentage of this method decreased as age increased, being only 27.4% in ages equal or greater than 40 years.

In 2017, the number of abortions for all motifs fits well in the decreasing trend which has been observed in Portugal since 2011. The average index "number of abortions per 1000 livebirths", in Portugal, also remains below the European average. A positive correlation was observed between the annual number of livebirths and the number of abortions, in other words, years with more live births also tend to have more abortions, and vice versa.

We aim to develop intervention strategies of information and awareness, targeting mostly women under 30 years old.

The mandatory record of abortions remains the most important tool for the monitoring and evaluation of abortion trends in Portugal.

1. Introdução

Os relatórios anuais de Interrupção de Gravidez (IG) são elaborados a partir dos registos efetuados na base informática para registo de interrupção da gravidez, sediada na Direção-Geral da Saúde (DGS). Os dados coligidos para o presente relatório de 2017 foram extraídos da base nacional em 21 de setembro de 2018, seguindo metodologia análoga a anos anteriores que visa reduzir o impacto dos registos tardios. Analisaram-se os dados de episódios de IG encerrados à data da consulta da base de dados.

Procede-se simultaneamente à publicação de um novo relatório de 2016, com os registos atualizados ao dia 9 de maio de 2018: “Relatório 2016 - Edição revista em 2018” (acessível na página www.saudereprodutiva.dgs.pt).

Salienta-se que todas as IG efetuadas dentro do quadro legal, ao abrigo do artigo 142º do Código Penal, são de declaração obrigatória à DGS, conforme dispõe o artigo 8º da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho, através de um registo normalizado previsto no seu anexo II. A DGS apenas tem acesso aos dados obtidos através do citado anexo II, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade no seu tratamento. Estes dados são de utilização exclusiva para fins estatísticos de saúde pública.

2. Apresentação e Análise dos Dados de Interrupções da Gravidez

2.1. Motivos e encaminhamento

Em 2017, foram realizadas 15.492 interrupções de gravidez ao abrigo do artigo 142º do Código Penal, que prevê cinco motivos de exclusão de ilicitude de aborto (Tabela 1); 11.035 (71,2%) das interrupções foram efetuadas em instituições públicas e 4.457 (28,8%) em instituições privadas. Em 2015 e 2016, o número de interrupções tinha sido, respetivamente, 16.652 e 15.959, confirmando 2017 a tendência decrescente que se tem observado desde 2012.

Em 2017, a incidência (número de IG por 100.000 mulheres entre 13 e 49 anos)¹, foi de 540,1 por 100.000. Quanto à incidência por 1.000 nados-vivos (NV), um indicador utilizado na *Health for all - database* (HFA-DB) europeia, foi de 179,8 por 1.000.

Tabela 1: Distribuição das Interrupções de Gravidez (IG) por motivo | 2017

MOTIVO	Nº IG	%
Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da grávida	13	0,08
Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	100	0,65
Grave doença ou malformação congénita do nascituro	466	3,01
Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual	14	0,09
Por opção da mulher até às 10 semanas	14.899	96,17
Total	15.492	100

À semelhança de anos anteriores, as Interrupções da Gravidez (IG) por opção da mulher nas primeiras 10 semanas são o principal motivo de IG, constituindo em 2017 cerca de 96,2% do total das interrupções realizadas, um valor de nível semelhante aos 96,6% estimados em 2016 (ver anexo as IG por motivo e Instituição). O segundo motivo mais frequente de IG é: “grave doença ou malformação congénita do nascituro” com 466 registos, cerca de 3% (em 2016 estimaram-se 2,8%).

No que respeita ao Encaminhamento, globalmente a maioria das mulheres (47,2%) recorreu a IG por iniciativa própria, recorrendo à possibilidade de acesso direto à consulta hospitalar. Considerando apenas as que efetuaram IG no sector público e acederam diretamente aos serviços hospitalares, a percentagem sobe para 56,7% dos casos.

¹ População de mulheres entre 13 e 49 anos residentes em Portugal, estimada pelo INE para 2017, consultado em www.ine.pt em outubro de 2018

Verificou-se referenciação prévia dos cuidados de saúde primários (encaminhamento por Centro de Saúde) em 39,0% das IG. Das IG realizadas no setor privado, apenas 23,6% o fez por iniciativa própria e a maioria recebeu encaminhamento a partir do Centro de Saúde (Tabela 2).

Tabela 2: Tipo de encaminhamento para IG, total e por sistema de saúde (público/privado) onde foi realizada a IG | 2017

Tipo de encaminhamento	TOTAL	%	Público	%	Privado	%
Encaminhamento por Centro de Saúde	6.041	39,0	3.398	30,8	2.643	59,3
Encaminhamento de Hospital público	1.354	8,7	698	6,3	656	14,7
Encaminhamento de clínica/médico privado	583	3,8	483	4,4	100	2,2
Iniciativa própria	7.309	47,2	6.259	56,7	1.050	23,6
Outro	205	1,3	197	1,8	8	0,2
Total	15.492	100	11035	100	4457	100

2.2. Idade

Em 2017 a idade média das mulheres que efetuaram IG foi 28,91 anos (desvio-padrão (dp): 7,31; mediana: 28,0). Aproximadamente 64% do total foram efetuadas por mulheres entre 20 e 34 anos de idade (Tabela 3), e raramente abaixo de 15 (0,30%) e acima de 44 anos (0,76%). A distribuição percentual de IG por idade não foi coincidente com a distribuição percentual de nados-vivos nascidos no mesmo ano, facto este que será objeto de análise mais abaixo (Risco de IG por idade).

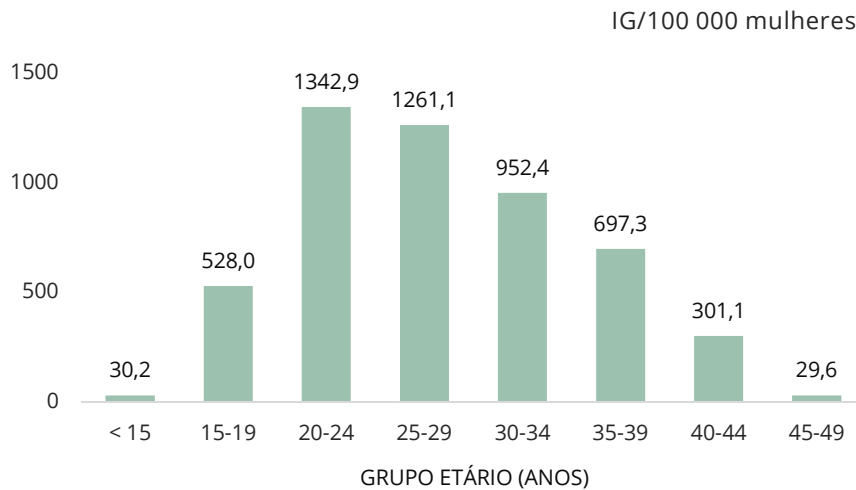
Tabela 3: Número de IG por grupo etário da mulher, nados-vivos por grupo etário | 2017

Grupo etário	nº IG 2017	%	nº NV 2017	%
< 15	46	0,30	42	0,05
15-19	1.438	9,28	2.131	2,47
20-24	3.563	23,00	8.764	10,17
25-29	3.469	22,39	18.914	21,95
30-34	2.937	18,96	28.668	33,28
35-39	2.608	16,83	21.626	25,10
40-44	1.277	8,24	5.712	6,63
45-49	118	0,76	277	0,32
50+	0	0,00	20	0,02
Desconhecido	36	0,23	0	0,00
TOTAL	15.492	100	86.154	100

Fonte: INE, 2018

No que respeita à incidência de IG, constata-se que foi mais elevada entre os 20 e os 24 anos, com um registo de 1.343 casos por 100.000 mulheres neste grupo etário (Gráfico 1). A incidência decresce depois gradualmente, atingindo o mínimo no grupo dos 45-49 anos (29,6/100.000).

Gráfico 1: Incidência de IG (nº IG/100.000) por grupo etário | 2017

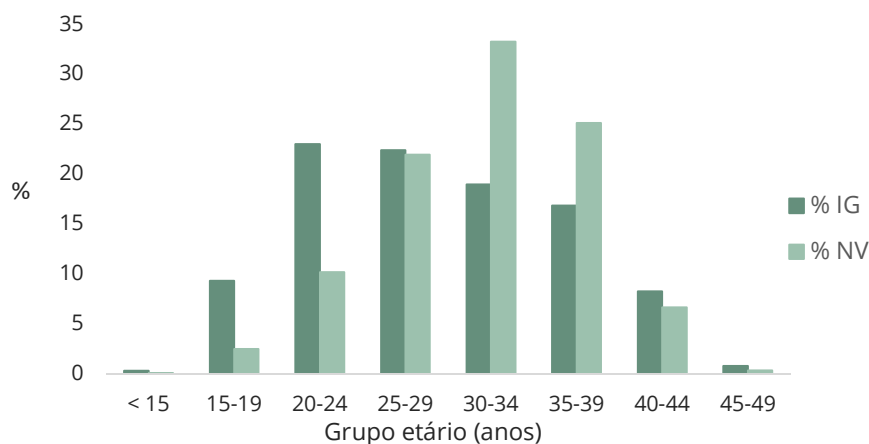


Nota: Fonte da população feminina por idade: INE 2018; para o grupo <15 considerou-se apenas as idades 13 e 14 anos

Risco de IG por idade

Para investigar se existem idades em que o risco de IG é mais elevado, é necessário ter em consideração o número de gravidezes ocorridas por idade. Seria de esperar que as idades onde ocorrem mais gravidezes fossem também as que têm mais casos de IG, sendo estes residuais nos extremos da vida reprodutiva. Tomou-se a distribuição de nados vivos (NV) por idade como um indicador da distribuição de gravidezes por idade e comparou-se as distribuições de IG por idade com a de NV por idade (Tabela 3 e Gráfico 2).

