

OS CUSTOS DA INTERRUÇÃO LEGAL DA GRAVIDEZ
POR OPÇÃO DA MULHER
ANÁLISE DE UMA REALIDADE

Cláudia Raquel Fernandes Milhinhos

Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:
Prof. Nuno Crespo, Professor Auxiliar, ISCTE Business School, Departamento de Economia

Outubro, 2012

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Nuno Crespo os meus sinceros agradecimentos, pelo apoio e incentivo com que sempre me orientou.

A todos aqueles que me ajudaram para que a realização deste trabalho fosse possível.

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

RESUMO

Em Portugal, a IVG foi despenalizada se realizada por opção da mulher, até 10 semanas de gravidez, pela entrada em vigor da Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril.

O conhecimento das características da ocorrência da IVG é fundamental para prevenir os riscos associados à sua realização e planear os serviços, nomeadamente os relacionados com atividades de saúde materno-infantil e planeamento familiar em contexto de escassez de recursos, no sector da saúde a nível nacional e internacional.

A questão principal deste estudo é conhecer a realidade socioeconómica da IVG legal no pós 2007.

O estudo é uma análise retrospectiva e descritiva. Os dados foram colhidos da análise documental dos processos clínicos das mulheres que recorreram à consulta de IVG no CHLN, de Julho de 2007 a Dezembro de 2010 e da análise de dados da ACSS, da DGS e do INE.

De 1.888 IVG realizadas verificou-se que a totalidade ocorreu pelo método medicamentoso com um custo total suportado pelo SNS de 726.861,70€ e um custo total dos cuidados de saúde após a interrupção de 91.711,77€, pelo que o valor real da IVG foi de 818.572,90€. Foi ainda calculado um custo mínimo de 428,07€ e máximo de 990,31€ para cada IVG medicamentosa, valores consideravelmente superiores ao preço unitário de GDH estabelecido para a IVG legal medicamentosa em ambulatório (342,00€).

A redução a longo prazo, do número de IVG e dos custos a elas associados está diretamente dependentes da implementação de intervenções de planeamento familiar em contexto de consulta de interrupção.

Palavras-chave: Interrupção legal da gravidez por opção da mulher; custos; atividades de planeamento familiar; escassez de recursos

ABSTRACT

In Portugal, in the first 10 weeks of pregnancy, abortion is legal since 2007 (Law nº 16/2007 of 17 the April).

The characteristics and the occurrence of abortion are essential to prevent the risks associated and for planning services. These services include activities of maternal and child health and family planning in a current context of scarce resources.

The main objective of this study is to frame the socioeconomic reality of legal abortion in this country.

A prospective and transversal study was performed. Data were collected directly from the analysis of patient's clinical records in CHLN, from July 2007 to December 2010. We also analyzed data from the ACSS, the DGS and the INE reports.

The 1.888 legal abortions occurred from July 2007 to 2010. All of them were performed by the non-surgical methods. The total cost incurred by Portuguese Health System was € 726.861,70 and the complications care cost was € 91.711,77, thus the total cost of those legal abortions was € 818.572,9. We also found that the cost of each legal abortion is between € 428.07, (a minimal cost), and € 990.31 (a maximum cost), depending on the situation complexity. These costs are considerably higher than the value established by Portuguese Health System (€342).

The reduction of the number of legal abortion and the costs reduction associated are directly dependent from implementation of planning family services in the context of pregnancy interruption.

Keywords: legal abortion; costs; planning family services; scarce resources

INDICE

INTRODUÇÃO	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1.1.O ABORTO.....	5
1.2. O ABORTO INSEGURO NO MUNDO.....	6
1.3. O ABORTO SEGURO NO MUNDO.....	10
1.4. A INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ EM PORTUGAL.....	13
1.5. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS EM PORTUGAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DA LEI 16/2007 DE 17 DE ABRIL	15
1.5.1. A consulta prévia	16
1.5.2. A interrupção da gravidez	17
1.5.3. Consulta de controlo.....	24
1.6. ANÁLISE DE CUSTOS	24
2. METODOLOGIA	27
2.1. LOCAL.....	27
2.2. PARTICIPANTES	29
2.3. OPÇÃO METODOLÓGICA	29
2.4. PROCEDIMENTOS	31
2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	31
2.5.1. Análise documental	32
2.5.2. Observação direta.....	33
2.6. TRATAMENTO DOS DADOS.....	33
2.7. CONSIDERAÇÕES ACERCA DE VALIDADE E FIABILIDADE	34
3. RESULTADOS	37
3.1. CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	37
3.2. CARACTERIZAÇÃO DAS CONSULTAS DE IVG	39
3.3. CARACTERIZAÇÃO DOS CUSTOS ASSOCIADOS À CONSULTA DE IVG	46
4. DISCUSSÃO, CONCLUSÕES E SUGESTÕES	51
5. BIBLIOGRAFIA	61
ANEXO.....	67
INDICE DE QUADROS	
INDICE DE TABELAS	

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Variável, Descrição, Escala de medida e gama de valores.	79
Quadro 2 - Variável, Descrição, Escala de medida e gama de valores.	80
Quadro 3 - Quantidade de contraceptivo hormonal oral disponibilizado por marcas comerciais (caixas).	44

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Características sócio – demográficas da população.	37
Tabela 2 – Dados relativos ao nº de filhos.	38
Tabela 3 – Dados relativos a IVG anteriores.	38
Tabela 4 – Dados relativos ao Planeamento Familiar no último ano.	39
Tabela 5 – Nº de IVG legais realizadas, por ano e no total dos 3 anos e meio.	39
Tabela 6 – Dados relativos ao acesso à IVG.	40
Tabela 7 - Idade gestacional no momento da IVG (semanas).	40
Tabela 8 – Tipo Gestação.	40
Tabela 9 – Nº de IVG por dias de espera para a consulta prévia.	41
Tabela 10 – Nº de IVG por dias de espera entre a consulta prévia e a intervenção.	41
Tabela 11- Nº de IVG por tipo de método utilizado na interrupção.	41
Tabela 12 - Nº de consultas da atual IVG.	42
Tabela 13 - Nº de Consultas de planeamento familiar (P.F.) adicionais por procedimento realizado.	42
Tabela 14 – Dados relativos ao tipo de terapêutica disponibilizada pelo nº de IVG.	43
Tabela 15 – Dados relativos aos cuidados de saúde necessitados devido a complicações, após a interrupção pelo nº de IVG realizadas.	45
Tabela 16 – Custo suportado pelo SNS na IVG legal medicamentosa em ambulatório, por cada ano nos 3 anos e meio.	47
Tabela 17 – Custo suportado pelo SNS na IVG legal medicamentosa em internamento, por cada ano nos 3 anos e meio.	48
Tabela 18 – Custo suportado pelo SNS em outros episódios por cada ano nos 3 anos e meio.	48
Tabela 19 – Custo suportado pelo SNS em urgências por cada ano nos 3 anos e meio.	48
Tabela 20 – Custo suportado pelo SNS em consultas adicionais de planeamento familiar com procedimento realizado no total dos 3 anos e meio.	49

Tabela 21 – Custo anual e total das repetições das IG legal por opção da mulher.	49
Tabela 22 – Dados relativos ao custo mínimo e máximo da IVG medicamentosa em ambulatório.	50

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

LISTA DE ABREVIATURAS

a. – Ano

Ác. - Ácido

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

Amp. – Ampolas

APF - Associação para o Planeamento Familiar

ARS – Administração Regional de Saúde

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

c. - Consultas

Comp. – Comprimido

Cont. - Continuação

DALY'S – Anos de vida ajustados à incapacidade

DGS – Direção-Geral de Saúde

DIU – Dispositivo intra-uterino

DSMIA – Divisão de Saúde Materna Infantil e dos Adolescentes

EMA – Agencia Europeia do Medicamento

EPE – Entidade Publica Empresarial

EUA – Estados Unidos da América

FDA – Food and Drug Administration

FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

g. - Gramas

GDH - Grupos de Diagnósticos Homogéneos

Ginec. - Ginecológica

h - Hora

HSM – Hospital Santa Maria

IG – Interrupção da gravidez

IMC – Índice de massa corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPPF – International Planned Parenthood Federation

ISCTE – Instituto Superior

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

IVG - Interrupção voluntária da gravidez

Max. – Máximo

MCD – Meios complementares de diagnóstico

mg. – Miligramas

Min. – Mínimo

Nº - Numero

OMS - Organização Mundial da Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PCR – Proteína C Reativa

P.F. – Planeamento Familiar

PNS – Plano Nacional de Saúde

Prof. – Professor

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

Sol. – Solução

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCE – Unidade de concentrado de eritrócitos

UCF'S – Unidades Coordenadoras Funcionais

UE – União Europeia

UI – Unidades Internacionais

Unid. - Unidade

US\$ - Dólares dos Estados Unidos da América

WHO – World Health Organization

β HCG – Subunidade da gonadotrofina coriónica

INTRODUÇÃO

Em Portugal, a interrupção voluntária da gravidez (IVG) passou a não ser legalmente punível se realizada por opção da mulher nas primeiras 10 semanas de gravidez. Esta alteração observa-se na sequência da entrada em vigor da portaria n.º 741-A/2007 de 21 de Junho e ao abrigo da Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril (revendo o artigo 142.º do Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de Março, posteriormente alterado pela Lei n.º 90/97, de 30 Julho).

As características das atividades relacionadas com a interrupção da gravidez numa população são relevantes para compreender o seu padrão de fertilidade, prevenir os riscos associados à realização dessa interrupção e planear a gestão eficiente dos serviços prestadores de cuidados de saúde nomeadamente, os relacionados com as atividades de saúde materno-infantis e planeamento familiar (Henshaw et al., 1987). No entanto, o conhecimento destas características da ocorrência da interrupção da gravidez é difícil quer nos países onde ela é permitida por lei quer nos países onde não o é (Singh et al., 2009).

A escolha do tema em estudo, os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher – análise de uma realidade, foi feita numa perspetiva do profissional na área de saúde, considerando-o como gestor dos cuidados prestados, inserido numa cultura de desenvolvimento sustentável, motivado para adquirir o conhecimento, a aptidão e a performance, que permitam as escolhas terapêuticas mais adequadas e simultaneamente eficientes. Mas é ainda paralelamente considerada a perspetiva da sociedade quanto ao impacto económico da IVG legal, num determinado contexto. O tema abordado, foi objeto de vários estudos e intenso debate antes da legalização, contudo pouco se investigou ou refletiu publicamente volvidos já cinco anos após legalização do ato.

A principal motivação para investigar a interrupção legal da gravidez por opção da mulher relaciona-se com o âmbito profissional da investigadora, que na sua atividade laboral desempenha competências na gestão de recursos relacionados com a consulta de IVG, de acordo com atitudes terapêuticas e procedimentos institucionais protocolados.

A IVG é atualmente reconhecida como legal até às 10 semanas de gestação, em Portugal, deixando de ser considerada um problema de saúde pública, a qual trazia consequências graves para a mulher (WHO, 2007).

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

Pretende-se que este trabalho proporcione um contributo efetivo para o diagnóstico da situação atual, bem como para a futura fundamentação, adoção e/ou reformulação de atitudes e procedimentos terapêuticos, na realidade em análise.

Este estudo é pertinente, uma vez que após a legalização do aborto até às 10 semanas de gestação, em 2007 são várias as atitudes terapêuticas a adotar para o cumprimento da lei. Deste modo importa saber, mesmo conhecendo os ganhos em saúde já conseguidos com a legalização da IVG, onde podemos criar mais poupança pela implementação de protocolos de serviço que aumentem os referidos ganhos, estimando o seu impacto socioeconómico que fornecerá aos gestores de políticas de saúde maior capacidade para a tomada de decisão, frente a um cenário de escassez de recursos e necessidade de priorizar a sua alocação. Assim, torna-se importante descrever os custos associados à interrupção legal da gravidez, bem como os custos das complicações resultantes do procedimento realizado. Pelo referido, urge dirigir a atenção para esta consulta atualmente em funcionamento em âmbito hospitalar, com a intenção de a avaliar em termos socioeconómicos.

Desde a sua legalização em 2007, não existe uniformização dos procedimentos a adotar na IVG, instituições diferentes protocolos variados. A Lei 16/2007 de 17 de Abril, e as orientações da Direção Geral da Saúde (DGS), prevêem a opção da mulher acerca do procedimento de interrupção de gravidez a efetuar, sob orientação médica. O problema surge quando, apesar do direito de opção quanto ao procedimento existem constrangimentos institucionais relacionados com os recursos disponíveis para o cumprimento dos mesmos, associados a falta de evidência científica que comprove ou sustente o investimento em determinado plano terapêutico em detrimento de outros. Para tal, é essencial caracterizar os custos económicos (serão apresentados apenas custos diretos) associados à consulta de IVG numa determinada instituição de saúde, sendo que esta utiliza em maior proporção determinado procedimento terapêutico, será por inerência conhecido o custo associado ao método utilizado.

A questão principal deste estudo é pois a de conhecer a realidade socioeconómica da IVG legal no pós 2007, numa instituição de saúde.

Sendo assim, emergem as seguintes questões parcelares:

1. Quantas interrupções legais de gravidez por opção da mulher foram realizadas?
2. Que mulheres realizam a IVG legal?
3. Que tipos de procedimentos foram utilizados para a IVG legal?

4. Quais os custos associados a cada procedimento utilizado na IVG legal?
5. Que complicações foram decorrentes dos procedimentos adotados para a IVG legal?
6. Quais os custos associados à resolução das complicações da IVG legal?
7. Quais os benefícios económicos relacionados com a adoção de cada procedimento de IVG legal?

Ao manter-se os níveis de atividade na consulta de IVG e não se verificando a redução dos custos globais associados a esta atividade, esta redução só poderá resultar da melhoria sistemática na caracterização e otimização desta atividade. Assim, é objetivo deste estudo avaliar os custos económicos associados à consulta de interrupção voluntária de gravidez numa determinada instituição de saúde em Portugal, a fim de verificar a necessidade de reformular protocolos terapêuticos que respondam de forma individualizada às necessidades de cada mulher, mas também que maximizem a gestão dos recursos com vista à poupança no sector da saúde.

Esta investigação está organizada em diferentes partes, com base nas etapas de um trabalho de investigação.

Na primeira parte, o enquadramento teórico, aborda conceitos gerais sobre o aborto, o aborto inseguro no mundo e as suas complicações, o aborto seguro no mundo, com o que a legalização permitiu em termos de ganhos em saúde, aspetos específicos sobre legalização da interrupção voluntária da gravidez em Portugal e a descrição da organização dos serviços em Portugal para por em prática a lei que legaliza a IVG, finalizando uma reflexão sobre a avaliação de custos no contexto de programas de saúde.

Na segunda parte, apresentam-se as opções metodológicas selecionadas, a forma como os dados foram recolhidos e posteriormente tratados. À medida que os resultados foram apresentados, foram discutidos. Na terceira parte, apresentam-se as conclusões da investigação num discurso reflexivo e à luz da literatura internacional.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1.O ABORTO

Aborto é o nome dado ao produto da concepção eliminado numa interrupção da gravidez antes que este produto se torne independentemente viável. A Organização Mundial da Saúde, WHO (2007) estabelece que esta viabilidade acontece a partir da 20^a - 22^a semana de gravidez e quando o produto da concepção pesa mais de 500g. Mas por força do uso da palavra, o ato de interrupção da gravidez, quer espontânea quer intencional, nestas condições tem sido também denominado como “aborto”.

O aborto pode acontecer espontaneamente, segundo Cox (2005), se o esvaziamento do útero acontecer espontaneamente sem recorrer a métodos médicos ou mecânicos. Mais de 80% dos abortos espontâneos ocorrem nas primeiras 12 semanas de gravidez e metade destes devem-se a anomalias cromossómicas (Graça, 2010).

O aborto provocado é descrito pelo Comité de Ética da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, FIGO, como a “interrupção da gravidez pelo uso de drogas ou intervenção cirúrgica após a implantação e antes que o produto de concepção se tenha tornado independentemente viável” (Schenker e al., 1999:318). Acima do limite estabelecido pela WHO o término da gravidez é considerado como parto prematuro até à 38^a semana de gravidez.

De acordo com a WHO (2007) anualmente, o número de mulheres que não planeia a gravidez ronda os 80 milhões. Metade destas mulheres decidem interromper a gravidez e as que o fazem poderão ser bem-sucedidas e/ou correr um risco para a sua saúde em termos de morbilidade e mortalidade, que é 20 a 25% superior. Um estudo de Bankole et al., (1998) avaliou as razões que levariam as mulheres a interromper a gravidez e verificou que para esta decisão contribuem mais do que um único fator. Este é um fenómeno complexo relacionado com a possibilidade de decisão individual no que respeita ao adiamento ou rejeição do momento da maternidade ou relacionado com aspetos socioeconómicos na sua maioria.

A gravidez indesejada é também uma realidade pois, a interrupção pode não ser conseguida e as mulheres pouco conscientes de que arriscam a sua vida tentam um aborto provocado e inseguro. Assim, para além das duas anteriores definições de aborto espontâneo e aborto provocado parece ainda, importante clarificar os termos de aborto seguro e inseguro/risco.

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

A WHO (1992:3) define o aborto de inseguro/risco como “um procedimento para interromper uma gravidez indesejada, realizado por pessoas que não têm as qualificações necessárias e/ou que o fazem num ambiente que não tem os padrões médicos mínimos, ou ambos.” Numa interrupção de gravidez, o ambiente onde decorre o procedimento e as qualificações profissionais do profissional que o executa são fatores decisivos desta prática. O controlo da prática está diretamente relacionada com o enquadramento legal de cada país. Assim teremos abortos seguros se é um procedimento efetuado em estabelecimentos de saúde equipados e regulados, com profissionais de saúde capacitados obedecendo a critérios de controlo e qualidade. Contudo, o aborto torna-se inseguro, mesmo com leis amplamente permissivas, se estas leis num determinado país não são implementadas de maneira equitativa ou os cuidados não são de acesso universal com a disponibilidade de todos os recursos necessários.

De acordo com um estudo Sedgh (2007), desde 1995 os úmeros do aborto provocado estão a decrescer nos países desenvolvidos com leis menos restritivas sobre o aborto. Os abortos que são realizados fora do enquadramento legal, normalmente são abortos inseguros ou clandestinos (efetuado de modo secreto/ violando a lei). Estes ocorrem na sua maioria em países em desenvolvimento, com a aplicação de métodos perigosos e a administração de medicamentos incorreta ou sem critérios de segurança efetuada por prestadores pouco qualificados, sem especialização e/ou em condições pouco higiénicas que envolvem risco. Ainda, em caso de emergência pode não haver de imediato o suporte básico, ou em caso de complicações a mulher pode hesitar na procura de ajuda imediata (WHO, 1992).

Em geral, o que se assiste no mundo segundo dados da WHO (2011) é que nos países onde o aborto é legalmente restringido as mulheres recorrem a métodos e prestadores de cuidados clandestinos e inseguros, nos países onde é legalmente permitido de forma abrangente é provável que as mulheres recorram a procedimentos seguros, em instituições de saúde legalmente autorizadas. Logo, percebe-se uma relação direta entre a lei e a segurança do aborto em termos gerais, pois como já foi descrito e de acordo com um relatório do Ministerio de Sanidad y Política Social (2010), publicado em Espanha, o acesso aos cuidados de saúde definido como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, em local apropriado e no momento adequado é uma componente essencial para aborto seguro.

