

# saúde em números

AGOSTO 96

VOLUME 11 N.º 4

## SUMÁRIO

- 25 MENOPAUSA CIRÚRGICA EM UTENTES DE CENTROS DE SAÚDE: AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA TERAPÊUTICA SUBSTITUTIVA COM ESTROGÉNIOS
- 30 INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ EM PORTUGAL, 1991-1995  
ESTIMATIVAS DE INCIDÊNCIA NA REDE MÉDICOS-SENTINELA

## SAÚDE DA MULHER

Neste número, que se pretendeu temático, apresentam-se dois artigos que, embora abordem dois diferentes aspectos, fazem parte de um tema mais vasto que é a saúde da mulher, em particular a saúde reprodutiva da mulher.

## MENOPAUSA CIRÚRGICA EM UTENTES DE CENTROS DE SAÚDE: AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA TERAPÊUTICA SUBSTITUTIVA COM ESTROGÉNIOS

*Judite Catarino<sup>(\*)</sup>; Isabel Marinho Falcão<sup>(\*\*)</sup>; José Aleixo Dias<sup>(\*\*\*)</sup>*

### INTRODUÇÃO

Hoje em dia pode esperar-se que cada mulher viva cerca de um terço da sua existência em estado de deficiência estrogénica. A menopausa assume uma importância relevante na vida da mulher adulta e tem, por isso, merecido especial atenção nos últimos anos, particularmente nos aspectos referentes ao tratamento e melhoria das queixas que por vezes origina. De facto, a diminuição da produção de estrogénios na mulher associa-se frequentemente ao aparecimento de sintomatologia variada, nomeadamente vasomotora, cardiovascular, sexual, cerebrovas-

cular e aumento de peso. A precocidade da instalação da menopausa natural e particularmente da cirúrgica, torna ainda mais relevante a avaliação da duração e intensidade dos sintomas apresentados, bem como do risco de aparecimento de patologia associada<sup>(1,2,3)</sup>. Na última década foram lançados vários estudos sobre este assunto e numerosos artigos foram já publicados. Os resultados encontrados têm revelado que a terapêutica de substituição com estrogénios melhora a qualidade de vida das mulheres com sintomas post menopáusicos<sup>(4)</sup>. De facto, a introdução da terapêutica de substituição hormonal com o objectivo de proporcionar algum alívio dos sintomas existentes<sup>(5)</sup>, bem como a protecção e prevenção de doença crónica cardiovascular<sup>(1,4,6,7,8,9)</sup>, consequências cerebrovasculares<sup>(7,9)</sup>, e perda de tecido ósseo<sup>(1,2,4,7,9,10,11,12,13)</sup> tem vindo a ser discutida e utilizada, desde há alguns anos, como uma possí-

(\*) Assistente de Saúde Pública da Direcção-Geral da Saúde

(\*\*) Assistente Graduado de Clínica Geral, Direcção-Geral da Saúde

(\*\*\*) Chefe da Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção-Geral da Saúde

vel alternativa na terapêutica da morbilidade relacionada com a menopausa. Contudo, a instituição da terapêutica hormonal substitutiva coloca ainda, ao Clínico Geral/Médico de Família, algumas dúvidas sobre quem deve iniciá-la: se ele próprio, se o especialista<sup>(14)</sup>.

## OBJECTIVOS

O principal objectivo deste estudo foi estimar a taxa de prevalência de menopausa cirúrgica na população de mulheres inscritas em "Médicos-Sentinela".

Adicionalmente, pretendeu-se avaliar o efeito terapêutico da introdução da medicação estrogénica substitutiva, após menopausa cirúrgica.

## METODOLOGIA

Em Abril de 1995 foi lançado um estudo de prevalência da menopausa cirúrgica nas utentes de Centros de Saúde inscritas nas listas dos Clínicos Gerais/Médicos de Família que então integravam a rede "Médicos-Sentinela".

A esses Clínicos Gerais foi enviado um questionário que deveria ser preenchido e devolvido, até 30 de Junho desse ano, à Divisão de Epidemiologia e Bioestatística (DEB) da Direcção-Geral da Saúde.

Consideraram-se como **casos** todas as utentes que foram sujeitas, antes dos 50 anos de idade, a histerectomia total (cirurgia), ou a terapêutica médica de supressão completa da função ovárica.

Nessas mulheres pretendia-se conhecer:

- 1 - A data de nascimento.
- 2 - A data da histerectomia total ou do início da terapêutica de supressão ovárica.
- 3 - A idade da mulher na data da histerectomia total ou na data de início da terapêutica de supressão ovárica.
- 4 - Se tinha sido instituída terapêutica hormonal substitutiva depois da histerectomia total e, no caso afirmativo, o tempo desde que tal tinha ocorrido.
- 5 - Se após a histerectomia total ou o início da terapêutica de supressão ovárica, se instalou algum(s) dos sintomas/situações clínicas: síndrome depressivo; hipertensão arterial; dislipidémia; disfunção sexual e aumento de peso.

Por uma questão de facilidade de escrita, passaremos a usar o termo *sintoma* em vez de *situação clínica*.

Para o cálculo da estimativa das taxas de prevalência de menopausa cirúrgica foi utilizada a população inscrita

nas listas de utentes dos "Médicos-Sentinela" que participaram no estudo. As taxas foram posteriormente ajustadas, para a idade, à população portuguesa, através do método directo, tendo-se utilizado para o efeito a estimativa da população portuguesa residente, em 31/12/94, fornecida pelo INE.