Gráfico 2: Distribuições da percentagem de IG e de NV por grupo etário | 2017



Fonte: INE 2018,
Nota: ver também Tabela 3

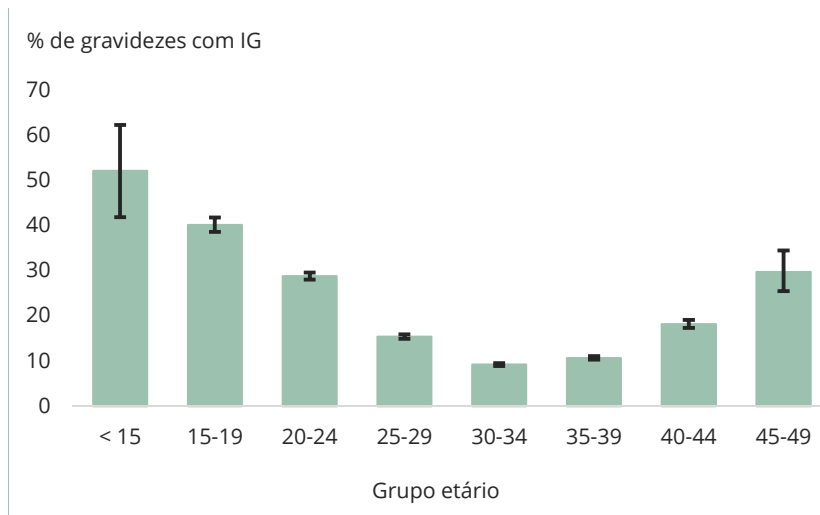
A comparação entre as duas distribuições percentuais, sugere que a probabilidade de uma gravidez terminar em IG é maior entre os 15 e os 24 anos (Gráfico 2: barras escuras mais altas que barras claras). Essa probabilidade é menor entre os 30 e os 39 anos de idade (Gráfico 2: barras verde-claras mais altas).

Adicionando o número de IG por idade com o número de NV da idade correspondente, obtém-se uma aproximação ao número total de gravidezes ocorridas na referida idade. Dividindo o número de IG pelo total de gravidezes na idade, estima-se a percentagem de gravidezes que terminou em IG, por outras palavras, o risco de IG por idade (Gráfico 3). O risco de IG é mais elevado abaixo dos 20 anos (50% em menores de 15 anos e 40,3% no grupo dos 15-19 anos), decrescendo gradualmente até aos 30 anos e sendo mínimo entre 30 e 34 anos, onde é inferior a 10%. Sobee de novo, embora de forma mais suave, a partir dos 35 anos de idade (Gráfico 3).

Em resumo, a maioria das IG ocorre em mulheres com idade entre 20 e 34 anos, sendo máxima no grupo dos 20-24 anos (23% das IG). Contudo, a probabilidade de uma gravidez ser voluntariamente interrompida é mais elevada abaixo dos 20 anos.

Existem algumas limitações a esta interpretação. Por um lado, não são tidas em consideração as situações de IG não notificada, por outro, no total de gravidezes não foram incluídos nados-mortos nem abortos espontâneos, e ainda o número de NV é superior ao número de gravidezes, tendo em conta os partos gemelares. Estes enviesamentos afetam a exatidão dos valores numéricos da Figura 3, mas, provavelmente, não afetam a tendência geral apresentada. Entre os 30 e os 34 anos a mulher que engravida tem a probabilidade mais elevada de prosseguir com a gravidez (90,7%).

Gráfico 3: Variação do risco de IG (todos os motivos) com a idade, estimado pela percentagem de gravidezes que terminaram em IG | 2017



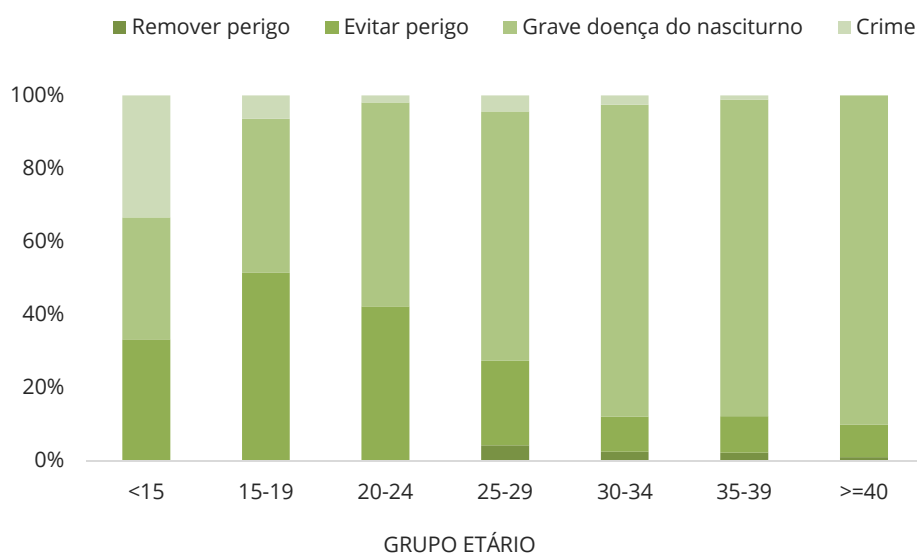
Nota: As barras delimitam intervalos de confiança a 95% para as referidas percentagens

Idade da mulher e motivo da IG

Como referido anteriormente, a IG por opção da mulher até às 10 semanas é o principal motivo de IG realizada ao abrigo do artigo 142º do Código Penal. A sua importância percentual por idade é sempre dominante, variando entre 93% no grupo etário dos 35-39 anos e 99% no grupo dos 20-24 anos. As restantes quatro causas de IG apresentam, contudo, padrões de variação entre idades que se resumem em seguida (Tabela 4, Gráfico 4).

Tabela 4: IG por motivo e por grupo etário da mulher | 2017

MOTIVO	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	≥40	Desconhecido	Total	%
Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da grávida	0	0	0	4	4	4	1	0	13	0,1
Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	1	16	22	21	15	17	8	0	100	0,6
Grave doença ou malformação congénita do nascituro	1	13	29	62	132	147	81	1	466	3,0
Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual	1	2	1	4	4	2	0	0	14	0,1
Por opção da mulher até às 10 semanas	43	1.407	3.511	3.378	2.782	2.438	1.305	35	14.899	96,2
Total	46	1.438	3.563	3.469	2.937	2.608	1.395	36	15.492	100

Gráfico 4: Distribuição percentual de quatro motivos de IG | 2017

Nota: motivo “por opção da mulher até às 10 semanas”, excluído dentro de cada grupo etário. A barra das <15 anos baseia-se em apenas n=3 casos.

O motivo “Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da grávida” foi especialmente importante em idades mais jovens, nomeadamente entre os 15 e os 24 anos, diminuindo em idades superiores.

O motivo “Grave doença ou malformação congénita do nascituro” aumentou gradualmente de importância com o aumento da idade, sendo dominante a partir de 25 anos entre os motivos além da opção da mulher.

O motivo “Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da grávida” só surgiu a partir dos 25 anos e teve uma importância percentual muito reduzida. Finalmente, o motivo “Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual” é comparativamente mais importante nas idades mais jovens diminuindo de importância relativa em idades mais avançadas (Tabela 4, Gráfico 4).

2.3. Regiões

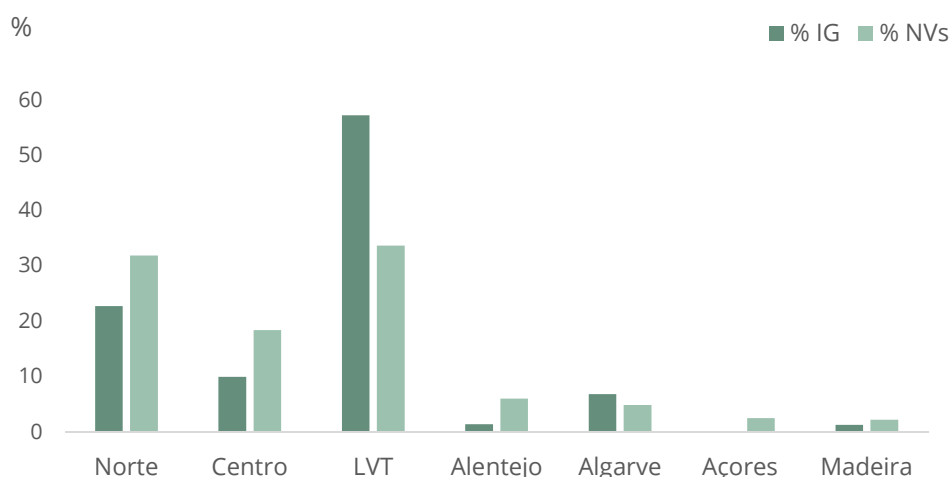
Em 2017, cerca de 57% das IG tiveram lugar em instituições da região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT). Esta percentagem é superior à percentagem de nados vivos nascidos na mesma região (33,7%) e muito superior à percentagem de mulheres em idade fértil aí residente (27,6%) (Tabela 5). Assumindo que a distribuição de nascimentos por região é um indicador aproximado da distribuição de gravidezes por região, os dados aparentam indicar deslocação geográfica de mulheres grávidas residentes fora de LVT para dentro desta região, com o objetivo de realizar IG.

A região Norte tem a segunda maior fatia de IG, com 22,8% dos casos. Esta percentagem é, contudo, inferior à de nados vivos aí nascidos (32%). No Continente, o Alentejo é a região com menor percentagem de IG (1,5%), não obstante aí nascerem 6,1% de nados-vivos.

Além de LVT, o Algarve é outra região onde a percentagem de IG supera a de nascimentos, respetivamente, 6,9% e 4,9%.