1.2. O ABORTO INSEGURO NO MUNDO

A estimativa mais recente mostra que em 2008, de acordo com um relatório da WHO

(2011:2), “ a cada ano, em todo o mundo, cerca de 210 milhões de mulheres ficam grávidas e mais 135 milhões destas são gravidezes levadas até ao termo. Os restantes 75 milhões de gestações terminam em fetos mortos, aborto espontâneo ou induzido”. Verifica-se pelos dados apresentados no mesmo relatório, que “em 2003 cerca de 42 milhões de gestações foram voluntariamente interrompidas: 22 milhões em segurança e 20 milhões sem segurança” WHO (2011:2). Cerca de 97,0% desses abortos inseguros aconteceram nos países em desenvolvimento, que têm leis mais restritivas ou menor acesso a serviços com segurança, a informação e a práticas planeamento familiar. O aborto inseguro resulta em cerca de 40% dos casos em complicações que implicam tratamento médico, e 15 a 25% das mulheres que se submetem a abortos inseguros, experimentam essas complicações, não recebendo cuidados porque não têm consciência da gravidade das complicações ou porque sente medo de represálias, maus-tratos, ou sanções legais (Singh, 2006). O resultado das complicações do aborto inseguro é o aborto incompleto, aborto séptico, sepsis, hemorragia, choque hipovolémico, roturas e perfurações uterinas, perfurações intestinais, peritonite e traumatismo abdominal/genital, doença inflamatória pélvica, dor crónica pélvica, anemia, infertilidade e morte (Singh et al., 2009). A estimativa da WHO (2011:40) é de que “por ano, ocorrem no mundo 70 mil mortes maternas decorrentes do aborto inseguro”,

O tratamento das complicações resultantes do aborto, segundo um relatório do Instituto Guttmacher, constitui atualmente 4,0% dos custos totais dos cuidados médicos relacionados com a gravidez (Singh et al., 2009). O resultado da redução no número de abortos inseguros teria um grande impacto nos custos dos serviços de saúde. Singh et al. (2009: 42) indica que “o custo médio estimado em (US\$) dólares dos Estados Unidos da América EUA, em 2006, disponibilizado pelos governos para fornecer o tratamento para a doença e incapacidade associada com o aborto inseguro é de US \$83,00 por caso tratado em África, e US \$94,00 na América Latina. No entanto, estes resultados são abaixo do valor do custo total para os sistemas de saúde, pois não incluem os custos fixos ou investimentos de capital. Se estes custos indiretos fossem incluídos, o custo médio total estimado seria de US \$114,00 a \$130,00 para a África e América Latina”. Num estudo realizado por Singh (2006:1890), ficou demonstrado que “cinco milhões de mulheres são hospitalizadas por ano nos países em desenvolvimento, para o tratamento das complicações do aborto inseguro”.

Vlassoff et al. (2008), estimam um custo anual para os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento entre os US \$463 e US \$555 milhões, para tratar as graves consequências do aborto inseguro. A adicionar a estes valores estimaram ainda, US \$373 milhões se cerca de 3

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

milhões de mulheres que precisam de cuidados após o aborto, os recebessem efetivamente. Quando se incluem os custos fixos e investimentos de capital, o custo anual estimado para os sistemas de saúde é de US \$680 milhões.

Tendo em conta ainda, os dados apresentados no estudo de Singh et al. (2009:42) deve ser “incluído um custo anual de pelo menos US \$23 milhões para tratamento de complicações menores, um custo anual de pelo menos US \$6.000 milhões para tratamento de todos os casos de infertilidade após o aborto e US \$200 milhões por ano para despesas com o tratamento de complicações, pagos com dinheiro dos próprios indivíduos e famílias. O custo anual de US \$930 milhões deve ser adicionado e contabilizado pela sociedade e pelos indivíduos, dada a perda de rendimento devido às mortes ou incapacidade a longo prazo e pelas consequências crônicas para a saúde resultantes do aborto inseguro. No entanto, se todas as mulheres em risco de gravidezes indesejadas utilizassem métodos contraceptivos, haveria uma redução dos custos relacionados com a gravidez indesejada e com o aborto inseguro em cerca de US \$230 milhões por ano e para US \$9 milhões, se todas as mulheres realizassem abortos seguros”.

O aborto tem assim, custos associados para a mulher, para as suas famílias e sociedade em geral, não só os custos diretos relacionados com as despesas do procedimento mas também, os custos indiretos relacionados com o tratamento de complicações, as viagens/deslocações para o local, a perda de tempo de trabalho, assim como do tempo necessário para voltar ao mesmo, ou para o regresso da mulher à realização normal das suas tarefas diárias. E ainda, os custos intangíveis relativos ao sofrimento e à dor associados ao ato de interrupção de gravidez.

Outra abordagem ao problema, das graves consequências para saúde causadas pelos abortos inseguros é aplicar a metodologia proposta pela WHO (2004:40), que estima os anos de vida ajustados por incapacidade (DALY's). “Este é um método padronizado para medir o impacto total da doença na saúde da uma população, permitindo comparações entre as doenças e a doença em específico nas várias regiões do mundo. A medida quantifica o efeito da morte e da doença através da soma do número de anos perdidos em resultado da morte prematura, e o número de anos saudáveis perdidos por viver com deficiência a curto ou longo prazo”.

Um relatório desta organização revela que em 2003, 20% dos DALY's em países em desenvolvimento foi resultado da morbilidade e mortalidade materna devido ao aborto inseguro (WHO, 2007). Se esta população for limitada a uma amostra que inclui as mulheres entre 15 e 29 anos (faixa etária em que ocorre mais mortalidade materna devido ao aborto inseguro), Singh et al. (2009:44) referem que “a proporção de todos os DALY's maternos perdidos devido ao aborto inseguro é um pouco maior, 23%. No Sudeste Asiático e Sul da

Ásia esta proporção é mais elevada 26%, na América Latina e África é equivalente à média entre 23 e 24%, na Ásia Ocidental é menor 12%, na Ásia Oriental é muito baixo 1%, indicando que existem grandes diferenças regionais no status legal do aborto e na segurança dos abortos. Na verdade, mais de 6 milhões de DALY's perderam-se no mundo inteiro em resultado da mortalidade e morbidade no pós-aborto, quase 45% ocorreram na África e outros 45% no Sul da Ásia, 10% perde-se no resto dos países em desenvolvimento”.

Assim, e apesar dos valores estimados serem para os países em desenvolvimento, a prática do aborto seguro não só salva vidas humanas mas também reduz os custos com a saúde, porque significa melhoria no acesso das mulheres aos cuidados e ao planeamento familiar, com repercussões para a saúde em geral. Pois, estes cuidados pela sua abrangência em áreas problemáticas tais como as infeções sexualmente transmissíveis, rastreios da saúde reprodutiva como cancro colo do útero e mama, obesidade, hipertensão arterial, diabetes, violência de géneros, doméstica ou sexual, são metas estabelecidas no Plano Nacional de Saúde Português (PNS) 2011-2016, baseadas nas principais causas de mortalidade prematura, medida em anos de vida potencialmente perdidos nos países da União Europeia (UE) que integram a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) em 2007 (Direção Geral da Saúde DGS, 2011).

Face aos dados apresentados será importante fazer referência a marcos mundiais nesta temática. 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. As Nações Unidas durante as suas conferências “A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento” no Cairo (1994) e a “Quarta Conferência Mundial da Mulher” em Pequim (1995) defenderam que os governos e as organizações deverão fortalecer o seu compromisso, com a saúde das mulheres e deverão lidar com os impactos na saúde provocados pela realização de abortos inseguros como uma prioridade da Saúde Pública. Em Junho de 2002, o Parlamento Europeu aplicou o relatório “Lancker” (Relatório Van Lancker A5-00223/2002), relatório sobre os direitos em matéria de saúde sexual e reprodutiva, onde se estabeleceram medidas a serem implementadas pelos diferentes países da União Europeia e países candidatos a ela, relativas à disponibilidade do aborto legal, seguro e acessível a todas as mulheres, sem sanções para as que o tenham praticado de forma ilegal (Parlamento Europeu, 2002). A WHO (2007:20) defende que: “Os governos têm que

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

avaliar o impacto dos abortos inseguros, reduzir a necessidade de abortar e proporcionar serviços de planejamento familiar alargados e de qualidade, deverão enquadrar as leis e políticas sobre o aborto tendo por base um compromisso com a saúde das mulheres e com o seu bem-estar e não com base nos códigos criminais e em medidas punitivas. (...) As mulheres que desejam por termo à gravidez deverão ter um pronto acesso a informação fidedigna, aconselhamento não-diretivo e em paralelo, devem ser prestados serviços para a prevenção de uma gravidez indesejada assim como, a resolução e resposta face a possíveis complicações.”

A partir deste ciclo de conferências, mais de 20 países no mundo mudaram as suas leis sobre aborto, a maior parte para ampliar ou legalizar o aborto até determinada idade gestacional, registaram-se ainda melhorias nos cuidados relativos ao planejamento familiar, a distribuição de anticoncetivos e nos cuidados em saúde reprodutiva, que inclui o acesso ao aborto legal e seguro.

1.3. O ABORTO SEGURO NO MUNDO

A legalização do aborto tem expressão na segurança associada ao procedimento de interrupção mas não significa que este esteja ao acesso de todas as mulheres. Em países como a Índia e a África do Sul com leis permissivas relativas ao aborto, as taxas de aborto inseguro em 2003 ainda são elevadas. Quer a aplicação universal da lei, quer as barreiras culturais constituem limitações ao aborto seguro.

As razões no âmbito da saúde que justificam o aborto seguro são relativas à diminuição da taxa de mortalidade materna, diminuição do número e gravidade das complicações relacionadas com o procedimento, diminuição do número de gravidez na adolescência e suas complicações associadas. “Em 2002 na África do Sul, por exemplo, seis anos depois da liberalização da lei do aborto, as mortes devidas ao aborto inseguro decaíram para menos de 50% e o número e a gravidade das complicações do aborto decresceram também drasticamente. Da mesma forma, as bases de dados dos hospitais públicos no Nepal, logo após a legalização do aborto em 2004, registaram um decréscimo acentuado no número de mulheres admitidas com complicações resultantes do aborto e da severidade dessas complicações. A mortalidade relacionada com a gravidez também diminuiu.” (Cohen, 2009:4).

De acordo com os dados de um estudo de Sedgh et al. (2007), dos 41,6 milhões de abortos realizados no mundo em 2003, 21,9 milhões foram abortos seguros, acontecendo a maioria nos EUA e na ex-República Soviética Russa. Cerca de 15,8 milhões aconteceram em países em desenvolvimento, principalmente na Ásia Central, Europa Ocidental e Oriental onde se registaram as mais altas taxas de aborto destas regiões. “A Ásia Oriental representa o local onde ocorreram mais de metade dos abortos seguros, em grande parte devido ao impacto da China (8,8 milhões de abortos seguros) e Índia (2,4 milhões), respetivamente. Ainda, 2,1 milhões de abortos seguros foram praticados no Sudeste Asiático (principalmente no Vietnam, Camboja e Singapura). A ex-República Soviética Russa da Ásia Central contribuiu com 0,9 milhões e segundo estimativas a Ásia Ocidental com 0,8 milhões de abortos ocorridos principalmente em Israel, Turquia, Arménia, Azerbaijão, Geórgia. Os abortos seguros que aconteceram na Tunísia, África do Sul, Cuba também contribuíram para o número total de abortos nos países em desenvolvimento. Os restantes abortos seguros, 6,1 milhões ocorreram nos países desenvolvidos: na Europa 3,9 milhões, 1,5 milhões nos Estados Unidos e Canadá, cerca de 600 mil no Japão, Austrália e Nova Zelândia”, Singh et al. (2009:24).

O aborto legal é permitido sem restrições durante o primeiro trimestre na maioria dos países com leis menos restritivas. No entanto, em países que permitem os procedimentos durante o segundo trimestre, este está associado a razões relacionadas com salvar a vida da grávida, proteção da saúde física e mental da mãe, malformações fetais, violação ou incesto. Apenas catorze países permitem o aborto por razões socioeconómicas, destes fazem parte a Índia, o Japão, Reino Unido e a Austrália. A proporção de abortos realizados após 12 semanas, no mundo ronda os 10 a 15% de todos os abortos induzidos. Em 2006, no Reino Unido esta proporção foi de 11%, de 12% nos EUA e na Holanda foi de 6%. A África do Sul é o país que tem uma das mais elevadas proporções de abortos realizados no segundo trimestre, esta rondava os 20% em 2004 (Singh et al., 2009; Jones e Finer, 2011; Harries et al. 2007).

As estimativas existentes no mundo, de quanto custa o aborto seguro são baseadas nos custos diretos relativos ao procedimento. Contudo, um estudo efetuado por Levin et al. (2009) com o objectivo de estimar o custo do aborto seguro realizado na cidade do México, incluiu diferentes categorias de custos diretos e indiretos: os custos relacionados com o procedimento e suas complicações, que englobam os relativos a despesas com profissionais, com medicação, material clínico e equipamento; os custos de manutenção; e os custos para a mulher em viagens para o local da realização do aborto, assim como os associados ao tempo

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

de falta ao trabalho. Os valores obtidos para os mesmos variam de acordo com o procedimento realizado, médico ou cirúrgico e de acordo o tipo de instituição de saúde prestadora de cuidados, hospital ou clínica privada. Os custos do aborto sem inclusão da parcela de custos indiretos, (apenas custos diretos) ficam mais elevados no hospital do que na clínica, dado o peso dos custos de manutenção no hospital que faz duplicar este valor.

Outro autor propõe uma correlação entre o custo do aborto e as restrições legais de cada país, pois estas aumentam não só os custos indiretos, como os custos diretos que reflete despesas adicionais para responder a essas restrições (Medoff, 2008; Yuengert e Fetzer, 2007)

Nos países onde o aborto é amplamente legal, os prestadores de cuidados variam de acordo com o seu nível de prevenção, centro de prevenção primária, secundária e terciária, habitualmente hospitais públicos, clínicas privadas apenas com a componente de especialização no aborto ou centros uma visão mais abrangente focalizada nos cuidados gerais em saúde reprodutiva que incluem o aborto, ainda devem ser considerados em alguns países os consultórios de médicos privados, como documentaram International Planned Parenthood Federation IPPF (2009) e o Guttmacher Institute (2008). Nos países desenvolvidos com sistemas nacionais de saúde, a interrupção da gravidez é garantida por estes como sendo um cuidado básico de saúde. Em França, as mulheres não escolhem o tipo de procedimento ao qual vão ser submetidas, habitualmente o método oferecido é o medicamentoso e são reembolsadas em 80% do preço pago por este aborto, que varia entre US \$246 e \$354. Contudo este reembolso é de 100% para adolescentes e mulheres em condições de pobreza. No Reino Unido, 87% dos abortos foram financiados pelo Serviço Nacional de Saúde desse país, destes 39% ocorreram em hospitais públicos e 48% em estabelecimentos privados que contratualizaram com o governo. Os abortos não financiados pelo SNS aconteceram em clínicas privadas e foram pagos na totalidade pelas mulheres a um preço entre US \$881 e os \$979. As mulheres têm opção de escolha em relação ao procedimento a serem submetidas. A Alemanha, Itália, Espanha e a Dinamarca seguem o exemplo do Reino Unido, podendo o preço do aborto por opção da mulher, variar entre US \$226 a \$1000 num prestador privado. Na Finlândia, o procedimento é livre e ao acesso de todas as mulheres, mas estas pagam taxas moderadoras hospitalares entre US \$85 e \$145 (Singh et al., 2009). Na Áustria, o aborto não tem cobertura do sistema de saúde e o preço varia entre US \$388 e \$1.085. Nos Estados Unidos da América, o aborto é financiado por seguros privados de saúde, 70% das interrupções de gravidez são realizadas em clínicas especializadas em aborto, 24% em centros de cuidados de saúde reprodutiva e os restantes em hospitais e consultórios médicos

particulares, a maioria destes estabelecimentos pertencem ao sector privado e o preço médio de um aborto no primeiro trimestre com anestesia geral é de US \$413 em 2004 (Sonfield, 2011). Na china, os abortos são realizados em estabelecimentos do sector público sendo gratuito em áreas rurais, e pagos em áreas urbanas. Na Índia, todos os abortos legais são realizados em estabelecimentos registados e aprovados pelo governo. “Dois estudos realizados entre 2001 e 2002, concluíram que o custo médio de um procedimento durante o primeiro trimestre num estabelecimento de alta qualidade foi de cerca de US \$16 a \$20” (Singh et al., 2009:29). Noutros países em desenvolvimento, sem sistemas nacionais de saúde como Albania e Romenia, o preço do aborto varia entre os US \$3 em serviços públicos e os \$50 em serviços privados (Singh et al., 2009).

1.4. A INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ EM PORTUGAL

Em Portugal, a IVG foi legalizada em 2007. O tema da despenalização do aborto já teria sido antes desta data, alvo de referendo, contudo só a 11 de Fevereiro de 2007, a maioria dos Portugueses deram a sua opinião a favor da despenalização. Assim, a lei da Assembleia da República nº 16/2007 de 17 de Abril prevê “exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez” e “decreta no artigo 142.º do código penal que:

- Não é punível a interrupção voluntária da gravidez efetuada por médico, ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida até as dez semanas de gravidez, e se houver motivo para prever que o feto irá nascer com alguma doença ou malformação congénita incurável até as 24 semanas. O número de semanas de gravidez é comprovado através de ecografia ou por outro meio adequado;
- O consentimento é entregue pela mulher, no caso da mulher grávida ser menor de dezasseis anos ou psiquicamente incapaz, o consentimento é prestado pelo representante legal sempre que possível, com a antecedência mínima de três dias relativamente à data de intervenção;
- Os estabelecimentos de saúde, oficiais ou oficialmente reconhecidos, para além de consultas de ginecologia e obstetrícia, devem dispor de serviços de apoio psicológico e de assistência social dirigidos às mulheres grávidas” (Lei nº 16/2007 de 17 de Abril: 2417).

Até então, no que respeita à interrupção de gravidez, Portugal tinha uma lei muito restritiva, Lei nº 3/1984 publicada a 24 de Março, revista com a Lei nº 90/1997 de 30 de Julho. Esta última decretava que em Portugal a prática do aborto era condenável, exceto nas seguintes

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

condições:

- “Quando constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;
- Quando se mostrar indicado para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;
- Se houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou mal formação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, comprovadas ecograficamente ou por outro meio adequado de acordo com as leyes artis, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;
- Se a gravidez tiver resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas” (Lei nº 90/1997 de 30 de Julho:3930).

Assim, em 1984 despenaliza-se a interrupção voluntária da gravidez, desde que solicitado pela própria ou seu representante legal, nas primeiras 12 ou 16 semanas de gravidez em situações particulares, nomeadamente as que reconhecidamente oferecem perigo para a vida ou saúde da mãe ou da criança e desde que realizada em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido.

Em Portugal, desde 1985 até 2006, a taxa de mortalidade materna decresceu de 11%^{oo} para metade. O decréscimo na taxa de mortalidade materna foi resultado do contributo da legalização da interrupção voluntária da gravidez pois, estima-se que para esta taxa contribuía pelo menos uma morte devido ao aborto inseguro (INE, 2012). Pela forma restritiva como estas leis se apresentavam, em 1993 foram estimados pela Associação para o Planeamento da Família (APF), 16 mil abortos clandestinos e 730 casos de complicações de saúde relacionados com o aborto clandestino, registados nos hospitais (APF, 2006). A aplicação da Lei 16/2007 da Assembleia da República veio “criar condições para o desenvolvimento, nos serviços públicos de saúde, de um modelo de prestação de cuidados com níveis de qualidade, eficiência e eficácia, que garantam e respeitem a dignidade e os direitos da mulher, com reconhecimento da sua capacidade de escolha e decisão, e inseridos num contexto mais abrangente que contemple a perspetiva duma vida sexual e reprodutiva saudável” (DGS, 2007:1).

Segundo Graça (2010:667) “Desde que foi regulamentada a interrupção de gravidez até às 10 semanas por opção da mulher (julho de 2007), foram efetuados em Portugal mais de 1000 abortos por mês, tendo-se verificado, concomitantemente, uma diminuição significativa das complicações do aborto clandestino observadas nas urgências hospitalares”. Para o mesmo autor “mesmo tendo em conta a despenalização do aborto nas circunstâncias previstas na lei, lidar com este assunto levanta ainda dificuldades em certos centros, fruto de convicções e sentimento intensos e contraditórios de alguns agentes de saúde (...)” (Graça, 2010:667).

