

Uma Perspetiva de Custos da Interrupção da Gravidez por opção
da mulher

Marta Maria Baptista Martins

Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientadora:

Prof. Doutora Fátima Figueiredo, Professora Convidada do Instituto de Higiene e
Medicinal Tropical

Coorientadora

Enfermeira Lina Pereira, Enfermeira Chefe na UCC Cuidar+, Oeiras

Maio, 2012

Mãe, Pai, Duarte

Para vocês

AGRADECIMENTOS

À Doutora Fátima Figueiredo os meus sinceros agradecimentos, por todo o apoio, incentivo, empenho e sabedoria com que sempre me orientou.

À Enfermeira Lina Pereira pelo acompanhamento durante todo este tempo.

Ao Professor Nuno Crespo pelo tempo despendido e pela grande ajuda que me deu.

Aos meus pais, os quais sempre me motivaram e acreditaram que eu iria conseguir, por tudo o que me deram...vida, educação, apoio, amor e carinho, por se esforçarem, para que a minha vida seja cada vez melhor, o meu muito obrigada!

Ao Duarte, por todo o apoio, motivação, amor...agradeço por existires na minha vida e por seres uma parte importante dela.

Às minhas amigas de Mestrado, Elisa, Inês, Margarida, Fayema, Sara e Rita, pelos momentos que passámos no 1.º ano do curso e, um obrigada especial à Margarida por me ter acompanhado sempre.

RESUMO

Introdução: A interrupção da gravidez (IG) por opção da mulher foi, em 2009, a terceira causa de morte em Portugal, de acordo com a Federação Portuguesa pela Vida (2009).

Em Portugal, a IG por opção da mulher, tem vindo a aumentar, desde a aprovação da lei, em 2007, com uma ligeira diminuição de 2009 para 2010.

Uma vez que, atualmente, os recursos financeiros são escassos, não só a nível nacional, como a nível Europeu, torna-se importante compreender os custos originados pela mudança na lei 16/2007, nomeadamente na adolescência, período crítico em termos sociais.

O objetivo principal deste estudo é conhecer a(s) estratégias que podem ser implementadas de forma a minimizar os custos para as Entidades do Serviço Nacional de Saúde.

Métodos: O estudo em causa é uma análise descritiva retrospectiva da IG por opção da mulher e da gravidez na adolescência, de 2007 a 2011. Recorreu-se aos dados do INE, da DGS, da Federação Portuguesa pela Vida, da Portaria n.º 781-A/2007 e da Administração Central do Sistema de Saúde.

Resultados: Baseado nos dados acima mencionados constatou-se que foram gastos 30.919.625,05€, tendo em conta o valor mínimo para o custo da IG e da vigilância da gravidez na adolescência ou 69.206.158,82 €, calculando o valor máximo.

Conclusão: Os custos com a IG por opção da mulher e da vigilância da gravidez na adolescência poderiam ser reduzidos com a prevenção sistemática da gravidez na adolescência, bem como da alteração da lei vigente relativa a IG por opção.

Palavras-chave: *interrupção da gravidez por opção da mulher; gravidez na adolescência; custos; prevenção*

ABSTRACT

Introduction: The termination of pregnancy (IG) at the option of the woman was in 2009, the third leading cause of death in Portugal, according to the Portuguese Federation for Life (2009).

In Portugal, the termination of pregnancy by choice of women, has increased since the law was passed in 2007, with a slight decrease from 2009 to 2011.

Since, currently, financial resources are scarce, not only nationally, as the European level, it is important to understand all costs of the change in the law 16/2007, particularly in adolescence, a critical period in social terms.

The main objective of this study is to know strategies that can be implemented to minimize the costs to the entities of the National Health Service.

Methods: The study in question is a retrospective descriptive analysis of the IG at the option of women and teenage pregnancy, from 2007 to 2011. Resorted to data from INE, the DGS, the Portuguese Federation for Life, the Administrative Rule no. 781-A/2007 and Central Administration of the Health System.

Results: Based on the above data it was found that was spent € 30,919,625.05, taking into account the minimum cost to the IG and surveillance of teenage pregnancies or € 69,206,158.82, calculating the maximum value.

Conclusion: The costs of the IG at the option of surveillance of women and teenage pregnancies could be reduced with the systematic prevention of teenage pregnancy, as well as changing the current law on IG.

Keywords: *termination of pregnancy for women's choice; teenage pregnancy; costs; prevention*

ÍNDICE

Introdução	- 1 -
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	- 4 -
1. 1. Adolescência e Gravidez.....	- 4 -
1.1.1 Adolescência.....	- 4 -
1.1.2 Gravidez na Adolescência	- 8 -
1.2 – Interrupção da Gravidez por opção da mulher	- 13 -
1.3 – Prevenção da Gravidez	- 24 -
1.4 – Análise de custos.....	- 30 -
2. Metodologia	- 32 -
3. Resultados	- 34 -
3.1 Custo máximo e mínimo por procedimento e total a nível Nacional	- 34 -
3.2 Custos da IG por opção da mulher em adolescentes	- 37 -
3.3 Custo das repetições da IG por opção da mulher	- 39 -
3.4 Custo da vigilância da gravidez na adolescência	- 40 -
4. Análise e Sugestões ao Projeto de Prevenção da Gravidez vigente em Portugal.....	- 44 -
5. E se a Lei sobre a IG fosse alterada?.....	- 49 -
6. Discussão, conclusões e sugestões	- 55 -
7. Referências Bibliográficas	- 64 -
ANEXOS.....	
Anexo I.....	
Anexo II.....	
INDICE DE GRÁFICOS	VI
INDICE DE TABELAS	VI
LISTA DE ABREVIATURAS	VII

INDICE DE GRAFICOS

- Gráfico 1 - Número total de adolescentes que recorreram à IG por opção com idade inferior a 15 na os e entre os 15 e os 19 anos de idade, por cada ano..... - 38 -
- Gráfico 2 - Número de IG por procedimento medicamentoso e cirúrgico, na adolescência, por cada ano..... - 38 -
- Gráfico 3 - Número de repetições de IG por opção da mulher, de 2008 a 2010..... - 40 -

INDICE DE TABELAS

- Tabela 1 - Custo mínimo gasto pelo Estado nas IG por opção da mulher, por cada ano e nos quatro anos e meio - 35 -
- Tabela 2 - Custo da IG através do procedimento medicamentoso em ambulatório, por cada ano e nos quatro anos e meio..... - 35 -
- Tabela 3 - Custo da IG através do procedimento cirúrgica em ambulatório, por cada ano e nos quatro anos e meio - 36 -
- Tabela 4 - Custo máximo gasto pelo Estado nas IG por opção da mulher, por cada ano e nos quatro anos e meio - 36 -
- Tabela 5 - Custo da IG através do procedimento medicamentoso com internamento, por cada ano e nos quatro anos e meio - 36 -
- Tabela 6 - Custo da IG através do procedimento cirúrgico com internamento, por cada ano e nos quatro anos e meio - 36 -
- Tabela 7 - Número de IG por opção da mulher, por instituição pública e privada por cada ano- 37 -
- Tabela 8 - Custo por procedimento em ambulatório, de IG por opção da mulher, e custo total, por cada ano e nos quatro anos e meio, na adolescência..... - 39 -
- Tabela 9 - Custo por procedimento com internamento, de IG por opção da mulher, e custo total, por cada ano e nos quatro anos e meio, na adolescência..... - 39 -
- Tabela 10 - Custo mínimo anual e total das repetições da IG por opção da mulher - 40 -
- Tabela 11 - Custo máximo anual e total das repetições da IG por opção da mulher - 40 -
- Tabela 12 - Custo por procedimento de vigilância da gravidez - 42 -
- Tabela 13 - Cálculo do preço a pagar por cada utente, de acordo com procedimento realizado, através de percentagens diferentes de taxas moderadoras..... - 52 -

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

APF - Associação para o Planeamento Familiar

ARS – Administração Regional de Saúde

CNAC - Campanha Nacional pelo Aborto e Contraceção

DGS – Direção-Geral de Saúde

GDH - Grupos de Diagnósticos Homogéneos

HPV - Vírus do Papiloma Humano

IVG - Interrupção voluntária da gravidez

IG – Interrupção da gravidez

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

IG – Interrupção da Gravidez

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

MCALG - Movimento para a Contraceção e Aborto Livre e Gratuito

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCP – Partido Comunista Português

SIECUS - Sexuality Information and Education Council of the United States

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UE – União Europeia

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – World Health Organization

Introdução

De acordo com Dias *et al*, “O conhecimento sobre as características da ocorrência da interrupção voluntária da gravidez [IVG] numa população é fundamental para compreender o padrão de fertilidade dessa população, para prevenir os riscos associados à realização da IVG e para planear os serviços, nomeadamente os relacionados com as actividades de saúde materno-infantil e planeamento familiar (...).” (2000: 55).

Em Portugal, embora existam alguns estudos sobre a interrupção da gravidez (IG) por opção da mulher, estes têm maior impacto no estudo psicológico das mulheres que recorreram à IG. Numa altura em que atravessamos uma crise financeira grave, torna-se importante compreender os custos dos cuidados de saúde.

O estudo descritivo, em causa é relevante em termos sociais e económicos, uma vez que, atualmente, vivemos uma situação de escassez de recursos financeiros a nível nacional. Desta forma, torna-se importante compreender os custos originados pela mudança na lei relativamente à IG por opção da mulher, nomeadamente na adolescência, período crítico em termos sociais. Pretende-se conhecer se o financiamento existente para a IG por opção da mulher poderia ser transferido para outro projeto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com uma vasta amplitude, que aposte numa melhor prevenção da gravidez neste grupo etário.

Desta forma, torna-se essencial a procura de estratégias e a implementação de intervenções para a promoção da saúde e prevenção, tratamento e recuperação da doença.

Os objetivos do estudo prendem-se com os custos da interrupção da gravidez, por opção da mulher desde 2007 até 2011 inclusive, os custos da vigilância da gravidez na adolescência, bem como com a análise do programa de prevenção da gravidez vigente no nosso país.

Esta descrição de custos tem a perspetiva do SNS, uma vez que “ (...) é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados

de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministério da Saúde. (...) [, tendo como objetivo] a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva” (Silva, 2011: 1689).

- Descrevem-se alguns conceitos relativamente à adolescência, à gravidez nesta classe etária, à evolução histórica e dados atuais sobre a IG por opção da mulher.
- Serão apresentados alguns dos custos (apenas os custos diretos) no período de 15 de Julho de 2007 até 31 de Dezembro de 2011, relativos a esta questão.
- Pretende-se ainda descrever, analisar o atual projeto de prevenção da gravidez a nível nacional e apresentar propostas de melhoria para o mesmo.
- Na perspetiva de introduzir uma mais-valia na redução de custos para as Entidades do SNS, apresenta-se uma proposta de alteração da lei vigente na IG, por opção da mulher.

Desta forma, para esta análise descritiva os objetivos são:

- 1.** Conhecer qual/quais a(s) estratégia(s) de forma a minimizar os custos para as Entidades do Serviço Nacional de Saúde inerentes às interrupções da gravidez (IG), por opção da mulher.
 - 1.1** Descrever o custo total da interrupção da gravidez, por opção da mulher desde 2007 até 2011;
 - 1.2** Descrever o custo total da reincidência da interrupção da gravidez, por opção da mulher;
 - 1.3** Quantificar os custos associados às interrupções da gravidez, por opção da mulher, em Portugal, por ano;
 - 1.4** Quantificar os custos associados às reincidências das interrupção da gravidez, por opção da mulher, em Portugal, por ano;
 - 1.5** Quantificar o custo médio da vigilância da gravidez na adolescência, em Portugal;

1.6 Descrever o programa vigente de prevenção da gravidez, em Portugal.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. Adolescência e Gravidez

“É a adolescência com toda a sua fragilidade, onde uma personalidade mal definida se constrói, lentamente, num suporte instável...É o crescer” (Amaral e Grilo, 2007: 44).

O presente capítulo é referente à perspetiva do que é a adolescência e, conseqüentemente, sobre a gravidez nesta etapa de vida de uma pessoa. Desta forma, a primeira parte será sobre a definição de adolescência e como se forma um adolescente, desde a transição de criança até fase adulta. A segunda parte é alusiva à definição de gravidez e maternidade de uma forma geral, confluindo para a gravidez na adolescência, de forma a dar uma perspetiva do jogo de sentimentos vividos pelos adolescentes quando esta situação acontece.

1.1.1 Adolescência

A palavra adolescência descende de “(...) adolescere: crescer, desenvolver-se” (Almeida, 2007: 47), sendo a altura em que se dá uma reaceleração do crescimento do jovem. Esta etapa é considerada a mais agitada da vida humana, existindo um conflito interior no adolescente (idem). Braconnier e Marcelli referem que a adolescência é “(...) um grupo social autónomo, com uma especificidade própria e caracterizando um período de vários anos de existência, (...)” (2000: 39).

Atualmente, na nossa sociedade, é dada importância à infância e à adolescência. No entanto, estes períodos temporais nem sempre foram entendidos como especiais, tornando estes fenómenos recentes. Braconnier e Marcelli, citando Philippe Ariès, mencionam, ainda, que “(...) a criança passava directamente e sem intermediário das saias das mulheres – da sua mãe, da sua «vó» ou «mãe grande» – para o mundo dos adultos. Ela queimava as fases da juventude ou da adolescência. De criança passava imediatamente a pequeno adulto, vestido como os homens ou como as mulheres, no meio deles, sem outra distinção sem ser o tamanho (...)” (2000: 39).

Segundo a World Health Organization (WHO) (2012) a adolescência é definida pelos indivíduos com idade entre os 10 e os 19 anos de idade, sendo entendida e vivida de maneiras diferentes de acordo com as culturas existentes. De acordo com esta organização, a adolescência é um período de mudanças físicas, psicológicas, emocionais, associadas à puberdade.

Segundo Almeida, “A evolução psicológica do adolescente processa-se (...) em quatro campos: no emocional, no sexual, no intelectual e no social” (2007: 57). Este autor refere ainda que existem cinco passos indispensáveis no desenvolvimento do adolescente, sendo eles: “A interiorização das alterações físicas; O estabelecimento de um novo tipo de relações, primeiro isossexuais e, depois, heterossexuais; O aparecimento de um comportamento social responsável; A evolução para uma personalidade em equilíbrio com os valores éticos da cultura vigente [e] A capacidade para planear e orientar as suas actividades futuras” (idem). Estas etapas culminam assim com a aquisição de identidade e de autonomia, que determinam o fim da adolescência.

De acordo com a teoria do desenvolvimento psicossocial, de Erik Erikson, o/a adolescente encontra-se na quinta idade, denominada Identidade *versus* Difusão/Confusão. (Sprinthall e Collins, 2003; Erikson, 1971). Esta caracteriza-se pela vertente positiva que corresponde à aquisição da identidade e, pela vertente negativa, relativa a sentimentos de confusão/difusão, defendendo que é na adolescência que se forma a identidade. A identidade é considerada como o desenvolvimento de “ (...) transformações pessoais [como, por exemplo, a maturidade sexual, a interacção e a relação íntima com os pares, modificação da personalidade, resultante da questão «Quem sou eu?»], das exigências sociais e das expectativas em relação ao futuro” (Sprinthall e Collins, 2003: 201-202).

A sexualidade insere-se na construção da identidade, passando também por um processo de maturação e evolução. Quando falamos em sexualidade, não nos podemos cingir apenas à capacidade de reprodução e do ato sexual em si, pois existem fatores psicossociais que influenciam a vivência da mesma (Johnson, 1999). Sucede assim que, “O auto-conceito e identidade psicosexual e a identidade, referem-se ao sentido individual interno da sexualidade, como a imagem corporal, a identificação com o facto

de se ser homem ou mulher e a aprendizagem dos papéis definidos para homem e mulher.” (Johnson, 1999: 757). A sexualidade é, desta forma, “ (...) não apenas um fenómeno biológico, mas também um fenómeno afetivo, emocional, intelectual e social.” (Almeida, 2007: 150).

Santos menciona que para uma parte dos jovens da nossa sociedade, “ (...) a vivência da sexualidade resume-se a carícias, a troca de beijos e ao contacto de pele com pele, de corpo com corpo, mas para muitos outros, as primeiras experiências sexuais ocorrem durante a adolescência.” (2003: 36). De acordo com esta autora existem múltiplos fatores para que os adolescentes iniciem relações sexuais durante esta etapa de vida. Os fatores propostos pela autora são: “O anormal alongamento do intervalo que vai do aparecimento dos instintos sexuais e da capacidade de procriar à estabilidade profissional e económica (...); A procura de autonomia; A procura de identidade sexual; A curiosidade, o desejo de correr riscos (...); As pressões do grupo de pares e do parceiro; O desejo de emancipação; A afirmação da maturidade [e] Pressão dos *mass-media*.” (idem).

Conforme diversos estudos, os adolescentes iniciam as suas atividades sexuais mais cedo, não estando, no entanto, associado a uma educação sexual mais sólida, levando à não utilização dos métodos contraceptivos (biidem).

Segundo Brazelton e Greenspan (2004) são muitas as famílias que lutam contra a falta de tempo para todos os elementos estarem juntos. Os mesmos autores mencionam que “(...) os progenitores trabalham para ajudar o orçamento ou para aumentar as economias da família, ficando com pouco tempo livre para esta. A educação tem vindo a tornar-se mais impessoal, com uma orientação mais tecnológica, perdendo o seu cariz pessoal. Também as famílias, nas suas relações interpessoais, têm revelado uma tendência para modos de comunicação mais impessoais. O correio electrónico está a substituir os almoços em conjunto e o tempo que se passa em frente do ecrã está a substituir muitas outras formas de interação pessoal.” (2004: 17-18).

Como menciona Abreu, “ (...) a comunicação verbal na família acerca da sexualidade é apenas uma das fontes possíveis da aprendizagem sexual, mas não é, certamente, a mais importante. De facto, a linguagem afectivo-sexual tem múltiplas expressões. Tomem-se

alguns exemplos, o modo como cada elemento da família exerce o seu papel sócio-sexual e como é, sistematicamente organizado o conjunto familiar, a proximidade ou a distância física, as reacções mínimas acerca de acontecimentos que se relacionem com esta temática, os comentários sobre os comportamentos de outras pessoas ou sobre acontecimentos públicos e o silêncio, voluntários ou involuntários, em torno da temática afectivo-sexual, são factores determinantes na educação sexual no seio familiar.” (2008: 64).

Quando o adolescente se insere na sociedade, os comportamentos e pensamentos que adquire no seu contexto familiar vão complementar-se, reforçar-se, ou desvanecer-se. Em sociedade surgem também muitas questões, pois cada jovem teve particularidades específicas nas suas aprendizagens em família, existindo diversos contextos, correspondentes a diferentes experiências de vida e formas de comunicação, dependendo da própria família, dos amigos, do ensino escolar, com os respetivos professores, os profissionais de saúde que os assistem e as redes sociais existentes.

Desde cedo o Homem inicia a vida social fora de casa, frequentando uma ama, um jardim-de-infância, uma creche, e assim sucessivamente, onde irá estabelecer novas amizades e conhecer novas pessoas com características e personalidades diferentes e específicas. Os grupos de pares começam a formar-se desde então. No entanto, segundo Lourenço a “ (...) pertença a um grupo é uma tarefa crucial para o adolescente porque a ela se liga a definição de si próprio. Quem sou eu?) é indissociável de A quem pertenço? (Soares, 1990). [O grupo de pares] é fonte de segurança e ligação emocional. Mais neutro e mais aberto do que a família, é a forma reassegurante e a força de socialização, espaço onde o adolescente se pode afirmar e que o pode confirmar.” (1998: 106) pois, é na interação com os outros que se vão desenvolvendo competências afetivas, sociais, cognitivas e intelectuais.

Segundo Birren *et al* (1981), citado por Lourenço, o grupo de pares apresenta três características principais “ (...) – facilitar a separação do indivíduo em relação à família permitindo, com mais segurança, aprender a pensar independentemente e a experimentar outros valores não necessariamente aceitáveis na família, enquanto recebe algum reforço do grupo; - desenvolvimento de um certo grau de conformismo face às

normas, essencial para a sobrevivência social, e a distinção entre limites pessoais e sociais ou convencionais; - desenvolvimento de um autoconceito positivo. É a aceitação do grupo de pares que reassegura o indivíduo de que a sua aceitação foi merecida e não oferecida” (1998: 106).