Tabela 5: Número de IG, número de nados-vivos (NV) e população feminina entre 13 e 49 anos por região de Portugal | 2017

ARS	Nº IG	% IG	Nº NVs	% NVs	Mulheres 13-49 anos	% Mulheres
Norte	3.534	22,8	27.534	32,0	859.649	35,7
Centro	1.554	10,0	15.926	18,5	500.040	20,8
LVT	8.874	57,3	29.054	33,7	665.515	27,6
Alentejo	225	1,5	5.225	6,1	151.336	6,3
Algarve	1.068	6,9	4.236	4,9	102.800	4,3
Açores	28	0,2	2.219	2,6	64.576	2,7
Madeira	209	1,3	1.960	2,3	65.501	2,7
Total	15.492	100	86.154	100	2.409.417	100

Gráfico 5: Distribuição percentual das IG e dos NV por região | 2017

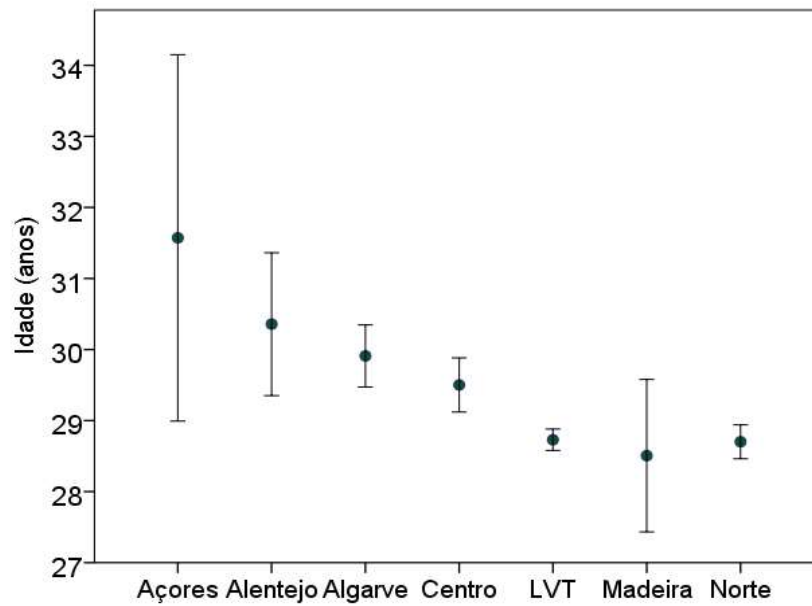
Região e Idade da grávida

As regiões de saúde não diferem significativamente entre si quanto à distribuição etária das mulheres que em 2017 efetuaram IG, predominando em todas o grupo dos 20 aos 34 anos de idade (Tabela 6, Fig. 6).

Na Madeira, no Norte e na região de LVT, as idades médias das mulheres que realizaram IG foram as mais baixas com, respetivamente, 28,51 anos, 28,70 anos e 28,72 anos. Os Açores foram a região com a média de idades mais elevada, 31,57 anos, seguida do Alentejo com 30,36 anos. O valor dos Açores, contudo, encerra especial incerteza (Fig. 6) dado o pequeno número de IG registadas.

Tabela 6: IG por região de saúde e por grupo etário | 2017

	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	≥40	Desconhecido	Total	%
Norte	9	320	857	802	668	552	320	6	3.534	22,8
Centro	3	160	323	301	287	306	171	3	1.554	10,0
LVT	32	824	2.081	2.065	1.660	1.418	773	21	8.874	57,3
Alentejo	0	21	39	39	46	54	25	1	225	1,5
Algarve	1	85	211	211	235	236	84	5	1.068	6,9
Açores	0	2	3	5	8	7	3	0	28	0,2
Madeira	1	26	49	46	33	35	19	0	209	1,3
Total	46	1.438	3.563	3.469	2.937	2.608	1.395	36	15.492	100

Gráfico 6: Idade média (círculos) das mulheres que fizeram IG por região de saúde | 2017

Nota: As barras no gráfico delimitam intervalos de confiança a 95% e a sua extensão é tanto maior quanto menor o tamanho da amostra (Tabela 6) e quanto maior a variabilidade de idades dentro de cada região.

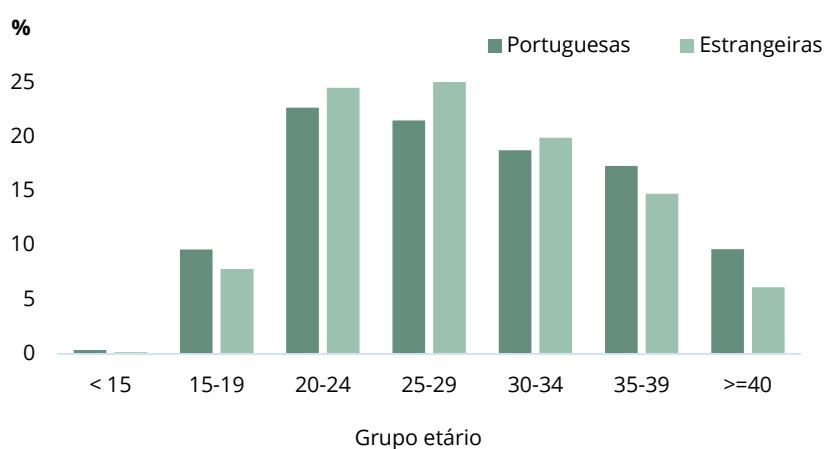
2.4. Nacionalidade

Em 2017, 18,3% das IG no quadro legal foi efetuada em mulheres de nacionalidade não portuguesa, um valor que iguala o observado em 2015 e é ligeiramente superior ao de 2016 (17,7%). Cabo-verdianas, brasileiras, angolanas, guineenses e são-tomenses foram as nacionalidades mais frequentes, depois das portuguesas (Tabela 7). Estas nacionalidades eram também as mais frequentes em 2016.

A distribuição etária de portuguesas e estrangeiras é diferente (Fig. 7), sendo estas últimas em média mais jovens. Entre as portuguesas, apenas aproximadamente 63% tinha idades compreendidas entre 20 e 34 anos, enquanto entre as estrangeiras esta percentagem foi de 71%. Aproximadamente 27% das portuguesas tinham idade ≥ 35 anos, enquanto entre as estrangeiras, apenas 21% estão nesse grupo. Em idades inferiores a 20 anos, houve cerca de 10% de portuguesas, enquanto entre as estrangeiras houve apenas 8%. A média de idades foi 29,01 anos (dp: 7,43) para as portuguesas e 28,44 (dp: 6,72) para as estrangeiras, sendo a diferença entre elas estatisticamente significativa (teste t, $p < 0,001$).

Tabela 7: Distribuição percentual por grupo etário das mulheres portuguesas e estrangeiras que efetuaram IG | 2017

Grupo etário	Portuguesas		Estrangeiras	
	Nº	%	Nº	%
< 15	42	0,33	4	0,14
15-19	1.217	9,61	221	7,81
20-24	2.869	22,66	694	24,51
25-29	2.721	21,49	747	26,39
30-34	2.374	18,75	563	19,89
35-39	2.191	17,31	417	14,73
40	1.221	9,64	173	6,11
Desconhecido	26	0,21	12	0,42
TOTAL	12.661	100	2.831	100

Gráfico 7: Distribuição percentual por grupo etário das mulheres portuguesas e estrangeiras que efetuaram IG | 2017

A tabela 8 apresenta a percentagem de famílias estrangeiras, por país, residentes em Portugal à data do *Census* de 2011. A comparação entre percentagem de IG e percentagem de residentes por nacionalidade é possível, mas deve ser feita com reserva, uma vez que existe uma diferença de 6 anos entre o *Census* e o ano de 2017 em apreciação. Além disso, a distribuição etária das famílias estrangeiras pode diferir bastante da portuguesa, no sentido de maior representatividade das idades reprodutivas.

A distribuição de IG por região é diferente entre portuguesas e estrangeiras. Ambas realizaram IG maioritariamente na região de LVT, contudo, enquanto cerca de 54% das portuguesas efetuaram IG nesta região, nas estrangeiras a percentagem atingiu 72,5% (Tabela 9). O Algarve foi a segunda região com maior frequência de IG realizadas por estrangeiras (12%), o que supera os 5,8% de IG realizadas pelas portuguesas naquela região. A isto não deve ser alheio o facto de o quociente de localização da

população estrangeira atingir os seus valores mais elevados precisamente em LVT e no Algarve, de acordo com o *Census* 2011 (INE 2012).

Tabela 8: IG por nacionalidade da mulher | 2017

Nacionalidade	Nº IG	% IG	Nº famílias	%
Portuguesa	12.661	81,7	3.828.806	94,7
OUTRA	2.831	18,3	130.382	3,2
Cabo-Verde	535	3,5	13.305	0,3
Brasil	447	2,9	34.968	0,9
Angola	364	2,3	9.664	0,2
Guiné	190	1,2	4.971	0,1
São Tomé	162	1	3.381	0,1
Nepal	119	0,8	-	-
Roménia	112	0,7	7.949	0,2
Ucrânia	71	0,5	-	-
China	70	0,5	3.329	0,1
Moldavia	57	0,4	-	-
França	56	0,4	3.569	0,1
India	47	0,3	1.120	0
Moçambique	40	0,3	1.431	0
Outra	557	3,6	-	-
Desconhecida	4	0	-	-
TOTAL	15.492	100	4.043.726	100

Nota: As duas colunas da direita apresentam o número de famílias clássicas² residentes em Portugal por nacionalidade aquando do *Census* de 2011.

² Família clássica: : conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco, de direito ou de facto, entre si.

Tabela 9: Distribuição das IG realizadas por portuguesas e estrangeiras nas regiões de saúde | 2017

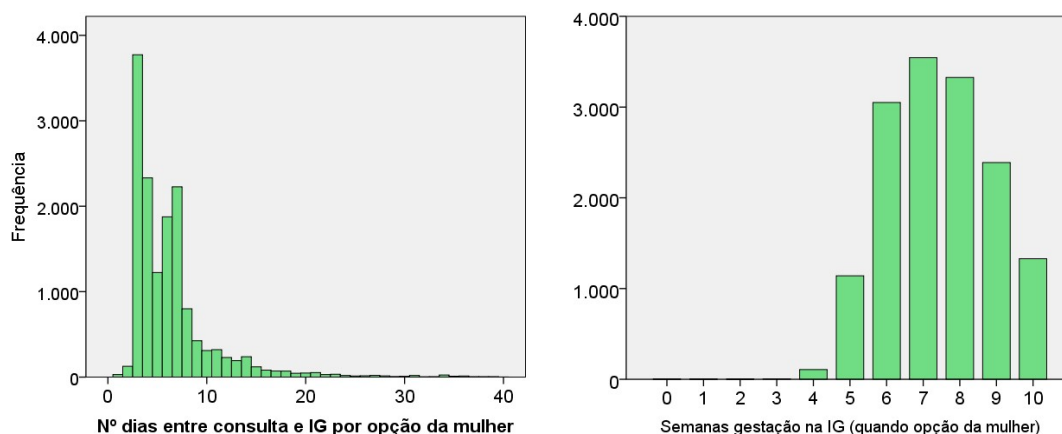
Região	Portuguesas		Estrangeiras	
	Nº	%	Nº	%
Norte	3.264	25,8	268	9
Centro	1.411	11,1	142	5
LVT	6.824	53,9	2.049	72
Alentejo	213	1,7	13	0
Algarve	729	5,8	339	12
Açores	28	0,2	0	0
Madeira	192	1,5	17	1
Total	12.661	100	2.828	100

2.5. Intervenção

Como anteriormente mencionado, em 2017 foram realizadas 15.492 IG, das quais 11.035 em instituições públicas e 4.457 em privadas. Nestas últimas, destaca-se a Clínica do Arcos, com 4.333 IG e o Hospital SAMS com 124.