## RESULTADOS

Neste estudo participaram 66 (34,7%) médicos dos 190 que, à época, integravam a rede "Médicos-Sentinela". Daqueles Clínicos Gerais, 61 (92,4%) notificaram um total de 381 casos de menopausa cirúrgica e 5 (7,6%) ponderaram não ter qualquer caso nas suas listas.

Este estudo incidiu sobre uma população de 53042 mulheres.

Não foi notificado nenhum caso de terapêutica médica de supressão completa da função ovárica.

Verificou-se que, na data do estudo, todas as mulheres com menopausa cirúrgica apresentavam idades superiores a 25 anos e que em cerca de 3/4 dos casos estudados as mulheres tinham idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos; daqueles, 172 casos (45,1%) pertenciam ao grupo etário 45-54 anos e 115 (30,2%) ao grupo 55-64 anos (Fig. 1).

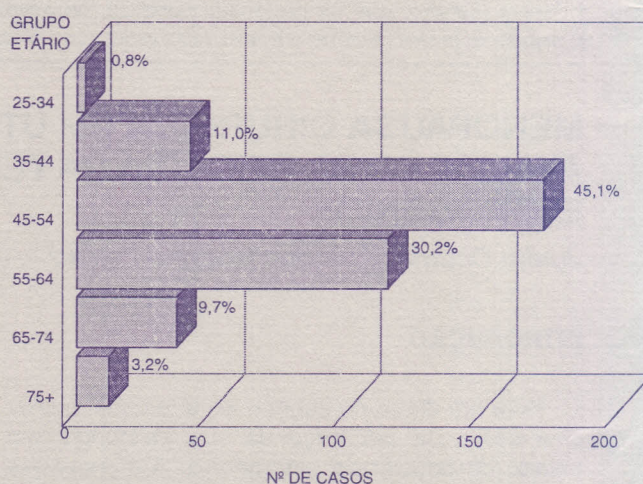


Fig. 1 - Distribuição das mulheres com menopausa cirúrgica, por idade, na data da realização do estudo.

Foi estimada a taxa de prevalência de menopausa cirúrgica na população em estudo, verificando-se que o seu valor máximo foi 32,1/10<sup>3</sup>, no grupo etário 45-54 anos. Nos restantes grupos etários a taxa decresce para valores muito inferiores a este à excepção do grupo etário 55-64 anos, onde se observou uma taxa de 19,6/10<sup>3</sup> (Fig. 2).

Encontrou-se uma taxa de prevalência total de  $7,2/10^3$ , a qual, depois de ajustada, para a idade, à população portuguesa, aumentou para  $7,9/10^3$ .

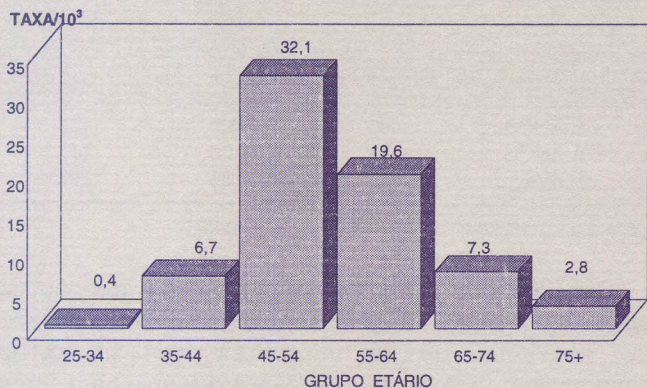


Fig. 2 – Distribuição da taxa de prevalência ( $/10^3$ ) de menopausa cirúrgica por grupo etário

Em relação à idade que as mulheres apresentavam na data da histerectomia total verificou-se que a maior proporção de casos foi observada nos grupos etários 45-50 anos e 40-44 anos, respectivamente, com 168 (44,1%) e 122 (32,0%) casos (Fig. 3). A idade mínima encontrada foi 19 anos (1 caso).

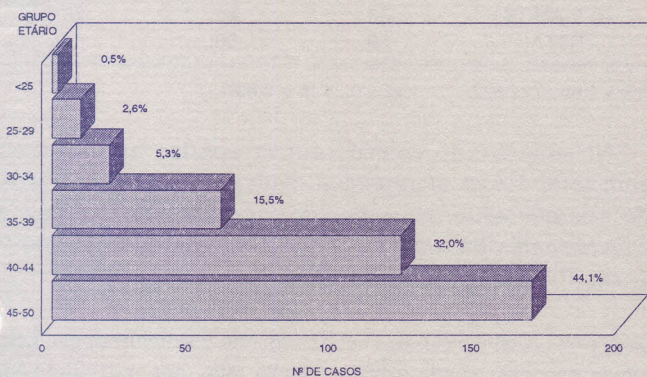


Fig. 3 – Distribuição das mulheres com menopausa cirúrgica, por idade na data da histerectomia total

A média e mediana da idade das mulheres na data da histerectomia total foi, respectivamente, 42,6 e 44 anos.