Durante a adolescência vão-se constituindo novas relações com pares de ambos os sexos. “Integrar um grupo de amigos e namorar faz parte do percurso normal do adolescente, permite caminhar no sentido da adultez. Devendo ser respeitado pela escola e, evidentemente, pela família. O direito à privacidade e intimidade não pode, nunca, ser desprezado” (Lourenço, 1998: 109). Para este autor, “Saudável será que a família veja no grupo do seu filho adolescente, onde já se poderá encontrar aquela ou aquele «especial», um aliado na descoberta de si próprio e da felicidade, nem que para isso dê algumas «turras».” (1998: 109). Assim, pode-se afirmar que desde que uma pessoa entra para a escola, a sua família irá criar um laço inevitável com a mesma. “É o jovem que entra para a escola que vai estabelecer a maior parte da comunicação entre a escola e a família.” (idem). No entanto, devido às expectativas e exigências feitas tanto por parte da escola, como por parte dos progenitores, os jovens, por vezes não conseguem dar respostas adequadas ao que se lhes propõem, como é exemplo, a gravidez na adolescência (biidem). Para se poder compreender os adolescentes e as suas necessidades é essencial que a sociedade, escola, pais, amigos, os ouçam e os acompanhem (Braconnier e Marcelli, 2000). Apesar disto, estes autores referem que “(...) os jovens mantêm-se fiéis a valores transmitidos, tais como a família, o conforto e a segurança, mas adaptam-nos e procuram prolongar certas formas de situação provisória.” (2000: 42).

1.1.2 Gravidez na Adolescência

Gravidez e maternidade são conceitos que normalmente aparecem interligados. No entanto, representam processos distintos, quer do ponto de vista psicológico quer do físico. Canavarro e Pereira afirmam “Todos sabemos que o facto de uma mulher estar grávida, infelizmente, não assegura a posterior realização adaptativa das tarefas maternas” (2001: 19).

O percurso da gravidez apresenta experiências distintas de mulher para mulher, sendo essencial compreender as diferenças e representações, para se poder construir uma gravidez saudável e, conseqüentemente, uma maternidade saudável.

Assim, a experiência de gravidez e de maternidade dependem das representações mentais que a mulher tem destas, ou seja, depende dos significados que lhes são conferidos. É importante conhecer estas representações para que seja possível compreender melhor “ (...) o comportamento (seja ele ou não adaptativo) de uma mulher grávida ou de uma mulher que é mãe.” (Canavarro e Pereira, 2001: 20).

A gravidez e a maternidade correspondem a períodos de desenvolvimento, pelo que é fundamental resolverem-se tarefas desenvolvimentais. Os autores citados anteriormente (2001) definiram seis tarefas desenvolvimentais principais da maternidade, sendo que estas tarefas na gravidez “ (...) permitem que o projecto de maternidade se continue a construir e consolidar de forma progressiva.” (2001: 20), sendo as seis etapas as seguintes: aceitação da gravidez; diferenciação progressiva, mãe-feto, “ (...) que se traduz na aceitação do feto como entidade separada, como um indivíduo distinto de si própria” (idem: 39); reavaliação da relação criada no passado e no presente com os próprios pais, particularmente com a mãe; preparação do casal para integrar o novo ser na sua relação, na qual a mulher reavalia e reestrutura a relação com o companheiro; sentimentos de ambivalência vividos pela mulher grávida, pois se por um lado anseia a hora do parto para ver o seu bebé, por outro quer prolongar a gravidez de forma a “ (...) adiar o momento do parto e as novas exigências que o nascimento do bebé acarreta.” (ibidem: 42) e, por fim, a integração da identidade materna.

“A gravidez na adolescência desencadeia um conjunto de perturbações não só na adolescente, que enfrenta diferentes processos de transformação, como também na sua família” (Amaral e Grilo, 2007: 42).

Benoit *et al* (1998 in Lourenço, 1998), citados por Pedro (2003), consideram que a gravidez na adolescência é um indício de disfuncionamento familiar. As sucessivas alterações do próprio núcleo familiar com o decorrer dos tempos têm, por conseguinte, tornado as famílias incapacitadas de garantir um desenvolvimento saudável dos seus adolescentes. Esta característica conduziu à delegação da educação sexual às escolas.

Almeida fortalece ainda a ideia de que a gravidez na adolescência “ (...) não resulta somente da falência dos métodos anticoncepcionais. (...) A gravidez em adolescentes é, antes de tudo, a falência de um sistema cultural.” (2007: 240).

As causas da gravidez na adolescência são de natureza variável, estando relacionada com diversos fatores. Segundo Santos, estes fatores estão relacionados “ (...) com o processo de desenvolvimento dos jovens, outros com a família e a sociedade. Algumas das características sociais, ambientais ou psicológicas, comumente apontadas são a pobreza, a baixa auto-estima, consumo de drogas, adolescentes vítimas de abuso sexual, negligenciadas ou provenientes de famílias violentas.” (2003: 36). Na verdade, apesar das campanhas existentes acerca do uso dos métodos contraceptivos e da informação que chega até às pessoas sobre diversas formas, ainda há um conhecimento escasso sobre a saúde sexual e reprodutiva, tanto do homem, como da mulher, e do planeamento familiar. Por outro lado, mesmo quando os adolescentes conhecem os métodos contraceptivos disponíveis atualmente, a utilização destes pode estar comprometida, uma vez que os adolescentes, por vezes, não apresentam a maturidade suficiente para os poderem utilizar responsabilmente. Esta fraca ou inexistente utilização de contraceptivos relaciona-se ainda, com as características próprias do desenvolvimento que caracterizam os adolescentes. Estes têm, muitas vezes, um sentimento de invulnerabilidade, não antecipando as consequências que os seus comportamentos poderão ter (Aretaris, 1999).

Uma das razões para a ocorrência da gravidez na adolescência é “ (...) o anormal alongamento do intervalo que vai do aparecimento dos instintos sexuais e da capacidade para procriar à possibilidade profissional e económica de constituir família.” (Almeida, 2007: 232).

Almeida expõe que a adolescente tem múltiplos e complexos motivos que a levam a iniciar precocemente a sua vida sexual, sendo que, “ (...) trata-se de uma procura de identidade, identidade que encontram no seu papel de grávidas” (2007:233). O mesmo autor afirma ainda que por vezes, estas razões estão relacionadas com a necessidade de a jovem afirmar a sua feminilidade, de competir com a mãe ou pelo contrário encontrar pontos comuns com ela. Outros fundamentos, são respeitantes à vontade de magoar e

desafiar os pais, de mostrar a sua revolta contra a família e com a “(...) necessidade de compensação de carências afectivas.” (idem). A acrescentar, de acordo com Braconnier e Marcelli “ (...) algumas adolescentes procuram, por vezes, agressivamente, aceder a um estatuto através da sua gravidez: o de uma mulher adulta, senhora do seu corpo e do seu destino.” (2000: 120). Canavarro e Pereira afirmam ainda que a maternidade “ (...) pode surgir, (...), perspectivada como um porto de abrigo e uma forma gratificante e segura de dar e receber amor.” (2001: 30). Seja qual for o motivo da adolescente é preciso ter sempre em conta que a adolescente grávida ao tomar conhecimento do acontecimento “(...) pode experimentar sentimentos de insegurança, desespero, desorientação, sendo-lhe exigida uma tomada de decisão relativamente ao futuro.” (Amaral e Grilo, 2007: 42).

Segundo Pedro (2003) a gravidez nesta fase de vida acarreta riscos a vários níveis, quer para a saúde da adolescente, quer para a saúde do bebé. Segundo Carpinteiro (2004), as consequências para ambos são de natureza diversa, podendo estas ser orgânicas, psicológicas e sociais.

A gravidez e a maternidade na adolescência representam na sociedade ocidental um problema, tendo muitas vezes consequências negativas na vida dos jovens, particularmente pela dependência económica da jovem, bem como a do companheiro, na maioria dos casos (Figueiredo, 2001). “O contexto de existência muitas vezes associado à maternidade na adolescência é desfavorável sob diversos pontos de vista, sendo particularmente nefasto o efeito das seguintes circunstâncias adversas: baixo nível sócio-económico, baixo nível educativo e monoparentalidade.” (Figueiredo, 2000: 486).

Almeida (2007) refere que em termos educacionais, muitos dos adolescentes acabam por abandonar a escola uma vez que têm de ir trabalhar para sustentar o novo elemento da família, diminuindo assim, a possibilidade de uma melhor formação académica. Estes jovens acabam por procurar um emprego, no qual a sua satisfação, por vezes, é baixa, com pouca possibilidade de sucesso e ascensão na carreira profissional. Amaral e Grilo referem no seu estudo, que, relativamente às “ (...) vivências negativas, destacou-se o abandono escolar, sendo que os motivos apresentados pelas adolescentes grávidas

vão desde não se sentirem bem na escola, à falta de projectos para o futuro (...).” (2007: 43). Figueiredo, através de outros autores, cita as mesmas características relativamente às consequências adversas de uma maternidade precoce: “ (...) níveis menos elevados de ensino; dificuldades económicas; desemprego; emprego mal remunerado, ou instabilidade no emprego; divórcio; monoparentalidade; segunda gravidez; e problemas psicológicos.” (2000: 486).

As adolescentes grávidas constituem um grupo vulnerável na sociedade, porque, por vezes, “Os pais reagem, em geral, com zanga, desapontamento, vergonha e sentimentos de culpa (...).” (Almeida, 2007: 234), recusando a sua presença no lar. Uma vez que é economicamente dependente, a adolescente poderá não ter recursos suficientes para sobreviver, tendo de se dirigir a instituições de solidariedade social que acolhem as grávidas adolescentes e ajudam-nas a desenhar os seus projetos de vida.

Para além das consequências sociais, existem também algumas consequências psicológicas. Amaral e Grilo referem que “Ao saber que está grávida a adolescente pode experimentar sentimentos de insegurança, desespero, desorientação, sendo-lhe exigida uma tomada de decisão relativamente ao futuro.” (2007: 42).

“Ser pai/mãe implica amar, preocupar-se com, e ser capaz de fornecer os cuidados que a criança necessita para se desenvolver.” (Johnson, 1999: 760). Contudo, os adolescentes ao descuidarem e negligenciarem as suas necessidades de desenvolvimento próprias desta faixa etária, torna-se mais difícil a transição para a idade adulta, o que faz com que desenvolvam “ (...) pouca capacidade para compreenderem abstrações e resolver problemas.” (idem).

1.2 – Interrupção da Gravidez por opção da mulher

Segundo Sereno *et al*, citando Organização Mundial da Saúde (OMS) (1970), “A interrupção da gravidez, aborto induzido ou aborto electivo pode ser definida como “a interrupção da gestação antes que o embrião ou feto seja viável, ou seja, capaz de levar uma vida extra-uterina independente” (...) Do ponto de vista psicológico, a IG pode ser entendida como uma experiência com importantes significações e implicações emocionais, intimamente relacionadas com as características de personalidade e as experiências prévias de cada mulher, as suas relações interpessoais, as suas crenças religiosas, as suas contingências de vida e o ambiente social, cultural e legal circundante (Stotland, 2000).” (2012: 66).

As opiniões referentes à interrupção da gravidez por opção da mulher nunca foram unânimes. Como Jacobsen refere, “O papel atribuído pela sociedade à mulher, o modo de se conceber feto e gravidez, bem como interesses políticos prevalentes têm delineado decisiva e diversamente a história do aborto desde a antiguidade.” (2009: 102).

De acordo com Galeotti (2004), citada por Jacobsen “(...) a linha divisória fundamental da história do aborto encontra-se no século XVIII quando, a partir dos descobrimentos médicos e sob ratificação dos Estados nacionais que se consolidaram após a Revolução Francesa, começou-se a privilegiar a vida do feto, futuro trabalhador e soldado.” (2009: 102). Antes desta data esta questão era fundamentalmente da mulher, uma vez que “O feto, (...), era considerado simples apêndice do corpo da mãe.” (Idem).

Durante o século XIX até às décadas de 1960 e 1970, o Estado assume outra tendência, a de “(...) privilegiar a vida do feto mediante uma repressão mais intensa do aborto. As mulheres passam a ser castigadas com severidade e a discussão em torno da hominização, (...), simplesmente desaparece, uma vez que a medicina confirmava a existência do feto como uma entidade autónoma.” (Jacobsen, 2009: 103).

Até à segunda metade do século XX a interrupção da gravidez era ilegal na maior parte do globo. “Na década de 50 inicia-se o processo de introdução de legislação destinada a permitir a interrupção voluntária da gravidez em condições seguras, procurando dar resposta à clara percepção de que o aborto inseguro e clandestino representava um risco para a saúde das mulheres, provocando em muitos casos a sua morte. Nas décadas de

60, 70 e 80 o processo vai estender-se à maioria dos Estados Europeus.” (Juventude Socialista, 2006: 7).

Para abordar o tema sobre a despenalização da IG por opção da mulher, existiram ao longo dos tempos conferências e convenções para dar respostas a esta situação. Assim, em 1979, “A Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, (...), prevê que todos os Estados garantam aos homens e mulheres os mesmos direitos para decidir livre e responsabilmente sobre o planeamento familiar; em 1974 no Cairo, A Conferência Internacional das Nações Unidas sobre a População e Desenvolvimento, (...), considerou que o aborto ilegal e sem segurança representa uma dos mais graves problemas de saúde pública da actualidade; em 1995, em Pequim, a plataforma de acção resultante da quarta Conferência das nações Unidas sobre as Mulheres, (...), afirma o direito das mulheres em controlarem e decidirem livre e responsabilmente sobre todos os assuntos que dizem respeito à sua saúde sexual e reprodutiva e, ainda, O Parlamento Europeu, no seu relatório sobre saúde sexual e reprodutiva de 2002, recomenda aos Estados membros da união Europeia que, no contexto de uma política integrada de planeamento familiar, de informação sobre contracepção e de criação de serviços especializados de saúde sexual e reprodutiva, a interrupção voluntária da gravidez seja legal, segura e universalmente acessível a fim de salvaguardar a saúde das mulheres.” (idem).

Torna-se importante compreender o que se passava nos outros países e as soluções encontradas pelos mesmos. A legislação relativamente à IG, por opção da mulher foi adotada nas décadas de 70 e 80 do século XX, na maioria dos Estados. Em 2006 a maioria dos Estados Europeus permitem a realização da interrupção da gravidez não desejada por opção e solicitação da mulher. “Alemanha, Dinamarca, França, Itália, Áustria e Grécia é permitida a interrupção da gravidez por solicitação da mulher até às 12 semanas.” (Juventude Socialista, 2006: 8), sendo que na Suécia a interrupção pode ser realizada até às 18 semanas e, na Holanda, Finlândia e Reino Unido até às 24 semanas (idem).

Em Portugal, “O primeiro posicionamento escrito sobre o direito ao aborto, reporta a 1974, (...). Defendia-se o direito ao aborto livre e gratuito por decisão da mulher, assim

como a necessidade de campanhas pela educação sexual. O manifesto de lançamento da MCALG – Movimento para a Contraceção e Aborto Livre e Gratuito, em 1975, exigia: “Abolição da lei fascista sobre o aborto; contraceção e aborto livre e gratuito; difusão de contraceptivos nas escolas, bairros, fábricas e zonas rurais; informação sexual livre de conceitos pseudo moralistas; não ao aborto unicamente terapêutico decidido por juntas médica”.” (Tavares, 2003: 1).

Em 1977, “ (...) o texto da Petição dirigida à Assembleia da República, (...) reclamando a alteração do artigo do Código Penal de 1886 criminalizador do aborto, alterava o discurso até aí produzido.” (idem). O aborto é assim visto como um problema de saúde pública, sendo que “ (...) 2 mil mulheres morriam em Portugal pela prática de aborto clandestino (...)” (ibidem) e anualmente eram realizados cem mil abortos de forma ilegal e insegura.

Em 1979, a Campanha Nacional pelo Aborto e Contraceção (CNAC) apresentava como ideias: primordiais: “ (...) as mulheres arriscam-se a morrer com o aborto clandestino; o aborto é a 3ª causa de morte materna; faltam creches; o primeiro direito de uma criança é nascer desejada. No entanto, não deixava de colocar que o direito ao aborto era um direito democrático elementar.” (Tavares, 2003: 1).

Em 1980 saiu outro comunicado da CNAC com o tema dos direitos das mulheres à saúde e no aborto clandestino, tendo sempre em conta que a maternidade deve ser consciente, vivida e, acima de tudo, desejada. Contra estes argumentos do não ao aborto clandestino e sim à despenalização da interrupção da gravidez, encontra-se a Igreja Católica, que refere segundo João Paulo II, na Exortação Apostólica, *Familiaris Consortio*, citado por Tavares, que “ (...) o aborto é a destruição de um “ser humano” e de que “a vida humana mesmo débil e com sofrimento, é sempre um esplêndido dom do Deus da Bondade”.” (2003: 4).

Segundo a Direção Nacional da Associação para o Planeamento Familiar (APF), “A despenalização da IG por opção da mulher começou por ser uma reivindicação dos movimentos de mulheres no pós 25 de Abril. Foi objecto de debates parlamentares em 1982, 1983/84, 1997, 1998 e 2004.” (2006: 5).

Desta forma, até 1984 a realização da interrupção da gravidez era ilegal e punível em Portugal, em qualquer circunstância. O que prevaleceu antes da alteração do Código Penal, com a aprovação da lei n.º 6/84 de 11 de Maio da despenalização em algumas situações de aborto foi o grave problema de saúde pública que existia com o aborto clandestino e o “*flagelo social*” (Tavares, 2003) apesar de se ter em conta, a liberdade de escolha e o direito à decisão individual. Esta lei veio admitir “ (...) a despenalização da interrupção voluntária da gravidez nos casos em que fosse indispensável para remover perigo de morte ou lesão grave e irreversível para a saúde física ou psíquica da mulher, em casos de grave doença ou malformação do feto e em caso de violação.” (Juventude Socialista, 2006: 9).

No entanto, esta nova lei era restritiva “ (...) quanto à admissibilidade da interrupção da gravidez com fundamento em lesão da saúde psíquica de mulher (...)” (idem). Esta restrição e a ausência de políticas assentes no planeamento familiar levaram a que se mantivesse o aborto clandestino entre 1984 e 1994. “De facto, apesar dos números oficiais indicarem a realização de 716 interrupções da gravidez legais naquele período, a APF estimava para 1993 a realização de cerca de 16 mil abortos clandestinos. Para além disso, no mesmo período, deram entrada nos hospitais 730 casos de complicações de saúde relacionadas com o aborto clandestino, valores que, ainda que subavaliados, ultrapassam o numero de interrupções da gravidez legais. Finalmente, e para o mesmo período, a Direcção Geral de Saúde (DGS) estima a morte de 46 mulheres vítimas de aborto clandestino.” (biidem).

Ao longo do tempo e, até 1997 foram feitas campanhas de despenalização da interrupção da gravidez por opção da mulher. Estas campanhas tinham em conta a existência do aborto clandestino em Portugal, que este mata e é um problema de saúde pública, sendo necessário terminar com o aborto ilegal e clandestino. Outros argumentos utilizados estavam relacionados com uma paternidade consciente, com a necessidade da existência de planeamento familiar para a sociedade, sendo que este não é suficiente para prevenir uma gravidez não desejada e pela saúde das mulheres. Ou seja, está em causa que “O recurso ao aborto deve ser reduzido e prevenido através do uso de contracepção segura e eficaz. (...) [e] o direito à saúde.” (APF, 2006: 7).

Em 1997, foram apresentados novos projetos na Assembleia da República sobre a despenalização da IG por opção da mulher, “ (...) visando a exclusão de punição da interrupção voluntária da gravidez quando realizada das primeiras 12 semanas a pedido da mulher.” (Juventude Socialista, 2006: 10). Estes projetos não foram aprovados, mas, no entanto, foi feita uma revisão do Código Penal. A 28 de Junho de 1998 foi efetuado um referendo para aprovar uma nova alteração, que admitia a IG até às 10 semanas a pedido da mulher e realizada em estabelecimento de saúde autorizado. No entanto, neste referendo existiu uma abstenção de quase 70%, não havendo na altura qualquer alteração à lei, mantendo-se assim o flagelo social, com a existência do aborto clandestino (idem). De acordo com a Direção Nacional da APF, “ (...) a vitória dos opositores à despenalização do aborto acabou por travar quaisquer mudanças legais e manter a situação.” (2006: 5).

Em 1999, conforme resultados do estudo realizado pela APF, constata-se que o número de abortos clandestinos se mantinha elevado, referindo que “ (...) “os dados apresentados reafirmam uma enorme discrepância entre uma pequena ilha de legalidade e segurança, e o oceano da ilegalidade e insegurança a que continuam a estar sujeitas as mulheres portuguesas que têm necessidade de interromper uma gravidez que, por diversos motivos, não desejam ou não podem prosseguir”.” (Vilar, 1998/99: 3).

Em 1997 a lei de 1984 sofreu uma alteração. Desta forma, a Lei n.º 90/97 de 30 de Julho, altera os prazos de exclusão de ilicitude nos casos de IG. Assim passa-se a ler no artigo 142, alínea c) “Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de doença grave ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, comprovadas ecograficamente ou por outro meio adequado de acordo com as *leges artis*, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo [e na alínea d)] A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas.” (Diário da República, 1. a série — N.º 174—30 de Julho de 1997: 3930).

A 19 de Outubro de 2006 a Assembleia da República aprovou a seguinte pergunta para o referendo de 8 de Março de 2007: “Concorda com a despenalização da interrupção

voluntária da gravidez, ser realizada por opção da mulher, nas primeiras dez semanas em estabelecimento de saúde legalmente autorizado?” (Juventude Socialista, 2006: 12).