As mulheres que efetuaram IG por opção, em média aguardaram 6,4 dias entre a data da consulta prévia e a IG. A distribuição do número de dias tem, contudo, forte assimetria positiva (Gráfico 8 esquerda), com uma minoria de mulheres a aguardar mais de 10 dias. Os percentis de 25, 50 e 75% foram, respetivamente, 3, 5 e 7 dias.

Em média, as mulheres que realizaram IG por opção até às 10 semanas, fizeram-no com 7,43 semanas de gestação (dp: 1,44) (Fig. 8 direita).

Gráfico 8: IG por opção até às 10 semanas | 2017

Nota: Esquerda - distribuição do número de dias que decorreu entre a consulta inicial e a IG. Direita - semanas de gestação à data da IG

No que respeita ao procedimento de IG efetuado por opção até às 10 semanas, 70,2% foi medicamentoso e 28,8% foi cirúrgico com anestesia geral. Existe, contudo, uma grande diferença entre instituições públicas e privadas no que respeita ao procedimento. Enquanto nas públicas o procedimento medicamentoso ocorreu em 98,2% dos casos, nas privadas apenas 3% das IG foram feitas desta forma. Nas instituições privadas, 93,9% das IG foram efetuadas por meio cirúrgico com anestesia geral (Tabela 10).

Tabela 10: Tipo de procedimento em IG por opção até às 10 semanas | 2017

Procedimento	TOTAL	%	Público	%	Privado	%
Medicamentoso	10.453	70,2	10.320	98,2	133	3
Cirúrgico com anestesia geral	4.285	28,8	164	1,6	4.121	93,9
Cirúrgico com anestesia local	141	0,9	6	0,1	135	3,1
Outro	16	0,1	15	0,1	1	0
Desconhecido	4	0	4	0	0	0
TOTAL	14.899	100	10.509	100	4.390	100

2.6. Filhos anteriores e intervenções anteriores

A maioria (56,4%) das mulheres que efetuaram IG em 2017 já tinha filhos: 28,7% tinha um filho, 20,6% tinha dois e 7,2% tinha três ou mais filhos (Tabela 10).

Uma maioria de 70,7% de mulheres afirmou nunca ter realizado IG, 21,1% já tinha efetuado uma, 5,8% tinha efetuado duas e 2,4% tinha efetuado três ou mais IG (Tabela 10).

Tabela 11: Interrupções de Gravidez | 2017

Nº Filhos	Nº	%	Nº IG anteriores	Nº	%
0	6.757	43,62	0	10.960	70,75
1	4.417	28,51	1	3.266	21,08
2	3.187	20,57	2	891	5,75
3	856	5,53	3	247	1,59
4	203	1,31	4	79	0,51
5	48	0,31	5	28	0,18
6	18	0,12	6	14	0,09
7	6	0,04	7	3	0,02
			8	1	0,01
			9	2	0,01
			10	0	0
			11	1	0,01
TOTAL	15.492	100	TOTAL	15.492	100

Nota: Número de filhos por mulher (esquerda) e número de IG anteriores (direita)

Em múltiparas, o tempo médio decorrido desde o último parto e a IG foi de 5,7 anos. A distribuição de tempos é muito assimétrica (Fig. 9), pelo que os quartis são melhores descritores: 25% das mulheres tiveram o último parto até 2 anos antes, 50% até 4 anos antes, e 75% até 8 anos antes.

Nos casos de IG anterior, o tempo médio decorrido desde a última IG foi de 4,75 anos. A distribuição destes tempos é também muito assimétrica (Gráfico 9): 25% tinham tido a última IG até 2 anos antes, 50% até 3 anos antes, e 75% até 7 anos antes (Tabela 12).

Gráfico 9: Distribuição do número de anos decorrido desde o último parto e desde última IG | 2017

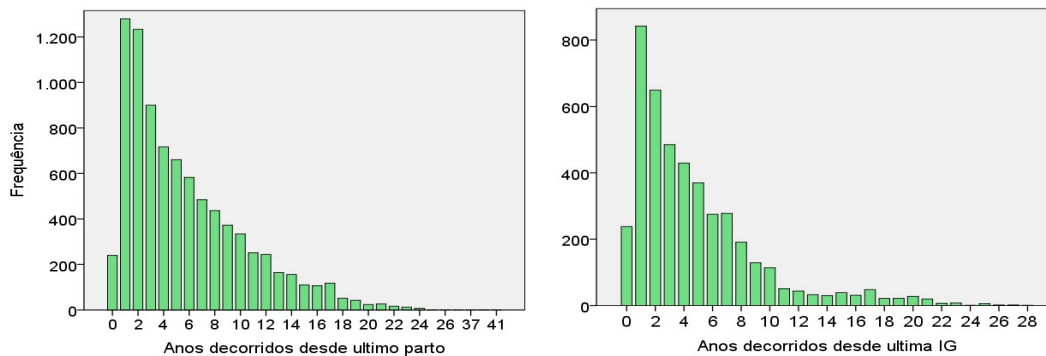


Tabela 12: Tempo (em anos) decorrido desde o último parto e desde a última IG | 2017

Anos	N	Percentis			Média	Dp
		25%	50%	75%		
Anos desde último parto	8.583	2	4	8	5,7	4,75
Anos desde última IG	4.395	2	3	7	4,75	4,47

Das 15.492 IG que tiveram lugar em 2017, em 238 casos já havia uma IG anterior no mesmo ano e em 842 casos havia uma IG anterior em 2016. Este grupo particular de 1.080 mulheres (7% do total) foi investigado, apresentando-se resultados adicionais em seguida:

Neste grupo, 56,6% tinha idade compreendida entre 20 e 29 anos (Tabela 13), percentagem esta que é mais elevada do que os 45,4% de mulheres desta gama de idades que realizou IG (Tabela 3). Pode-se comparar a probabilidade de uma mulher de 20 a 29 anos de idade (que comparece para IG) ter efetuado uma IG anterior há menos de 2 anos com essa probabilidade para uma mulher de qualquer outra idade. O quociente entre estas duas probabilidades mede quantas vezes existe maior risco de ocorrerem duas IG espaçadas por menos de 2 anos se a mulher tiver 20 a 29 anos do que se tiver qualquer outra idade. Este risco relativo (RR) foi calculado e é $RR=1,57$, um valor estatisticamente significativo (IC 95%: [1,40; 1,76]). Quando o mesmo exercício é efetuado para as jovens de 15 a 19 anos e para as idades 30 a 34, conclui-se que, respetivamente, $RR=0,81$ e $RR=0,95$, valores estes que não são estatisticamente significativos (respetivamente, IC 95%: [0,66; 1,01] e [0,82; 1,1]).

Das 1.080 mulheres que realizaram mais de uma IG em dois anos, apenas 20 (1,9%) foram devidas a motivo diferente de opção da mulher até às 10 semanas (4 para evitar perigo para a grávida, 16 devido a doença ou malformação do nascituro). Assim, neste grupo parece haver maior tendência para IG

por opção até às 10 semanas: estes 1,9% são inferiores à percentagem geral de IG por motivo diferente de opção da mulher, a qual foi de 3,8% (Tabela 1), sugerindo que neste grupo existiu maior tendência para IG exclusivamente por vontade própria.

Tabela 13: Distribuição por idades das mulheres que tinham efetuado uma IG anterior em 2017 (<1 ano antes) ou em 2016 (< 2 anos)

Anos desde última IG	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40	Desconhecido	TOTAL
<1	21	87	52	40	26	12	0	238
<2	62	247	225	156	118	33	1	842
TOTAL	83	334	277	196	144	45	1	1.080
%	7,7	30,9	25,6	18,1	13,3	4,2	0,1	100

Entre as 1.080 IG sob apreciação, o número de portuguesas foi 819 (75,8%) e de estrangeiras foi 261 (24,2%). Este último valor é superior aos 18,3% de estrangeiras que efetuaram IG em 2017. Entre estas, a maioria eram cabo-verdianas (58 mulheres), angolanas (54 mulheres), brasileiras (21 mulheres), são-tomenses (14 mulheres), romenas (14 mulheres) e guineenses (13 mulheres).

A maioria das IG nestas 1.080 mulheres realizaram-se em instituições públicas (693, 64,2%). Esta percentagem, contudo, é inferior à percentagem global de IG realizadas em instituições públicas, que foi de 71,2%, sugerindo maior tendência para realizar IG em instituição privada neste grupo particular.

Quanto à situação laboral, destas 1.080 mulheres, a maioria eram trabalhadoras não qualificadas (253, 23,4%), seguindo-se as desempregadas (207, 19,2%), administrativas (199, 18,4%), estudantes (167, 15,5%), e profissões intelectuais e científicas e profissionais de nível intermédio (108, 10%).

2.7. Situações conjugais e familiares das utentes

Das mulheres que realizaram IG, cerca de 21% eram casadas, 72,5% solteiras e cerca de 6% divorciadas ou separadas (Tabela 13). Independentemente do estado civil, 47,3% das mulheres viviam em casal e 52,2% não viviam em casal viviam.

Tabela 14: Distribuição numérica e percentual das mulheres quanto ao estado civil e vivência em casal | 2017

Estado civil	Vive em casal?			TOTAL	%
	NÃO	SIM	Desconhecido		
Solteira	7.309	3.920	3	11.232	72,5
Casada	113	3.093	31	3.237	20,9
Divorciada	495	270	0	765	4,9
Separada	128	17	0	145	0,9
Viúva	24	15	0	39	0,3
Desconhecido	14	16	44	74	0,5
Total	8.083	7.331	78	15.492	100
%	52,2	47,3	0,5	100	

Procurou-se comparar estes dados com dados correspondentes da população feminina global em idade fértil. Os dados mais próximos que se encontraram provêm do census realizado pelo INE em 2011. As classificações destes dados, porém, não coincidem inteiramente com as da Tabela 14. Em vez de “viver em casal” classificam segundo o critério “viver em união de facto” e também não distinguem “separadas” de “divorciadas”, nem têm situações desconhecidas (Tabela 15).