Analisando o tempo decorrido entre a data da histerectomia total e a realização deste estudo, verificou-se que foi inferior a 15 anos em 72,4% das mulheres (Fig. 4). Para aquela variável, a média encontrada foi 11,3 e a mediana 9 anos.

A informação sobre a instituição de terapêutica com estrogénios só existia em 292 (76,7%) casos. Destes, apenas 89 (30,5%) mulheres estavam a fazer aquela terapêutica.

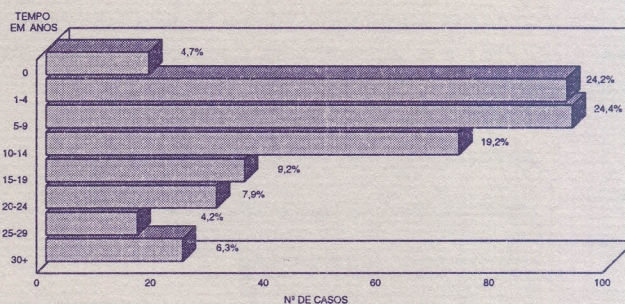


Fig. 4 – Distribuição do tempo decorrido entre a data da histerectomia total e a data da realização do estudo.

A terapêutica tinha sido instituída há menos de 6 anos em 64 (71,9%) mulheres (Fig. 5).

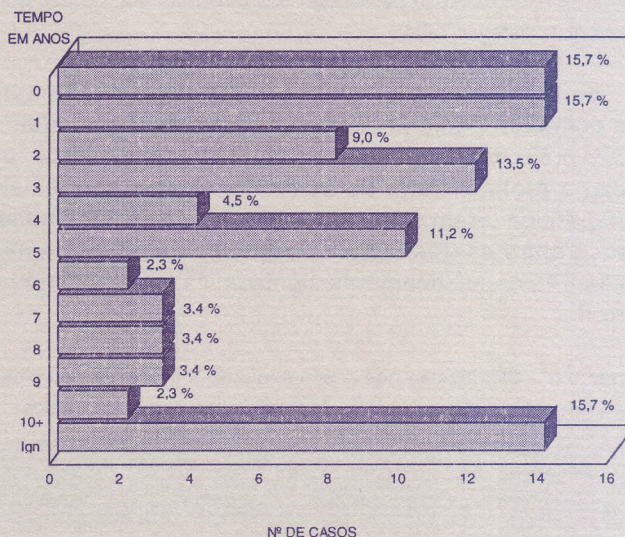


Fig. 5 – Distribuição do tempo decorrido entre a instituição de terapêutica com estrogénios e a data da realização do estudo

Registou-se o aparecimento, após histerectomia total, de algum(s) dos sintomas estudados, em 207 (54,3%) mulheres (Quadro I).

Quadro I – Distribuição dos casos com pelo menos um sintoma após histerectomia total, segundo o n.º de sintomas/caso.

N.º de Sintomas	N.º de casos	%
1	132	63,8
2	51	24,6
3	18	8,7
4	4	1,9
5	2	1,0

Do total de 314 sintomas encontrados, o síndrome depressivo foi o mais frequente, tendo sido observado em

84 (26,8%) casos, seguindo-se-lhe a hipertensão com 70 casos (22,3%) e o aumento de peso com 67 (21,3%) casos (Fig.6).

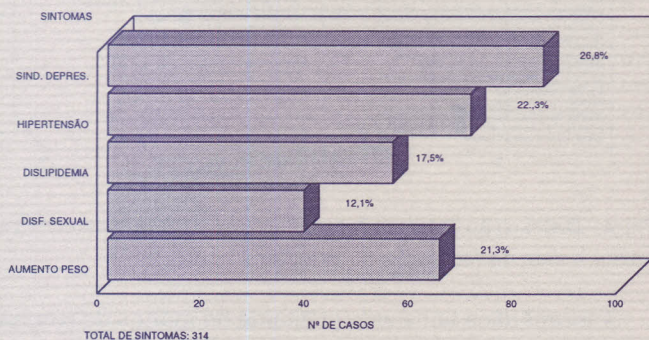


Figura 6 – Distribuição percentual dos sintomas que apareceram após histerectomia total.

Verificou-se que as mulheres que fizeram terapêutica com estrogénios tinham uma probabilidade inferior (OR=0,56) de ter qualquer dos sintomas em estudo (ou seja, a probabilidade de as mulheres que não faziam terapêutica terem sintomas foi de  $1/0,56=1,78$ ). A diferença entre as que faziam terapêutica e as que não faziam foi estatisticamente significativa ( $p=0,033$ ) (Quadro II).

Quadro II – Distribuição dos casos segundo a presença dos sintomas em estudo e a instituição de terapêutica com estrogénios

Terapêutica com Estrogénios	Com sintomas	Sem sintomas	Total
SIM	39	50	89
NÃO	118	85	203
<b>TOTAL</b>	<b>157</b>	<b>135</b>	<b>292</b>

OR = 0,56 (0,33;0,96)  $\chi^2 = 4,54$  ( $p = 0,033$ )

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a instituição de terapêutica com estrogénios e cada um dos sintomas, quando estudados isoladamente.

O tempo decorrido desde a histerectomia total até à data do estudo foi dividido em duas classes, pela mediana (9 anos). Relacionando aquela variável com o aparecimento de sintomatologia nas mulheres em que existia informação quanto à terapêutica com estrogénios, a probabilidade do aparecimento de sintomas nas mulheres que tinham sido histerectomizadas há mais de 9 anos foi cerca de 3 vezes superior à probabilidade apresentada pelas mulheres histerectomizadas há 9 anos ou menos (OR=2,97) (Quadro III).