Em 2007, foi aprovada uma nova lei, após o referendo. A Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril, relativamente à exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez, apresenta alterações no artigo 142:

“1 - Não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando: (...)

c) Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realiza nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo; (...)

e) For realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

2— A verificação das circunstâncias que tornam não punível a interrupção da gravidez é certificada em atestado médico, escrito e assinado antes da intervenção por médico diferente daquele por quem, ou sob cuja direcção, a interrupção é realizada, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

3— Na situação prevista na alínea e) do n.º 1, a certificação referida no número anterior circunscreve-se à comprovação de que a gravidez não excede as 10 semanas.

4— O consentimento é prestado:

a) Nos casos referidos nas alíneas a) a d) do n.º 1, em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo e, sempre que possível, com a antecedência mínima de três dias relativamente à data da intervenção;

b) No caso referido na alínea e) do n.º 1, em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo, o qual deve ser entregue no estabelecimento de saúde até ao momento da intervenção e sempre após um período de reflexão não inferior a três dias a contar da data da realização da primeira consulta destinada a facultar à mulher grávida o acesso à informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável.

5— No caso de a mulher grávida ser menor de 16 anos ou psiquicamente incapaz, respectiva e sucessivamente, conforme os casos, o consentimento é prestado pelo

representante legal, por ascendente ou descendente ou, na sua falta, por quaisquer parentes da linha colateral.

6— Se não for possível obter o consentimento nos termos dos números anteriores e a efectivação da interrupção da gravidez se revestir de urgência, o médico decide em consciência face à situação, socorrendo-se, sempre que possível, do parecer de outro ou outros médicos.

7— Para efeitos do disposto no presente artigo, o número de semanas de gravidez é comprovado ecograficamente ou por outro meio adequado de acordo com as *leges artis.*» (Diário da República, 1.ª série—N.º 75—17 de Abril de 2007: 2417).

Assim, com esta nova lei passam a existir procedimentos, métodos específicos e esclarecidos para as mulheres que optam pela interrupção da gravidez.

Nos serviços de saúde, os profissionais de saúde poderão fornecer informações e/ou dar apoio através de: “Linhas telefónicas de atendimento sobre contraceção e interrupção da gravidez (...); Consulta de apoio à interrupção da gravidez dos Hospitais; Médico de Família; Consulta de Planeamento Familiar dos Hospitais e Centros de Saúde.” (Direcção-Geral da Saúde, 2007: 6).

Os procedimentos que se têm que ter em conta antes de uma IG por opção da mulher são: a consulta prévia, o apoio psicológico e pelo assistente social e as escolhas a fazer relativamente ao local da intervenção e ao método.

A consulta prévia é obrigatória e realizada antes da IG por opção da mulher. Para a marcação desta consulta, a mulher deve dirigir-se a um serviço de saúde ou a um médico à escolha. Segundo a Direcção-Geral da Saúde, “Se esse médico for objector de consciência e não concordar com a interrupção da gravidez, deve informar a mulher e indicar-lhe, de imediato, outros técnicos/serviços a que pode recorrer.” (2007: 9). Outra questão a ter em conta é relativamente aos riscos de uma IG por opção da mulher, que “(...) são tanto menores quanto menor for o tempo de gestação, [sendo que] o período entre a marcação e a consulta não deve ser superior a 5 dias.” (idem).

Nesta consulta a mulher confirma a sua opção e intenção de recorrer à IG, é questionada relativamente à sua história clínica; é determinado o tempo de gestação, sendo este

mesmo confirmado por ecografia; a mulher é também informada sobre os diferentes métodos de interrupção da gravidez (cirúrgica e medicamentosa), são dadas informações sobre o processo; existe um esclarecimento sobre métodos contraceptivos (dispositivo intrauterino, pílula, adesivo transdérmico, implante subcutâneo, preservativo masculino e feminino, anel contraceptivo, diafragma, espermicidas, esterilização feminina – laqueação de trompas, esterilização masculina – vasectomia), para que a mulher possa escolher um e, a mulher ou responsável legal (para mulheres menores de 16 anos) assina o consentimento livre e esclarecido (Direção-Geral da Saúde, 2007). No final é marcada nova consulta onde será realizada a interrupção da gravidez, sendo obrigatório um período de reflexão de três dias entre a primeira consulta e a seguinte (idem).

Este período de reflexão serve também para a mulher pedir apoio psicológico ou de assistente social. O apoio psicológico neste caso está disponível para as mulheres poderem falar acerca da sua tomada de decisão de interromper a gravidez e o apoio da assistente social está disponível para as mulheres que pretendem seguir com a gravidez (Direção-Geral da Saúde, 2007).

As escolhas que uma mulher pode fazer são: se pretende que seja num hospital público ou privado ou se pretende que seja sem hospitalização, em ambulatório, sendo que neste caso a interrupção será medicamentosa.

“A interrupção cirúrgica da gravidez pode ser praticada até à 10^a semana de gravidez, e terá que ser feita obrigatoriamente num estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido. A interrupção medicamentosa da gravidez pode ser praticada até à 9^a semana de gravidez em regime de ambulatório, num estabelecimento oficial ou oficialmente reconhecido.” (Direção-Geral da Saúde, 2007: 13).

O método cirúrgico “ (...) consiste na remoção do conteúdo uterino por aspiração ou curetagem, [recorrendo a] anestesia local ou geral. (...) Uma hospitalização de algumas horas é suficiente numa situação de interrupção da gravidez, mesmo se praticada sob anestesia geral.” (Direção-Geral da Saúde, 2007: 14). As complicações deste método são raras e é um método eficaz, com uma “ (...) taxa de sucesso médio de 99,7%.” (idem).

O método medicamentoso “ (...) consiste na administração de 2 medicamentos diferentes com intervalo de 36/48 horas. Este método não necessita de hospitalização, mas a toma dos comprimidos deve ser feita rigorosamente de acordo com a indicação médica. (...) está contra-indicado quando coexistam algumas doenças ou situações clínicas como a gravidez ectópica. (...) os efeitos da interrupção medicamentosa da gravidez são comparáveis aos de um aborto espontâneo e incluem hemorragia e dores abdominais ligeiras ou moderadas. Por vezes podem ocorrer náuseas, vómitos e diarreia. (...) É obrigatória uma consulta médica de controlo após a toma dos medicamentos, para verificar se a interrupção foi bem sucedida. (...) Será marcada uma consulta de planeamento familiar.” (Direção-Geral da Saúde, 2007: 16-17). As complicações deste método são raras e, “Em cerca de 2 a 5% dos casos, a expulsão do conteúdo uterino não será completa e a mulher necessitará de realizar uma aspiração/curetagem para concluir o processo.” (idem).

Os estabelecimentos oficiais ou oficialmente reconhecidos a nível nacional podem ser observados no Anexo I.

Após a apresentação da história da interrupção da gravidez por opção da mulher a nível nacional, torna-se importante conhecer os dados estatísticos, desde 2007 até 2011.

Assim sendo, relativamente ao ano 2007 (15 de Julho a 31 de Dezembro), segundo o estudo estatístico-epidemiológico das interrupções da gravidez por opção da mulher, realizadas em Portugal a pedido da Direcção-Geral da Saúde, verifica-se que das 6287 mulheres que realizaram uma interrupção da gravidez, 6107 foram opção da mulher, o que corresponde a 97,2% dos motivos para as interrupções. É de valorizar que 58,1% foram em Lisboa e Vale do Tejo e 19,2% foram efetuadas no Norte do país, como é possível observar na tabela 20 (anexo II).

Ainda relativamente ao ano 2007, torna-se relevante ter conhecimento dos dados relativamente à faixa etária. É possível constatar através da tabela 21 (anexo II), que 0,4% das IG, por opção da mulher, foram realizadas por mulheres com menos de 15 anos, 10,2% por mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos. A maioria destas interrupções foi realizada por mulheres entre os 20 e os 34 anos de idade, com 65,8% do total.

No gráfico 4, que se encontra no anexo II, pode ser observado que as maiorias das IG, por opção da mulher, são realizadas por mulheres solteiras (57%), seguido das mulheres casadas (32%).

Outro dado importante para compreender a evolução estatística da IG por opção da mulher, são as interrupções de repetição. Assim sendo, em 2007, a maioria das mulheres realizou a primeira IG, por sua opção, com 79,2%, sendo que 15,8% já tinham realizado uma IG. “Nas mulheres que já tinham realizado uma IVG anterior, destaca-se o facto de 8,1% das mulheres afirmarem terem realizado uma no presente ano.” (DGS, 2007: 18), como pode ser observado nas tabelas 22 e 23, no anexo II.

Em 2007, o procedimento mais utilizado para realizar a interrupção da gravidez foi o medicamentoso, com 64,7% do total, como é possível analisar na tabela 24 (anexo II).

No ano 2008, das 18.607 interrupções da gravidez, 18.014, correspondem a interrupções por opção da mulher, e, em 2009 das 19.848 IG, 19.222 foram por opção da mulher, o que corresponde a 96,81% e 96,85% do total em cada ano respectivamente.

Tanto no ano 2008, como em 2009 as regiões de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) e Norte foi onde se realizou o maior número de IG por opção, com 9.793 e 3.627 (2008), respectivamente e 10.519 e 3.904 no ano de 2009, respectivamente por região, como pode ser observado nas tabelas 25 e 26, que são apresentadas no anexo II.

Em 2008 e em 2009, existiu um aumento das interrupções da gravidez por opção, na adolescência, dos 15 aos 19 anos de idade, com 97 IG em menores de 15 anos, em 2008 e 128 IG na mesma faixa etária em 2009. Na faixa etária dos 15 e os 19 anos, 2.085 (2008) e 2.258 (2009) adolescentes optaram pela IG. Tal como aconteceu no ano 2007, o maior número de IG e, conseqüentemente a maior percentagem decorreu nas faixas etárias entre os 20 e os 34 anos.

Relativamente aos dados sobre as IG por opção da mulher, por número de IG anteriores, é possível constatar que de ano para ano existe um aumento. No entanto, a maioria das mulheres tanto em 2008, como em 2009, recorreu pela primeira vez à IG, como 80,3% e

79,17%, respetivamente. Em 2008, 15,22% das mulheres já tinham realizado uma IG por opção e em 2009, 16,38%.

Tanto em 2008, como em 2009 o procedimento mais utilizado continuou a ser o medicamentoso, com uma percentagem de uso de 67,89% e 67,09%, respetivamente, como aconteceu em 2007. Enquanto o uso do procedimento medicamentoso foi aumentando, o uso do procedimento cirúrgico com anestesia geral e local aumentou de 2008 para 2009. Em 2008 foram realizadas 5.756 IG com procedimento cirúrgico, correspondendo a 31,96% e, em 2009 foram realizadas 6.245 com o mesmo procedimento, correspondendo a 32,49%.

Em 2010, houve um total de 19.436 interrupções da gravidez. Destas, 18.911 foram por opção da mulher, o que significa que existiu uma diminuição de IG, por opção da mulher, neste ano, relativamente ao ano de 2009. No entanto, a IG por opção continua a ter maior percentagem, com 97,3%, comparando com os outros motivos para a realização da IG, sendo a grave doença ou malformação congénita do nascituro, o segundo motivo com maior percentagem, com 2,26%.

No ano de 2010, também Lisboa e Vale do Tejo e Norte continuam com o maior número de IG, por opção da mulher. Destaca-se Lisboa e vale do Tejo com 10.468, correspondendo a 55,35% e no Norte com 4.050, equivalente a 21,42%.

Relativamente à IG, por opção da mulher, por faixa etária, a distribuição tem sido constante ao longo dos anos, como é possível observar no quadro 3 (anexo II), referente a 2010. Na adolescência existiram 2.284 interrupções por opção, que perfaz um total de 12,07%. Dos 20 aos 34 anos continua a observar-se a maior percentagem das IG por opção da mulher.

No ano 2010, 75,41% das mulheres nunca tinha realizado anteriormente uma IG, como é possível observar no quadro 4 (anexo II). Em 2010, 3.673 mulheres já tinham realizado um IG em anos anteriores, correspondendo a 19,42% e 727 tinham realizado 2, equivalendo a 3,84%.

No que toca aos procedimentos para a realização da IG, o método medicamentoso continua em 2010 a ser o mais utilizado, com 66,28%, contra 33,14% do método cirúrgico com anestesia geral ou local.

Nas unidades do SNS a maioria das interrupções (95,8%) são realizadas utilizando o método medicamentoso e nas unidades privadas a quase totalidade das interrupções são realizadas pelo método cirúrgico (97,8%), como é possível constatar no gráfico 5 (anexo II).

1.3 – Prevenção da Gravidez

“Saúde Reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos.” (DGS, 2008: 5).

É nos adolescentes que a prevenção da gravidez tem um maior impacto, uma vez que são o futuro da sociedade e que ainda estão a construir o seu pensamento, a sua personalidade, ideias e ideais, como já foi abordado no capítulo “A Adolescência”. Segundo o Decreto de Lei 259/2000 de 17 de Outubro, são “ (...) considerados como alvos prioritários das atividades de planeamento familiar, os adolescentes e, nesse sentido, devem ser implementadas medidas para atrair e fixar este grupo etário, designadamente, através de horários flexíveis, atendimento desburocratizado e sem restrição de áreas de influência” (DGS:2008: 7).

A dificuldade/problema com que nos deparamos nos dias de hoje remete para a vivência de uma sexualidade saudável pelos adolescentes. Diariamente, somos “bombardeados” pela comunicação social e publicidade com conteúdo erótico explícito, ao mesmo tempo anunciado de uma maneira superficial, desprovido de conteúdo emocional e/ou afetivo. Surge então uma questão polémica sobre a educação sexual, informação e planeamento familiar, onde autores defendem que ensinar sobre contraceção evitará a maioria das gravidezes na adolescência e/ou interrupções da gravidez por opção da mulher, nesta faixa etária. Outros, por outros motivos, como os pedagógicos, centrados nos valores e

na afetividade, defendem que a aprendizagem sobre contraceção estimula e encoraja os jovens para a relação (Greenberg *et al*, 1992 in Lourenço, 1998). Presumivelmente, a maioria dos adolescentes tenderá a viver a sexualidade desta maneira, em busca de uma satisfação de prazer imediata, podendo adotar comportamentos de risco, como tendo vários parceiros sexuais e/ou relações sexuais desprotegidas (Almeida, 2007). Gonçalo menciona que “A raiz do problema está para além da existência de lacunas informativas. A lacuna não é só saber, ou ouvir, falar, mas saber praticar ou usar contraceptivos, mas é também a implementação da educação dos afetos – ou seja informar formando” (2002: 15). O verdadeiro desafio é “reeducar” os jovens emocionalmente, pois só assim, poderão viver a sexualidade de uma forma plena e saudável.

De acordo com a APF, “Sendo socialmente modelada, a sexualidade humana e as suas regras morais foram sendo construídas e modeladas nas transformações sociais mais globais, nas mudanças que se foram produzindo nas mentalidades e nas instituições com ela mais relacionadas, nomeadamente a conjugalidade e o campo das relações familiares.” (2009).

Neste desafio de reeducar os adolescentes, existem na sociedade, diversas redes de suporte, estando incluídos os pais, a escola, os pares, associações e os profissionais de saúde, entre outros (APF, 2009; DGS, 2008).

Assim, de forma a realizar uma correta abordagem à prevenção da gravidez é preciso ter em conta a prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária, inclui intervenções que “ (...) incluem, embora não se limitem a, a educação sobre a sexualidade a crianças pequenas” (Johnson, 1999: 759). A prevenção secundária consiste em tornar acessíveis os métodos contraceptivos para os/as jovens sexualmente ativos (as). Relativamente à prevenção terciária, esta “ (...) deve fornecer cuidados pré-natais de fácil acesso, planeamento familiar e cuidados de acompanhamento para crianças e filhos de adolescentes” (Johnson, 1999: 759).

A escola tem um papel importante na formação das crianças e jovens, no seu crescimento pessoal e na articulação com as suas famílias, pelo que faz todo o sentido

abordar nesse espaço o tema da sexualidade. A “ (...) sexualidade faz parte da vida, do corpo, das relações entre as pessoas, do crescimento pessoal e da vida em sociedade” (APF, 2009).

Com a implementação da educação sexual nas escolas, pretende-se, entre outros aspetos, ajudar os jovens a vê-la como positiva, atuando de forma responsável e saudável. Assim, pode-se afirmar que a educação sexual nas escolas, “ (...) ajuda a prevenir os riscos associados à vivência da sexualidade, nomeadamente as gravidezes não desejadas e as infeções sexualmente transmissíveis” (APF, 2009: s.p.).

Em 1984, a Lei n.º 3/84 de 24 de Março – Direito à Educação Sexual e ao Planeamento Familiar, veio reforçar a ideia que a educação sexual nas escolas é uma necessidade e um direito das crianças, jovens e famílias. Ficou assim definido o papel do Estado como responsável pela implementação de conhecimentos científicos sobre o corpo humano e a própria sexualidade (APF, 2009; Diário da República – I Série-A).

Esta Lei continuou a ser trabalhada e em 2000, surgiu nova regulamentação apelando à melhoria nos acessos aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva nos adolescentes. Assim, o Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de Outubro, regulamenta a lei n.º 120/99, de 11 de Agosto, preconiza que a organização curricular dos ensinos básico e secundário deve considerar a abordagem da promoção da saúde sexual e da sexualidade humana, tanto numa perspetiva interdisciplinar como em contextos próprios que incluíssem programas sobre a temática (APF, 2009). Neste sentido e, de acordo, com o nível de desenvolvimento da criança e/ou adolescente existem determinadas metas a atingir na área de educação sexual, que podem ser observados na Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril.

Vivemos numa sociedade diversificada, na qual, sobre esta temática, existem diversas opiniões e valores, baseadas nas componentes de intimidade e relações interpessoais. Assim, em 2006, o Despacho 15987/2006, refere que a educação sexual passa a ser parte integrante do projeto de educação para a saúde. Assim, são promovidos estilos de vida saudáveis na experiência da sexualidade (APF, 2009).

A educação sexual engloba um grande conjunto de áreas de aprendizagens como, por exemplo, a afetividade e valores, personalidade e as competências que cada indivíduo tem para lidar com a sua intimidade. De entre os vários contextos em que o adolescente se insere, os mais importantes para a temática, interrupção voluntária da gravidez e gravidez na adolescência, são a escola, o grupo de pares, a família e o seu devido seguimento por profissionais de saúde nas diversas instituições. Também os *mass media* podem atingir uma grande influência no comportamento dos jovens pois, como foi referido no capítulo “A Adolescência”, a publicidade tem um forte impacto nesta geração.

Assim torna-se importante que se defina o que é ser sexualmente responsável. Segundo o portal da saúde, “ (...) significa respeitar e usufruir de direitos fundamentais já consagrados em declarações internacionais e na legislação de muitos países, incluindo a portuguesa [,] (...) implica que as pessoas não sofram qualquer tipo de pressão, discriminação ou violência” (APF, 2009).

Para a APF (2009), baseando-se na List Behaviors of Sexually Healthy Adults, da autoria da Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS), as atitudes sexualmente responsáveis e saudáveis são: apreciar o seu próprio corpo, procurar informação que possa melhorar a vivência sexual e a saúde reprodutiva, assumir que o desenvolvimento individual envolve a dimensão sexual e que esta pode implicar, ou não, ter relações sexuais, interagir com ambos os géneros, respeitando as diferenças, assumir a sua orientação sexual e aceitar a das outras pessoas, exprimir o afeto e a sexualidade de formas adequadas, desenvolver relações com base no respeito mútuo, tomar decisões informadas, comunicar e dialogar com a família, com parceiros e colegas, utilizar métodos que impeçam a gravidez indesejada, evitar comportamentos que facilitem a transmissão de infeções sexualmente transmissíveis, prevenir o abuso sexual, aceitar quem tenha estilos de vida diferentes, distinguir comportamentos portadores de bem-estar daqueles que podem ser nocivos, procurar apoio para o acompanhamento e cuidados pré-natais, realizar exames periódicos para avaliar a sua saúde sexual, promover o acesso à informação sobre saúde sexual e reprodutiva, exercer o dever democrático, apoiando ações que influenciem decisões políticas relativas à

promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva, evitar comportamentos não tolerantes e fundamentalistas e não aplicar estereótipos sobre a vivência sexual de indivíduos, grupos ou populações (APF, 2009).

No que remete para o Planeamento Familiar, Rowe e Lowdermil afirmam que “ (...) o planeamento familiar é a decisão consciente de quando engravidar, ou de evitar uma gravidez, ao longo da idade fértil” (2008: 144). Segundo as orientações da Direção-Geral da Saúde, o planeamento familiar tem como objetivos:

- “Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura
- Regular a fecundidade segundo o desejo do casal
- Preparar para a maternidade e a paternidade responsáveis
- Reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil
- Reduzir a incidência das ITS e as suas consequências, designadamente, a infertilidade
- Melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família” (DGS, 2008: 6).

As consultas de Planeamento Familiar estão em vigor nos Centros de Saúde desde a década de 90. De acordo com o estabelecido pelo Sistema Nacional de Saúde, o acesso a estas consultas é livre e gratuito. Nestas são divulgados e debatidos os temas da sexualidade e planeamento familiar, bem como, fornecidos gratuitamente métodos contraceptivos. Para além destas consultas, foram criados espaços privilegiados para adolescentes, onde estes têm um atendimento mais dirigido, personalizado e confidencial, de forma a criar um espaço aberto, onde o adolescente pode colocar as suas dúvidas sobre o início ou decorrer da sua vida sexual (Lourenço, 1998).

De acordo com as “Orientações Gerais Planeamento familiar”, da DGS (2008), “ (...) o estipulado no capítulo II do Decreto de Lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro, [as atividades do planeamento familiar] deve(m) ser:

1. Constituída uma equipa multiprofissional [médicos, enfermeiros e administrativo] que polarize as motivações e as iniciativas no campo da saúde reprodutiva e que assegure, nos centros de saúde/unidades de saúde familiares:

- **atendimento imediato** nas situações em que haja um motivo expresso que o justifique;
- **encaminhamento adequado** para uma consulta a efectivar no prazo máximo de quinze dias, ponderado o grau de urgência;
- **consulta de planeamento familiar** aos utentes que não disponham, à data de resposta no âmbito da medicina geral e familiar, como recurso complementar e concertado desta actividade.

2. Estabelecidos protocolos de articulação entre os centros de saúde e os serviços de ginecologia/obstetrícia, no âmbito das Unidades Coordenadoras Funcionais, de modo a assegurar a referência atempada das situações de risco (designadamente, diabetes, cardiopatias, doenças oncológicas) ou com indicação para contracepção cirúrgica, para uma consulta de planeamento familiar hospitalar.

3. Considerados como alvos prioritários das actividades de planeamento familiar, **os adolescentes** e, nesse sentido, devem ser implementadas medidas para atrair e fixar este grupo etário, designadamente, através de horários flexíveis, atendimento desburocratizado e **sem restrição de áreas de influência**.

4. Criadas condições que facilitem o acesso dos homens, em particular dos mais jovens, a estas consultas.” (DGS, 2008: 7).

As mulheres com idade inferior a 20 anos, que utilizaram método de contracepção de emergência e após realização de uma interrupção da gravidez, por opção da mulher, devem ser especialmente encaminhadas para as consultas de planeamento familiar.

1.4 – Análise de custos

A procura de saúde e de cuidados de saúde são uma escolha individual. Segundo o modelo de Grossman existem fatores importantes na procura da saúde como: “ (...) *tratar a saúde como um stock (...) considerar a saúde como um processo de produção conjunto, requerendo contribuição quer do indivíduo (...) quer de consumo de bens e serviços apropriados, denominados cuidados médicos.*” (Barros, 2005: 59). Este modelo pressupõe várias decisões para a pessoa: “(...) afectar o tempo entre trabalho e lazer; dividir o tempo restante de lazer na produção de saúde e do bem de consumo puro; dividir o rendimento gerado entre bens intermédios para a produção de saúde e do bem do consumo puro; investir em saúde para o período seguinte.” (idem: 60). Na continuação deste modelo quem produz saúde são as pessoas de forma individual e a procura de saúde origina a procura de cuidados médicos (Barros, 2005).

“ (...) a perspectiva económica aborda as entidades da saúde de um ponto de vista **abstracto** visando enquadrá-las em categorias como a optimização ou em **relações universais** do tipo estrutura de custos ou sistema de preços. (...) O acesso universal ou quasi-universal das populações aos cuidados de saúde assim como a evolução do peso das despesas de saúde nas sociedades ocidentais resultou numa pressão acrescida, a partir dos anos 70, para a redução dos custos nos sistemas de saúde.” (Ribau, 2001: 2).

A definição de políticas concretas na área da saúde necessita de uma organização da informação diferenciada sobre os custos e os benefícios na saúde, temas estes que são considerados incertos neste sector, de forma a definir opções precisas. “Uma das maiores fraquezas das práticas actuais deriva do facto de muitas decisões clínicas estarem baseadas em variáveis sobre as quais existem poucos dados objectivos. Isto compromete a validade da qualquer tentativa de calcular com precisão as transformações económicas dos serviços de saúde.” (Ribau, 2001: 2).

A avaliação económica compara os recursos consumidos num dado programa (custos) com os ganhos em saúde que ele suscita (benefícios). Existem assim três tipos de custos: diretos, indiretos e intangíveis. “Os **custos directos** são os recursos gastos e pagos na execução do diagnóstico, prevenção e tratamento. Podem ser identificados através da actividade dos hospitais e das clínicas, dos serviços médicos e de outros

profissionais, medicamentos e exames auxiliares. Os **custos indirectos** são recursos perdidos devido à doença ou à intervenção para prevenir ou tratar a doença. Estes incluem os custos de morbilidade e de mortalidade. (...) Os **custos intangíveis** estão associados a efeitos cuja valorização é difícil (ex. dor ou infertilidade).” (Ribau, 2001: 3).

Desta forma, existem quatro tipos fundamentais de avaliação económica: análise de custos; análise custo-benefício; análise custo-efectividade e análise custo-utilidade (Barros, 2005).

Na análise de custos são comparadas, em termos de custos, alternativas que tenham as mesmas consequências, sendo que a alternativa mais eficiente é a que incorrer em menos custos (idem).

2. Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo retrospectivo de interrupções da gravidez por opção da mulher e de gravidez na adolescência, a nível Nacional, no período de 2007 a 2010. Os dados obtidos são dados secundários, uma vez que são alusivos aos relatórios da DGS, das mulheres que recorreram à interrupção da gravidez e aos dados do INE e da APF.

A população em estudo são todos os casos de mulheres que recorreram à interrupção da gravidez por opção própria, nomeadamente as adolescentes e as grávidas adolescentes, entre os anos 2007 e 2011.

O total de casos estudados foi de 62.254 mulheres que realizaram interrupção da gravidez por opção, com idades compreendidas entre menos de 15 anos até 55 anos, bem como, 17.821 grávidas adolescentes, com idades compreendidas neste caso entre os 11 e os 19 anos (INE:2011). Este último dado corresponde aos nados-vivos de mães adolescentes por idade da mãe, desde 2007 até 2010. Em 2010, a taxa de fecundidade na adolescência foi de 14,7%, em Portugal (a)INE: 2011).

A recolha de dados foi realizada com base na procura bibliográfica e análise dos dados da DGS, APF, INE e FPV. A análise dos dados teve em conta as seguintes variáveis:

- Idade (<15 anos até aos 19 anos de idade), tanto para a gravidez na adolescência, como para a interrupção da gravidez por opção da mulher;
- Procedimentos aplicados para a realização da interrupção da gravidez nas áreas: Medicamentosa em ambulatório; Cirúrgica em ambulatório; Medicamentosa e Cirúrgica com internamento;
- Custo dos procedimentos realizados pelas mulheres para a interrupção da gravidez por opção da mulher, para cada ano e no total de 3 anos e meio;
- Custo das repetições das interrupções da gravidez por opção da mulher de acordo com cada procedimento, por cada ano e no total de 3 anos.

- Custo médio pela vigilância da gravidez na adolescência, por cada ano e no total de 4 anos.

Os dados analisados dos relatórios anteriormente descritos foram tratados com recurso ao Microsoft Office Excel 2007, onde foi possível calcular os custos máximos e mínimos das IG por opção da mulher a nível nacional, nas adolescentes, bem como das repetições das IG. Através deste programa foi também possível calcular os somatórios dos custos de cada procedimento, por cada ano e nos 3 anos e meio.

Para a realização dos custos consultou-se a Portaria n.º 781-A/2007 para a identificação dos preços estabelecidos em Diário da República, para cada procedimento da IG até às 10 semanas de gravidez.

Foi possível também calcular o custo médio da vigilância de cada vigilância da gravidez na adolescência, bem como o somatório de cada ano e nos 4 anos (2007-2010).

3. Resultados

De acordo com a portaria n.º 781-A/2007, é possível ter acesso ao valor monetário da IG até às 10 semanas. Este valor inclui a realização ou administração de todos os atos, procedimentos e medicamentos definidos pela DGS. Assim, uma IG por opção da mulher, medicamentosa realizada em ambulatório terá um custo de 341 euros e se for cirúrgica 444 euros. “Nas situações que deem lugar a internamento, serão aplicados os preços estipulados para os Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH), de acordo com o estabelecido na tabela de preços do Serviço Nacional de Saúde e que são de € 829,91 e € 1074,45 (GDH 380 e GDH 381), consoante seja medicamentosa (M) ou cirúrgica (C).” (Diário da República, 1.ª série — N.º 135 — 16 de Julho de 2007: 4492-(2)).

A análise que se segue considera apenas os custos diretos associados aos procedimentos realizados para as interrupções da gravidez por opção da mulher, não considerando os custos indiretos, como o tempo de trabalho perdido ou tempo de escola perdido para a realização e acompanhamento do mesmo, bem como do tempo despendido após a realização da interrupção.

3.1 Custo máximo e mínimo por procedimento e total a nível Nacional

Neste subcapítulo pretende-se apresentar o custo mínimo e máximo para cada procedimento utilizado para a IG até às 10 semanas de gravidez, tendo em conta os preços tabelados na Portaria descrita anteriormente. O valor mínimo é calculado através dos procedimentos em ambulatório, enquanto o valor máximo é determinado através dos procedimentos com internamento. Apresenta-se ainda o custo total mínimo e máximo a nível nacional de acordo com as faixas etárias <15 anos e igual ou maior que 50 anos, como é descrito no relatório da DGS.

Através da análise da tabela 1, de 15 de Julho de 2007 a 31 de Dezembro do mesmo ano, a realização de interrupções por opção da mulher teve um custo de 2.310.446,65 €. Para se poder fazer uma comparação nos quatro anos torna-se necessário extrapolar o número de IG por opção da mulher em 2007. Desta forma ir-se-á fazer uma extrapolação de 50%, utilizando-se o valor 12.214, como o número total de IG por opção da mulher realizadas em 2007, tendo como custo total 4.620.893,3 €. O cálculo realizado para encontrar estes valores foi: **€ IG medicamentosa + € IG cirúrgica + €**

Outro procedimento. O preço utilizado para “Outro procedimento” foi o relativo às situações que deem lugar a internamento, através do procedimento medicamentoso, com um valor unitário de 829,91 €. Este valor foi o escolhido, uma vez que não existe nos relatórios estatísticos da DGS a informação de que procedimento foi utilizado. Por outro lado, é o valor mais baixo apresentado pela Portaria n.º 781-A/2007 em internamento.

Nestes quatro anos e meio após o referendo e a mudança da lei, o total gasto pelas entidades estatais foi de 30.919.625,05 €, tendo em conta que para calcular este valor foram usados os preços mais baixos dos procedimentos medicamento e cirúrgico, ou seja, em ambulatório, sendo que em meio ano de 2007 foi gasto 2.310.446,65 €, no ano 2008 o custo foi de 6.749.820,39 €, no ano seguinte foram despendidos 7.237.538,71 €. Em 2010, após terem sido realizadas 18.911 IG por opção da mulher, foram desembolsados 7.147.443,19 € e no último ano, houve um gasto de 7.474.376,11 €, pela realização de 19.802 IG por opção da mulher.

Tabela 1 - Custo mínimo gasto pelo Estado nas IG por opção da mulher, por cada ano e nos quatro anos e meio

Ano	2007	2008	2009	2010	2011	Total
N.ºIG	6.107	18.014	19.222	18.911	19.802	82.056
Custo	2.310.446,65 €	6.749.820,39 €	7.237.538,71 €	7.147.443,19 €	7.474.376,11 €	30.919.625,05 €

Nas tabelas 2 e 3 pode ser analisado o custo dos procedimentos individualmente, em ambulatório em cada ano e nos quatro anos e meio, tendo existido um gasto total direto de 18.578.362,00 €, no procedimento medicamentoso em ambulatório e de 12.129.636,00 € no procedimento cirúrgico em ambulatório.

Tabela 2 - Custo da IG através do procedimento medicamentoso em ambulatório, por cada ano e nos quatro anos e meio

Ano	2007	2008	2009	2010	2011	Total
N.ºIG	3.950	12.229	12.896	12.535	12.872	54.482
Custo	1.346.950,00 €	4.170.089,00 €	4.397.536,00 €	4.274.435,00 €	4.389.352,00 €	18.578.362,00 €

Tabela 3 - Custo da IG através do procedimento cirúrgica em ambulatório, por cada ano e nos quatro anos e meio

Ano	2007	2008	2009	2010	2011	Total
N.ºIG	2.142	5.756	6.245	6.267	6.909	27.319
Custo	951.048,00 €	2.555.664,00 €	2.772.780,00 €	2.782.548,00 €	3.067.596,00 €	12.129.636,00 €

De forma a ter uma melhor perceção dos custos da IG por opção da mulher, foram também calculados os custos de acordo com os preços mais elevados na portaria supramencionada, sendo 829,91 euros para medicamentoso com internamento e 1.1074,45 euros para cirúrgico com internamento. Manteve-se na mesma, o cálculo para “outro procedimento”, o valor anterior de 829,91 euros, para não existirem grandes discrepâncias nos resultados finais. Assim, se todas as IG por opção da mulher forem efetuadas com recurso ao procedimento cirúrgico, significa que as entidades estatais teriam gasto 69.206.158,82 € desde meio de 2007 até 2011, como é possível observar na tabela 4.

Tabela 4 - Custo máximo gasto pelo Estado nas IG por opção da mulher, por cada ano e nos quatro anos e meio

Ano	2007	2008	2009	2010	2011	Total
N.ºIG	6.107	18.014	19.222	18.911	19.802	82.056
Custo	18.540,65 €	16.357.570,98 €	17.479.682,32 €	17.226.960,19 €	18.123.404,68 €	69.206.158,82 €

Tabela 5 - Custo da IG através do procedimento medicamentoso com internamento, por cada ano e nos quatro anos e meio

Ano	2007	2008	2009	2010	2011	Total
N.ºIG	3.950	12.229	12.896	12.535	12.872	54.482
Custo	3.278.144,50 €	10.148.969,39 €	10.702.519,36 €	10.402.921,85 €	10.682.601,52 €	45.215.156,62 €

Tabela 6 - Custo da IG através do procedimento cirúrgico com internamento, por cada ano e nos quatro anos e meio

Ano	2007	2008	2009	2010	2011	Total
N.ºIG	2.142	5.756	6.245	6.267	6.909	27.319
Custo	2.301.471,90 €	6.184.534,20 €	6.709.940,25 €	6.733.578,15 €	7.423.375,05 €	29.352.899,55 €

Através da tabela 7 pode-se observar os números de IG por opção da mulher por cada instituição desde 2008 até 2011. Desta forma, em 2008 foram realizadas 12.677 no público e 5.337 no privado, em 2009 foram efetuadas 13.249 nas instituições públicas e 5.973 no privado. Em 2010 foram feitas 12.946 IG por opção da mulher no público e 5.965 nas instituições privadas. No ano seguinte, foram executadas 13.732 e 6.567 no público e privado, respectivamente.

Tabela 7 - Número de IG por opção da mulher, por instituição pública e privada por cada ano

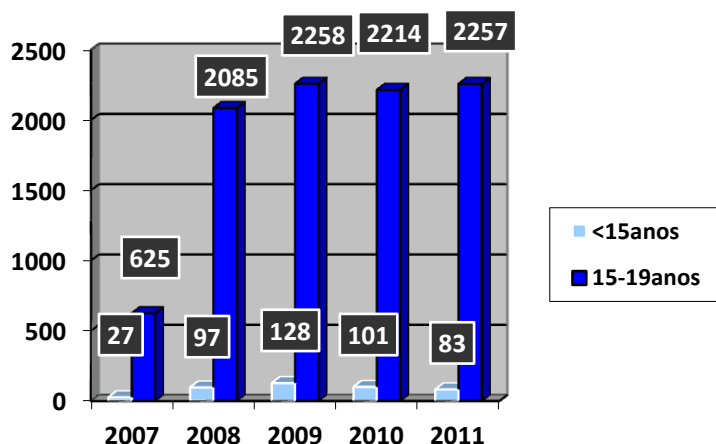
Anos/Instituição	2008	2009	2010	2011
Público	12.677	13.249	12.946	13.723
Privado	5.337	5.973	5.965	6.567

3.2 Custos da IG por opção da mulher em adolescentes

No âmbito deste trabalho, tal como foi proposto, é importante analisar o número de IG por opção, praticada na adolescência, sendo que para isso, foram feitas duas divisões da faixa etária, adolescentes com menos de 15 anos e adolescentes entre os 15 e os 19 anos. Como é possível analisar no quadro seguinte, de 2007 até 2009 inclusive houve um aumento do recurso a este procedimento.

No gráfico 1 é possível observar o número de adolescentes que recorreram à IG, com menos de 15 anos e entre os 15 e os 19 anos de idade. Assim em 2008, existiram 2.085 e 97 adolescentes que recorreram à IG por opção, entre os 15 e os 19 anos e com idade inferior a 15 anos. No ano 2011, 2.257 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos dirigiram-se às instituições para a realização da IG por opção e 83 adolescentes com menos de 15 anos.

Gráfico 1 - Número total de adolescentes que recorreram à IG por opção com idade inferior a 15 na os e entre os 15 e os 19 anos de idade, por cada ano



Como nenhum relatório da DGS menciona o tipo de procedimento utilizado para cada IG por opção da mulher na adolescência, assume-se nesta análise uma regra de três simples, sendo que se em 2007 foram efetuadas 6.107 interrupções da gravidez por opção da mulher, das quais 3.950 foram medicamentosas e 2.142 cirúrgicas, então na adolescência, foram efetuadas, aproximadamente, 422 e 229 IG por opção, através de procedimento medicamentoso e cirúrgico, respectivamente. Estes dados e os dados relativos aos anos seguintes da análise em estudo podem ser observados no gráfico seguinte.

Gráfico 2 - Número de IG por procedimento medicamentoso e cirúrgico, na adolescência, por cada ano

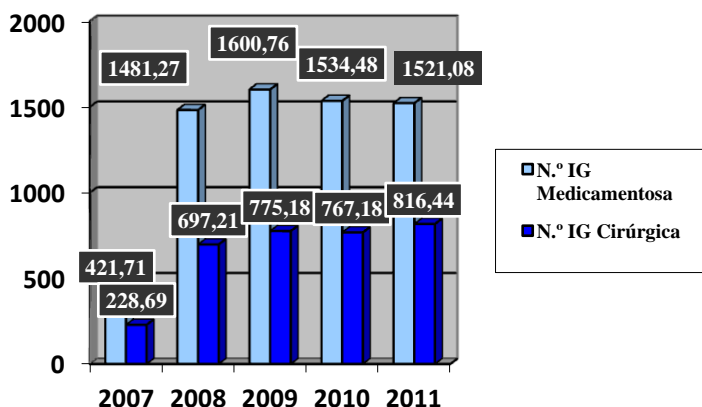


Tabela 8 - Custo por procedimento em ambulatório, de IG por opção da mulher, e custo total, por cada ano e nos quatro anos e meio, na adolescência

Ano	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Procedimento Medicamentoso	143.804,06 €	505.114,59 €	545.860,00 €	523.257,21 €	518.689,21 €	2.236.725,06 €
Procedimento Cirúrgico	101.536,48 €	309.562,50 €	344.181,31 €	340.627,08 €	362.497,46 €	1.458.404,82 €
Total/ano	245.340,54 €	814.677,09 €	890.041,31 €	863.884,28 €	881.186,66 €	3.695.129,88 €

O custo da IG por opção da mulher, na adolescência acarretou para o Estado, em quatro anos e meio, 3.695.129,88 €, tendo sido gasto 2.236.725,06 € com IG em procedimento medicamentoso ambulatório e 1.458.404,82 €, com procedimento cirúrgico em ambulatório.

Relativamente ao custo máximo para a realização da IG por opção, pode ser analisado na tabela 9, que foi gasto um total de 8.981.482,29 € nos quatro anos e meio.

Tabela 9 - Custo por procedimento com internamento, de IG por opção da mulher, e custo total, por cada ano e nos quatro anos e meio, na adolescência

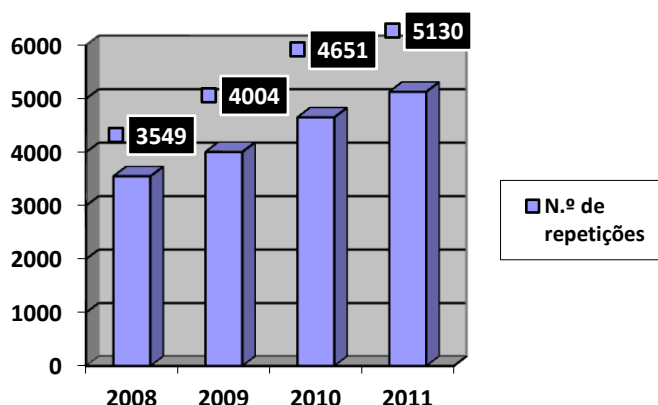
Ano	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Procedimento Medicamentoso	349.983,66 €	1.229.324,48 €	1.328.488,77 €	1.273.479,14 €	1.262.359,50 €	5.443.635,56 €
Procedimento Cirúrgico	245.711,43 €	749.120,33 €	832.895,51 €	832.895,51 €	877.223,96 €	3.537.846,73 €
Total/ano	595.695,09 €	1.978.444,81 €	2.161.384,28 €	2.106.374,65 €	2.139.583,46 €	8.981.482,29 €

3.3 Custo das repetições da IG por opção da mulher

Para além dos resultados apresentados anteriormente, torna-se necessário descrever e analisar os custos imputados às entidades estatais, relativamente às repetições da IG por opção da mulher.

Analisando o gráfico 3, é possível constatar que ao longo dos anos tem existido um aumento da repetição da IG por opção da mulher. Em 2008, foram realizadas 3.549 repetições, em 2009, 4.004, em 2010 foram efetuadas 4.651 e em 2011 foram praticadas 5.130.

Gráfico 3 - Número de repetições de IG por opção da mulher, de 2008 a 2010



O aumento das repetições da IG por opção da mulher de ano para ano originou um custo total de 6.486.099,33€, se todas as IG, por opção da mulher, tiverem sido efetuados em ambulatório. No entanto, se todas tiverem sido com recurso a internamento significa que originou um total de 15.750.183,87 euros, como é possível observar nas tabelas 10 e 11.

Tabela 10 - Custo mínimo anual e total das repetições da IG por opção da mulher

2008	2009	2010	2011	2008-2011
1.325.063,69 €	1.493.598,23 €	1.735.605,09 €	1.931.832,30 €	6.486.099,33 €

Tabela 11 - Custo máximo anual e total das repetições da IG por opção da mulher

2008	2009	2010	2011	2008-2011
3.217.919,63 €	3.627.067,33 €	4.214.576,78 €	4.690.620,13 €	15.750.183,87 €

Estes valores monetários apresentados têm apenas em conta os procedimentos medicamentosos e os cirúrgicos, não tendo sido considerados os dados estatísticos referentes a “outros procedimentos”, como os relatórios da Direcção-Geral da Saúde enunciam.

3.4 Custo da vigilância da gravidez na adolescência

Segundo as normas de orientação clínica da vigilância materno-fetal da Maternidade Dr. Daniel de Matos, ACES Pinhal Interior 1, numa gravidez de baixo risco, são necessárias

pelo menos quatro consultas de referência. As consultas devem ser realizadas entre as 11-13 semanas; 20-22 semanas; 30-32 semanas (s.d).

Os exames ecográficos, de acordo com a Norma da Direção-Geral da Saúde, devem ser realizados nos seguintes períodos: “(...)1º trimestre: ecografia obstétrica, realizada entre as 11 e as 13 semanas e seis dias; b) 2º trimestre: ecografia obstétrica, realizada entre as 20 e as 22 semanas; c) 3º trimestre: ecografia obstétrica, realizada entre as 30 e as 32 semanas.” (George, 2011: 1). A quarta consulta deve ser realizada às 40 semanas, de acordo com as normas de orientação clínica da vigilância materno-fetal da Maternidade Dr. Daniel de Matos.

Segundo o mesmo autor, na vigilância da gravidez de baixo risco devem ser realizados, ou estar documentados, os seguintes exames laboratoriais: a) tipagem ABO e fator Rh; b) pesquisa de aglutininas irregulares; c) hemograma completo; d) rastreio da diabetes gestacional; e) rastreio da sífilis; f) rastreio da rubéola; g) rastreio da toxoplasmose; h) rastreio da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH); i) rastreio da hepatite B; j) rastreio da bacteriúria assintomática; k) rastreio do *Streptococcus β* hemolítico do grupo B; l) rastreio do cancro do colo do útero.” (a)George, 2001: 1).

De acordo com as normas da DGS os exames laboratoriais tipagem ABO e fator Rh, pesquisa de aglutininas irregulares, rastreio da rubéola, rastreio da toxoplasmose, rastreio da hepatite B e o rastreio do *Streptococcus β* hemolítico do grupo B, devem ser efetuados pelo menos uma vez durante a vigilância da gravidez. O hemograma completo e o rastreio da bacteriúria assintomática devem ser realizados pelo menos três vezes durante a gravidez e, os restantes exames devem ser executados pelo menos duas vezes. Segundo estas normas, para o rastreio do cancro do colo do útero deve ser realizado uma “(...) citologia cervical no 1º trimestre, a todas as grávidas com mais de 25 anos, que nunca tenham realizado o exame ou que o tenham feito há mais de 3 anos, após dois exames anuais negativos.” (a)George, 2011: 4).

Através destes dados foi calculado o custo para a vigilância da gravidez na adolescência, tendo em conta o número de grávidas adolescentes desde 2007 (inclusive) até 2010. O custo foi calculado com base em cada procedimento e a realização

obrigatória mínima do mesmo. Tendo em conta que os valores das consultas variam se for em USF/UCSP ou entidade Hospitalar, o custo da vigilância da gravidez, por mulher é de 497,88€ e 707,88€, respetivamente. Os valores monetários de cada procedimento, apresentados na tabela 12, tiveram como fonte a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Tabela 12 - Custo por procedimento de vigilância da gravidez

Procedimento	Custo por procedimento
Consultas nas USF/UCSP	30€
Consultas em meio Hospitalar	100€
Ecografia obstétrica (1º trimestre)	28,80€
Ecografia obstétrica (2º trimestre)	55,60€
Ecografia obstétrica (3º trimestre)	31,80€
Tipagem ABO e fator Rh	5,27€
Pesquisa de aglutininas irregulares	4€
Hemograma completo	5€
Rastreio da diabetes gestacional	7,13€
Rastreio da sífilis (TPHA; FTA-ABs (I.F.))	2,87€+23,31€= 26,18€
Rastreio da rubéola (IgG; IgM; teste de avidéz)	10€+11,30€+14,07€= 35,37€
Rastreio da toxoplasmose (IgG; IgM; teste de avidéz)	9,66€+11€+22,89€= 43,55€
Rastreio do VIH	13,09€

Rastreio da hepatite B (anti HBc IgG ou total; anti HBc IgM; anti Hbe; anti Hbs)	11,20€+12,04€+12,74€+10,92€= 46,9€
Rastreio da bacteriúria assintomática	14,91€
Rastreio do <i>Streptococcus</i> β hemolítico do grupo B	4,06€
Rastreio do cancro do colo do útero	15,82€

Desde 2007 até 2010 existiram 17.794 adolescentes grávidas, em Portugal, sendo quem em 2007, o número de grávidas adolescentes foi de 4.884, em 2008 de 4.551, em 2009 de 4.347 e em 2010 de 4.052.

É possível calcular o custo da vigilância da gravidez de 2007 até 2010 na adolescência. Assim sendo, nestes quatro anos foi gasto pelo Estado 8.859.276,72 €, tendo em conta que todas as consultas durante a vigilância da gravidez foram feitas nas USF/UCSP ou 12.596.016,72 €, se as consultas foram efetuadas nas unidades hospitalares.

4. Análise e Sugestões ao Projeto de Prevenção da Gravidez vigente em Portugal

A nível nacional, o Estado propõem para o projeto da prevenção da gravidez as atividades do planeamento familiar, através de uma equipa multidisciplinar, que abrange a consulta de planeamento familiar. Para além disto, o projeto implica também uma organização curricular dos diversos ciclos existentes ao nível escolar, com programas temáticos estabelecidos, tendo em conta os ciclos de ensino (1º ciclo até ao ensino secundário).

Como já foi referido anteriormente, a prevenção da gravidez deve ser realizada na adolescência, uma vez que tem mais impacto, no presente e no futuro da sociedade.

Neste capítulo pretende-se além de descrever sumariamente o atual projeto de prevenção, propor estratégias de melhoramento do mesmo, de forma a implementar novas atividades de intervenção comunitária, destinados aos adolescentes. Esta mudança no projeto atual mantém a promoção de saúde pretendida na comunidade e a prevenção da gravidez na adolescência; aproximar os cuidados de saúde aos adolescentes, garantindo a equidade do acesso; potenciar o trabalho da intervenção primária; promover o estabelecimento de parcerias entre as instituições atuantes; formar os profissionais docentes nas questões específicas da área pretendida; prevenir a gravidez e a interrupção da gravidez na adolescência; contribuir para a operacionalização das ações existentes no Plano Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva e contribuir para a obtenção de ganhos em saúde.

Analisando as condições existentes em Portugal, a nível das atividades de planeamento familiar, consegue-se disponibilizar atualmente, consultas de planeamento familiar gratuitamente, para que os adolescentes tenham acesso de forma mais facilitada aos cuidados de saúde, na área de saúde reprodutiva e sexual.

Por outro lado, disponibilizam-se diversos métodos contraceptivos nas USF ou nas UCSP, tendo em conta a situação de saúde e condições sociais do adolescente. No entanto, os adolescentes nem sempre vão a estas consultas de planeamento familiar, por

diversos motivos. Desta forma, seria importante atribuir um número mínimo (duas por ano) de consultas de planeamento familiar para cada adolescente, por ano, com o intuito de um melhor acompanhamento, pelas entidades de saúde.

Relativamente à distribuição dos métodos contraceptivos, para além da distribuição ter que ser gratuita, seria importante poder existir o fornecimento dos métodos contraceptivos noutros estabelecimentos, sem ser nas unidades de saúde. Deveria ser possível fornecer nas instituições de ensino para os estudantes do ensino secundário e superior, no gabinete de apoio à saúde, como forma de maior acessibilidade. Nestes casos, seria indispensável que o adolescente fizesse prova de ter comparecido a pelo menos uma consulta de planeamento familiar.

Com o intuito de melhorar a acessibilidade e o fornecimento destes cuidados de saúde, seria pertinente existir ou um profissional de saúde ou um professor (com habilitações e formação na área reprodutiva e sexual) nos gabinetes de apoio à saúde em cada escola, em horário extracurricular.

De acordo com o decreto de lei já mencionado neste estudo, a educação sexual nas escolas é feita, em parte, pelos docentes de cada estabelecimento de ensino, sendo assim importante que tenham formação contínua. O conteúdo destas ações de formação visará essencialmente a preparação dos docentes para os objetivos curriculares propostos pelo Estado, bem como, para conseguirem transmitir e responder aos jovens as informações necessárias de forma mais adequada e com maior assertividade.

Como os profissionais de saúde e os professores não são os únicos a educar os adolescentes, é fundamental que, a realização das formações fossem abertas tanto para os docentes, como para os pais e encarregados de educação dos jovens.

Outro aspeto importante é existir nas unidades de saúde, para além das consultas de planeamento familiar, outros espaços de conversa com os adolescentes, como Chat Jovem, como é realizado no ACES de Oeiras, na UCSP de Carnaxide, apresentando uma equipa multidisciplinar.

Para além disto deveria existir também espaços de discussão com os adolescentes em local fora da escola e fora das unidades de saúde. Os locais mais aconselhados seriam os

espaços jovens das freguesias, onde normalmente os adolescentes vão para interagirem uns com os outros e navegarem na Internet. Estes espaços são bons para se poder analisar os assuntos que os adolescentes pensam ser importantes para eles no momento. Estes espaços de discussão devem ter no máximo 15/20 adolescentes, com idades próximas, estando presente um enfermeiro/médico e psicólogo. Desta forma, os adolescentes podem exprimir as suas dúvidas, o que os preocupa, na presença dos pares e dos profissionais de saúde. Pretende-se assim que os adolescentes se entrem ajudem, falando das suas dúvidas e experiências, estando os profissionais presentes para concluir e consolidar os assuntos abordados pelos jovens.

É relevante compreender que este projeto foca essencialmente os adolescentes que frequentam os estabelecimentos de ensino. No entanto, como fica a prevenção da gravidez e a educação reprodutiva e sexual dos adolescentes que não frequentam a escola? Na realidade, de acordo com os dados estatísticos apresentados pelo INE, do segundo trimestre de 2008, cerca de 98.000 indivíduos completaram algum nível de escolaridade, mas não estão a estudar, entre os 15 e os 19 anos, no segundo trimestre de 2009, cerca de 76.000 adolescentes, no segundo trimestre de 2010, cerca de 77.000 jovens (b) 2011). Estes dados tiveram por base o INE, tendo sido estimativas obtidas através do Inquérito ao Emprego, compreendendo apenas os indivíduos que não frequentavam níveis de ensino no âmbito da aprendizagem formal, não estando a aprendizagem não formal considerada nestes dados.

Assim sendo, seria fundamental a existência de campanhas fora das escolas e das unidades de saúde. Desta forma, propõem-se a existência de unidades móveis de saúde, com principal intuito de promover a prevenção da gravidez, a interrupção da gravidez por opção e fazer educação reprodutiva e sexual, com uma equipa multidisciplinar.

Para além destas unidades móveis a realização de campanhas de sensibilização para os jovens nas televisões, como se de um anúncio publicitário se tratasse; nas revistas mais vocacionadas para os adolescentes, cartazes nas ruas e centros comerciais, bem como nas rádios.

É igualmente importante a realização de páginas na internet próprios, também denominados sites, destinados aos jovens, com possibilidade de diálogo entre o/a

adolescente e um profissional de saúde, via internet. Esta via de comunicação tem a particularidade de ser de muito fácil acesso e de o jovem poder manter a sua privacidade.

Estas medidas de melhoramento do projeto atual visam atrair e fixar os adolescentes, “(...) através de horários flexíveis, atendimento desburocratizado e sem restrição de áreas de influência” (DGS, 2008: 7), como está descrito no Decreto de Lei 259/2000 de 17 de Outubro.

A melhoria deste projeto e a sua implementação só podem ser possíveis através de parcerias. Neste projeto as parcerias mais pertinentes são as Câmaras Municipais, uma vez que têm acesso à sua população de uma forma mais facilitada; os Espaços Jovens de cada freguesia; as entidades de saúde públicas de intervenção primária; as escolas; as redes sociais e outras instituições e organizações com serviços de apoio social.

Pretende-se através desta proposta alcançar um maior número de adolescentes nos cuidados de saúde, rastrear e diagnosticar problemas dos jovens e formar docentes e pais/encarregados de educação para prosseguirem, de forma mais autónoma possível, nas atividades da saúde sexual e reprodutiva e na educação dos adolescentes nesta área.

Propõem-se ainda que, o projeto seja avaliado através de elaboração de relatórios semestrais de acompanhamento da respetiva execução, onde se procederá à análise do ritmo de execução do projeto, eventuais desvios face ao planeado e dificuldades e ultrapassar. Para um melhor acompanhamento e evolução do projeto propõem-se que este seja implementado inicialmente na região de Lisboa e Vale do Tejo. Uma vez que não existem dados estatísticos de quantos adolescentes existem a nível nacional, é feita uma estimativa deste número, tendo em conta os dados do INE, Censos 2011, relativos ao número de pessoas entre os 0 e os 14 anos e o 15 e os 24 anos. Assim sendo, estima-se que a nível nacional existam cerca de 1.097.067 adolescentes dos 10 aos 19 anos e, na área da Grande Lisboa cerca de 293.261, que corresponde a 26,7% (c)2011).

Para monitorização do projeto poderiam ser utilizados os seguintes indicadores:

I₁ – Número de adolescentes em consultas de planeamento familiar

Meta: 97.754/ semestre

I₂ – Número de adolescentes que recorrem às unidades móveis

Meta: 58.652/ semestre

I₃ – Número de formações existentes para os docentes

Meta: 2/ semestre

I₄ – Número de espaços de discussão entre os profissionais de saúde e os adolescentes

Meta: 6/ semestre

Para monitorização dos resultados do projeto proposto poderiam ser utilizados os seguintes indicadores de resultados:

I₅ - % de adolescentes que recorreu a consultas de planeamento familiar

Meta: 50% do número de adolescentes no primeiro semestre, 75% no segundo semestre, 90% no terceiro semestre e 100% nos restantes semestres

I₆ - % de adolescentes que recorrem às unidades móveis e outros locais de parceria do projeto

Meta: 35% do número de adolescentes no primeiro semestre, 40% no segundo semestre, 60% no terceiro semestre e 100% nos restantes semestres

I₇ - % do número de docentes que frequentam as formações

Meta: 100% dos docentes que lecionam sobre a área em estudo

I₈ – % de reuniões para discussão e troca de ideias entre os profissionais e os adolescentes

Meta: 100% dos espaços para discussão programados para cada ano, em cada unidade de saúde

I₉ - % de métodos contraceptivos entregue aos adolescentes

Meta: 100% de entrega de métodos anticoncepcionais aos adolescentes

O apuramento destes indicadores deverá ser efetuado em cada unidade de saúde e entregues os dados à Administração Regional de Saúde (ARS) ou à DGS de forma a poder comparar os dados do projeto, com os dados da gravidez na adolescência e da interrupção da gravidez por opção nesta faixa etária.

5. E se a Lei sobre a IG fosse alterada?

Neste capítulo pretende-se compreender se a atual lei para a interrupção da gravidez por opção da mulher poderia ser alterada, de forma a diminuir os custos deste procedimento para as entidades estatais, e alocá-los a outro projeto do SNS.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro, as grávidas e parturientes estão isentas de taxas moderadoras, bem como “É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito das seguintes prestações de cuidados de saúde: a) Consultas de planeamento familiar e atos complementares prescritos no decurso destas; (...)” (Diário da República, 1.ª série — N.º 229 — 29 de Novembro de 2011: 5109).

Desta forma, implica que as mulheres que optam pela interrupção da gravidez são consideradas isentas de qualquer taxa moderadora relativamente ao procedimento, pelo que todos os custos ficam a cargo do Estado.

“A constelação de variáveis pessoais, relacionais e sociais, moldam o processo de tomada de decisão de IVG e, consoante a sua natureza, facilitam ou dificultam este processo, condicionando as respostas emocionais das mulheres, face a esta resolução reprodutiva.” (Serenó *et al*, 2012: 67).

Segundo Sereno *et al*, um estudo longitudinal dos anos 70, “(...) Miller (1992) elaborou um modelo do processo de tomada de decisão de IVG, baseado em cinco componentes fundamentais: a decisão de abortar é modelada pelos antecedentes motivacionais da concepção (baixa intencionalidade da gravidez e adopção de medidas anticoncepcionais preventivas de uma gestação), pelas atitudes da mulher e dos seus familiares em relação ao aborto induzido e à maternidade (valores morais e/ou religiosos), pelas dificuldades de aceitação de uma gravidez numa determinada fase do ciclo de vida (em virtude do estatuto marital, do número esperado de filhos, da idade e da reduzida motivação para a assunção da responsabilidade a maternidade), por constrangimentos legais e relacionais (tempo de gestação legalmente definido para a interrupção; coerção do parceiro e dos pais) e pelas características de personalidade da mulher (independência).” (2012: 67).

Ainda, segundo Sereno *et al*, “Além da independência, alguns autores têm evidenciado que as mulheres que decidem interromper a gravidez se descrevem como auto-confiantes, rebeldes e satisfeitas por não se vincularem aos outros (Bradley, cit. por Coleman, 2006); (...)” (2012: 67).

Segundo os mesmos autores, “Apesar de alguns estudos demonstrarem que a decisão de abortar é difícil e envolve sempre alguma ambivalência (APF, 2007; Coleman, 2006; Coleman & Nelson, 1998; Kero *et al.*, 2001), a maioria dos autores considera que a generalidade das mulheres não experiencia dificuldades face ao processo de tomada de decisão de IVG (...), na medida em que não deseja ter filhos ou que considera que não é conveniente para ela e/ou para a criança prosseguir a gestação, no momento do ciclo de vida em que se encontra, mesmo tendo atitudes positivas em relação à maternidade (Minden & Notman, 1991). (...) De facto, uma mulher que vive uma gravidez que não deseja, encontra-se numa situação de crise psicológica e social intensa que é acompanhada de sofrimento psicológico, podendo este ser mais ou menos intenso consoante a história de cada mulher.” (Sereno *et al*, 2012: 67 e 69).

De acordo com Carvalho e Maia, apesar das mulheres poderem apresentar emoções ambivalentes aquando da realização da IG, por opção, “(...) as emoções mais relatadas por estas mulheres, quer imediatamente após o aborto, quer alguns anos depois, são predominantemente positivas, sendo alívio o sentimento mais relatado pela maioria das mulheres (...)” (2009: 363).

No seguimento das ideias apresentadas anteriormente, torna-se importante demonstrar ainda alguns testemunhos relativos a um estudo qualitativo – “Saúde Sexual e reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras”, elaborado por Dias *et al*.

Participantes brasileiras referiram “(...) ela falou para mim que não tomava a medicação de jeito nenhum. Aí ela descobriu que estava grávida e disse: «eu vou abortar. (...) como em Portugal pode, se eu engravidar de novo eu vou tirar, e já tenho consulta marcada no hospital e vou tirar para a semana». (...) Eu conheço uma portuguesa que já fez (...) eu até me espanto porque ela já fez aborto duas vezes, e ela fala isso como se

fosse ali comprar uma bala. Que acho que aqui está muito facilitado (...).” (Dias *et al*, 2009: 89).

Relativamente à informação na área da saúde sexual e reprodutiva transmitida à sociedade, mencionam existir pouca informação e que deveria existir um maior investimento na informação sobre este tema, relatando “ (...) há muita falta de informação (...) eles deviam dar mais conselhos à população. (participante africana) (...). Aqui mesmo a televisão não faz muita propaganda sobre isso, se a gente reparar, quem tem canais internacionais, a Globo, é um canal brasileiro, sempre passa saúde, propagandas e programas educativos que falam das questões da saúde, da prevenção. E aqui não. Você pode ligar a SIC que você só vê propaganda da Super Bock, só isso. (participante brasileira).” (Dias *et al*, 2009: 123).

De acordo com os Decretos de lei supramencionados, conclui-se que as interrupções da gravidez por opção da mulher, são gratuitas, estando a cargo das entidades estatais todos os custos relativos às mesmas. A proposta que se faz nesta análise é a alteração da lei, aplicando uma taxa moderadora de 5% ou 10% na primeira interrupção da gravidez por opção da mulher e as repetições do procedimento deveriam ter um custo maior para os utentes que recorrem à IG. Desta forma, pretende-se um pagamento de uma taxa moderadora de 15%, 20% ou 25% nas repetições, seja qual for procedimento, medicamentoso ou cirúrgico, com recurso a anestesia geral ou local, com ou sem internamento. Desta forma, mantinha-se na mesma a garantia que homens e mulheres têm os mesmos direitos para decidir livre e responsabilmente sobre o planeamento familiar e mantém-se “(...) o direito das mulheres em controlarem e decidirem livre e responsabilmente sobre todos os assuntos que dizem respeito à sua saúde sexual e reprodutiva.” (Juventude Socialista, 2006: 7-8).

Esta alteração também vai ao encontro da legalização da IG por opção da mulher de forma livre, segura e universalmente acessível, com o objetivo de manter a saúde da mulher, que procura este cuidado de saúde.

Se os autores referem que a gravidez e a maternidade devem ser vividas de forma consciente e sobretudo desejada, as mulheres e seus companheiros que optam pela

interrupção da gravidez, recorrem a esta muitas vezes por terem uma gravidez não desejada.

A alteração da lei seria uma forma de responsabilizar tanto as mulheres como os seus companheiros, pelos atos, que devem ser conscientes e responsáveis. Se, existe prevenção para a gravidez, com custos totais, também a cargo das entidades estatais, que incluem consultas de planeamento familiar e entrega de métodos contraceptivos e, ainda educação para a saúde sexual e reprodutiva incluída nas escolas, com parceria com a Saúde Escolar, e ainda, após a interrupção da gravidez o mesmo número de consultas, de apoio psicológico e também entrega de preservativos e pílulas ou colocação de implantes, torna-se assim necessário responsabilizar a sociedade. Por outro lado, citando Barros “Afinal, o objectivo destas taxas moderadoras (...) prevenir consumos excessivos, resultantes em mais despesa pública. As taxas moderadoras têm como objectivo evitar abusos de utilização, (...)” (2011: 6).

Desta forma, faz-se uma proposta de taxas moderadoras, com pagamento entre os 5% do custo total da interrupção da gravidez por opção da mulher, seja qual for o procedimento, até uma taxa moderadora com pagamento até 25% do total do valor monetário. Estes valores podem ser observados na tabela seguinte, onde se pode analisar que apenas pagariam um mínimo de 17,05 euros no caso de ser realizada IG, por opção da mulher, medicamentosa em ambulatório. Com um pagamento de taxa moderadora no máximo, de 268,61 euros, caso fosse realizada uma interrupção com procedimento cirúrgico, incluindo o internamento (e todos os custos que este tem incluídos).

Tabela 13 - Cálculo do preço a pagar por cada utente, de acordo com procedimento realizado, através de percentagens diferentes de taxas moderadoras

Procedimento/ Ano	Medicamentoso	Cirúrgico	Medicamentoso com internamento	Cirúrgico com internamento
5%	17,05 €	22,20 €	41,50 €	53,72 €
10%	34,10 €	44,40 €	82,99 €	107,45 €
15%	51,15 €	66,60 €	124,49 €	161,17 €
20%	68,20 €	88,80 €	165,98 €	214,89 €
25%	85,25 €	111,00 €	207,48 €	268,61 €

Esta alteração da lei tem como intuito não só reduzir custos às entidades estatais, como também diminuir a procura deste cuidado de saúde por parte das mulheres e seus companheiros. Apesar de não ter sido possível encontrar outro cuidado de saúde onde tivesse sido efetuado o mesmo que se propõem neste trabalho, de forma a poder comparar e compreender de melhor forma a elasticidade procura-preço, é feita uma estimativa da diminuição da procura da interrupção da gravidez por opção da mulher.

Assim sendo, se a taxa moderadora aplicada correspondesse a 5%, estimula-se que a diminuição da procura fosse também de 5%. Desta forma, se em 2011 foram efetuadas 14.672 IG por opção da mulher, pela primeira vez, e, se tivesse sido aplicada esta taxa, esperar-se-ia que em 2012, existissem cerca de 13.938 IG. Desta forma, diminuindo a procura da realização da IG por opção da mulher pela primeira vez, todos os anos, em 5%, em 2026, 15 anos depois, estima-se que seriam efetuadas cerca de 6.797 IG por opção da mulher pela primeira vez.

Caso a taxa moderadora fosse de 10%, pretendia-se que a procura diminuísse em 10%. Tendo em conta os dados apresentados de 2011, pretendia-se que em 2012, fossem realizadas 13.204 IG e que em 2026, fossem praticadas cerca de 3.021 IG por opção da mulher, pela primeira vez.

Seguindo o mesmo pensamento, mas tendo em conta que nestes casos o valor a aplicar seria sobre as repetições das IG por opção da mulher, com uma taxa moderadora de 15%, ambicionava-se que em 2012 fossem realizadas cerca de 4.361 IG e em 2026, fossem efetuadas cerca de 448 IG de repetição. Com uma taxa moderadora de 20%, esperar-se-ia que em 2012 fossem efetuadas cerca de 4.104 IG e, que em 2026 fossem praticadas cerca de 180 IG por opção da mulher. Com a aplicação de uma taxa moderadora de 25% conjectura-se que em 2012 fossem efetuadas cerca de 3.848 IG e, estima-se que em 2026 fossem realizadas cerca de 69 IG por opção da mulher, de repetição.

Caso a lei se mantenha igual e a prevenção da gravidez seja efetuada da mesma forma, estima-se que, se de 2008 até 2011, houve um aumento de 10% na totalidade, prevê-se que de quatro em quatro anos haja um aumento de 10%. Assim, estima-se que em 2026

sejam efetuadas 28.333 interrupções da gravidez por opção da mulher, havendo um aumento de 43%. Este aumento do número de interrupções significa consecutivamente um aumento do custo por parte das entidades estatais, sendo que no mínimo o valor monetário que o SNS despenderá é de 10.688.358 euros e no máximo de 25.916.469 euros, caso seja em ambulatório ou em regime de internamento, respectivamente.

Com a responsabilização social e financeira das pessoas, pretende-se reduzir o número de IG por opção da mulher, de forma a não só minimizar os custos humanos associados a este cuidado de saúde, como também os custos económicos que representa para as entidades estatais. No entanto, este tipo participação financeira por parte das pessoas não irá contribuir para um acréscimo de IG clandestinas, uma vez que, este representa um esforço financeiro, mesmo assim inferior, ao que uma intervenção numa instituição privada representaria, tal como acontece no Reino Unido, onde as mulheres pagam parte da sua IG.

6. Discussão, conclusões e sugestões

Os aspetos conceptuais da temática abordada neste estudo evidenciaram que o aborto foi em 2009, a terceira causa de morte em Portugal, segundo a FPV. O conhecimento científico sobre esta temática ainda não é muito aprofundado, devido a todas as questões éticas e políticas que estão implícitas ao próprio tema, nomeadamente na adolescência. No entanto, seria importante existir mais investigação nesta área, uma vez que é um tema relativamente novo na nossa sociedade e com grande impacto a nível psicológico nas mulheres e financeiro para as entidades estatais. A investigação nesta área, possivelmente, iria permitir uma melhor abordagem para com a comunidade a nível nacional.

Através deste estudo verifica-se que tem existido um aumento das interrupções da gravidez por opção da mulher, exceto do ano 2009 para 2010, tendo sido em 2011, o ano em que se registaram mais interrupções da gravidez, com 19.802. Através da análise da tabela 1, verifica-se uma diminuição dos custos de 2%, 2009 para 2010, devido a uma consequente redução das IG por opção da mulher. No entanto, de 2010 para 2011 houve um aumento de 4,7% na prática da IG por opção da mulher.

Tendo em conta que os custos, apresentados na tabela 1, foram calculados através dos procedimentos em ambulatório, se não for realizada extrapolação no ano 2007, pode-se dizer que existiu um aumento de 210% de 2007 ano para 2008, de 5% de 2008 para 2009 e uma redução de 2,8% da IG por opção da mulher com recurso ao procedimento medicamentoso. De 2010 para 2011 houve um aumento de 3%. No entanto, este cálculo de 2007 para 2008, não é válido, uma vez que se compara meio ano (2007), com um ano inteiro de 2008. Assim, tendo em conta a extrapolação mencionada anteriormente, no subcapítulo “Custo máximo e mínimo por procedimento e total a nível Nacional” pode-se concluir que houve um aumento de 55%.

Relativamente ao método cirúrgico existiu, ao longo dos anos, sempre um aumento. Se não se tiver em conta a extrapolação diz-se que o aumento do uso deste procedimento é de 169%. Mas, tal como anteriormente, este valor não tem significado. Assim sendo,

pode dizer-se que houve um aumento de 34%, de 2007 para 2008 (efetuando a extrapolação de 50%, para 2007). De 2008 para 2009 aumentou 8%, com uma ligeira subida de 2009 para 2010 de apenas 0,35%. Neste procedimento, de 2010 para 2011 houve um aumento de 10%.

Verifica-se que, relativamente às instituições onde se pode realizar a IG por opção, é nas instituições públicas que se realizam o maior número de interrupções da gravidez por opção da mulher. De 2008 para 2009 houve um aumento de 5% no público e de 12% no privado, com um decréscimo de 2% nas instituições públicas e de 0,13% nas privadas, do ano 2009 para 2010. Em 2011 verificou-se um aumento tanto nas instituições públicas, como nas privadas. No público houve um aumento de 6% e no privado de 10%.

Verifica-se que, a maioria das interrupções da gravidez por opção da mulher são realizadas por mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 34 anos. Verifica-se ainda que na adolescência, idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, foram efetuadas nos quatro anos e meio 9.875 interrupções da gravidez, tendo sido em 2009 o ano em que decorreram mais e em segundo lugar no ano de 2011.

Tendo em conta a extrapolação, de 2007 para 2008 houve um aumento de 80% e de 67%, nas adolescentes com menos de 15 anos e entre os 15 e os 19 anos, respectivamente. De 2008 para 2009 houve um aumento geral de 40%, sendo 32% para menores de 15 anos e 8% entre os 15 e os 19 anos. Como já se tem vindo a denotar de 2009 para 2010 existiu uma diminuição das interrupções voluntárias da gravidez por parte dos adolescentes, havendo num total uma diminuição de 23%, com uma redução de 21% para as adolescentes com menos de 15 anos e uma redução de 2% para idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos. Em 2011, mantém-se a mesma característica relativamente aos adolescentes com menos 15 anos, tendo existido uma redução de 18%. Relativamente aos adolescentes entre os 15 e os 19 anos, houve um aumento de 2%.

O custo da IG por opção da mulher, na adolescência acarretou para as entidades estatais, em quatro anos e meio, 3.695.129,88 €, mantendo-se o decréscimo dos custos do ano

2009 para 2010, tendo em conta os valores monetários mais baixos apresentados em Diário da República, o que corresponde a 12% do total de IG por opção da mulher a nível nacional.

Através destes dados é possível afirmar que do gasto total estimado a nível nacional para a IG por opção da mulher, 12% a 14,10% corresponde ao custo das entidades estatais para a IG por opção da mulher na adolescência, do total a nível nacional.

No entanto, é na adolescência que se promove de melhor forma e de forma mais assertiva a prevenção da gravidez e de outros fatores de risco, com o intuito de construir uma sociedade mais ciente dos atos e suas consequências.

De acordo com os conceitos da temática em estudo e dos dados adquiridos compreende-se a interrupção da gravidez, a gravidez na adolescência e a prevenção não podem estar dissociadas. Desta forma, deve existir uma complementaridade entre estas duas áreas, de forma a reduzir tanto a interrupção da gravidez, como a gravidez na adolescência. Esta complementaridade é conseguida através de um melhor acompanhamento por parte das instituições de saúde e um maior enfoque na prevenção primária.

Consecutivamente a este aumento das interrupções da gravidez por opção da mulher verifica-se que existe um aumento dos custos diretos para as entidades estatais. A questão económica torna-se relevante nesta fase uma vez que, Portugal se encontra numa situação de crise financeira e, desta forma, é necessário pensar em estratégias de diminuir os custos e a despesa pública na saúde, permitindo manter a mesma acessibilidade, qualidade e universalidade nos cuidados de saúde.

Verifica-se que, com o passar dos anos, o custo com a IG por opção da mulher foi aumentando gradualmente, tal como a Juventude Socialista menciona “O facto de as estatísticas passarem a revelar no imediato um aumento de interrupções da gravidez após a despenalização resulta apenas do facto de a partir do momento em que a interrupção voluntária da gravidez passa a ser admitida legalmente, passam também a existir dados estatísticos oficiais onde anteriormente apenas existiam estimativas de números de abortos clandestinos. Os números oficiais passam, pois, a traduzir a realidade até aí clandestina.” (2006: 19). Por outro lado, analisando a tabela 1, é

possível observar uma diminuição dos custos do ano 2009 para 2010, devido a uma consequente redução das IG por opção da mulher. A Juventude Socialista refere ainda que “ (...) verifica-se sim uma tendência para o decréscimo da realização de interrupções da gravidez e a sua eventual estabilização.” (2006: 18-19).

Assim, foi possível verificar que, desde 15 de Julho de 2007 até 31 de Dezembro de 2011, o valor monetário gasto foi de 30.919.625,05€, se tiverem sido efetuadas apenas interrupções da gravidez em regime de ambulatório. No entanto, se todas as interrupções da gravidez por opção da mulher forem realizadas em regime de internamento, o valor monetário é de 69.206.158,82 €. Somando a estes valores o valor monetário mínimo pago pela Segurança Social aquando do subsídio por interrupção da gravidez, verifica-se que as entidades estatais gastaram no mínimo 42.413.045,17 € e no máximo 80.699.578,94 € (tendo em conta que no mínimo a mulher recebe da Segurança Social 11,18 euros por dia). Os valores monetários que cada mulher recebe foram calculados através dos 11,18euros/dia, com um mínimo de 14 dias em casa.

Analisando os dados dos custos anualmente, verifica-se que, em regime de ambulatório no 2007 o custo foi de 2.310.446,65 €, em 2008 de 6.749.820,39 €, em 2009 de 7.237.538,71 €, em 2010 de 7.147.443,19 € e em 2011 o custo foi de 7.474.376,11 €. Em regime de internamento, verifica-se que em 2007 gastou-se 18.540,65 €, em 2008 o custo foi de 16.357.570,98 €, em 2009 de 17.479.682,32 €, em 2010 de 17.226.960,19 € e em 2011 o valor monetário foi de 18.123.404,68 €.

A Segurança Social em 2007 terá gasto no mínimo 1.049.466,60€ em 2007, 2.478.024,64€ em 2008, 2.635.170,72 € em 2009, 2.597.605,92 € em 2010 e 2.733.152,24 € em 2011,

A Juventude Socialista refere, em 2006, que existem diversos factos que contradizem a opinião que a IG por opção da mulher seja utilizada como um método contraceptivo.

“Em primeiro lugar, a inserção da interrupção voluntária da gravidez no quadro de uma política integrada de planeamento familiar aponta para o seu carácter tendencialmente residual, destinado a atender a situações limite em que a contraceção falhou ou o planeamento não existiu, não assumindo em caso algum o carácter de substitutivo da

contraceção, particularmente no quadro do acesso à contraceção de emergência como elemento adicional de prevenção. Em segundo lugar, a decisão pela interrupção voluntária da gravidez num quadro de despenalização será realizada no contexto de um estabelecimento de saúde legalmente autorizado, enquadrada por profissionais de saúde e pelo sistema de planeamento familiar.” (Juventude Socialista, 2006: 19).

Verifica-se que ao longo dos anos tem existido um aumento das repetições das interrupções da gravidez por opção da mulher, sendo que de 2008 para 2009 existiu um acréscimo de 12,8%. De 2009 para 2010 houve um agravamento de 16,2%. De 2010 para 2011, um aumento de 10,3%. De 2008 até 2011 houve um aumento de 44,5% das interrupções da gravidez por opção da mulher. Estes valores significam um custo exponencial para o SNS, sendo que equivalem a um total dos quatro anos de 6.486.099,33€, em caso de procedimentos em regime de ambulatório e de 15.750.183,87€, nos procedimentos de regime de internamento. Estes dados podem sugerir que as mulheres já começam a utilizar a IG como método contraceptivo, como menciona Cunha, citando Pedro Canas Mendes, “As mulheres já começam a ver a interrupção da gravidez como um método de planeamento familiar [...], como algo inócuo, sem consequências.” (2012: 26).

Através dos dados relativos à gravidez na adolescência, denota-se uma diminuição da gravidez na adolescência, tendo havido um decréscimo de cerca de 6% de 2007 para 2008, de 4,5% de 2008 para 2009 e de cerca de 7% de 2009 para 2010.

Verifica-se ainda que a vigilância da gravidez na adolescência comportou para o estado um valor de 8.859.276,72€, tendo em conta que as consultas foram realizadas nas USF/UCSP ou, num valor máximo de 12.596.016,72€, caso as consultas sejam realizadas em meio hospitalar.

É relevante quando se apresenta os valores dos cuidados de saúde atuais, uma vez que estes não estão acessíveis desta forma à sociedade. Assim, desde 2007 até 2010 as entidades Estatais gastaram na IG por opção e na vigilância da gravidez, na

adolescência, um total de 11.673.219,94 €, calculando o valor mínimo ou num valor máximo, de 19.800.146,40 €.

No final deste estudo verifica-se que existem estratégias com intuito de diminuir a interrupção da gravidez por opção da mulher e a gravidez na adolescência, apesar desta última ter vindo a diminuir ao longo dos anos. No entanto, persiste sempre mais alguma coisa a melhorar e a fazer pela sociedade, com o intuito de também diminuir os custos das entidades estatais. Esta forma de pensamento melhora não só os cuidados de saúde, como também possibilita distribuir as despesas públicas. Como Barros menciona “As medidas propostas no Memorando de Entendimento não se limitam a procurar obter poupanças de curto prazo. Existe uma preocupação subjacente de estabelecer mecanismos que assegurem um maior controlo das despesas com saúde no futuro. Esses mecanismos envolvem avaliação de desempenho, utilização de mecanismos de concorrência no aprovisionamento público, e criação de boas práticas de transparência e informação.” (2011: 6).

Melhorando o programa vigente da prevenção da gravidez, como foi descrito no capítulo referente ao mesmo, verifica-se que se consegue melhorar os cuidados prestados aos utentes, de forma a garantir uma acessibilidade ainda melhor, uma maior eficácia e eficiência.

Por outro lado, a proposta da alteração da lei vigente da interrupção da gravidez na adolescência, pretende não só reduzir custos, como acima de tudo diminuir o número de procedimentos realizados. A aplicação de uma taxa moderadora à interrupção da gravidez na adolescência torna-se essencial uma vez que esta constitui, como é mencionado no Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro, “ (...) uma das fontes de receita própria das instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde.” (2011: 5108),

No final deste trabalho compreende-se que a prevenção primária deveria estar na base da pirâmide de cuidados de saúde, em vez dos cuidados secundários, como é o caso das interrupções da gravidez por opção da mulher.

Verifica-se ainda que seria importante retificar a lei vigente da interrupção da gravidez por opção da mulher, de forma a minimizar custos por parte das entidades estatais, bem como, de forma a construir uma sociedade mais responsável pelos seus próprios atos.

No contexto atual, em que a despesa de saúde pública continua a aumentar e os recursos financeiros e humanos disponíveis para uma melhor prestação de cuidados de saúde à comunidade são limitados, é essencial tomar decisões fundamentadas acerca do valor real dos custos de saúde, tendo sempre em conta os benefícios para a saúde da população e os custos e a economia para o SNS e, consecutivamente, para o país. Para que este objetivo seja alcançado, torna-se pertinente que existam outros estudos nesta temática.

Desta forma, as sugestões para novos estudos/trabalhos que serão mencionadas de seguida estão intimamente ligadas com as limitações deste estudo.

Assim, seria pertinente que existisse uma base de dados única que contivesse toda a informação sobre os internamentos das mulheres que recorreram à interrupção da gravidez por opção, por complicações, com o intuito de, por um lado, se poder compreender melhor o que se pode mudar nos cuidados de saúde atuais aquando da realização da IG, bem como calcular os custos associados a estes internamentos. Para além desta base de dados seria importante que os registos efetuados pelos profissionais de saúde fossem rigorosos aquando da realização da IG por opção da mulher, uma vez que, o aparecimento da expressão “Outro procedimento” ou “procedimento desconhecido” deve-se ao incorreto preenchimento dos registos, como refere Cunha, citando as Inspeções da IGAS (2010) a clínicas privadas, “Registos inexistentes, em branco ou incompletos (registos de anestesia nos abortos cirúrgicos; registos da consulta de revisão e de encaminhamento para a consulta de planeamento familiar; registos enviados à DGS)”. (2012: 24).

Por outro lado, mas em consonância com o ponto anterior era importante ter conhecimento de quanto custa em média à Segurança Social o subsídio de cada mulher que recorre a este procedimento. Esta questão torna-se pertinente, uma vez que, “Em caso de aborto, espontâneo ou voluntário, a mulher tem direito a uma licença de 14 a

30* dias, consoante a recomendação do médico.(...) Recebe 100% da sua remuneração de referência. No mínimo, recebe € 11,18 por dia (valor para 2009, igual a 80% de 1/30 do IAS).” (Segurança Social, 2009: 5), tendo em conta que só recebe o subsídio quem tenha seis meses de descontos para a Segurança Social, pedido o subsídio dentro do prazo e ter os pagamentos para a Segurança Social em dia. Não foi possível fazer este cálculo do custo médio, uma vez que até à data da entrega do trabalho não se obteve nenhuma resposta desta entidade.

Seria importante descrever e estudar ainda os custos indiretos relativos às interrupções da gravidez por opção, nomeadamente, relativamente aos transtornos na vida das pessoas a nível físico, psicológico e conhecer os custos para o Estado, do absentismo laboral da mulher enquanto fica em casa com o subsídio da Segurança Social.

A agência de notícias ZENIT, em 01 de setembro de 2006, publicou um artigo intitulado “Estudo demonstra que adolescentes que abortam têm mais problemas psicológicos” que comprova as pesquisas moleculares da Dra. Lílian. O estudo foi realizado nos Estados Unidos (EUA) pela Dra. Priscilla Coleman, professora de Desenvolvimento Humano e Estudos Familiares da “Bowling Green State University”, com 1.000 mulheres para descobrir as diferenças entre as adolescentes que tinham dado à luz e as que tinham praticado o aborto diante de uma gravidez inesperada e constatou que as adolescentes que procederam ao aborto manifestaram cinco vezes mais necessidade de ajuda psicológica do que as que tiveram seus filhos. A investigadora afirma que “ser mãe na adolescência é inevitavelmente uma experiência que implica dificuldades, mas a ocorrência de problemas psicológicos com a prática do aborto é muito maior do que com a condução da gravidez”. (Emanuelle Carvalho Moura - Teresina, fevereiro de 2007.

Outro estudo pertinente seria perceber se a sociedade está disponível para cooperar nas suas contribuições fiscais para as repetições das interrupções da gravidez por opção da mulher, se tivessem conhecimento do panorama dos gastos desde 2007.

Doutra forma, seria ainda pertinente conhecer o real custo da prevenção da gravidez, uma vez que não existem dados sobre este cuidado de saúde e existe um desconhecimento sobre este assunto e em que medida é que a interrupção da gravidez por opção se tornou ou não um método contraceutivo na ótica das pessoas.

Por fim e, não menos importante, seria útil elaborar um estudo comparativo do contexto da prevenção da gravidez e da interrupção da gravidez por opção da mulher entre Portugal e os países Europeus onde é possível realizar a interrupção da gravidez legalmente.

Apesar da existência de dificuldades, alteração do tema e limitações do estudo ao longo deste processo, este é um tema que deve ser estudado e monitorizado, de forma a contribuir para uma sociedade mais consciente, para uma melhor prática de cuidados de saúde por parte dos profissionais e para uma minimização de custos das entidades estatais. No âmbito de conseguir atingir estes objetivos, este estudo deve ser tomado em consideração e analisado, sendo as conclusões, as propostas realizadas e as sugestões efetuadas um referencial construtivo e de aperfeiçoamento dos programas de saúde existentes, no alcance da excelência.

7. Referências Bibliográficas

Abreu, J.F. dos R. (2008), *O Conhecimento e a atitude face à Saúde sexual e reprodutiva – Um estudo correlacional em estudantes universitários*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências, Departamento de Educação

ALMEIDA, J. M. R. de (2007), *Adolescência e Maternidade*. 3ª ed., Lisboa: Temas Actuais – Fundação Calouste Gulbenkian.

Alves, M., Santos, A.C., Barradas, C. e Duarte, M (2009), *A Despenalização do Aborto em Portugal - Discursos, Dinâmicas e Ação Coletiva: os Referendos de 1998 e 2007*. Oficina do CES n.º 320.

AMARAL, C. e GRILO, C. (2007), A Adolescente Grávida: um estudo de orientação etnográfica, *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, Viseu, Nº 8, 42-45.

ARETARIS, D. (1999), Gravidez na Adolescência, em STANHOPE, M. e LANCASTER, J. (ed.), *Enfermagem Comunitária – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*, Loures: Lusociência, 727-741.

Associação de Solidariedade Social da Maia (2009), Gravidez na Adolescência, <http://arriscarsermaenaadolescencia.blogspot.com/2008/05/frase-de-uma-me-adolescente-aos-15-anos.html>.

Associação para o Planeamento da Família (2006), Estudo-Base sobre as Práticas de Aborto em Portugal - Apresentação dos Principais Resultados, Auditório da Maternidade Alfredo da Costa.

Associação para o Planeamento da Família (2009), Portal da Saúde Sexual e Reprodutiva, <http://www.apf.pt/?area=001&mid=003&sid=005&page=2>.

AVANZINI, G. (1987), *O tempo da adolescência*. Lisboa: Editorial Pórtico.

Barros, P.P. (2005), *Economia da Saúde Conceitos e Comportamentos*. Edições Almedina SA.

Barros, P.P. (2011), *Saúde - Memorandum of Economic and Financial Policies: 11 Perspectivas*. Nova School of Business and Management.

BRACONNIER, A. & MARCELLI, D. (2000), *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climpes.

BRAZELTON, T. Berry e GREENSPAN, Stanley I., (2004), *A criança e o seu mundo – Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. 4ª ed. Barcarena: Editorial Presença.

BRAZELTON, T. Berry e SPARROW, Joshua D. (2004), *O Método Brazelton – A Criança e a Higiene*. Barcarena: Editorial Presença.

CARPINTEIRO, Eugénio (2004), Consequências da gravidez não desejada na adolescência, em Roque, Otilia (coord.), *Mamãs de palmo e meio: Gravidez e maternidade na adolescência*, Lisboa: Associação para o Planeamento da Família,

CANAVARRO, M. Teresa (2001), Gravidez e Maternidade: Representações e tarefa de desenvolvimento, em CANAVARRO, Maria Teresa (coord.), *A Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, Coimbra: Quarteto Editores, 17-49.

CANAVARRO, M. Teresa e Pereira, A. Isabel (2001), Gravidez e Maternidade: na Adolescência: Perspectivas Teóricas, em CANAVARRO, M. T. (coord.), *A Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, Coimbra: Quarteto Editores, 323-357.

Carvalho, S. e Maia, A. (2009), **INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ: REPRESENTAÇÕES DE FUTUROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**, em A. Maia, S.

Silva e T. Pires, (orgs), *Desafios da saúde e comportamento: actores, contextos e problemáticas*. Actas do 1º Congresso de Saúde e Comportamento dos Países de Língua Portuguesa. Braga: CIPSI edições, 361-371.

Costa, F., Prado, S. (2001), O papel do enfermeiro na orientação sexual de adolescentes no ambiente escolar, *Rev Enferm UNISA*, 2, 80-3.

Cunha, F. Vilhena da (2012), O aborto em Portugal desde o referendo de 2007, <http://www.federacao-vida.com.pt/estudos/FPV%20-%20O%20Aborto%20em%20Portugal%202012FEV10.pdf>

Conceição, Apelles J. B. (2008), *SEGURANÇA SOCIAL – MANUAL PRÁTICO* Atualização, Ed. Almedina SA, N.º 3, 4-5.

Diário da República, 1.a série—N.º 12 – 15-01-1993, Decreto de Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro

Diário da República, 1.ª série — N.º 69 — 9 de Abril de 2010, Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril, 1170(2) – 1170(4).

Diário da República – I Série A - N. 71 – 24 de Março de 1984, Lei nº 3 / 84 de 24 de Março, 981.

Diário da República, 1.asérie — N.º 75 — 17 de Abril de 2007, Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril, 2417.

Diário da República, 1.ª série — N.º 135 — 16 de Julho de 2007, Portaria n.º 781-A/2007 de 16 de Julho, 4492(2)

Diário da República, 1.a série—N.º 118—21 de Junho de 2007, Resolução da Assembleia da República n.º 27/2007

Diário da República, 1.^a série — N.º 147 — 31 de Julho de 2009, Portaria n.º 839-A/2009 de 31 de Julho

Diário da República, 1.^a série — N.º 151 — 6 de Agosto de 2009, Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto

Diário da República 1 Série-A N.º 174-30 de Julho de 1997, Lei n.º 90/97 de 30 de Julho, 3930.

Diário da República — I Série-A N.º 186 — 11-8-1999, Lei n.º 120/99 de 11 de Agosto

Diário da República, 1.^a série — N.º 229 — 29 de Novembro de 2011, Decreto-Lei n.º 113/2011 de 29 de Novembro, 5108-5110

Diário da República, Série I-A, N.º 240, 17/10/2000, Decreto de Lei 259/2000 de 17 de Outubro, 5784-5786

Diário da República, 1.^a série — N.º 242 — 20 de Dezembro de 2011, Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de Dezembro

Dias, Carlos Matias; Falcão, Isabel Marinho; Falcão, José Marinho (2000) Contribuição para o estudo da ocorrência da interrupção voluntária da gravidez em Portugal continental (1993 a 1997): estimativas utilizando dados da rede de médicos sentinela e dos diagnósticos das altas hospitalares (grupos de diagnósticos homogéneos), *Revista Portuguesa de Saúde Pública - Epidemiologia*, n.º 2, vol. 18, 55-63.

Dias, S.F., Rocha, C.F. e Horta, R. (2009), *Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Imigrantes Africanas e Brasileiras - Um Estudo Qualitativo*. Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.

Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2007), *Interrupção voluntária da gravidez, Estudo estatístico-epidemiológico das interrupções voluntárias da gravidez*,

realizadas em território nacional de 15 de Julho a 31 de Dezembro de 2007, Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2010), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de Abril, dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2008*, Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2011), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de Abril, dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2009*, Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2011), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de Abril, dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2010*, Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva, Divisão de Estatística da Saúde (2012), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez ao abrigo da Lei 16/2007 DE 17 de Abril - Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2011*, Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2008), *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar*, Lisboa, 1-67.

Emanuelle Carvalho Moura (2007), *ASPECTOS PSICOLÓGICOS DECORRENTES DO ABORTO EM GRAVIDEZ “NÃO DESEJADA” E EM CASO DE ESTUPRO*, Teresina.

Entidade Reguladora da Saúde (2011), *Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde*, http://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/36/Relatorio_Sustentabilidade_do_SNS.pdf

ERIKSON, Erik H. (1971), *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

ERIKSON, Erick H. (1972), *Identidade: juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Federação Portuguesa Pela Vida (2008), *Aborto em Portugal: A Realidade presente e futura*, Associação Comercial de Lisboa.

Federação Portuguesa Pela Vida (2009), *Liberalização do Aborto em Portugal, 2 anos depois*, Lisboa.

FIGUEIREDO, B. (2000), Maternidade na adolescência: Consequências e trajectórias desenvolvimentais, *Análise Psicológica*, Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Vol. XVIII, Nº 4, 485-498.

FIGUEIREDO, B. (2001), *Mães e Bebés*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Fundação Calouste Gulbenkian (s.d.), Boas Práticas na prevenção e Acompanhamento da Gravidez na Adolescência - Mais vale prevenir..., http://www.gulbenkian.pt/media/files/fundacao/publicacoes/Brochura_maes2009.pdf.

George, F. (2005), *Circular Normativa - DIRECTIVAS NO ÂMBITO DA SAÚDE REPRODUTIVA / PLANEAMENTO FAMILIAR, Nº: 07/DSMIA*, Direção-Geral da Saúde

George, F. (2006), *Circular Informativa - Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar, Nº: 01/DSMIA*, Direção-Geral da Saúde.

George, F. (2011), *Norma da Direção-Geral da Saúde – Exames Ecográficos na Gravidez, N.º 023/2011*, Direção-Geral da Saúde.

a)George, F. (2011), *Norma da Direção-Geral da Saúde - Exames laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco, N.º 037/2011*, Direção-Geral da Saúde.

GONÇALO, M. I. P. (2002), A mãe-menina, *Nursing*, N.º 172, 10-15.

Instituto Nacional de Estatística (2011), Nados-vivos de mães adolescentes (N.º) por Idade da mãe; Anual, http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=bd&selTab=tab2

a) Instituto Nacional de Estatística (2011), Taxa de fecundidade na adolescência (%) por Local de residência (NUTS – 2002); Anual, http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=000096&contexto=bd&selTab=tab2

b) Instituto Nacional de Estatística (2011), Indivíduos com idade entre os 15 e os 34 anos que completaram algum nível de escolaridade e que não estão a estudar (a), por grupo etário, não estão a estudar (a), por grupo etário, Estatística do Emprego.

c) Instituto Nacional de Estatística (2011), População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário; Decenal, http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=6790&tipoSelecao=0&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true

INE (2012), Portugal em Números 2010, Lisboa · Portugal

Jacobsen, E. (2009), A história do aborto, *Protestantismo em revista*, 18, 102-104.

JOHNSON, Phyllis A. (1999), Sexualidade, Gravidez e Paternidade na Adolescência, em BOBAK, I., LOWDERMILK, D. e JENSEN, Margaret, *Enfermagem na Maternidade*, 4ªed. Lisboa: Lusociência, 754-763.

JUSTO, João, et al (2000) – Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebés adolescentes: causas, consequências, intervenção preventiva e não só, *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol.2 (2), p. 97-147.

Juventude Socialista (2006), *Despenalização da interrupção voluntária da gravidez*, 1-22.

LOURENÇO, M. M. de C. (1998), *Textos e contextos da Gravidez na Adolescência – A adolescente, a família e a escola*. 3ªed., Lisboa: Fim de Século Edições Lda.

Maternidade Dr. Daniel de Matos (s.d.), *Normas de Orientação Clínica da Vigilância Materno-Fetal*, ACES PINHAL INTERIOR NORTE 1, 1-10.

Médicos pela escolha (2008). Onde se pode fazer uma interrupção voluntária da gravidez, http://www.medicospelaescolha.pt/wp-content/uploads/folheto_ivg08.pdf

Miguel, J. P. (2001), Circular Informativa BOLETIM DE SAÚDE DA GRÁVIDA, N° 16/DSMIA, Direção-Geral da Saúde.

Miguel, L., Sá, A. B (2010), Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir - Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde

MONTEIRO, M. e SANTOS, M. R. dos (2003), *Psicologia do Desenvolvimento em*
MONTEIRO, M. e SANTOS, M. R. dos, *Psicologia 2ª Parte*, Porto: Porto Editora, 1-303.

Neves, J. C. (2012), Circular informativa - Dispensa de pagamento de taxas moderadoras de consultas de planeamento familiar e atos complementares prescritos no decurso destas, N.º 7/2012/CD, ACSS.

Nunes, L. (2009), Parecer N.º 109 – Educação Sexual nas Escolas.

OSORIO, L. C. (1992), *Adolescente hoje*. 3ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas.

Prazeres, V., Laranjeira, A. R., Oliveira, V. (2005), *Saúde dos jovens em Portugal: elementos de caracterização*. Direção-Geral da Saúde Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, 11-14 e 33-34.

PEDRO, I. M, dos S.C. (2003), Gravidez na Adolescência – Reflexão, *Servir*, Vol. Nº 51, Nº 3, 122 – 126.

Ramalheiro, L., Godinho, C., Maia, A. C. (2011), Abordagem da vida sexual feminina nos Cuidados de Saúde Primários, *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 27, 548-553.

Ribau, L. (2001), Avaliação económica e funcional dos cuidados de saúde: Principais questões e procedimentos, *Revista Medicina Física e de Reabilitação*, n.º 2, vol. 9, 13-22.

Rowe, D. e Lowdermilk, D.L. (2008), Contraceção, aborto e infertilidade, em Lowdermilk, D. L. e Perry, S. E., *Enfermagem na maternidade*, Loures: Lusodidacta, 143-186.

Segurança Social (2009), Parentalidade Bom para os Pais, Melhor para os Filhos, http://www.cite.gov.pt/pt/destaques/Broch_Seg_Soc_Parentalidade.pdf

Sereno, S., Leal, I. e Maroco, J. (2009), Construção e Validação de um questionário de valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (2), 193-204.

Sereno, S., Leal, I., e Maroco, J. (2012), Interrupção Voluntária da Gravidez: ajustamento psicológico no processo de decisão, *Revista Saúde reprodutiva Sexualidade e Sociedade*, 1, 65-81.

SANTOS, M.R. (2003), Gravidez na Adolescência, *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, Nº 4, 36-38.

Silva, V. (2011), Serviço Nacional de Saúde, [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Servi%C3%A7o_Nacional_de_Sa%C3%BAde_\(SNS\)\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Servi%C3%A7o_Nacional_de_Sa%C3%BAde_(SNS)))

SPRINTHALL, Norman A. e COLLINS, W. Andrew (2003), *Psicologia do Adolescente – Uma Abordagem Desenvolvimentista*. 3ª Ed., Serviço de Educação e Bolsas: Fundação Calouste Gulbenkian.

Tavares, M. (2003), MOVIMENTO PELO ABORTO E CONTRACEPÇÃO EM PORTUGAL, <http://umar.no.sapo.pt/investigacao/comunicacoes/Aborto-seminarioUMAR.pdf>

Teixeira, M. (2011), Circular Normativa - Condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do SNS, subsistemas públicos da ADSE, SAD da GNR e PSP e ADM das Forças Armadas que devam ser cobradas pelas Unidades de Saúde ao abrigo do Contrato Programa - Acordo Modificativo de 2011, N.º 11/2011/UOFC, <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Anexo%20IX%20Circular%20Normativa%20Factura%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Vilar, D. (1998/99), A Interrupção Legal da Gravidez em Portugal 3º Estudo – 1998 / 99, <http://www.portal.juventudesocialista.org/documentos/IVG-Anexo3.pdf>

World Health Organization (2011), *Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries*, http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502214_eng.pdf.

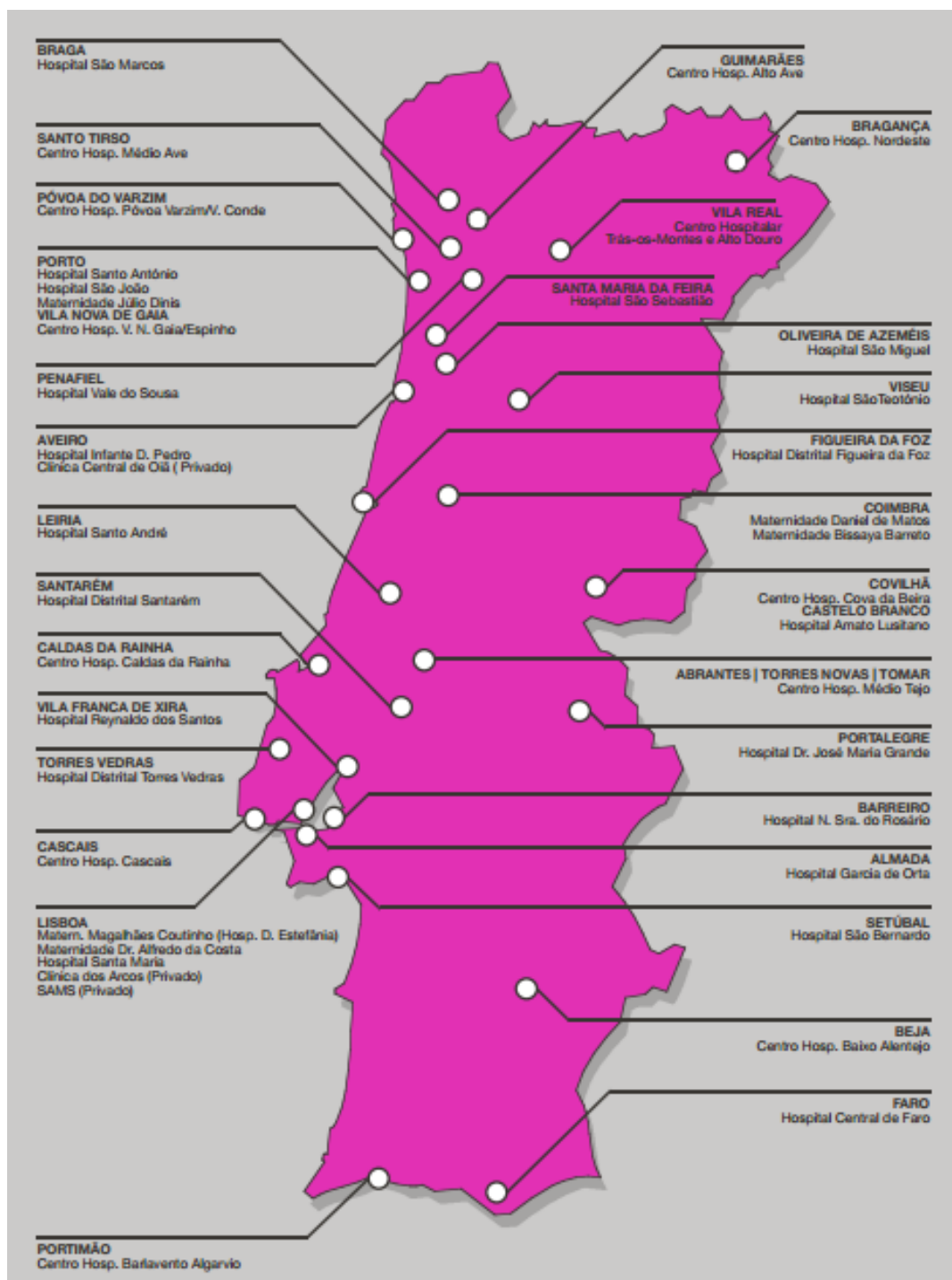
World Health Organization (2012), *Adolescent health*, http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/.

World Health Organization (2012), *A gravidez na adolescência*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/index.html>

ANEXOS

Anexo I

Ilustração 1 - Instituições públicas e privadas onde se pode realizar interrupção da gravidez por opção da mulher



Fonte: Médicos pela escolha (2008). Onde se pode fazer uma interrupção voluntária da gravidez, http://www.medicospelaescolha.pt/wp-content/uploads/folheto_ivg08.pdf

Anexo II

Tabela 14 - Distribuição por motivo das IG, 2007

Motivo	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total	
							N.º	%
Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	0	7	8	2	6	4	27	0,4
Grave doença ou malformação congénita do nascituro	18	18	21	27	25	25	134	2,1
Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual	1	1	4	3	2	1	12	0,2
Por opção da mulher	654	1132	1031	1232	1079	979	6107	97,2
Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da grávida	1	1	3	2	0	0	7	0,1
Total	674	1159	1067	1266	1112	1009	6287	100,0

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2007), *Interrupção voluntária da gravidez, Estudo estatístico-epidemiológico das interrupções voluntárias da gravidez, realizadas em território nacional de 15 de Julho a 31 de Dezembro de 2007*, Ministério da Saúde

Tabela 15 - Número e percentagens de interrupções da gravidez por opção da mulher, por região da instituição, 2007

Região da Instituição	N.º	%
Norte	1175	19,2
Centro	843	13,8
LVT	3547	58,1
Alentejo	147	2,4
Algarve	351	5,7
Açores	44	0,7
Total	6107	100,0

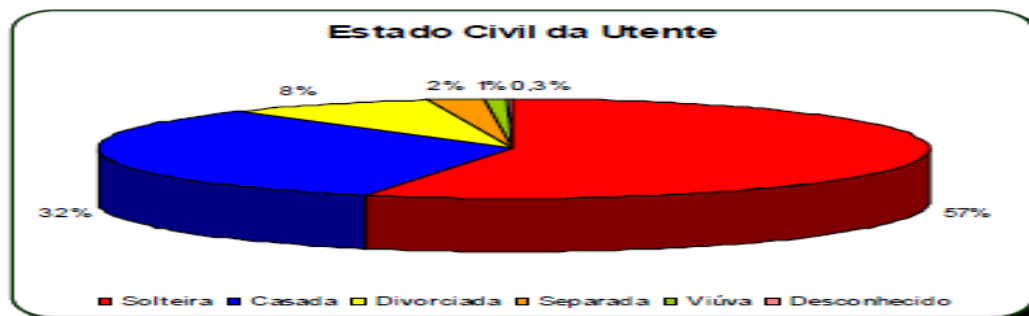
Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2007), *Interrupção voluntária da gravidez, Estudo estatístico-epidemiológico das interrupções voluntárias da gravidez, realizadas em território nacional de 15 de Julho a 31 de Dezembro de 2007*, Ministério da Saúde

Tabela 16 - Número e percentagens de interrupções da gravidez por opção da mulher, por classe etária, em 2007

Classe Etária	Nº.	%
<15	27	0,4
15-19	625	10,2
20-24	1307	21,4
25-29	1345	22,0
30-34	1365	22,4
35-39	942	15,4
>=40	477	7,8
Desconhecida	19	0,3
Total	6107	100,0

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2007), *Interrupção voluntária da gravidez, Estudo estatístico-epidemiológico das interrupções voluntárias da gravidez, realizadas em território nacional de 15 de Julho a 31 de Dezembro de 2007*, Ministério da Saúde

Gráfico 4 - Percentagens de interrupções da gravidez por opção da mulher, por estado civil, em 2007



Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2007), *Interrupção voluntária da gravidez, Estudo estatístico-epidemiológico das interrupções voluntárias da gravidez, realizadas em território nacional de 15 de Julho a 31 de Dezembro de 2007*, Ministério da Saúde

Tabela 17 - Número e percentagens de IG, por opção da mulher, anteriores, em 2007

N.º IVG anteriores	N.º	%
0	4837	79,2
1	964	15,8
2	215	3,5
3	53	0,9
4	24	0,4
5	6	0,1
6	3	0,0
7	3	0,0
8	2	0,0
Total	6107	100,0

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2007), *Interrupção voluntária da gravidez, Estudo estatístico-epidemiológico das interrupções voluntárias da gravidez, realizadas em território nacional de 15 de Julho a 31 de Dezembro de 2007*, Ministério da Saúde

Tabela 18 - Anos decorridos desde a última IG, por opção da mulher, em 2007

Ano última IVG	N.º	%
Neste ano	101	8,1
Ano passado	144	11,8
2-5 anos	450	36,2
6-10 anos	335	26,9
>=11 anos	214	17,2
Total	1244	100,0

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2007), *Interrupção voluntária da gravidez, Estudo estatístico-epidemiológico das interrupções voluntárias da gravidez, realizadas em território nacional de 15 de Julho a 31 de Dezembro de 2007*, Ministério da Saúde

Tabela 19 - Número e percentagens de IG por opção da mulher, por tipo de procedimento, em 2007

Procedimento	Privado		Público		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Cirúrgico com anestesia geral	1587	83,5	196	5	1783	29,2
Cirúrgico com anestesia local	305	16,1	54	1,3	359	5,9
Medicamentoso	8	0,4	3942	93,3	3950	64,7
Outro	0	0	15	0,4	15	0,2
Total	1900	100,0	4207	100,0	6107	100,0

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2007), *Interrupção voluntária da gravidez, Estudo estatístico-epidemiológico das interrupções voluntárias da gravidez, realizadas em território nacional de 15 de Julho a 31 de Dezembro de 2007*, Ministério da Saúde

Uma Perspetiva de Custos da Interrupção da Gravidez por opção da mulher

Tabela 20 - Distribuição por motivo das IG e região, em 2008

Motivos	Ano 2008								Total	%					
	Região Açores		Alentejo		Algarve		Centro				LVT	Madeira		Norte	
	Nº IG	Nº IG	Nº IG	Nº IG	Nº IG	Nº IG	Nº IG	Nº IG				Nº IG	Nº IG		
Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão p/ o corpo ou p/ a saúde física ou psíqu. da grávida					1	16					4	21	0.11%		
Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida			4	3	42	43					8	100	0.54%		
Grave doença ou malformação congénita do nascituro				38	107	164	2	144				455	2.45%		
Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual					2	9		6				17	0.09%		
Por opção da mulher	115	476	1.271	2.560	9.793	172	3.627	18.014	96.81%						
Total	115	480	1.312	2.712	10.025	174	3.789	18.607	100.00%						

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2010), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de Abril, dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2008*, Ministério da Saúde.

Tabela 21 - Distribuição por motivo das IG e região, em 2009

Motivos	Ano 2009								Total	%					
	Região Açores		Alentejo		Algarve		Centro				LVT	Madeira		Norte	
	Nº IG	Nº IG	Nº IG	Nº IG	Nº IG	Nº IG	Nº IG	Nº IG				Nº IG	Nº IG		
Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão p/ o corpo ou p/ a saúde física ou psíqu. da grávida			1	2	2	8					1	14	0.07%		
Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida				3	34	34					2	73	0.37%		
Grave doença ou malformação congénita do nascituro		3		28	111	239	16	127				524	2.64%		
Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual				2	3	9		1				15	0.08%		
Por opção da mulher	56	446	1329	2723	10519	245	3904	19222	96.85%						
Total	59	447	1364	2873	10809	261	4035	19848	100.00%						

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2011), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de Abril, dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2009*, Ministério da Saúde.

Tabela 22 - IG por opção da mulher por região de saúde da instituição, 2008

Região	Ano 2008	
	Nº IVG	%
Norte	3.627	20.13%
Centro	2.560	14.21%
LVT	9.793	54.36%
Alentejo	476	2.64%
Algarve	1.271	7.06%
Açores	115	0.64%
Madeira	172	0.95%
Total	18.014	100.00%

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2010), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de Abril, dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2008*, Ministério da Saúde.

Tabela 23 - IG por opção da mulher por região de saúde da instituição, 2009

Ano	2009	
	Nº IVG	%
Região	Nº IVG	Nº IVG
Norte	3904	20.31%
Centro	2723	14.17%
LVT	10519	54.72%
Alentejo	446	2.32%
Algarve	1329	6.91%
Açores	56	0.29%
Madeira	245	1.27%
Total	19222	100.00%

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2011), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de Abril, dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2009*, Ministério da Saúde.

Tabela 24 - IG por opção da mulher por faixa etária, 2008

Ano	2008	
	Nº IVG	%
Classe Etária	Nº IVG	Nº IVG
<15	97	0.54%
15-19	2.085	11.57%
20-24	3.876	21.52%
25-29	4.071	22.60%
30-34	3.882	21.55%
35-39	2.709	15.04%
40-44	1.180	6.55%
45-49	110	0.61%
Desconhecido	4	0.02%
Total	18.014	100.00%

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2010), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de Abril, dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2008*, Ministério da Saúde.

Tabela 25 - IG por opção da mulher por faixa etária, 2009

Ano	2009	
	Nº IVG	%
Classe Etária	Nº IVG	Nº IVG
<15	128	0.67%
15-19	2258	11.75%
20-24	4212	21.91%
25-29	4293	22.33%
30-34	4044	21.04%
35-39	2934	15.26%
40-44	1220	6.35%
45-49	127	0.66%
>=50	3	0.02%
Desconhecido	3	0.02%
Total	19222	100.00%

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2011), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de Abril, dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2009*, Ministério da Saúde.

Tabela 26 - IG por opção da mulher por número de IG anteriores, 2008

Ano	2008	%
Num	Nº IVG	Nº IVG
0	14.465	80.30%
1	2.742	15.22%
2	574	3.19%
3	145	0.80%
4	35	0.19%
5	28	0.16%
6	11	0.06%
7	4	0.02%
8	2	0.01%
9	2	0.01%
>=10	6	0.03%
Total	18.014	100.00%

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2010), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de Abril, dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2008*, Ministério da Saúde.

Tabela 27 - IG por opção da mulher por número de IG anteriores, 2009

Ano	2009	%
Num	Nº IVG	Nº IVG
0	15218	79.17%
1	3148	16.38%
2	595	3.10%
3	149	0.78%
4	51	0.27%
5	32	0.17%
6	12	0.06%
7	6	0.03%
8	3	0.02%
9	1	0.01%
>=10	7	0.04%
Total	19222	100.00%

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2011), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de Abril, dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2009*, Ministério da Saúde.

Tabela 28 - IG por opção da mulher por procedimento e tipo de instituição, 2008

Procedimentos	2008					
	Privado		Público		Total	
	Nº IVG	%	Nº IVG	%	Nº IVG	%
Cirúrgico com anestesia geral	4.969	93,10%	413	3,26%	5.382	29,88%
Cirúrgico com anestesia local	272	5,10%	102	0,80%	374	2,08%
Medicamentoso	95	1,78%	12.134	95,72%	12.229	67,89%
Outro	1	0,02%	27	0,21%	28	0,16%
Desconhecido			1	0,01%	1	0,01%
Total	5.337	100,00%	12.677	100,00%	18.014	100,00%

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2010), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de Abril, dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2008*, Ministério da Saúde.

Tabela 29 - IG por opção da mulher por procedimento e tipo de instituição, 2009

Procedimentos	2009					
	Privado		Público		Total	
	Nº IVG	%	Nº IVG	%	Nº IVG	%
Cirúrgico com anestesia geral	5685	95,18%	356	2,69%	6041	31,43%
Cirúrgico com anestesia local	166	2,78%	38	0,29%	204	1,06%
Medicamentoso	119	1,99%	12777	96,44%	12896	67,09%
Outro	3	0,05%	35	0,26%	38	0,20%
Desconhecido			43	0,32%	43	0,22%
Total	5973	100,00%	13249	100,00%	19222	100,00%

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2011), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de Abril, dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2009*, Ministério da Saúde.

Uma Perspetiva de Custos da Interrupção da Gravidez por opção da mulher

Quadro 1 - Distribuição por motivo das IG e região, 2010

2010									
Região	Açores	Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Madeira	Norte	Total	
Motivos	Nº IG								%
Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão p/ o corpo ou p/ a saúde física ou psíquica da grávida					6	2		8	0,04%
Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida			3	1	60		2	66	0,34%
Grave doença ou malformação congénita do nascituro	1		29	109	189	18	94	440	2,26%
Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual				1	6		4	11	0,06%
Por opção da mulher	57	299	1301	2455	10468	281	4050	18911	97,30%
Total	58	299	1333	2566	10729	301	4150	19436	100,00%

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2011), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de Abril, dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2010*, Ministério da Saúde.

Quadro 2 - IG por opção da mulher, por região de saúde da instituição prestadora, 2010

2010		
Região de Saúde	Nº IG	%
Norte	4050	21,42%
Centro	2455	12,98%
LVT	10468	55,35%
Alentejo	299	1,58%
Algarve	1301	6,88%
Açores	57	0,30%
Madeira	281	1,49%
Total	18911	100,00%

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2011), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de Abril, dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2010*, Ministério da Saúde.

Quadro 3 - IG por opção da mulher, por classe etária, 2010

2010		
Classe Etária	Nº IG	%
<15	99	0,52%
15-19	2185	11,55%
20-24	4146	21,92%
25-29	4174	22,07%
30-34	3855	20,38%
35-39	3057	16,17%
40-44	1217	6,44%
45-49	116	0,61%
>=50	4	0,02%
Desconhecido	58	0,31%
Total	18911	100,00%

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2011), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de Abril, dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2010*, Ministério da Saúde.

Quadro 4 - IG por opção da mulher, por número de IG anteriores, 2010

2010		
Nº IG Anteriores	Nº IG	%
0	14260	75,41%
1	3673	19,42%
2	727	3,84%
3	152	0,80%
4	56	0,30%
5	25	0,13%
6	10	0,05%
7	2	0,01%
9	2	0,01%
>=10	4	0,02%
Total	18911	100,00%

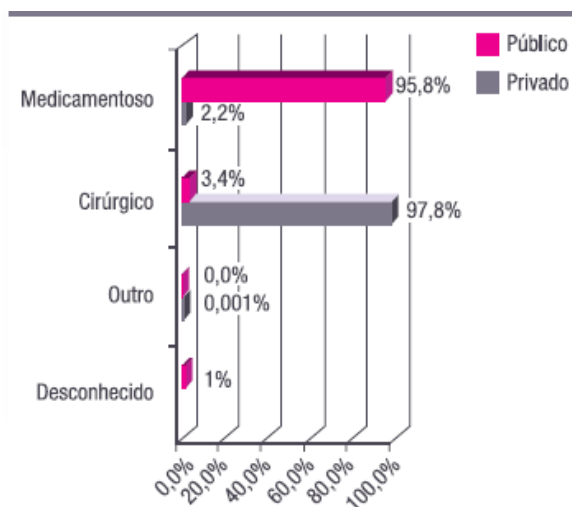
Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2011), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de Abril, dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2010*, Ministério da Saúde.

Quadro 5 - IG por opção da mulher, por procedimento e tipo de instituição, 2010

2010				
	Público	Privado	Total	%
Procedimentos	Nº IG			
Cirúrgico com anestesia geral	410	5651	6061	32,05%
Cirúrgico com anestesia local	26	180	206	1,09%
Medicamentoso	12404	131	12535	66,28%
Outro	21	3	24	0,13%
Desconhecido	85	0	85	0,45%
Total	12946	5965	18911	100,00%

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2011), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de Abril, dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2010*, Ministério da Saúde.

Gráfico 5 - IG por opção da mulher, por procedimento e tipo de instituição, 2010



Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva (2011), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo da Lei 16/2007, de 17 de Abril, dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2010*, Ministério da Saúde.

Uma Perspetiva de Custos da Interrupção da Gravidez por opção da mulher

Quadro 6 - Distribuição por motivo das IG e região, 2011

Motivos	Regiões							Total	%
	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Açores	Madeira		
Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão p/ o corpo ou p/ a saúde física ou psíqu. da grávida	1	2	5		3		1	12	0,06%
Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	3	4	50					57	0,28%
Grave doença ou malformação congénita do nascituro	106	121	135		27	1	15	405	2,00%
Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual	3	1	7	3				14	0,07%
Por opção da mulher	4290	2766	10994	203	1265	11	273	19802	97,59%
Total	4403	2894	11191	206	1295	12	289	20290	100,00%

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva, Divisão de Estatística da Saúde (2012), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez ao abrigo da Lei 16/2007 DE 17 de Abril - Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2011*, Ministério da Saúde.

Quadro 7 - IG por opção da mulher, por região de saúde da instituição prestadora, 2011

Região	Nº IG	%
Norte	4403	21,70%
Centro	2894	14,26%
LVT	11191	55,16%
Alentejo	206	1,02%
Algarve	1295	6,38%
Açores	12	0,06%
Madeira	289	1,42%
Total Geral	20290	100,00%

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva, Divisão de Estatística da Saúde (2012), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez ao abrigo da Lei 16/2007 DE 17 de Abril - Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2011*, Ministério da Saúde.

Quadro 8 - IG por opção da mulher, por classe etária, 2011

Grupo etário	Nº IG	%
<15	83	0,41%
15-19	2257	11,12%
20-24	4543	22,39%
25-29	4403	21,70%
30-34	4185	20,63%
35-39	3392	16,72%
40-44	1297	6,39%
45-49	115	0,57%
50+	3	0,01%
Desconhecido	12	0,06%
Total Geral	20290	100,00%

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva, Divisão de Estatística da Saúde (2012), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez ao abrigo da Lei 16/2007 DE 17 de Abril - Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2011*, Ministério da Saúde.

Quadro 9 - IG por opção da mulher, por número de IG anteriores, 2011

Nº IG	Total IG	%
0	14672	74,09%
1	4039	20,40%
2	826	4,17%
3	173	0,87%
4	53	0,27%
5	18	0,09%
6	7	0,04%
7	3	0,02%
8	3	0,02%
+10	8	0,04%
Total Geral	19802	100,00%

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva, Divisão de Estatística da Saúde (2012), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez ao abrigo da Lei 16/2007 DE 17 de Abril - Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2011*, Ministério da Saúde.

Uma Perspetiva de Custos da Interrupção da Gravidez por opção da mulher

Quadro 10 - IG por opção da mulher, por procedimento e tipo de instituição, 2011

Procedimentos	Público		Privado		Total Nº IG	Total %
	Nº IG	%	Nº IG	%		
Cirúrgico com anestesia geral	487	3,67%	6236	95,22%	6723	33,95%
Cirúrgico com anestesia local	22	0,17%	164	2,50%	186	0,94%
Medicamentoso	12725	96,02%	147	2,24%	12872	65,00%
Outro	19	0,14%	2	0,03%	21	0,11%
Total Geral	13253	100,00%	6549	100,00%	19802	100,00%

Fonte: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Reprodutiva, Divisão de Estatística da Saúde (2012), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez ao abrigo da Lei 16/2007 DE 17 de Abril - Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2011*, Ministério da Saúde.