Tabela 15: Distribuição das mulheres portuguesas em idade fértil, estado civil e vivência conjugal | 2017

Estado civil	Vive em união de facto?			TOTAL	%
	NÃO	SIM	Desconhecido		
Solteira	889.229	231.235	0	1.120.464	44,6
Casada	7439	1.164.959	0	1.172.398	46,7
Divorciada	131.553	59.785	0	191.338	7,6
Separada	0	0	0	0	0
Viúva	22.235	5.210	0	27.445	1,1
Desconhecido	0	0	0	0	0
Total	1.050.456	1.461.189	0	2.511.645	100
%	41,8	58,2	0	100	

Nota: Idade fértil, 15-49 anos; *Census* de 2011

A comparação entre os Tabelas 14 e 15 deve ser feita com reserva, uma vez que distam 6 anos no tempo, durante os quais ocorreram alterações demográficas na população. Não obstante, existem indicações gerais que são provavelmente válidas. Nomeadamente, a percentagem de solteiras entre as mulheres que realizam IG é mais elevada do que na população geral, respetivamente, 72,5% e 44,6%. Também a percentagem de mulheres que realizam IG e que não vivem em casal (52,2%) aparenta ser maior do que a percentagem na população geral, que não vivem em união de facto (41,8%).

2.8. Situação laboral da mulher e companheiro

As principais situações laborais das mulheres que se apresentaram para realizar IG eram, por ordem decrescente: trabalhadoras não qualificadas (19,9%), pessoal administrativo, de serviços e similares (16,9%), desempregadas (16,7%) e estudantes (15%) (Tabela 16).

É conhecida a situação laboral dos companheiros de 9805 (73,7%) mulheres e, entre esses, as situações mais frequentes são as de trabalhador não qualificado (24,8%), agricultor, operário ou artífice (24,1%), pessoal administrativo, de serviços e similares (10,4%), desempregadas (16,7%), técnicos e profissionais de nível intermédio (10,2%).

É possível verificar que existe associação entre as profissões das mulheres e dos homens apresentadas na Tabela 16 (teste do qui-quadrado, $p < 0,001$). Isto significa que saber a profissão da mulher é informativo acerca da profissão do companheiro e vice-versa. Uma inspeção visual da Tabela permite, por exemplo, verificar que os valores da diagonal principal (do topo superior esquerdo para o inferior direito: 823, 359, ..., 120) são relativamente elevados. Isto significa que, em geral, mulher e companheiro têm a mesma ocupação com maior frequência do que seria de esperar se não existisse associação entre as situações laborais. A célula com maior número de observações, 1369, está na diagonal principal e corresponde à situação em que mulher e companheiro são ambos trabalhadores não qualificados.

Tabela 16: Situação laboral das mulheres e dos companheiros | 2017

Mulheres	Companheiros											TOTAL	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1	823	16	17	38	68	11	48	89	2	83	477	1.672	10,8
2	91	359	11	35	57	36	133	37	2	23	383	1.167	7,5
3	134	44	592	29	55	15	38	211	4	112	1.093	2.327	15
4	7	1	1	12	7	1	3	6	0	3	17	58	0,4
5	335	61	18	73	506	31	180	115	2	87	1.210	2.618	16,9
6	17	25	1	1	6	65	18	2	0	1	83	219	1,4
7	109	94	16	25	93	31	400	37	0	29	501	1.335	8,6
8	373	27	58	59	81	13	73	1.369	8	254	771	3.086	19,9
9	52	8	4	7	14	3	12	59	12	27	88	286	1,8
10	421	43	39	44	131	26	89	498	4	345	944	2.584	16,7
11	4	2	0	0	0	2	2	5	0	5	120	140	0,9
TOTAL	2.366	680	757	323	1.018	234	996	2.428	34	969	5.687	15.492	100

Nota: A diagonal principal da tabela corresponde a situações laborais idênticas

Legenda: 1-Agricultores, operários, artífices e outros trabalhadores qualificados; 2- Especialistas das profissões intelectuais e científicas; 3- Estudante; 4- Forças militares e militarizadas; 5- Pessoal administrativo, serviços e similares; 6- Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas; 7- Técnicos e profissionais de nível intermédio; 8- Trabalhadores não qualificados; 9-Trabalho doméstico não remunerado; 10- Desempregado; 11- Desconhecido.

2.9. Grau de instrução

No que diz respeito ao grau de instrução, 40,6% das mulheres têm frequência do Ensino Secundário; 24,7% do Ensino Superior, 23,5% o 3º ciclo do Ensino Básico; e 7,9% o 2º ciclo do Ensino Básico. Apenas 26 mulheres (0,2%) referiram não saber ler nem escrever (Tabela 17). As maiores diferenças quanto a grau de instrução entre sector público e privado, situam-se nas mulheres com Ensino Superior (24,1% no público vs. 26,3% no privado) e nas possuidoras de 1º ou 2º ciclo de Ensino Básico (11,3% no público vs. 8,5% no privado).

Tabela 17: IG por grau de instrução da mulher e sector onde a IG foi realizada | 2017

Grau de instrução	Privado	%	Público	%	TOTAL	%
Não sabe ler nem escrever	8	0,2	18	0,2	26	0,2
Sabe ler sem ter frequentado a escola	3	0,1	13	0,1	16	0,1
Ensino Básico - 1º ciclo	68	1,5	309	2,8	377	2,4
Ensino Básico - 2º ciclo	310	7,0	912	8,3	1.222	7,9
Ensino Básico - 3º ciclo	1.061	23,8	2.576	23,3	3.637	23,5
Ensino secundário	1.837	41,2	4.458	40,4	6.295	40,6
Ensino superior	1.170	26,3	2.662	24,1	3.832	24,7
Desconhecido	0	0,0	87	0,8	87	0,6
Total	4.457	100	11.035	100	15.492	100

2.10. Contraceção após IG

Em 2017, cerca de 93% das mulheres que realizaram IG escolheram posteriormente um método de contraceção. Destas, 38,6% escolheu um método contracectivo de longa duração (dispositivo intrauterino, implante contracectivo ou laqueação de trompas) (Tabela 18).

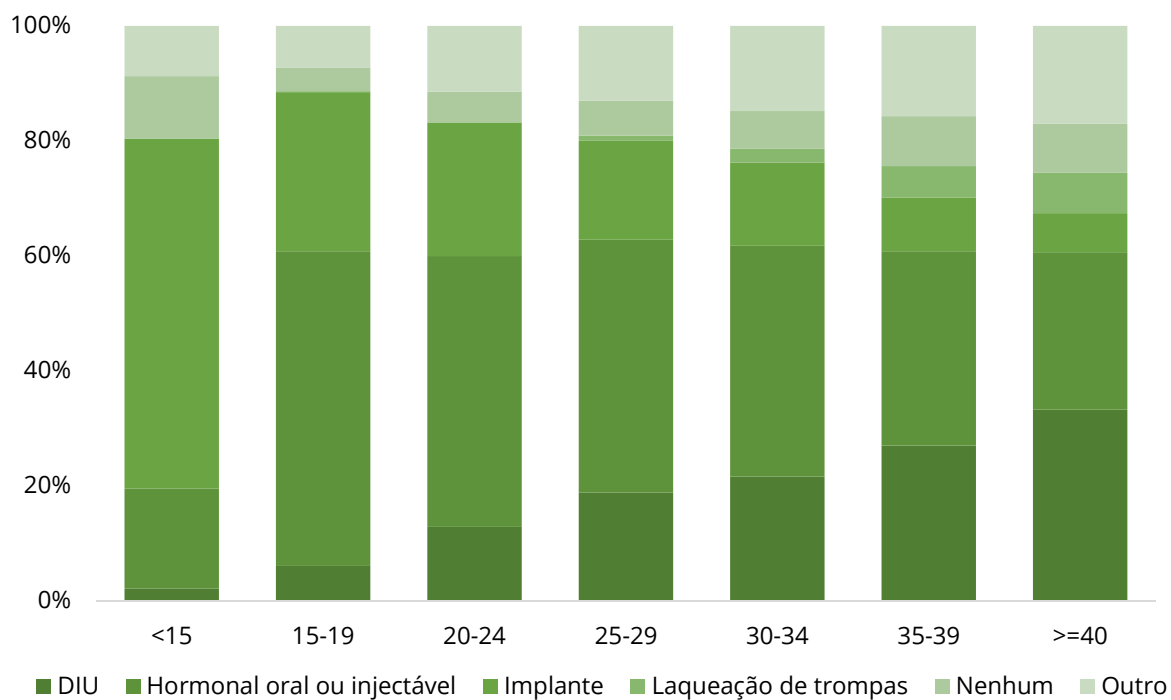
Existem diferenças significativas entre os métodos contracectivos escolhidos pelas mulheres que recorrem ao sector público e ao sector privado. A opção por um método de longa duração ocorreu em 41,3% dos casos no sector público, e em 31,9% no sector privado. O método hormonal, pelo contrário, foi mais escolhido nos serviços privados (43,9%) do que nos serviços públicos (40,8%) (Tabela 18).

Tabela 18: Método contracectivo escolhido após a IG | 2017

Método contracectivo	Privado	%	Público	%	TOTAL	%
DIU	543	12,2	2470	22,4	3013	19,4
Hormonal oral ou injetável	1955	43,9	4505	40,8	6460	41,7
Implante	736	16,5	1881	17,0	2617	16,9
Laqueação de trompas	141	3,2	208	1,9	349	2,3
Nenhum	80	1,8	923	8,4	1003	6,5
Outro	1002	22,5	1048	9,5	2050	13,2
Total	4457	100,0	11035	100	15492	100

Existem diferenças significativas entre grupos etários no que respeita ao método contracectivo escolhido (Gráfico 10). Globalmente, o método mais escolhido foi o hormonal oral ou injetável (41,7% das mulheres). Apenas 17,4% das mulheres de idade inferior a 15 anos optou por este método, percentagem que subiu para 54,7% no grupo etário 15-19 anos. Embora mantendo-se sempre o método mais escolhido, desce gradualmente de importância relativa à medida que a idade da mulher aumenta, até chegar a apenas 27,4% nas mulheres mais velhas. O segundo método globalmente mais escolhido foi o dispositivo intrauterino (DIU). Este método apresenta uma preferência crescente e regular das idades mais jovens para as mais velhas – foi escolhido por apenas 6% das mulheres com idades inferiores a 19 anos e por 33,3% das que tinham 40 ou mais anos de idade. O implante foi o método mais escolhido pelas menores de 15 anos (60,9%), decrescendo depois a sua escolha ao longo da idade, com 27,7% no grupo etário de 15-19 anos e 6,8% nas mulheres de 40 ou mais anos. A laqueação de trompas foi muito infrequente em mulheres de idade inferior a 30 anos (0,4% das mulheres), aumentando depois gradualmente com a idade. Em mulheres de 40 ou mais anos de idade, 7% efetuaram laqueação. Apenas 6% de mulheres optaram por não fazer nenhum método contracectivo, sendo mais frequente nas menores de 15 anos (10,9%) e nas de 35-39 anos (8,7%).