Quadro III – Distribuição dos casos segundo a sintomatologia, pelo tempo decorrido desde a histerectomia total nas mulheres em que existia informação sobre terapêutica estrogénica

Tempo decorrido desde a Histerectomia Total	N.º de casos com sintomas	N.º de casos sem sintomas	Total
> 9 ANOS	80	35	115
≤ 9 ANOS	77	100	177
<b>TOTAL</b>	<b>157</b>	<b>135</b>	<b>292</b>

OR = 2,97 (1,75;5,06)  $\chi^2 = 18,01$  ( $p = 0,000022$ )

Considerando apenas as mulheres com terapêutica estrogénica instituída, verificou-se que a probabilidade de aparecimento de sintomas nas mulheres histerectomizadas há mais de 9 anos diminuiu para cerca de metade (OR=1,60) (Quadro IV).

Quadro IV – Distribuição dos casos segundo a sintomatologia, pelo tempo decorrido desde a histerectomia total, nas mulheres com terapêutica estrogénica instituída.

Tempo decorrido desde a Histerectomia Total	N.º de casos com Sintomas	N.º de casos sem Sintomas	Total
> 9 ANOS	7	6	13
≤ 9 ANOS	32	44	76
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>50</b>	<b>89</b>

OR = 1,60 (0,42;6,13)  $\chi^2 = 0,24$  ( $p = 0,63$ )

No entanto, ao considerarmos apenas as mulheres sem terapêutica estrogénica instituída, a probabilidade do aparecimento de sintomas nas mulheres sujeitas a histerectomia há mais de 9 anos, aumentou cerca de 2 vezes (OR=3,13) (Quadro V).

Quadro V – Distribuição dos casos segundo a sintomatologia, pelo tempo decorrido desde a histerectomia total, nas mulheres sem terapêutica estrogénica instituída.

Tempo decorrido desde a Histerectomia Total	N.º de casos com Sintomas	N.º de casos sem Sintomas	Total
> 9 ANOS	73	29	102
≤ 9 ANOS	45	56	101
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>85</b>	<b>203</b>

OR = 3,13 (1,67;5,89)  $\chi^2 = 14,13$  ( $p = 0,0017$ )

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Estimou-se em  $7,2/10^3$  a taxa de prevalência de mulheres menopáusicas por histerectomia total, tendo sido

encontrado o máximo de 32,1/10<sup>3</sup>, no grupo etário 45-54 anos. Ajustada à população portuguesa, a taxa sobe para 7,9/10<sup>3</sup>. Poder-se-á estimar, assim, em 40415, o número de mulheres residentes em Portugal com menopausa pós cirúrgica. No entanto, a escassez de informação publicada sobre prevalência de menopausa cirúrgica e o facto de a estimativa encontrada se referir a uma população alvo com características particulares – inscrita em “Médicos-Sentinela” – dificultam a validação destas estimativas. Se, apesar disso, considerarmos as 40415 mulheres como possíveis candidatas à terapêutica hormonal substitutiva com estrogénios, elas constituirão, para os clínicos gerais, um importante grupo a necessitar de cuidados específicos.

Os resultados apresentados permitem concluir que a maior parte das mulheres sobre as quais incidiu este estudo, foi hysterectomizada entre os 40 e os 50 anos de idade.

Verificou-se que o tempo decorrido desde a hysterectomia total foi de um mínimo de 1 ano a um máximo de 14 anos em 67,7% das mulheres, sendo a mediana de 9 anos.

Foi instituída terapêutica hormonal substitutiva com estrogénios, em 30,5% das mulheres em que foi possível obter informação sobre aquela variável; 71,9% faziam-na há menos de 6 anos.

Registou-se o aparecimento, em mais de metade das mulheres de, pelo menos um dos 5 sintomas/situações clínicas incluídos no estudo; o mais frequente foi o síndrome depressivo, presente em 26,8% dos casos, seguindo-se-lhe a hipertensão arterial e o aumento de peso, respectivamente, em 22,3% e 21,3% das mulheres.

Verificou-se que a probabilidade de aparecimento dos sintomas estudados foi cerca de 1,78 vezes maior nas mulheres que não fizeram terapêutica substitutiva com estrogénios do que naquelas que a fizeram, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

Verificou-se também que nas mulheres que tinham sido hysterectomizadas há mais de 9 anos, a probabilidade do aparecimento de sintomas foi cerca de 3 vezes superior (OR=2,97) à probabilidade apresentada pelas mulheres hysterectomizadas há menos de 9 anos. Esta probabilidade diminuiu para 1,60 quando tomámos em consideração apenas as mulheres com terapêutica estrogénica instituída, e aumentou para 3,13 quando analisámos o grupo de mulheres não submetidas a ela. Assim, parece poder concluir-se que a introdução de terapêutica substitutiva com estrogénios na mulher menopáusicas pós hysterectomia total melhora a sintomatologia de aparecimento post cirúrgico. Julgamos, no entanto, indispensável a utilização de um grupo de controle que nos permita tirar conclusões com maior segurança. Os resultados agora apresentados passam assim a referir-se a uma primeira fase do estudo, quando não estava ainda identificado o grupo de controle; este só foi constituído numa segunda fase, que decorrerá até finais de Julho de 1996. Só então será possível analisar e comparar os resultados dos dois grupos e retirar daí ilações mais precisas.