1.5. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS EM PORTUGAL, PARA IMPLEMENTAÇÃO DA LEI 16/2007 DE 17 DE ABRIL

Em Portugal, o acesso aos cuidados de saúde previstos pela implementação da Lei 16/2007 de 17 de Abril está disponível para todas as mulheres, mesmo as imigrantes residentes no país, independentemente da sua situação legal.

As instituições promotoras dos serviços de saúde relacionados com a interrupção voluntária da gravidez deverão organizar-se através de redes de articulação eficazes e ágeis na resposta ao cumprimento da lei. As competências profissionais deverão estar estabelecidas e ser do conhecimento geral, assim como os canais de comunicação entre os prestadores de cuidados de diferentes instituições e o circuito da mulher.

O circuito de atendimento definido e protocolado deverá ser do conhecimento de todos os profissionais intervenientes na prestação de serviços que contactam com a mulher, inclusive do pessoal administrativo. Segundo a DGS (2007:2), “a responsabilidade da divulgação deste circuito é dos conselhos de administração dos hospitais com departamentos/serviços de ginecologia/obstetrícia, dos responsáveis pelas clínicas privadas que contratualizam estes serviços, com os anteriores e dos responsáveis pelos estabelecimentos de cuidados saúde primários e quanto mais divulgado e operacional for esse circuito, menor será o recurso aos serviços de urgência para apresentação de um pedido de interrupção da gravidez.

No âmbito dos recursos humanos, aqueles órgãos são ainda responsáveis pela:

- Designação de um profissional/equipa para dinamizar e avaliar regularmente a qualidade da prestação de cuidados e os resultados esperados/obtidos;
- Implementação da(s) equipa(s) de intervenção que deve(m) integrar, no mínimo: médico,

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

enfermeiro e administrativo;

- Definição da articulação entre os técnicos de saúde do organismo e estabelecimento dos protocolos com outras instituições/serviços;

- Formação adequada dos profissionais.”

A qualidade será garantida se a informação sobre marcações de consultas e horários forem de acesso fácil e a sua publicitação abrangente ao nível de plataformas Web, ou contactos telefónicos, com possibilidade imediata de marcação. Também, a privacidade, a confidencialidade e o reduzido número de pessoas que contactam com a mulher no acolhimento e serviços realizados à mulher são garantia de qualidade e em dificuldades de resposta dos serviços deverá ser dada prioridade se necessário, de acordo com a idade gestacional da mesma.

Os cuidados prestados respondem a orientações básicas como o registo obrigatório das interrupções voluntárias da gravidez, pois são de declaração obrigatória à DGS, e segundo as orientações da mesma em 2007, “os conselhos de administração dos hospitais devem solicitar à Direcção-Geral da Saúde o registo e a senha de acesso ao formulário eletrónico para cumprimento dessa obrigação e enviar on-line, até ao dia 20 de cada mês, o registo das intervenções realizadas no mês anterior” (DGS, 2007:5). As restantes orientações englobam: Uma consulta prévia, a interrupção da gravidez e a consulta de controlo.

1.5.1. A consulta prévia

A consulta prévia é indispensável e acontece sempre antes da interrupção da gravidez. O tempo de espera para esta consulta não deve ser superior a 5 dias, segundo os responsáveis pela saúde, sem prejuízo para os prazos legais estabelecidos (DGS, 2007). Esta inclui três procedimentos que segundo a DGS (2007:2) são:

“1. Cada utente que solicita a interrupção da gravidez deve ter um processo individual (...)

Caso a consulta prévia seja realizada no centro de saúde, e havendo necessidade de envio ao hospital para a realização da interrupção da gravidez, os dados clínicos acima descritos devem fazer parte da nota de referência.

2. Na posse de toda a informação considerada necessária especificamente do relatório

do exame ecográfico (com fotografia identificada, anexa), para localização e datação da gravidez, o médico confirma e atesta em impresso próprio que se trata de uma gravidez que não excede as 10 semanas de gestação. O exame ecográfico pode ser realizado no próprio hospital antes ou durante a consulta, ou ser efetuado, previamente, no exterior. Estes documentos ficam arquivados no processo clínico.

3. Tendo em vista facilitar os procedimentos de recolha dos dados para o registo da interrupção da gravidez, poderá ser preenchida a 1ª parte do Registo Obrigatório.”

Os objetivos desta consulta são:

- A mulher confirmar a intenção de interromper a gravidez por sua opção;
- Determinar o tempo de gestação e recolher todos os dados clínicos expectáveis e determinantes para os cuidados;
- Informar a mulher sobre a organização dos serviços e cuidados a prestar, os tipos de métodos de interrupção disponíveis e a possibilidade de escolha do método, adequando a informação disponibilizada à clínica individual de cada mulher. Ainda, informar sobre o tempo de demora previsível para o retorno às suas atividades diárias e à atividade sexual, os métodos contraceptivos mais adequados à sua situação clínica e os fatores de risco envolvidos. Toda a informação sobre a interrupção da gravidez e as opções de contraceção deverão ser disponibilizadas por escrito à mulher, assim com a data prevista da interrupção da gravidez.
- Fornecer o impresso do consentimento livre e esclarecido. “O consentimento livre e esclarecido deverá ser lido, assinado e entregue à equipa de saúde até ao dia em que tiver lugar a interrupção da gravidez – é obrigatório um período de reflexão de três dias, entre a consulta prévia e a data da interrupção da gravidez. Nestes dias, a mulher pode solicitar o apoio do psicólogo ou do assistente social, ou mesmo ser referenciada a estes se a equipa de saúde o considerar. No final da consulta prévia será marcada uma nova consulta onde eventualmente será realizada a interrupção da gravidez” (DGS, 2007:3).

1.5.2. A interrupção da gravidez

Este procedimento deverá ser realizado no prazo de 5 dias após a primeira consulta, conforme as recomendações da DGS (2007), e sempre de acordo com a vontade da mulher, pois que a

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

todo o momento esta pode desistir. Se não desistir deve entregar o documento do consentimento livre e esclarecido devidamente preenchido, sendo incluído no seu processo individual, assim como o certificado de comprovação do tempo de gravidez, todos os dados pessoais registados de interesse médico e os referentes à observação clínica da consulta prévia e da atual consulta de interrupção.

Nesta consulta de interrupção da gravidez é importante sensibilizar a mulher e disponibilizar um método contraceptivo eficaz e de preferência de longa duração. Mesmo se assegurado o método contraceptivo deverá ser sempre garantida a referenciação e encaminhamento para consulta de planeamento familiar.

“Em todas as mulheres deverá ser identificado o grupo sanguíneo, se adequado e em caso a gravidez seja superior a 6 semanas será administrada a imunoglobulina anti-rh no dia da interrupção” (DGS, 2007:4).

O procedimento de interrupção da gravidez pode ser efetuado de acordo com dois tipos de métodos, o cirúrgico e o medicamentoso.

- Método medicamentoso

Este método consiste na utilização de medicamentos orais para interromper gravidez. A disponibilidade de métodos médicos efetivos e eficazes para induzir o aborto com medicamentos continua a ser condicionada pela idade gestacional. No entanto, o rápido desenvolvimento da investigação introduziu com evidência científica o uso de drogas farmacológicas para o planeamento e gestão de programas de interrupção de gravidez com segurança e eficácia de forma sistemática (Graça, 2010). No entanto, como em qualquer tipo de cuidado de saúde, as recomendações da DGS (2007:1) devem ser explicitadas, e “a correta preparação dos profissionais de saúde, apoiada em orientações técnicas internacionalmente reconhecidas, assim como a disponibilidade de equipamento e outros meios adequados são também requisitos indispensáveis para a salvaguarda da saúde das mulheres.”

O Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 2011) elege nas suas recomendações nº 83, 84, 85, 87, 88, 89 a utilização da associação de mifepristone e misoprostol, cujo efeito é sobreponível ao de um aborto espontâneo. A Food and Drug Administration (FDA) dos EUA, citada por Graça (2010:668), também aprova a anterior

afirmação, dizendo que “ A combinação de mifepristone (RU 486), (...) com misoprostol, (...) é eficaz na indução do abortamento do 1º trimestre”. A taxa de eficácia desta conjugação é elevada de acordo com a evidência apresentada por este colégio de especialidade, “se utilizada até às 9 semanas a evidência mostra-a eficaz, segura e bem tolerada. Este método está incluído nos métodos medicamentosos, daí que evita riscos cirúrgicos e anestésicos, podendo permitir uma maior privacidade e adequação com os compromissos ou obrigações pessoais da mulher e ser percebido como já foi referido, como um processo semelhante a um aborto espontâneo” (RCOG, 2011:20).

O mifepristone é um medicamento que consta apenas do formulário hospitalar e apresenta-se em comprimidos de 200mg, cuja aquisição é efetuada segundo Circular Informativa 2/DSMIA de 31 de Janeiro de 2006, da DGS. A atual recomendação é a toma via oral de 1 comprimido/200mg. “Este fármaco atua ligando-se aos recetores da progesterona inibindo a sua ação, com conseqüente interferência no avanço da gravidez” (DGS, 2007:1).

O misoprostol, análogo sintético da prostaglandina potencia as contrações uterinas e ajuda à expulsão do produto de concepção. Em associação com mifepristone, as orientações terapêuticas recomendam a sua administração 36/48 horas mais tarde da administração do medicamento anterior (WHO 2003). “O misoprostol é também um medicamento que se apresenta no formulário hospitalar em comprimidos de 200µg. A toma oral de 2 comprimidos/400µg de misoprostol é eficaz até às 7 semanas de gravidez. Quando se trata de gravidezes entre as 7 e 9 semanas, recomenda-se 4 comprimidos/800µg de misoprostol oral ou vaginal. A Agência Europeia do Medicamento (EMEA) admite a utilização do misoprostol na interrupção da gravidez, apenas por via oral. Contudo, a evidência científica demonstra menos efeitos secundários e uma maior eficácia, nesta e noutras situações obstétricas quando o produto é utilizado por via vaginal, sendo também esta a via de administração proposta pela WHO em 2003, para as interrupções de gestações com mais de 7 semanas” (DGS, 2007:3).

No que respeita à associação de mifepristone e misoprostol, Graça (2010:668) cita um estudo randomizado publicado em 2007, onde “não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na taxa de abortamentos completos entre o protocolo

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

completando 200mg de mifepristone oral + 800µg de misoprostol vaginal colocado imediatamente (95,1% de êxitos) ou 24 horas depois (96,9% de êxitos) ”.

Nos estudos comparativos apresentados pelo (RCOG, 2011:70), a evidência atual demonstra que “o misoprostol em associação tem maior eficácia do que administrado isoladamente, nesta última opção o procedimento dura mais tempo e é mais doloroso, com mais queixas gastrointestinais e mais efeitos secundários do que em associação. Em associação pode exigir maior vigilância com mais consultas, pois a mulher poderá apresentar sintomas de dores pélvicas mais ou menos intensas e perda hemática tipo menstrual que pode ser prolongada por 9 dias, ou até 45 dias em casos mais raros e gerar ansiedade sobre a sua eficácia. Outros efeitos secundários incluem náuseas, vômitos e diarreia não sendo no entanto, tão frequentes ou intensos como na administração isolada”. Devido à disponibilidade deste medicamento a nível mundial e ao seu baixo preço, a sua utilização é generalizada, sendo a maior preocupação a sobredosagem com efeitos secundários maternos graves e a possível teratogenicidade do medicamento no caso da continuação imprevista da gravidez. Segundo a DGS (2007:2) “Os estudos quanto à aceitabilidade do regime mifepristone/misoprostol têm demonstrado que se a mulher estiver esclarecida e com expectativas realistas em relação aos procedimentos utilizados, terá um grau maior de satisfação, no final. Apenas 2 a 5% das mulheres tratadas com o regime mifepristone/misoprostol requerem um procedimento cirúrgico posterior para completar o esvaziamento uterino ou para controlar a hemorragia. Para tal, é necessário que seja fornecida informação completa sobre o que esperar do método e os seus possíveis efeitos acessórios, devendo por outro lado ficar assegurado que a mulher compreendeu a importância de cumprir o protocolo estabelecido, sendo capaz de reconhecer as complicações e saberá como agir nessas circunstâncias”.

A DGS (2007:2) recomenda ainda algumas indicações e pré-requisitos para a utilização da associação mifepristona/misoprostol:

- “ - Gravidez intra-uterina <63 dias (9 semanas) confirmada por ecografia
- Aceitação do método pela mulher
- Acesso fácil ao hospital (máximo 1 hora)
- Ausência das seguintes contra-indicações:

▲ Anemia grave, coagulopatia ou tratamento anti-coagulante

- ⤴ Porfíria
 - ⤴ Asma severa não controlada
 - ⤴ Arritmias e outras patologias do foro cardiovascular
 - ⤴ Alergia a um dos fármacos utilizados
 - ⤴ Gravidez com DIU intra-cavitário
 - ⤴ Insuficiência supra-renal ou tratamento com glucocorticoides
 - ⤴ Situações de insuficiência hepática ou renal, diabetes com vasculopatia, hábitos tabágicos acentuados em idades superiores a 35 anos, doença inflamatória aguda do intestino, devem ser avaliadas individualmente.”
- Em caso de excesso de peso, obesidade ou obesidade mórbida (Índice de massa Corporal, IMC > 30) e não coexistam fatores de risco cardiovasculares;
 - Em caso de malformação uterina, risco de útero fibromiomaso ou cirurgia prévia do colo do útero;
 - Maior benefício em evitar uma cirurgia/anestesia”.

Na IVG está indicada “a profilaxia da infeção pós-interrupção da gravidez contra microrganismos anaeróbios e contra *Chlamydia Trachomatis*, as orientações recomendam a dose de 1 g de azitromicina via oral no momento do aborto” (RCOG, 2011:18).

- Método cirúrgico

O método cirúrgico consiste na sucção ou excisão do conteúdo uterino com o objetivo da interrupção da gravidez (Graça, 2010). A intervenção pode ser realizada sob anestesia geral ou local, de acordo com a situação e a opinião médica, pode implicar a um internamento de curta duração (algumas horas), podendo ser considerada como cirurgia de ambulatório. Assim, é necessário assegurar o número de profissionais preparados, os equipamentos e os meios adequados para a interrupção cirúrgica da gravidez e suas possíveis complicações.

A medicação para a preparação do colo do útero é disponibilizada à mulher logo na consulta prévia se já tiver sido tomada a decisão de interrupção cirúrgica da gravidez, contudo a

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

terapêutica é efetuada apenas no dia da interrupção. “A preparação prévia do colo do útero está indicada porque torna o procedimento cirúrgico mais fácil, rápido e reduz a incidência de complicações imediatas” (RCOG, 2011:66). Com esta preparação o colo do útero fica mais mole e dilatado, podendo ocorrer pequenas perdas de sangue. Para tal procedimento é recomendada “a administração oral ou vaginal de 400µg de misoprostol (2 comprimidos), 3 a 4 horas antes da intervenção cirúrgica. A utilização oral de 200 mg de mifepristone, 48 horas antes da intervenção está documentada como eficaz, embora mais dispendiosa, sendo de preferir em abortos cirúrgicos mais tardios, depois das 10 semanas e em que as razões ultrapassam o aborto apenas por opção da mulher” (DGS, 2007:2).

A aspiração por vácuo é a “técnica cirúrgica recomendada para a interrupção da gravidez até às 13 semanas de gestação” (RCOG, 2011: 62). Em Portugal, para a IVG é o método cirúrgico a eleger até às 10 semanas. “A elevada eficácia e aceitação da aspiração é reconhecida pelas mulheres e pelos profissionais e são referidas taxas de sucesso entre 95% e 100%, quer com a utilização de vácuo manual, quer elétrico, para gravidezes com mais de 7 semanas. Até esta idade gestacional deverão ser tomadas medidas de confirmação de sucesso da interrupção por este método ” (RCOG, 2011:63).

A DGS (2007:1) recomenda “o uso de equipamento de aspiração elétrico e de cânulas de plástico, rígidas e curvas, cujos diâmetros disponíveis devem variar entre 4 e 12 mm” para a aspiração a vácuo. “Este procedimento dura cerca de 3 a 10 minutos, podendo ser variável de acordo com o tempo de gestação e ser for utilizada analgesia e anestesia local ou geral” (DGS, 2007:1). Na comparação entre métodos cirúrgicos, uma revisão publicada na Cochrane, citada por RCOG (2011: 62), encontrou “diferenças estatisticamente significativas, em que os tempos de bloco são mais curtos para a aspiração por vácuo do que para a curetagem”.

A anestesia geral tem sido a prática mais corrente, pois elimina as limitações associadas há difícil colaboração da mulher em procedimentos invasivos que envolvem desconforto, e a normal prática de funcionamento dos blocos operatórios resultou na sua execução recorrente. No entanto, “a opção pela anestesia geral na interrupção da gravidez até às 10 semanas aumenta os riscos clínicos e está associada a maior taxa de hemorragia, exigindo um período de vigilância mais prolongada com também, vigilância de outras contra-indicações resultantes

do procedimento anestésico. Por outro lado, este procedimento aumenta os custos não só para a instituição como para as mulheres, porque certos protocolos hospitalares exigem vigilância de 12 a 24h” (DGS, 2007:2).

A anestesia local nas interrupções cirúrgicas da gravidez é recomendada tendo em conta as suas vantagens, nomeadamente maior colaboração da mulher por redução do desconforto doloroso associado com total controlo/conhecimento do que lhe é realizado, recuperação imediata com possibilidade de execução de atividades no imediato, menor ocorrência de efeitos secundários graves ou fatais para a mulher e a possibilidade de alta após um período de aproximadamente 30 minutos de observação (DGS, 2007).

A dilatação seguida de curetagem tem “taxas de complicações maior duas a três vezes superiores sendo por esta evidência menos segura que a aspiração por vácuo” (DGS, 2007:1). As orientações do RCOG (2011) e da WHO (2003) documentam que a prática corrente deste procedimento deve ser substituída por aspiração por vácuo elétrico, pois é menos dolorosa e envolve menos efeitos secundários, acidentes graves, o que melhora a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Em média, cerca de 7,5% a 10% das mulheres podem necessitar de cuidados após o aborto, por complicações decorrentes da dilatação seguida de curetagem que podem ser anestésicas, hemorragia, lesões do colo, perfuração uterina com eventual hemorragia intraperitoneal, formação de hematomas paramétricos, choque hipovolémico, infeções e aborto incompleto (Levin, 2009). Assim, deverá estar previsto um número de camas adequado para o tratamento das situações com complicações que venham a ter indicação para internamento. Em caso de ocorrer qualquer dúvida ou complicação intraoperatória, o controlo ecográfico após o procedimento deve ser sempre utilizado. A maioria dos centros prestadores deste tipo cuidados em Portugal utiliza o controlo ecográfico como confirmação do sucesso do procedimento (DGS, 2007).

De acordo com WHO (2003) as infeções do trato genital, incluindo a doença inflamatória pélvica têm uma taxa de ocorrência de cerca de 10%, recomenda-se a administração profilática de um antibiótico com cobertura antibiótica de largo espectro, de acordo com protocolo hospitalar ou, por exemplo, a administração endovenosa de uma cefalosporina de 2^a geração. Em caso de endocardite bacteriana há a necessidade de administração de antibioterapia profilática, de acordo com as orientações pré-estabelecidas.

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

1.5.3. Consulta de controlo

“O método medicamentoso de realização da interrupção da gravidez requer que a mulher seja observada entre 2 a 3 semanas após os procedimentos para confirmação do sucesso da interrupção da gravidez, verificação da contraceção a implementar caso não tenha sido iniciada” (DGS, 2007:6). Nesta consulta deverá ser também marcada a consulta de planeamento familiar, se tal não tiver sido assegurado até essa data. “Caso o método tenha sido cirúrgico pode não ser necessária consulta de controlo, mas deverá ser marcada a consulta de planeamento familiar na consulta de interrupção” (DGS, 2007:4).

1.6. ANÁLISE DE CUSTOS

O significativo aumento dos custos da saúde, o aumento da complexidade da gestão das instituições de saúde, adicionados às restrições orçamentais para este setor (resultante dos ajustes macroeconómicos nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, nas últimas décadas), tem contribuído para a aplicação de metodologias capazes de orientar o controlo dos custos da prestação dos cuidados de saúde. Tais metodologias referem-se tanto ao modelo de financiamento de programas e intervenções de saúde, quanto ao controlo dos custos nas organizações de saúde alcançados através da aplicação de técnicas de avaliação económica ou tecnológica. A avaliação económica em saúde compara os recursos consumidos num programa de saúde com os ganhos que ele origina (Drummond et al., 2001).

A implementação da consulta de interrupção legal da gravidez por opção da mulher, nas instituições de saúde faz parte de um conjunto de atividades no âmbito do programa de saúde materna e planeamento familiar. Importa assim, avaliar e sistematizar os custos relativos a esta consulta.

A aplicação de estudos de custos no setor saúde cresceu nos anos 60, contribuindo para o processo de tomada de decisão aplicado ao sector, diante de cenários de escassez de recursos, aumento da procura e incorporação constante de opções terapêuticas e tecnológicas (Drummond et al., 2001).

De forma específica no âmbito hospitalar, a análise de custos permite a comparação dos recursos consumidos (custos) num determinado programa, por exemplo a consulta de interrupção de gravidez e a escolha de determinados protocolos terapêuticos, em que os benefícios que eles suscitam são idênticos. A principal limitação é a sua validade, pois só

deve ser feita quando se tiver a certeza, que se obtêm os mesmos benefícios, qualquer que seja a alternativa escolhida. Esta análise pode contribuir para o controlo dos custos e para a gestão mais efetiva das organizações de saúde (Barros, 2005).

Torna-se assim essencial caracterizar os diferentes tipos de custos do sector da saúde. Os custos designados como custos diretos são aqueles que se referem ao valor de todos os bens, serviços e outros recursos que são consumidos durante um programa, inclusive quando há efeitos adversos ou outras consequências presentes e futuras decorrentes do mesmo; os custos indiretos são os associados à perda de produção económica devido à morbilidade, e à mortalidade quando um indivíduo está doente e o seu tempo de trabalho é utilizado para ir a consultas ou quando necessita de dispensa no trabalho para se tratar, ou ainda custos associados ao transporte para o tratamento; os custos intangíveis resultam de efeitos de difícil valorização, ditos como custos psicossociais, como os associados à dor e ao sofrimento individual, à ansiedade associada a um tratamento (Drummond et al., 2001).

A primeira etapa de uma análise de custos em saúde é a definição da perspetiva dessa análise. A escolha da perspetiva é uma decisão metodológica importante, pois determina que tipos de custos e efeitos serão analisados e como valorizá-los. A análise económica pode ser realizada sob diversas perspetivas, incluindo a perspetiva da sociedade, do paciente, do prestador de serviços de saúde e do órgão financiador, de cada uma dessas perspetivas deriva um resultado económico diferente. A identificação dos recursos consumidos e relevantes num programa de saúde é segunda etapa da análise. O terceiro passo refere-se à quantificação dos recursos utilizados estimada com base em ensaios clínicos, registos em hospitais, entrevistas a doentes. E, finalmente, a última etapa é sua a valorização monetária – determinação de preço, utilizando os preços de mercado, podendo esses preços ser usados como custos (Drummond et al., 2001).

2. METODOLOGIA

Para conhecer a realidade socioeconómica da IVG legal no pós 2007 e proceder à estimativa dos custos, a investigação teve como sujeitos do estudo as mulheres que frequentaram a consulta de IVG de um hospital em Portugal. Este contexto revelou-se o mais conveniente e favorável à execução da investigação, uma vez que constitui o local de trabalho da investigadora. Este local realiza uma elevada percentagem de IVG por método medicamentoso o que permite analisar essa realidade em profundidade.

2.1. LOCAL

Esta investigação pretende desenvolver-se no contexto selecionado, mais especificamente, a consulta de IVG do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Centro Hospitalar Lisboa Norte, pólo Hospital Santa Maria. Esta consulta dá resposta a um dos objetivos do designado departamento, nomeadamente o de assegurar a aplicação do programa de Interrupção Voluntária da Gravidez, desde a lei nº 16 de 17 de Abril de 2007.

Este departamento tem ainda o importante papel de assegurar a assistência obstétrica geral, com as seguintes atividades:

- Desempenhar funções de referência de outros Hospitais e dos Centros de Saúde a toda a patologia obstétrica e pré natal, na assistência aos cuidados no internamento pré natal, perinatal e pós-natal;
- Assegurar a realização de todos os atos de rastreio, diagnóstico e terapêutica pré-natal, perinatal e pós-natal;
- Assegurar a aplicação do programa de Interrupção Médica da Gravidez em pleno funcionamento desde a aprovação da lei respetiva de 1985;
- Efetuar todos os exames e técnicas necessárias ao correto desempenho das suas funções assistenciais de diagnóstico de malformações e outras situações patológicas do feto e maternas;
- Proporcionar uma Unidade dotada de instalações, equipamentos e recursos humanos qualificados para fazer face às centenas de casos de alto risco materno, perinatal, e pós-natal que anualmente lhe são referenciados.

O Hospital de Santa Maria (HSM) foi inaugurado a 27 de Abril do ano de 1953, contudo a sua

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

história iniciou-se cerca de vinte anos antes com a aprovação do Decreto-lei relativo à criação da comissão administrativa dos novos edifícios universitários, presidida pelo Professor Francisco Gentil. Esta comissão seria responsável por uma das maiores obras do Estado Português, a construção de dois edifícios que iriam albergar os hospitais escolares de Lisboa e do Porto.

Como Hospital Universitário em Outubro de 1953 deu-se a abertura do novo ano letivo da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa já nas instalações do HSM. Em 1968 iniciou-se a construção do edifício da Escola de Enfermagem nos terrenos deste hospital, financiada pela Fundação Calouste Gulbenkian, que terminou em 1972. Esta escola recebeu o nome desta fundação.

O HSM foi convertido em Entidade Pública Empresarial (EPE), em Janeiro de 2007, tendo sido colocado em prática o Plano Estratégico 2006-2008 com o objetivo da requalificação do Hospital. A 9 de Outubro de 2007 foi apresentado o projeto do novo edifício Sul, designado Edifício Cid dos Santos, que albergou blocos operatórios, cuidados intensivos, cirurgia de ambulatório e ainda a área das neurociências. Em 27 de Dezembro de 2007, deu-se a criação do Centro Hospitalar de Lisboa Norte (CHLN), EPE que integra as duas importantes instituições hospitalares da área norte da cidade de Lisboa, o HSM e o Hospital Pulido Valente. O Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) consolidou-se e atualmente é uma referência do Serviço Nacional de Saúde Português em todas as valências da prestação de cuidados aliados. Na sua Missão estão consagradas importantes funções integradas de prestação de cuidados de saúde, de formação pré, pós-graduada e continuada, de inovação e investigação. No CHLN estão reunidas capacidades notáveis ao nível dos recursos humanos, das tecnologias praticadas e do saber acumulado.

A par do apoio que presta às populações da sua zona de influência direta, o CHLN garante a nível regional, nacional e nos países de expressão portuguesa, a referenciação diferenciada em múltiplas áreas clínicas. Com esta missão, o CHLN cumpre os objetivos de uma grande unidade do sistema público com vista à garantia da equidade e universalidade do acesso, da assistência eficaz e eficiente e da promoção da qualidade e da excelência, com a satisfação dos doentes e dos profissionais.

Tanto a Comissão de Ética como Conselho de Administração do CHLN aprovaram o desenvolvimento e divulgação da presente investigação (Anexos A e B). O Sr. Professor Luís Mendes Graça, Diretor do Departamento também aprovou o estudo (Anexo C).

2.2. PARTICIPANTES

Os sujeitos que integraram o estudo foram as utentes que realizaram IVG legal na instituição de saúde definida, no período de Julho de 2007 a final de 2010. Estes sujeitos são incluídos no estudo por terem realizado uma IVG legal tendo a população um tamanho definido. Foi estudada a totalidade da população. “Uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidos por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade base da população junto da qual a informação é recolhida” (Fortin, 1999:202). “Esta atende a um conjunto eleito de critérios” (Polit e Hungler, 1995:145).

O acesso à população é feito pela recolha de dados anónimos dos processos clínicos destas utentes, e num questionário efetuado e validado pela DGS, aplicado em contexto de consulta de IVG. A investigadora está sujeita ao segredo profissional.

2.3. OPÇÃO METODOLÓGICA

Neste projeto optou-se por uma abordagem quantitativa e qualitativa.

O método de pesquisa quantitativo envolve a colheita sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controlo utilizando procedimentos estatísticos.

A investigação quantitativa refere-se à atribuição de números a variáveis mensuráveis. As características medidas devem ter indicadores válidos para as variáveis estudadas e ser confiáveis. Os valores numéricos devem ser objetivos, precisos e não viesados. Os dados são processados por análise estatística e produzem comparações e inferências estatísticas (Polit e Hungler, 1995).

Na fase metodológica, a escolha do investigador têm implicações na qualidade, integridade e interpretabilidade dos resultados. Esta funciona como um plano de trabalho conducente da investigação (Fortin, 2003).

De acordo com as questões orientadoras do estudo será importante caracterizar as utentes que realizaram IVG legal na instituição de saúde definida, num determinado período, desenvolvendo-se uma abordagem descritivo - exploratória que tem como finalidade a

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

descrição das características de uma determinada população ou fenómeno utilizando técnicas padronizadas de coleta de dados (Gil, 1989).

Assim, este tipo de pesquisa tem o propósito de observar, descrever e explorar aspetos de uma situação (Polit e Hungler, 1995). Tratando-se assim de uma descrição sistemática dos factos e dos elementos que compõem o fenómeno da consulta interrupção da gravidez por opção da mulher no CHLN.

A abordagem qualitativa também está presente nesta investigação. O método qualitativo é uma forma de investigação empírica que usa métodos múltiplos para interpretar, compreender, explicar e fornecer significado aos fenómenos (Anderson e Arsenault, 1998).

As investigações qualitativas são descritivas, onde os dados recolhidos são palavras. Os dados podem ser recolhidos através da análise de transcrições de entrevistas, notas de campo, documentos pessoais ou oficiais. Também existe nesta, a tendência para analisar os dados de forma indutiva (Bogdan e Biklen, 1994).

Neste estudo não se pretende confirmar uma teoria, mas sim contribuir para a construção uma nova designada por Teoria Fundamentada. A abordagem realizada foi baseada numa outra desenvolvida no início dos anos sessenta, num estudo realizado em contexto hospitalar, descrevendo a observação participante do cuidado e da gestão de doentes. Nesta abordagem inicialmente as ideias estão abertas, sob forma de questões gerais e vão-se limitando, tornando-se mais específicas ao longo da investigação com a obtenção de respostas, resultados (Locke, 2001).

Um aspeto importante deste método é que a investigação começa sem ideias preconcebidas, assim como na fenomenologia (Fortin, 2003). As orientações definidas pelos dados e pelas diferentes formas de os recolher facilitam o encontro de resultados, sem necessidade de recorrer a ideias ou teorias preconcebidas (Charmaz, 2007).

Este método fornece orientações que são flexíveis capazes de orientar o estudo. As ideias podem surgir em qualquer ponto da investigação dada a sua circularidade, apontada como uma das grandes vantagens do mesmo, porque leva a uma atenção e reflexão permanente e sistemática por parte do investigador, sobre a totalidade do processo de investigação (Flick, 2004)

Nesta abordagem, o fenómeno surge indutivamente dos dados, mas surge dedutivamente, pela comparação constante inerente método de análise. O fenómeno está incorporado nos dados,

contudo, não se pode descontextualizar a relação entre os dados em si e a interpretação de significado do investigador (Strauss e Corbin, 1998).

2.4. PROCEDIMENTOS

Após a elaboração do projeto de investigação, procedeu-se a uma revisão bibliográfica sobre o aborto, a IVG, a sua legalização. O trabalho de pesquisa permitiu por um lado, aprofundar o enquadramento teórico e por outro lado, ajudou a limitá-lo. Com base na pesquisa bibliográfica, também foi possível construir/selecionar os instrumentos de recolha de dados.

Seguidamente procedeu-se às formalidades inerentes ao pedido para a realização do estudo à Comissão de Ética do Centro Hospitalar Lisboa Norte. De acordo com o pedido da Comissão de Ética foram reunidos e entregue os seguintes documentos: projeto de investigação sob a forma de um questionário para estudos não envolvendo experimentação humana (Anexo D), folha de registo de dados recolhidos (Anexo E), autorização do diretor do serviço e *curriculum vitae* da investigadora.

Neste contexto específico a Comissão de Ética tem como missão avaliar protocolos ou projetos de investigação, não somente em função de uma ética codificada sendo anualmente objeto de um consenso internacional mais amplo, mas igualmente em função da sensibilidade e das particularidades de uma comunidade sociocultural (Fortin, 2003).

Uma vez obtidas as autorizações da Comissão de Ética do CHLN (Anexo A) e do Conselho de Administração do CHLN (Anexo B), passou-se à recolha de informações.

A recolha dos dados decorreu dos dados contidos em questionários de âmbito nacional, de notas de campo e da observação direta. As técnicas de recolha de dados foram de natureza estruturada. Por esta altura o investigador teve acesso aos processos hospitalares dos participantes, do qual se recolheram informações registadas na consulta, de modo a se poder realizar a análise documental.

A fim de manter a confidencialidade e anonimato dos participantes, a sua identificação foi omissa e os dados apresentados são de caracterização global.

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Neste estudo a escolha dos métodos de recolha de dados esteve dependente de se informação

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

que se quer colher com a ajuda de determinadas técnicas em particular, é exatamente a que se tem necessidade, para responder aos objetivos definidos (Fortin, 1999).

Para a recolha de dados utilizou-se a análise documental e a observação direta. Os processos hospitalares dos participantes foram analisados, assim como os dados de questionários de âmbito nacional e os dados publicados nas bases da DGS, do Instituto Nacional de Estatística (INE) e da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) através da técnica de análise documental. Para responder às necessidades de observação foi elaborado um guião para dirigir a mesma realizada em contexto da consulta de IVG do CHLN.

2.5.1. Análise documental

A maioria dos estudos em ciências sociais exige a análise documental. No caso deste estudo, esta análise documental foi o pilar para a obtenção de informação. A análise de documentos e registos pode revelar-se uma fonte de dados extremamente importante de acordo com Bell (2008).

Uma importante base de análise foram os questionário de preenchimento obrigatório da DGS, (Anexo F). Este questionário visa efetuar uma colheita dos dados demográficos, socioeconómicos, clínicos acerca dos participantes. O seu preenchimento foi efetuado por um profissional de saúde, este não contém identificação da utente a que corresponde essa informação. Este instrumento constitui com já foi referido uma importante técnica disponível de obtenção de dados nesta pesquisa. Para uma melhor compreensão das variáveis presentes neste instrumento construiu-se o quadro 1 que indica o nome das variáveis presentes, a sua descrição, as escalas de medida e gama de valores presentes em cada uma. Estas variáveis foram utilizadas na construção da base de dados, (Anexo G).

Neste estudo analisaram-se ainda, restantes dados dos processos hospitalares dos utentes, bem como dados publicados nas bases da DGS, do INE e da ACSS a fim de obter informações essenciais, quer de caracterização de recursos, quer para a determinação de preços.

Todos estes elementos são fontes primárias, de natureza inadvertida, pois foram usados pelo investigador com uma finalidade diferente daquela com que foram produzidos. É um documento que nasce do trabalho quotidiano tem uma finalidade prática, mas que contém informações valiosas para a investigação (Bell, 2008).

De acordo com Afonso (2005:88), esta técnica mostra-se relevante, pois a "recolha de dados reside no facto de poder ser utilizada como metodologia não interferente, isto é, como uma abordagem não reativa em que os dados são obtidos por processos que não envolvem recolha direta de informação a partir dos sujeitos investigados evitando problemas causados pela presença do investigador". A vantagem desta análise reside na eliminação das limitações decorrentes dos sujeitos saberem que estão a ser estudados.

Os dados recolhidos da análise documental dos processos clínicos foram organizadas em variáveis apresentadas no quadro 2 (Anexo H).

Aquelas que resultaram da análise documental dos dados publicados foram suporte para os resultados apresentados.

2.5.2. Observação direta

Os métodos de observação direta constituem métodos em investigação social que captam os fenómenos no momento, sem a mediação de um documento ou testemunho (Quivy e Campenhoudt, 1992).

A observação é uma técnica de recolha de dados particularmente útil e fidedigna, na medida em que a informação obtida não se encontra condicionada pelas opiniões e pontos de vista dos sujeitos (Afonso, 2005). Neste caso tomou a forma de observação participante, uma vez que a investigadora foi um sujeito ativo durante toda a intervenção. Para Cohen, Manion e Morrison (2000), a observação participante é uma forma de observação eminentemente educativa, dado que o investigador nesta área tem em mãos um projeto de ação.

A fim de observar competências operacionais na consulta, construiu-se um guião para observação semiestruturada (Anexo I). O guião da observação também foi previamente validado antes de ser aplicado.

2.6. TRATAMENTO DOS DADOS

Posteriormente à colheita de dados procedeu-se à introdução dos mesmos através dos sistemas manual e informático, recorrendo-se ao programa de análise de dados SPSS18 (Statistical Package for Social Sciences) para tratamento estatístico dos dados relativos às perguntas fechadas do questionário, da observação e da análise documental dos processos clínicos. Os dados obtidos nos relatórios publicados pela DGS, ACSS, INE foram tratados programa

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

Microsoft Office Excel 2007, onde foi possível calcular os custos associados à consulta de IVG assim como, os custos associados complicações e repetições, no total dos 3 anos e meio.

2.7. CONSIDERAÇÕES ACERCA DE VALIDADE E FIABILIDADE

Os estudos com componente qualitativa são frequentemente criticados no plano da validade e fiabilidade. No entanto, existem evidências que asseguram o seu valor e a sua pertinência em várias situações.

A validade está relacionada com a precisão dos resultados (Ponte, 2006). Num estudo a validade interna é garantida se as conclusões apresentadas correspondem autenticamente à realidade reconhecida pelos próprios participantes não sendo uma construção da imaginação ou dos ideais do investigador (Ponte, 2006). Pelo que a investigação foi sendo dada a conhecer ao Diretor do Serviço e Enfermeira Chefe do local da investigação. O guião da observação foi validado para assegurar que os achados daí resultantes descrevem com exatidão o fenómeno em estudo. Deste modo foi possível assegurar a credibilidade do estudo.

Com o objetivo de reforçar a validade interna aplicaram-se os seguintes critérios mencionados por Gomes (2004):

- Permanência prolongada do investigador no local para evitar interpretações erradas;
- Observação para identificar as características evidentes e situações atípicas;
- Partilha entre pares, para confrontar os pontos de vista e sentimentos do investigador com colegas;
- Triangulação com base no recurso a diferentes fontes de dados e diferentes métodos de investigação.
- Documentação dos procedimentos e métodos adequados nas diferentes fases da investigação.

A validade externa é possível assegurar pela possibilidade de estabelecer comparações com outros casos, embora a generalização não seja possível devido às características da investigação qualitativa (Ponte, 2006). A estas comparações dá-se então o nome de generalizações naturalistas (Stake, 2007). Não se pretende generalizar para um universo, mas sim para a teoria, ou seja, colaborar para a criação de novas teorias ou confirmar as teorias

existentes (Ponte, 2006). Estas aplicam-se a esta investigação dada a descrição cuidada do contexto em que ocorre o fenómeno de estudo, para que seja possível uma comparação por similaridade para contextos idênticos. Nesta perspetiva, a comparação corresponderia à generalização, desde que se conseguisse encontrar semelhanças entre o contexto original e aquele contexto se pretende fazer a generalização. Extrapolação foi também um termo desenvolvido por Patton (2002), com o mesmo significado, de pensar noutras aplicações para os dados apresentados num determinado contexto.

Relativamente à fiabilidade entendida como a possibilidade de replicação das operações do estudo de modo a produzir resultados semelhantes (Ponte, 2006). Nesta investigação este conceito de fiabilidade deverá ser percebido numa perspetiva diferente da questão da “replicabilidade” de resultados. Assim, a fiabilidade foi assegurada pela recolha de dados rigorosa e abrangente, que corresponde ao que se passa no local de estudo (Bogdan e Biklen, 1994). Por outro lado, a fiabilidade foi mantida através do contínuo registo dos procedimentos que permitiu constituir um elo de ligação entre as interpretações realizadas e os dados que a suportaram.

O processo de triangulação é uma das técnicas usadas para garantir a validade e a fiabilidade. A triangulação é essencialmente o ponto de articulação dos componentes que fornecem novos conhecimentos relativamente a um mesmo fenómeno (Fortin, 2003).

A triangulação ocorreu sobre métodos, pela utilização do método quantitativo e qualitativo. E ainda ocorreu triangulação de dados, esta triangulação refere-se à utilização de diferentes fontes de produção de dados, como nos diz Flick (2004).

3. RESULTADOS

3.1. CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

No âmbito deste trabalho é importante fazer a caracterização sociodemográfica das mulheres que realizaram IVG em 3 anos e meio, na instituição de saúde escolhida (Tabelas 1). A maioria das mulheres avaliadas apresentava uma idade entre 19-28 anos (47,5%), eram de nacionalidade portuguesa (76,7%), solteiras (69,0%), das 99,0% mulheres que frequentaram o ensino, uma significativa percentagem não foi além do 3º ciclo (41,7%) e tinham uma ocupação profissional em trabalho não qualificado (30,5%) ou eram estudantes (19,3%).

Tabela 1 - Características sócio – demográficas da população			
Características		N (1.888)	%
Idade	≤18 a	179	9,5
	19 a 28 a	898	47,5
	29 a 38 a	676	35,8
	≥ a 39 a	135	7,2
Nacionalidade	Portuguesa	1.448	76,7
	Brasileira	66	3,5
	Países de Leste	40	2,1
	Países Africanos	306	16,2
	Outros Países União Europeia	11	0,6
	Asiática	17	0,9
Estado civil	Solteira	1.302	69,0
	Casada	407	21,6
	Viúva	11	0,5
	Divorciada	140	7,4
	Separada	28	1,5
Escolaridade	Nao sabe ler nem escrever	10	0,5
	Sabe Ler sem ter frequentado a escola	9	0,5
	Ensino básico - 1º ciclo	116	6,2
	Ensino básico - 2º ciclo	242	12,8
	Ensino básico - 3º ciclo	429	22,7
	Ensino secundário	665	35,2
	Ensino superior	417	22,1

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

Tabela 1 - Características sócio – demográficas da população (cont.)			
Características	N (1.888)	%	
Situação Laboral	Quadros superiores, dirigentes	23	1,2
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	148	7,8
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	137	7,3
	Pessoal administrativo	197	10,5
	Agricultores, Operários e Artesãos	112	5,9
	Forças militares	7	0,4
	Trabalhadores não qualificados	574	30,5
	Trabalho doméstico não remunerado	43	2,4
	Desempregado	284	15,1
	Estudante	363	19,3

A tabela 2 apresenta os dados relativos à existência de filhos, onde 44,0% das mulheres não tinha filhos e 56,0% já tinha pelo menos um filho (como se pode verificar pelo somatório das parcelas seguintes), destas últimas 9,2% tem 3 ou mais filhos. Apesar da maioria (79,2%), não tem nos antecedentes obstétricos nenhuma IVG, uma percentagem significativa de 20,8 tem uma ou mais IVG anteriores (tabela 3).

Tabela 2 – Dados relativos ao nº de filhos

	N	%
Nenhum	831	44,0
Um	492	26,1
Dois	391	20,7
Três ou mais	174	9,2
Total	1.888	100,0

Tabela 3 – Dados relativos a IVG anteriores

	N	%
Nenhuma	1.496	79,2
Uma	313	16,6
Duas	57	3,0
Três ou mais	22	1,2
Total	1.888	100,0

Quanto à adesão das mulheres a consultas de planeamento familiar há menos de 1 ano, verificou-se que 76,0% não as realizaram, e das 454 que realizaram, 77,3% recorreu aos cuidados de saúde primários (tabela 4).

Tabela 4 – Dados relativos ao Planeamento Familiar no último ano

	N (1.888)	%
Planeamento Familiar no último ano		
Sim	454	24,0
Não	1.434	76,0
Local onde decorreu a consulta		
Público - Centro de Saúde	351	77,3
Público - Hospital	24	5,3
Privado	76	16,7
Outro	3	0,7

3.2. CARACTERIZAÇÃO DAS CONSULTAS DE IVG

No âmbito desta pesquisa foi calculada a totalidade das interrupções realizadas por opção da mulher, discriminando a sua evolução por cada ano, conforme dados da tabela 5. A análise dos dados permite verificar um total de 1.888 IVG legais realizadas no CHLN, ocorrendo um aumento significativo (cerca de 4,0%) de interrupções em 2009. Contudo deverão ser tidas em conta 175 mulheres que desistiram da interrupção ou foram recusadas para a interrupção por excederem os prazos legais previstos na lei. Estas mulheres realizaram ecografia de datação da gravidez e consulta prévia, o que significa um aumento de cerca de 9,0%, quer em meios complementares de diagnóstico quer de consultas realizadas.

Tabela 5 – Nº de IVG legais realizadas, por ano e no total dos 3 anos e meio

	N	%
A partir de julho de 2007	177	9,4
2008	545	28,9
2009	617	32,7
2010	549	29,0
Total	1.888	100,0

O acesso ao serviço de interrupção de gravidez foi realizado na sua maioria (51,6%), por iniciativa própria da mulher, contudo o encaminhamento através dos Centros de Saúde tem

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

também uma significativa expressão (36,0%), (Tabela 6).

Tabela 6 – Dados relativos ao acesso à IVG

	N	%
Centro Saúde	680	36,0
Hospital Publico	81	4,3
Medico Privado	57	3,0
Iniciativa própria	974	51,6
Outro	96	5,1
Total	1.888	100,0

A maioria das mulheres (57,7%) encontrava-se com 7-8 semanas de gestação (tabela 7). A análise dos dados permitiu conhecer que apenas cerca de 4,0% dos casos estavam na 10ª semana. Da totalidade da população, 9 mulheres tinham uma gestação gemelar.

Tabela 7 - Idade gestacional no momento da IVG

(semanas)	N	%
3-4	8	0,4
5- 6	154	8,1
7-8	1.089	57,7
9-10	637	33,8
Total	1.888	100,0

Tabela 8 – Tipo Gestação

	N	%
Gestação Simples	1.879	99,5
Gestação gemelar	9	0,5
Total	1.888	100,0

O valor médio do tempo de espera para a consulta prévia é de 4 dias, apresentando a maioria (73,5%), um tempo de espera até 5 dias que inclui a realização de uma ecografia ginecológica endocavitária de datação de gravidez já realizada no CHLN (Tabela 9).

Relativamente ao valor médio da diferença de dias entre a data da intervenção e a data da consulta prévia, este foi de 6 dias, sendo que a maioria (66,5%) espera entre 3 a 5 dias, contudo ainda é relevante a percentagem de mulheres que espera mais de 11dias (14,6%), (Tabela 10).

Tabela 9 – Nº de IVG por dias de espera para a consulta prévia

	N	%
1 a 5 dias	1.388	73,5
6 a 10 dias	449	23,8
11 a 15 dias	43	2,3
Mais de 15 dias	8	0,4
Total	1.888	100,0

Tabela 10 – Nº de IVG por dias de espera entre a consulta prévia e a intervenção

	N	%
3 a 5 dias	1.255	66,5
6 a 10 dias	356	18,9
11 a 15 dias	188	10,0
Mais de 15 dias	89	4,6
Total	1.888	100,0

O método de interrupção mais realizado foi o medicamentoso em ambulatório com 99,8% (tabela 11). Por motivo de patologia associada houve 4 mulheres que realizaram o procedimento com vigilância em internamento, duas delas por doença de Crohn e as outras duas por estarem medicadas com varfarina. Em nenhum destes casos houve necessidade de realizar procedimentos cirúrgicos, por complicações associadas ou falha do método de interrupção.

Tabela 11- Nº de IVG por tipo de método utilizado na interrupção

	N	%
- Medicamentoso em internamento	4	0,2
- Medicamentoso em ambulatório	1.884	99,8
Total	1.888	100,0

Das 1.888 mulheres que realizaram IVG legal, 97,4% (tabela 12) teve 3 consultas, as 49 mulheres que tiveram mais de 3 consultas, foram aquela percentagem relacionada com a falha do método de interrupção e que repetiram medicação em ambulatório.

Para cumprir um dos objetivos desta consulta relacionado com o assegurar/disponibilizar métodos contraceptivos foram realizadas adicionalmente 102 consultas de planeamento familiar (tabela 13).

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

Tabela 12 - Nº de consultas da atual IVG

	N	%
Três c.	1.839	97,4
Quatro c.	48	2,5
Cinco c.	1	0,1
Total	1.888	100,0

Tabela 13 - Nº de Consultas de planeamento familiar (P.F.) adicionais por procedimento realizado

	N	%
Consulta de P. F. com colocação de dispositivo subcutâneo	19	19,3
Consulta de P.F. com colocação de dispositivo intrauterino	83	80,6
Total	102	100,0

A tabela 14 apresenta o tipo de terapêutica e esquemas efetuados pelo número de IVG realizado. O número de comprimidos (comp.) de mifepristone 200mg consumidos ao longo dos 3 anos e meio foi de 1.904 unid., relativamente ao misoprostol 0,2mg foi de 18.806 unid. À maioria das mulheres foi-lhe prescrito 1 comp. de mifepristone 200mg (99,2%) e 12 comp. de misoprostol 0,2mg (63%), 4 comp. aplicados via vaginal e 8 comp. para ambulatório via oral, tomados hora a hora após 24h da aplicação vaginal (tabela 14).

O esquema terapêutico que inclui a toma de 2 comp. de mifepristone 200mg foi efetuado às 9 mulher com gestação gemelar e as restantes foram repetições de esquemas terapêuticos de interrupção por falha, onde o embrião se encontrava com batimentos cardíacos posteriormente à primeira tentativa. Ainda se verificou a dispensa de antibiótico (ác. clavulânico e amoxicilina 625mg – 21 comp.) para prevenção de situações infecciosas graves por suspeita de infeções bacterianas ginecológicas ao exame ginecológico feito em consulta de interrupção.

Na consulta de interrupção foram ainda administradas 217 injeções de imunoglobulina anti-rh, 11,5% da nossa população apresenta grupo sanguíneo Rhesus negativo, após a sua confirmação por meio complementar de diagnóstico designado por tipagem AB0 e factor Rh (tabela 14).

Apenas a 200 mulheres, em três anos e meio de atividade de consulta de IVG foi disponibilizado método contraceptivo na consulta de IVG ou em consulta adicional. Em 7,4% das mulheres (somatório das duas parcelas correspondentes ao uso de dispositivos intra-

uterino hormonal e subcutâneo da tabela 14), o método contraceptivo escolhido e disponibilizado foi de longo prazo (duração de 3 a 5/7 anos dependendo do dispositivo). Contudo, pela observação da mesma tabela, a maioria, 89,5% das mulheres não ficou com contraceção assegurada, um bom motivo para reflexão quanto ao número de repetições de IVG ou a baixa adesão a consultas de planeamento familiar.

Tabela 14 – Dados relativos ao tipo de terapêutica disponibilizada pelo nº de IVG			
		N (1.888)	%
Quant. de comp. de mifepristone 200mg	1comp.	1.872	99,2
	2comp.	16	0,8
Quant. de comp. de misoprostol 0,2mg e esquemas efectuados	4comp.	301	15,9
	8;4+4comp.	384	20,3
	8+2comp.	1	0,1
	12;8+4comp.	1.189	63,0
	12+2comp.	1	0,1
	12+4comp.	4	0,2
	12+4+2comp.	1	0,1
	12+8comp.	3	0,1
	12+12comp.	4	0,2
Tipo de antibiótico	Nenhum	1.876	99,4
	Ác. Clavulânico e amoxicilina 625mg – 21comp.	12	0,6
Imunoglobulina anti-Rh	Não	1.671	88,5
	Sim	217	11,5
Método contraceptivo	Dispositivo intrauterino hormonal	83	4,4
	Dispositivo subcutâneo	57	3,0
	Hormonal horal	60	3,1
	Nenhum	1.688	89,5

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

No quadro 3 apresenta-se as quantidades de contraceptivo hormonal oral disponibilizadas (135 caixas). Estes contraceptivos foram disponibilizados a 60 mulheres na consulta de controlo por opção das mesmas, com o objetivo de assegurar a anticoncepção a 2 ou 3 meses até realização de nova consulta de planeamento familiar nos Centros de Saúde, indicação dada em contexto de consulta de controlo. A referenciação das mulheres que realizaram IVG, aos cuidados de saúde primários é realizada mensalmente, com objetivo de dar continuidade aos cuidados de saúde, muito particularmente na área do planeamento familiar.

Quadro 3 – Quantidade de contraceptivo hormonal oral disponibilizado por marcas comerciais (caixas)

	N
Harmonet ^R	8
Libelli ^R	15
Belara ^R	76
Yasminelle ^R	10
Minesse ^R	22
Diane 35 ^R	1
Microginon ^R	3
Total	135

Os cuidados de saúde relativos à consulta de IVG legal não estão confinados às atividades praticadas nos momentos de consulta a ela destinados, condicionam o volume de episódios de urgência de ginecologia e obstetrícia. Pela análise dos dados a IVG legal foi responsável por mais 507 episódios de urgência nos 3 anos e meio avaliados. Apesar da maioria das mulheres (79,9%) não ter recorrido à urgência, ainda se verifica que 20,1% das mulheres que realizaram IVG legal tiveram necessidade de recorrer à urgência, uma ou mais vezes (tabela 15).

Quanto aos meios complementares de diagnóstico realizados nestes episódios de urgência, verificou-se um total de 485 ecografias ginecológicas e 241 packs de análises (constituídos por hemograma completo, proteína C reativa PCR, subunidade da gonadotrofina coriônica humana β HCG, no soro).

Tabela 15 – Dados relativos aos cuidados de saúde necessitados devido a complicações, após a interrupção pelo nº de IVG realizadas			
		N (1.888)	%
Nº de vezes vindas à urgência	Nenhuma	1.508	79,9
	Uma	286	15,1
	Duas	67	3,5
	Três	18	1,0
	Quatro	7	0,4
	Cinco	2	0,1
Meios complementares de diagnóstico efetuados urgências	Nenhum	1.533	81,2
	Ecografia ginec.	114	6,0
	Ecografia ginec. e análises	113	6,0
	Duas ecografias ginec. e análises	61	3,2
	Três ecografias ginec. e análises	49	2,6
	Quatro ecografias ginec. e análises	7	0,4
	Cinco ecografias ginec. e análises	2	0,1
	Análises	9	0,5
Complicações resultantes da IVG	Nenhuma	1.775	94,0
	Aborto incompleto	74	3,9
	Aborto séptico	22	1,2
	Doença inflamatória pélvica	1	0,1
	Gravidez evolutiva	11	0,5
	Choque com anemia aguda grave	5	0,3
Tempo de internamento para resolução das complicações (dias)	Nenhum	1.776	94,1
	Internamento em SO (<24H)	67	3,5
	Um dia	22	1,2
	Dois dias	12	0,6
	Três dias	6	0,3
	Quatro dias	3	0,2
	Cinco dias	2	0,1
Dilatação com curetagem uterina com anestesia geral efetuada para resolver as complicações	Sim	95	5,1
	Não	1.793	94,9

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

Tabela 15 – Dados relativos aos cuidados de saúde necessitados por complicações, após a interrupção pelo nº de IVG realizadas (cont.)		
	N (1.888)	%
Tipo de medicação e esquemas terapêuticos efectuados		
- Nenhum	1.832	97,0
- Ampicilina 1g sol. inj. 6/6h	1	0,1
- Ampicilina 2g sol. inj. 6/6h, clindamicina 900mg sol. inj. 8/8h, gentamicina 240mg sol inj./dia	14	0,7
- Clindamicina 900mg sol. inj. 8/8h e gentamicina 240mg sol.inj./dia	11	0,6
- Metronidazol 2g (8comp.)	1	0,1
- Transusão de sangue – 2 UCE	5	0,2
- Ferrotrivalente inj. 2 amp.	3	0,2
- Oxitocina sol inj. 5 UI	6	0,3
- Misoprostol 0,6mg 6/6H (3 aplicações)	15	0,8

As complicações resultantes da IVG legal aconteceram em 6% das mulheres desta população, sendo a mais comum o aborto incompleto (3,9%), conforme dados da tabela 15. A gravidez evolutiva após a IVG aconteceu a 11 mulheres e uma decidiu continuar com a gravidez. À exceção deste caso, a resolução de todas as complicações de IVG legal foi feita com internamento das mulheres (5,9%), tendo ficado em internamento 1 ou mais dias, 45 destas por aborto séptico.

Das 113 mulheres que tiveram complicações da IVG legal, 95 (84,1%) destas realizaram dilatação com curetagem uterina sob anestesia geral para as resolver. Todos os casos clínicos de aborto séptico foram resolvidos com este procedimento e com esquemas terapêuticos com antibióticos, 4 mulheres efetuaram antibioterapia sem diagnóstico confirmado de aborto séptico. O esquema terapêutico com misoprostol 0,6mg 6/6h, 3 aplicações foi realizado a 15 mulheres com aborto incompleto. Cinco mulheres com diagnóstico de choque com anemia aguda grave fizeram transfusão de sangue com 2 unidades de concentrado de eritrócitos (tabela 15).

3.3. CARACTERIZAÇÃO DOS CUSTOS ASSOCIADOS À CONSULTA DE IVG LEGAL

As anteriores caracterizações fornecem informações detalhadas sobre a utilização dos serviços de saúde, permitindo o cálculo dos custos diretos associados aos cuidados de saúde prestados

a este grupo de mulheres. Os custos foram divididos por três categorias: os custos da interrupção, os custos após a interrupção e os custos das repetições de IVG.

Os custos da interrupção são calculados para o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Por outro lado, foram calculados os custos da IVG em ambulatório, para a instituição de saúde por mulher (estabelecendo um custo máximo e mínimo por mulher) a preços do SNS, distribuindo-os por três grupos de custos: consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

O mesmo não foi realizado para os episódios de urgência e de internamentos por complicações desta causa, pois os preços de tabela estabelecidos já englobam todos os serviços, procedimento, hotelaria, meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

A fim de calcular os custos para o SNS, todos os cuidados de saúde/atos foram quantificados de acordo com as tabelas de preços para grupos homogêneo de diagnóstico (GDH) contidas nas Portarias n.º 132/2009 de 30 de Janeiro, n.º 839-A/2009, de 31 de Julho e no Contrato Programa 2010 celebrado entre CHLN, ACSS e Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo.

A análise que se segue considera apenas os custos diretos associados aos procedimentos realizados para a IVG legal, não considerando os custos indiretos, como o tempo de trabalho perdido ou tempo de escola perdido para a realização e acompanhamento da mesma, bem como o tempo despendido após a realização da interrupção.

O custo total da IVG legal realizada no CHLN, suportada pelo SNS foi de 726.861,72€. O cálculo realizado para encontrar este valor foi: O somatório dos custos dos episódios de IVG medicamentosa em ambulatório (1.839 casos), com um custo unitário de 342,00€ (tabela 16), dos custos episódios de IVG medicamentosa em internamento (4 casos), com um custo unitário de 848,99€ (tabela 17), e dos custos de outros episódios (cálculo efetuado de acordo com a Portaria n.º 132/2009 de 30 de Janeiro).

Tabela 16 – Custo suportado pelo SNS na IVG legal medicamentosa em ambulatório, por cada ano nos 3 anos e meio

Ano	2007	2008	2009	2010	Total
N.ºIG	169	530	605	535	1.839
Custo	57.798,00€	181.260,00€	206.910,00€	182.970,00€	628.938,00€

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

Tabela 17 – Custo suportado pelo SNS na IVG legal medicamentosa em internamento, por cada ano nos 3 anos e meio

Ano	2007	2008	2009	2010	Total
N.ºIG	0	1	0	3	4
Custo	0€	848,99€	0€	2.546,97€	3.395,96€

O número de outros episódios foi resultado do número IVG medicamentosa em ambulatório que deram lugar ao internamento da mulher, 45 casos de mulheres às quais foi realizado um procedimento cirúrgico aplicando-se o preço estipulado para o GDH 381 (1.099,16€). O custo total dos outros episódios teve em conta o número de diárias para cada mulher (tabela 18).

Tabela 18 – Custo suportado pelo SNS em outros episódios por cada ano nos 3 anos e meio

Ano	2007	2008	2009	2010	Total
Outros episódios	8	14	12	11	45
Custo	9.892,44€	29.677,32€	24.181,52€	30.776,48€	94.527,76€

O custo total dos cuidados de saúde após a interrupção suportado pelo SNS foi de 91.711,77€, valor que comporta os custos dos 467 episódios de urgência que não resultaram em internamento e os custos das consultas adicionais de planeamento familiar (102 episódios) que inclui custo da medicação e do procedimento efetuado (tabela 19 e 20).

Tabela 19 – Custo suportado pelo SNS em urgências por cada ano nos 3 anos e meio

Ano	2007	2008	2009	2010	Total
Urgências	29	117	156	165	467
Custo	3.999,68€	16.136,64€	21.515,52€	22.756,80€	64.409,00€

Tabela 20 – Custo suportado pelo SNS em consultas adicionais de planeamento familiar com procedimento realizado no total dos 3 anos e meio

Ano	2007	2008	2009	2010	Total
Consulta de P. F. com colocação dispositivo subcutâneo	0	0	14	5	19
Consulta de P.F. com colocação de dispositivo intrauterino	1	5	46	31	83
Custo	268,24€	1.341,20€	1.6051,70€	9.641,39€	27.302,53€

Se ao custo total da IVG legal realizada no CHLN (726.861,72€) fosse adicionado o custo total dos cuidados de saúde após a interrupção (91.711,77€), o valor real da IVG legal no CHLN foi de 818.573,49€.

Outro propósito da análise de custos foi a avaliação da parcela de custos de repetições de IVG legal no CHLN. Assim, o valor calculado para esta parcela foi de 156.294,00€, tendo em conta que o preço unitário de repetição é o atribuído à IVG medicamentosa em ambulatório, 342,00€ (tabela21).

Tabela 21 – Custo anual e total das repetições das IG legal por opção da mulher

Ano	2008	2009	2010	Total
Nº repetições	137	160	160	457
Custo	46.854,00€	54.720,00€	54.720,00€	156.294,00€

Os custos da IVG medicamentosa em ambulatório para a instituição de saúde por mulher, (estabelecendo um custo mínimo e máximo), a preços do SNS foram distribuídos por três grupos de custos: consultas, meios complementares de diagnóstico (MCD), terapêutica. Deste modo, o custo mínimo (min.) estimado para a IVG medicamentosa em ambulatório, a preços do SNS foi de 428,07€ e o custo máximo (máx.) estimado foi de 990,31€ (tabela 22).

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

Tabela 22 – Dados relativos ao custo min. e máx. da IVG medicamentosa em ambulatório			
		Custo unitário do procedimento	Custo do total dos procedimentos realizados por mulher
Custo Min.			
Consultas	- 1ª Consulta (1unid.)	121,55€	121,55€
	- Consultas Subsequentes (2 unid.)	110,50€	221,00€
Meios Complementares De Diagnóstico	- Ecografia ginecologica endocavitária (2unid.)	31,80€	63,60€
Terapêutica	- Misoprostrol comp.0,2mg (4 comp.)	0,18€	0,72€
	- Mifepristona comp.200mg (1comp.)	21,20€	21,20€
Total			428,07€
Custo Máx.			
Consultas	- 1ª Consulta (1unid.)	121,55€	121,55€
	- Consultas Subsequentes (4 unid.)	110,50€	442,00€
Meios Complementares De Diagnóstico	- Ecografia ginecologica endocavitária (4unid.)	31,80€	127,20€
	- Tipagem AB0 e factor Rh 1unid.	9,40€	9,40€
Terapêutica	- Misoprostrol comp.0,2mg (24 comp.)	0,18€	4,32€
	- Mifepristona comp.200mg (2comp.)	21,20€	42,40€
	- Amoxicilina + ác. Clavulânico comp.625mg (21comp.)	0,18€	3,78€
	- Imunoglobulina anti rh sol. ing. + administração	81,02€+15,00€	96,02€
	- Dispositivo contraceptivo subcutâneo+ administração	131,04€+12,60€	143,64€
Total			990,31€

4. DISCUSSÃO, CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Antes da entrada em vigor da nova lei de despenalização do aborto, o Ministério da Saúde previa cerca de 20 mil abortos por ano em Portugal. Esta estimativa baseou-se no facto da Organização Mundial da Saúde considerar que o número de interrupções voluntárias corresponderia em média, a 20% dos nados vivos (DGS, 2007). Os números reais até ao ano de 2010 são ligeiramente inferiores situando-se entre os 18.014 (2008), 19.222 (2009) e os 18.911 (2010), com uma tendência crescente dos custos económicos associados aos cuidados de saúde prestados neste contexto. Desta forma importa compreender em pormenor, qual o papel que cada instituição de saúde prestadora de cuidados tem neste contexto económico. Nesta perspetiva foi escolhido o programa de IG legal por opção da mulher na instituição de saúde Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Ao estudarmos este programa de saúde verificámos que foram realizadas 1.888 interrupções de gravidez por opção da mulher. A maioria das mulheres que realizaram IVG era portuguesa, solteira, jovem com uma idade compreendida entre 19 e 28 anos à data da interrupção, trabalhadora não qualificada, desempregada ou estudante, com uma escolaridade até à frequência do ensino secundário, com pelo menos um filho a seu cargo. Em termos de cuidados de saúde no último ano, 76,0% destas mulheres não realizou consulta de planeamento familiar antes da atual interrupção. Estes dados refletem em termos de caracterização, os publicados num estudo de 2011, realizado pela Federação Portuguesa pela Vida que efetuou a caracterização da liberalização do aborto 4 anos depois. Ainda, no que diz respeito à idade das mulheres que realizam IVG os dados são semelhantes aos encontrados num estudo mundial de Sedgh et al. (2007), onde a taxa de aborto atingiu um pico em mulheres com idade entre os 20 e os 24 anos.

Os dados do atual estudo revelam ainda que o acesso das mulheres à interrupção da gravidez por opção da mulher é realizado maioritariamente por iniciativa própria vindo ao hospital diretamente, uma percentagem importante é encaminhada pelos cuidados de saúde primários, sendo de realçar o papel de referenciação das instituições dos cuidados de saúde primários. A totalidade das interrupções é efetuada pelo método medicamentoso, maioritariamente a gestações simples com mais de 7 semanas. O tempo de espera para a primeira consulta, designada por consulta prévia, e entre esta consulta e a interrupção não é, na maior parte dos casos superior a 5 dias, situação que está de acordo com as orientações da DGS (2007). No

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

entanto é importante destacar os 33,5% de mulheres que esperam mais do que este tempo para a interrupção, a justificação para tal facto pode estar relacionada com a gestão das marcações de consultas, priorizado as mulheres com gestações mais avançadas perto do limite legal. Contudo, este ponto deverá ser alvo de atenção dada a carga psicológica que a mulher se sujeita após a tomada de decisão, e por ser este um elemento a melhorar no atingir de determinados patamares de qualidade que se pretende para um serviço de saúde de excelência. As orientações na literatura da DGS (2007) referem a necessidade da existência de quatro consultas quando a interrupção de gravidez se efetua pelo método medicamentoso em ambulatório, (sendo a consulta adicional justificada pela aplicação vaginal do esquema terapêutico com misoprostol 24h após a toma do comprimido de mifepristona). Nesta pesquisa o número de consultas de cada processo de interrupção de gravidez foi na sua maioria de 3, com uma percentagem de êxito associado a este método de interrupção de cerca de 97,0%, semelhante às percentagens apresentadas num estudo randomizado internacional publicado em 2007 citado por Graça (2010), em que se comparavam as taxas de abortamento completo entre o protocolo de administração de mifepristona 200mg e misoprostol 0,8mg aplicados imediatamente ou 24h depois.

Os esquemas terapêuticos de misoprostol 0,2mg são variados no que se refere à quantidade de comprimidos a efetuar na interrupção contudo a quantidade mais prescrita foi 12 comprimidos (4 comp. aplicados via vaginal mais 8 comp. via oral, 1 de hora a hora, a iniciar 12h após a aplicação vaginal), esta toma complementar 12h após, está recomendada segundo Graça (2010) para gestações superiores a 8 semanas.

Assim, numa lógica de estabelecimento de protocolos de serviço não se verifica necessidade de realização de consulta adicional, às 3 consultas previstas, pois o esquema terapêutico e a sua forma de implementação mostraram ter sucesso dada a sua percentagem de êxito.

Os dados colhidos mostraram que aconteceram 102 consultas adicionais de planeamento familiar para colocação de um método contraceptivo de longa duração, mas também foram aplicados pelo menos um tipo destes métodos de longa duração em consulta de IVG a 10,6% das mulheres, pelo que estas 102 consultas de interrupção poderiam ter o objetivo de monitorizar a adesão/satisfação ao método contraceptivo, se estes procedimentos fossem realizados nas consultas de IVG após a confirmação do sucesso da mesma. Deste modo, como orientação técnica deveria ser assegurada a contraceção ainda em contexto da consulta de IG à maioria das mulheres, dada a baixa adesão destas a consultas de planeamento familiar e o número de repetições de IVG por opção da mulher.

Para além dos cuidados de saúde relativos à consulta de IVG legal, estas interrupções condicionaram em média um volume de episódios de urgência de 145 por ano no decorrer destes 3 anos e meio. A percentagem anual das mulheres que realizaram IVG pelo método medicamentoso e que teve complicações foi de 6,0% no ano de 2008, 5,0% no ano de 2009 e 7,0% em 2010, valores percentuais idênticos aos apontados pela DGS (2007) para a escolha do método medicamentoso para IVG. Mais uma vez se confirma que a escolha deste método de IG tem baixas taxas de complicações sendo de preferir a outros métodos nomeadamente os cirúrgicos com taxas de complicações que podem chegar aos 10% (Levin,2009). A complicação mais comum foi o aborto incompleto. Contudo, a complicação que mais resultou em internamento das mulheres foi o aborto séptico, onde as mesmas estiveram em média, internadas durante dois dias. Para a resolução das complicações, 84,1% das mulheres realizaram o método cirúrgico (dilatação com curetagem uterina com anestesia geral). Os esquemas de tratamento com antibióticos são prescritos nos diagnósticos de aborto séptico, o mais utilizado foi a ampicilina 2g sol. inj. 6/6h, clindamicina 900mg sol. inj. 8/8h, gentamicina 240mg sol inj./dia, talvez relacionado com a publicação e aplicação prática do guia de procedimentos médicos na área de obstetrícia e ginecologia do CHLN (guidelines de procedimentos e terapêutica), daí a importância destes em contexto clínico, pela uniformização de procedimentos.

Tendo em conta o custo total suportado pelo SNS com a IVG legal realizada no CHLN (726.861,72€) e o custo total dos cuidados de saúde após a interrupção (91.711,77€), o valor real da IVG legal no CHLN foi de 818.573,49€. O conhecimento deste valor só foi possível com a caracterização pormenorizada do contexto global do programa.

Na averiguação concreta do custo total suportado pelo SNS com a IVG legal, verificámos que a parcela com maior peso foi a do custo com IVG legal medicamentosa em ambulatório pois, ela é diretamente dependente do número de IVG realizadas com recurso a este método. Se o número total de IVG medicamentosa em ambulatório em 2009 face ao primeiro ano completo (2008) aumentou 14,2%, no último período ocorreu uma diminuição para os níveis do primeiro ano completo de análise. Os custos anuais e no final dos três anos refletiram estas oscilações. O custo da IVG legal realizada pelo método medicamentoso em internamento dependeu da ocorrência de casos clínicos justificativos da realização deste tipo de IVG e não da opção da mulher. Os 2,4% das mulheres que iniciaram o processo medicamentoso em ambulatório e que por complicações foram internadas sendo submetidas um procedimento

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

cirúrgico, foram responsáveis pela rubrica de custos designada por outros episódios. Os custos a esta rubrica associados não dependeram apenas do número de episódios, mas também do número de dias que cada mulher esteve internada, como refletem os valores calculados para 2008 onde ocorreram 14 episódios de internamento com um custo total de 29.677,32€, para 2009 em que 12 casos tiveram um custo total de 24.181,52€ e para 2010 os custos foram 30.776,48€ por 11 episódios de internamento.

A caracterização do total dos custos dos cuidados de saúde após a interrupção é referente à parcela dos custos atribuídos aos episódios de urgência das mulheres que realizaram IVG medicamentosa em ambulatório. A percentagem de mulheres que recorreu à urgência após IVG em 2008 foi de 28,2%, no ano seguinte de 21,2% e em 2010 foi de 21,8%. O número de episódios de urgência pós IVG cresceu anualmente 33,3% no primeiro ano e 5,8% no ano seguinte demonstrando assim, um abrandamento favorável aos objetivos de diminuição para esta atividade.

O custo das consultas adicionais de planeamento familiar no CHLN varia ligeiramente de acordo com o tipo de procedimento realizado. As consultas de planeamento familiar com colocação de dispositivo intrauterino têm um custo unitário (268,24€), ligeiramente superior ao das consultas com colocação de dispositivo subcutâneo (265,19€). Em 2009 houve um pico no número destas consultas, não diretamente relacionado com o aumento pontual do número de consultas de interrupção nesse ano, mas dependente do encaminhamento médico para consulta de planeamento familiar posterior à realização da IVG e da escolha do contraceptivo feita pela mulher. Todos os dispositivos intrauterinos foram colocados em consultas adicionais de planeamento familiar, contudo pelos dados obtidos através da observação direta existiam condições para a execução deste procedimento na consulta de IVG.

A parcela dos custos de repetições da IVG legal no CHLN foi de 156.294,00€, custos que poderiam ter sido reduzidos no custo total com a IVG legal medicamentosa em ambulatório, passando o valor de 726.861,70€ para 570.567,70€. Esta redução só seria conseguida com estratégias de planeamento familiar eficazes e de longo prazo, implementadas de imediato na consulta de IVG, dada a falta de adesão a consultas de planeamento familiar.

As variações anuais calculadas não incluíram o ano de 2007 pois, não é válida a comparação de meio ano com um ano inteiro.

Em última análise foi feita uma estimativa de custo mínimo e máximo da IVG medicamentosa em ambulatório, a preços do SNS, para a instituição de saúde. O custo mínimo e máximo, estimado para esta interrupção foi assim designado porque comporta o mínimo e o máximo de consultas, de meios complementares de diagnóstico e de terapêuticas, realizados por estas mulheres. O valor estimado para custo mínimo a preços do SNS foi de 428,07€ e o custo máximo de 990,31€, valores consideravelmente superiores ao preço unitário de GDH estabelecido para a IVG legal medicamentosa em ambulatório de 342,00€. Possivelmente o preço unitário deste GDH não reflete efetivamente o custo total dos procedimentos realizados neste tipo de interrupção.

O custo total calculado como IVG medicamentosa para os 3 anos e meio, em Portugal segundo dados da DGS, é de 21.290.868,00€ e no CHLN é de 726.861,70€, cerca de 3,0% dos custos totais do país nesta área. Contudo, estes valores para a totalidade dos casos de IVG em Portugal passariam para 26.649.069,78€ com base no custo mínimo calculado anteriormente ou para 61.650.758,74€ com base no custo máximo. No CHLN passariam a 885.144,50€ com base no custo mínimo ou a 1.919.104,00€ com base no custo máximo.

Deste modo, as instituições de saúde na sua gestão contratualizam a preços legalmente estabelecidos, contudo deveriam ser analisados economicamente e de forma sistematizada os custos de determinados programas de saúde sob pena de comprometer essa mesma gestão, responsabilizando a complexidade organizacional de todas as suas dificuldades.

Se a totalidade da IVG legal ao longo destes 3 anos e meio fosse cirúrgica em ambulatório (preço unitário por IG legal por opção da mulher = 444,00€), em Portugal segundo dados da DGS, os custos totais seriam 27.640.776,00€ e no CHLN de 838.272,00€. Com a mesma técnica mas com internamento (preço unitário máximo por IG legal por opção da mulher = 1.099,16€), os custos totais em Portugal seriam 68.427.106,64€, e no CHLN de 2.075.214,00€, relativos aos 3 anos e meio. Estes valores não têm na sua estimativa incluídos as complicações resultantes da IVG, daí que os procedimentos não possam ser comparados em termos de resultados obtidos. Contudo poderão ser alvo de reflexão, pelo que as atuais escolhas sobre a IVG legal por método medicamentoso em ambulatório, em detrimento do método cirúrgico em internamento, a nível nacional em instituições públicas são contributo de

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

poupança em saúde.

Após a análise descritiva do programa de interrupção voluntária da gravidez no CHLN, importa sistematizar o que caracteriza esta atividade em contexto atual:

- Competência e titularidade da matriz de atividades que compõem o programa de interrupção de gravidez por opção da mulher;
- Elevada capacitação dos profissionais e organização dos serviços para atividades relacionadas com a IVG e para atividades de planeamento familiar;
- Facilidade de acesso a métodos contraceptivos de longa duração;
- Baixa percentagem de complicações associadas à escolha do método de interrupção, (método medicamentoso);
- Facilidade na resolução de complicações da interrupção;
- Facilidade de articulação com Cuidados de Saúde de Primários;

Dada a caracterização devemos melhorar aspetos associados à atividade, operacionalizando esta questão com a definição de eixos de melhoria da prática inerentes à própria atividade e identificação de outros eixos que estão relacionados com características da nossa população e podem limitar a atividade.

- Endógenos

- ✓ Números de IVG realizadas anualmente;
- ✓ Número de repetições de IVG realizadas anualmente;
- ✓ Número de episódios de urgência para confirmação do sucesso de interrupção;
- ✓ Tempo de espera superior a cinco dias entre a consulta prévia e a consulta de interrupção;
- ✓ Disponibilidade de métodos contraceptivos de longa duração em consulta de IVG;

- Exógenos

- ✓ Adesão das mulheres a consultas de planeamento familiar;
- ✓ Limitado conhecimento sobre contraceção por parte das mulheres e seus familiares;
- ✓ Barreiras culturais relacionadas com mitos e crenças sobre contraceção.

A estratégia para a revitalização do programa de IVG baseia-se nos seguintes princípios:

- Abordagem baseada nos Direitos Humanos: É fundamental o reconhecimento e respeito

pelos direitos sexuais e reprodutiva dos indivíduos e que o direito à saúde é universal;

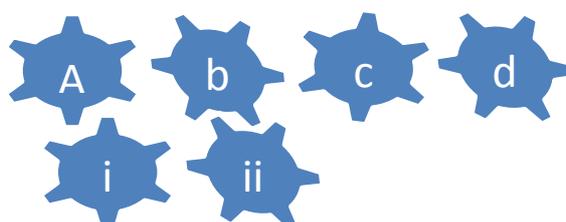
- Obtenção de ganhos em saúde: A prevenção da gravidez indesejada e da interrupção da gravidez são oportunidades de promoção da saúde quer individual, quer comunitária;
- Abordagem baseada na evidência: O sucesso da prática adequada das atividades resulta da análise e soluções de problemas, tendo como base as atuais evidências científicas disponíveis;
- Sustentabilidade: Garantir a alocação de recursos e reforçar a capacidade de gestão.

Após a definição dos princípios orientadores desta estratégia, pretende-se alcançar os seguintes objetivos (com base nos elementos analisados e referentes a 2010):

a) Redução de 14% no número total de IVG realizadas anualmente – a formulação deste objetivo é baseada nos valores percentuais de decréscimo do número de IVG já conseguidos em 2010 e no aumento da disponibilidade de métodos contraceptivos de longa duração à quase totalidade das mulheres que realizam IVG.

b) Redução em 50% no número de repetições de IVG realizadas anualmente – estima-se o seu alcance para valores de metade do número de repetições, dado o aumento da disponibilidade de métodos contraceptivos de longa duração à quase totalidade das mulheres que realizam IVG, pela sugestão de implementação de protocolo de serviço nesta área. No entanto podem acontecer casos repetições devido à baixa disponibilidade destes métodos em anos anteriores, daí a estimativa em 50%.

Ilustração I: Objetivos a alcançar.



- i) Aumento da disponibilidade de métodos contraceptivos de longa duração a 80% das mulheres que realizam IVG em cada ano – a opção de formulação deste objetivo baseou-se nas palavras de Sonfield (2011:2) que confirma que “se a contraceção for realizada efetivamente, reduz radicalmente a possibilidade de uma gravidez indesejada. Contudo, pelas limitações inerentes às características

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

da nossa população, esta disponibilidade poderá não ser possível de implementar na totalidade da população.

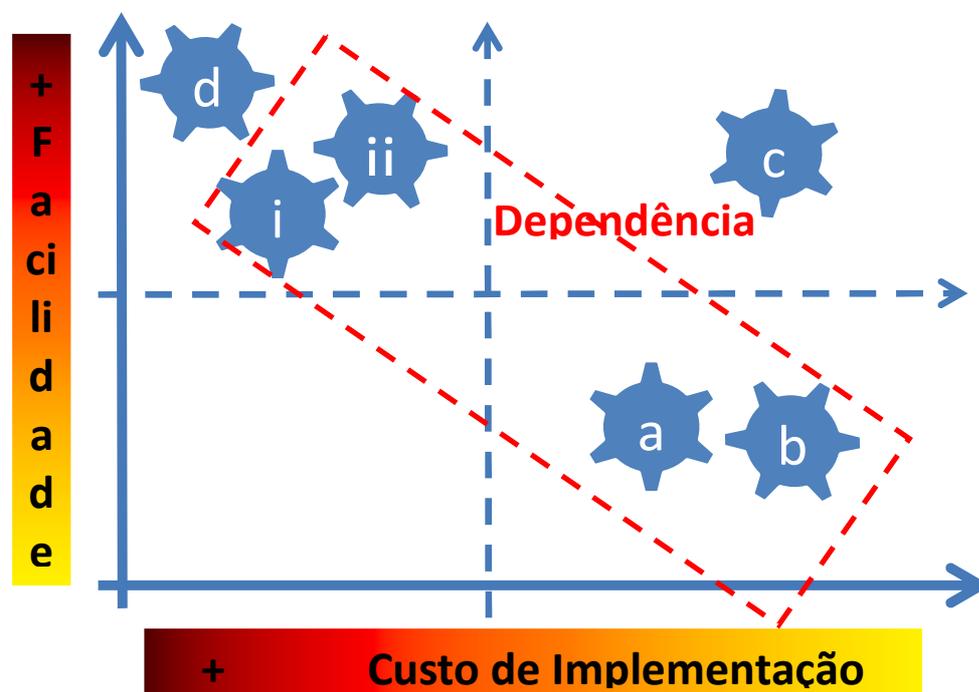
- ii) Aumento na adesão a consultas de planeamento familiar em 80% das mulheres que realizaram IVG – Este objetivo foi estabelecido pois a todas as mulheres a quem foi disponibilizada contraceção em consulta de IVG será marcada de imediato consulta de planeamento familiar, que é essencial para o acompanhamento da mulher com método contracetivo, para avaliar eficácia, efeitos secundários e ajudar à adesão terapêutica;

- c) Redução do número de episódios de urgência para confirmação do sucesso da IVG de 21,8% referência 2010, para 7% ano – o estabelecimento destes valores baseiam-se na taxa máxima efetiva de complicações encontrada para o método de interrupção mais utilizado nesta pesquisa.

- d) Redução para 15% no número de mulheres que espera mais de cinco dias entre a consulta prévia e a consulta de interrupção – o cálculo destes valores baseia-se na redução para cerca de metade do número de mulheres que espera mais de cinco dias, em resposta a uma orientação da DGS com expressão na qualidade dos cuidados.

Relativamente às iniciativas que conduzem à concretização dos objetivos estabelecidos, existe além da sua inter-relação, a necessidade de evidenciar a maior ou menor facilidade de implementação, bem como o seu nível de custo.

Ilustração II: Distribuição dos objetivos a alcançar quanto à facilidade e custo de implementação.



A ilustração esquemática II estabelece a relação entre as duas variáveis, facilidade e custo de implementação permitindo assim perceber quais as iniciativas que poderão ter maior prioridade, função da disponibilidade orçamental, para a elaboração ou inclusão em protocolos de serviço. A implementação dos objetivos traçados podem a curto prazo necessitar de um investimento adicional no primeiro ano contudo, para a prevenção da gravidez indesejada, para a saúde das mulheres e para resultados de atividade a médio e longo prazo satisfatórios, este investimento será necessário.

O aumento da disponibilidade de métodos contraceptivos de longa duração às mulheres que realizam IVG em cada ano e o aumento da adesão a consultas de planeamento familiar nestas mulheres pela marcação imediata desta consulta, poderão levar à redução do número total de IVG e à redução do número de repetições de IVG realizadas anualmente, pela sua interdependência, apesar de serem medidas com maior custo de implementação, como já ficou provado pelos custos associados à disponibilidade de métodos mais eficazes (métodos de longa duração), pelos custos de consultas adicionais de planeamento familiar, e dada a necessidade de aumento no número de recursos humanos para responder a este aumento no número destas consultas.

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

Por outro lado, um investimento em melhor orientação das mulheres na consulta de interrupção, ou a marcação de uma ecografia endocavitária, em tempo inferior aos 14 a 21 dias para verificação do sucesso da interrupção, seriam medidas de fácil implementação e de baixo custo, com eventual expressão na redução do número de episódios de urgência para confirmação do sucesso da IVG.

A redução nos tempos de espera entre a consulta prévia e a consulta de interrupção envolve maiores custos pois, implicaria um investimento ao nível de maior número de recursos humanos nomeadamente, de pessoal médico para realização de mais horas de trabalho na consulta para responder à redução destes tempos de espera.

Assim, mais uma vez se afirma que para a obtenção de ganhos em saúde, o investimento é essencial, baseado otimização da atividade e é esta a finalidade da implementação prática dos objetivos definidos.

No contexto das limitações do trabalho, o pedido de realização da investigação foi também feito numa outra instituição de saúde que realiza uma elevada percentagem de IVG pelo método cirúrgico, o que permitiria comparar os resultados obtidos e os custos associados ao tipo de procedimento utilizado e suas complicações, em cada instituição de saúde, (objetivo inicial da investigação). O pedido foi formalizado por escrito aos responsáveis desta instituição de saúde através da entrega do projeto da investigação, instrumentos de recolha de dados. Até à atual data não foi obtida resposta.

Ainda, neste contexto das limitações, para o cumprimento de prazos e pela falta de dados complementares que permitissem a estimativa do custo unitário para a instituição da IVG legal em internamento e a estimativa dos custos indiretos relativos à IVG, estas não foram efetuadas constituindo-se como outras importantes limitações do estudo.

5. BIBLIOGRAFIA

Administração Central dos Serviços de Saúde (2010). Acordo modificativo do contrato programa - Centro Lisboa Norte, EPE, <http://www.acss.min.saude.pt/Portals/0/Centro%20Hospitalar%20de%20Lisboa%20Norte,%20OEPE.pdf>

Afonso, N. (2005). *Investigação Naturalista em Educação – Um guia prático e crítico*. Porto: Edições Asa.

Anderson, A. e Arsenault, N. (1998), *Fundamentals of education Research*. (2ª ed.). Philadelphia: Routledge/Falmer.

Associação para o Planeamento da Família (2006), Estudo-Base sobre as Práticas de Aborto em Portugal - Apresentação dos Principais Resultados, <http://www.apf.pt/?area=003&sid=est.base=Aud.pdf>.

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>.

Bankole A, Singh S and Haas T (1998), Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries, *International Family Planning Perspectives* 24(3), 117–127.

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

Bell, J. (2008), *Como realizar um projecto de investigação: Um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação* (4.ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Bogdan, R. e Biklen, S. (1994), *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos* (2.ª ed.). Porto: Porto Editora.

Charmaz, K. (2007), *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis* (1.ª ed.). London: Sage.

Cohen, L. Manion, L. e Morriison, K. (2000). *Research Methods in Education*. (5ª ed.). London: Routledge Falmer.

Cohen, L. e Morriison, K. (2007), *Research Methods in Education*. (6.ª ed.) . London: Routledge Falmer.

Cohen, S. (2009), Facts and Consequences: Legality, Incidence and Safety of Abortion Worldwide, *Guttmacher Policy Review* 12(4), 2- 6.

Cox S., Werner C., Hoffman B. e Cunningham F. (2005), *Williams Obstetrics Study Guide (Book)*. New York: McGraw-Hill Medical.

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

Diário da República – 1ª Série A - N. 71 – 24 de Março de 1984, Lei nº 3 / 84 de 24 de Março, 981.

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

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

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

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

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

Diário da República, 1ª Série — N.º 21 — 30 de Janeiro de 2009, Portaria n.º 132/2009 de 30 de Janeiro.

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

Direção Geral da Saúde (2006), Circular Informativa n.º2/DSMIA (Divisão de Saúde Materna Infantil e dos Adolescentes) de 31.01.2006 da Direcção-Geral da Saúde, <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt>

Direção Geral da Saúde (2007), Circular Normativa n.º9/SR (Saúde Reprodutiva) de 21.06.2007 da Direcção-Geral da Saúde, <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt>

Direção Geral da Saúde (2007), Circular Normativa n.º10/SR de 21.06.2007 da Direcção-Geral da Saúde, <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt>

Direção Geral da Saúde (2007), Circular Normativa n.º11/SR de 21.06.2007 da Direcção-Geral da Saúde, <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt>

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 (2011), Plano Nacional de Saúde 2011-2016, <http://pns.dgs.pt/pns-2011-2016>.

Drummond, F., O' Brien B., Stoddart G. e Torrance, G. (2001), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford, Oxford Medical Publications.

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

Entre Nous (2005), The European Magazine for sexual and reproductive health, Arbitration in Europe, n. ° 59, <http://www.euro.who.int/document/ENS/en59.pdf>

Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.

Formarier e Poirier-Coutansais (1988), *Initiation á la recherche en soins infirmiers*. Paris: Lamarre-Poinat.

Fortin, M. (1999), *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2003), *O processo de investigação: da concepção à realização*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.

Gil, A. (1989), *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (2ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.

Gomes, M. (2004), *Educação à distância – Um Estudo de Caso sobre Formação Contínua de Professores via Internet*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação, Universidade do Minho.

Graça, L. (2010), *Medicina Materno-Fetal*. (4ªed.). Lisboa: Lidel Edições técnica Lda.

Guerra, I. (2010). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - Sentidos e formas de uso*. Cascais: Princípia.

Guttmacher Institute (2008), Facts on induced abortion in the United States, In Brief, http://www.guttmacher.org/pubs/fb_induced_abortion.pdf

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

Harries J., Orner P., Gabriel M. e Mitchell E. (2007), Delays in seeking an abortion until the second trimester: a qualitative study in South Africa, *Reproductive Health*, 4-7

Henshaw, S., Forest J., e Van Vort J. (1987), Abortion Services in the United States, 1984 and 1985, *International Family Planning Perspectives* 19.

Henshaw, S., Sing S., e Hass T. (1999), The incidence of abortion worldwide, *International Family Planning Perspectives* 25.

Instituto Nacional de Estatística (2012), Portugal em Números 2010. Lisboa: INE

International Planned Parenthood Federation (2009), Abortion Legislation In Europe, http://www.ippfen.org/NR/rdonlyres/DB347D31-0159-4C7D-BE5C-428623ABCA25/0/Pub_AbortionlegislationinEuropeIPPFEN_Feb2009.pdf

Jones R. e Finer L. (2011), Who has second-trimester abortions in the United States?, <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/j.contraception.2011.10.012.pdf>

Levin C., Grossman D., Berdichevsky K., Diaz C., Aracena B., Garcia S. e Goodyearf L. (2009), Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalization, *Reproductive Health Matters* 17(33), 120–132.

Lincoln, Y. e Guba, E. (1985), *Naturalistic Inquiry: The Paradigm Revolution*, <http://books.google.com/books?id=2oA9aWlNeoC&printsec=frontcover&dq=guba+lincoln#PPA5,M1>.

Locke, K. (2001), *Grounded Theory in Management Research*. London: Sage Publications.

Medoff, H. (2008), The Response of Abortion Demand to Changes in Abortion Costs, *Social Indicators Research* 87,329–346

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). Hacia la equidade en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud, <http://www.msps.es/presidenciaUE/calendario/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf>

Parlamento Europeu, Relatório Van Lancker A5-00223/2002, PE 305.485/DEF, <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A5-2002-0223+0+DOC+PDF+V0//PT&language=PT>

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and evaluation methods*. (3ª ed.). London: Sage Publications.

Polit, F. e Hungler, B. (1995), *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Ponte, J. (2006). Estudos de caso em educação matemática.
[http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/06-Ponte%20\(Estudo%20caso\).pdf](http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/06-Ponte%20(Estudo%20caso).pdf).
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2011), The care of women requesting induced abortion - Evidence-based Clinical Guideline Number 7,
http://admin.cmf.org.uk/pdf/publicpolicy/TheCareOfWomenRequestingInducedAbortion_PeerReviewDraft_Jan2011.pdf
- Schenker, J., Cain J. (1999), FIGO: Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. *Journal of Gynaecology Obstetrician* 64, 317-322.
- Sedgh G, Henshaw S., Singh S, Akinrinola B, Drescher J (2007). Legal abortion worldwide: incidence and recent trends, *Int. Family Plann Perspect* 33, 106 –16.
- Sedgh G, Henshaw S., Singh S., Åhman E., Shah I. (2007), Induced abortion: estimated rates and trends worldwide, *Lancet* 370, 1338–1345
- Singh S, Darroch J., Ashford L. e Vlassoff M. (2009), Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health,
<http://www.guttmacher.org/pubs/AddingItUp2009.pdf>
- Singh, S (2006), Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries, <http://www.arha.org.au/index/Lance%202006%20safeabortion.pdf>
- Singh, S., Wulf D., Hussain R., Bankole A. e Sedgh G. (2009), Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress, <http://www.guttmacher.org/pubs/Abortion-Worldwide.pdf>
- Sonfield, A., (2011), Abortion Clinics and Contraceptive Services: Opportunities and Challenges, *Guttmacher Policy Review* 14(2), 2-7.
- Stake, R. (2007). *A arte da Investigação com Estudo de Caso*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Strauss, A. e Corbin, J. (1998). *Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Vilhena da Cunha F. (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>

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

Vlassoff, M., Shearer J., Walker D. e Lucas H. (2008), Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges, <http://www.ids.ac.uk/files/dmfile/RR59.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 (2010), Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596125_eng.pdf

World Health Organization (2007), Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003 (5thed.), http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596121_eng.pdf

World Health Organization (2004), The global burden of disease: 2004 Update, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf

World Health Organization (2003), Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, Geneva: WHO 2003 <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590343.pdf>

World Health Organization (1992), The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group, http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_MSM_92.5.pdf

Yuengert, A. e Fetzer, J. (2007), Economic Research into the Abortion Decision: A Literature Review and a New Direction, <http://www.uffl.org/vol15/yuengert-fetzer.pdf>

ANEXOS

ANEXO A – Documento de autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Lisboa Norte para a realização da Tese de Mestrado.

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
PulidoValente



Presidente

Prof. Doutor João Lobo Antunes (CHLN/FML)

Vice-Presidente

Profª. Doutora Maria Luísa Figueira /CHLN)

Membros

Dra. Elisa Pedro (CHLN)
Padre Fernando Sampaio (CHLN)
Dra. Ana Luísa Figueiras (CHLN)
Dra. Graça Nogueira (CHLN)
Mestre Enfª. Isabel Côrte-Real (CHLN)
Dr. Mário Miguel Rosa (CHLN)
Prof. Doutor António Barbosa (FML)
Prof. Doutor António Vaz Carneiro (FML)
Prof. Doutor João Lavinha (FML)
Prof. Doutor Manuel Villaverde Cabral (FML)
Prof. Doutor José Barata Moura (FML)
Profª. Doutora Maria Do Céu Rueff (FML)

Exma. Senhora

Enfª. Cláudia Raquel Milhinhos

Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e

Medicina da Reprodução

Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

Lisboa, 6 de Março de 2012

Assunto: Projecto de Investigação "Os custos da Interrupção Legal da Gravidez"

Relator – Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe obteve, na reunião realizada em 7 de Dezembro de 2012, parecer favorável da Comissão de Ética, pendente da autorização da Comissão Nacional de Protecção de Dados, presentemente outorgada.

Mais se informa que o referido Estudo foi enviado ao Director Clínico, Prof. Dr. Correia da Cunha, a fim de obter a autorização final para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor João Lobo Antunes

COMISSÃO DE

ÉTICA CHLN/FML

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes

Tel. – 21 780 54 05; Fax – 21 780 56 90

Av. Professor Egas Moniz

1649-035 LISBOA

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117

1769-001 LISBOA

Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

ANEXO B – Documento de autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Norte para a realização da Tese de Mestrado.

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
PulidoValente

Exma. Senhora
Enf. Cláudia Raquel Fernandes Milhinhos
Serviço de Obstetria, Ginecologia e
Medicina da Reprodução
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Refª PCA - 19.MAR.2012 - 0191

Assunto: Projecto de Investigação “Os custos da Interrupção Legal da Gravidez”.

Tenho o prazer de informar V. Exa. que o projecto de investigação em epígrafe foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLN, e autorizado pelo Conselho de Administração em 15 de Março de 2012.

Com os melhores cumprimentos, 

O Presidente do Conselho de Administração


Prof. Dr. J. A. Correia da Cunha

/MC

CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt

1

ANEXO C – Documento de autorização do Diretor do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da reprodução do Centro Hospitalar Lisboa Norte para a realização da Tese de Mestrado.

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE. EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

Hospital
PulidoValente

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro que concordo com o projecto de investigação clínica com o título “Os custos da interrupção legal da gravidez”, apresentado pela Enfermeira especialista em Saúde Materna **Cláudia Raquel Fernandes Milhinhos**. Considero este estudo de grande pertinência e actualidade, uma vez que, desde a implementação da lei nº 16/2007, não foi feita qualquer avaliação concreta dos custos e ganhos em saúde da sua aplicação.

Lisboa, 27 de Outubro de 2011



Prof. Doutor Luís Mendes da Graça
Director do Departamento

DEPARTAMENTO DE
OBSTETRÍCIA, GINECOLOGIA E MEDICINA DE REPRODUÇÃO

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

ANEXO D – Projeto da Tese de Mestrado.

Projecto de Investigação

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

a) **Título do projecto** (do estudo, investigação, etc.)

Os Custos da Interrupção Legal da Gravidez

▲ **Autores / Promotor**

a. Promotor (Indivíduo ou entidade responsável pela execução do estudo)

Cláudia Raquel Fernandes Milhinhos

b. Investigador Principal

Cláudia Raquel Fernandes Milhinhos

A que instituição pertence o Investigador principal?

O investigador principal pertence ao serviço de obstetrícia do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN).

c) **Natureza do estudo:**

Inquérito isolado Estudo Observacional Estudo retrospectivo com colheita de dados pessoais

Inquéritos seriados Outro

Qual?

d) **Local onde decorre o estudo** (Departamento, Instituto, Laboratório, etc):
Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Centro Hospitalar Lisboa Norte.

e) **Existem outros centros, onde a mesma investigação será feita?**

Sim, Nacionais Sim, Internacionais Não

Em caso afirmativo indique-os: Pretende-se desenvolver a investigação numa instituição privada de Portugal, sem a identificar nem identificar características que possam levar à sua identificação.

Esta instituição servirá apenas para se conseguir efectuar uma comparação de resultados e custos associados pois, é do conhecimento do investigador que o procedimento maioritariamente utilizado nesta instituição para a realização de IVG é diferente do utilizado no CHLN.

Descreva sucintamente o (os) objectivos da investigação:

Avaliar os custos económicos associados à consulta de interrupção voluntária de gravidez em duas instituições de saúde em Portugal.

f) **Encargos e situações especiais** (se a investigação proposta envolve):

- Envolvimento de pessoal administrativo - indique o tipo, frequência e duração prevista. Especifique se o tempo ocupado com a sua colaboração se destina especialmente para esta investigação ou se seria executado no âmbito dos cuidados assistenciais habituais a prestar ao doente.

Não _____

- ii) Consultas / entrevistas de seguimento – Especifique se as consultas são feitas especialmente para esta investigação ou se seriam executadas no âmbito dos cuidados médicos habituais a prestar ao doente.

Especifique se os entrevistadores estão obrigados ao segredo médico ou - em alternativa - se assinaram um acordo de confidencialidade com a Instituição.

As consultas para recolha de dados são feitas especialmente para esta investigação e o investigador é único e está obrigado ao segredo profissional e confidencialidade.

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

g) **Caderno de recolha de dados** (CRF):

- i) Como serão recolhidos os dados? (Nota: junte um exemplar do caderno de recolha de dados)

Os dados são recolhidos por consulta do processo clínico e análise documental. Os dados recolhidos de caracterização vão enriquecer o estudo e vão permitir estimar os custos de pessoal, de medicação e materiais clínicos, de exames complementares de diagnóstico, de equipamento, de material de apoio relacionados com a consulta de interrupção de gravidez. Em anexo F junta-se caderno de recolha de dados.

- ii) Como será mantida a confidencialidade nos registos?

Não são recolhidos dados que identifiquem os indivíduos.

h) **Comentários adicionais** (por favor indicar a alínea a que se referem)

2. **JUSTIFICAÇÃO CIENTÍFICA DA INVESTIGAÇÃO**

Descreva sucintamente os fundamentos científicos da investigação. Indique em particular:

- Se a investigação já foi feita anteriormente com seres humanos, qual o motivo que justifica a sua repetição; no caso da investigação nunca ter sido realizada em seres humanos, se o problema foi devidamente estudado a nível experimental em animais de modo a otimizar os aspectos analíticos e técnicos e avaliar os possíveis danos.

Após a legalização do aborto até às 10 semanas de gestação, em 2007, são várias as atitudes terapêuticas a adoptar para o cumprimento da lei. Deste modo importa saber, mesmo conhecendo os ganhos em saúde já conseguidos com a legalização da interrupção voluntária da gravidez, onde podemos criar mais poupança pela implementação de protocolos de serviço que aumentem estes ganhos em saúde. Assim, torna-se importante descrever a totalidade dos custos associados à interrupção voluntária da gravidez, bem como os custos das complicações resultantes do procedimento realizado.

3. SUJEITOS

Número de indivíduos previstos incluir: As mulheres que realizaram IVG (o número será estimado através do nº de consultas realizadas ano Julho 2007 a 2010). Amostra – A totalidade de mulheres que realizaram consulta de IVG, neste período.

Critérios inclusão/exclusão:

As mulheres grávidas são excluídas? Sim Não

As crianças são excluídas? Sim Não

Os doentes com perturbações psíquicas são excluídos? Sim Não

Os indivíduos com compreensão comprometida são excluídos? Sim Não

4. DESCRIÇÃO RESUMIDA DO PLANO DA INVESTIGAÇÃO

Data prevista do início:

Outubro 2011

Data prevista da conclusão:

Dezembro de 2012

5. RISCO / BENEFÍCIO

a) Potenciais benefícios para o doente pela participação no estudo

Possibilidade de adequação do procedimento de interrupção de gravidez à população e à melhor prática clínica pela baixa implicação de complicações e mais baixos custos associados a esse procedimento.

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

b) **Precauções que julga dever serem observadas na realização do estudo**

Os indivíduos a incluir não participam directamente no estudo, apenas são recolhidos dados dos seus processos clínicos que não os identificam. Pelo que se respeita a confidencialidade dos dados colhidos.

c) **Questões previsíveis**

d) **Considera que os meios utilizados no estudo podem violar a privacidade do doente?**

Sim Não

Em caso afirmativo, indique que medidas serão tomadas para assegurar a confidencialidade

e) **Pagamento aos doentes**

Pelas deslocações Sim Não

Pelas faltas ao serviço Sim Não

Por danos resultantes da sua participação no estudo Sim Não

6. **CONSENTIMENTO ESCLARECIDO**

a) **A investigação ou estudo envolve:**

♣ Menores Sim Não

♣ Inimputáveis Sim Não

O estudo é retrospectivo com colheita de dados anónimos nos processos clínicos, não sendo efectuadas

entrevistas ou recolha de dados directamente com os sujeitos. Os dados irão servir para estimar custos e adequação de procedimentos, pensa-se que deste modo pode ser dispensado o consentimento esclarecido.

7. BENEFÍCIOS PARA O INVESTIGADOR / INSTITUIÇÃO

⤴ **Que tipo de benefícios resultarão do estudo, para o investigador e/ou instituição?**

Especifique

Para a instituição, prevê-se que os resultados deste estudo poderão ser úteis para elaboração de protocolos que possam garantir a eficiência dos procedimentos utilizados na interrupção da gravidez e a obtenção de poupança em saúde. Este objectivo é alcançado, pois há intenção de efectuar um estudo comparativo dos custos da interrupção da gravidez em instituições que utilizam diferentes procedimentos.

Os dados obtidos constituirão propriedade exclusiva do promotor? Sim Não

Se não, que outras entidades têm acesso aos dados _____

⤴ **A publicação dos resultados do estudo será da exclusiva responsabilidade do promotor?**

Sim Não

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu abaixo assinado,

na qualidade de investigador principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia e de Tóquio, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, bem como o constante DL 43/04 de 19 de Agosto, DR I Série. E venho por este meio pedir autorização a V. Ex^{as}. para a realização deste estudo.

Lisboa, 13 de Outubro de 2011

Cláudia Milhinhos

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

ANEXO E – Folha de registo de dados, suporte do projecto da Tese de Mestrado.

Folha de registo de dados

- **Caracterização da interrupção legal de gravidez – Consulta do processo clínico**

Idade: _____

Nacionalidade: _____ Estado civil: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Nº de filhos: _____ Nº de interrupções: _____

Nº de consultas realizadas: _____ Dias de espera para a consulta
prévia: _____

Dias de espera para a intervenção: _____ Semanas de gestação no momento de
intervenção: _____

Tipo de procedimento utilizado na
interrupção: _____

Tipo de anestesia (se
utilizada): _____

Em caso de anestesia local que anestésico foi
utilizado: _____

Local onde se realizou
interrupção: _____

Em caso de administração de antibiótico qual foi utilizado, em que dosagem e via de
administração: _____

Utilizada imunoglobulina anti-D: _____

Método contraceptivo prescrito: _____ Foi disponibilizado no
momento?: _____

Que profissionais participaram na
interrupção: _____

Complicações resultantes da
interrupção: _____

Em caso de internamento, quantos dias foi a sua
duração: _____

Se internamento que procedimentos foram utilizados para resolução das

complicações: _____

Medicação prescrita em internamento (nome, dosagem e via de

administração): _____

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

ANEXO F – Questionário da Direção Geral da Saúde, de preenchimento obrigatório em contexto de consulta de IVG.

REGISTO DA INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ

Os dados contidos neste registo são anónimos e não podem ser tomados públicos de forma individualizada em nenhuma circunstância. Serão utilizados apenas com fins estatísticos de saúde pública.

Motivo	1	Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da grávida	Acesso ao serviço para a interrupção da gravidez	1	Encaminhamento do Centro de Saúde
	2	Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida		2	Encaminhamento do Hospital Público
	3	Grave doença ou malformação congénita do nascituro		3	Encaminhamento de clínica / médico privado
	4	Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual		4	Iniciativa própria
	5	Por opção da mulher		5	Outro

A. DADOS DA UTENTE

IDADE

NACIONALIDADE

1	Portuguesa
2	Outra

 Se outra Nacionalidade, qual?

DISTRITO DE RESIDÊNCIA

CONCELHO DE RESIDÊNCIA

VIVE EM CASAL

1	Sim
2	Não

 ESTADO CIVIL

1	Solteira
2	Casada
3	Viúva
4	Divorciada
5	Separada

NÍVEL DE INSTRUÇÃO CONCLUÍDO

1	Não sabe ler nem escrever
2	Sabe ler sem ter frequentado a escola
3	Ensino Básico - 1.º Ciclo
4	Ensino Básico - 2.º Ciclo
5	Ensino Básico - 3.º Ciclo
6	Ensino Secundário
7	Ensino Superior

 SITUAÇÃO LABORAL

1	Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	1
2	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	2
3	Técnicos e Profissionais de Nível Intermediário	3
4	Pessoal Administrativo, Serviços e similares	4
5	Agricultores, Operários, Artífices e outros Trabalhadores Qualificados	5
6	Forças militares e militarizadas	6
7	Trabalhadores não qualificados	7
8	Trabalho doméstico não remunerado	8
9	Estudante	9
10	Desempregado	10

 Grávida

1	Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	1
2	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	2
3	Técnicos e Profissionais de Nível Intermediário	3
4	Pessoal Administrativo, Serviços e similares	4
5	Agricultores, Operários, Artífices e outros Trabalhadores Qualificados	5
6	Forças militares e militarizadas	6
7	Trabalhadores não qualificados	7
8	Trabalho doméstico não remunerado	8
9	Estudante	9
10	Desempregado	10

 Companheiro (case exista)

N.º DE FILHOS Ano do último parto (aaaa)

N.º Interrupções da gravidez anteriores Ano da última interrupção da gravidez (aaaa)

No último ano esteve numa consulta para a utilização ou controlo de métodos contraceptivos?

1	Sim
2	Não

 (se SIM) Especifique:

1	Público - Centro de Saúde	3	Privado
2	Público - Hospital	4	Outro

B. DADOS DA INTERVENÇÃO

Dias de espera para a consulta prévia

Data da consulta prévia aaaa-mm-dd

Data da intervenção/medicação inicial aaaa-mm-dd

Semanas de gestação no momento da intervenção

Procedimento utilizado na interrupção da gravidez:

1	Cirúrgico com anestesia local
2	Cirúrgico com anestesia geral
3	Medicamentoso
4	Outro

C. CONTRAÇÃO APÓS INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ

Método contraceptivo prescrito após a interrupção da gravidez

1	DIU
2	Implante
3	Hormonal oral ou injectável
4	Ligação de trompas
5	Outro
6	Nenhum

ANEXO G – Quadro 1. Resumo das variáveis do questionário da DGS presentes na base de dados.

Quadro 1. Variável, Descrição, Escala de medida e gama de valores.

Acesso	Refere como a mulher acedeu ou foi encaminhada ao serviço para a interrupção da gravidez	Nominal - Encaminhamento do Centro de Saúde - Encaminhamento do Hospital Público - Encaminhamento de clínica/médico privado - Por iniciativa própria - Outro
Idade	Idade em anos da grávida	Razão; Rácio
Nacionalidade	Indica se a grávida é portuguesa ou de outra nacionalidade	Nominal - Portuguesa
Estado civil	Indica o estado civil da grávida Estado civil da grávida	Nominal - Solteira - Casada - Viúva - Divorciada - Separada
Escolaridade	Indica qual o nível de escolaridade concluído pela grávida	Nominal - Não sabe ler nem escrever - Sabe ler sem ter frequentado a escola - Ensino Básico – 1º Ciclo - Ensino Básico – 2º Ciclo - Ensino Básico – 3º Ciclo - Ensino Secundário - Ensino Superior
Situação laboral grávida	Indica qual a situação laboral da grávida e o seu tipo de profissão	Nominal - Quadros superiores, dirigentes - Especialistas das profissões intelectuais e científicas - Técnicos e profissionais de nível intermédio - Pessoal administrativo - Agricultores, operários, artesãos - Forças militares - Trabalhadores não qualificados - Trabalho doméstico não remunerado - Desempregado - Estudante
N.º de filhos	Indica o número de filhos da mulher	Numérica
N.º IVG anteriores	Indica quantas interrupções da gravidez a mulher já realizou	Numérica
Consulta PF	Indica se no último ano a mulher esteve numa consulta para a utilização ou controlo de métodos contraceptivos.	Nominal - Sim - Não
Local consulta	Indica se a consulta para a utilização ou controlo de métodos contraceptivos ocorreu num local público ou privado	Nominal - Público – Centro de Saúde - Público – Hospital - Privado - Outro
Dias de espera para a consulta prévia	Indica os dias de espera até à consulta prévia	Numérica
Dias de espera entre a consulta prévia e a intervenção	Indica os dias de espera entre a consulta prévia e a consulta de intervenção	Numérica
Semanas de gestação	Semanas de gestação no momento da intervenção	Numérica
Procedimento	Procedimento utilizado na interrupção da gravidez	Nominal - Cirúrgico em ambulatório - Cirúrgico em internamento - Medicamentoso em internamento - Medicamentoso em ambulatório
Método contraceptivo prescrito após a interrupção	Indica qual o método contraceptivo prescrito após a interrupção da gravidez	Nominal - DIU - Implante - Hormonal oral ou injetável - Laqueação de trompas - Outro

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

ANEXO H – Quadro 2. Resumo das variáveis da análise documental dos processos clínicos presentes na base de dados.

Quadro 2. Variável, Descrição, Escala de medida e gama de valores.

Ano	Indica o ano em que a IVG foi realizada	Nominal - A partir de Julho de 2007 - 2008 - 2009 - 2010
Tipo de gestação	Indica se a gestação era única ou gemelar	Nominal - Gestação Simples - Gestação Gemelar
Nacionalidade	Indica se a grávida é portuguesa ou de outra nacionalidade	Nominal - Portuguesa
Nº de consultas da atual IVG	Indica o número total de consultas realizadas pela mulher	Numérica
Quantidade de comprimidos de mifepristone 200mg	Indica qual o número de comprimidos de mifepristone 200mg utilizados para a interrupção	Numérica
Quantidade de comprimidos de misoprostol 0,2mg	Indica qual o número de comprimidos de misoprostol 0,2mg utilizados para a interrupção	Numérica
Tipo e quantidade de antibiótico	Indica o tipo e quantidade de antibiótico disponibilizado em consulta de interrupção	Nominal - Nenhum - Ácido Clavulânico e amoxicilina 625mg – 21 comprimidos
Imunoglobulina anti-Rh	Indica se foi efetuada imunoglobulina anti-Rh à grávida	Nominal - Não - Sim
Marca de contraceptivo hormonal oral	Indica a marca de contraceptivo hormonal oral disponibilizada em consulta de controlo	Nominal - Harmonet ^R - Libelli ^R - Belara ^R - Yasminelle ^R - Minesse ^R - Diane 35 ^R - Microginon ^R
Quantidade de contraceptivo hormonal oral	Indica o número de caixas de contraceptivo hormonal oral disponibilizada em consulta de controlo	Numérica
Nº de vezes vindas à urgência	Indica o número de episódios de urgência de cada mulher após a interrupção e com ela relacionada	Numérica
Meios complementares de diagnóstico efetuados	Indica os meios complementares de diagnóstico efetuados para cada episódio de urgência	Nominal - Nenhum - Ecografia ginecológica - Ecografia ginecológica e análises - Duas ecografias ginecológicas e análises - Três ecografias ginecológicas e análises - Quatro ecografias ginecológicas e análises - Cinco ecografias ginecológicas e análises - Análises
Complicações resultantes da IVG	Indica o tipo de complicações resultantes da interrupção de gravidez	Nominal - Nenhuma - Aborto incompleto - Aborto séptico - Doença inflamatória pélvica - Gravidez evolutiva - Choque com anemia aguda grave
Tempo de internamento para resolução das complicações	Indica o número de dias de internamento da mulher para resolução de complicações resultantes da IVG	Nominal - Nenhum - Internamento em SO (<24h) - Um dia - Dois dias - Três dias

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

		<ul style="list-style-type: none"> - Quatro dias - Cinco dias
Dilatação com curetagem uterina com anestesia geral efetuada para resolver as complicações	Indica se foi realizada a técnica cirúrgica de Dilatação com curetagem uterina com anestesia geral efetuada para resolver as complicações	<ul style="list-style-type: none"> Nominal - Sim - Não
Tipo de medicação e esquemas terapêuticos efetuados	Indica que tipo de medicação e esquemas terapêuticos foram efetuados para resolver as complicações	<ul style="list-style-type: none"> Nominal - Nenhum - Ampicilina 1g sol. inj. 6/6h - Ampicilina 2g sol. inj. 6/6h, clindamicina 900mg sol. inj. 8/8h, gentamicina 240mg sol inj./dia - Clindamicina 900mg sol. inj. 8/8h e gentamicina 240mg sol.inj./dia - Metronidazol 2g (8comp.) - Transusão de sangue – 2 UCE - Ferrotrivalente inj. 2 amp. - Oxitocina sol inj. 5 UI - Misoprostol 0,6mg 6/6H (3 aplicações)

Os custos da interrupção legal da gravidez por opção da mulher.

ANEXO I – Guião da Observação

Guião da Observação

Na consulta de interrupção voluntária de gravidez no Centro Hospitalar Lisboa Norte.

- ✓ Local onde decorre a consulta.
- ✓ Número de elementos e classes profissionais que integram a equipa multidisciplinar.
- ✓ Competências de cada classe profissional na consulta.
- ✓ Tipo de material clínico utilizado na consulta.
- ✓ Tipo de medicação utilizada na consulta.
- ✓ Meios complementares de diagnóstico, requisitados com maior frequência em contexto de consulta.
- ✓ Observação da dinâmica de um mínimo de 10 consultas prévias.
- ✓ Observação da dinâmica de um mínimo de 10 consultas de interrupção.
- ✓ Observação da dinâmica de um mínimo de 10 consultas controlo.
- ✓ Material de apoio à consulta médica e de enfermagem.

Nos serviços que prestam assistência à mulher com complicações pós IVG no Centro Hospitalar Lisboa Norte.

- ✓ Local onde decorre o serviço de urgência (SU) e o serviço de observação (SO) de Obstetrícia.
- ✓ Número de elementos e classes profissionais que integram a equipas multidisciplinares.
- ✓ Competências de cada classe profissional.
- ✓ Tipo de material clínico utilizado no SU e SO de obstetrícia para resolução de complicações da IVG.
- ✓ Tipo de medicação utilizada no SU e SO de obstetrícia para resolução de complicações da IVG.
- ✓ Meios complementares de diagnóstico requisitados com maior frequência, em contexto de SU e SO de obstetrícia para resolução de complicações da IVG.
- ✓ Protocolo de procedimentos utilizados para resolução de complicações resultantes da IVG.