Gráfico 10: Métodos contraceptivos (em percentagem) escolhidos pelas mulheres após IG, dentro de cada grupo etário | 2017



3. Análise da Variação Temporal | 2008-2017

3.1 Interrupções de gravidez: tendências temporais

Desde 2011, o número anual de IG realizadas em Portugal tem apresentado consistente tendência decrescente. Entre 2011 e 2017, as IG por todos os motivos decresceram 24,4% (de 20480 para 15492) e as realizadas apenas por opção da mulher até às 10 semanas decresceram 25,2% (Tabela 19, Gráfico 11). Entre 2016 e 2017, o total decresceu 2,9% e as IG por opção da mulher até às 10 semanas decresceram 3,4%. Quando é tida a em consideração a população residente feminina em idade fértil, observa-se também um decréscimo da IG em anos recentes: passou-se de 821 IG por 105 mulheres em 2011 para 672/105 em 2017 (Gráfico 12).

Tabela 19: Número de IG por motivo | 2008 - 2017

MOTIVO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão para o corpo ou para saúde física ou psíquica da grávida	21	14	9	14	12	14	7	9	7	13
Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	100	73	72	61	55	41	99	135	84	100
Grave doença ou malformação congénita do nascituro	455	524	484	470	461	486	462	466	442	466
Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual	17	15	12	14	13	12	14	14	10	14
Por opção da mulher até às 10 semanas	18.014	19.222	19.560	19.921	18.615	17.728	16.180	16.028	15.416	14.899
Total	18.607	19.848	20.137	20.480	19.156	18.281	16.762	16.652	15.959	15.492

Gráfico 11: Número absoluto de IG total e por opção da mulher até às 10 semanas | 2008 - 2017

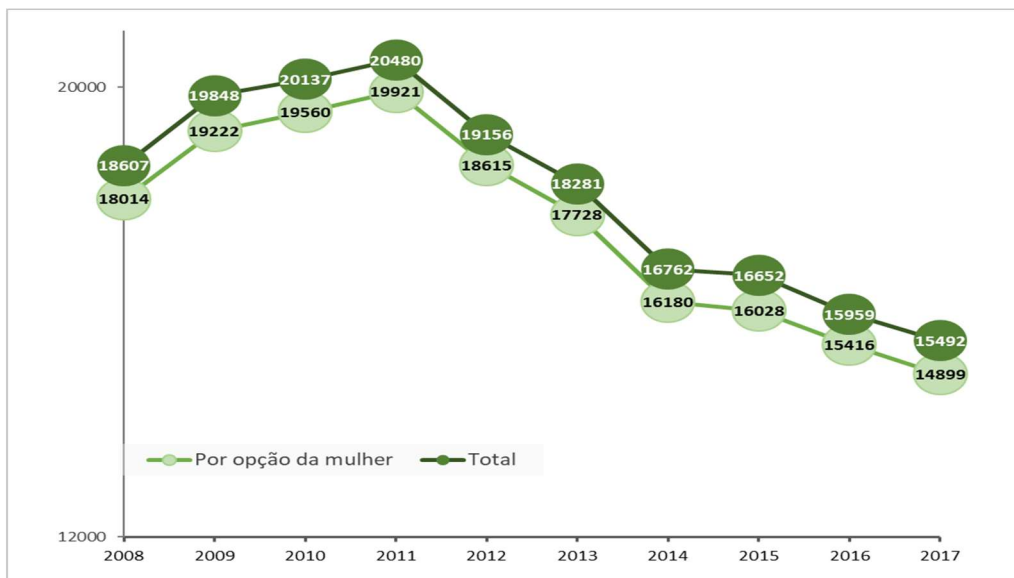
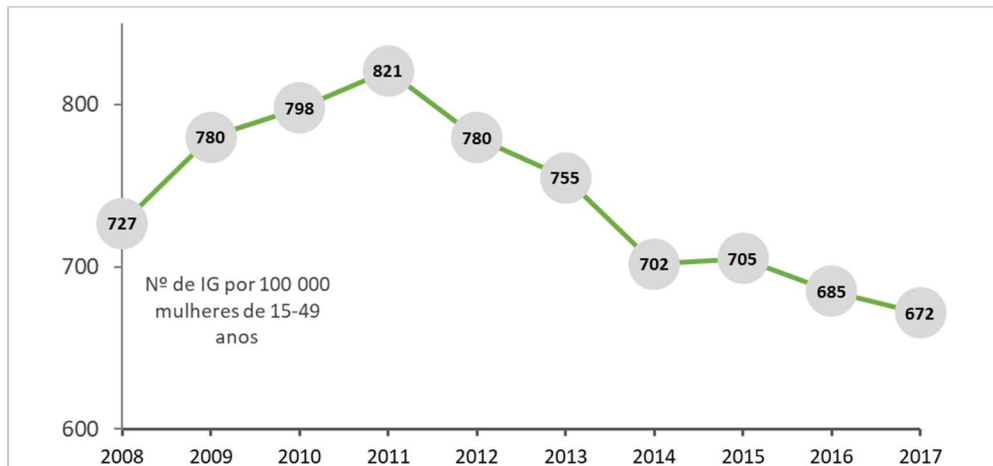
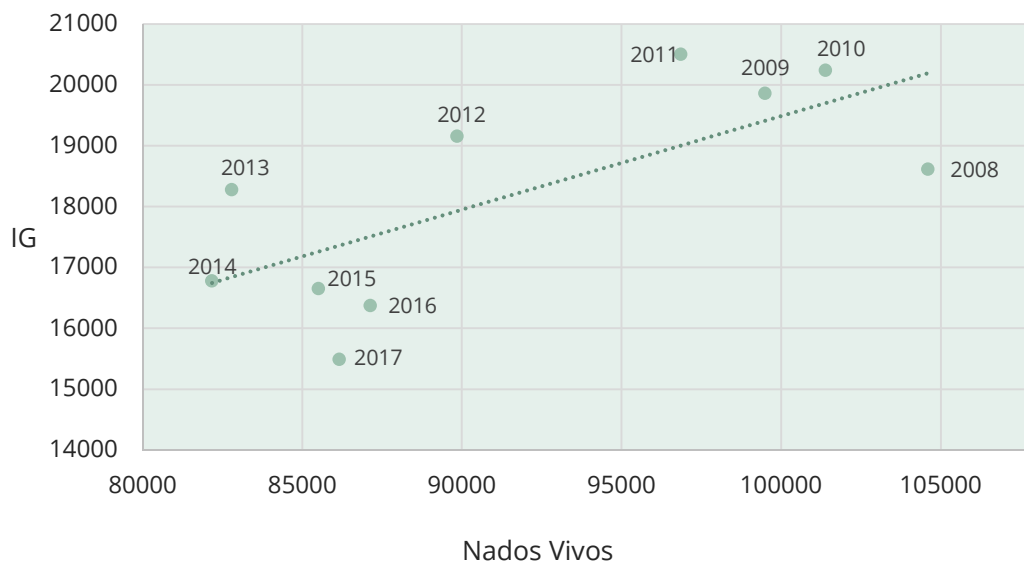


Gráfico 12: Número de IG por 10⁵ mulheres com 15 a 49 anos de idade | 2008 - 2017

Interrupção da Gravidez e número de Nados Vivos (NV)

Investigou-se a existência de associação entre o número de IG e o número de nados vivos (NV) ocorridos no país, com o objetivo de verificar se existe correlação entre o número de NV e as IG. Estará a diminuição do número de NV associada ao aumento das IG ou, pelo contrário, quando os NV diminuem as IG também diminuem?

Gráfico 13: Número de nados vivos versus número de IG por ano | 2017

Nota: Assinalam-se os anos a que corresponde cada ponto do gráfico. A reta de regressão a tracejado é meramente indicativa da tendência de associação entre as duas variáveis no período considerado.

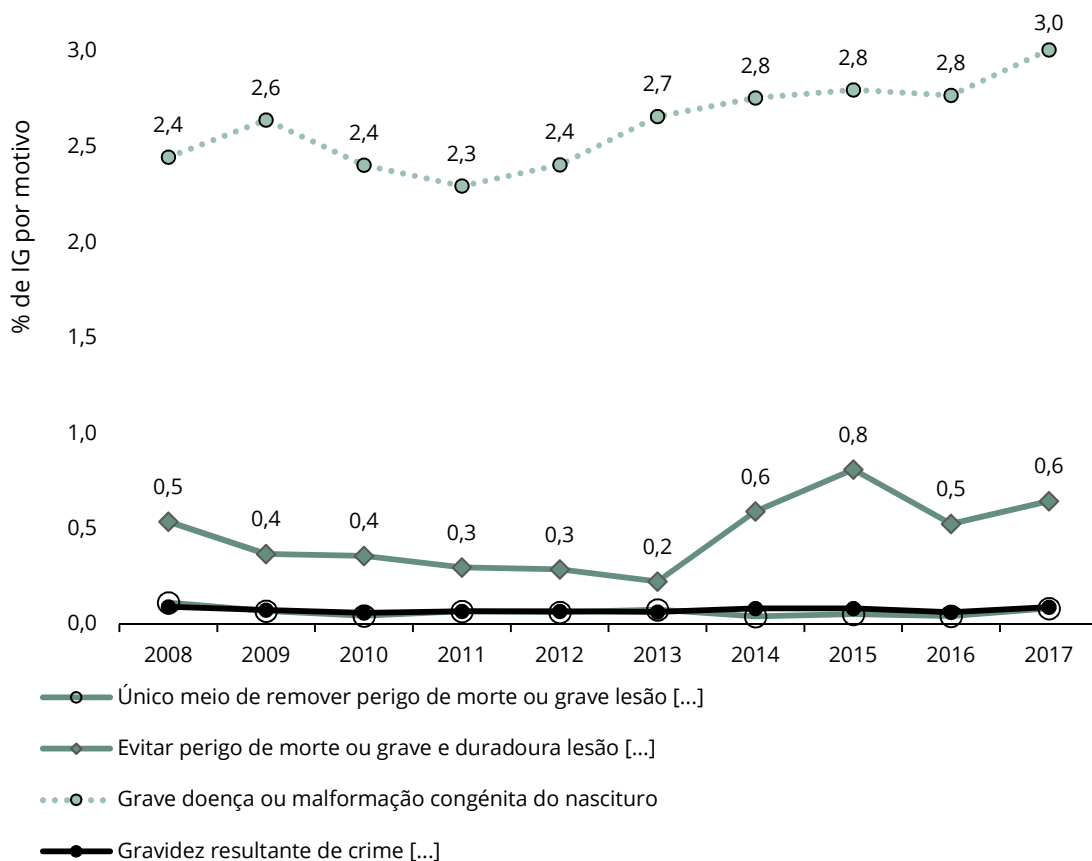
Existe correlação positiva entre o número de NV e número de IG ($r=0.71$, $p=0,02$): nos anos em que o número de NV foram mais altos, houve também maior número de IG. A Figura 13 sugere que no período 2008-2011 houve mais NV e mais IG, enquanto no período 2014-2017 ambas as variáveis diminuíram.