Apesar deste estudo ter sido dirigido apenas à mulher menopáusicas após hysterectomia total, a bibliografia consultada permite-nos pensar que o alívio dos sintomas devido à introdução de terapêutica estrogénica poderá também aplicar-se à mulher com menopausa natural, o que, a verificar-se, traduzirá uma melhoria da sua qualidade de vida. Dever-se-á, no entanto, ponderar cuidadosamente os riscos e benefícios que a instituição da terapêutica estrogénica substitutiva pode acarretar. De facto, diversas questões se levantam nesta área que não encontraram ainda o seu cabal esclarecimento, tornando desejável a implementação de outros estudos, quicá mais reveladores.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Griffiths F, Convery B. Women's use of hormone replacement therapy for relief of menopausal symptoms, for prevention of osteoporosis, and after hysterectomy. *British Journal of General Practitioners* 1995 July ; 45 (396): 355-358.
- (2) Pouilles JM et al. Risk factors of vertebral osteoporosis. Results of a study of 2279 women referred to a menopause clinic. *Revue de Rhumatologie et des Maladies Osteoarticulaires* 1991 Mars; 58 (3): 169-177.
- (3) Ferrante B, Isa L, Uderzo A. Observations on bone mineral metabolism in natural and surgical menopause. *Minerva Ginecologia*. 1993 Mar; 45 (3): 87-93.
- (4) Grady D, Rubin SM, Petitti DB et al. Hormone therapy to prevent disease and prolong life in post menopausal women. *Ann Intern Med* 1992;117: 1016-1037.
- (5) Yang TS, Tsan SH, Chang SP, Ng HT. Efficacy and safety of estriol replacement for climacteric women. *Chung-Hua-I-Hsueh-Tsa-Chih - Taipei*. 1995 May; 55 (5): 386-391.
- (6) Radford NB. Southwestern Internal Medicine Conference: postmenopausal estrogen supplementation: a cardiologist's perspective. *American Journal of Medicine and Sciences*. 1994 July; 308 (1): 63-73.
- (7) Wiklund I, Karlberg J, Mattson L. Quality of life of postmenopausal women on a regimen of transdermal estradiol therapy: a double-blind placebo controlled study. *Am J Obstet Gynecol* 1993 March; 168 (3): 824-830.
- (8) Utian HW. Menopause, hormone therapy and quality of life. *Prog Clin Biol Res* 1989; 320: 193-209.
- (9) Samsioe G. The menopause revisited. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1995; 51: 1-13.
- (10) Maxim P, Ettinger B, Spitalny GM. Fracture protection provided by long term estrogen treatment. *Osteoporos-Int*. 1995 Jan; 5 (1): 23-29.
- (11) Adams MR, Williams JK, Clarkson TB, Jayo MJ. Effects of oestrogens and progestogens on coronary atherosclerosis and osteoporosis of monkeys. *Baillieres-Clin-Obstet-Gynecol*. 1991 Dec; 5 (4): 915-934.
- (12) Biberoglu KO, Yildiz A, Kandemir O. Bone mineral density in Turkish postmenopausal women. *Int-J-Gynaecol-Obstet*. 1993 May; 41 (2): 153-157.
- (13) Fields CS et al. Preventive effects of transdermal 17 beta-estradiol on osteoporotic changes after surgical menopause: a two year placebo controlled trial. *Am-J-Obstet-Gynecol*. 1993 Jan; 168 (1): 114-121.
- (14) Norman SG, Studd JWW. A survey of views on hormone replacement therapy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1994 October ; Vol 101: 879-887.

# INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ EM PORTUGAL, 1991-1995

## Estimativas de incidência na rede "Médicos-Sentinela"

Judite Catarino\*

### INTRODUÇÃO

A interrupção voluntária da gravidez (IVG) constitui um grave problema de saúde pública pelas complicações que lhe estão associadas aquando da sua execução, bem como pelas sequelas físicas e mentais que dela podem advir para a mulher.

Royston e Newman, referem, no entanto, que a interrupção voluntária da gravidez ainda é considerado por muitas pessoas como o mais velho e talvez o mais eficaz método de controlo da fertilidade<sup>(1,2)</sup>.

Estima-se que todos os anos entre 40 a 60 milhões de mulheres em todo o mundo interrompam uma gravidez não desejada; dessas interrupções, cerca de metade são ilegais e muitas feitas em más condições<sup>(1,2)</sup>. Por seu turno Kwast, aponta para a existência de 100 000 a 200 000 mortes de mulheres devido a IVG ilegais por ano<sup>(3)</sup>, sendo a sepsis a principal complicação dessas IVG<sup>(4)</sup>.

A IVG ilegal é ainda, nos países em vias de desenvolvimento, uma das cinco principais causas de mortalidade materna. No entanto, em regiões onde o planeamento familiar está a ser implementado, as mortes maternas por essa causa parecem estar a diminuir, consequência do menor número de gravidezes não programadas<sup>(5)</sup>.

Em 1977 em Portugal, estimavam-se em mais de 100 mil por ano, os casos clandestinos de interrupção voluntária da gravidez<sup>(6)</sup>.

Em 1984, o Dec. Lei n.º 6/84 de 11 de Maio, despenaliza a interrupção voluntária da gravidez, em algumas situações muito particulares, nomeadamente as que reconhecidamente oferecem perigo para a vida ou saúde da mãe ou da criança, desde que solicitado pela própria ou seu representante legal, nas primeiras 12 ou 16 semanas de gravidez, segundo a situação, e desde que realizado em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido<sup>(7)</sup>.

Um estudo realizado em 1992 sobre a aplicação do decreto anteriormente referido, conclui, que a análise feita sobre as necessidades das mulheres em relação à sua vida sexual e reprodutiva, nomeadamente no que se refere à IVG, não foi feita numa base técnico-científica, mas reproduz as atitudes e preconceitos existentes na nossa sociedade<sup>(8)</sup>. Refere-se ainda nesse trabalho, que o n.º de interrupções de gravidez legais, é reduzido e dificultado por comissões de análise dos pedidos, constituídas de formas muito diversas, dando azo a que não haja homogeneidade de critérios.

Portugal não possui à data, dados estatísticos sobre a IVG, no entanto, estima-se que a razão entre a IVG e o número de nascimentos vivos, seja de 0,2:1<sup>(9)</sup>.

A rede "Médicos-Sentinela" constituída, a partir de 1989, por um conjunto de médicos clínicos gerais voluntários, visa constituir a base de um sistema de informação de saúde, cujo objectivo principal, é a produção de estimativas de incidência de base populacional, sobre temas de importân-

cia nacional que não sejam alvo de estudo regular por outros sistemas e que tenham uma probabilidade razoável de ser diagnosticados pelo médico<sup>(10)</sup>. Assim, a interrupção voluntária da gravidez foi considerado um tema de estudo desde 1990, não distinguindo, no entanto, entre IVG legais ou ilegais.

Com esta avaliação pretende-se dar, para além de uma estimativa da sua incidência nos últimos anos em Portugal, a caracterização do fenómeno em relação às mulheres que a efectuam e à morbilidade que lhe está associada.

### MATERIAL E MÉTODOS

Foram analisados todos os dados existentes da notificação contínua desde 1991 até 1995 e registados em computador. Assim, estudámos os dados, relativamente à idade, escolaridade, situação profissional, existência ou não de hospitalização, anteriores problemas e óbitos.

Para as estimativas das taxas de incidência anual por grupo etário, foram utilizadas, como denominador, as populações sob observação dos vários anos em estudo, obtidas através das actualizações das listas de utentes enviadas anualmente à Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção-Geral da Saúde, pelos médicos de clínica geral, que constituíam a rede "Médicos-Sentinela".

### RESULTADOS

No período em avaliação, 1991 a 1995, foram notificados 618 casos de interrupção voluntária da gravidez, distribuídos como se pode observar no quadro I.

Quadro I - Número de notificações de IVG, por ano.

	1991	1992	1993	1994	1995
	211	155	100	91	61

Quanto à **idade** das mulheres, observámos que a maior proporção de IVG se verificou no grupo etário dos 25-34 anos, para os anos de 1991, 1992, 1993 e 1995. No ano de 1994, o grupo etário mais atingido foi o dos 15-24 anos (Quadro II).

Quadro II - Distribuição dos casos de IVG, segundo o grupo etário, por ano, 1991-1995

Grupo Etário	1991		1992		1993		1994		1995	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<15	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	2	3,3
15-24	62	29,4	48	31,0	26	26,0	35	38,5	17	27,9
25-34	81	38,4	68	43,9	36	36,0	26	28,6	25	41,0
35-44	63	29,9	37	23,9	33	33,0	28	30,8	16	26,2
>=45	5	2,4	2	1,3	5	5,0	1	1,1	1	1,6
Total	211	100,0	155	100,0	100	100,0	91	100,0	61	100,0

(\*) Assistente de Saúde Pública da Direcção-Geral da Saúde

De registar que nos últimos dois anos em estudo, foram notificadas IVG em jovens de idade inferior a 15 anos, sendo um caso no ano de 1994 e dois casos no ano de 1995. A idade mínima registada foi de 13 anos.

Ao estimarmos as taxas de incidência por grupo etário, verificámos que elas eram mais elevadas no grupo etário dos 35-44 anos, para os anos de 1991, 1993 e 1994. Nos anos de 1992 e 1995 a taxa mais elevada foi encontrada no grupo etário dos 25-34 anos. A incidência de IVG parece mostrar uma tendência decrescente ao longo do período em análise (Quadro III).

Quadro III – Taxa de incidência (/10<sup>5</sup>) de IVG por grupo etário, por ano, 1991-1995

	1991	1992	1993	1994	1995
<15				18,6	36,3
15-24	317,9	264,2	169,4	267,0	127,2
25-34	423,4	378,9	237,2	198,7	181,9
35-44	427,5	271,1	285,3	283,6	152,5
>=45	39,7	17,2	51,0	12,0	11,1
15-44*	386,0	307,5	225,7	246,8	154,3
Total	282,3	226,3	173,0	182,7	119,3

\* Grupo etário que habitualmente se considera a idade fértil da mulher.