Interrupção da gravidez por motivo

A importância percentual das IG pelos motivos de “grave doença ou malformação congénita do nascituro” e “evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida” têm aumentado, em particular nos últimos cinco anos (Gráfico 14). Em 2013, apenas 0,2% das IG resultaram deste último motivo, contudo, a percentagem subiu para 0,8% em 2015 e situou-se em 0,6% em 2017. Quanto à IG por grave doença ou malformação do nascituro, subiu consistentemente desde 2011, onde era 2,3%, para 3% em 2017.

Vimos anteriormente que a importância relativa dos motivos de IG sem ser por opção da mulher até às 10 semanas, estão associados à idade da mulher (Gráfico 4). Estes motivos provavelmente acompanham o aumento do número de gravidezes que se verifica em mulheres com idades mais avançadas. Este assunto será retomado e analisado em seguida.

Gráfico 14: Percentagem de IG por motivo | 2008 - 2017

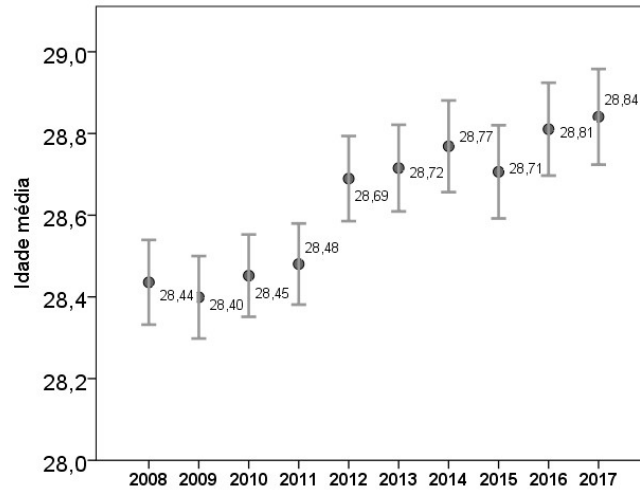


Nota: exceto “por opção da mulher até às 10 semanas”

3.2 Interrupções de gravidez por idade

A idade média das mulheres que efetuaram IG tem aumentado gradualmente, embora mantendo-se dentro da estreita gama dos 28,40 a 28,84 anos de idade (Gráfico 15).

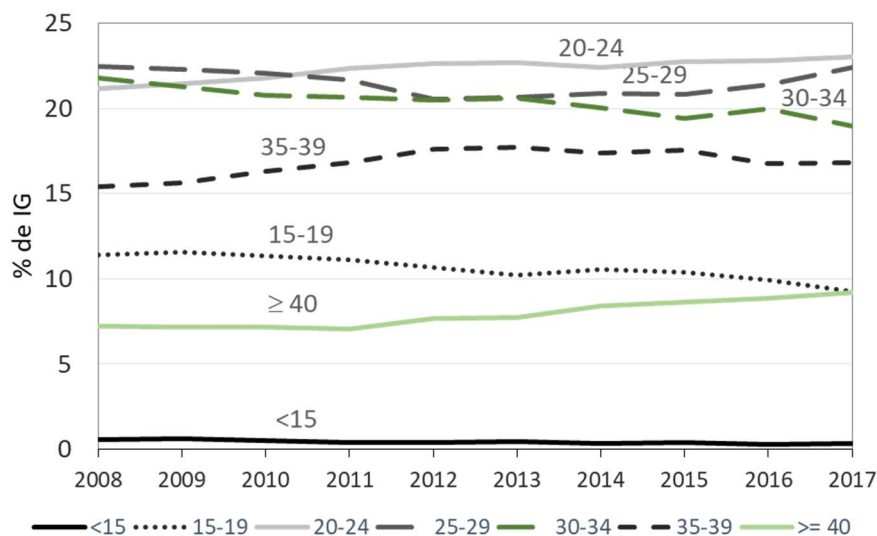
Gráfico 15: Idade média (em anos) das mulheres que realizaram IG (todos os motivos) | 2008 - 2017



Nota: As barras indicam limites de intervalos de confiança a 95%

Desde 2008, as mulheres com idades compreendidas entre 20 e 34 anos, têm sido sempre as mais numerosas a realizar IG (Fig. 16). A importância relativa de cada grupo etário, contudo, tem variado gradualmente. Observa-se uma diminuição das adolescentes (idades inferiores a 20 anos) e um aumento persistente das de idade igual ou superior a 40 anos. Enquanto as menores de 20 anos desceram de 12,2% do número de IG observado em 2012 para 9,6% das IG em 2017, as mulheres de 40 ou mais anos de idade passaram de 7,06% do total em 2011 para 9,21% das IG em 2017.

Gráfico 16: Evolução temporal da percentagem de IG por grupo etário | 2008 - 2017



3.3 Comparação com a Região Europeia

Em anos recentes, para os quais existem dados disponíveis, Portugal tem-se situado sempre abaixo da média europeia, no que respeita ao número de IG por 1000 nados vivos (Tabela 19). A *European Health for all database* (HFA-DB) acedida em 22-10-2018 não dispunha de dados relativos a 2016 e 2017. Chama-se a atenção para o facto de os valores constantes neste quadro se referirem ao total das IG legais (por todos os motivos) e não apenas “por opção” nas primeiras 10 semanas (definição do indicador na HFA-DB, OMS). Em Portugal em 2017 o valor foi de 179,8 por 1000 NV.

Tabela 20: Número de IG por 1000 nados-vivos na região europeia | 2010 - 2015

País	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Albania	203	205	190	170	156	172
Belgium	147	152	0	0	0	0
Bulgaria	418	448	434	443	416	421
Czechia	205	221	212	213	199	184
Denmark	258	280	269	279	263	0
Estonia	448	456	433	429	383	354
Finland	169	179	172	174	171	170
France	267	264	262	277	271	268
Germany	163	164	159	151	139	135
Greece	152	128	176	0	0	0
Hungary	448	437	400	393	357	340
Italy	200	203	196	195	190	0
Latvia	376	377	311	270	245	218
Lithuania	228	205	198	179	172	150
Netherlands	151	154	153	156	152	0
Norway	256	255	253	250	238	237
Portugal	199	211	213	220	204	192
Slovakia	154	145	152	146	136	126
Slovenia	195	196	189	193	195	182
Spain	232	251	250	256	222	224
Sweden	326	338	330	0	318	331
Switzerland	138	137	133	127	120	118
United Kingdom	251	251	243	253	253	255
EU_MEMBERS	216	220	213	216	206	203

Fonte: HFA em 22/10/2018

4. Considerações finais

O número total de interrupções de gravidez (IG) e o número de IG realizadas por opção da mulher nas primeiras 10 semanas de gravidez, apresentam ambos tendência decrescente desde 2012, quer quando se consideram números absolutos, quer quando se pondera pela população feminina residente em Portugal (Gráficos 11 e 12, Tabela 19). O número total de IG realizadas durante 2017, comparativamente ao total de 2016, corresponde a uma diminuição de 2,9%. O número de IG realizadas nas primeiras 10 semanas em 2017, ao abrigo da alínea e) do Artigo 142º do Código Penal (por opção da mulher), corresponde a uma diminuição de 3,4% relativamente ao número realizado em 2016.

O número de interrupções realizadas a nível nacional, quando analisado comparativamente a outros países europeus, tem-se situado sempre abaixo da média europeia. Veja-se por exemplo o indicador “IG por 1000 nados vivos” disponibilizado pela *European Health for all Database* (HFA-DB), tal como consta da Tabela 20.

No que respeita à distribuição das IG (números absolutos) por Regiões de Saúde e por área de residência da mulher (NUTS II – 1999/2001), observa-se que estas são mais frequentes na Região de Lisboa e Vale do Tejo (57,3%) e no Norte (22,8%) (Tabela 5). Quando se compara com a distribuição geográfica das gravidezes (avaliadas pelo número de nados-vivos) e com a distribuição das mulheres em idade fértil, os dados indicam que se realizam mais IG na região de LVT e do Algarve do que seria de esperar, sugerindo que estas Regiões recebem utentes residentes de outras Regiões (Tabela 5, Gráfico 5). Este facto já foi salientado em anteriores relatórios (2014 e 2015). Nas regiões onde existe uma grande diferença geográfica entre o local de residência e o local onde a mulher realiza a IG deve ser tida em consideração a eficácia dos circuitos de referênciação.

Em termos regionais, constata-se que na região Norte, no Centro e no Alentejo, a percentagem de IG em relação ao total de IG, é inferior à correspondente percentagem de NV ocorridos naquelas regiões (Tabela 5, Gráfico 5). Vários fatores podem contribuir para estes dados, nomeadamente um bom funcionamento dos serviços que assegurem os cuidados em planeamento familiar e/ou a deslocalização da realização de IG para regiões fora da área de residência. Na região de Lisboa e Vale do Tejo e no Algarve, a percentagem de IG é superior ao esperado, eventualmente devido à mencionada deslocalização geográfica da realização de IG.