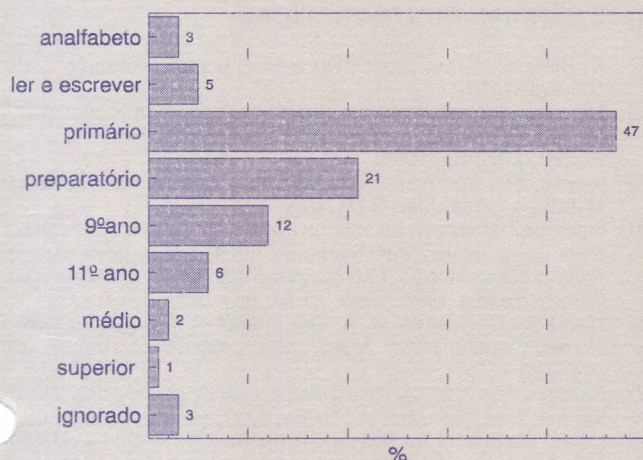


Figura 1 – Distribuição dos casos de IVG, segundo o grau de escolaridade, 1991-1995

No tocante à **escolaridade** das mulheres que sofreram IVG, verificámos que foi semelhante em todos os anos. Assim, do total de 618 casos, 47% tinham o ensino primário completo, 21% tinham o ensino preparatório completo e 12% tinham o antigo 5º ano dos liceus ou equivalente (Figura 1).

Relativamente à **situação profissional**, encontrámos que a mesma não variou substancialmente no período estudado. A situação profissional mais referida foi a de “trabalhador no activo” seguida da de “dona de casa”. De notar no entanto, que houve um aumento gradual do número de notificações onde era referida a situação de “estudante”, que passou de 3,8% em 1991 para 16,4% em 1995 (Quadro IV).

Quadro IV – Distribuição dos casos de IVG, segundo a situação profissional, por ano, 1991-1995

Situação Profissional	1991		1992		1993		1994		1995	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Activo	137	64,9	92	59,3	58	58,0	56	61,5	34	55,7
Desempr.	6	2,8	13	8,4	10	10,0	8	8,8	4	6,6
Reformada	3	1,4	1	0,7	3	3,0	0	0,0	0	0,0
Dona casa	48	22,9	28	18,0	20	20,0	14	15,4	9	14,7
Estudante	8	3,8	13	8,4	5	5,0	10	11,0	10	16,4
Outra	3	1,4	1	0,7	0	0,0	1	1,1	2	3,3
Ignorado	6	2,8	7	4,5	4	4,0	2	2,2	2	3,3
Total	211	100,0	155	100,0	100	100,0	91	100,0	61	100,0

Ao examinarmos a existência ou não de **anteriores problemas**, registámos que a maioria das notificações, cerca de 80%, apontavam para a sua não existência (Quadro V).

Quadro V – Distribuição (%) dos casos de IVG, segundo a existência de anteriores problemas (IVG anteriores)

IVG anteriores	1991	1992	1993	1994	1995
Sim	12,8	14,8	13,0	16,5	19,7
Não	77,3	78,7	86,0	80,2	77,0
Ignorado	10,0	6,5	1,0	3,3	3,3

Quanto a ter havido ou não **hospitalização**, na sequência de IVG, encontrámos que entre 82,5% (1991) e 95,1% (1995) das notificações apontavam para a sua não existência. A distribuição dos casos em que houve internamento encontra-se no quadro VI.

Quadro VI – Distribuição de casos de IVG com internamento, por ano, 1991-1995

	1991	1992	1993	1994	1995
	22(10,4)	8(5,2)	6(6,0)	5(5,5)	1(1,6)

% entre parêntesis

Relativamente à existência ou não de **óbito**, todas as notificações apontaram para a sua não existência.

A variável **local/agente** onde foi iniciada a IVG, apenas existiu nas notificações entre 1991 e 1993. Da sua observação, verificámos que a maioria das mulheres recorrem a médicos ou enfermeiros fora das instituições de saúde. Assim, o agente mais solicitado foi o “enfermeiro fora dos serviços de saúde”, com percentagens que variaram entre os 58,0% em 1993 e os 60,7% em 1992. O “médico fora dos serviços de saúde”, foi escolhido por cerca de 20% das mulheres, para a globalidade dos anos em observação. O “hospital/serviço de saúde” foi o local referido em 7,1 a 13,0% das notificações. De realçar que muito poucas notificações, de 8,5% em 1991 a 1,0% em 1993 referiram “o leigo ou

curiosa"; o mesmo se pode dizer em relação àquelas que apontavam para ter sido a própria a realizá-lo.

A existência ou não de **complicações** pós-IVG, só foi notificada em 1991, tendo-se encontrado em 18 casos (8,5%) a ocorrência de infecção e em 32 casos (15,2%) a existência de hemorragia.

Nos dois últimos anos, questionou-se sobre se as IVG eram resultado de gravidezes **programadas**, tendo-se encontrado nos casos em que essa variável era conhecida, que 95,3% e 100,0% das IVG, respectivamente em 1994 e 1995, provinham de gravidezes não programadas. De notar no entanto, que nestes dois anos houve uma grande proporção de notificações em que este facto era referido como desconhecido, respectivamente, 28 (30,8%) em 1994 e 26 (42,6%) em 1995.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Dos resultados obtidos, verificámos que o número de notificações de IVG tem vindo a diminuir progressivamente ao longo do período em estudo, sendo que o valor encontrado para o ano de 1995 foi cerca de 3,5 vezes inferior ao do primeiro ano em estudo. Tal facto dever-se-á a uma diminuição efectiva do fenómeno ou estaremos nós frente a uma situação de menor motivação do médico para a sua notificação? De facto, sabe-se que situações em estudo prolongado, levam frequentemente à desmotivação para a notificação. De notar que apesar de parecer existir esta tendência, observámos que aumentou a notificação de casos em idades mais jovens, pois só nos últimos dois anos houve notificação de casos abaixo dos 15 anos, embora em pequeno número.

Comparando a taxa estimada para o grupo 15-44 anos com as encontradas em outros países, como a Suíça (1994) – 7,7/10<sup>3</sup>, a Finlândia (1993), – inferior a 9/10<sup>3</sup> (15-49 anos) ou ainda a Dinamarca (1993) – 14,3/10<sup>3</sup> (15-49 anos)<sup>(9)</sup>, verifica-se que a nossa é muito mais baixa. Do exposto, somos novamente levados a pensar se não estaremos face a uma sub-notificação efectiva dos casos. Devemos, no entanto, colocar ainda a hipótese da mulher não referir espontaneamente a ocorrência de IVG por motivos de ordem social ou outros.

Quanto à escolaridade, verificámos que a mesma não era muito elevada para a maior parte das mulheres que recorreram à interrupção voluntária da gravidez, o que parece ir de encontro ao exposto em alguns trabalhos internacionais<sup>(1,2)</sup>.

No tocante à situação profissional a IVG deu-se essencialmente em mulheres trabalhadoras activas, donas de casa e estudantes, o que parece estar de acordo com outros estudos anteriormente realizados<sup>(1,2)</sup>.

Quanto a terem tido anteriores problemas, ou seja IVG anteriores, encontrou-se um valor um pouco divergente do de alguns relatórios internacionais que apontam para o facto de uma mesma mulher sofrer mais do que uma vez de IVG durante a sua idade reprodutiva<sup>(1,2)</sup>.

Em relação a complicações, observámos que para o único ano em análise, o seu número foi elevado, o que é consentâneo com a literatura consultada<sup>(1,2,4)</sup>.

No tocante à hospitalização observou-se uma tendência decrescente nos anos em estudo, o que poderá ser compreendido como consequência de um maior recurso a pessoal mais especializado em detrimento dos leigos ou curiosas.

Quanto à programação das gravidezes, verificámos que a maior parte das IVG realizadas no período em estudo, resultaram de gravidezes não programadas. Este facto leva-nos a pensar na necessidade de um maior investimento na educação sexual dos jovens, bem como em continuar a apostar e investir no planeamento familiar, no sentido de melhorar a saúde e proporcionar as melhores condições para que a mulher se possa realizar plenamente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Royston, E; Armstrong, S. Preventing maternal deaths. OMS, Geneva, 1989.
- (2) Newman, Karen. Progress Postponed: abortion in Europe in the 1990s. International Planned Parenthood Federation Europe Region, Londres, 1993.
- (3) Kwast, BE. Abortion: its contribution to maternal mortality. Midwifery, 1992, Mar; 8 (1), pag. 8-11.
- (4) Figueroa Damian, R; Arredondo Garcia, JL. Conceptos actuales en la patogenesis y tratamiento del aborto y el choque septico. Parte I. Epidemiologia, patogenesis y manejo del aborto septico. Ginecol. Obstet. Mex., 1993, n.º 61, pag. 305-10.
- (5) Westhoff, C; Rosenfield, A. The impact of family planning on women's health", Curr. Opin. Obstet. Gynecol., 1993, 5 (6), pag. 793-7.
- (6) Pacheco Palha, A. Alguns aspectos emocionais do planeamento familiar. Direcção Geral de Saúde, 1977, (texto policopiado).
- (7) Lei n.º 6/84 de 11 de Maio, publicada no DR, 1.ª Série, n.º 109.
- (8) Portugal, L.; Alves, M J. Interrupção voluntária da gravidez em Portugal: uma reflexão sobre a aplicação da lei 6/84. Planeamento Familiar, Lisboa, n.º 55 (1992), pag. 8-9.
- (9) OMS, Regional Office for Europe. Highlights on women's health in Europe. OMS, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1995.
- (10) José Marinho Falcão. Médicos-Sentinela: 9 passos em frente. Saúde em Números, 1990, vol. 5, n.º 3, pag.17-21.

**DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE**  
DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45  
1056 LISBOA Codex

Tel. 847 55 15  
Fax: 847 68 39

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO:  
EUROPRESS EDITORES E DISTRIBUIDORES DE PUBLICAÇÕES, LDA.  
PTA. DA REPÚBLICA, LOJA A, PÓVOA DE STO. ADRIÃO – 2675 ODIVELAS  
AGOSTO/96  
2000 EXEMPLARES  
DEPÓSITO LEGAL 59272/92  
ISSN 0871-0813

As opiniões expressas pelos autores são da sua exclusiva responsabilidade e não reflectem necessariamente os pontos de vista da DGS

Autorizada a reprodução total ou parcial de figuras e texto sem autorização prévia, desde que sejam referidas a fonte e o autor