O grupo etário que realizou maior número absoluto de IG e onde se registou também maior incidência, continua a ser o dos 20-24 anos de idade (1343 interrupções por 100.000 mulheres), logo seguido dos 25-29 anos (1261 por 100.000) (Fig. 1). Não obstante, o grupo onde é maior o risco duma gravidez terminar em IG é o das menores de 20 anos: estima-se que em 2017 aproximadamente 52% das gravidezes em menores de 15 anos terminou em IG; esta percentagem foi de 40% em gravidezes ocorridas entre os 15 e os 19 anos de idade (Gráfico 3).

Ao longo dos últimos anos, a idade média das mulheres que efetuaram IG tem aumentado de forma consistente, embora mantendo-se dentro da estreita gama dos 28,4 a 28,8 anos de idade (Gráfico 15). A importância relativa das IG realizadas em idades inferiores a 20 anos tem diminuído. Estas representaram 9,6% do total de IG em 2017, após uma descida contínua desde o máximo de 12,2% de IG observado em 2012. No outro extremo de idades, as mulheres de 40 ou mais anos compreendiam

9,2% do total de IG em 2017, enquanto em 2011 eram apenas 7% do total. É previsível que este aumento da idade da mulher influencie os motivos que conduziram a IG por razões clínicas.

A IG até às 10 semanas por opção da mulher foi dominante em todos os grupos etários, variando entre 93 e 99% do total de casos de IG, consoante a idade (Tabela 4). No que respeita aos outros motivos permitidos pelo nº 1 do Artº 142 do Código Penal, a IG por “grave doença ou malformação do nasciturno” foi o motivo mais frequente (3% das IG). Este motivo aumenta de importância com a idade (Gráfico 4), atingindo 5,8% do total de IG em mulheres de 40 ou mais anos de idade. Quer este motivo, quer por “evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida”, são motivos cuja frequência percentual tem aumentado em anos recentes. Enquanto em 2011 apenas 2,6% das IG se deviam a estes dois motivos, em 2017 estes compreendiam 3,7% do total de IG realizadas (Fig. 14). É provável que a subida de IG por estes motivos esteja associada ao já mencionado aumento da idade média das mulheres que realizam IG, bem como ao aumento do acesso a técnicas de procriação medicamente assistida e ainda a maior acuidade dos meios de diagnóstico.

A interrupção de gravidez em mulheres de nacionalidade estrangeira aumentou ligeiramente em 2017 (18,3% das IG em 2017 vs. 17,7% em 2016). As estrangeiras tiveram, em média, idade inferior às portuguesas, respetivamente, 28,4 e 29,0 anos de idade. Esta diferença deve-se à maior importância relativa das mulheres mais velhas entre as portuguesas e não porque as mulheres mais jovens tendam a ser mais predominantes entre as estrangeiras. Aproximadamente 27% das portuguesas tinham 35 ou mais anos de idade, enquanto esta percentagem nas estrangeiras foi de apenas 21%. Em idades muito jovens (<20 anos), os valores não diferem tanto, com 10% entre as portuguesas e 8% entre as estrangeiras.

As nacionalidades mais frequentes entre as estrangeiras foram, por ordem, as cabo-verdianas, brasileiras, angolanas, guineenses, são-tomenses, nepalesas e romenas. A percentagem de casos de IG realizadas por algumas nacionalidades aparenta ser claramente superior à percentagem de famílias das mesmas nacionalidades residentes em Portugal, de acordo com o Censis 2011 do INE (Tabela 8). Estes dados devem, contudo, ser encarados com precaução, não só devido ao tempo decorrido entre 2011 e 2017, mas principalmente porque a distribuição etária dos residentes estrangeiros pode estar deslocada para idades mais jovens do que a da população portuguesa. Não obstante, os dados sugerem haver nacionalidades que efetuaram IG em proporção superior à que seria expectável apenas com base nas famílias residentes.

Para realizar a IG, 72,5% das estrangeiras e 54% das portuguesas fizeram-no na Região de Lisboa e Vale do Tejo (Tabela 7).

O acesso de cidadãs estrangeiras às consultas de IG e de Saúde Sexual e Reprodutiva é feito em concordância com a lei e os normativos da DGS: os imigrantes têm acesso a cuidados de saúde nos mesmos termos que a população em geral, nas seguintes situações: “... Cuidados no âmbito da saúde materno-infantil e saúde reprodutiva, nomeadamente acesso a consultas de planeamento familiar, interrupção voluntária da gravidez, acompanhamento e vigilância da mulher durante a gravidez, parto e puerpério e cuidados de saúde prestados aos recém-nascidos” (DGS-Circular Informativa nº 12/DQS/DMD de 7/05/2009).

Aproximadamente 71% das IG realizadas em 2017 tiveram lugar em instituições públicas. Entre as instituições privadas, a maioria teve lugar na Clínica dos Arcos, com 28% das IG realizadas. À semelhança de anos anteriores, observou-se uma grande diferença entre as instituições públicas e privadas no que respeita ao procedimento adotado. Enquanto nas públicas o procedimento medicamentoso ocorreu em cerca de 98% dos casos, nas privadas apenas 3% das IG foram feitas desta

forma. Nas instituições privadas, cerca de 94% das IG foram efetuadas por meio cirúrgico com anestesia geral (Tabela 10).

Uma minoria de 29% de mulheres que realizou IG em 2017, já tinha efetuado IG antes e, entre estas, 50% tinham-no feito há três ou menos anos (Tabelas 11 e 12). Houve 1060 mulheres (6,8%) que tinham realizado uma IG anterior há menos de 2 anos (em 2016 ou em 2017) por opção até às 10 semanas.

A maioria das mulheres (56,6%) que tinha feito uma IG anterior há menos de 2 anos, tinha entre 20 e 29 anos de idade, podendo concluir-se ser esta a idade de maior risco para a realização de duas IG pouco espaçadas no tempo (< 2 anos). Com base nos dados de 2017, uma mulher de 20 a 29 anos tem um risco de ter duas IG em menos de 2 anos que é 1,57 vezes superior ao mesmo risco para qualquer outra idade. Saliente-se, contudo, que em termos absolutos esse risco não é muito elevado: apenas 8,7% das mulheres de 20 a 29 anos estiveram nesta situação. O assunto sugere futura investigação, uma vez que existem outros fatores de risco, eventualmente mais importantes do que a idade, para realização de duas IG próximas no tempo, nomeadamente a qualidade do acesso a consultas de planeamento familiar e à adequada utilização dos métodos contraceptivos, incluindo a contraceção de emergência. Outra razão será provavelmente a situação laboral. Uma elevada percentagem – 42,6% destas mulheres – estava desempregada ou era trabalhadora não qualificada, uma percentagem superior aos 36,6% de mulheres que estavam na mesma situação laboral entre todas as que realizaram IG em 2017.

Aproximadamente 93% das mulheres que realizaram IG escolheram posteriormente um método de contraceção, tendo 38,6% escolhido um método de longa duração (DIU, implante ou laqueação de trompas). Entre as mulheres mais jovens (<29 anos) predominou o método hormonal (oral ou injetável), com 49% das escolhas; à medida que a idade avança, este método mantém-se o mais frequente, mas a sua importância relativa diminui gradualmente (Gráfico 10). O segundo método globalmente mais escolhido foi o DIU (19,4% das mulheres). A sua escolha está fortemente associada à idade, aumentando de forma consistente com a mesma (Gráfico 10) até um máximo de 33,3% nas mulheres de 40 ou mais anos de idade. O método mais escolhido pelas raparigas muito jovens (<15 anos) é o implante, com cerca de 61% das escolhas. A importância deste método, porém, diminui para 27,7% no grupo dos 15 a 19 anos e continua a decrescer à medida que a idade avança.

Apenas 6% das mulheres optaram por não fazer qualquer método contraceptivo após a IG. Em termos percentuais, esta decisão foi mais importante entre as raparigas com menos de 15 anos, onde 10,9% não escolheu qualquer método.

O acesso universal a consultas de planeamento familiar e a distribuição gratuita de métodos contraceptivos no Serviço Nacional de Saúde (SNS) é mais custo-efetiva quando comparada com o regime de comparticipação e facilita o acesso dos casais à contraceção, permitindo reduzir o número de gravidezes indesejadas. De acordo com a legislação em vigor, os centros de saúde, as consultas hospitalares e as farmácias devem dispor de contraceção de emergência, um recurso contraceptivo eficaz ao dispor da mulher que não deseja engravidar (Lei nº 12/2001, 29 maio).

Neste contexto, recorda-se que a lista nacional de contraceptivos para disponibilização gratuita no SNS tem sido progressivamente alargada, no sentido de assegurar a diversidade de métodos; permitir uma escolha adaptada a um maior número de utentes; garantir a liberdade de escolha da mulher e uma maior adesão à terapêutica, tal como expresso na Orientação da DGS nº 10 de 29.10.2015 – “Disponibilidade de Métodos Contraceptivos”.

Cabe aos Serviços de Saúde e aos profissionais que neles trabalham ou que para eles contribuem, assegurar o funcionamento regular e adequado das consultas de planeamento familiar, a diversidade de resposta contraceptiva e o respeito pelas diferentes opções de mulheres e de homens. Esta assunção requer que os cuidados sejam equitativos e acessíveis, compreendidos pelos próprios como positivos e geradores da possibilidade de concretizar em pleno a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Finalmente, reforçar que os registos da IG dentro do quadro legal, e o registo das complicações de IG, de acordo com a circular normativa 001/2013 de 29 janeiro de 2013, são uma obrigação dos serviços e uma mais-valia para a monitorização dos procedimentos, sendo fundamentais para a boa resposta e o adequado acompanhamento das situações.

Referências bibliográficas

1. INE 2012. *Census 2011. Resultados Definitivos*. Instituto Nacional de Estatística, Portugal.
2. INE 2018. Sítio na internet do Instituto Nacional de Estatística, www.ine.pt, acessado em Outubro 2018
3. Direção-Geral da Saúde, <https://www.dgs.pt/>
4. Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>
5. Direção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil: “Relatório 2016 - Edição revista em 2018” - registos atualizados ao dia 9 de maio de 2018. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/interruptao-da-gravidez.aspx>.
6. Diário da República n.º 118/2007, 1º Suplemento, Série I de 2007-06-21. Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho. Artigo 8º. Estabelece as medidas a adotar nos estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos com vista à realização da interrupção da gravidez nas situações previstas no artigo 142.º do Código Penal.

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa | Portugal

Tel.: +351 218 430 500 | Fax: +351 218 430 530

E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt