

Escola de Sociologia e Políticas Públicas

**O Aborto como Recurso na Regulação da Fecundidade:
Tendências Recentes em Portugal**

Maria Isabel Rodrigues Baptista

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de

Doutor em Sociologia

Orientadora:

**Doutora Sónia Isabel Gonçalves Cardoso Pintassilgo,
Professora Auxiliar do ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa**

Coorientadora:

**Doutora Isabel Maria Brandão Tiago de Oliveira,
Professora Auxiliar do ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa**

Dezembro, 2017

**O Aborto como Recurso na Regulação da Fecundidade:
Tendências Recentes em Portugal**

Maria Isabel Rodrigues Baptista

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de

Doutor em Sociologia

Júri

**Doutora Patrícia Ávila, Professora Auxiliar,
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa**

**Doutor Duarte Gonçalo Rei Vilar, Professor Associado,
Universidade Lusíada de Lisboa**

**Doutora Maria Filomena Ferreira Mendes, Professora Associada Convidada,
Universidade de Évora**

**Doutora Rosalina Pisco Costa, Professora Auxiliar,
Universidade de Évora**

**Doutora Graça Maria Gouveia da Silva Carapinheiro, Professora Catedrática,
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa**

**Doutora Sónia Isabel Gonçalves Cardoso Pintassilgo, Professora Auxiliar,
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa**

Dezembro, 2017

Ao Professor Mário Leston Bandeira

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não teria sido possível sem o acesso à informação disponibilizada pela Direção Geral de Saúde, deste modo os meus primeiros agradecimentos vão para as pessoas que dentro dessa instituição acolheram o meu pedido e o possibilitaram. Igualmente, não teria sido desenvolvido sem o saber, a paciência e a amizade das minhas orientadoras, Professora Sónia Pintassilgo e Professora Isabel Tiago de Oliveira, a quem muito tenho a agradecer. À minha mãe, ao meu pai, às minhas irmãs, ao meu irmão e ao meu cunhado, a minha gratidão pelo apoio nos momentos impossíveis. Por fim, agradeço a quem sempre acreditou e me fez acreditar que era possível concluir, em especial à Susana, à Márcia e à Mena pelo seu fundamental apoio e preciosa amizade.

RESUMO

A legalização da interrupção voluntária da gravidez (IVG) em 2007 permite, pela primeira vez, conhecer a evolução do aborto induzido em Portugal, com base em dados fiáveis. Registos de dados administrativos individuais das mulheres que realizaram uma IVG, entre 2008 e 2013, constituem a base para analisar a evolução do uso do aborto nos primeiros anos da sua descriminalização. A ideia fundamental de pesquisa neste trabalho é que o aborto evolui em estreita associação com o comportamento da fecundidade pela mediação de uma existente norma reprodutiva ou pela pressão que esta exerce sobre a decisão de abortar. A relação entre aborto e fecundidade, em Portugal, é analisada com base em características sociodemográficas das mulheres como a idade, o estado civil, a situação conjugal, a situação laboral, a escolaridade e a nacionalidade. Para além disso, a articulação entre o recurso à IVG e o número de filhos já nascidos apresenta-se como um ponto-chave para o estudo da atual relação entre aborto e regulação da fecundidade.

Palavras-chave: Aborto, Fecundidade, Norma Reprodutiva, Portugal

ABSTRACT

The legalization of induced abortion in 2007 allows, for the first time, to trace the evolution of abortion in Portugal upon reliable data. Administrative data records from individual women who performed induced abortion, between 2008 and 2013, constitute the basis to analyze the evolution of the use of abortion, in the first years of its decriminalization. The main research idea of this work is that recourse to abortion evolves in close articulation with fertility trends, by the mediation of an existing reproductive norm or by the pressure it exerts on the decision to abort. The relationship between abortion and fertility in Portugal is analyzed based on women's socio-demographic characteristics as age, marital status, education, employment and nationality. Furthermore, the link between the use of induced abortion and the number of children already born is a key point for the study of the current relationship between abortion and fertility regulation.

Keywords: Induced abortion, Fertility, Reproductive Norm, Portugal

Índice

| | |
|--|-----|
| AGRADECIMENTOS | iii |
| RESUMO | v |
| ABSTRACT | vii |
| ÍNDICE..... | ix |
| ÍNDICE DE QUADROS | xi |
| ÍNDICE DE FIGURAS | xv |
| INTRODUÇÃO | 1 |
| 1. UMA PRÁTICA DE REGULAÇÃO DA FECUNDIDADE: PERSPETIVA HISTÓRICA..... | 9 |
| 1.1 A SITUAÇÃO ATÉ 1800..... | 15 |
| 1.1.1 A moral dos deveres do cidadão e os interesses do pai..... | 23 |
| 1.1.2 A moral cristã e a imposição da instituição matrimonial..... | 28 |
| 1.1.3 Os casos das elites aristocráticas e burguesas | 35 |
| 1.1.4 O caso francês..... | 38 |
| 1.1.5 A <i>moral restraint</i> malthusiana e o cálculo preventivo..... | 42 |
| 1.2 A SITUAÇÃO APÓS 1800..... | 48 |
| 1.2.1 A relevância política do controlo dos nascimentos | 49 |
| 1.2.2 A limitação do número de filhos dentro e fora do casamento | 50 |
| 1.2.3 A medicalização e a criminalização..... | 55 |
| 1.2.4 A relevância do feminino no controlo dos nascimentos | 58 |
| 1.2.5 As políticas natalistas e antinatalistas | 62 |
| 1.2.6 A norma “ <i>contraception only</i> ” e os direitos individuais das mulheres | 64 |
| 2. UMA PRÁTICA DE REGULAÇÃO DA FECUNDIDADE: A CONTEMPORANEIDADE..... | 77 |
| 2.1 A SITUAÇÃO NO MUNDO..... | 78 |
| 2.2 A SITUAÇÃO NA EUROPA..... | 108 |
| 3. O CASO PORTUGUÊS: DA ILEGALIDADE À DESPENALIZAÇÃO..... | 125 |
| 3.1 O NEOMALTHUSIANISMO..... | 128 |
| 3.2 O NATALISMO DE ESTADO | 130 |
| 3.3 O PLANEAMENTO FAMILIAR | 137 |
| 3.4 A EXCLUSÃO DE ILICITUDE EM ALGUNS CASOS DE IVG..... | 144 |
| 3.5 A EXCLUSÃO DE ILICITUDE NO CASO DE IVG POR OPÇÃO DA MULHER | 149 |
| 3.6 A IVG A PEDIDO DA MULHER E ÀS 10 SEMANAS DE GRAVIDEZ | 157 |
| 4. OPÇÕES METODOLÓGICAS E PRIMEIRA ABORDAGEM DOS DADOS | 167 |
| 4.1 BASE DE DADOS DISPONIBILIZADA A 14 DE JULHO DE 2015 E OPÇÕES METODOLÓGICAS..... | 168 |
| 4.2 A IVG DESDE A DESPENALIZAÇÃO | 169 |

| | | |
|-------|--|------|
| 4.2.1 | Instituição de saúde..... | 173 |
| 4.2.2 | Intervenção..... | 185 |
| 4.2.3 | Caracterização das mulheres que recorrem à IVG de 2008 a 2013..... | 200 |
| 5. | ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE IVG E A FECUNDIDADE..... | 231 |
| 5.1 | A SITUAÇÃO CONJUGAL E O ESTADO CIVIL..... | 231 |
| 5.2 | MOMENTOS IVG..... | 235 |
| 5.2.1 | Classe etária 15-19 anos..... | 236 |
| 5.2.2 | Classe etária 20-24 anos..... | 239 |
| 5.2.3 | Classe etária 25-29 anos..... | 243 |
| 5.2.4 | Classe etária 30-34 anos..... | 247 |
| 5.2.5 | Classe etária 35-39 anos..... | 250 |
| 5.2.6 | Classe etária 40-44 anos..... | 253 |
| 5.2.7 | Classe etária 45-49 anos..... | 256 |
| 5.3 | ADIAR, ESPAÇAR E LIMITAR..... | 260 |
| 5.3.1 | Intervalo entre o último parto e a IVG..... | 260 |
| 5.3.2 | Recurso à IVG por mais de uma vez..... | 264 |
| 5.4 | INDICADORES DA IVG E DA FECUNDIDADE..... | 273 |
| 5.4.1 | Comportamento global..... | 274 |
| 5.4.2 | Comportamento específico..... | 279 |
| 5.4.3 | Intensidade e Calendário..... | 285 |
| 5.5 | A OPÇÃO PELA INTERRUPTÃO DE UMA GRAVIDEZ E OS MOMENTOS REPRODUTIVOS..... | 290 |
| 5.5.1 | O estado civil e a situação conjugal..... | 295 |
| 5.5.2 | O número de filhos existentes..... | 298 |
| 5.5.3 | A situação laboral e o nível de escolaridade..... | 301 |
| 5.5.4 | O momento de procriar o primeiro filho..... | 307 |
| 5.5.5 | O momento de procriar o segundo filho..... | 308 |
| 5.5.6 | O momento de procriar o terceiro filho..... | 309 |
| 5.5.7 | As mulheres com 3 filhos..... | 310 |
| 5.5.8 | As mulheres com 4 e mais filhos..... | 312 |
| | CONCLUSÃO..... | 315 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 325 |
| | OUTRAS FONTES..... | 339 |
| | ANEXO A – DADOS EM VALORES ABSOLUTOS POR CLASSES ETÁRIAS DAS MULHERES..... | i |
| | ANEXO B – QUALIDADE DOS DADOS..... | xiii |
| | ANEXO C – INQUÉRITO REGISTO DA INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ..... | xv |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 2.1 – Países por número de condições sob as quais se permite o acesso ao aborto induzido, 2013 (%) | 84 |
| Quadro 2.2 – Países por número de condições sob as quais se permite o aborto induzido, regiões mais e menos desenvolvidas e países menos desenvolvidos do mundo, 2013 (%) | 86 |
| Quadro 2.3 – Países por nível de restrição no acesso ao aborto induzido, grandes regiões geográficas do mundo, 2008 e 2013 (%) | 94 |
| Quadro 2.4 – Taxas globais de aborto induzido ^(a) , mundo e regiões, 1995, 2003 e 2008 (‰)..... | 95 |
| Quadro 2.5 – Taxas globais de aborto induzido(a),seguro e inseguro, 1995, 2003, 2008 (‰)..... | 97 |
| Quadro 2.6 – Taxas globais de aborto induzido ^(a) , seguro e inseguro, 2008 (‰)..... | 98 |
| Quadro 2.7 –.Taxas globais de aborto inseguro ^(a) e mortalidade associada ao aborto inseguro, 2008 | 101 |
| Quadro 2.8 – Mortalidade materna ^(a) , mundo e regiões, 1995, 2000, 2005, 2010 e 2013..... | 103 |
| Quadro 2.9 – Mulheres (15-49 anos) por utilização e necessidade de contraceção, casadas ou em união, 2008 (%) | 106 |
| Quadro 2.10 – Idade média da mulher ao nascimento de um filho e idade média da mulher ao nascimento do 1º filho, UE, 2009-2011-2013-2015 (anos) | 122 |
| Quadro 4.1 – Evolução dos episódios de IVG (valores absolutos) e da taxa de variação (%), Portugal, 2008-2013 | 170 |
| Quadro 4.2 – Evolução dos episódios de IVG (valores absolutos) e da taxa de variação (%), Portugal, 2008-2015 | 170 |
| Quadro 4.3 – IVG de mulheres não residentes, por regiões da instituição de saúde (NUTS 2001), 2008-2013 (%)..... | 176 |
| Quadro 4.4 – IVG realizada fora da região de residência (NUTS 2001), por região de residência das mulheres, 2008-2013 (%)..... | 178 |
| Quadro 4.5 – Instituições de saúde com serviços IVG, por regiões de saúde (NUTS 2001) e Setor, 2008-13 (números absolutos)..... | 183 |
| Quadro 4.6 – IVG por encaminhamento via iniciativa própria, região de residência da mulher (NUTS 2001), 2008-2013 (%)..... | 183 |
| Quadro 4.7 – IVG por encaminhamento via iniciativa própria para fora da região de residência, região de residência da mulher (NUTS 2001), 2008-2013 (%)..... | 184 |
| Quadro 4.8 – IVG por tipo de procedimento, Portugal, 2008-2013 (%)..... | 198 |
| Quadro 4.9 – IVG por tipo de procedimento, Setor Público e Setor Privado, 2008-2013 (%)..... | 198 |
| Quadro 4.10 – IVG por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%)..... | 201 |
| Quadro 4.11 – Evolução da taxa de variação dos valores absolutos de IVG por classes etárias, Portugal, 2011-2013 (%) | 201 |
| Quadro 4.12 – IVG por situação conjugal das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%) | 202 |
| Quadro 4.13 – IVG por classes etárias das mulheres a viver em casal, Portugal, 2008-2013 (%).... | 203 |
| Quadro 4.14 – IVG por classes etárias das mulheres que não vivem em casal, Portugal, 2008-2013 (%) | 203 |
| Quadro 4.15 – Taxas de variação dos valores absolutos de IVG por classes etárias e situação conjugal das mulheres, Portugal, 2011-13 (%) | 204 |
| Quadro 4.16 – IVG por estado civil das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%) | 204 |
| Quadro 4.17 – IVG por estado civil das mulheres a viver em casal, Portugal, 2008-2013 (%)..... | 205 |

| | |
|--|-----|
| Quadro 4.18 – Evolução da taxa de variação dos valores absolutos de IVG, por estado civil e situação conjugal das mulheres, Portugal, 2008 a 2013 (%) | 205 |
| Quadro 4.19 – IVG por situação conjugal e classes etárias das mulheres solteiras, Portugal, 2008-13 (%) | 207 |
| Quadro 4.20 – IVG por mulheres solteiras e casadas, por situação conjugal e classes etárias, Portugal, 2008-13 (%) | 207 |
| Quadro 4.21 – IVG por número de filhos das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%) | 208 |
| Quadro 4.22 – Evolução da taxa de variação dos valores absolutos da IVG por número de filhos das mulheres, Portugal, 2008 a 2013 (%)..... | 209 |
| Quadro 4.23 – IVG por nível de escolaridade das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%)..... | 210 |
| Quadro 4.24 – Evolução da taxa de variação dos valores absolutos de IVG por nível de escolaridade das mulheres, Portugal, de 2008 a 2013 (%)..... | 211 |
| Quadro 4.25 – IVG por nível de escolaridade e classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-13 (%) | 212 |
| Quadro 4.26 – IVG por situação laboral das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%)..... | 213 |
| Quadro 4.27 – Evolução da taxa de variação dos valores absolutos de IVG por situação laboral das mulheres, Portugal, 2008 a 2013 (%)..... | 214 |
| Quadro 4.28 – IVG por situação laboral e classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-13 (%)..... | 214 |
| Quadro 4.29 – IVG por local de residência das mulheres, NUTS II-2001, 2008-2013 (%) | 216 |
| Quadro 4.30 – Evolução da taxa de variação dos valores absolutos de IVG, por local de residência das mulheres, NUTS II – 2001, 2008-2013 (%) | 216 |
| Quadro 4.31 – IVG por nacionalidade das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%)..... | 221 |
| Quadro 4.32 – IVG por nacionalidade (regiões continentais) das mulheres estrangeiras, Portugal, 2008-2013 (%)..... | 223 |
| Quadro 4.33 – IVG por situação conjugal, mulheres portuguesas e mulheres estrangeiras, Portugal, 2008-2013 (%)..... | 225 |
| Quadro 4.34 – IVG por estado civil, mulheres portuguesas e mulheres estrangeiras, Portugal, 2008-2013 (%) | 226 |
| Quadro 4.35 – Evolução da taxa de variação dos valores absolutos de IVG, por solteiras e casadas, mulheres portuguesas e mulheres estrangeiras, Portugal, 2008-2013 (%)..... | 227 |
| Quadro 4.36 – IVG por número de filhos existentes, mulheres portuguesas e mulheres estrangeiras, Portugal, 2008-2013 (%) | 228 |
| Quadro 4.37– Evolução da taxa de variação dos valores absolutos de IVG, por número de filhos existentes, mulheres portuguesas e estrangeiras, Portugal, 2008-2013 (%) | 228 |
| Quadro 5.1– IVG por estado civil e situação conjugal, mulheres sem filhos e com filhos, Portugal, de 2008-13 (%) | 232 |
| Quadro 5.2 – IVG por estado civil e situação conjugal, mulheres com um filho e com dois filhos, Portugal, de 2008-13 (%) | 233 |
| Quadro 5.3 – IVG por estado civil e situação conjugal, mulheres com três filhos e com quatro e mais filhos, Portugal, de 2008-13 (%) | 233 |
| Quadro 5.4 – IVG por número de filhos, estado civil e situação conjugal das mulheres, classe etária 15-19 anos, Portugal, de 2008-2013 (%) | 237 |
| Quadro 5.5 – IVG por situação laboral e número de filhos das mulheres, classe etária 15-19 anos, Portugal, de 2008-13 (%) | 238 |
| Quadro 5.6 – IVG por número de filhos e nível de escolaridade das mulheres, classe etária 15-19 anos, Portugal, de 2008-13 (%) | 239 |

| | |
|---|-----|
| Quadro 5.7 – IVG por número de filhos, estado civil e situação conjugal das mulheres, classe etária 20-24 anos, Portugal, de 2008-2013 (%) | 240 |
| Quadro 5.8 – IVG por situação laboral e número de filhos, classe etária 20-24 anos, Portugal, de 2008-13 (%) | 242 |
| Quadro 5.9 – IVG por número de filhos e nível de escolaridade das mulheres, classe etária 20-24 anos, Portugal, de 2008-13 (%) | 242 |
| Quadro 5.10 – IVG por número de filhos, estado civil e situação conjugal das mulheres, classe etária 25-29 anos, Portugal, de 2008-2013 (%) | 244 |
| Quadro 5.11 – IVG por situação laboral e número de filhos das mulheres, classe etária 25-29 anos, Portugal, de 2008-13 (%) | 245 |
| Quadro 5.12 – IVG por número de filhos e nível de escolaridade das mulheres, classe etária 25-29 anos, Portugal, de 2008-13 (%) | 246 |
| Quadro 5.13 – IVG por número de filhos, estado civil e situação conjugal das mulheres, classe etária 30-34 anos, Portugal, de 2008-2013 (%) | 248 |
| Quadro 5.14 – IVG por situação laboral e número de filhos das mulheres, classe etária 30-34 anos, Portugal, de 2008-13 (%) | 249 |
| Quadro 5.15 – IVG por nível de escolaridade e número de filhos das mulheres, classe etária 30-34 anos, Portugal, de 2008-13 (%) | 249 |
| Quadro 5.16 – IVG por número de filhos, estado civil e situação conjugal das mulheres, classe etária 35-39 anos, Portugal, de 2008-2013 (%) | 251 |
| Quadro 5.17 – IVG por situação laboral e número de filhos das mulheres, classe etária 35-39 anos, Portugal, de 2008-13 (%) | 252 |
| Quadro 5.18 – IVG por nível de escolaridade e número de filhos das mulheres, classe etária 35-39 anos, Portugal, de 2008-13 (%) | 253 |
| Quadro 5.19 – IVG por número de filhos, estado civil e situação conjugal das mulheres, classe etária 40-44 anos, Portugal, de 2008-2013 (%) | 254 |
| Quadro 5.20 – IVG por nível de escolaridade e número de filhos das mulheres, classe etária 40-44 anos, Portugal, de 2008-13 (%) | 255 |
| Quadro 5.21 – IVG por número de filhos e situação laboral das mulheres, classe etária 40-44 anos, Portugal, de 2008-13 (%) | 255 |
| Quadro 5.22 – IVG por número de filhos, estado civil e situação conjugal das mulheres, classe etária 45-49 anos, Portugal, de 2008-2013 (%) | 257 |
| Quadro 5.23 – IVG por nível de escolaridade e número de filhos das mulheres, classe etária 45-49 anos, Portugal, de 2008-13 (%) | 258 |
| Quadro 5.24 – IVG por número de filhos e situação laboral das mulheres, classe etária 45-49 anos, Portugal, de 2008-13 (%) | 258 |
| Quadro 5.25 – Intervalo (em anos) entre a ocorrência da IVG e o último parto, Portugal, 2008-2013 (%) | 261 |
| Quadro 5.26 – Intervalo (em anos) entre a ocorrência da IVG e o último parto, mulheres por número de filhos, Portugal, 2008-13 (%) | 261 |
| Quadro 5.27 – Intervalo (em anos) entre a ocorrência da IVG e o último parto por classes etárias (dos 15 aos 49 anos), mulheres por número de filhos, Portugal, 2008-13 (%) | 263 |
| Quadro 5.28 – 1ªIVG, à 2ªIVG e à 3ªIVG e seguintes, por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-13 (%) | 265 |
| Quadro 5.29 – 1ª IVG, 2ªIVG e à 3ª IVG e seguintes, por número de filhos das mulheres; Portugal, 2008-13 (%) | 266 |
| Quadro 5.30 – Intervalo desde a última IVG, por número de filhos das mulheres, Portugal, 2008-13 (%) | 266 |

| | |
|--|-----|
| Quadro 5.31 – Métodos contraceptivos prescritos pós-IVG, por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-13 (%) | 268 |
| Quadro 5.32 – Método contraceptivo prescrito pós-IVG, por número de filhos das mulheres, Portugal, 2008-13 (%) | 268 |
| Quadro 5.33 – Métodos contraceptivos prescritos pós-IVG, por ordem de IVG, Portugal, 2008-13 (%) | 269 |
| Quadro 5.34 – Evolução da taxa global de IVG geral (‰) e variação (%), Portugal, 2008-2015..... | 274 |
| Quadro 5.35 – Evolução da taxa global de fecundidade geral (‰) e variação (%), Portugal, 2008-2015 | 276 |
| Quadro 5.36 – Proporções de IVG (%) e taxas globais de IVG geral (‰) por local de residência das mulheres, Portugal (distritos e regiões autónomas), 2008-2013 | 276 |
| Quadro 5.37– Taxas globais de fecundidade geral por local de residência das mulheres, Portugal (NUTS II e NUTS III - 2002), 2008-2013 (‰) | 278 |
| Quadro 5.38– Taxas específicas de IVG geral, Portugal, 2008-2015 (‰) | 280 |
| Quadro 5.39 – Variações das taxas específicas de IVG geral, Portugal, 2008-2015 (%) | 280 |
| Quadro 5.40 – Taxas específicas de IVG e de fecundidade geral, Portugal, 2008-2015 (‰)..... | 282 |
| Quadro 5.41 – Rácio entre o número de IVG e de nados vivos por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-2015 (%) | 284 |
| Quadro 5.42 – Índice sintético de IVG, Portugal, 2008-2015..... | 285 |
| Quadro 5.43 – Índice sintético de IVG, de 1ªIVG e de 2ªIVG (e seguintes), Portugal, 2008-2013 | 285 |
| Quadro 5.44 – Idade média à IVG, Portugal, 2008-2015..... | 286 |
| Quadro 5.45 – Idade média à IVG e ao nascimento de um filho, Portugal, 2008-2015 (anos) | 287 |
| Quadro 5.46 – Idade média à 1ª IVG e ao nascimento do 1º filho, Portugal, 2008-2013 (anos) | 287 |
| Quadro 5.47 – Idade Média à 1ªIVG, 2ª IVG e à 3ª IVG e seguintes, Portugal, 2008-2013 (anos) ... | 288 |
| Quadro 5.48 – Diferenças entre a idade média à IVG de ordem superior a um e a idade média ao nascimento do 1º filho, Portugal, 2008-2013 (anos) | 288 |
| Quadro 5.49 – Perfil sociodemográfico das mulheres sem filhos que recorrem à IVG, dos 15 aos 49 anos, Portugal, 2008-13 (%) | 307 |
| Quadro 5.50 – Perfil sociodemográfico das mulheres com 1 filho que recorrem à IVG, dos 15 aos 49 anos, Portugal, 2008-13 (%) | 308 |
| Quadro 5.51 – Perfil sociodemográfico das mulheres com 2 filhos que recorrem à IVG, dos 15 aos 49 anos, Portugal, 2008-13 (%) | 310 |
| Quadro 5.52– Perfil sociodemográfico das mulheres com 3 filhos que recorrem à IVG, dos 20 aos 49 anos, Portugal, 2008-13 (%) | 311 |
| Quadro 5.53 – Perfil sociodemográfico das mulheres com 4 e mais filhos que recorrem à IVG, dos 20 aos 49 anos, Portugal, 2008-13 (%)..... | 312 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 2.1 – Países por condições sob as quais se permite o aborto induzido, 1996 e 2013 (%) | 85 |
| Figura 2.2– Países por condições sob as quais se permite o aborto induzido, regiões mais e menos desenvolvidas e países menos desenvolvidos do mundo, 2013 (%) | 87 |
| Figura 2.3 – Países por nível de restrição no acesso ao aborto induzido, grandes regiões geográficas do mundo, 2013 (%) | 88 |
| Figura 2.4 – Países por condições sob as quais se permite o aborto induzido, 1996, 2008 e 2013 (%) | 91 |
| Figura 2.5 – Países por condições sob as quais se permite o aborto induzido, regiões mais e menos desenvolvidas e países menos desenvolvidos do mundo, 2008 (%) | 92 |
| Figura 2.6 – Países por nível de restrição no acesso ao aborto induzido, grandes regiões geográficas do mundo, 2008 (%) | 93 |
| Figura 2.7 – Países por condições sob as quais se permite o aborto induzido, Europa, 2016 (%) ... | 109 |
| Figura 2.8 – Países por nível de restrição no acesso ao aborto induzido, Europa, 2016 (%) | 110 |
| Figura 2.9 – Taxas globais de aborto induzido, países do Leste europeu, 2008, 2009, 2012 e 2013 (‰)..... | 119 |
| Figura 2.10 – Taxas globais de aborto induzido, países da União Europeia, 2009, 2011 e 2013 (‰) | 120 |
| Figura 2.11 – Taxas de aborto induzido na adolescência (15-19 anos), UE, 2010-2012-2013 (‰) .. | 121 |
| Figura 3.1 – Evolução das idades médias ao nascimento de um filho e do 1º filho, Portugal, 1980-2016 (anos) | 164 |
| Figura 4.1 – 1ªIVG, 2ª IVG e 3ª IVG e seguintes, Portugal, 2008-2013 (valores absolutos)..... | 171 |
| Figura 4.2 – Evolução da taxa de variação dos valores absolutos, 1ªIVG, 2ªIVG e 3ªIVG e seguintes, Portugal, 2008-2013 (%) | 172 |
| Figura 4.3 – IVG por Setor da instituição de saúde, Portugal, 2008-2013 (%)..... | 173 |
| Figura 4.4 – Evolução da IVG por Setor da instituição de saúde, Portugal, 2008-2013 (valores absolutos) | 174 |
| Figura 4.5 – IVG realizada pela Clínica Lx e por outras instituições de saúde privadas, 2008-2013 (%) | 174 |
| Figura 4.6 – IVG realizada pela Clínica Lx e por outras instituições de saúde integradas na região de saúde de LVT, 2008-2013 (%) | 175 |
| Figura 4.7 – IVG por região da instituição de saúde (NUTS 2001), 2008-2013 (valores absolutos).. | 175 |
| Figura 4.8 – IVG por região da instituição de saúde, sem a Clínica Lx, (NUTS 2001), 2008-2013 (valores absolutos) | 176 |
| Figura 4.9 – IVG realizada dentro e fora da região de residência, mulheres residentes nos Açores, 2008-2013 (%)..... | 177 |
| Figura 4.10 – IVG realizada dentro e fora da região de residência, mulheres residentes no Alentejo, 2008-2013 (%)..... | 178 |
| Figura 4.11 – IVG realizada fora da região de residência por encaminhamento, mulheres residentes nos Açores, 2008-2013 (%)..... | 179 |
| Figura 4.12 – IVG realizada fora da região de residência (NUTS 2001), mulheres residentes nos Açores, 2008-2013 (%)..... | 180 |
| Figura 4.13 – IVG realizada fora da região de residência por encaminhamento, mulheres residentes no Alentejo, 2008-2013 (%)..... | 180 |
| Figura 4.14 – IVG realizada fora da região de residência (NUTS 2001), mulheres residentes no Alentejo, 2008-2013 (%)..... | 181 |

| | |
|---|-----|
| Figura 4.15 – IVG realizada fora da região de residência por encaminhamento, mulheres residentes no Centro, 2008-2013 (%) | 181 |
| Figura 4.16 – IVG realizada fora da região de residência (NUTS 2001), mulheres residentes no Centro, 2008-2013 (%) | 182 |
| Figura 4.17 – IVG por mulheres não residentes e residentes deslocadas, região da instituição de saúde (NUTS 2001), 2008-2013 (%)..... | 182 |
| Figura 4.18 – IVG por dias de espera para a consulta prévia, Portugal, 2008-13 (%) | 187 |
| Figura 4.19 – IVG por dias de espera para a consulta prévia, Portugal, 2008-2013 (%) | 187 |
| Figura 4.20 – IVG por dias de espera para a consulta prévia, Setor privado e Setor público, 2008-13 (%) | 188 |
| Figura 4.21 – IVG por dias de espera para a consulta prévia, Setor Público e Setor Privado, 2008-2013 (%) | 188 |
| Figura 4.22 – IVG por tipo de encaminhamento, Portugal, 2008-13 (%) | 189 |
| Figura 4.23 – IVG por tipo de encaminhamento, Portugal, 2008-2013 (%) | 189 |
| Figura 4.24 – IVG por tipo de encaminhamento, Setor público e Setor privado, 2008-13 (%)..... | 190 |
| Figura 4.25 – IVG por tipo de encaminhamento e dias de espera para a consulta prévia, Setor Público, 2008-13 (%) | 190 |
| Figura 4.26 – IVG por tipo de encaminhamento e dias de espera para a consulta prévia, Setor Privado, 2008-13 (%)..... | 191 |
| Figura 4.27 – IVG por intervalo (em dias) entre a consulta prévia e a intervenção, Portugal, 2008-13 (%) | 192 |
| Figura 4.28 – IVG por intervalo (em dias) entre a consulta prévia e a intervenção, Portugal, 2008-2013 (%) | 193 |
| Figura 4.29 – IVG por intervalo (em dias) entre a consulta prévia e a intervenção, Setor Público, Setor Privado, 2008-13 (%)..... | 193 |
| Figura 4.30 – IVG por tipo de encaminhamento e intervalo (em dias) entre a consulta prévia e a intervenção, Setor Público e Setor Privado, 2008-13 (%)..... | 194 |
| Figura 4.31 – IVG por semanas de gestação no momento da intervenção, Portugal, 2008-13 (%) .. | 195 |
| Figura 4.32 – IVG por semanas de gestação no momento da intervenção, Portugal, 2008-2013 (%) | 196 |
| Figura 4.33 – IVG por semanas de gestação no momento da intervenção, Setor Público e Setor Privado, 2008-13 (%)..... | 197 |
| Figura 4.34 – IVG por semanas de gestação no momento da intervenção e tipo de encaminhamento, 2008-13 (%) | 197 |
| Figura 4.35 – IVG por semanas de gestação no momento da intervenção, regiões de saúde (NUTS 2001), 2008-13 (%)..... | 199 |
| Figura 4.36 – IVG por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-2013 (valores absolutos) | 200 |
| Figura 4.37 – IVG por estado civil e classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-13 (%) | 206 |
| Figura 4.38 – IVG por número de filhos e classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-13 (%) | 209 |
| Figura 4.39 – IVG por local de residência das mulheres, distritos e regiões autónomas, 2008-13 (valores absolutos) | 217 |
| Figura 4.40 – IVG por local de residência das mulheres, distritos e regiões autónomas, 2008-2013 (%) | 218 |
| Figura 4.41 – IVG por local de residência, mulheres portuguesas e mulheres estrangeiras, NUTS II – 2001, 2008-13 (%)..... | 219 |

| | |
|--|-----|
| Figura 4.42 – IVG por local de residência, mulheres portuguesas e estrangeiras, distritos e regiões autónomas, 2008-13 (%) | 220 |
| Figura 4.43 – Evolução da taxa de variação de IVG (valores absolutos) por nacionalidade das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%) | 221 |
| Figura 4.44 – IVG por nacionalidade das mulheres estrangeiras, Portugal, 2008-2013 (valores absolutos) | 222 |
| Figura 4.45 – IVG por classes etárias, mulheres portuguesas e mulheres estrangeiras, Portugal, 2008-13 (%) | 223 |
| Figura 4.46 – Taxas de variação de IVG (valores absolutos), mulheres portuguesas e estrangeiras, Portugal, 2011-12 e 2012-13 (%) | 224 |
| Figura 5.1 – IVG por número de filhos das mulheres, Portugal, 2008-13 (%) | 231 |
| Figura 5.2 – IVG por número de filhos e classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-13 (valores absolutos) | 235 |
| Figura 5.3 – 1ª IVG, 2ª IVG, 3ª IVG e seguintes por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-13 (%) | 265 |
| Figura 5.4 – Métodos contraceptivos prescritos pós-IVG, 2008-2013 (%) | 267 |
| Figura 5.5 – 1ªIVG, 2ªIVG e 3ªIVG e seguintes, mulheres sem filhos, Portugal, 2008-13 (valores absolutos) | 270 |
| Figura 5.6 – 1ªIVG, 2ªIVG e 3ªIVG e seguintes, mulheres com um filho, Portugal, 2008-13 (valores absolutos) | 271 |
| Figura 5.7 – 1ªIVG, 2ªIVG e 3ªIVG e seguintes, mulheres com dois filhos, Portugal, 2008-13 (valores absolutos) | 272 |
| Figura 5.8 – 1ªIVG, 2ªIVG e 3ªIVG e seguintes, mulheres com três, quatro e mais filhos, Portugal, 2008-13 (valores absolutos) | 272 |
| Figura 5.9 – Taxas específicas de IVG geral, Portugal, 2008-2015 (‰) | 279 |
| Figura 5.10 – Taxas específicas de IVG e fecundidade geral, Portugal, 2008-2015 (‰) | 281 |
| Figura 5.11 – Rácio entre o número de IVG e de nados vivos por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-2015 (%) | 283 |
| Figura 5.12 – Evolução das taxas específicas de 1ª e 2ªIVG, Portugal, 2008-2013 (‰) | 289 |
| Figura 5.13 – Evolução das taxas de 3ªIVG e seguintes, Portugal, 2008-2013 (‰) | 289 |
| Figura 5.14 – Taxas específicas de IVG geral, Portugal, 2008 e 2015 (‰) | 291 |
| Figura 5.15 – Taxas específicas de fecundidade geral, Portugal, 2008 e 2015 (‰) | 291 |
| Figura 5.16 – Rácio entre o número de IVG e de nados vivos por idades das mulheres, Portugal, 2008-2015 (%) | 292 |
| Figura 5.17 – Evolução das idades médias das mulheres ao 1º casamento e ao nascimento do 1º filho, Portugal, 1995 a 2015 | 293 |
| Figura 5.18 – Evolução dos nados vivos dentro e fora do casamento e dos casamentos, Portugal, 1995 a 2015 (valores absolutos) | 294 |
| Figura 5.19 – Evolução dos nados vivos fora do casamento, com e sem coabitação dos pais, Portugal, 2008 a 2015 (valores absolutos) | 294 |
| Figura 5.20 – Rácio entre o número de IVG e de nados vivos, dentro e fora do casamento, por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008 e 2013 (%) | 295 |
| Figura 5.21 – Rácio entre o número de IVG e de nados vivos, com e sem coabitação por classes etárias das mulheres não casadas, Portugal, 2008 e 2013 (%) | 296 |
| Figura 5.22 – Rácio entre o número de IVG das mulheres sem filhos e o número de nados vivos de ordem 1 por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%) | 298 |

| | |
|--|-----|
| Figura 5.23 – Rácio entre o número de IVG e de nados vivos por classes etárias das mulheres com e sem filhos, Portugal, 2008 e 2013 (%) | 299 |
| Figura 5.24 – Rácio entre o número de IVG das mulheres com 1 filho e de nados vivos de ordem 2, por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-13 (%) | 300 |
| Figura 5.25 – Rácio entre o número de IVG das mulheres com 2 filhos e de nados vivos de ordem 3, por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-13 (%) | 300 |
| Figura 5.26 – Rácios entre o número de IVG das mulheres com 2, 3 e 4 e +filhos e o número de nados vivos de ordem 3, 4 e 5 e +, por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%)..... | 301 |
| Figura 5.27 – Relação entre IVG e nados vivos por classes etárias das mulheres desempregadas, Portugal, 2008-2013 (%) | 302 |
| Figura 5.28 – IVG por classes etárias das mulheres desempregadas e estudantes, Portugal, 2008-13 (%) | 303 |
| Figura 5.29 – Rácio entre o número de IVG e de nados vivos por nível de escolaridade e classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%)..... | 303 |

INTRODUÇÃO

O termo aborto, até há bem pouco tempo, existia envolvido por uma “conspiração de silêncio” (Marques, 2006:62). Situação que se articulava com a forte reprovação moral e social que aquele foi carregando numa sociedade que durante muito tempo interditou, na lei, a interrupção da gravidez por vontade da mulher. Depois do silêncio veio o debate público expondo o aborto induzido como um fenómeno multidimensional que tende a dar-se à apreensão sob diversas perspetivas e saberes (Abranches e Ferreira, 1986: 485-88; Isambert,1982:359). Condição que dificulta a sua delimitação como objeto de estudo. Uma dificuldade agravada pela potencial contaminação de uma partilha transversal e multidisciplinar do argumentário moralista (Marques, 2006: 14) introduzido no Ocidente pelo cristianismo antigo e consubstanciado pela ciência positivista a partir do século XVIII (Galeotti, 2007:22-23).

Com efeito, os sentidos que o termo aborto carrega, na atualidade, na sociedade portuguesa, resultam do processo histórico que envolveu, no mundo ocidental, a construção do fenómeno do aborto induzido como um problema social. Importa pois, desde já, referir que o termo aborto sempre integrou dois fenómenos bem distintos: o denominado aborto espontâneo ou natural, definido popularmente em Portugal como «desando» (Joaquim, 1983). E o denominado aborto provocado ou induzido, definido popularmente como «escangalhar uma barrigada» (Joaquim, 1983) ou «desmancho». Fenómenos que são claramente diferenciados médica e socialmente.

O aborto provocado ou induzido foi sempre o que mais polémica suscitou ao longo de todas as épocas históricas. Isto, sobretudo, porque é aquele que deriva diretamente da intervenção e vontade humanas no campo da reprodução. Ao apresentar-se como um ato potencialmente intencional também se assume como um ato socialmente qualificado e carregado de significados diversos para todos os atores que nele intervêm (Isambert, 1982:360). Convém ainda distinguir o aborto que é provocado por terceiros e no qual não interfere a vontade da mulher grávida, do aborto que é provocado por vontade da mulher grávida, sendo muitas vezes ela própria quem o executa.

No âmbito deste trabalho, que agora se inicia, o que está em causa é a análise do fenómeno do aborto enquanto ato intencional de interromper uma gravidez, por vontade da própria mulher grávida, com o objetivo de que a gravidez não chegue ao fim (ou que da gravidez não resulte nenhum nascimento). Um ato que, à partida, se apresenta, no âmbito da regulação da fecundidade, como uma prática individual no feminino. O que concorre para o facto de também se definir como uma prática suscetível de ser alvo, socialmente, de

medidas que visem o seu controlo no sentido, sobretudo, da repressão (Horellou-Lafarge,1982:397).

Todavia, trata-se de um ato que sempre terá sido praticado em todas as sociedades humanas e suscitado socialmente reações de aceitação e de recusa, de tolerância e de condenação (Moreau,1949: 606-08; Tabet,1998:105). No que se refere ao mundo ocidental, essas reações foram evoluindo em torno da forma como se foi exercendo o controlo sobre o corpo produtor de crianças. Um controlo largamente tributário das várias mudanças que foram ocorrendo ao nível das técnicas de intervenção nesse corpo, dos interesses políticos na dinâmica populacional e do estatuto das mulheres na sociedade (Galeotti, 2007: 21).

Na atualidade, a definição de aborto provocado ou espontâneo consensualizada entre peritos da Organização Mundial de Saúde (OMS) é «*Abortion is the termination of a pregnancy before the fetus has attained viability.*» (WHO, 2018). Esta ideia de que uma mulher aborta um feto, aliada à ideia de que o aborto é a morte de um feto, tem origem no que foi possível conhecer, através do desenvolvimento técnico e científico, sobre o processo de gravidez e parto (Galeotti, 2007:31).

A possibilidade de perscrutar o que se passava no ventre de uma mulher, resultante das descobertas científicas a partir do século XVII em diante, nomeadamente, no campo da fecundação e do desenvolvimento embrionário, permitiu pela primeira vez uma “visualização” do feto (Galeotti,2007:71). Uma vez visualizado, o feto passa a ser pensado na sua individualidade e, por aí, sobretudo, como um ser humano em potência. Tal vai implicar, a partir do século XVIII, uma redefinição da gravidez que deixa de ser pensada em termos unitários e passa a ser pensada em termos de uma relação entre duas entidades distintas: a gestante e o nascituro (Galeotti, 2007:23). Esta nova configuração da gravidez como relação, na eventualidade de um aborto induzido, passa a assumir-se numa lógica conflitual entre os interesses da mãe e os interesses do feto.

Após a Revolução Francesa, e no âmbito de uma crescente importância económica, social e política do fator demográfico, é dada prioridade aos interesses do feto entendendo este como um potencial cidadão e, por aí, de elevada relevância para a sociedade e para o Estado (Galeotti, 2007:93) Neste sentido ao longo do século XIX, são produzidas leis, um pouco por toda a Europa ocidental que, pela primeira vez, criminalizam o recurso ao aborto de uma forma específica.

Ao longo da primeira parte do século XX, e à medida que o número de mulheres que recorria ao aborto aumentava, os profissionais médicos, no âmbito de uma medicina social (Pinel, 2005:10; Cahen, 2011 95;108) reforçam a justificação da norma repressiva elegendo o aborto induzido como um problema de saúde pública, com contornos epidemiológicos, que só o poder dissuasivo de uma lei fortemente restritiva o poderia impedir de progredir, protegendo assim as mulheres delas próprias (Isambert, 1982:365). Esta posição que coloca

especial acentuação nas causas éticas e morais por referência ao comportamento sexual feminino, consubstanciaria um agravamento das medidas punitivas face às práticas abortivas (Le Naour e Valenti, 2003: 100). Situação que se manteria até ao final da II Guerra Mundial, no seio de Estados de ideologia fortemente natalista, após o que se atenuariam sem que, contudo, as práticas abortivas deixassem de ser interditas penalmente.

Obviamente que o interesse da mulher gestante só pode ser preterido face aos de outras entidades como o homem pai, o feto e o Estado, no âmbito de sociedades onde a voz das mulheres não é passível de ser ouvida (Hodgson, 2009: 493) porque os seus direitos são secundarizados de forma transversal a todas as dimensões da vida social. Após a II Guerra Mundial, com a perda de relevância económica e política dos quantitativos populacionais e no contexto de uma mudança para sociedades mais igualitárias, tal como aconteceria com outras questões no feminino, a perspetiva social e política sobre o recurso ao aborto induzido sofre alterações (Galeotti, 2007: 129-131). Contudo, são alterações que se articulam, em particular, com a introdução da contraceção moderna no âmbito da regulação da fecundidade.

Os primeiros movimentos sociais que a partir do final do século XIX começaram pública e politicamente a defender o controlo dos nascimentos, tiveram a preocupação de o fazer estabelecendo uma clara diferenciação entre contraceção e aborto (Le Naour e Valenti, 2003: 175). Todavia, a partir dos anos 1920, no âmbito da emergência de Estados ideologicamente empenhados em promover políticas fortemente natalistas, a contraceção juntou-se ao aborto na ilegalidade (Thébaud, 1992: 318).

Após o final da II Guerra Mundial, os movimentos sociais que promoviam a necessidade do controlo dos nascimentos retomaram a defesa do recurso à contraceção agora já como forma de erradicar o aborto induzido e, assim, as suas consequências nefastas sobre a vida e saúde das mulheres que a ele continuavam a recorrer em grande número (Le Naour e Valenti, 2003: 207; 211). Será pois a pretexto da erradicação do recurso ao aborto provocado, entendido como um problema de saúde pública, que a contraceção é liberalizada gradualmente por toda a Europa ocidental. Segue-se a introdução no mercado de novos métodos contraceptivos femininos sob prescrição médica, melhorados e produzidos a partir dos finais dos anos 1960 que garantem elevados níveis de eficácia e, por consequência, a separação efetiva entre sexualidade e procriação. Na Europa estarão em causa, sobretudo, o recurso ao anticoncepcional oral e ao DIU.

Com a generalização do acesso a métodos contraceptivos femininos mais eficazes, a partir dos anos 1970, a maternidade por opção torna-se não só uma possibilidade socialmente aceite como fortemente promovida. Com a entrada das mulheres no mercado de trabalho, o destino social no feminino passa a ser definido em torno de outras dimensões que não apenas a maternidade. Todavia, por mais eficazes que os métodos de contraceção

modernos sejam, não conseguem evitar as falhas contraceptivas colocando as mulheres perante a ocorrência de gravidezes não desejadas, por isso, perante a decisão de abortar. A constatação social, científica e política das limitações do recurso à contraceção moderna levou a uma maior aceitação ou promoção da defesa da despenalização do aborto sob determinadas condições (Hodgson, 2009: 507).

A partir dos anos 70 do século XX, as consequências do aborto clandestino ao nível da saúde da mulher voltam a recentrar a problemática do aborto induzido no âmbito da saúde pública (Horellou-Lafarge, 1982: 402). Agora a acentuação é colocada nas causas sociais e económicas que levam as mulheres a recorrer à indução do aborto quando confrontadas com uma gravidez que não querem. Causas que reenviam para uma co-responsabilização por parte do poder político, levando a que este intervenha mais uma vez através de alterações a uma lei assumida como inadequada (Isambert, 2012: 1982). Deste modo, o aborto induzido como um problema de saúde pública implica que se equacione a legalização da sua prática em contexto hospitalar sob condições regulamentadas na lei. Redefinindo-o como um ato médico e concretizando-se assim uma nova fase na solução do conflito entre a mãe e o feto, onde a mulher passa a ser o termo privilegiado da relação (Galeotti, 2007: 23).

Em suma, a partir dos anos 1970, são as evidentes limitações da contraceção moderna em garantir a regulação desejada por parte das mulheres e a pressão dos movimentos feministas de segunda vaga (Bajos e Ferrand, 2011: 47) que levarão à despenalização do aborto segundo determinadas condições, entre elas a pedido da mulher. Portugal seguiu historicamente um percurso de sentido idêntico ao da maior parte dos países europeus, mesmo que de forma mais tardia.

De facto, a permanência de um Estado de ideologia pro-natalista e conservadora, até aos inícios dos anos 1970, e a continuada influência social e política da Igreja Católica levou a que, sob um processo sobrecarregado de inércias políticas e sociais, a despenalização do recurso ao aborto a pedido da mulher (às 10 semanas de gravidez) só ocorresse em Portugal no ano de 2007 (Duarte e Barradas, 2009: 80; Monteiro, 2012: 589-592). De qualquer modo, tanto em Portugal como nos outros países europeus, a legalização do recurso à interrupção voluntária da gravidez (IVG) é entendida como um mal menor, face às consequências nefastas e humilhantes a que se sujeitavam as mulheres que abortavam em contexto ilegal (Monteiro, 2012: 597).

Com efeito, a retórica que, na atualidade, sustenta a defesa da liberalização do aborto, denominada de pró-escolha, remete para a permanência da ideia de que se está perante um problema social cujas consequências negativas a despenalização minimiza (Stenvoll, 2007:44). Equaciona-se a opção da mulher pela interrupção de uma gravidez que não quer, sobretudo, porque se equaciona a ocorrência de falhas contraceptivas. Mas estas,

em parte, tendem a ser imputadas às próprias mulheres (Bajos e Ferrand, 2011:57). De facto, as mulheres que abortam ou que recorrem à IVG, na atualidade, são tendencialmente percecionadas como sendo irresponsáveis e detentoras de uma sexualidade desregulada. Algo que nos propomos, desde já, questionar.

Desde os finais dos anos 1960 que se sabe não existir uma relação linear entre o recurso à contraceção e o recurso ao aborto (Hodgson, 2009: 501). A nível macro, encontram-se situações em que um elevado recurso ao aborto coexiste com um elevado recurso à contraceção, como situações de baixa incidência de práticas contraceptivas podem coexistir com uma baixa incidência de práticas abortivas (Marston e Cleland, 2003: 6-7). A nível micro, sabe-se que a frequência do aborto induzido por vontade da mulher é largamente tributário da frequência da gravidez não desejada (Régnier-Loilier e Leridon, 2007: 2-3). Uma frequência que se prende fortemente com o recurso à contraceção moderna (Bongaarts e Westoff, 2000: 4). Todavia, também se sabe que, se a dado momento do seu percurso de vida, uma mulher engravida sem querer, porque não estava a usar nenhum método contraceptivo ou o método que estava a usar falhou, isso não implica que, inevitavelmente, essa gravidez termine em aborto (Bajos e Ferrand, 2006a: 178).

Perante uma gravidez involuntária ou não intencional, a mulher decide se a mantém ou a interrompe. A este propósito Bongaarts e Westof (2000: 4-6) referem o quanto é determinante a evolução, no sentido restritivo, do número desejado de filhos, ou seja, a difusão da norma das famílias pequenas. Sem retirar a importância que a pressão para a redução do número de filhos representa, sobretudo em sociedades a viver as fases iniciais e intermédias de um processo de transição da fecundidade (Marston e Cleland, 2003: 6), a definição da norma reprodutiva, numa dada sociedade, vai além da “mera” limitação do número de filhos (Bajos e Ferrand, 2006b: 92). Isto será verdade, sobretudo, em sociedades, como a portuguesa, onde o índice sintético de fecundidade se mantém, desde 1982, abaixo do limite que garante a substituição das gerações (INE, 2015).

A generalização do acesso e do recurso a métodos contraceptivos que garantem um elevado nível de eficácia permite planear não só o número dos filhos como o melhor momento em que devem nascer. Deste modo, institui-se gradualmente, sob um modelo de maternidade por opção, a norma do filho programado ou sob condições (Régnier-Loilier e Leridon, 2007: 3). A norma reprodutiva que assim se vai impondo remete para o dever de planear o nascimento de um filho tendo por referência a definição das melhores condições para o seu acolhimento.

A possibilidade de decidir o momento em que a vinda de um filho deve ocorrer subentende a obrigação de garantir que esse momento seja o mais favorável para a sua procriação. Este define-se, na atualidade, por não ser nem muito cedo nem muito tarde, na vida de uma mulher e, sobretudo, pela existência de uma relação afetiva estável, entre o

casal de progenitores, sendo que estes se devem encontrar no melhor momento das respectivas trajetórias de vida para procriar (Bajos e Ferrand, 2006b: 92). Esta norma, decorrente da possibilidade de planejar uma gravidez, leva ao gradual crescimento da intolerância face a uma gravidez que não foi planeada ou que ocorre de forma imprevista, concorrendo fortemente para que esta seja considerada como indesejada por parte das mulheres ou dos casais e, por isso, suscetível de ser voluntariamente interrompida (Bajos *et.al*, 2004: 2).

A contraceção moderna, ao trazer consigo a possibilidade de se ter os filhos que se querem e no momento mais ideal para os procriar, faz atribuir uma grande importância à intencionalidade sob a qual as concepções ocorrem (Santelli *et.al*, 2003: 94). A ocorrência de uma gravidez apresenta-se como não intencional sobretudo quando não é desejada, de forma concreta, ou quando surge antes do momento previsto como o mais adequado (à margem dos planos ou objetivos reprodutivos da mulher ou do casal) (Santelli *et.al*, 2003: 94). A última situação, tal como a primeira, tende, por referência à norma do filho planeado, a ser entendida como não desejada.

No passado as mulheres, ou os casais, deviam tomar precauções no âmbito das relações sexuais se não pretendiam conceber, mas, na atualidade, com recurso generalizado à contraceção moderna, a norma é não se encontrar exposto a essa eventualidade. Agora, quando se pretende conceber é que se devem tomar providências: suspender a utilização do método contraceptivo e preparar-se para a concepção e o nascimento de uma nova criança (Régner-Loilier e Leridon, 2007: 4).

A premissa inicial deste trabalho é a de que o recurso à IVG é um bom indicador das dificuldades que as mulheres têm no âmbito da regulação da fecundidade. Ou seja, as mulheres que, na atualidade, recorrem ao aborto provocado são mulheres que num dado momento da sua vida tiveram dificuldades em regular a sua fecundidade, por meio da gestão contraceptiva da sua atividade sexual e por referência aos seus objetivos reprodutivos definidos em número e em calendário.

As causas da ocorrência de uma gravidez não desejada não são objeto primeiro deste trabalho, que se centra sobretudo na opção pela sua interrupção. Como foi referido anteriormente, é sabido que ocorrem muitas gravidezes que não são desejadas, mas só uma parte delas é que são interrompidas por decisão da mulher. Uma decisão fortemente determinada pelos constrangimentos existentes que enquadram o exercício da maternidade e que, dessa forma, também determinam a decisão de procriar. Neste sentido, entende-se que o comportamento do recurso à interrupção da gravidez se encontra estreitamente ligado ao comportamento da fecundidade pela mediação de uma norma reprodutiva ou pela pressão que esta exerce sobre a decisão de abortar.

Na impossibilidade de questionar diretamente as mulheres sobre as razões que as levaram a recorrer à interrupção da gravidez, a nossa proposta vai no sentido de perceber de que modo se estrutura o recurso ao aborto induzido em Portugal em estreita relação, com as características sociodemográficas das mulheres envolvidas e, em especial, com a sua fecundidade. As opções reprodutivas, no âmbito das quais se insere a opção pela IVG, são particularmente determinadas pela idade, estado civil, situação conjugal, número de filhos existentes, situação laboral e nível de escolaridade (Llorente-Marrón *et.al*, 2016: 2).

Com base nos registos individuais das IVG pretende-se avaliar a intensidade e o calendário deste fenómeno em estreita ligação com o comportamento da fecundidade e caracterizar o seu perfil comportamental em torno das características sociodemográficas e reprodutivas das mulheres que recorreram à interrupção de uma gravidez sob enquadramento legal, de 2008 a 2013.

A estruturação do trabalho seguiu uma divisão em duas partes. Na primeira procurou-se caracterizar o fenómeno do aborto induzido por vontade da mulher como prática que integra o sistema de regulação da fecundidade no Ocidente, tanto no passado como na contemporaneidade, destacando a especificidade do caso Português.

Historicamente entendeu-se subdividir em duas partes, antes e após 1800, atendendo às grandes transformações que ocorreram no âmbito do controlo dos nascimentos a partir do século XIX. Segue-se uma abordagem à contemporaneidade, que num primeiro ponto, caracteriza a forma diferenciada como evolui a prática do aborto induzido no mundo em torno da articulação entre o enquadramento legal e a incidência das práticas definidas pela OMS como seguras e inseguras. Num segundo ponto, destacou-se a caracterização ao nível da Europa de modo apreender, em especial, os principais fatores que determinam as diferenciações existentes entre os vários países europeus onde, em grande parte, se permite legalmente o recurso ao aborto a pedido da mulher. Finalmente, num terceiro ponto, introduzimos o caso português caracterizando a forma como foi evoluindo a prática do aborto induzido em torno das alterações que se foram verificando no âmbito do controlo dos nascimentos, em estreita relação com as mudanças políticas e sociais que concorreram para o processo de despenalização do recurso à interrupção da gravidez por vontade da mulher.

Na segunda parte, pretendeu-se, através da caracterização da forma como se estrutura o comportamento do recurso à IVG em Portugal, sob enquadramento legal, apreender os sentidos que ligam, na atualidade, a opção da mulher pelo aborto induzido ao comportamento da fecundidade. Procurou-se encontrar indícios de uma norma reprodutiva subjacente, nomeadamente no que se refere à idade de procriar e ao número de filhos. No primeiro capítulo desta parte procedeu-se à caracterização sociodemográfica das mulheres envolvidas no recurso à IVG de 2008 a 2013. No segundo capítulo pretendeu-se, em

particular, através do cálculo de indicadores demográficos, colocar em confronto o comportamento da IVG com o da fecundidade e, desta forma, identificar fatores que determinem a decisão das mulheres pela interrupção de uma gravidez.

1. UMA PRÁTICA DE REGULAÇÃO DA FECUNDIDADE: PERSPETIVA HISTÓRICA

A forte associação que existe entre a ocorrência de nascimentos e a reprodução biológica e social de uma população (Fox,1982) concorre fortemente para a existência da necessidade de influenciar ou moldar a fecundidade. Deste modo, a regulação da fecundidade terá sido sempre uma questão primordial em todo o tipo de sociedades humanas (Davis, 1948:556; Tabet,1998:83-84; Bozon,2002:9). Uma regulação que no Ocidente se manteve afastada, durante muito tempo, da preocupação com o número de filhos (Flandrin, 1991: 241).

Muito antes de se colocar o problema da limitação da prole, paralelamente a uma gradual complexificação das suas estruturas, as sociedades foram assumindo uma crescente preocupação na determinação de quem dava à luz, quando e porquê (Girard,1981:18-19; Roussel,1989:19). O mesmo é dizer que a idade em que se procriava, com quem e sob que união sexual impuseram-se como referenciais sociais na regulação da fecundidade, muito antes da restrição do número de filhos ser relevante.

Numa passagem para as denominadas sociedades patriarcais, é a ligação ao pai que consubstancia de forma primária o sistema de regulação da fecundidade, centrado na instituição de uma união sexual entre um homem e uma mulher, legitimada socialmente sob a fórmula do casamento (Segalen,1996:116; Roussel,1989:20; Badinter, s/d: 136). Não será difícil perceber que pelo facto de a procriação ser uma consequência das relações sexuais entre homens e mulheres, a regulação daquela implica a regulação destas. E que pelo facto de a consequência procriadora da sexualidade se efetivar no corpo da mulher, é sobre esta que se exerce um efeito mais regulador em termos sexuais (Bourdieu,1999:16-17; Bozon,2002:10-11). Deste modo, a necessidade de regular a reprodução manifestou-se sempre por via da necessidade de regular a sexualidade procriadora e, sobretudo, de regular a sexualidade no feminino. Algo que durante muito tempo, foi efetivado em torno da instituição do casamento (Tabet,1998:91).

Desde o ato privado e informal veiculando um contrato entre duas famílias até ao ato público e institucional veiculando um contrato entre um homem e uma mulher, que o matrimónio foi-se constituindo, gradualmente, na instituição reguladora da reprodução no Ocidente (Goody, 1995; Sot, 1992; Bozon, 2002:15, Segalen, 1996:118). Esta capacidade reguladora atribuída ao casamento derivou da imposição de um princípio primeiro que promovia a fecundidade da mulher casada e que paralelamente reprimia a fecundidade da mulher solteira. Algo que só foi sendo possível com o progressivo acantonamento da sexualidade feminina no interior da instituição matrimonial (Bozon, 2002:15).

Com efeito, o controlo da fecundidade de base envolvia um sistema que se foi constituindo como fortemente restritivo, face à sexualidade no feminino, fora da instituição

matrimonial¹ (Badinter, s/d:107). A dissociação entre sexualidade dentro do casamento e sexualidade fora do casamento implicava para a mulher a atribuição de um estatuto social diferenciado (Tabet, 1998:135-36). A mulher ativa sexualmente dentro do casamento era a esposa, a mulher ativa sexualmente fora do casamento era a “Outra”, definida como a concubina, a cortesã, a meretriz ou a prostituta. Se em diversas ocasiões históricas essa “Outra” também ocupou um lugar algo valorizado no imaginário de uma sociedade, na verdade surge sempre limitada ao seu papel de objeto sexual enquanto a esposa se encontrava amarrada ao seu papel de objeto de reprodução (Almeida,1996:15). A fecundidade das primeiras era classificada de ilegítima ou bastardia e a das últimas de legítima (Sot,1992:216-18; Goody,1995:70-71).

Também é verdade que a bastardia nem sempre foi desvalorizada com a mesma intensidade², mas além de um estatuto diferenciado, a maternidade celibatária sempre foi alvo de sanções sociais que se foram agudizando com a consolidação do cristianismo no Ocidente (Bozon, 2002:16; Flandrin, 1995:197). O delito de não respeitar a castidade pré-matrimonial, tal como refere Malthus (1999:107) no final do século XVIII, *«revela-se mais evidente e conspícuo na mulher e menos propenso a qualquer erro. O pai de uma criança pode nem sempre ser conhecido, mas não existe a mesma incerteza no que se refere à mãe. Onde a evidência do delito era mais completa e os inconvenientes para a sociedade ao mesmo tempo mais elevados, reconhecia-se que devia recair o maior quinhão de culpa.»*

A origem deste costume, de cobrir socialmente de opróbrio, uma mulher por ter cometido um delito que os homens quase podiam cometer com impunidade, como o método mais óbvio e eficiente de prevenir a repetição frequente de um inconveniente sério para a família e para a comunidade, parece surgir assim como natural. Uma origem que, porém, se perde na nova sequência de ideias que o costume gerou desde então. Pois o que no princípio, poderia ser determinado pela necessidade da família, da comunidade ou do Estado, passa a ser apoiado, pela construção social dum ser feminino onde prima uma “natural” vocação para a castidade (Malthus, 1999:107). Com efeito, por via da implantação do cristianismo no Ocidente, a virgindade pré-matrimonial e a castidade tornam-

¹ *«A instituição do matrimónio ou, pelo menos, de uma obrigação expressa ou implícita de cada homem sustentar os seus filhos, parece constituir o resultado natural (...) numa comunidade flagelada pelas dificuldades (...) A visão dessas dificuldades apresenta-nos uma origem muito natural do superior infortúnio que aguarda uma quebra de castidade (pré-matrimonial), mais na mulher do que no homem. Não se pode esperar que as mulheres tenham recursos suficientes para sustentar os filhos. Por conseguinte, quando uma se relacionava com um homem, que não se comprometera em sustentar-lhe os filhos, e, consciente dos inconvenientes que atrairia para cima de si, a abandonasse, essas crianças teriam forçosamente de depender da sociedade, ou morrer de fome.»* (Malthus,1999:107).

² Na Europa, será com o cristianismo que a bastardia mais decairá (Goody,1995:71).

se valores intrínsecos da sexualidade no feminino (Loute, 1975:17). Enquanto solteira, a mulher devia abster-se totalmente de ter relações sexuais, caso contrário, incorria num elevado risco social. Convém referir que o mesmo princípio se aplicava às viúvas (Goody,1995:56-63). A estas, tal como às solteiras, e fosse qual fosse o seu estatuto social, não era reconhecida socialmente a possibilidade de procriarem e, conseqüentemente, de serem sexualmente ativas. Na mesma situação de interdito sexual encontravam-se as mulheres que enveredavam pela vida consagrada ou religiosa (Goody,1995:60-61).

Outra das fortes restrições da sexualidade no feminino envolvia a sexualidade das mulheres casadas. Isto porque uma vez esposa, a mulher só podia ser ativa sexualmente com o seu marido. Esta imposição deriva, primariamente, da necessidade social de garantir o bom funcionamento do sistema de sucessão por via patrilinear (Badinter, (s/d):107-08; Almeida,1996:11;17). Dentro do casamento, o pai devia ter as garantias de que os filhos eram seus legítimos herdeiros (do mesmo sangue). Posteriormente, mesmo quando este sistema se deixou de aplicar, o adultério no feminino manteve-se, contudo, associado a uma forte conotação negativa e como uma prática passível de ser sancionável moral e socialmente, tanto ou mais rigorosamente que a maternidade celibatária (Giddens,1996:5; Badinter, s/d,144).

Em síntese, a regulação da fecundidade surge estreitamente associada à imposição social de um duplo padrão sexual, em torno da segmentação da sexualidade, dentro e fora do casamento, que desde sempre se fundamentou na desresponsabilização social dos homens face às conseqüências procriadoras do seu relacionamento sexual com uma mulher fora do âmbito matrimonial. Algo que está bem patente no acordo tácito que sempre existiu entre cliente e prostituta, cabendo a esta, e só a esta, a obrigação de se precaver face à possibilidade de uma conceção (Bergues *et.al*,1960:124).

Deste modo, apresenta-se como muito plausível a hipótese de que inicialmente as estratégias e as práticas de controlo dos nascimentos se tenham desenvolvido preponderantemente no âmbito extraconjugal e que, por aí, tenham sido sobretudo do conhecimento e da prática no feminino (Mclaren,1997:35). É neste sentido que também conclui Condorcet, quando no final do século XVIII, se questiona sobre quando teria sido o momento em que a humanidade descobriu a forma de separar o prazer da procriação. «*Os relatos dos viajantes não dizem qual a época da civilização em que este processo se tornou geralmente conhecido. Parece que deve ter sido muito próxima daquela em que a fecundidade das raparigas se tornou para elas uma desonra, e o nascimento de um filho sem pai conhecido, uma desgraça para a família*» (cit in Flandrin, 1991:240).

O filho que não se quer é aquele que se impede de nascer e o primeiro a ser impedido de nascer é o filho ilegítimo, porque ameaçador da honra da mãe e da família. Paralelamente, não é de estranhar a existência primordial de referências a práticas que

visam de algum modo impedir as concepções ou provocar a eliminação do fruto da concepção (Bergues,1960: 51). Integram-se neste caso³, nomeadamente, o aborto, o infanticídio, o abandono ou a exposição de crianças.

Com efeito, a prática do aborto surge, a par do infanticídio e do abandono ou exposição de crianças, referenciada como um dos procedimentos mais antigos que visam a restrição da fecundidade (Moreau,1949: 606-08; Tabet, 1998: 105). E apesar de poder ser equacionada como uma prática de Estado, tal como foi preconizado por Platão (Moreau,1949: 608; Van de Walle, 1998:276), esta define-se, desde sempre e sobretudo, como uma prática individual no feminino (Isambert,1982:368) intervindo no âmbito corretivo⁴. Após o ato sexual e a concepção, impedindo o desenvolvimento de um embrião ou o término de uma gravidez. Neste sentido, também se pode considerar que é no âmbito corretivo que se situam o recurso à prática do infanticídio e do abandono ou exposição de crianças, na medida em que intervêm após o ato sexual e a concepção. Contudo, ambas as práticas definem-se depois do parto, suprimindo a existência de um nado-vivo ou de um recém-nascido através da morte ou do abandono.

A partir do momento em que os homens e as mulheres perceberam a relação direta entre o coito heterossexual e a concepção, a necessidade de regular a fecundidade começou a passar também por interferir ao nível da consequência procriadora do ato sexual em si. Emergindo inicialmente muito associada à magia e à ação dos deuses, só se libertando desse âmbito à medida que o conhecimento sobre o processo concecional se foi desenvolvendo (Ariès,1960:325-326).

De salientar que a metodologia contraceptiva nos seus primórdios era centrada na atuação sobre o corpo da mulher apoiando-se na evidência natural de ser nele que todo o processo procriador se concretizava em torno do percurso contínuo da concepção ao parto (Van de Walle, 2005:2). Curiosamente, a partir da segunda metade do século XX, dá-se uma coincidência com esse sentido primordial, na centralidade que volta a assumir a ação contraceptiva sobre o corpo da mulher.

Em suma, a origem mais tardia do recurso à contraceção propriamente dita, está de acordo com o facto de no passado das sociedades do Ocidente, existirem mais referências ao infanticídio, ao abandono e aos procedimentos abortivos do que aos procedimentos contraceptivos (Van de Walle, 1998:275; 2005:2). Traduzindo a prevalência dos métodos

³ M. Riquet (1960: 331) apresenta, a par do aborto e do infanticídio, a castração como uma das práticas mais antigas e recorrentes com vista a controlar o efeito procriador da sexualidade.

⁴ De modo a distinguir os vários métodos adotámos a tipologia proposta por M. Bassand e J.Kellerhals (1975:146) contudo, alargámos abrangência das categorias. Deste modo, considerámos como preventivos todos os métodos que interferem antes da concepção e como corretivos todos os métodos que interferem após a concepção.

corretivos sobre os preventivos. Sem, contudo, contrariar esta tendência, deverá também ter-se em conta as referências à abstinência ou continência sexual e ao prolongamento do aleitamento materno.

A abstinência ou continência sexual, quando não tem apenas o objetivo da recusa das relações sexuais⁵, poderá considerar-se como intervindo no âmbito preventivo impedindo a concepção pela suspensão voluntária do ato sexual. É também no âmbito preventivo que se pode inscrever a prática do prolongamento do aleitamento materno, uma prática que surge frequentemente coadjuvada com a prática da abstinência sexual.

É a partir do Alto Império Romano, paralelamente à emergência do Estoicismo, que as referências relativas à prática específica da abstinência sexual começam a ser cada vez mais frequentes, chegando ao século XIX como uma das práticas mais citadas (Van de Walle, 2005:4). Relativamente ao prolongamento do aleitamento materno, entre as práticas com carácter primordial, é a que assume menos evidência ao longo da história do Ocidente. A maior parte das referências colocam esta prática, sobretudo, no âmbito da boa ou má “maternagem”, em estreita relação com a imposição do interdito sexual durante o período do aleitamento (Van Walle e Van Walle,1972:687). O seu efeito potencialmente preventivo associa-se mais, nas sociedades da Europa ocidental, à sua articulação com o recurso à continência sexual do que com o possível efeito da amenorreia derivada do pós-parto ou da amamentação.

Contudo, as referências ao aleitamento materno mantêm-se constantes e remetem, sobretudo até ao final do século XVII, para a polémica da necessária suspensão das relações sexuais durante o período em que a mulher está a amamentar. Só a partir do século XVIII é que surgem, paralelamente à necessidade da imposição do interdito sexual, alusões ao efeito da esterilidade fisiológica derivada da prática do aleitamento (Van de Walle e Van de Walle,1972:696). É sabido, de forma transversal a todas as épocas históricas relatadas, que as mulheres das elites eram pouco dadas à amamentação, recorrendo frequentemente à ama-de-leite, flutuando o recurso a esta prática em torno dos costumes ou da “moda” de cada época em causa (Van de Walle e Van de Walle, 1972:700).

Em síntese, do conjunto das práticas que são referidas de forma primordial, no Ocidente, encontram-se duas práticas que dificilmente se podem associar à sexualidade extraconjugal. O que remete para a existência de uma regulação da fecundidade dentro da sexualidade conjugal, anterior ao século XVII e XVIII. Nesta continuidade, também se torna plausível a hipótese de que todos os outros métodos já referidos, tenham feito parte, com a mesma anterioridade, das opções reguladoras dos casais instituídos. Opções que seriam

⁵ A abstinência completa e prolongada das relações sexuais surge muitas vezes associada a fórmulas ideológicas ou religiosas de ascese não tendo por objetivo primeiro evitar ou controlar a consequência procriadora da sexualidade (Van Walle e Bardet, 2000:388).

tendencialmente motivadas por outros objetivos que não apenas o de limitar o número de filhos (Flandrin, 1991: 240).

A prevalência primordial das referências aos procedimentos corretivos sobre as referências aos procedimentos preventivos reenvia, no âmbito da regulação da fecundidade, para a predominância de uma mentalidade corretiva. Não será de estranhar que assim seja em sociedades onde uma mortalidade elevada atingia, com particular letalidade, os recém-nascidos e as mulheres grávidas ou puérperas. Situação que só se terá começado a alterar na Europa ocidental a partir do final do século XIX (Shorter, 1982:125). É neste sentido que Etienne Van de Walle (1998: 273), na proposta que faz de estudar o impacto do aborto na fecundidade, adianta o ano de 1800 como uma baliza temporal importante. Não só porque pretende excluir da sua análise o que ocorre no âmbito da mudança demográfica, que tem lugar na Europa Ocidental ao longo do século XIX, mas também porque pretende apenas abranger o período histórico em que imperavam o que ele denomina “regimes de fecundidade natural”⁶.

Com efeito, nas vésperas de 1800, dominava um regime demográfico marcado por níveis de mortalidade e fecundidade igualmente elevados que mantinham um débil crescimento populacional. A mortalidade provocada pelas guerras, fomes e epidemias era o elemento determinante das grandes depressões demográficas, com o qual se articulava o efeito regulador da nupcialidade, que variava em função dos mesmos parâmetros. De modo que perante circunstâncias iguais, a natalidade pouco se alterava, mantendo-se iguais os intervalos entre os nascimentos (Ariès, 1992:125). A partir do século XIX, emerge um novo regime demográfico caracterizado pelo decréscimo da mortalidade e pelo declínio gradual da fecundidade em toda a Europa ocidental (Ariès, 1992:125-126). De referir que no caso da França, o declínio da fecundidade foi mais precoce⁷, assumindo já alguma visibilidade no final do século XVIII (Ariès, 1992:126). De facto, esta mudança demográfica remete para grandes alterações no âmbito das causas de morte e no âmbito da regulação da fecundidade.

Neste sentido acordamos na pertinência de se observar o recurso à indução do aborto antes e depois de 1800, contudo e sem nos inscrevermos naquela a que J.P.Bardet e

⁶ De acordo com Louis Henry, E. Van Walle (1998: 274) define como fecundidade natural a que se associa aos casais, constituídos pelo ato do casamento, que não fazem qualquer esforço consciente ou voluntário para controlar o número de filhos. Segundo este autor, a fecundidade natural, que assim é “regulada” pelo comportamento dos casais dentro do casamento, envolvia todas as sociedades do passado do Ocidente, ou seja, todas as populações que se reproduziram antes do século XIX.

⁷ A França não só surge como precursora na queda da fecundidade como se diferencia, na medida em que a queda da fecundidade acompanhou e, por vezes precedeu mesmo, a queda da mortalidade (Bardet e Dupaquier, 1986:7).

J. Dupaquier (1986:3) denominaram de “falsa querela da fecundidade natural”, partimos do princípio, tal como afirma A. McLaren (1997:11), que cada época terá atribuído um sentido próprio a uma regulação da fecundidade eficaz, o que nem sempre terá passado pela limitação do número de filhos, e terá produzido meios próprios para exercer esse controlo. Um exercício ao qual não terá sido estranho o lugar ocupado pelas mulheres, dentro e fora da família, e o comportamento das dinâmicas demográficas, sendo estas mesmas muito sensíveis aos contextos social, cultural e económico dominantes em cada momento histórico. É esta a perspetiva aqui adotada na averiguação do recurso aos procedimentos abortivos nas sociedades do Ocidente, antes e depois de 1800.

1.1 A SITUAÇÃO ATÉ 1800

Relativamente às sociedades do Ocidente antes de 1800, torna-se difícil observar a presença de acontecimentos que durante muito tempo se efetivaram na intimidade das famílias, no segredo dos homens e das mulheres, na clandestinidade ou na ilegalidade das práticas (Henry, 1960:361). Assim sendo, essa presença dificilmente poderá ser apreendida em torno dos quantitativos assumidos pelo recurso às práticas, havendo a necessidade de recorrer a formas indiretas de observação (Van de Walle, 1998:273). O que tem levado os demógrafos historiadores a ter em conta, apesar das dificuldades em estabelecer critérios de fiabilidade (Henry, 1960:361), as referências às práticas em vários tipos de literatura (Bergues *et.al*, 1960; Van de Walle, 1998).

Na opinião de alguns autores (Van de Walle, 1998:283; McLaren, 1997:44), o aborto terá sido muito mais recorrente do que poderá fazer querer o volume de referências à sua prática. Isto porque em muitos dos seus casos, senão a maior parte, foram mantidos em segredo pelas mulheres, pelos seus cúmplices e pelas famílias. Dificilmente se percebe a interrupção de uma gravidez que nunca chegou a ser visivelmente pública. No âmbito dos recursos corretivos, o infanticídio e o abandono sempre foram relativamente mais referidos do que o aborto (Van Walle, 1998:275; 2005:2). A este propósito, contudo, é de ter em conta que devido ao pouco conhecimento sobre a anatomia e a fisiologia da mulher e do feto, durante muito tempo, a diferença entre aborto e infanticídio esteve longe de ser algo evidente (Galeotti, 2007:31).

Quanto à prevalência que as referências ao aborto apresentam face às referências à contraceção, não será estranho o facto de a prática contracetiva se ter apresentado mais tardiamente e permanecido em parte, até ao final do século XVIII, como um ato íntimo, secreto ou mesmo mágico que, na maioria dos casos, não era referido nem ensinado (Van de Walle, 2005:2). Enquanto, a indução do aborto requeria muitas vezes alguma assistência ou instrução, e o provocado, que corria mal, podia chegar de algum modo ao domínio público (McLaren, 1997:36-37).

As referências à contraceção remetem aqui para o conjunto de métodos que visam evitar a consequência procriadora do ato sexual em si (Mclaren, 1997:35). Neste âmbito há a considerar o uso de poções, talismãs e rezas, práticas descoladas da magia que, frequentemente, se articulam com o recurso a um conjunto de procedimentos que tem por objetivo concreto impedir que a semente masculina penetre na matriz da mulher. Inclui-se nestes, a denominada retirada parcial ou do movimento visando expulsar a semente masculina – no momento da ejaculação, deve reter a respiração, retrair-se e retirar-se com um golpe de rins, levantar-se, agachar-se e provocar espirros, após o que se deve limpar (Van Walle, 2005:2). Esta versão no feminino da prática do coito interrompido surge referenciada de forma mais direta do que a versão masculina.

De facto, no Ocidente antigo, as referências ao coito interrompido como prática masculina são pouquíssimas e assumem uma forma muito mais indireta, «semear a semente em terreno pedregoso, onde não pode dar fruto»⁸ (Platão cit in Mclaren,1997:33), não se podendo concluir, de modo algum, se seria uma prática recorrente ou não. A este propósito, E. Van de Walle (2005:2) defende a hipótese de que o coito interrompido como prática masculina, terá sido introduzido no Ocidente mais tardiamente, a partir do Médio-Ocidente (ele é mencionado na Bíblia, no Talmude e na tradição muçulmana). Logo, segundo este autor (Van de Walle,2005:2), apesar de pensarmos que a “retirada”, no masculino, é um método evidente, disponível sempre que necessário, o facto é que não há uma clara existência cultural no Ocidente, antes do século XVI.

Há sim a considerar, com alguma evidência, as referências à utilização de uma série de produtos adstringentes para introdução, via supositórios ou pessários⁹, de modo a bloquear a entrada do esperma na matriz da mulher (Mclaren,1997:34). Aliás, será na continuidade deste conceito, que no século XVIII surge a denominada “esponja vaginal”. Ao tratarem-se de métodos que estavam longe de garantir um grande nível de eficácia, o seu uso seria, com alguma probabilidade, articulado pelas mulheres a um recurso posterior a métodos corretivos, tais como os abortivos.

Na verdade, os procedimentos contraceptivos e abortivos surgem frequentemente referenciados de forma articulada ou mesmo sobreposta até ao século XIX. Isto porque alguns métodos tanto podiam ter efeitos contraceptivos como abortivos e, sobretudo, porque contraceção e interrupção da gravidez surgem como fazendo parte do mesmo *continuum* de estratégias que visavam evitar a vivência de uma gravidez que não se queria (Mclaren,

⁸ «como já tinha filhos da esposa recém-casada, não tinha relações sexuais com ela de maneira habitual» (Hérodoto cit in Mclaren,1997:33).

⁹ No sentido antigo de um pedaço de lã ou de fibra de algodão embebido de medicamento (Van Walle, 2005:2).

1997:15). Um *continuum* onde a indução do aborto era frequentemente a primeira forma de impedir uma gravidez inoportuna (Mclaren, 1997:15).

Havia uma série de poções à base de ervas que desde os Gregos antigos se acreditava terem um efeito contraceptivo. Neste contexto, vale a pena observar que os Gregos tinham uma palavra para o contraceptivo – *atokion* – ao passo que em latim existia apenas um termo vago – *venenum*¹⁰ (Mclaren,1997:35). Mesmo assim, nem sempre era claro se o objetivo de tais beberagens era impedir a concepção ou interrompê-la. Muitas destas poções eram complementadas pelo recurso a vários métodos de contraceção oclusivos.

Sorano de Éfeso¹¹ (cit in Van de Walle, 2005:1-2), que só considerava o recurso à indução do aborto em casos restritos¹², recomendava para evacuar a semente que começava a desenvolver-se durante o mês seguinte à fecundação: os saltos, os movimentos bruscos, os solavancos das carroças. Mas o principal método de aborto precoce, segundo ele, era a sangria. Por outro lado, através de pessários untuosos ou de banhos semicúpios visava-se relaxar os tecidos para que o embrião pudesse sair facilmente. Soranos também indicava a existência de medicamentos intermediários entre o contraceptivo e o abortivo, destinados a fazer vir as regras. Mas se as mesmas substâncias são conhecidas por causar o aborto e estimular as regras, esta última é, no entanto, a função percebida como essencial e a que justifica a recolha ou preparação dos emenagogos.

No Ocidente, depois de Hipócrates, a teoria dos humores tornou-se a trave dominante na abordagem dos cuidados de saúde. No âmbito das ditas doenças das mulheres, partia-se do pressuposto que sem a eliminação periódica das impurezas do corpo, a acumulação do sangue causaria a sufocação da matriz e doenças graves se desenvolveriam. Por outro lado, em sociedades fundamentalmente pro-natalistas, o regresso das regras representa a possibilidade de novos nascimentos (Van Walle, 1998:282).

No caso de estes métodos falharem, Soranos propunha, mesmo não concordando, eliminar o feto através de supositórios ou por poções, desaconselhando, todavia, o uso de meios mecânicos para pressionar ou destruir a barreira amniótica. O que está de acordo com o facto de os procedimentos abortivos mais referidos nas sociedades do ocidente

¹⁰ Que significa veneno.

¹¹ Autor de *Maladies de Femmes* ou *Ginécologie*, obra médica datando do segundo século da nossa era.

¹² Soranos reserva o recurso à indução do aborto estritamente aos casos em que a esposa é muito jovem ou em que uma gravidez coloca em risco a vida de uma mulher fisicamente inapta a procriar (Van de Walle, 2005:1).

antigo, se centrarem sobretudo no recurso a beberagens e algumas práticas físicas mais violentas (Dowsing, 2000:95).

Em síntese, o maior peso de referências quer ao abandono de crianças, quer ao infanticídio e ao aborto confirmam que, relativamente às sociedades do Ocidente, até à segunda metade século XVIII, e no âmbito das estratégias individuais de regulação da fecundidade, a tendência era para intervir mais após o ato sexual. Quer isto dizer, que era a mentalidade corretiva que aí parecia prevalecer. Se quisermos podemos afirmar como Van de Walle (2005:1-2) que a prevenção dos nascimentos permaneceu até muito tarde no Ocidente, geralmente, um saber esotérico, transmitido aos iniciados sob a forma de “segredos”. E se regular os nascimentos era essencialmente um assunto de mulheres (Galeotti, 2007: 33), dificilmente poderemos alguma vez estar na posse de uma exposição pormenorizada e fiel do que se passava nas sociedades do ocidente antigo, porque os textos escritos pelos homens fornecem apenas uma imagem vaga das ações e motivações das mulheres (Galeotti, 2007:33).

Com efeito, as referências apontadas pelos autores nos parágrafos anteriores, foram contabilizadas no âmbito de análises de fontes masculinas. Porquanto, relativamente ao passado do mundo ocidental é difícil encontrar uma “voz” feminina, testemunhando na primeira pessoa a vivência de alguma dimensão da vida das mulheres, em especial no âmbito da procriação ou da sexualidade (Mclaren, 1997:85). Trata-se de um silêncio que só é possível romper “escutando” o que os homens dizem sobre a vida das mulheres, ou “escutando” o que os acontecimentos podem dizer sobre as suas dimensões no feminino.

No que se refere à apreensão da prática do aborto em sociedades do passado, o recurso à mediação masculina deverá ter sempre em conta que na realidade, muitas vezes, a informação que se tem para analisar é mais a reação dos contemporâneos homens ao recurso à indução do aborto, do que a observação das práticas reais (Galeotti, 2007:33). Uma reação algo determinada pelo receio do adultério, que sempre marcou a visão masculina das práticas femininas de regulação dos nascimentos.

É neste sentido que também se poderá entender a seguinte afirmação de Hipócrates (cit. in Mclaren, 1997:45), corroborando a ideia de que as mulheres mentiam acerca dos abortos provocados e espontâneos: *«Pois elas dizem o que sabem e hão-de continuar a fazê-lo sempre. Pois não se conseguirá convencê-las, nem por factos, nem por argumentos, de que conheçam alguma coisa melhor do que o que se passa nos próprios corpos. Quem pretende afirmar outra coisa tem a liberdade de o fazer, mas as mulheres (...) decidem da competição e atribuem os prémios»*. Percebe-se aqui, no entanto, o quanto o aborto apesar de ser, em teoria, uma questão discutida pelos homens, na prática, é uma questão vivida pelas mulheres e, sobretudo, entre mulheres, na medida em que toda a vivência do

processo de gravidez e de parto era apenas feminina (Galeotti, 2007:22). Um processo ao qual só a mulher podia dar início e fim.

Com efeito, só a mulher podia assumir inicialmente que estava grávida, algo que, durante muito tempo, esteve longe de ser imediato (Galeotti, 2007: 30). De uma forma geral, as mulheres lidavam invariavelmente com ciclos menstruais irregulares devido à má nutrição ou à doença, só lhes era possível darem conta que estavam grávidas quando o feto se movia. De modo que durante séculos, os primeiros movimentos do feto funcionaram como parâmetro que definia o estado de gravidez, mesmo em termos legais. Assim, por norma, não se podia acusar uma mulher de ter abortado se ela não tivesse comunicado que estava grávida (Galeotti, 2007: 30). E mesmo dando conta do estado de gravidez, era sempre complicado formular tal acusação, na medida em que só a mulher, sozinha ou com o apoio de outras mulheres, parteiras ou não, podia dar conta do processo de gravidez e parto, até haver um nado-vivo ou um nado-morto. Neste sentido, e durante muito tempo, aborto, contraceção e infanticídio, mantiveram-se estreitamente associados e frequentemente confundidos (Galeotti, 2007:31). Daqui se deduz que as mulheres não só detinham poder no controlo dos nascimentos, como esse poder era determinante, mas pouco documentado (Dowsing,2000:6). Algo que, no entanto, mudou e foi antes de 1800.

Com efeito, até ao século XVIII, os conhecimentos em ginecologia diferenciavam-se em torno da teoria e da prática. Enquanto os primeiros eram do domínio masculino, os segundos eram do domínio feminino (Galeotti, 2007:29). Todo o processo que envolvia a gestação, o parto ou uma eventual interrupção da gravidez era considerado “coisas de mulheres”, tal como a menstruação e a amenorreia. E assim permaneceu, até ao momento em que na continuidade das descobertas científicas do século XVII, nomeadamente no campo da fecundação e do desenvolvimento embrionário, passou a ser possível começar a perscrutar o que se passava no ventre de uma mulher (Galeotti, 2007:31), mostrando-se pela primeira vez o feto. E com os progressos, em especial no campo anatómico e cirúrgico, a obstetrícia recebe um forte impulso na legitimação científica do seu campo específico de ação, que proporcionou a entrada, com autoridade, dos homens na assistência ao parto.

A partir do século XVIII, o poder sobre o parto passa gradualmente das mãos das mulheres para a dos homens, enquanto a gravidez perde o seu carácter unitário, visto que o feto deixa de ser uma parte do corpo da mulher «*mulieris portio vel viscerum*»¹³(Galeotti, 2007:25) para passar a ser uma entidade autónoma, que existe em si mesma (Galeotti, 2007:81). Nesta continuidade, a perspetiva social sobre as práticas abortivas altera-se, estas passam a ser percebidas como uma questão pública do interesse da sociedade, em geral, e dos médicos e do Estado, em particular. O que irá concorrer fortemente para a sua

¹³ Uma expressão de um jurista romano (Ulpiano).

criminalização ou ilegalização a partir do século XIX. Assim, na construção do fenómeno do aborto como um problema social no Ocidente, a primeira baliza temporal a ter em conta é a de 1700.

Quanto ao lugar que o aborto foi ocupando no sistema de regulação da fecundidade, importa, pois, perceber como terá evoluído o recurso à sua prática. Partindo do princípio, tal como afirma A. McLaren (1997:288), que as mulheres não querem o aborto, mas precisam dele, a pergunta primeira que se coloca é: porque é que no Ocidente, antes do final do século XVIII, uma mulher necessitaria de optar pela interrupção de uma gravidez?

Perante o ostracismo social de que terá sido alvo a sexualidade ativa no feminino fora do casamento e, por aí, a maternidade celibatária, não será descabido colocar-se a hipótese de que até ao século XIX, o recurso às práticas abortivas terá sido fortemente considerado por mulheres solteiras (incluindo as consagradas) e viúvas caso se encontrassem grávidas. Bem como, por mulheres casadas, caso se confrontassem com uma gravidez no âmbito de um relacionamento sexual extraconjugal. Sem esquecer, claro, todas as mulheres que, de algum modo, tinham como fonte de rendimento e estatuto a prática sexual (concubinas e prostitutas). O que está de acordo com o facto de as práticas abortivas chegarem ao século XIX referenciadas de forma muito negativa, estreitamente associadas à desregulação da sexualidade feminina (celibatária e adúltera) e à prostituição e concubinação (Van Walle, 1998:278; Galeotti, 2007:32).

Ao tratar-se de uma prática de restrição dos nascimentos que intervém após a concepção, a indução do aborto teria o infanticídio e o abandono de crianças como práticas fortemente concorrentes. Contudo, em situações em que se impunha a necessidade de a mulher, uma vez grávida, não querer ou não poder levar a gravidez até ao fim, esta prática não tinha concorrência.

É claro que o facto de se tratar de uma prática que até ao século XIX, implicava fortes riscos para a saúde e vida da mulher (Van Walle, 1998:287), terá sempre pesado no recurso que as mulheres faziam dela. No entanto, se olharmos para o nosso passado recente, verificamos que os elevados riscos a que o aborto induzido esteve associado na clandestinidade, ao longo de grande parte do século XX, nunca demoveu as mulheres de recorrer à sua prática. Provando que tal sempre dependeu mais da necessidade de o fazer do que do nível dos riscos envolvidos.

Sabendo que o recurso às práticas abortivas terá sido potencialmente efetivo no âmbito da atividade sexual fora do contexto conjugal, arriscamos a afirmar que até ao século XIX, o seu impacto na fecundidade ilegítima não terá sido negligenciável. O que nos leva a questionar sobre o seu impacto na fecundidade legítima.

Até ao século XIX, a regulação da fecundidade dentro do casamento prende-se sobretudo com objetivos procriadores, num mundo onde a criança assume um valor

trabalho, patrimonial e dinástico. Aqui não pode deixar-se de considerar a hipótese da existência de diferenciações, que se prenderiam com objetivos e estratégias procriadoras próprias de cada classe social. Objetivos e estratégias que também se diferenciariam em função do contexto rural ou urbano.

O problema é que relativamente ao passado das sociedades ocidentais, também é difícil encontrar informação sobre a forma como viviam e pensavam as classes sociais mais desfavorecidas, onde se enquadrava a maior parte da população. As vozes que até hoje nos chegaram falam sobretudo dos modos de vida das elites (Veney,1992:177)

De qualquer modo, sabe-se que ter filhos era importante para todas as classes sociais e que o valor de uma mulher se media não só pela sua virgindade pré-matrimonial e fidelidade conjugal, como pela sua fertilidade dentro do casamento (nas classes sociais mais desfavorecidas, a capacidade de trabalho no feminino também era importante) (Mclaren,1997:33). Se a primeira (virgindade pré-matrimonial) e a segunda (fidelidade conjugal) podiam ser asseguradas com a imposição de uma idade muito jovem no casamento (Bernos *et.al*,1991:28) para as mulheres, e/ou pela imposição de grandes restrições à sexualidade feminina fora do casamento. A terceira (fecundidade) era mais difícil de garantir em sociedades onde a carreira procriadora de uma mulher tinha grandes probabilidades de decorrer em torno de um número elevado de perdas fetais, ou de frequentes períodos de amenorreia e de ser interrompida, antes dos 30 anos, pela esterilidade ou pela morte. A todas estas condicionantes da capacidade procriadora no feminino podemos adicionar o facto de estarmos a falar de um mundo onde tanto era fácil morrer de parto como era extremamente fácil morrer em criança.

O cruzamento entre uma mortalidade materna e uma mortalidade infantil em níveis muito elevados, não podia concorrer para a existência de alguma forma de planeamento familiar ou da generalização de uma mentalidade preventiva de âmbito contraceptivo (Galeotti, 2007:32). No entanto, isto não quer dizer que os indivíduos não interviessem no sentido de controlar a sua fecundidade sobretudo com recurso a estratégias corretivas.

Dentro do casamento, a necessidade de espaçar os nascimentos não seria rara (Mclaren,1997:62), sendo algo que poderia ser feito por via da abstinência associada ou não à prática do prolongamento do aleitamento materno. Relativamente a esta última prática, e como já foi referido anteriormente, sabe-se que, sobretudo as mulheres das elites das sociedades ocidentais nunca foram muito adeptas. Deste modo, é muito possível que de forma a espaçar nascimentos também se recorresse a métodos que não permitiam o seguimento da gravidez após a concepção, ou seja, aos procedimentos abortivos.

O predomínio das referências que são feitas tanto ao infanticídio como ao abandono de crianças, aponta para a forte possibilidade de estas não terem sido apenas práticas associadas à regulação da fecundidade fora do casamento (Flandrin,1981:180). Em

sociedades onde o valor social e familiar do recém-nascido era muito relativo, não será descabido colocar a hipótese de que a criança, recém-nascida ou não, que soçobrasse fosse “eliminada” por via sobretudo de uma voluntária negligência ou do abandono (Flandrin,1981:172-179).

De qualquer modo, existem indícios que apontam para a existência, no passado do Ocidente, de grupos da população que no âmbito dos casais instituídos, recorriam as estratégias de regulação da fecundidade que visavam a limitação da sua descendência.

«Atualmente toda a Grécia está submetida a uma taxa de natalidade baixa e a um declínio generalizado da população (...) embora não tenha havido guerras contínuas nem epidemias. Assim, se alguém nos aconselhasse a interrogar os deuses sobre isto e descobríssemos o que devíamos dizer ou fazer para aumentar de número e tornar as nossas cidades mais populosas, não pareceria tal coisa absurda, sendo evidente a causa do mal e estando o remédio nas nossas mãos? Com efeito, dado que os homens haviam caído em tal estado de arrogância, avareza e indolência que não tinham desejos de casar ou, se casavam, de criar os filhos que lhes nascessem, ou, quando muito, em regra, um ou dois deles, por forma a deixarem estes na abundância e a educá-los para dissiparem os seus bens, o mal cresceu rápida e insensivelmente» (Políbio Cit. McLaren, 1997: 19-20). Quem assim se lamentava dá conta de uma sociedade onde, de algum modo, se limitou de forma consciente o número de filhos. Uma sociedade onde não seria estranho encontrar quem afirmasse viver numa *«época em que até mesmo um filho é considerado um fardo»* (Plínio, o Jovem Cit McLaren,1997:61).

Os dois testemunhos que acima se transcrevem encontram-se em sintonia, apesar de se referirem a sociedades diferentes (o primeiro é grego o segundo é romano). Ambos têm algo de próximo com a contemporaneidade, contudo, ambos são produzidos por indivíduos que viveram numa época tão distante da nossa que a denominamos de Antiguidade. O estranho é que essa época não está afastada da nossa apenas pelo tempo, mas também pelas suas características demográficas. É certo que o tópico da baixa natalidade é comum, mas as semelhanças ficam-se por aí.

Tanto a sociedade grega como a sociedade romana antigas eram marcadas por uma esperança de vida muito baixa, para ambos sexos, e por uma mortalidade infantil elevadíssima (Bernos *et.al*,1991,41). Sociedades onde as mulheres casavam efetivamente em idades muito jovens, mas também, por isso mesmo, acabavam sujeitas a frequentes perdas fetais (Veney, 1992:187) e a uma morte precoce por via dos elevados riscos associados ao processo de gravidez e parto. Estamos, pois, perante populações marcadas por uma dinâmica demográfica que só podia concorrer para que elas se assumissem como fortemente pro-natalistas.

Com efeito, o referido tamanho pequeno das famílias, tanto das elites gregas como das elites romanas terá sido fortemente tributário do comportamento da mortalidade por idades e sexos que, nos tempos maus, numa alternância entre a guerra, a fome e as epidemias, chegava mesmo a varrer gerações inteiras. Conquanto, ao que tudo indica, tanto na sociedade grega (Moreau,1949:610-13) como na romana (Bernes *et.al*,1991,41), sobretudo essas mesmas elites, a dado momento recorreram a estratégias que visaram conscientemente, reduzir a prole. E se importa perceber porque o fizeram não é menos importante perceber como o fizeram, na medida em que apenas detinham procedimentos contraceptivos marcados por uma reduzida eficácia e de cujo acervo não fazia parte o recurso frequente ao coito interrompido, pelo menos na sua versão masculina (Bernes *et.al*, 1991:42; Van de Walle,2005:2).

1.1.1 A moral dos deveres do cidadão e os interesses do pai

Segundo a informação que chegou até à contemporaneidade sobre o modo de vida das populações da antiguidade ocidental, num dado momento da sua história, as classes mais elevadas das sociedades grega e romana começaram a achar que o seu sistema familiar só podia funcionar de acordo com o seu modo de vida civilizado, abastado e urbanizado se houvesse filhos legítimos, mas não demasiados (Mclaren,1997:60). Como as suas mulheres eram levadas a casar em idades precoces (Bernes *et.al*, 1991:28), de modo a garantirem o domínio masculino e, uma vez mães, preferiam não amamentar (Bernes *et.al*, 1991:33), o seu sistema de regulação da fecundidade era algo desprovido de defesas “naturais” contra a concepção. O que, de certo modo, remete para a procura de formas para regular de modo artificial a procriação. Uma procura que está de acordo com a racionalidade com que estas duas sociedades tratavam os assuntos do corpo, em geral, e da procriação em particular.

Embora, na Antiguidade, se discutisse muito qual o papel das mulheres e dos homens na concepção, não se encontra alusão a qualquer noção de intervenção sobrenatural nesse processo (Mclaren,1997:30). A procriação apresentava-se como um fenómeno intrigante, mas não era encarada como um mistério, era tratada como um desafio colocado pela natureza que podia, até certo ponto, ser compreendido e controlado (Mclaren,1997:30-31). Deste modo, à partida, nem os gregos nem os romanos antigos encaravam a vinda de um filho como uma inevitabilidade.

Com o forte impacto da mortalidade materna e infantil, o mais provável é que adotassem estratégias de regulação da fecundidade que lhes permitissem o espaçamento dos nascimentos, ou a interrupção das gravidezes quando se revelassem inconvenientes ou perigosas (Mclaren,1997:62).

Relativamente ao espaçamento, como não podiam contar com os efeitos de um eventual prolongamento do aleitamento materno, o recurso à abstinência sexual é uma

hipótese a considerar. Tanto mais que se tratava de uma prática algo bem vista pela cultura médica grega (que também era seguida pelos romanos) na sua versão masculina. Aquela defendia que, se em termos da saúde feminina, era aconselhável uma frequente prática sexual em torno do coito heterossexual (Mclaren,1997:31), em termos de saúde masculina, já era aconselhável alguma parcimónia ou alguma regra, pois o excesso sexual esgotava o homem (Mclaren,1997:33). De facto, os primeiros cristãos cujos preceitos ideológicos se sustentaram, em parte, nos valores estoicos elegem a continência ou a castidade como a base de uma nova ética sexual (Le Goff,1992: 195-96).

De qualquer modo, tanto o homem grego como o romano podiam abster-se de ter sexo com a sua esposa legítima pois tinham acesso a várias possibilidades em termos de sexualidade extraconjugal, como as relações homossexuais, com elevada tolerância, em especial, na sociedade grega, ou as relações com meretrizes e concubinas, para já não falar, da óbvia possibilidade de poder utilizar sexualmente os escravos de ambos os sexos (Bernes *et.al*, 1991:28-29). Não será descabida a hipótese de que esta evidente tolerância da sexualidade extraconjugal no masculino, centrada em práticas de carácter acentuadamente infértil, tenha funcionado como um forte elemento regulador da fecundidade no âmbito destas sociedades da antiguidade ocidental.

Aliás importa referir aqui a existente falta de evidência face à prática do coito interrompido no masculino, enquanto no feminino é claro (Van de Walle,2005:2). Tal como a indicação de vários tipos de métodos oclusivos que poderiam ser coadjuvados pelo recurso a procedimentos abortivos, nomeadamente beberagens. Nestas sociedades as práticas abortivas e as práticas contraceptivas confundem-se e fazem parte do mesmo contínuo de estratégias de regulação da fecundidade no feminino.

Em termos de estratégias tendencialmente mais masculinas, o abandono apresentase como uma das formas mais recorrentes para a eliminação dos filhos não desejados. Um recém-nascido só era reconhecido pelo pai quando este o apanhava do chão onde a parteira o colocava imediatamente a seguir ao parto (Mclaren,1997:62). Era este o ritual que ditava o seu acolhimento na família ou o seu abandono. Tanto o pai grego como o romano tinham o direito de abandonar o recém-nascido que não queriam. A criança era entendida como um produto da natureza cuja vinda só era aceite por vontade expressa do pai (Veney,1978:47).

Sejam quais forem os números envolvidos, nestas sociedades mediterrânicas, a tolerância pública face à prática do abandono remete para o inquestionável poder do pai tanto na sociedade grega como romana e para o valor que a criança aí assumia (Crahay,1941:10). Um valor que estava longe de se definir pelos afetos e que se prendia sobretudo com os interesses patrimoniais e estatutários. O que também está de acordo com a grande importância que a paternidade social assume nestas sociedades, ou a prevalência

dos laços de eleição sobre os laços de sangue, paralelamente ao insignificante valor social e familiar do recém-nascido (Veyne, 1978:36).

Era relativamente comum adotar alguém já adulto (Veyne, 1978:36), num mundo onde o património passava de pai para filho varão e a existência deste não era segura por via de uma mortalidade muito elevada. Todavia, esta prática complementar servia muitas vezes para deserdar os filhos legítimos (Veyne, 1978:36).

Apesar das mulheres viúvas e solteiras terem o direito de abandonar os recém-nascidos que não queriam, no âmbito das concepções indesejadas, seria mais do interesse feminino recorrer a procedimentos abortivos (Mclaren, 1997:64). Mas seriam sobretudo as mulheres que não podiam levar uma gravidez a termo, as que inevitavelmente teriam que recorrer ao aborto, por mais perigos (físicos e sociais) que este implicasse. Convém referir que, contrariamente ao que muitas vezes se pensa, o aborto não era uma prática bem vista socialmente, sobretudo na sociedade romana, sendo punível por lei desde que tivesse sido efetuado sem a autorização do homem pai (Galeotti, 2007: 35). Estreitamente associado à decadência dos costumes e alvo de sanções por atentado à ordem familiar e social, era considerada uma prática de inaceitável autonomia feminina (Galeotti, 2007:42-43).

Num mundo onde existia um número elevado de meretrizes e concubinas, não será estranho pensar que ao nível da regulação da fecundidade as mulheres terão tido um papel mais determinante fora do que dentro do casamento (Flandrin, 1981:159). Todavia, mesmo que o recurso aos procedimentos abortivos e contraceptivos tenha sido comum às mulheres, dentro e fora do casamento, terá sido a regulação no masculino que determinou a limitação da prole dentro do casamento.

Não subscrevemos a posição de que a indução do aborto terá determinado, tanto na sociedade grega como na romana, a ocorrência histórica da queda da natalidade na Antiguidade. E não porque consideremos pouco provável a frequência da sua prática, mas por se tratar de um recurso eminentemente feminino. É a sua forte pertença ao universo sexual-reprodutor das mulheres que nos leva a duvidar que os procedimentos abortivos, por si só, pudessem ter tido a capacidade de determinar os níveis da fecundidade em sociedades onde era a vontade masculina que prevalecia ao nível político, económico, social e familiar. Na verdade, os homens terão contado com a cumplicidade ativa das mulheres nas estratégias que visaram a restrição do número de filhos legítimos. No entanto, a fecundidade decaiu na antiguidade do Ocidente por vontade masculina, para servir objetivos masculinos e por intermédio sobretudo da ação masculina. Logo, terá que ter sido com recurso a métodos controlados sobretudo pelos homens que se restringiu o número de filhos dentro da família das elites gregas e romanas.

Como existem poucas referências à prática do coito interrompido, resta o recurso frequente à abstinência no âmbito da sexualidade marital em estreita associação com um

recurso aberto e plenamente ativo no masculino a uma sexualidade extraconjugal de fruição e acentuadamente infértil. Esta última dimensão remete não só para a existência de uma vontade de limitar a fecundidade, mas sobretudo para a existência de fatores que concorrem para a restrição do efeito procriador da sexualidade dentro e fora do casamento (Mclaren,1997:21).

Apesar da sexualidade e o prazer físico serem valores positivos nas sociedades do Ocidente antigo, a partir do século I e II da nossa era, antes da difusão do cristianismo, dá-se conta da existência, entre alguns romanos das elites, do cultivo da prática de um certo «puritanismo da virilidade» (Le Goff,1992:191).

De facto, com o estoicismo, a abstinência ou a continência, deixa de ser apenas um procedimento para regular a fecundidade, passando a ser um comportamento valorizado enquanto tradução de uma capacidade de autocontrolo individual sobre os desejos ou os apetites do corpo (Veyne,1978:49), Esta filosofia que pregava a autonomia moral, ou a condução do indivíduo de acordo com a sua própria razão, surge, a dado momento, estreitamente associada à emergência de uma nova moral do casamento, distanciando-se, cada vez mais, dos seus preceitos iniciais (Veney,1992:187).

Debaixo do Império Romano, a maior parte da população vivia em regime de concubinato, o casamento era um ato informal e privado que, no entanto, só era permitido aos indivíduos livres e, entre estes, eram sobretudo os que tinham património que optavam por se casar (Veney,1992:178). Uma opção à qual foi dada, gradualmente na sociedade romana, uma função racional apresentando-a como um dever dos cidadãos. Isto de modo a procriar os filhos legítimos que perpetuassem o corpo cívico ou o núcleo dos cidadãos (Veney,1992:179). Assim o afirma um censor, por volta do ano 100 antes da nossa era, perante a assembleia de cidadãos «*Só um motivo nos leva ao casamento – o civismo*»¹⁴.

No entanto, apesar de se constituir como um dos deveres do cidadão, o casamento não deixa de ser uma opção a tomar ou rejeitar (Veney,1992: 182). Este ato não é, pois, o eixo de uma vida, mas uma das numerosas decisões dinásticas que um senhor não pode deixar de tomar. A mulher aqui não é entendida como a companheira, mas apenas como o objeto de uma das opções do cidadão (Veney,1992: 182). Contudo, apesar de ser uma subalterna e uma menor, esta mulher detém a liberdade de se divorciar quando quiser (Veney,1992: 179). A este direito não é estranho o facto de ela ter um dote e fortuna pessoal que não transmite ao marido (Veney,1992:183).

Em relação ao casamento a moral distingue dois planos: o estrito dever de executar uma tarefa bem definida (ter filhos e dirigir a vida doméstica) e um plano facultativo ou um mérito suplementar de formar um casal unido (Veney,1992:184). Exalta-se o entendimento

¹⁴ Cit in Veney (1992), 182.

mútuo onde ele existe, mas não se apresenta tal entendimento como uma norma cuja efetivação é pressuposta pelo casamento (Veney,1992:185). Mas a partir de um dado momento esse mérito suplementar começa a tornar-se num dever rigoroso a que todos se devem resignar. Esta mutação da moral conjugal começa a ter visibilidade durante o século I da nossa era e apesar de surgir algo associada ao estoicismo, teve muitos outros defensores entre as elites romanas.

Com efeito, torna-se difícil saber se os militantes do estoicismo divulgaram uma nova moral de origem doutrinal, ou se terão ajustado às suas teorias uma nova moral que estava a nascer (Veney, 1992:181). Aliás, o mesmo se poderá dizer sobre o cristianismo. O estoicismo foi vítima do seu sucesso no seio dos letrados ricos e poderosos, transformando-se numa versão douta da moral vigente e afastando-se, assim, cada vez mais, do tempo em que os seus seguidores criticavam as instituições políticas e familiares e especulavam sobre o desejo de beleza e o amor dos rapazes (Veney,1992:187). Mas independentemente deste conformismo voluntarista em que se foi tornando o estoicismo, existia uma afinidade mais autêntica entre esta filosofia que pregava a autarcia individual e a nova moral conjugal.

Com efeito, o conformismo estoico vai recuperar a instituição matrimonial em todo o seu rigor, tornando-a mesmo penosa, impondo aos esposos que controlem os seus mais pequenos gestos e que, antes de cederem ao desejo, verifiquem se está bem fundamentado na sua razão. (Veney,1992:188). Ambos os cônjuges são entendidos como agentes morais sob um contrato de mútuo acordo, o adultério do marido será considerado tão grave como o da mulher, contrariamente à velha moral que consagrava o privilégio dos machos (Veney,1992:188). E já que o casamento se define por uma relação de amizade, os esposos só devem relacionar-se sexualmente para ter filhos, assim como não se devem acariciar demasiado. «*Não é necessário tratar a mulher como se ela fosse uma vulgar amante*»¹⁵, assim afirma Séneca. Uma afirmação que será retomada e aprovada pelos primeiros cristãos na pessoa de S. Jerónimo¹⁶ (Veney,1992:188).

É, pois, nos preceitos do estoicismo da antiguidade tardia que o cristianismo irá inicialmente articular-se ideologicamente, enfatizando o valor da continência sexual, da castidade e da virgindade, elegendo o sexo dentro do casamento como uma inevitabilidade controlável. Algo que alguns já faziam com o objetivo de controlar o número de filhos legítimos, sem dispensar a sua dimensão de fruição lúdica. Só que agora deverá ser feito de modo a disciplinar o desejo e isto já com a condenação de uma sexualidade não procriadora e extraconjugal publicamente ativa (Bernes *et.al* 1991:45). E mais, para conter a sexualidade dentro do casamento, é preciso que este se reforce institucionalmente,

¹⁵ Cit in Veney,1992:188

¹⁶ «O adúltero é igualmente o mais ardente apaixonado da sua mulher» (Le Gof, 1992:200).

generalizando-se a toda a população, e se torne indissolúvel, banindo o divórcio (Bernes *et.al*,1991:55) e valorizando a legitimidade da prole. Será este o objetivo que o Cristianismo perseguirá a partir do século III da nossa era.

1.1.2 A moral cristã e a imposição da instituição matrimonial

A antiguidade tardia, no âmbito da moral conjugal e sexual, surge algo marcada pela brecha que se abriu entre uma moral dos deveres matrimoniais e uma moral interiorizada do casal. Sendo que esta última, sob influência estoica, a partir do ano 100 da nossa era, é comum tanto ao paganismo como ao cristianismo. (Veney,1992:189). Contudo, e tal como refere Paul Veney (1992:189), uma moral não se reduz àquilo que ela ordena que se faça. Pagãos e cristãos, num dado momento, disseram: “não façam sexo a não ser dentro do casamento e só para procriar”. Uma ordem que não tem as mesmas consequências, quando é feita por uma doutrina de sagesa – que pretende transmitir orientações a indivíduos livres que as poderão seguir, se de tal se sentirem convictos – ou quando é feita por uma Igreja todopoderosa, que pretende orientar as consciências para a sua salvação no Além, impondo a sua lei a todos sem exceção, convictos ou não.

De facto, o cristianismo partiu de uma tendência minoritária no seio das classes dominantes, aristocráticas e /ou urbanas e transformou-a num comportamento “normal” das maiorias, fornecendo aos novos comportamentos um também novo enquadramento conceptual (vocabulário, definições, classificações, oposições), bem como um controlo social e ideológico rigoroso, exercido pela Igreja e pelo poder laico ao seu serviço. (Le Goff, 1992:192).

Não se tem certezas sobre os motivos que poderão ter atraído os romanos pagãos para a continência sexual e a limitação da sexualidade ao enquadramento conjugal, bem como para a condenação do aborto, da “paixão amorosa” e da bissexualidade (Le Goff, 1992:192). Mas a esses possíveis motivos, os cristãos acrescentaram um próprio que está de acordo com a época conturbada, marcada pelo desmantelamento do império, em que surgem estas mudanças, o da aproximação do fim do mundo. E é nessa realidade que a nova moral de pendor cristão emerge em estreita relação com a exigência da pureza, tal como diz S. Paulo: «*Isto, porém, vos digo, irmãos: o tempo foge. Que, de futuro, os que têm mulher vivam como se não a tivessem*» (cit Le Goff, 1992:192).

Deste modo, e segundo Jacques Le Goff (1992:198), a nova ética sexual cristã nada mais é que a forma mais espetacular e mais difundida de um tema estoico, a rejeição do prazer. Quem diz a rejeição do prazer diz a rejeição da separação entre sexualidade e procriação. Aliás uma separação que sobretudo a elites sociais urbanas da antiguidade, já tinham concretizado, dentro do casamento, com evidentes indícios de sucesso. Como afirma Le Goff (1992:198), com o cristianismo o Ocidente entra na era do refluxo que, contudo, é

colocado em causa por dois acontecimentos documentados historicamente. Acontecimentos que traduzem a existência de alguma capacidade, por parte de algumas elites sociais, de produção de outras alternativas no âmbito das relações sexuais entre homens e mulheres¹⁷. Alternativas que remetem de uma forma mais clara e numa lógica de confronto, no caso do Catarismo, e de uma forma mais velada e subliminar, no caso do Amor-Paixão, para a possibilidade de um usufruto sexual extraconjugal sem procriar (Almeida,1996:29).

À medida que o cristianismo triunfa no Ocidente, o casamento institucionaliza-se, primeiro abrindo-se como um direito de todos e depois impondo-se como uma obrigação central no percurso de vida de cada um. Neste processo, o casamento não só se reforça como instituição reguladora da fecundidade como também da sexualidade. Na medida em que diversos interditos são impostos à sexualidade conjugal. E estes terão, segundo Jean-Louis Flandrin (1983), marcado a vida sexual de muitos casais devotos. Este autor através de uma análise do potencial do calendário subjacente à imposição dos interditos (em torno de períodos sagrados - quaresma e outras festas religiosas; períodos de impureza da mulher - regras, gravidez e pós-parto) concluiu que a ocorrência das relações sexuais entre os esposos cumpridores terá sido submetida a um ritmo fortemente restritivo em torno de períodos de abstinência obrigatória. O que terá tido alguma repercussão sobre a demografia, as relações entre homens e mulheres e as mentalidades.

O agravamento da instituição matrimonial implicou que para além da abstinência ou continência sexual, todos os procedimentos de regulação da fecundidade passassem a ser alvo de condenação, com especial ênfase os associados às mulheres, o aborto e a contraceção (Loute,1975:18). Isto na medida em que passam a estar fortemente conotados com a desregulação da sexualidade feminina (adúltera e celibatária), por via da sexualidade não procriadora ou da atividade sexual com objetivos apenas de fruição. Uma atividade que o cristianismo passa a denominar depreciativamente *fornicação* (Le Goff, 1992:193). No mesmo sentido, o desejo sexual também surge associado ao termo *concupiscência*.

¹⁷ Pela forma direta com que confrontou a moral sexual cristã, num momento em que a Igreja não só detinha um grande poder espiritual como um grande poder temporal, valeu ao Catarismo um fim dramático no âmbito de uma cruzada (Cruzada Albigense) que lhe foi lançada pelo Papa Inocêncio III (Bernos *et.al*,1991 137-38). Quanto ao amor-paixão, pela utilidade que teve na prática, foi-lhe dada a possibilidade de florir e ter consequências na introdução do sentimento amoroso nas relações entre homens e mulheres no Ocidente. Com efeito, os códigos de vassalagem do amigo à dama, serviu simultaneamente os interesses clientelistas dos senhores feudais, por forma a manter sobre o seu domínio a reserva de força militar juvenil dos deserdados das grandes famílias, como ofereceu um escape, através da espiritualização do amor pela dama, à tensão sexual dessa juventude impedida de casar por motivos patrimoniais e de linhagem (Duby,1992:237).

Os procedimentos contraceptivos e abortivos tendem a surgir gradualmente mais definidos como práticas que remetem para conhecimentos proibidos e perigosos, classificados entre os *venenum* e associados ao *maleficio* e à feitiçaria (Galeotti, 2007:59;64). Apesar de os tratados de medicina gregos e romanos terem sido copiados e traduzidos, poucos eram aqueles que os conseguiam ler. Contudo, os casos continuaram a acontecer e a ser alvo de análise por parte dos doutores da igreja. A polémica que envolveu o aborto ao longo dos séculos de cristianismo é bem sintomática de que as mulheres não desistiram de recorrer aos procedimentos abortivos sempre que necessário e que, sobretudo, continuaram a necessitar de interromper uma gravidez.

Com o argumento do respeito pela vida desde o momento da conceção e do respeito pelo ato de dar a vida, o cristianismo condena, juntamente com o infanticídio, o aborto e a contraceção. Esta última, inicialmente, foi considerada uma violação da santidade do casamento, enquanto o aborto, tal como o infanticídio, violava a santidade da vida. Todavia, esta diferença de âmbitos tendia frequentemente a esbater-se, equiparando o efeito da contraceção à de um aborto no início de uma gravidez (Galeotti, 2007:62-63).

Os indivíduos livres deixam de ter o direito de autodeterminarem, fosse por que razão fosse, a sua procriação, entregando o curso desta à vontade de Deus ou da natureza. Contudo, pela forma como os primeiros Padres e os Doutores da Igreja, que se lhe seguem, combateram o recurso aos procedimentos abortivos, percebe-se o quanto esta prática, tal como o infanticídio e a exposição de crianças, estava enraizada nos costumes.

De facto, a indução do aborto nunca deixou de ser um tema em discussão no interior da Igreja, tardando em séculos a definição de um consenso. Os concílios do século IV, o de Elvira (ano 305) e o de Ancyra (ano 314), ambos determinaram a punição da excomunhão para quem recorresse ao aborto, equiparando este a um homicídio voluntário. Todavia, o concílio de Ancyra atenua a medida determinada pelo anterior: «*Au sujet des femmes que se prostituent, et qui tuent leur progéniture, ou qui cherchent à la faire avorter, une loi précédent les excommuniait jusqu'à la fin de leur vie. Nous trouvons plus humain, de les soumettre à 10 ans de pénitence*» (cit in Riquet, 1949: 618).

Da observação do excerto anterior também se percebe o quanto a prática do aborto era entendida como estando associada sobretudo à sexualidade feminina fora do casamento. O que poderá não estar muito longe da realidade da época, pois com o cristianismo agravaram-se as sanções sociais face à maternidade celibatária. Enquanto, dentro do casamento, a pressão para reduzir o número de filhos diluiu-se debaixo de uma sociedade que se ruralizou e perdeu os estratos sociais ligados a uma vida marcadamente urbanita. E as preocupações de linhagem e de aliança, da nova aristocracia guerreira e feudal, foram evoluindo sem preocupações com a quantidade da prole, a não ser quando o fantasma da esterilidade se anunciava.

No entanto, se atendermos ao facto de que a indução do aborto sempre foi um procedimento no feminino, cujo recurso sempre visou os interesses e necessidades de uma mulher no âmbito da gestão individual da sua fecundidade, não podemos deixar de considerar a hipótese de que mesmo durante a Idade Média, houve mulheres que recorreram ao aborto dentro do casamento. Para além das situações que envolviam os casos de adultério, de referir que este, no feminino, tornou-se alvo de sanções terríveis, temos sempre que considerar a questão do espaçamento dos nascimentos.

O espaçamento dos nascimentos mantém-se como uma preocupação para as mulheres dentro do casamento, por uma questão de sobrevivência não só dos recém-nascidos como da sua própria. Disso dá conta também o dilema que recorrentemente os prelados desfaziam, reforçando sempre a posição negativa da Igreja face à continência sexual durante o período do pós-parto ou do aleitamento (Mclaren, 1997:186). E aqui percebe-se não só o quanto as mulheres estavam entregues a elas próprias no que se refere à sobrevivência dos seus bebés, como as limitações de uma autoproclamada doutrina do respeito pela vida. Dado que era do conhecimento comum que ao dar prioridade, no pós-parto, ao prosseguimento do comércio sexual entre os esposos, se estava a arriscar a vida do recém-nascido e da mãe.

São, pois, as contradições de uma doutrina que se impôs inicialmente pela exacerbação da virgindade e da castidade, mesmo dentro do casamento, e que ao longo da Idade Média, determina, por via da imposição do *debitum* conjugal (Flandrin,1982:104-105), a obrigatoriedade da prática sexual dentro do casamento, considerando como argumento válido para anular um matrimónio, a não consumação sexual (Darmon,1992:253) e a esterilidade da mulher.

Uma doutrina que apesar de, a dado ponto, apresentar como possível uma sociedade de homens castos (a sociedade dos clérigos) (Le Goff, 1992: 205), depois subentende a existência da compulsividade sexual, sobretudo no masculino, acabando a defender a necessidade da existência da prostituição (Almeida,1996:26), tal como a antiga moral pagã o fazia, para manter a salvo as filhas e as mulheres de família. Bem como a demover as mulheres de reclamarem o direito, dentro do casamento, à recusa do ato sexual, fosse por que razão fosse. Isto paralelamente ao facto de, durante toda a Idade Média, ter definido a mulher não só como perigosa sexualmente, como sendo ela a origem de todas as tentações que desregulavam a sexualidade masculina (Duby,1992:235).

Finalmente, apresenta, e diríamos de forma revolucionária, o culto mariano ou a conceção da imaculada Virgem Maria, a mãe de Jesus Cristo, com o qual concetualiza uma imagem positiva no feminino. Paralelamente a esta recuperação do valor no feminino, a Igreja dividiu as mulheres entre aquelas que se mantinham conforme a natureza casta de um ser feminino e aquelas que desreguladamente se recusavam a fazê-lo (Maclaren,

1997:128). As primeiras eram as virgens, consagradas ou não, e as mulheres que, dentro do casamento, cumpriam com a sua obrigação de boas mães e esposas e que se mantinham sexualmente fiéis ao seu marido. As segundas eram todas as que eram ativas sexualmente fora do casamento e as adúlteras.

Se é verdade que o cristianismo perseguiu a sexualidade que tinha por objetivo apenas o prazer, isso é sobretudo verdade no que se refere à sexualidade feminina (Duby, 1992:235). Pelo que não será de todo descabido colocar a hipótese de que a indução do aborto, mesmo que tenha conhecido um recuo na sua frequência, por via de uma clara condenação e de um acentuado obscurantismo que dominava as questões da sexualidade e da fecundidade (Mclaren, 1997:115-16), manteve-se como uma prática recorrente para um número considerável de mulheres, tanto dentro como fora do casamento. Disso dá prova toda a controvérsia teológica que persistiu em torno da definição de um enquadramento punitivo do recurso à prática do aborto (Riquet, 1949:618).

De facto, mesmo quando o mundo maioritariamente pagão dos primeiros cristãos já se havia diluído num mundo onde o cristianismo era cada vez mais triunfante, a discussão dentro da Igreja, em torno da prática do aborto persistia. Uma dupla questão colocava-se: a partir de que momento a alma se encontrava no produto da concepção? Poderia continuar a assumir-se com a mesma gravidade de um homicídio voluntário, o caso em que um aborto ocorria durante o período em que o feto ainda não era detentor de alma? (Riquet, 1949:620).

Mais uma vez, através da evolução dos conteúdos que marcavam a discussão da questão do aborto no interior da Igreja, pode-se perceber não só que era uma prática com que a Igreja estava recorrentemente confrontada, mas também a forma como essa prática era considerada pelos costumes da época.

Relativamente ao dilema teológico, que tinha origem na teoria da geração de Aristóteles¹⁸, ele também remetia para o facto de grande parte das mulheres considerar que a indução do aborto só era pecado depois de sentirem os primeiros movimentos do feto (ou o *kicking*)¹⁹. Quanto aos métodos que empregavam para o induzir, eles estão expostos na célebre Bula *Effraenatam* do Papa Sisto V, de 29 de Outubro de 1588, em que se excomungava, sem sombra de dúvida, todos aqueles que por eles mesmos ou por interpostas pessoas, tivessem provocado a expulsão de um feto antes da maturidade, quer ele já fosse detentor ou não de uma alma ou de uma forma, quer tivesse sido por intermédio de golpes, de venenos, de substâncias medicinais, de poções ou por imposição de trabalhos pesados (Riquet, 1949:620).

¹⁸ Aristóteles defendia que a animação não se dava no momento da concepção, ocorrendo no caso de um feto masculino, após 40 dias e, no caso de um feto feminino, após 80 dias (Galeotti, 2007:63).

¹⁹ Esta ainda era a argumentação de muitas mulheres europeias no século XX (Mclaren, 1997:258).

Percebe-se aqui que a indução do aborto por método instrumental ou mecânico, aquele que implicava maior risco para a mulher, não era comum. O que contraria a argumentação de Van Walle (1998:287), quando este afirma que antes do século XIX, o recurso ao aborto induzido seria raro, dado o elevado risco que integrava para a saúde e vida das mulheres, não passando, por isso, de uma prática de mulheres desesperadas. De facto, o risco estava sempre presente e era real, mas os métodos mais perigosos eram evitados pela maioria das mulheres que abortavam (Fine, 1986:132). A estes só recorriam em desespero, quando todos os outros falhavam.

No âmbito dos métodos tradicionais, os mais recorrentes eram as beberagens à base de ervas e substâncias emenagogas e as cataplasmas de mostarda bem como os banhos quentes ou gelados (Fine,1986:132). Perante a hemorragia que invariavelmente se seguia era difícil provar se derivava de um aborto ou de um problema menstrual. De facto, será com a difusão dos novos métodos instrumentais que a prática passar a ser mais fácil de identificar pelas autoridades e, por aí, punir (Fine, 1986:133).

Com o cristianismo o interesse pelo feto é introduzido na questão do aborto muito antes de 1700. Na tradição clássica era o interesse do pai, da família, do Estado, ocasionalmente da mulher, mas nunca o do nascituro (Galeotti, 2007:50). Ao longo de séculos, a condenação cristã manteve-se definida em torno da equiparação do aborto a um homicídio pela supressão de uma vida. A controvérsia e as dúvidas estiveram sempre centradas na definição do momento a partir do qual se deveria considerar a existência de um ser humano. Ou seja, do momento a partir do qual se daria a animação ou a infusão da alma por Deus (Galeotti, 2007:51).

Apesar do poder temporal que a Igreja assumiu durante séculos na Europa, para a autoridade civil o aborto manteve-se entendido, sobretudo, como uma potencial lesão dos direitos do pai e do Estado (Galeotti, 2007:68). Quanto às questões levantadas pela Igreja em torno da animação da alma, elas eram tendencialmente remetidas para o âmbito metafísico, permanecendo a visão unitária da gravidez e o domínio feminino sobre o nascituro. No século XIV, um célebre juriconsulto afirma que o momento da animação devia ser estabelecido pela ciência, antecipando o que viria a causar a efetiva mudança (Galeotti, 2007:67).

Em suma, depois de um período em que o discurso dos homens da Igreja oscila entre a dupla preocupação de não infligir uma pena a quem não cometeu um crime qualificado e de proteger a vida de um ser humano mesmo embrionário, a partir do século

XVIII²⁰, a posição da Igreja apresenta-se consensual em considerar que a *animação* se confunde com a concepção (Riquet, 1949:621). Uma posição corroborada pelos novos saberes técnicos e científicos sobre fecundação e embriologia, que irá contaminar a posição dos Estados laicos quando também estes começam a legislar para punir a prática do aborto.

A Igreja após alguns séculos, conseguiu impor o seu modelo de casamento, monogâmico e indissolúvel como a instituição reguladora da fecundidade no Ocidente (Le Goff,1992:205). A imposição da coleira matrimonial foi acompanhada, sobretudo a partir do século XVI, pela condenação da concubinação e a desvalorização social da bastardia, paralelamente ao enfatizar da condição de legitimidade dos filhos (Flandrin,1991:195). Por isso e por se tornar também o lugar da sexualidade, esta instituição elevada à condição de sacramento, torna-se uma etapa central na vida de todos os leigos (Le Goff,1992:205). A Igreja encerra a sociedade laica dentro do casamento e gradualmente, o acesso ao estado de casado é determinado para a maior parte da população do Ocidente, vivendo em contexto rural, por mecanismos sujeitos a um controlo não só familiar como comunitário. Mecanismos que visavam sobretudo que os casamentos estivessem economicamente assegurados (Levine, 1977:11; Burguière,1972: 1134).

A injunção medieval «*sem terra não há casamento*» (cit in McLaren, 1997: 160) traduz a prudência com que os homens e mulheres comuns abordavam o casamento e a fecundidade dentro do casamento, sendo que este se assume, cada vez mais, como a fundação de uma célula familiar dependente de si própria²¹. O que se traduz, na Europa Ocidental, a partir do século XVI, no gradual adiamento na idade ao casamento, ao qual se associa o aumento do número de celibatários e o baixo volume da ilegitimidade (Flandrin, 1991: 197-201). Celebrado cedo nos tempos bons e adiado nos tempos difíceis, o casamento apresenta-se, pois, em estreita associação com a imposição da castidade pré-matrimonial, como o principal meio de controlar a fecundidade na Europa pré-industrial (Burguière,1972: 1133). É nesta continuidade que Pierre Chaunu (cit in Dupaquier, 1986:5) apelidou o casamento tardio arma contraceptiva da Europa clássica.

É também a partir do século XVI que apesar de a Igreja se manter no controlo da moralidade conjugal, ela começa a ser substituída, no policiamento dos casais e da sexualidade, pelo Estado. Este orienta-se pelo mesmo sentido de um reforço da disciplina sexual, começando por criminalizar o infanticídio e o aborto (McLaren, 1997:159), e associando estas práticas sobretudo às mulheres solteiras que não respeitavam a imposição

²⁰ A 4 de março de 1679 com a bula pontifícia de Inocêncio XI a Igreja afirma que o nascituro é pessoa desde o momento da concepção, decisão que será consagrada de forma precisa por Bento XV em 1917 (Riquet, 1949:621).

²¹ A este propósito André Burguière (1972: 1135) refere a passagem progressiva, a partir do século XVI, de um casamento aliança para um casamento estabelecimento.

moral da virgindade pré-matrimonial no feminino²². Continuava a ser mais a preocupação, herdada do cristianismo, com o desregramento sexual no feminino do que a preocupação com o destino da criança por nascer, que determinava a perseguição às práticas abortivas. Contudo, as mulheres casadas surgem, gradualmente, também referenciadas pela lei a estas práticas. Com efeito, parteiras, médicos, boticários ou farmacêuticos são instigados pelas medidas legais a manterem-se em alerta face às mulheres, casadas ou não, que solicitavam remédios para provocar o mês-truo (Mclaren, 1997:179-180).

1.1.3 Os casos das elites aristocráticas e burguesas

Esta associação do aborto também a mulheres casadas vai de par com a emergência de fortes indícios que apontam para a existência de uma mudança na articulação entre a sexualidade e procriação no interior do casamento. O que está de acordo com os testemunhos que, do século XVI em diante, dão conta da existência, dentro do casamento, do recurso a estratégias que visavam o usufruto da sexualidade frustrando a consequência procriadora (Vénard e Ariès, 1954).

O envolvimento de mulheres casadas, juntamente com os seus cônjuges, em práticas que visavam contrariar aquela que era a finalidade intrínseca da sexualidade conjugal, a procriação, apresentam-se de forma clara (Vénard e Ariès, 1954:688). Como práticas femininas referenciam-se poções ou venenos cuja ingestão se acreditava garantir uma momentânea esterilidade ou práticas físicas que visavam a evacuação do esperma após o ato sexual. Tal como verificámos anteriormente, estas práticas são de referência tradicional enquanto, no masculino emergem, com alguma novidade e de forma crescente, referências ao coito interrompido (Vénard e Ariès, 1954:690).

Sabe-se que a continência, imposta ou por opção, era, no âmbito de uma sociedade que continuava a ser dominada por uma regulação cristã da sexualidade, o recurso disponível para os casais quando se tratava de impedir uma gravidez. E que no âmbito desta prática, eram as mulheres as principais requerentes. Isto no sentido sobretudo de espaçar os nascimentos. A este propósito, Philippe Ariès dá conta, no século XVII, do que ele denomina «*protomalthusianisme*» essencialmente feminino (Vénard e Ariès, 1954:698).

Se é verdade que à época, sobretudo as mulheres das elites, pareciam já distinguir as práticas contraceptivas das abortivas, o medo dos partos sucessivos e o objetivo de espaçar os nascimentos era ancestralmente feminino. O que remete para a forte possibilidade de sempre ter havido um esforço consciente por parte de um número não negligenciável de mulheres, em regular a sua fecundidade não só fora como também dentro do casamento. Realidade que P. Ariès (1992:125) não valoriza, quando afirma que antes

²² Em 1556 Henrique II procurou acabar com os abortos, bem como com os infanticídios, ordenando que as mulheres solteiras declarassem publicamente as suas gravidezes. (Mclaren, 1997 :181).

dos finais século XVIII não terá havido no Ocidente, dentro do casamento, uma vontade consciente para regular a fecundidade, subscrevendo o conceito de *fecundidade natural*. Para este autor a fecundidade só deixou de ser *natural* quando o número de filhos legítimos começou a reduzir. O mesmo é afirmar que para o autor em causa, a regulação da fecundidade dentro do casamento apenas se coaduna com o objetivo primeiro de limitar o número de filhos.

De qualquer modo, existem fortes indícios de que mesmo antes do século XVIII e de Malthus, alguns grupos da população recorriam a estratégias de regulação da fecundidade conjugal com vista a restringir a sua prole. É para esta hipótese que se inclinam os resultados de estudos²³ onde, pela primeira vez, se consegue chegar, no âmbito de períodos pré-estatísticos, a dados quantitativos passíveis de serem analisados de forma sistemática. Dados que dão conta da forma como efetivamente os níveis de fecundidade se apresentavam e as oscilações que conheciam. O que poderá articular-se com a forma crescente com que a partir dos finais do século XVI emergem referências à prática masculina da retirada ou de "*effusio seminis extra vas*" (Vénard e Ariès, 1954:689).

Através da possibilidade que a análise demográfica permite perante a existência de dados quantificáveis relativamente à idade ao casamento da mulher, à data do fim da união e à data de nascimento de todos os filhos detetam-se, a partir do século XVII, grupos da população que apresentam um comportamento reprodutivo claramente diferenciado do da população em geral. É o caso das elites da nobreza francesa (Levy e Henry, 1960) e inglesa (Henry, 1965) cujo comportamento da fecundidade, desde os finais do século XVI, remete para a forte hipótese da existência do recurso, dentro do casamento, a estratégias reprodutivas que se traduzem ao nível da descendência final. E neste âmbito também se enquadra o caso da burguesia dirigente de Genebra (Henry, 1960: 373-375).

Através da evolução da idade da mulher ao nascimento do último filho, em estreita articulação com a duração do casamento²⁴, percebe-se que na passagem da segunda metade do século XVII para o início do século XVIII, a idade em que as mulheres dos grupos sociais em causa, têm o seu último filho assume uma tendência clara para baixar. Ao que

²³ Nomeadamente: Henry, Louis (1956), *Anciennes Familles Genevoises. Étude démographique: XVIe-XXe siècle*, Cahier 26, INED, Paris, PUF; Lévy, Claude e Louis Henry (1960), "Ducs et pairs sous l'Ancien Régime. Caractéristiques démographiques d'une caste", *Population*, 15 (5), pp. 807-830; Hollingsworth, T.H. (1964), "The Demography of the British Peerage", *supl. Population Studies* (18).

²⁴ Como refere Louis Henry (1965: 696) «Tant que la limitation des naissances est ignorée ou peu répandue, la fécondité légitime dépend presque uniquement de l'âge de la femme; mais quand la limitation des naissances est de pratique courante, cet âge perd beaucoup de son importance au profit de la durée de mariage. Les taux de fécondité légitime par âges sont donc mieux adaptés à la première situation et les taux par durées de mariage à la seconde».

tudo indica, estamos na presença de estratégias que visam restringir a descendência final e que acentuam continuidades ao longo do século XVIII.

Os estudos de demografia histórica para épocas recuadas são condicionados logo à partida pela inexistência de dados passíveis de uma análise demográfica. E quando existem reportam-se sobretudo às elites sociais ou a grupos muito circunscritos socialmente. No entanto, no âmbito da regulação da fecundidade, o caso da aristocracia de corte e da burguesia dirigente fundamenta de forma sólida a existência, já nos finais do século XVII, de estratégias que visavam, dentro do casamento, a limitação do número de filhos. Deixando em aberto a interrogação sobre a possibilidade de essas estratégias estarem já em prática em momentos mais recuados (Henry, 1960:374; Levy e Henry, 1960:819) e sobre que tipo de métodos envolveriam.

Em sociedades em que era aos homens que se atribuía a iniciativa sexual dentro do casamento, a limitação do número de filhos legítimos remete para um forte protagonismo masculino no âmbito da regulação da fecundidade e, por aí, para a prevalência do recurso a métodos masculinos. Segundo testemunhos da época, a continência sexual seria o método mais recorrente, favorecido pela prática dos quartos separados (Vénard e Ariès, 1954:697). Uma prática que sobretudo na aristocracia era coadjuvada pela existência de uma ativa sexualidade extraconjugal no masculino (Levy e Henry, 1960:819). Quanto à burguesia, onde, segundo Louis Henry (1960:366), se identificava uma clara resistência moral à infidelidade, bem como a práticas como o aborto, para além da continência restavam o amplexo reservado ou o coito interrompido. Sendo o primeiro de difícil concretização para um ocidental, o segundo torna-se crescentemente referenciado entre os séculos XVI e XVIII (Flandrin, 1991:208).

De facto, se ao nível das elites aristocráticas, e tal como aconteceu no Alto Império romano, deverá ter-se em conta o contributo de fatores que concorriam para a restrição da fecundidade, associados, em particular, à forma como se definia a sexualidade ativa no masculino. No caso das elites burguesas, resta equacionar um possível recurso, dentro do casamento, a estratégias contraceptivas que visariam de forma consciente a redução do número de filhos (Henry, 1960:374).

Poucas dúvidas haverão de que os europeus entendiam então a eficácia da interrupção do coito, e pelas condenações de que foi alvo a partir do século XVI, tudo leva a querer que esta prática integrava os denominados “funestos segredos” ou “abusos conjugais” (Mclaren, 175-76). Contudo, descrever a prática simplesmente como um “método masculino” pode levar a uma subvalorização do interesse ativo das mulheres em controlarem a sua fecundidade. (Mclaren, 176). Sobretudo quando se tratam de mulheres que estavam a viver uma época onde lhes era possibilitada algum protagonismo social fora do círculo doméstico.

De facto, o interesse masculino na restrição da prole, terá ido ao encontro do tradicional interesse das mulheres em evitar os partos sucessivos, pelo que terá contado com a cumplicidade feminina, mas o seu principal objetivo na redução da descendência terá sido sobretudo económico, patrimonial e estatutário e não tanto uma possível descoberta da criança ou uma possível viragem aos afetos dentro da família.

Ter filhos, como referem Bassand e Kellerhals (1975:9), prende-se fortemente com o significado ou o valor que a criança assume para a sociedade, para a família e para os indivíduos. Nesta medida, percebe-se porque terá sido no âmbito de grupos sociais onde a criança tradicionalmente não tinha ou detinha um fraco valor trabalho, que tenha emergido inicialmente uma vontade de restringir o número de nascimentos dentro do casamento. Tanto mais que se tratam de classes onde não era comum a prática do casamento tardio, sobretudo no que se refere às mulheres. Tal como se percebe que em contexto urbano essa vontade tenha sido mais precoce que em contexto rural. É nesse sentido que aponta a especificidade francesa.

1.1.4 O caso francês

No início do século XIX enquanto a taxa de reprodução caía em França, aumentava em todos os outros países europeus sob o efeito da revolução industrial e do desbloqueamento subsequente dos mecanismos reguladores da população (Bardet e Dupaquier, 1986:7) A França assumia assim uma clara precocidade na Europa ocidental no processo de alteração do sistema de regulação da fecundidade, associada a uma evidente quebra no número de nascimentos ao nível nacional²⁵, já presente ao longo do século XVIII. Convém sublinhar que, contrariamente ao que aconteceu nos outros países europeus, a baixa da fecundidade em França acompanhou e, por vezes precedeu mesmo, a queda da mortalidade (Bardet e Dupaquier,1986:7). O que coloca em causa a hipótese de uma relação de necessária causalidade entre uma mais precoce queda da mortalidade e a queda da fecundidade, tão cara aos primeiros teóricos da transição demográfica (Hodgson,1983: 8). Com efeito, é na população urbana que surgem os primeiros indícios de uma alteração nos comportamentos reprodutivos. É das classes mais altas para as classes mais baixas que esta alteração se vai instalando nas cidades, sem que a mortalidade infantil tenha descido dos elevados valores característicos da sociedade tradicional. No contexto urbano, esta elevada mortalidade infantil era também tributária do deslocamento dos recém-nascidos para as casas das

²⁵ Restreindre, à l'instar de Louis Henry et d'Ansley F. Coale, le concept d'une limitation des naissances à leur arrêt volontaire, c'est en exclure à contresens non seulement tout espacement voulu des grossesses indépendamment du nombre d'enfants déjà nés, mais aussi toute contraception extramaritale, toute stérilité convenue des mariages et toute première conception différée. (Binion,Foyer,82)

amas-de-leite, no âmbito da prática do aleitamento mercenário. Uma prática que era transversal a todas as classes sociais urbanitas. Não sendo uma prática apenas de França, a sua transversalidade social assume-se como uma especificidade francesa (Bardet e Dupaquier), que expunha a população urbana ao permanente risco de uma potencial hiperfecundidade. Pelo que não será descabida a hipótese de serem os urbanitas tradicionais, os primeiros a desenvolverem uma vontade consciente para intervir no âmbito da sexualidade conjugal, com objetivos contraceptivos, numa época em que de facto a religião enfraquecia no controlo da vida íntima dos casais, sobretudo, em contexto urbano, e em que o racionalismo das luzes deslumbrava as elites. O contágio das classes mais baixas pelas mais altas era favorecido em meio urbano pelo fraco controlo por parte da comunidade e da família alargada²⁶.

Relativamente aos métodos utilizados, foi o recurso aos métodos já existentes, pois não existe referência à introdução de novas estratégias ou metodologias contraceptivas. O que está de acordo com o que Condorcet²⁷ refere a propósito da forma como o ser humano consegue separar *«no acto que deve perpetuar a espécie, o prazer ligado a esse acto do resultado que, nas outras espécies, é a sua causa involuntária. Nem só motivos de um interesse mais elevado, mais duradouro, lhe dão a força de resistir a essa atracção; mas pode ceder-lhe e evitar as consequências»* (cit in Flandrin, 1991:239). Em causa parecem estar as técnicas que já tinham dado provas dos seus resultados, nomeadamente a continência sexual e o coito interrompido.

Com efeito, a abstinência ou a continência sexual surge como a maneira mais simples de impedir os nascimentos. Tanto na Europa protestante como católica, o ato sexual continuava a ser evitado em certas alturas dos calendários litúrgico e agrícola. Em

²⁶ En outre, la pratique des «funestes secrets»³⁰ se manifeste par la combinaison d'une contraception d'arrêt et d'espacement, l'âge à la dernière maternité passant de 39 ans au début du XVIIIe siècle à près de 36 ans à la fin de l'Ancien Régime et les intervalles entre naissances, qui restent assez brefs à cause de la mise en nourrice de la majorité des nouveau-nés, augmentant en moyenne de 4 mois entre les dernières années du règne de Louis XIV et le début de la Révolution française (22 mois entre 1700 et 1749 et 26 mois entre 1770 et 1789) (Minvielle, 2004:278).

²⁷ Jean-Antoine Nicolas Caritat, Marquês de Condorcet (1743-1794) filósofo e revolucionário, no âmbito da Revolução Francesa, redigiu, em 1793, juntamente com Thomas Paine, um projeto de Constituição apresentado à Convenção e que seria preterido por um outro que já refletia a hegemonia dos Jacobinos, o que daria início à fase da radicalização, do sectarismo e das execuções sumárias. Antecipando-se aos acontecimentos, referir-se-ia ao projeto de Constituição aprovado como um *“meio hábil de organizar a ditadura”* (cit in Alves, 2002:9), foi então perseguido e preso, acabando por morrer, sob circunstâncias pouco claras, durante a denominada fase do Terror.

contrapartida, havia sempre a possibilidade de as mulheres, sobretudo as das classes mais favorecidas, recorrerem a desculpas para se esquivarem aos seus deveres conjugais. A este propósito, Flandrin refere a existência de uma «epidemia de enxaquecas» utilizada pelas mulheres francesas para evitarem os maridos, argumentando que ao longo do século XVIII, o direito das mulheres de se recusarem a ter relações conjugais foi cada vez mais reconhecido, mesmo pelos confessores católicos (Mclaren,173).

Esponjas e tampões eram os contraceptivos femininos mais óbvios, contudo, Flandrin não encontrou qualquer menção deles por parte dos confessores que interrogaram mulheres casadas nos séculos XVII e XVIII. Apesar da existência de alguns indícios de que estes expedientes começaram a ser adotados nos finais do século XVIII (Mclaren, 177), importa ter em conta que para ser verdadeiramente eficaz, o uso de uma esponja teria de ser seguido de duche vaginal. É certo que o uso de soluções adstringentes remonta a Sorano ou a tempos anteriores, e os Franceses parecem ter utilizado mais os duches vaginais do que os outros europeus (a invenção do bidé) (Mclaren,177). No entanto, convém não esquecer que se o uso em contexto extraconjugal de esponjas e tampões era viável pela imposição da mulher, já em contexto conjugal tinha de ser feito com o inteiro consentimento do homem.

Quanto ao preservativo masculino (*condom*) parece ter tido um papel pequeno no declínio da fecundidade francesa. Não porque a sua utilidade não fosse já apreciada: *«Agora existe um meio de se protegerem de alguma doença destruidora da espécie humana, e ao mesmo tempo de uma fecundidade involuntária (...) e tem havido grandes cuidados em impedir que este meio se divulgue e seja usado com maior segurança, mais facilidade e menos despesa (...) Assim, este meio tem sido até agora absolutamente inútil para a espécie humana porque continua a ser pouco conhecido, porque muito poucos homens o encontram à mão de maneira a poderem usá-lo, porque, mesmo com o preço aumentado pelo preconceito, a dificuldade da execução para os fabricantes pouco hábeis que consentiam encarregar-se desse trabalho, levou mesmo a que se empregassem substâncias que o tornavam muito menos seguro²⁸»* (Condorcet cit in Flandrin,1991:239-240). Logo não será descabido que os autores mesmo sem provas, a não ser as referências crescentes, apontem, juntamente com a continência sexual, o coito interrompido como o principal método eleito ao longo do século XVIII, em França, tanto em contexto urbano como rural.

Apesar de existirem indícios localizados de alguma mudança nos comportamentos reprodutivos em contexto rural, estes só assumem uma clara evidência, quer em intensidade

²⁸ Só a partir de 1844, ano em que o conhecimento do processo de vulcanização da borracha, foi tornado possível adquirir, a partir da década de 50, preservativos de borracha a preços mais acessíveis (Mclaren, 1997).

quer em abrangência territorial, após a revolução de 1779. Esta forte associação entre a ocorrência da Revolução Francesa e o acentuar da queda da natalidade da população francesa, remete para a interferência de uma forte componente cultural ao nível da mudança da reprodução não só dentro do casamento como fora dele. O que de certo modo está de acordo com o facto de a alteração no comportamento da fecundidade não ter sido obrigatoriamente precedida por uma alteração no comportamento da mortalidade.

Ao mesmo tempo que o casamento tardio deixa de ser a arma contraceptiva da sociedade francesa²⁹, e passa a ser dentro do casamento que se começa a controlar a fecundidade legítima, os nascimentos fora do casamento aumentam. Facto que remete para a hipótese de não se estar só perante uma revolução ao nível dos comportamentos reprodutivos, mas também dos comportamentos sexuais, o que reforça a possibilidade da forte interferência de alterações culturais na base não só da precocidade como da especificidade do caso francês. O que posteriormente acontecerá pela Europa prender-se-á sobretudo pela passagem de uma sociedade predominantemente rural e agrária para uma sociedade predominantemente urbana, centrada na produção de bens de consumo e serviços. Enquanto em França foi a passagem de uma sociedade de privilégios para uma sociedade de supostos direitos iguais para todos os cidadãos que determinou as grandes mudanças sociais. Uma diferenciação que determina a forma como se opõem as visões de Condorcet³⁰ e de Malthus³¹ sobre a necessária regulação da fecundidade em estreita relação com o progresso das sociedades humanas. Sendo que ambas são condicionadas pelos grandes ajustes sociais, culturais e económicos que acompanharam a evolução das sociedades de transição onde eles viveram.

Ao mesmo tempo que realça a crueldade e a violência de que se revestem os mecanismos reguladores da Natureza, Condorcet defende de forma clara o recurso à função reguladora dos comportamentos voluntariamente contraceptivos (Flandrin, 1991:239). Para ele era inaceitável que o equilíbrio demográfico fosse alcançado à custa da morte dos filhos excedentes. É nesta medida que ousa, no final do século XVIII, defender o controlo dos nascimentos, articulando a difusão desse comportamento com a responsabilidade que os indivíduos deviam ter face ao bem-estar da sua prole: «*Se eles têm obrigações para com*

²⁹ Após a revolução a idade ao casamento das mulheres sobe.

³⁰ Em 1794, o Marquês de Condorcet escreveu o livro “Esboço de um quadro histórico dos progressos do espírito humano”, obra cujos conteúdos seriam alvo de uma análise crítica por parte de Malthus, em 1798, no âmbito da primeira edição do seu Ensaio sobre o Princípio da População.

³¹ Thomas Robert Malthus (1766-1834) publicou em 1798 o polémico “*Essay On The Principle of Population As It Affects The Future Improvement Of Society With Remarks On The Speculations Of Mr. Godwin, M. Condorcet And Other Writers*”. Esta obra conheceria várias edições, no âmbito das quais, Malthus foi sempre produzindo ajustes à sua teoria inicial.

seres que não existem ainda, elas não consistem em dar-lhes a existência, mas a felicidade; elas têm por objeto o bem-estar geral da espécie humana ou da sociedade na qual eles vivem, da família à qual estão ligados, e não a pueril ideia de sobrecarregar a terra com seres inúteis e infelizes.» (cit in Alves,2002:16). Nesta continuidade, para Condorcet, filósofo iluminista, que acreditava na evolução da humanidade no sentido da perfeição, um crescimento populacional acima do nível das subsistências não era, pois, compatível com a decisão racional dos seres humanos. É neste sentido que apresenta como tendências futuras a descida da mortalidade³² e da fecundidade (Alves, 2002:16) Uma visão marcada pelo otimismo, que Malthus contesta em 1798, contrapondo, uma perspectiva sobre a evolução do desenvolvimento socioeconómico largamente determinada por uma acentuada visão biologista e mecanicista da reprodução.

1.1.5 A moral restraint malthusiana e o cálculo preventivo

De facto, Thomas Malthus, na primeira edição do seu *Ensaio sobre o Principio da População*, começa por colocar em causa a vantagem dos grandes números no que se refere à população, demonstrando que perante a divergência entre o ritmo de reprodução da população (crescendo em progressão geométrica) e o ritmo da produção das subsistências (crescendo em progressão aritmética), à qual ele associava inexoravelmente um desequilíbrio entre população e recursos, a viabilidade das sociedades humanas na terra implicava um necessário travão no crescimento populacional (Malthus,1999:28). Malthus contrariava assim a tradicional perspectiva populacionista, traduzindo os receios da sociedade do seu tempo, a mãos com fortes indícios da ocorrência de uma pleora populacional de pobres ou indigentes, entre os quais se contava um elevado número de crianças (Ariès, 1992: 139)

Com efeito, a Inglaterra conheceu um crescimento populacional, sobretudo a partir de 1750, provocado em grande parte pela proletarização da mão-de-obra rural e artesã (Levine, 1977: 5). O crescimento da industrialização agrícola e doméstica no século XVIII,

³² «Sente-se que os progressos da medicina preventiva, tornados mais eficazes por aqueles da razão e da ordem social, a longo prazo devem fazer desaparecer as moléstias transmissíveis ou contagiosas, estas doenças gerais que devem sua origem aos climas, aos alimentos, à natureza dos trabalhos. Não seria difícil provar que essa esperança deve estender-se a quase todas as outras moléstias, das quais é verossímil que um dia se saberá reconhecer as causas distantes (...) Sem dúvida o homem não se tornará imortal, mas a distância entre o momento em que ele começa a viver e a época comum em que naturalmente, sem doença, sem acidente, ele sente a dificuldade de ser, não pode crescer sem cessar? Com efeito, essa duração média da vida, que deve aumentar sem cessar na medida em que mergulhamos no futuro, pode receber acréscimos segundo uma lei tal que ela se aproxime continuamente de uma extensão ilimitada, sem poder alcança-la jamais.» (cit in Alves, 2002: 15-16).

criou uma procura de mão-de-obra (também feminina e infantil) a troco da oferta de salários que criaram a possibilidade da realização de casamentos precoces (Levine, 1977:11). No entanto, do mesmo modo como a prosperidade do mercado patrocinava os casamentos precoces, um balanço económico descendente³³, ao tornar tais uniões impossíveis, concorria para engrossar a ilegitimidade. O que está de acordo, em parte, com o aumento das taxas de ilegitimidade no século XVIII. Um aumento que não se devia tanto à promiscuidade ou à relaxação dos costumes de que eram acusadas as classes mais baixas, mas sobretudo à frustração, pelo transtorno económico, das tentativas de casamento precoce (Levine, 1977:12). Paralelamente, a fecundidade da Europa do século XVIII revelava clivagens culturais e de classes patentes. A proletarização fez subir a fecundidade dos trabalhadores ligados à indústria, tanto em Inglaterra como em França, tal como a «refeudalização» na Europa oriental, enquanto os camponeses e a burguesia em França adotaram o controlo da fecundidade (Mclaren, 1997:166).

A verdadeira importância destas alterações no comportamento da fecundidade, quer para baixo quer para cima, é a forma como indicavam não só que ter filhos não era algo imutável (Mclaren, 1997:164), como também estava estreitamente articulado com a forma como a economia evoluía a nível local, nacional e internacional (Levine, 1977:15). É esta relação entre economia e reprodução, que Malthus integra na equação demográfica definida pela sua teoria. Uma teoria onde a regulação do crescimento populacional surge, à partida, como dependendo apenas da gestão que os indivíduos fazem da consequência procriadora da sua sexualidade.

Com efeito, apesar de ter dado realce na primeira edição do seu ensaio a uma perspetiva biológica e mecanicista da procriação, Malthus defendia que, contrariamente aos animais e às plantas, o ser humano, como ser detentor da razão, tinha capacidade, de forma individual, para prever as consequências do seu efeito procriador e, por aí, de o controlar de forma racional (Malthus, 1999:33). Deste modo, ele transferia a responsabilidade face à procriação, de uma ordem natural para os comportamentos individuais, isentando, deste modo, também a ordem social. É neste sentido que ele apresenta, de forma mais consistente, a partir da segunda edição do seu ensaio³⁴, no âmbito de um travão preventivo ao crescimento populacional, a capacidade de os indivíduos determinarem o momento do início da sua carreira procriadora. Isto através de um comportamento consciente e voluntário aplicado à gestão do seu momento de casar e, por aí, de procriar (Malthus, 1999:48-49).

³³ Nesta fase de um capitalismo nascente, os salários não eram determinados pelas flutuações dos preços locais, mas por referência a um valor nacional e internacional assumido pela produção no âmbito de uma «extralocal economy» (Levine, 1977: 14).

³⁴ O Ensaio de Malthus conheceu 6 edições em vida e uma póstuma, no âmbito das quais, foram introduzidos, por Malthus, ajustes sucessivos à sua teoria da população inicial (Charbit, 1998:114).

Malthus remete assim para a introdução da noção de cálculo na reprodução por referência à determinação das condições que garantam a subsistência de uma família.

Malthus dá conta do quanto a prática do adiamento do momento de casar, como forma de evitar a aflição de não ter condições para garantir a subsistência de uma família, já estava instituída na sociedade do seu tempo de forma transversal a todas as classes sociais³⁵, com exceção das classes que ele denomina de mais baixas (Malthus, 1999:48). Estas últimas são por isso devastadas por níveis elevados de mortalidade, por via da miséria e da fome, remetendo para o efeito do travão que se exerce não de forma preventiva, mas sim positiva, na restrição de um aumento da população já iniciado.

Em síntese, para Malthus, a sustentabilidade de uma sociedade humana implicava um necessário controlo do seu crescimento populacional. Este podia efetivar-se de forma positiva através da mortalidade derivada da miséria, da fome, das epidemias e das guerras, ou de forma preventiva, através de estratégias individuais de gestão racional aplicadas ao cálculo do momento mais certo para procriar. Ambos os tipos de travões operavam na sociedade do seu tempo. Uma sociedade que em termos populacionais se encontrava sob o efeito da justaposição de uma dinâmica rural com uma dinâmica urbana, subjacente ao processo de transição de uma economia predominantemente agrária para uma economia predominantemente industrial.

Se relativamente ao travão positivo tudo parecia esclarecer-se em torno da associação entre a irresponsabilidade individual face à procriação e o poder inevitável da lei natural, o travão preventivo levantava uma série de questões, onde a moral, o social e a economia se confundiam.

No âmbito da alteração dos comportamentos individuais face à procriação, Malthus apresenta o receio da fome e da miséria como a razão primeira que, contudo, não se assumia como suficiente para uma grande parte da população e também não justificava o que já ocorria ao nível de algumas classes sociais mais favorecidas do seu tempo (Malthus, 1999: 33-34). Nestas últimas, o recurso a estratégias que visavam a limitação da prole não tinha, à partida, como motivação o receio de não conseguir garantir as condições mais básicas da subsistência. Com efeito, o que movia estas classes sociais era a manutenção

³⁵ Com a prática do casamento tardio articula-se a prática de sair de casa jovem para ir trabalhar noutra lar. Esta última prática não se restringia apenas às classes com menos recursos. Ser mandado para servir como doméstico ou aprendiz era uma característica fundamental do ciclo de vida da família ocidental, especialmente na Grã-Bretanha e na Escandinávia, que teve um impacto óbvio na fecundidade. O estágio serviçal do ciclo de vida era uma espécie de estratégia de planeamento familiar *ex post facto* (Kussmaul, 1981: 26) ao adiar os casamentos, e por consequência, os nascimentos, possibilitava um equilíbrio entre a oferta e a procura de trabalho de uma comunidade.

do património e do estatuto social e, por aí, do seu estilo de vida (Malthus,1999:48-49). Motivações que, na passagem para uma sociedade cada vez mais industrializada, mais urbanizada e mais secularizada, se apresentavam como potencialmente generalizáveis a toda a população (Rutherford, 2007:59).

No contexto dos processos de desenvolvimento económico, com a implicada introdução de alterações ao nível das formas das subsistências, ou do tipo de bens considerados indispensáveis, a relação entre a população e as subsistências surge também determinada tendencialmente pelas aspirações a melhores condições de vida e a um estatuto social mais elevado, consubstanciadas no acesso gradual e generalizado a bens ou práticas de consumo que garantem a satisfação de necessidades cada vez mais distanciadas das implicadas no nível básico da subsistência humana (Rutherford, 2007:8). Deste modo, não só a produção das subsistências pode ser alterada em volume e natureza, como a fecundidade não é a variável independente que Malthus apresenta na primeira edição do seu ensaio, surgindo também fortemente determinada pela economia (Rutherford, 2007:18-23). Nesta continuidade, assume cada vez mais pertinência social e política a questão dos meios possíveis a que os indivíduos podem recorrer para controlarem a sua fecundidade.

Apesar de dar conta da existência de outros meios para prevenir o efeito da procriação, como clérigo e defensor de uma política demográfica e económica consubstanciada num processo de desenvolvimento impulsionado pelo espírito de sacrifício e pelo sentido de uma autodisciplina reguladora, Malthus só podia concordar com os que não frustrassem a consequência procriadora da paixão entre os sexos. Deste modo, considerou, a partir da segunda edição do seu ensaio, apenas como moralmente viável, a denominada *moral restraint*. Esta consistia na manutenção da estrita continência sexual pré-conjugal associada ao adiamento até ao momento do casamento, até reunir as condições materiais para garantir o sustento de uma família. De facto, tal como ele dá conta, trata-se de uma prática recorrente no seu tempo, contudo, ele apresenta-a como uma prática mais consciente e voluntária, tributária de um sentido individual de autodisciplina, do que imposta. É aí que inova, na forma como transfere para os comportamentos individuais a responsabilidade face aos níveis de fecundidade. É verdade que iliba a sociedade do seu tempo face à miséria das famílias pobres com muitos filhos, contudo, no fundo já está a ilibar uma sociedade cujos mecanismos de restrição da fecundidade estavam a entrar em falência.

O controlo social da sexualidade dos mais novos e das mulheres, próprio a uma sociedade rural desaparece com o desenvolvimento industrial e o deslocamento de largas fatias de população jovem do meio rural para o urbano (Levine,1977:11). Sem o controlo comunitário e familiar dá-se a emergência de casais de concubinos instáveis muito prolíferos

(proletariado) (Ariès, 1992: 139). Enquanto na fase inicial, a revolução industrial absorve, sem escrúpulos, a mão-de-obra feminina e infantil, dando continuidade ao valor trabalho da criança, mantendo-o como não negligenciável para a família e a sociedade. Na fase seguinte, quando a indústria começa a dispensar mão-de-obra feminina e infantil, o número de filhos passa a apresentar-se como um problema também e sobretudo para o proletariado (Levine,1977:12). O que remete para uma emergência social da necessidade de uma generalização de uma mentalidade preventiva, em especial, ao nível das classes urbanas menos favorecidas. O reconhecimento e a demonstração desta necessidade, sob uma perspectiva económica e política, associou de forma permanente Malthus, que segundo alguns autores seria tendencialmente populacionista (Charbit,1998:127-128), e o seu Princípio da População, ao debate público e político que se lhe seguiu sobre os métodos e estratégias de restrição do número de filhos, bem como sobre os seus efeitos demográficos e socioeconómicos.

Na verdade, Platão já tinha considerado como relevante o controlo do número de nascimentos no âmbito da articulação entre economia e demografia (Moreau, 1949: 603-04), e as elites urbanas da Roma antiga já haviam demonstrado preocupações com a descendência no âmbito da gestão patrimonial e estatutária. Contudo, após a implantação do cristianismo no Ocidente, só se voltam a encontrar referências a esta economia reprodutiva a partir do final do século XVI, princípios do século XVII, articulando-se posteriormente, no século XVIII, com a emergência da “população” como um problema económico e político. Uma emergência que Foucault (1994:29) considera uma das grandes novidades nas técnicas de poder.

Ao longo do século XVIII, aos olhos dos seus governantes, os súbitos e o povo vão-se transformando numa “população” cujas dinâmicas são passíveis de serem entendidas através dos seus fenómenos específicos e variáveis próprias (Foucault,1994: 29). Sob esta perspectiva, os comportamentos como a natalidade, a mortalidade, a fecundidade, as doenças, as práticas alimentares e as formas de habitat, assumem uma forte dimensão política. Todavia, a questão central do problema económico e político da população é a forma como se reproduz e, por aí, o sexo. Neste sentido, passam a assumir especial interesse político as análises desenvolvidas em torno das taxas de natalidade, das idades ao casamento, da fecundidade legítima e ilegítima, da precocidade e da frequência das relações sexuais, da maneira de as tornar fecundas ou estéreis, do efeito do celibato ou das interdições no acesso ao casamento, da incidência das práticas contraceptivas ou dos «funestos segredos» (Foucault, 1994: 29). É a primeira vez que o comportamento sexual da população é tomado ao mesmo tempo como objeto de análise e alvo de intervenção política (Foucault,1994:30).

Através da economia política da população passa-se das teses maciçamente populacionistas da época mercantilista para as tentativas de regulação mais específica e calculada, que oscilarão ao longo do século XIX e grande parte do século XX, consoante os objetivos e as prioridades políticas, numa direção natalista ou anti-natalista (Foucault,1994:30). Paralelamente, o controlo da população pelo Estado tende a exercer-se sobretudo pela mediação de um corpo de especialistas, cujo poder social e político se vai consubstanciando com o desenvolvimento que o saber técnico e científico conhece dos finais do século XVII em diante. Relativamente ao controlo das práticas abortivas, assumem especial protagonismo, os médicos e os demógrafos, na medida em que cada nascimento ou não nascimento é um evento politicamente relevante, pois cada vida é um bem precioso, assumindo-se, por aí, a tutela da saúde do indivíduo como um interesse público (Galeotti, 2007: 93).

O recém-nascido e, ainda antes dele, o feto tornam-se relevantes para a sociedade e para o Estado por integrar o potencial cidadão (Galeotti, 2007: 93). Os dados sobre a mortalidade intrauterina, perinatal e puerperal são divulgados como dramas nacionais, levando a uma concentração institucional na má gestão da gravidez e do parto. Paralelamente, a maternidade como destino natural da mulher agrava-se após a Revolução Francesa, defendida com base em provas e formulações científicas e promovida em articulação com a inevitabilidade biológica do amor materno (Galeotti, 2007: 94-95).

Em síntese, na continuidade do desenvolvimento técnico e científico iniciado no século XVII, os médicos começam a apropriar-se do controlo do processo de gravidez e parto. Este é transferido do controlo feminino para o masculino, pela desvalorização difamatória da função de parteira (Galeotti,2007:95-96) e pela secundarização da participação e das decisões das mulheres relativamente à gravidez e parto (Galeotti,95 101).

Como foi referido anteriormente, é por via da possibilidade de visualizar o feto que a gravidez perde o seu carácter unitário redefinindo-se como uma relação entre duas entidades distintas: a gestante e o nascituro (Galeotti, 2007:23). Uma relação que na eventualidade de um aborto se assume sob uma lógica conflitual de interesses, sobretudo quando se trata de decidir entre o bem-estar do feto ou o da mãe. Uma decisão que na continuidade do agravamento da preocupação com o controlo dos quantitativos populacionais, num sentido marcadamente natalista, se concentra, a seguir à Revolução Francesa, na salvaguarda primeira dos interesses do feto, entendido aqui como um potencial cidadão (Galeotti, 2007:23). Deste modo, e no âmbito de uma perspetiva que encara a maternidade e o amor maternal como vocação natural no feminino (Galeotti, 2007:94-95), o aborto surge como um ato antinatural e até patológico, que constitui também um crime para a sociedade e para o Estado, e logo deve ser punido (Le Naour e Valenti, 2002:13). A esta construção do aborto como um problema social, também não foi alheio o

crescente número de mulheres casadas envolvidas no recurso à interrupção da gravidez, em paralelo com o declínio da fecundidade que começava a generalizar-se de forma evidente pelos territórios europeus.

1.2 A SITUAÇÃO APÓS 1800

A partir da década de 1870, assume visibilidade o decréscimo, mesmo que a ritmos diferenciados, dos níveis de fecundidade dos países da Europa ocidental. Um decréscimo que se traduz na redução drástica do número de famílias numerosas, na clara redução das descendências finais e na diminuição contínua das idades das mães no último nascimento (Festy, 1979:168-170). Esta alteração no comportamento da fecundidade, ao ser acompanhada por um claro recuo da mortalidade (Festy, 1979:163) e por uma certa estabilidade por parte das taxas de nupcialidade (Mclaren, 1997:202), remete para a existência dentro do casamento, de procedimentos que visavam, de forma voluntária e consciente, a limitação do número de filhos (Festy, 1979:168).

Em termos de regulação da fecundidade, a partir da segunda metade do século XIX, com o enfraquecimento da gestão familiar e comunitária, paralelamente à consolidação da industrialização e da urbanização, gradualmente passa a caber aos indivíduos regular, dentro do casamento, a sua própria fecundidade. Esta responsabilização individual pela procriação, defendida por Malthus e seus seguidores, implica uma procura dentro do casamento de estratégias que permitam controlar o efeito procriador da sexualidade. É nesta continuidade, que o recurso à indução do aborto emerge, a partir do final do século XIX, também fortemente associado às mulheres casadas (Le Naour e Valenti, 2002:84).

Como o casamento não só se mantém como fortalece a sua qualidade de instituição reguladora da fecundidade, a gravidez que ocorre fora do contexto matrimonial permanece na vida de uma mulher um episódio fortemente associado ao recurso a práticas corretivas e por aí, à indução do aborto (Le Naour e Valenti, 2002:84;149). A grande mudança é mesmo aquela que envolve a gravidez dentro do casamento ou a que poderemos denominar de “gravidez legítima”, na medida em que a ocorrência desta passa a estar sujeita à pressão que vai crescendo dentro da instituição matrimonial de ter apenas os filhos que se querem. E essa vontade, mesmo com a hostilidade natalista e moral da profissão médica, da religião (das Igrejas) e do Estado, é dirigida, ao longo de todo o século XIX e primeira metade do século XX, tendencialmente para a limitação da prole (Mclaren, 1997:234). O mesmo é dizer para a limitação das concepções dentro do casamento.

Contudo, a vontade ou o desejo de limitar o número de filhos não é suficiente para que efetivamente a fecundidade dentro do casamento decaia em estreita relação com a redução efetiva do número de episódios de gravidez, é necessário que existam meios que o

viabilizem. E estes têm ainda que ser acessíveis e fáceis de utilizar por todos os indivíduos, independentemente da classe social e do estado civil, porque só assim a restrição dos nascimentos se pode generalizar a toda a sociedade.

1.2.1 A relevância política do controlo dos nascimentos

Com efeito, na continuidade da posição de Malthus e no âmbito dos denominados movimentos neomalthusianos, é transversal a grande parte do século XIX e inícios do século XX, a discussão pública sobre a temática do controlo da natalidade e a consequente divulgação de diferentes métodos que o possibilitam (Le Naour e Valenti, 2002 :38-39). Estes são propagandeados como meios que permitem às mulheres e aos homens ter relações sexuais sem o receio de procriar. É nesta afirmação frontal e pública da dissociação entre procriação e sexualidade, onde segundo os conservadores moralistas e a Igreja se fundia o vício e o pecado, que se encontra o fundamento mais revolucionário do neomalthusianismo (Le Naour e Valenti, 2002 :39).

O movimento neomalthusiano tem a sua origem em Inglaterra, em 1822, no entanto, só se consubstancia estruturalmente no final da década de 1870, no âmbito da Liga Malthusiana sob a liderança dos irmãos George e Charles Drysdale (Le Naour e Valenti, 2002 :39). A partir desse momento são criadas um pouco por toda a parte, ligas nacionais malthusianas. Em França viria a destacar-se a *Liga da Regeneração Humana*, fundada em 1896 pelo anarquista mação Paul Robin, que imprimiria no movimento malthusiano uma forte vocação política e social através do envolvimento ideológico da questão do controlo dos nascimentos na luta contra o capitalismo (Freire e Lousada, 1982: 1368).

Apela-se à redução dos nascimentos nas classes sociais mais desfavorecidas e, em particular, no proletariado, como meio para estabelecer um equilíbrio entre capital e trabalho mais favorável à classe operária e, por aí, reduzir a miséria e a pobreza não só social como moral (Galeotti, 2007: 115). Ao modelo burguês de uma gestão familiar saudável e racional da prole, os neomalthusianos opõem uma doutrina revolucionária que faz da limitação dos nascimentos uma arma contra a sociedade capitalista (Le Naour e Valenti, 2002 :39). Uma arma que eles também posicionavam fortemente nas mãos das mulheres.

A maternidade consciente e controlada reforçava a dignidade da mulher, enfraquecida pelas gravidezes sucessivas, e, por aí, suprimia a prostituição originada pela miséria e a luxúria burguesa. Simultaneamente também privava o Estado “de carne para canhão” e o capital de excesso de força de trabalho, levando à manutenção da paz e à revalorização dos salários (Le Naour e Valenti, 2002 :40). Assim se resumiam os objetivos perseguidos pelo movimento neomalthusiano, onde também se acabariam por encaixar os da limitação dos doentes e dos “tarados”, ou seja, os objetivos eugenistas (Galeotti, 2007: 115).

Longe de conhecer o rumo que a proposta de uma redução seletiva da população iria ter, por via da sua incorporação nas bases doutrinárias do fascismo e do nacional-socialismo, advogava-se um controlo dos nascimentos com fins humanitários, dado o elevado número, em particular, de sífilíticos, tuberculosos e alcoólicos. Contudo, esta proposta começaria, desde logo, a sustentar as primeiras leis em matéria de esterilização³⁶ forçada (Galeotti, 2007:115).

Defensores incansáveis de métodos e estratégias anticoncepcionais, os neomalthusianos produzem um discurso ambíguo e por vezes contraditório sobre o aborto (Le Naour e Valenti, 2002 :59). Apresentam-no como um problema, pelas consequências nefastas que implica para a saúde e vida das mulheres cuja existência se deve à reduzida oferta e utilização de anticoncepcionais eficazes. Reconhecem a necessidade da sua existência por via das falhas dos métodos contraceptivos, como uma forma de as reparar e não muito mais (Le Naour e Valenti, 2002 :60). Todavia, tal não impediu que os seus críticos e opositores natalistas e católicos, tendessem a reunir as práticas abortivas juntamente com as práticas contraceptivas debaixo do mesmo chapéu, das doravante denominadas práticas neomalthusianas.

Apesar de toda a panóplia de produtos e instrumentos que surgem a público e são colocados à venda, com o forte contributo dos ativos neomalthusianos, terá sido por meio dos procedimentos tradicionais que se definiram inicialmente as estratégias de restrição dos nascimentos dentro do casamento (Mclaren, 1997:207). Nomeadamente, a continência sexual e o prolongamento da amamentação materna, aos quais se associa o uso crescente do coito interrompido (Mclaren,1997: 210-213). Tratando-se de métodos cuja eficácia depende fortemente da experiência e empenho dos indivíduos, ao seu recurso associa-se uma elevada probabilidade de “percalços”. E perante estes, torna-se mais ou menos inevitável, debaixo de um contexto de uma crescente pressão para a limitação do número de filhos, que dentro do casamento se recorra, ao longo da segunda metade do século XIX e primeira metade do século XX, às tradicionais práticas corretivas como o infanticídio, o abandono de crianças e a indução do aborto.

1.2.2 A limitação do número de filhos dentro e fora do casamento

O infanticídio é de facto um crime com evidências nas estatísticas judiciárias dos países europeus ao longo de todo o século XIX. Trata-se de uma prática associada sobretudo a mulheres jovens, sós ou solteiras e das classes mais desfavorecidas (Lalou,1986: 182-185). O receio do estigma da maternidade celibatária e os fracos recursos económicos, aliados ao receio do despedimento, são as duas dimensões que marcam o recurso ao infanticídio, que

³⁶ Em alguns estados norte americanos no início do século e mais tarde na Suíça, Dinamarca, Suécia, Noruega e Finlândia (Galeotti, 2007:115).

se assume assim como um crime de miséria “moral” e socioeconómica (Lalou, 1986:185). Um crime que envolve sobretudo mulheres não casadas, que vivem e trabalham em contexto rural, o que coloca esta prática fora do âmbito das estratégias corretivas potencialmente adotadas dentro do casamento.

No entanto, importa referir que segundo as estatísticas judiciais, ao longo da segunda metade do século XIX, os casos de infanticídio assumem uma tendência para reduzir, acentuando-se essa diminuição na viragem para o século XX (Lalou, 1986:193). Esta transformação do infanticídio, no sentido de um crime cada vez mais marginal, remete, segundo Richard Lalou (1986:192), para várias hipóteses: uma maior tolerância social face à maternidade ilegítima; um melhor controlo da fecundidade por parte da mulher jovem, solteira e pobre, por via de procedimentos anticoncecionais ou do aborto; um crescente fortalecimento do laço afetivo entre estas mães e os seus recém-nascidos. Possivelmente, e no que se refere ao século XIX, apenas a segunda hipótese apresenta-se plausível. Relativamente à primeira parte do século XX, para além da segunda hipótese se apresentar reforçada, a terceira também ganha alguma pertinência.

Com efeito, se por um lado, a sociedade oitocentista agrava o casamento como a instituição reguladora da fecundidade, reforçando o interdito sexual fora do casamento no feminino, por outro lado, no âmbito da revolução industrial, o valor da criança apresenta-se ainda algo distante da possibilidade de se medir em termos afetivos. É neste sentido que Lalou (1986:197-198) coloca em causa a perspetiva socio-afetiva de Ariès e Shorter, no que se refere à valorização da infância ou da criança no âmbito do século XIX. Uma perspetiva que também é colocada em causa pela forte visibilidade social que o fenómeno do abandono ou da exposição de crianças teve no século XIX.

Como já foi referido anteriormente, dos finais do século XVIII à segunda metade do século XIX, o abandono de crianças surge como uma prática institucionalizada ou apadrinhada pelos Estados europeus (Sá,1992:75). A pretexto de eliminar o aborto e o infanticídio, contribuindo assim para o crescimento da população e, paralelamente, possibilitar, através do abandono anónimo, que as mulheres em falta preservassem a honra (Sá,1992:75). O abandono nas “rodas” assumiu dimensões dramáticas³⁷ em correlação com uma elevadíssima mortalidade infantil entre as crianças expostas. Realidade que terá levado à sua supressão, um pouco por toda a Europa, em torno do meio do século XIX. Os que eram contra as rodas argumentavam que estas tinham estimulado o abandono, os que eram a favor argumentavam que, após a sua desativação, o aborto e o infanticídio iriam aumentar (Le Naour e Valenti, 2002 :150-151).

³⁷ Com especial incidência na França napoleónica, em Portugal, em Espanha e nas unidades políticas da península itálica (Sá,1992:76).

Importa salientar que se no princípio das rodas estava a preocupação pelo anonimato da mulher, no seu fim está a preocupação pela salvaguarda da criança. De certo modo, é um indicador de que algo estava a mudar na forma como se encarava o recém-nascido (Passion, 1983:481) e na importância que se lhe atribuía na relação com a mulher mãe, pelo menos por parte do Estado.

Em síntese, quer o infanticídio quer o abandono de crianças foram práticas recorrentes no século XIX, contudo se a primeira envolvia sobretudo a fecundidade ilegítima a segunda, envolvia tanto a ilegítima como a legítima. Dentro do casamento houve realmente um recurso ao abandono de crianças ao longo do século XIX e não envolveu apenas as classes tradicionalmente mais desfavorecidas. Mas à medida que o século XIX se foi aproximando do fim, o número de crianças abandonadas também foi reduzindo, mesmo que nos inícios do século XX esta prática se tenha mantido visível. Esta redução está de acordo com o aumento do recurso quer aos procedimentos anticoncepcionais, quer aos procedimentos abortivos, no âmbito da regulação da fecundidade dentro do casamento paralelamente a uma gradual e generalizada valorização afetiva da infância ou da criança dentro e fora da família.

Relativamente ao recurso à indução do aborto, nos finais do século XIX são fortes os indícios do seu alargamento às mulheres casadas. No âmbito de uma tendência generalizada para a limitação do número de filhos dentro do casamento, elas acabam por estar mais expostas a uma gravidez não desejada que as mulheres solteiras. Na medida em que o casamento ainda tardará em manter-se também como a instituição reguladora da sexualidade no feminino, as solteiras do final do século XIX e inícios do século XX, estariam muito menos expostas a uma vida sexual ativa que as casadas. A entrada da gravidez não desejada dentro do casamento coloca, pois, as mulheres casadas declaradamente entre as protagonistas do recurso à indução do aborto.

Contudo, o recurso aos procedimentos abortivos chega à segunda metade do século XIX ainda tendencialmente confundido com o recurso aos procedimentos anticoncepcionais (Mclaren, 1997:213). O empenho que demonstram médicos e neomalthusianos, ao longo do século XIX e da primeira parte do século XX, na divulgação da ideia de que essas duas formas de agir sobre a consequência procriadora da sexualidade são nitidamente diferentes, prova isso mesmo. A descoberta do óvulo, em 1827, e, por aí, da concepção como um acontecimento instantâneo aquando do encontro entre aquele com o esperma, serve para que a classe médica condene a indução do aborto em qualquer estágio da gravidez, diferenciando-a claramente dos anticoncepcionais (Mclaren, 1997:214).

Todavia, para a população em geral, a linha divisória continuava a ser vaga, as beberagens e os purgantes à base de ervas e os supositórios vaginais permanecem recorrentes com o objetivo de «regularizar» as mulheres. E frequentemente os

procedimentos abortivos são considerados mais um passo no contínuo das práticas de controlo da fecundidade (Mclaren, 1997:214).

Como já foi referido, a Igreja católica secundou os médicos na campanha contra o aborto, ao adotar uma linha mais dura. Escudando-se também nas descobertas da embriologia, o Papa Pio IX, em 1869, declara que a indução do aborto merecia a excomunhão, quer tivesse tido lugar a animação quer não (Galeotti, 2007:122-123). Mas tanto a posição dos médicos como da Igreja não demoveram as mulheres que se mantiveram, ainda por muito tempo, fiéis à ideia tradicional de que até aos primeiros movimentos tinham o direito de tomar as medidas que achassem necessárias (Mclaren, 1997:215). Deste modo, e perante a necessidade crescente de recorrer a estratégias para controlar o número de nascimentos, nos finais do século XIX, a indução do aborto surge, dentro do casamento, como um recurso articulado estreitamente com o recurso a práticas anticoncepcionais. Tratando-se de um método que as mulheres controlam e perante a fraca fiabilidade dos métodos contraceptivos disponíveis, ele é entendido por muitas mulheres oitocentistas como o método para controlar a sua fecundidade. Aliás é esta qualidade de ser primariamente uma forma individual no feminino de regulação da fecundidade, que sempre esteve na base da condenação social e religiosa da indução do aborto, não sendo estranho que, ao longo do século XIX, os Estados ocidentais comecem a criar legislação contra a sua prática (Mclaren, 1997: 21).

Na verdade, mesmo entre os defensores do controlo da natalidade existia uma grande oposição aos procedimentos abortivos, alegando sobretudo tratar-se do recurso a «drogas nocivas» (Mclaren, 1997:215). Com efeito, tal como surgiram novos produtos e métodos contraceptivos, também assim aconteceu no âmbito dos procedimentos abortivos (Stengers, 1971:1124), o que também está de acordo com o crescente aumento da procura. De qualquer modo, as mulheres tentavam sempre os procedimentos tradicionais, aqueles que elas conheciam ou dominavam, e só depois procuravam outros na medida do seu desespero (Mclaren, 1997:216). O facto de ao longo do século XIX se poder dar conta de uma mudança ao nível das práticas de indução do aborto (Fine, 1986), indica não só um aumento do número de mulheres a vivenciar uma gravidez não desejada, mas também um aumento da pressão para eliminar essa gravidez ou esse “desespero”. Convém sublinhar que este desespero, no caso das mulheres solteiras, não se reduz apenas ao receio do ostracismo social a que era votada a maternidade celibatária, o receio de ser despedida assume igualmente cada vez mais importância (Le Mée, 1986:169). Este será também o maior receio por parte das mulheres casadas, que trabalham profissionalmente fora e dentro

de casa³⁸. Com efeito, independentemente do estado civil, do século XIX em diante, a mulher trabalhadora será a que mais tenderá a recorrer aos procedimentos abortivos.

A mudança a que nos referimos envolve uma passagem dos procedimentos tradicionais, autoadministrados, aos procedimentos mais instrumentais e cirúrgicos³⁹, administrados por terceiros. Trata-se de um processo no sentido da medicalização da indução do aborto, possibilitado pelos progressos técnicos derivados sobretudo do desenvolvimento da obstetrícia (Fine, 1986: 112)

Para além do exercício físico violento como saltar, correr, cavalgar, pegar em pesos, os procedimentos tradicionais envolviam três principais dimensões terapêuticas (Fine, 1986:121-130): pelo calor⁴⁰, pela sangria⁴¹ e pela ingestão⁴² de beberagens à base de ervas com qualidades emenagogas. Apesar da sangria muitas vezes implicar um profissional ligado à saúde, na verdade, durante séculos, as mulheres, no geral, não necessitaram obrigatoriamente da intervenção de nenhum terceiro para se fazer abortar ou “regularizar”.

Uma autonomia que do século XIX em diante se começa a diluir com as crescentes referências ao recurso a práticas abortivas instrumentais, com a participação ativa de terceiros. Terão sido as mulheres em contexto urbano, as primeiras a recorrer a drogas de farmacêuticos e curandeiros, como também a práticas instrumentais ou mecânicas com recurso a terceiros (Mclaren, 1997:216). Desde a primeira metade do século XIX, parece ter sido comum em França, raparigas do campo deslocarem-se às cidades para se submeterem a um aborto praticado por terceiros (Fine, 1986:112). Os terceiros aqui eram todo o tipo de profissionais ligados à saúde, onde pontuavam sobretudo as parteiras e de onde não eram excluídos os médicos. Para além dos profissionais de saúde havia ainda os denominados “curiosos e curiosas”.

Na viragem para o século XX torna-se evidente a existência de toda uma estrutura de serviços, mais ou menos clandestinos, que passou a lucrar com o negócio do aborto. Uma evidência que terá contribuído para que a prática da indução do aborto se tornasse mais facilmente criminalizável ou enquadrada judicialmente (Fine, 1986:132-133). Para esta visibilidade social do aborto as estatísticas médicas, pouco fiáveis e frequentemente empoladas, também tiveram um papel determinante (Cahen,2011:94-95).

³⁸ O caso das costureiras por exemplo.

³⁹ O aborto instrumental é realizado segundo dois métodos: perfuração do saco amniótico com ajuda de um instrumento metálico e desprendimento do embrião injetando um líquido para o interior do útero com uma seringa própria (Le Naour e Valenti, 2002:93).

⁴⁰ É através sobretudo de banhos de água quente ou aplicação de cataplasmas ou objetos quentes sobre o ventre, bem como de fumigações genitais (Le Naour e Valenti, 2002:95).

⁴¹ Feita com recurso a sanguessugas (Le Naour e Valenti, 2002:95).

⁴² Automedicação com recurso à ingestão de bebidas ou preparados com certas plantas com propriedades emenagogas tais como o absinto, sabina, arruda (Le Naour e Valenti, 2002:96).

Em suma, ao longo da primeira parte do século XX, agrava-se a dimensão clandestina e ilegal das práticas abortivas, que passam a ser cada vez mais estruturadas em função da classe social das mulheres que abortam. As intervenções mais perigosas, feitas muitas vezes por amadores em contextos escondidos, são as que estão disponíveis para as mulheres das classes mais baixas (Galeotti, 2007,117-18). As mulheres das classes altas podem pagar um serviço médico, cada vez mais seguro e, frequentemente, em contexto protegido. Os médicos ao reclamarem para si o aborto terapêutico, distinguindo-o do aborto “crime”, contribuíram, e de forma ativa, para uma diferenciação de classe no acesso aos procedimentos que viabilizam a interrupção de uma gravidez. Mas, sobretudo, introduziram uma distinção entre uma prática abortiva, que permanecerá nas mãos das mulheres e à qual se associará de forma negativa a ação das parteiras⁴³, e uma prática abortiva, que passará para as mãos dos homens-médicos e se definirá como um ato médico.

1.2.3 A medicalização e a criminalização

Efetivamente, e tal como já havíamos referido anteriormente, a partir do século XVIII, o interesse pela observação dos mistérios do corpo, reflete-se na eleição do corpo feminino ou do corpo produtor de crianças como um objeto de ciência e saberes racionais⁴⁴, por oposição aos saberes empíricos e rituais das parteiras e das “comadres” (Schlumbohm, 2002:25). Com a obstetrícia a ganhar autonomia e legitimidade científicas no âmbito das denominadas “doenças das mulheres”, transfere-se gradualmente o poder do feminino para o masculino no processo de gravidez e parto. Este deixará de ser visto como um acontecimento natural para passar a ser entendido como uma “patologia” (Galeotti, 2007:78).

⁴³ São inequívocas as transformações que ocorrem no âmbito das competências concretas e da função da simbólica da parteira. Ela passa a ser o bode expiatório das estatísticas da mortalidade associada a todo o processo de gravidez e parto por via da qualidade não reconhecida dos seus saberes empíricos e orais. Desconfia-se dela por ser mulher e pelo seu tipo de saber secreto e primordial não estar de acordo com os requisitos da ciência moderna. O interesse pelos poderes públicos face à parteira deriva sobretudo da sua associação ao aborto provocado (Galiotti, 2007:96).

⁴⁴ Não só com a iconográfica de Vésale ou de Da Vinci, mas com o conhecimento anatómico, o corpo torna-se o suporte de instrumentos sofisticados para saciar a ânsia do saber, torna-se mensurável e sedutor. Nasce uma abordagem médica mais próxima da realidade. (Marques,2006:18). Ganha-se a noção de que um corpo humano também muda e não é sempre o mesmo, e essa é uma das ideias fundamentais na época das Luzes, a natureza muda e move-se. Daí que um corpo anatómico que passou a ser palpável, embora oco, atravessado de vasos e fluxos, como é o corpo da mulher, é um corpo que não terá mais segredos.

Durante muito tempo ainda, as mulheres parteiras serão chamadas a intervir neste processo⁴⁵, mas numa posição cada vez mais subalterna face ao médico (Schlumbohm, 2002:26), até ao momento em que, algures no século XX, só aos médicos passará a ser reconhecida qualificação para acompanhar uma gravidez e realizar um parto (Marques, 2006:80). E, a pretexto de salvar as vidas das mães e as vidas dos recém-nascidos, os partos serão transferidos gradualmente para contexto hospitalar paralelamente à emergência das maternidades, perdendo assim tanto a sua qualidade de uma prática eminentemente feminina, como de uma prática da esfera privada ou doméstica (Schlumbohm, 2002:18).

De facto, ao longo do século XIX, começam a surgir os estabelecimentos de tipo hospitalar especializados no acompanhamento de todo o processo de gravidez e parto, onde os primeiros médicos obstetras vão adicionar à sua formação teórica uma formação prática. Tal permitirá o fortalecimento da obstetrícia como especialidade médica e a substituição das parteiras pelos médicos, legitimada pela formação médico-científica de cariz universitário que só estes passam a ostentar (Schlumbohm, 2002:20).

Entretanto, neste processo de transferência de poderes (de medicalização), o aborto não é esquecido. Dentro do provocado ou induzido, a classe médica começou por impor o seu controlo a partir da diferenciação entre o aborto terapêutico e o aborto “crime”. É neste sentido que os médicos começarão por reclamar para si a legitimidade para definirem os casos precisos onde o denominado aborto terapêutico deverá ser praticado.

Sempre que se colocasse a necessidade de interromper uma gravidez, por motivos que se prendessem com a saúde da mãe, os médicos assumiam-se como os que melhor se encontravam preparados para o decidir e executar, tal como eram eles os que estavam mais bem preparados para fazer os partos. Esta intervenção médica (aborto terapêutico) não podia ser confundida, segundo os médicos, com a «operação brutal, praticada clandestinamente, no meio da precipitação, sem conselho, sem auxílio, sem preparação, por mão geralmente inábil» (Corrêa cit. in Marques, 2006:76). Operação esta, que na opinião médica, apresentava ainda a agravante, de muitas vezes, funcionar apenas como «um método contraceptivo oferecido à liberdade de costumes» (Marques, 2006:54).

Nesta continuidade e no âmbito de uma medicina social (finais do século XIX, princípios do século XX), o mesmo argumento de proteção da saúde da mulher é utilizado para defender e condenar a prática do aborto. Isto no sentido em que os médicos ao mesmo tempo que defendiam o aborto terapêutico, apoiavam a criminalização do aborto clandestino

⁴⁵ Do século XVI até meados do século XIX, como os cuidados com as grávidas, no parto e no pós-parto, permaneceram considerados como menores, se não mesmo sórdidos, para dignidade da prática médica. Deste modo, os médicos só eram solicitados para assistir ao parto quando as coisas corriam mal ou estavam perdidas (Marques, 2006).

ou do aborto que não contemplava a situação julgada medicamente legítima para tal (Isambert, 1982:365). Começa aqui a construir-se a ideia do aborto clandestino como um flagelo social do qual se deve proteger as mulheres, através de uma lei mais rigorosa na penalização da sua prática.

Inicialmente, a medicina social ganha forma em torno do desenvolvimento das instituições de higiene pública (conselhos de salubridade, gabinetes departamentais de estatística), que têm como missão aconselhar os poderes públicos sobre as medidas a tomar para proteger a saúde da população e de as executar (Pinell, 2005: 9). Daí o interesse maior que os médicos higienistas têm pelas doenças coletivas (infeciosas e contagiosas), pelos fatores ambientais que as favorecem e pelos diferentes meios de as prevenir. A medicina social dá-se a objetivos claramente políticos, extravasando o quadro da higiene propriamente dita, no que ela entende também dar resposta a problemas da sociedade para os quais o Estado solicita a sua intervenção⁴⁶ (Pinell, 2005: 10).

Em síntese, a visibilidade que o recurso ao aborto começa a assumir a partir dos finais do século XIX, e que o transforma numa prática a controlar pelo Estado através da mediação de um corpo de especialistas onde junto com os médicos se encontrarão, em particular, os juristas e os demógrafos, remete para a sua importância efetiva no âmbito do processo de transição da fecundidade que então se operava.

A indução do aborto foi sem dúvida uma prática que pesou no âmbito da transição da fecundidade (Stengers,1971:1124) que envolveu os países da Europa ocidental. Em associação com a continência sexual, o prolongamento do aleitamento materno e, sobretudo, com o coito interrompido, ela foi a constante de um sistema de regulação da fecundidade, centrado nas estratégias que voluntariamente visavam limitar o número de filhos no interior do casamento ou no âmbito da sexualidade conjugal.

O grande envolvimento das mulheres casadas nos procedimentos abortivos e a sua colaboração, certamente não negligenciável, no sucesso quer da prática do coito interrompido quer da prática da continência sexual, remete para a incontestável importância que elas tiveram nessa grande mudança. Um protagonismo frequentemente minimizado pelas referências que são feitas à importância do coito interrompido como método masculino. Ao facto não será alheio, entre outros fatores talvez mais óbvios, o facto de as mulheres sempre terem atuado à margem do discurso e das práticas dos que advogavam a causa do controlo da natalidade. E isto é tanto mais verdade quando se refere às mulheres das classes sociais mais desfavorecidas. A sua vida quotidiana, na família e na sociedade, estava algo distante das questões em debate e das metodologias aconselhadas. De certo

⁴⁶ Por exemplo em matéria de expertise médico-legal ou de tratamento jurídico e social dos loucos.

modo foi com o objetivo também de chegar a essas mulheres, que Margaret Sanger⁴⁷ forjou, em 1914, o termo *birth-control*, enquanto descrição positiva da limitação do número de filhos dentro da família (Mclaren, 1997:244) e da qual se excluía totalmente o recurso à indução do aborto.

1.2.4 A relevância do feminino no controlo dos nascimentos

Desde do início que Sanger pretendeu separar o controlo dos nascimentos do rótulo neomalthusiano e das suas associações políticas e económicas oitocentistas e posicioná-lo no âmbito do estatuto e da experiência das mulheres (Koninck,1998:253). É nesta mesma posição que também se coloca Marie Stopes⁴⁸, que no seguimento da publicação dos seus livros *Married Love* e *Wise Parenthood* se lança, em Inglaterra, numa luta pela generalização da contraceção às classes sociais mais desfavorecidas.

Segundo McLaren (1997:255), Sanger e Stopes coincidiam no argumento de que a contraceção era essencialmente um instrumento que, poupando à mulher as gravidezes indesejadas, permitiria a emergência da unidade familiar sensual e feliz no seio da qual a mulher, como esposa e mãe, poderia desfrutar simultaneamente do lazer e da maternidade. Tratava-se de um modelo que se aplicava sobretudo à família da classe média, mas ao qual as mulheres das classes mais desfavorecidas não podiam deixar de ser sensíveis pela evocação do mito da domesticidade. Todavia, os contraceptivos a que Stopes e Sanger

⁴⁷ Margaret Sanger (1879-1966) era oriunda de uma família progressista nova-iorquina da classe média cuja mãe morreria após a 18ª gravidez e o nascimento do seu 11º filho (De Koninck,1998:254). O seu pai era socialista e o seu marido era ativista do Partido Socialista. Na qualidade de enfermeira tomou conhecimento da situação das mulheres das classes mais desfavorecidas sobrecarregadas por gravidezes sucessivas. Fundadora do movimento denominado de *birth control* (American Birth Control League) divulgou e promoveu, desde 1914, de uma forma ativa e pública o controlo feminino dos nascimentos através de panfletos, publicações e conferências por todos Estados Unidos e também no estrangeiro. Debateu-se politicamente e judicialmente pela fundação de clínicas de controlo da natalidade sob supervisão médica para as classes menos favorecidas (Maclaren, 1997:244-45). Em 1942 o movimento é redefinido como *Planned Parenthood Movement* distanciando-se da sua origem feminista e assumindo uma dimensão mais centrada na família e na criança (Hodgson e Watkins, 1997:478).

⁴⁸ Marie Stopes (1880-1958) oriunda de uma família esclarecida da classe média alta, foi a primeira mulher inglesa a doutorar-se em Paleobotânica. Após se ter confrontado, pela sua experiência pessoal, com a ignorância das mulheres da sua época sobre vida sexual, lançou-se num estudo sério sobre sexualidade do qual derivou a publicação, em 1918, do livro *Married Love*. Este viria a ter um enorme sucesso conhecendo desde logo 7 reedições. Na continuidade, em resposta às inúmeras cartas que recebeu publicou um segundo livro no final de 1918, *Wise Parenthood*. Em 1921 fundou a *Society for Constructive Birth Control and Racial Progress*, bem como a clínica Mother's Clinic em Holloway Road, em Londres (Mclaren,1997:245-46).

davam preferência eram aqueles que garantiam, de algum modo, a imagem do casal afetuoso e racional, o que excluía todos os métodos empregues pelos homens e mulheres das classes trabalhadoras (Mclaren, 1997:255).

Tanto o recurso à continência sexual, como ao prolongamento do aleitamento materno, à interrupção do coito, os duches vaginais e o preservativo eram alvo de críticas por parte de Sanger e Sopes, que se opunham particularmente ao aborto (Mclaren, 1997:256). Nos seus discursos, procuraram sempre traçar uma linha de separação clara entre contraceção e aborto. Uma separação que as mulheres das classes mais baixas não aceitavam, para elas era incompreensível que o recurso a um método implicasse o sacrifício do outro. Entendiam, como todas as mulheres antes delas, que a contraceção e o aborto faziam parte do mesmo *continuum* de procedimentos para controlar os nascimentos (Mclaren, 1997:260).

A forma como essas mulheres se referiam às opções que envolviam a reprodução, remete precisamente para a vontade que elas tinham de deter o maior grau possível de flexibilidade. Raramente utilizavam o termo aborto porque evocava um procedimento que envolvia um ato médico com recurso à intervenção de terceiros, algo que era qualitativamente diferente dos meios tradicionais a que recorriam. Descreviam-se a si próprias como estando a tentar «restabelecer as regras» ou «pôr-se regular» e também não diziam que tinham «concebido», pois soava-lhes a uma situação irremediável; diziam que tinham sido «apanhadas», ou tinham «caído», «estou outra vez naquele estado», «estou atrasada dez dias», «tenho um mês de atraso», «já vou em quatro meses», «vou com dois meses de caminho». Expressões estas que reenviam para o decorrer de um processo que elas entendiam poder interromper (Mclaren, 1997:261).

Ironicamente, Sanger e Sopes enquanto apelavam a uma maior responsabilidade masculina, opunham-se à interrupção do coito, fazendo tábua rasa do facto de se tratar, juntamente com o aborto, de um dos principais métodos de regulação da fecundidade das classes mais baixas, dentro do casamento. As mulheres recorriam aos conselhos de Sanger e Sopes porque procuravam um método mais eficaz e menos perigoso que elas próprias dominassem (Mclaren, 1997:256).

Na opinião de Mclaren (1997:261), Sanger e Stopes, apesar de quererem demarcar-se dos neomalthusianos, preconizavam, tal como eles, o controlo da natalidade ignorando que as famílias mais desfavorecidas socialmente teriam que adquirir primeiramente a mentalidade da classe média para utilizarem os métodos aconselhados por elas.

A família modelo em que o marido providente utilizaria ou apoiaria a mulher a recorrer a meios instrumentais ou mecânicos de contraceção e em que a esposa racional não trabalharia fora de casa, dedicando-se aos seus deveres maternos. Uma família onde, em casal, se recorreria ao afável médico progressista para uma orientação sobre o método

adequado de controlo da fecundidade, onde lhes seria explicado a eficácia do capuz cervical e do diafragma aplicados medicamente, como também os riscos de outros métodos contraceptivos e a imoralidade do recurso ao aborto (Mclaren, 1997:261). Isto era tudo o que estava mais longe das famílias das classes trabalhadoras, onde as culturas sexuais masculina e feminina coexistiam de costas voltadas, exigindo o homem os seus “direitos” e recorrendo a mulher à sua rede de amizades femininas para fins de apoio.

A alteração que Stopes e Sanger defendiam ao nível da forma como se processava o controlo dos nascimentos dentro das famílias, durante as primeiras décadas do século XX, envolvia também uma alteração no tipo de família que a efetivava, pelo que os seus progressos foram lentos, sobretudo nas tentativas para converterem as mulheres pertencentes às classes sociais mais baixas. Ao chegarem aos anos 1930, o método contraceptivo mais utilizado era o coito interrompido e as mulheres casadas continuavam a abortar em grande número (Mclaren, 1997:257).

Apesar de ao longo da primeira parte do século XX, a indução do aborto se tornar gradualmente uma prática muito menos perigosa devido à evolução das técnicas médicas derivadas sobretudo dos progressos da obstetrícia⁴⁹, a maior parte das mulheres, sobretudo da classe mais baixa, não podiam usufruir desse aborto relativamente mais seguro. A criminalização das práticas abortivas empurrava-as para as mãos de uma classe de profissionais do aborto, cuja prática as deixava muitas vezes às portas da morte e, caso não morressem, com sequelas físicas e psicológicas para toda a vida (Galeotti, 2007:117-121). Paralelamente, as mortes por episódio de aborto engrossavam as estatísticas da mortalidade materna, nos Estados Unidos e na Europa, e as mulheres casadas envolvidas suplantavam as solteiras.

No sentido de erradicar o aborto ilegal, a Rússia bolchevique liberaliza o recurso à indução do aborto em 1920, protagonizando a exceção europeia⁵⁰. Segundo a ideologia marxista e leninista, o aborto era considerado uma doença social provocada pelo sistema de produção capitalista, que iria desaparecer gradualmente na nova Rússia revolucionária, à medida que se fossem diluindo os resquícios da estrutura social burguesa e dos seus padrões familiares (Stenvoll, 2007:36). Contudo, assim não aconteceu, a mulher soviética continuou a recorrer ao aborto agora em contexto obrigatoriamente médico-hospitalar. Enquanto na Europa e nos Estados Unidos, de uma forma geral, a classe médica, no âmbito do desenvolvimento de uma medicina social, elevava a voz contra a denominada epidemia de abortos.

⁴⁹ A dilatação e raspagem era o método mais utilizado

⁵⁰ Há ainda a registar o caso da República Espanhola, onde a anarquista Federica Moseny, como ministra da Saúde, legaliza o aborto em 1936. Este, contudo, voltaria a ser considerado um crime com o franquismo em 1940 (Galeotti, 2007:114).

Com efeito, os médicos não tinham pudores em denunciar estatisticamente os números elevados do aborto, atacando as próprias mulheres por esse facto e colocando-se tendencialmente do lado das preocupações populacionistas que se acentuaram no período entre as duas guerras. Nesta medida, empenham-se na defesa de melhores condições de saúde e, por aí, de sobrevivência, para os recém-nascidos. O seu objetivo define-se em torno do salvamento do maior número possível de bebés.

O processo de gravidez e parto passa a concentrar-se nas suas mãos, demarcando-se do âmbito do controlo da fecundidade e empurrando o estigma do aborto para a concorrência paramédica, sobretudo as parteiras. A sua legitimidade vem-lhes sobretudo do Estado, que coloca à disposição desta classe profissional, todos os meios existentes referidos à saúde, quer ao nível da academia quer ao nível das infraestruturas hospitalares.

À medida que o número de filhos diminui, o recém-nascido torna-se mais valioso primeiro para o Estado e para a classe médica e depois para as famílias onde já existiam os recursos emocionais e materiais para investir na sua criação. Contudo, como é sabido, mesmo aumentando o valor afetivo da criança ou a sua capacidade de proporcionar realização emocional, os casais não deixaram de querer reduzir o seu número dentro da família. Continuando a fazê-lo à sua maneira. Um bom indicador desta determinação é o confronto com as posições das religiões protestante e católica face à relação obrigatória, dentro do casamento, entre comércio sexual e reprodução.

Depois de ter divulgado e sancionado⁵¹ um novo método da abstinência periódica elaborado por Knaus e Ogino, em 1929 (Mclaren, 1997:264), a Igreja Católica, em 1930, por via da *Casti Connubii*, assume de forma pública a sua clara condenação da *contraceptio* ou da regulação artificial da fecundidade (Stengers,1971:117). Esta tomada de posição assume-se com a força de um confronto social, onde o papa e a Igreja saem desautorizados em questões que se prendem com a reprodução e a sexualidade (Stengers,1971:117). De certo modo, remete também para o processo de laicização da sociedade que, desde o século XIX, estava em curso por toda a Europa.

Todavia, não é por acaso que Pio XI toma esta iniciativa em 1930, ano em que se inicia uma década de grande refluxo na face pública do movimento do controlo da natalidade na Europa, paralelamente à instalação de uma tendência política fortemente pro-natalista, posteriormente potenciada pelo contexto de guerra. Foi nas estatísticas médicas e nos diagnósticos demográficos que o agravamento da legislação se sustentou não só contra o aborto como contra a contraceção, em particular, após a I Guerra Mundial, no âmbito da emergência do denominado Natalismo de Estado. Paralelamente à difusão, direta ou por

⁵¹ «Um conhecimento do ritmo de uma mulher permite que as pessoas casadas saibam quando é que, ao executarem o ato conjugal, estão a cooperar com Deus na procriação de um novo ser humano» (Mclaren, 1997:265).

tabela, de uma vaga nacionalista em muitos países ocidentais são tomadas providências a favor das famílias numerosas e na proteção à maternidade, atribuindo subsídios por número de filhos e apoios às mães (Galeotti,110). Em termos ideológicos, o crescimento demográfico é visto, por um lado, como condição de desenvolvimento económico e, por outro lado, como garantia de capacidade de conquista e defesa militar (Galeotti, 2007:110).

1.2.5 As políticas natalistas e antinatalistas

No contexto das políticas demográficas adotadas nos diversos países ocidentais, em resposta à diminuição da natalidade, distinguem-se a Alemanha nazi e a França. Em virtude dos seus elementos tragicamente específicos, a legislação nazi, que não foi uma resposta a exigências demográficas genéricas, mas teve como intenção declarada o aperfeiçoamento da raça, é um bom exemplo da forma como se instrumentaliza, ao nível do Estado, as sanções normativas que têm por alvo o aborto. Os objetivos políticos eram, por um lado, incrementar a natalidade entre a população legitimamente alemã e, por outro lado, reduzir a natalidade dos inaptos e das populações consideradas inferiores. De modo que o aborto é proibido no território alemão, sendo mesmo sujeito à pena de morte em 1943, e simultaneamente é autorizado a pedido da mulher nos territórios ocupados. Sob estes mesmos objetivos de controlo populacional, são também realizadas as esterilizações forçadas e os abortos por motivos médicos e eugénicos (Galeotti, 2007:111-12).

O caso francês é determinado pelo facto de este país chegar ao século XX já com muitos anos de declínio da fecundidade (Hodgson, 2009:493). O agigantar do receio do despovoamento leva o Estado francês, apoiado e aconselhado por especialistas dos estudos da população⁵², a abraçar uma política coerciva e fortemente pro-natalista. Com vista a encorajar o crescimento da fecundidade são produzidas e implementadas, por um lado, medidas de apoio às famílias nos cuidados aos filhos e, por outro lado, medidas fortemente restritivas face à contraceção e ao aborto (Hodgson, 2009:493).

Como o recurso a estratégias contraceptivas nunca foi fácil de policiar, foi no recurso ao aborto que se concentrou a repressão mais feroz, chegando mesmo a ser considerado, em 1942, sob o governo de Vichy, um crime contra o Estado, apenas comparável ao de alta sabotagem ou traição e por isso sujeito à pena de morte (Hodgson, 2009:494). É sob este enquadramento penal que em julho de 1943, Marie-Louise Giraud é condenada, por um Tribunal de Estado, à morte por guilhotina por prática de aborto (Hodgson, 2009:494).

Em 1944, o governo provisório da República Francesa revoga as leis de Vichy sobre o aborto, mas este mantém-se, tal como na maioria dos países, debaixo de uma legislação

⁵² Cientistas demógrafos pertencentes ao INED.

fortemente restritiva, igualmente como a contraceção durante as primeiras décadas do pós-guerra (Le Naour e Valenti, 2002:201).

No âmbito de uma política pro-natalista, o problema da prática anticoncepcional está estreitamente associado ao da prática abortiva, na medida em que ambas se articulam num *continuum* de estratégias que visam evitar nascimentos. Mas com a instalação e valorização de uma mentalidade preventiva e responsável face à reprodução, e quando o objetivo passa a ser tão-somente impedir o recurso ao aborto, a contraceção já pode ser entendida não só como algo diferente do aborto, como um meio que possibilita a redução efetiva deste (Le Naour e Valenti, 2002:207). Este será o argumento recorrente que sustentará o movimento dos que defenderão o controlo dos nascimentos a nível nacional e global. Esta tendência, no entanto, contou com algumas exceções. Países onde, também por motivos de política nacional e não por uma questão dos direitos das mulheres, o recurso ao aborto foi promovido como um método efetivo de controlo da fecundidade.

No período imediatamente a seguir à II Guerra Mundial, o Japão do pós-guerra com a total concordância do comando das forças norte americanas de ocupação (*Supreme Command Allied Powers*), adota, a partir de 1948, uma política anti-natalista (Hodgson,2009: 496). Subjacente a esta política encontra-se a nova emergência, em termos de política populacional, da perspectiva malthusiana sobre a forte correlação entre o comportamento da fecundidade e o desenvolvimento económico e social. Isto na medida em que perante o rápido crescimento da população japonesa, de 1945 a 1948, o governo receou que tal compromettesse a necessária recuperação económica do país (Hodgson,2009: 496).

Através de uma lei foi liberalizada a venda e divulgação de contraceptivos e através de outra foi liberalizado o acesso ao aborto e à esterilização, como medidas de proteção à saúde materna. Esta última lei, em 1949, ainda seria alvo de uma emenda, passando a ser permitido o acesso à indução do aborto por motivo de dificuldades económicas. Com estas leis no espaço de dez anos, o Índice Sintético de Fecundidade (ISF) do Japão desceu de 4,4 filhos por mulher, em 1948, para 2,0 em 1957 (Hodgson, 2009: 497). Este declínio da fecundidade foi sustentado por um integrado e elevado recurso à contraceção e ao aborto⁵³.

Paralelamente ao caso do Japão, surge o caso da União Soviética que, a partir de 1955, a pretexto de erradicar as consequências nefastas para a saúde materna derivadas do aborto ilegal e de garantir o direito da mulher a fazer as suas escolhas reprodutivas, volta a liberalizar o acesso à interrupção da gravidez a pedido da mulher (Stenvoll, 2007:37-36).

⁵³ De referir que o método contraceptivo mais recorrente foi o preservativo masculino pois a pílula só viria a ser permitida a partir de 1999. Após se ter mantido no nível de substituição até 1973, a fecundidade japonesa retomou a tendência para decrescer, atingindo níveis muito baixos nos anos 2000 (Hodgson, 2009: 497).

Todavia e tal como no caso do Japão, não era o interesse da mulher que estava em causa, mas sim o interesse do estado que, neste caso, se prendia com a necessária participação da mulher no trabalho fora e dentro de casa (Stenvoll, 2007: 42)

À União Soviética seguem-se todos os países do Leste e da Europa Central pertencentes ao bloco comunista como Bulgária, Checoslováquia, Roménia, Polónia, Hungria, e mais gradualmente a Jugoslávia e a República Democrática da Alemanha (RDA). Os governos destes países adotam assim uma política de controlo dos nascimentos fortemente centrada no recurso ao aborto (Stenvoll, 2007:34). Na continuidade e numa perspectiva de cuidados de saúde orientada no sentido mais curativo do que preventivo (Levchuk e Perelli-Harris, 2009: 8), promove-se a indução do aborto como um método mais natural, mais eficiente e mais seguro ou com menos riscos para a saúde reprodutiva da mulher, do que os métodos contraceptivos com especial acentuação nos modernos (Stenvoll, 2007:35). Estes sempre foram alvo de uma divulgação e distribuição contida ou quase inexistente, sendo que o uso da pílula foi mesmo banido da União Soviética a partir de 1974 (Stenvoll, 2007:37), com o agravamento do clima da Guerra Fria.

Em suma, no pós-guerra, tanto o Japão como os países comunistas do leste e centro europeu adotam políticas de controlo dos nascimentos, integradas com o recurso à indução do aborto e sem recurso aos métodos de contraceção moderna. Exemplos que apesar de referidos, não serão seguidos no âmbito das políticas de controlo populacional que a Ocidente se desenvolveram, com uma forte acentuação na norma “*contraception only*” e numa permanente e continuada recusa em considerar o aborto como um método a ter em conta no âmbito da regulação da fecundidade (Hodgson, 2009).

1.2.6 A norma “*contraception only*” e os direitos individuais das mulheres

Acabada a II Guerra Mundial, as democracias saídas do pós-guerra, embora preocupadas com a necessidade de uma política populacional e essencialmente pro-natalistas, não se sentiam muito confortáveis em partilhar a mesma hostilidade que os regimes fascistas e totalitários tinham demonstrado face ao controlo dos nascimentos (McLaren,1997:269). Todavia, os países que tinham ilegalizado a divulgação e venda de produtos contraceptivos, bem como o recurso às práticas abortivas mantiveram a sua posição. Uma inércia política que só viria a ser colocada em causa após os receios pro-natalistas se diluírem perante a ocorrência, um pouco por toda a parte, de um rápido e generalizado crescimento da população articulado a ocidente com um inesperado *baby boom* (Hodgson, 1983:10-11).

Contudo, o *baby boom* não tinha vindo para durar e a ideologia de que uma família de sucesso era uma família com poucos filhos regressou determinada pela mão dos novos malthusianos. Estes, sustentados por uma conceção das dinâmicas demográficas como

variáveis independentes⁵⁴, promovem o declínio da fecundidade como um pré-requisito para o desenvolvimento económico e social de um país (Hodgson, 2009: 498). O rápido crescimento populacional do então denominado “Terceiro Mundo”, originado pelo declínio efetivo da mortalidade nesses países foi encarado pelos Estados ocidentais como uma ameaça à ordem social ao nível global (Hodgson e Watkins, 1997:479). Nesta continuidade, os conservadores tornaram-se adeptos das famílias pequenas como indicador de uma paternidade responsável, conceito primeiro do movimento *Planned Parenthood* com o qual os novos malthusianos se articulam declarando a existência de um problema populacional que só seria resolvido por meio de políticas que promovessem a indução da baixa da fecundidade através da implementação de programas nacionais de planeamento familiar (Hodgson e Watkins, 1997:481).

Em 1952, com a participação ativa de Margaret Sanger e Elisa Ottensen-Jensen, é criada em Bombaim a IPPF – International Planned Parenthood Federation – que congregava um conjunto de associações designadas de planeamento familiar, que tinham em comum o objetivo de divulgar e disseminar o uso de contraceptivos (Vilar, 2009,10). O conceito de planeamento familiar, que surgiu no pós-guerra e deste movimento internacional, reformulava o conceito de *birth control* da década de 1930, visando uma maior legitimação e aceitação de políticas no âmbito do controlo da natalidade não só ao nível privado das famílias, como ao nível mais global dos países com uma forte componente associada à saúde materna (Vilar, 2009,10).

Subjacente ao conceito de planeamento familiar estava a crença feminista, que Margaret Sanger nunca abandonou, de que o controlo dos nascimentos era essencial para a emancipação das mulheres (Hodgson, 2009: 499). Estas, no mundo ocidental, surgem na segunda metade do século XX, cada vez mais instruídas e mais empenhadas numa vida laboral fora de casa, reclamando para si um papel social para além do de esposa e mãe. Esta ambição articula-se com o desejo antigo de ter liberdade de decidir quando ser mães, tornando-as as maiores interessadas na procura de um método contraceptivo eficaz que elas próprias pudessem controlar e as libertasse da dependência da boa ou má vontade masculina para viver em plenitude a sua vida sexual e reprodutiva. Foi a pressão destas mulheres em torno de movimentos sociais de pendor feminista, onde também se implicaram alguns homens, que voltou a colocar, na década de 1960, nas sociedades ocidentais, a discussão do controlo dos nascimentos na agenda política. E se é verdade que os Estados saídos do pós-guerra só podiam ser pro-natalistas, também é verdade que os argumentos que emergiram contra a legalização da contraceção, nos países ocidentais, centraram-se

⁵⁴ Para maior aprofundamento sobre esta perspetiva demográfica orientada para a intervenção política ler: Hodgson, Dennis (1983), “Demography as social science and policy science”, *Population and Development Review*, (9) 1, pp.1-34.

mais nas questões relativas à sexualidade feminina do que nas relativas aos níveis da fecundidade.

Os debates em torno do planeamento familiar emergem pois marcados pela tensão existente entre uma abordagem mais virada para o bem-estar e direitos individuais, sobretudo das mulheres, e as políticas de controlo demográfico, envolvendo sobretudo os países ditos em vias de desenvolvimento (Vilar, 2009,10). Estas são impulsionadas pelos apoios vindos de fundações norte americanas, das quais se destacam a Rockefeller e a Ford. Contudo, será o próprio governo dos Estados Unidos, que a partir do meio da década de 1960, através do *United States Agency for International Development* (USAID), e do meio da década de 1970, através da *United Nations Fund for Populations Activities* (UNFPA)⁵⁵, se tornará o principal financiador de programas de planeamento familiar levados a cabo a nível mundial (Hodgson e Watkins, 1997:485-486).

Nos anos 1960 e 1970, os fundos vindos dos Estados Unidos proporcionam, em estreita colaboração com os governos de vários países, em especial da Ásia, África e América Latina a implementação de programas de planeamento familiar em larga escala, onde se divulgam e distribuem contraceptivos com o objetivo de restringir a fecundidade e ao mesmo tempo também reduzir o recurso ao aborto induzido (Hodgson, 2009: 499). Este último argumento seria estrategicamente introduzido de modo a potenciar a aceitação, a nível internacional, dos métodos contraceptivos, na medida em que o aborto induzido era uma prática considerada ilegal pela maior parte dos Estados. Uma estratégia que terá sido determinante sobretudo em países onde a Igreja Católica tinha muita influência social e política (Hodgson, 2009: 499-501).

Deste modo, os programas de planeamento familiar impõem-se à escala global como fundamentais para erradicar, simultaneamente, o aborto e a pobreza, com especial acentuação nos países menos desenvolvidos. Este último argumento seria o primeiro a ser colocado em causa, em 1974, no âmbito da Conferência de Bucareste, onde os líderes do denominado “Terceiro Mundo” defendem que o desenvolvimento é o melhor contraceptivo e que a promoção do crescimento económico é a melhor estratégia no âmbito do controlo populacional (Hodgson e Watkins, 1997: 489). O declínio da fecundidade é assim redefinido, passando de fator catalisador a consequência do desenvolvimento. Sob esta perspetiva, e através do recurso a uma retórica dos direitos individuais, também é afastada a possibilidade de qualquer estratégia que pudesse apresentar-se como tendo um efeito coercivo sobre as opções reprodutivas. Declara-se que todos os casais e indivíduos têm o direito de decidirem de forma livre e responsável sobre o número de filhos e o seu espaçamento (Hodgson e Watkins, 1997: 490). Consequentemente, abre-se caminho à

⁵⁵ Estabelecida em 1969, em parte, já devida aos esforços dos Estados Unidos.

legitimação dos direitos reprodutivos numa perspetiva de direitos humanos e, por aí, aos direitos em saúde reprodutiva, que gradualmente iriam substituindo de forma mais abrangente os princípios definidos no âmbito do conceito de planeamento familiar.

Em suma, através da construção do conceito de planeamento familiar houve a preocupação de colocar no âmbito da regulação da fecundidade, uma forte acentuação no recurso à contraceção, excluindo explicitamente o recurso à indução do aborto como método de controlo dos nascimentos por motivos políticos, mas também pelas crenças pessoais da sua principal fundadora (Hodgson, 2009, 479).

Com efeito, Margaret Sanger que nunca desistiu do objetivo de encontrar um método contraceptivo seguro que pudesse ser usado pela mulher, permitindo distanciar a sexualidade feminina da reprodução e a regulação desta do recurso ao aborto, bem como baixar eficazmente a fecundidade, confiava que a ciência médica acabaria por concretizar esse seu desejo. Terá sido essa sua fé na ciência médica que a levou a mobilizar recursos para apoiar o trabalho de investigação de Gregory Pincus (Mclaren, 1997:271).

Por volta de 1951, Pincus provou que a progesterona inibia a ovulação e iniciou a busca de hormonas sintéticas, acabando por chegar à pílula anticoncepcional oral, que após ensaios clínicos em Boston e em Porto Rico, foi aprovada, em 1960, pela Food and Drug Administration como um anovulatório sintético da Searle. Outros laboratórios se seguiram na sua produção (Mclaren, 1997:271). O aparecimento do anticoncepcional oral contribuiu de forma definitiva para a adesão da profissão médica ao controlo da natalidade. A contraceção bioquímica e hormonal estava de acordo com a ideia que os médicos tinham da «verdadeira» ciência médica, tratava-se de um produto de investigação científica, um «medicamento preventivo» que era simplesmente receitado (Mclaren, 1997:272).

Na continuidade do caso *Griswold versus Connecticut*⁵⁶(1965), após cinco anos sobre a disponibilização da pílula nos Estados Unidos, é que o recurso à contraceção começa a ser viabilizado legalmente. Assim, as mulheres norte americanas começam a aceder à pílula enquanto na Europa ainda se lutava pela liberalização da contraceção. No final da década de 1960, quando aquelas já começam a desconfiar dos efeitos secundários

⁵⁶ Este caso proporcionou, com base no direito fundamental à privacidade, legitimidade constitucional ao recurso à contraceção por parte dos casados. Abrindo a porta à aceitação da contraceção nos Estados Unidos que em 1972, sob o caso *Eisenstadt v. Baird*, se alarga aos solteiros. Este reconhecimento legal do direito individual e privado a tomar as suas opções reprodutivas viria ainda a possibilitar, em 1973, sob o caso *Roe v. Wade*, a liberalização do recurso ao aborto nos Estados Unidos: https://www.plannedparenthood.org/uploads/filer_public/b6/7c/b67c1da4-c40a-4d0f-90af-952fdbf11bf/factsheet_griswold_may2015_r2.pdf.

da pílula e a retornarem ao DIU, é que a generalidade das mulheres europeias começa a aceder ao anticoncepcional oral.

Lembremos que nos anos 1960, o casamento continuava a ser a instituição reguladora da fecundidade e da sexualidade feminina. A mãe solteira continuava socialmente conotada de forma negativa, tal como os filhos de pai incógnito ou desconhecido. Não sendo aceitável em termos sociais e familiares que as raparigas solteiras ou as mulheres viúvas fossem sexualmente ativas. Contudo, mantinha-se, de uma forma mais aberta, a tradicional tolerância à existência do sexo pré-conjugal desde que envolvesse os futuros cônjuges. É debaixo deste sistema que a regulação da fecundidade se efetiva dentro da instituição matrimonial com recurso sobretudo ao coito interrompido, à continência periódica, ao preservativo e ao aborto, agora tão mais associado às falhas contracetivas.

As mulheres que continuam a recorrer ao aborto envolvem assim todos os estados civis e estratos sociais, mantendo-se a mortalidade e morbidade materna bastante tributária das consequências nefastas do seu estatuto ilegal. Sob a perspetiva do planeamento familiar, a ideia de que a generalização do acesso à contraceção a todas as mulheres iria reduzir o recurso à indução ao aborto foi, pois, um dos principais eixos políticos da argumentação a favor da liberalização da venda e divulgação de produtos contracetivos na Europa.

A conjuntura de mudança toca a Igreja. O papa João XXIII nomeia uma pontifícia para o estudo dos problemas da família e da natalidade. Apesar dos resultados dos trabalhos irem no sentido da aceitação da pílula, o recém-nomeado Papa Paulo VI, através da encíclica *Humanae Vitae*, de 25 de julho de 1968, reafirmou a oposição da Igreja à contraceção (Galeotti, 2007:129).

Tanto médicos como mulheres aderiram ao anticoncepcional oral como se tratasse de uma panaceia universal, mas como qualquer outro método contracetivo, podia ser esquecido ou mal utilizado e a «eficácia» continuava a depender da forma como era utilizado (Mclaren, 1997:272). A permanência do recurso ao aborto remete para as limitações do recurso à contraceção moderna. Será o reconhecimento político destas limitações que levará à legalização do recurso ao aborto nas sociedades ocidentais. Definindo-se este como um último recurso perante a existência de uma falha contracetiva.

Ao longo da década de 1970 torna-se evidente que a relação entre contraceção e recurso ao aborto não é linear, isto tanto em países desenvolvidos como em vias de desenvolvimento. No caso destes últimos, em que estava em causa um processo de transição da fecundidade de um nível elevado para um nível baixo, era a fase em que se encontrava esse processo que surgia como fortemente determinante (Hodgson, 2009: 501). Evidenciava-se, assim, que nas fases iniciais desse processo de transição existisse uma

relação positiva entre aborto e contraceção, que se traduzia num simultâneo e forte acréscimo de ambos.

Perante a pressão para reduzir o número de filhos, as mulheres recorriam aos métodos contraceptivos que lhes eram disponibilizados, como sendo os que garantiam maior eficácia, contudo estes falhavam, não só porque não eram 100% seguros, como o seu nível de eficácia estava diretamente relacionado com a sua utilização correta. E esta surgia como algo difícil de alcançar, sobretudo, quando estavam em causa métodos com os quais as mulheres não estão familiarizadas (Hodgson, 2009: 501). Assim, começava-se a assumir as limitações da contraceção moderna e, por aí, a sua estreita articulação com o recurso à indução do aborto, em particular, em sociedades onde as mulheres estavam sob a pressão normativa de uma família pequena, no início ou a meio do processo de transição da fecundidade de um nível mais elevado para um nível mais reduzido.

Os problemas de saúde associados à pílula e as falhas contraceptivas, algumas com implicações graves na saúde materna como as relativas ao uso do DIU⁵⁷, levam a ponderar o recurso à interrupção da gravidez por quem se encontrava no terreno, entre eles os profissionais que intervinham na área do planeamento familiar (Hodgson, 2009: 502). Isto tanto em países em vias de desenvolvimento como nos denominados desenvolvidos. Neste último caso, juntamente com as falhas contraceptivas emergiam outros problemas e necessidades que não se ligavam estritamente ao aconselhamento ou utilização dos métodos contraceptivos, mas também à subjacente vivência da sexualidade e aos problemas vividos nessa área sobretudo pelas mulheres e pelos jovens (Vilar, 2009, 12). Principais envolvidos nas grandes mudanças sociais da segunda metade do século XX, que afetaram a sociedade ocidental em termos de sexualidade e reprodução. Mudanças fortemente sustentadas na separação da sexualidade, sobretudo no feminino, face à reprodução, largamente potenciada pela generalização no acesso à contraceção moderna.

O discurso técnico, nomeadamente o discurso médico e as práticas de saúde não ficaram imunes a estas mudanças, que remetiam para novas perspetivas não só ao nível da reprodução como da sexualidade, no sentido de uma diferenciação clara entre estas duas dimensões da vida dos indivíduos, sobretudo no feminino, mas que naturalmente se articulavam. Os estudos desenvolvidos na área da sexologia nos Estados Unidos⁵⁸ e a exclusão da homossexualidade, em 1972, da lista das doenças mentais pela Associação de

⁵⁷ De referir o triste célebre *Dalkon Shield* que teve graves consequências para a saúde de muitas mulheres chegando a provocar a morte para muitas delas através de septicémias. Na continuidade em 1976 exige-se pela primeira vez a existência de testes e aprovação por parte da *U. S. Food and Drug Administration* relativamente a dispositivos médicos entre eles os DIU's.

⁵⁸ Em especial os estudos coordenados por Alfred Kinsey e os desenvolvidos por William H. Masters and Virginia E. Johnson (Vilar, 2009,11).

Psiquiatria Norte Americana surgem como indicadores dos novos debates que se abriam ao discurso científico e técnico sobre temáticas que tanto tempo se haviam mantido sob o domínio da moral (Vilar, 2009,12).

Nem Margaret Sanger nem os que defenderam o uso da contraceção moderna, com particular ênfase no anticoncepcional oral, pensavam desencadear uma revolução moral, aliás foram as suas preocupações conservadoras com a necessidade de preservar valores familiares estáveis e a ordem mundial que os mobilizou. Mas na verdade com a contraceção moderna, o casamento deixou de regular a sexualidade no feminino, dando-se uma sexualização rápida das relações amorosas (Bozon,2002:64). A mulher adquiriu o direito de regular individualmente, independentemente do seu estado civil, a consequência procriadora da sua sexualidade. Uma regulação que ela passará a fazer por referência ao seu percurso de vida, onde se articulam outras dimensões para lá da maternidade. Subjacente ao direito à contraceção, está o direito à maternidade por opção ou o direito a recusar uma gravidez não desejada (Isambert, 1982: 367). O que levanta a questão do que decidir quando ocorre uma falha contracetiva e se dá uma conceção imprevista? É nesta continuidade que a luta pela despenalização do aborto surge, em estreita articulação com o direito da mulher a decidir sobre a sua sexualidade e sobre a sua reprodução, no âmbito do que se denominou os movimentos feministas da segunda vaga, como um objetivo agregador de todas as organizações e fações ideológicas (Bozon, 2002:66).

Com efeito, a retórica do direito ao controlo do corpo sexual e reprodutivo e, por aí, do direito da mulher a decidir perante a ocorrência de uma gravidez não desejada, esteve inicialmente presente sobretudo nos Estados Unidos. Neste país, e na continuidade do caso *Roe versus Wade*⁵⁹ (1970-73), todas as leis que ilegalizavam o aborto foram consideradas inconstitucionais por não respeitarem o direito fundamental à privacidade, considerando as opções reprodutivas um assunto privado e individual, subentendendo o direito da mulher grávida a decidir se dá continuidade ou não à gravidez. Todavia, não seria esta argumentação aquela que iria permitir desmontar, nos países europeus, a oposição à despenalização do recurso ao aborto (Isambert, 1982: 373).

⁵⁹ Em 1970 inicia-se um processo no Texas em torno do direito ao aborto que opõe Norma L. McCorvey ("Jane Roe"), que alegava ter sido violada, a Henry Wade, que representava o Estado do Texas. O Tribunal do Distrito decidiu-se a favor de Jane Roe, contudo o processo manteve-se em aberto até chegar ao Supremo Tribunal dos Estados Unidos. Este em 1973 decidia então que a mulher, através do direito à privacidade - sob a cláusula do devido processo legal da "décima quarta emenda", podia decidir por si mesma a continuidade ou não da gravidez. Paralelamente a esse direito fundamental à privacidade, todas as leis contra o aborto passavam a apresentar-se como inconstitucionais.

A disponibilização de métodos femininos de contraceção de elevada eficácia possibilita à mulher controlar a sua fecundidade, mas simultaneamente transfere para a mulher a responsabilidade contracetiva (Spencer,1999:31). Neste sentido, a ocorrência de uma gravidez indesejada passa a ser-lhe largamente imputada. O que leva gradualmente a perceber o recurso ao aborto como consequência de uma irresponsabilidade ou de uma desregulação sexual-contracetiva. É esta a perspetiva com que as mulheres se começam a confrontar, a partir dos anos 1970, quando se deparam com uma gravidez indesejada.

O aborto crime começou por ser um crime contra a segurança das pessoas e depois contra a vida intrauterina, contudo tal como argumentavam os médicos do início do século, a punição era uma forma de demover a mulher de recorrer ao aborto ou de a proteger de ela própria. Durante a década de 1970 e 1980, na Europa, a argumentação dos que se opunham à despenalização sustentava-se na necessidade de impedir que a mulher passasse a recorrer, de forma irresponsável, ao aborto como método de controlo dos nascimentos. O que de certo modo não favorecia a inicial retórica feminista do direito ao corpo, à sexualidade e a decidir de forma individual e autónoma sobre a reprodução e, por aí, sobre o corpo grávido. Restava rebuscar o argumento que garantiu a liberalização do acesso à contraceção. A despenalização do aborto para erradicar as consequências do aborto ilegal. Ao aborto como problema de saúde pública junta-se o aborto como um problema de desigualdade social.

Com a introdução, nas sociedades europeias, da contraceção moderna centrada no anticoncecional oral, dá-se conta de uma redução efetiva nas gravidezes não desejadas, mas o recurso ao aborto permanece visível nos valores assumidos pela mortalidade materna e pelos casos que sobem à barra dos tribunais. Uma visibilidade que se vai tornando gradualmente inoportável socialmente, na medida em que as mulheres envolvidas no aborto são sobretudo mulheres esposas e mães, tentando não perder os seus empregos ou empenhadas em garantir as condições mais favoráveis para criar os seus filhos. Com a agravante de serem sobretudo mulheres pertencentes às classes menos favorecidas, aquelas que recorrem ao aborto em condições mais perigosas e inseguras (Horellou-Lagarge, 1982: 411). Pois as mulheres pertencentes às classes mais favorecidas tendem a aceder, sob contextos clinicamente legais, ao aborto viabilizado em condições que estão frequentemente de acordo com os avanços mais recentes das técnicas de aborto, logo mais seguras. Paralelamente a esta evidência, agudiza-se a luta pela liberalização do recurso ao aborto, sendo esta subjacente desigualdade social e a forte associação à mortalidade e morbilidade materna, a base da argumentação que levará à sua despenalização durante os anos 1970 e 1980 um pouco por todo o mundo ocidental (Finer e Fine, 2013: 585).

A despenalização transfere as práticas abortivas do controlo jurídico para o controlo médico, tal como já havia acontecido com a contraceção. Deste modo a profissão médica tende a dominar todo o processo associado à reprodução: contraceção, gravidez, parto e aborto. Um domínio que remete para o controlo do corpo feminino não só na sua vertente reprodutiva como também sexual. Algo que com a substituição gradual, a partir dos anos 1980, do conceito de planeamento familiar pelo de saúde sexual e reprodutiva se pretenderá atenuar, colocando a tónica mais numa perspetiva de direitos individuais e, por aí, na promoção dos direitos da mulher a decidir de forma autónoma e livre sobre as suas opções contraceptivas, sexuais e reprodutivas.

Todavia, enquanto no mundo dito desenvolvido as mulheres iam gradualmente adquirindo o direito de recorrer à interrupção de uma gravidez não desejada, no mundo em vias de desenvolvimento as mulheres eram empurradas para o recurso ao aborto ilegal, tornando-se a permanência deste uma inevitabilidade política por via sobretudo da dependência dos fundos, para o desenvolvimento de programas de planeamento familiar, provenientes, em particular, do governo dos Estados Unidos.

Em 1972 Richard Nixon ganha as eleições presidenciais dos Estados Unidos. Para esta vitória foi determinante o apoio angariado no seio do *lobby* católico ou a denominada *Catholic Strategy*, por via da acusação que Nixon endereça ao candidato do Partido Democrata (George McGovern), afirmando que este apoiava a legalização no acesso ao aborto (Hodgson, 2009:503-04). De certo modo esta estratégia seria, a partir daqui recorrente na campanha do Partido Republicano. A questão do aborto tornar-se-ia uma das dimensões centrais nas eleições presidenciais dos Estados Unidos, sobretudo, após o caso *Roe vs. Wade*, com consequências diretas na distribuição internacional dos fundos e por aí nas políticas de aborto dos países mais pobres.

Na continuação dos debates entre opositores e defensores da legalização do aborto, que tiveram lugar a propósito do processo *Roe versus Wade*, emergiu o *movimento Right-to-Life*, que se tornou uma organização com significativo poder político alinhado com o Partido Republicano (Hodgson, 2009:504). A partir de então, assumiu-se como um ator preponderante no âmbito da definição dos apoios norte americanos aos programas desenvolvidos nos países em vias de desenvolvimento em saúde sexual e reprodutiva, sobretudo quando o Partido Republicano domina politicamente o poder nos Estados Unidos. Assim foi com Ronald Reagan, cuja administração esteve associada ao enorme recuo que ocorreu no âmbito da Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento, na cidade do México, em 1984, em matéria de políticas de população e sobretudo na articulação destas com o aborto.

Sob a denominada *US Mexico City Policy*, qualquer organização internacional que pretendesse captar apoios no âmbito do planeamento familiar junto da USAID, a maior fonte

de financiamento nesta área, não devia mencionar a palavra aborto nos seus programas (Hodgson, 2009:505). Situação que perdurou até à entrada em funções da administração Clinton em 1993, em vésperas da realização da Conferência do Cairo.

De 1984 a 1994 dão-se mudanças que levam a uma redefinição em termos dos objetivos das políticas internacionais de população. A questão do controlo populacional deixa de fazer sentido, com a tendência para o declínio da fecundidade instalada em grande parte dos países do mundo e ainda o fim da denominada Guerra Fria em 1989. De modo que, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994, e sob uma aliança entre os defensores do controlo populacional e diversas organizações feministas promotoras da saúde reprodutiva, impõe-se, como forma de manter um controlo da fecundidade efetivo e duradouro, o objetivo de reduzir as desigualdades de género e, garantir o *empowerment* (educacional, económico) da mulher, bem como os direitos sexuais e reprodutivos que lhe permitam de forma autónoma e livre decidir sobre o seu destino reprodutivo (Hodgson, 2009:505).

O conceito de saúde sexual, que viria a ter um forte impulso com a emergência da SIDA, começa a ser utilizado, no início dos anos 1980, pelo Gabinete Europeu da Organização Mundial de Saúde. Esta organização começa a aplicar o seu tradicional conceito de Saúde à área da vivência e do relacionamento sexual, integrando um conjunto de preocupações e projetos claramente situados nesta área (Vilar, 2009, 12). Durante a década de 1990, com a aprovação pela IPPF da Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, a nova terminologia ganha força internacional sobrepondo-se à de planeamento familiar.

No final da década de 1980, o termo planeamento familiar surge como um termo cada vez menos adequado. Por um lado, porque se identificava sobretudo com o âmbito conjugal e familiar e, por outro lado, porque estava demasiado centrado na regulação das opções reprodutivas, quando as questões da contraceção acentuavam já uma forte tendência para remeter para o âmbito da vida sexual (Vilar, 2009, 12), sobretudo a partir da emergência da SIDA. Por último, era um termo demasiado conotado internacionalmente com as políticas de controlo populacional dos anos de 1960 e 1970 (Vilar, 2009, 12).

É, pois, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, que se dá a consagração dos direitos em saúde sexual e reprodutiva numa perspetiva de direitos humanos. E é sob este enquadramento que o aborto surge pela primeira vez como um tema à discussão de forma aberta e pública, em estreita articulação com as suas consequências nefastas na saúde das mulheres em idade fértil, dos países em vias de desenvolvimento. Em particular, aqueles onde a ilegalização das práticas abortivas coincidia com a existência de uma forte pressão social para reduzir o número de filhos.

Na conferência do Cairo, os que defendiam o controlo populacional ou o declínio da fecundidade como um fator relevante para o desenvolvimento aliam-se aos que defendiam a

promoção dos direitos individuais em saúde sexual e reprodutiva como forma de erradicar a discriminação sexual, a desigualdade de gênero, a pobreza em geral e, em particular, os elevados níveis de mortalidade materna e infantil dos países menos desenvolvidos. Uma aliança em que têm parte fortemente ativa diversas organizações não-governamentais de pendor feminista, determinando fortemente os conteúdos discutidos e aprovados no resultante Programa de Ação (Hodgson, 2009: 505). Porquanto, neste define-se de forma abrangente o conceito de saúde reprodutiva⁶⁰, de modo a integrar todas as dimensões que envolvem o bem-estar em termos reprodutivos e sexuais. Definindo-se que todas as gravidezes devem ser desejadas bem como saudáveis, tal como os partos. Acentua-se os direitos dos casais e dos indivíduos a decidirem de forma livre e responsável, em número e calendário, os filhos. Nesse sentido, afirma-se o direito à informação e ao acesso efetivo, seguro, acessível e aceitável a métodos de planeamento familiar da sua opção, bem como o acesso a serviços de saúde que assegurem uma gravidez e parto seguros e saudáveis.

O conceito de saúde reprodutiva também inclui o de saúde sexual, definindo-se que toda a interação sexual deve ser livre de coerção e saudável. Nesta continuidade, defende-se a igualdade de gênero de modo a garantir os abusos de que são alvo as mulheres e as adolescentes. Igualmente também se acentua a necessidade do acesso à informação e educação sexual aos mais jovens.

Finalmente, defende-se de forma clara, a não interferência institucional ou política nas opções reprodutivas e contraceptivas, devendo as ações governamentais no âmbito do planeamento familiar ser apenas definidas em termos de «*unmet needs for information and services*». Esta consagração do direito dos homens e das mulheres a determinar de forma individual a sua sexualidade e reprodução não contempla, contudo, o recurso ao aborto, reforçando-se a antiga fórmula da Conferência da Cidade do México «*In no case should abortion be promoted as a method of family planning*».

Mesmo perante a presença de um número considerável de países, onde a indução do aborto era já considerada uma prática legal, reforça-se a norma “*contraception only*”. Todavia a constatação da existência do aborto legal não é esquecida articulando-a (no parágrafo 8.5 do Programa de Ação) com a garantia de cuidados de saúde reprodutiva de

⁶⁰ «a state of complete physical, mental and social well-being and merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes (...) implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit (...) the right of men and woman to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate health-care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth (...) » (Hodgson, 2009: 505).

qualidade: «*In circumstances where abortion is not against the law, such abortion should be safe*».

Em suma, na Conferência do Cairo de 1994, o aborto foi pela primeira vez discutido abertamente entre as várias delegações, assumindo-se implicitamente a sua existência universal e não negligenciável. No entanto, não lhe foi reconhecido, uma vez mais, o estatuto de uma prática feminina ancestral e recorrente de controlo dos nascimentos. Mesmo sabendo-se do papel que esta prática desempenha no âmbito da regulação da fecundidade, em contextos marcados pelas fases iniciais ou intermédias de um processo de transição de níveis mais elevados para níveis mais reduzidos. E sabendo-se igualmente da sua permanência em contextos, onde a regulação contracetiva da fecundidade já atingiu a maturidade. Por via da questão do aborto, torna-se evidente que os conteúdos do programa da Conferência do Cairo foram tanto fortemente determinados por uma perspetiva de direitos individuais e inalienáveis em saúde sexual e reprodutiva, dando prioridade à mulher, como por uma perspetiva de direito inalienável do feto, secundando, contudo, a mulher grávida.

Se na verdade os conceitos de Saúde Sexual e de Saúde Reprodutiva consagrados na Conferência do Cairo de 1994⁶¹ remetem para direitos individuais independentemente da idade, género, orientação sexual, religião ou etnia. Dirigindo-se a indivíduos bem como a todo tipo de casais, independentemente da orientação sexual; integrando as questões da fecundidade e da sexualidade; envolvendo o acesso à informação e aos serviços de saúde; e implicando (Vilar, 2009, 12) uma abordagem abrangente e interdisciplinar, não somente médica. Eles não deixam de ter como referência principal a contraceção (Vilar, 2009, 13). O que de certo modo concorre para que mesmo em países em que é legalizado o acesso ao aborto, essa legalização seja entendida sobretudo como um mal menor e o comportamento do fenómeno se apresentar como algo desviante e anómalo, sinónimo de desregulação.

A perspetiva ocidental sobre o recurso ao aborto, como um comportamento irresponsável, e o recurso à contraceção como um comportamento responsável, no âmbito da regulação da fecundidade, é uma construção histórica e cultural que se definiu, essencialmente, a partir dos anos 1950, e que contamina mesmo a retórica dos movimentos pró-escolha (Stenvoll, 2007:45-44). E, por aí, também a visão que se tem sobre o recurso ao aborto em sociedades que não as ocidentais. Tais como as do centro e leste europeu tanto antes como depois dos anos 1990.

⁶¹ Neste sentido também são de considerar a Conferência Internacional sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995, e a assembleia da Associação Mundial de Sexologia de Hong Kong em 1996 (Vilar, 2009).

Desde da Conferência do Cairo, muitos governos modificaram as provisões legais sob as quais o aborto é permitido, reforçaram os serviços que garantem o aborto seguro e melhores cuidados de pós-aborto e adaptaram programas que visam melhorar os serviços de saúde reprodutiva (Finer e Fine,2013:585). No entanto, há que ter em conta que estas medidas e as vontades de que decorrem estão estreitamente articuladas com políticas internas e externas aos países que, no caso dos menos desenvolvidos, também determinam os financiamentos necessários.

A natureza instável das leis que regulam a prática do aborto, remete para o enfoque político que o fenómeno ganhou, em particular, a partir da década de 1970, no âmbito das lutas pelo poder entre partidos mais e menos conservadores ou entre partidos mais de “direita” e partidos mais de “esquerda”. Deste modo, enquanto nos países mais desenvolvidos os recuos e avanços nas leis do aborto correlacionam-se com a tendência política que governa (Duarte e Barradas, 2009: 86), nos países em vias de desenvolvimento, para além das lutas de política interna, deve ter-se em conta qual é o partido político que ganha as eleições presidenciais nos Estados Unidos.

2. UMA PRÁTICA DE REGULAÇÃO DA FECUNDIDADE: A CONTEMPORANEIDADE

Sob a emergência da tendência para a liberalização do aborto induzido, as políticas dos vários Estados começam a refletir, no espaço mundial, diferenciados níveis de restrição no acesso à interrupção da gravidez definidos em torno da formulação de várias instâncias que legalmente a permitem. Assim, por contraponto ao aborto ilegal, figura que prevaleceu, quase de forma universal⁶², até à segunda metade do século XX⁶³ (Rahman, Katzive e Henshaw, 1998: 60), surge o denominado aborto legal ou, mais precisamente, o aborto legalizado sob condições que, em muitos países, passa a enquadrar-se para lá da lei penal.

Com efeito, desde o século XIX, que passa a ser comum encontrar-se, no âmbito do código penal ou das medidas penais relativas a ofensas contra pessoas, as instâncias que enquadram legalmente a prática do aborto (Galeotti, 2007:108). Contudo, à medida que os vários países vão despenalizando esta prática, as medidas que a regulamentam passam também a ser definidas sob outras molduras legais (Boland e Katzive, 2008: 110). Alguns países vão incorporando as novas instâncias nos respetivos códigos ou medidas penais enquanto outros criam, paralelamente, as denominadas leis do aborto separadas do âmbito penal. Neste sentido há a considerar a existência de medidas específicas emitidas não só no âmbito de decisões de tribunal como no âmbito da saúde pública e da ética médica que visam esclarecer alguns pontos sensíveis das leis que regulam a indução do aborto (Boland e Katzive, 2008: 110). Aliás, medidas que remetem para a forma gradual como se vai libertando o aborto induzido do seu histórico estatuto de crime e, por aí, assumindo-se sobretudo como um ato médico (Horellou-Lafarge, 1982, 405).

⁶² Relembra-se que, antes dos anos 1950, ocorrem os casos da liberalização do aborto, em 1920, sob a Rússia bolchevique, em 1936, sob a República Espanhola (Galeotti, 2007:114) e, a partir de 1948-49, sob o Japão do pós-guerra (Hodgson, 2009: 496). De referir o caso da Alemanha, sob a República Weimar, com a introdução em 1926/27 de alterações à lei no sentido de permitir a interrupção da gravidez por indicação médica, no caso da vida e da saúde da mulher se encontrar em risco (Telman,1998:106). O caso da Islândia que, em 1935, também define legalmente algumas condições sob as quais se permite a interrupção de uma gravidez, ao qual se seguem o caso da Suécia, em 1937, e a Dinamarca, em 1938 (Blayo, 1989: 225).

⁶³ Em 1955 a então União Soviética liberaliza o acesso ao aborto, sendo seguida pelos países que lhe são politicamente satélites. Em 1957 a China, torna-se o primeiro grande país no âmbito das regiões menos desenvolvidas a liberalizar o acesso ao aborto induzido (Singh,2009:11). Seguiram-se, nas décadas de 1960 e 1970, países europeus (como a Inglaterra e a França) e ainda os Estados Unidos.

2.1 A SITUAÇÃO NO MUNDO

Sob diferentes sistemas legais⁶⁴ e diferenciadas influências culturais a regulação do aborto induzido surge codificada em documentos diversos, envolvendo, por vezes, conteúdos contraditórios que dificultam a definição exata da natureza da lei ou da política relativa ao aborto que impera num determinado país (Rahman, Katzive e Henshaw, 1998: 56). Logo, não será estranho que, tendencialmente, a caracterização da política de um Estado, face à interrupção da gravidez, implique referências a diferentes fontes legais (Boland e Katzive, 2008: 110).

Deverá acrescentar-se ainda que, em relação ao aborto induzido, não basta perceber o que importa procurar em termos de documentação legal ou oficial é preciso também conseguir aceder-lhe. Em muitos países, sobretudo os menos desenvolvidos, é muito difícil obter qualquer tipo deste material. Para tal concorre a profunda destruturação ao nível dos serviços oficiais e a inexistente capacidade económica e social para consolidar, organizar e publicar informação legal. Limitações estreitamente associadas, em muitos casos, à existência de uma crónica destabilização política e social (UN, 2002).

À dificuldade existente em obter e compilar informação legal de origem conceptual tão diversa e, muitas vezes, tão imprecisa, acrescenta-se a dificuldade em perceber qual o potencial nível de restrição das medidas. Isto porque, para além da interpretação diferencial a que estão sujeitas, é frequente existir distinção entre o que está escrito na lei ou está definido pela política e a sua aplicação na prática (Boland e Katzive, 2008: 111). Em alguns países, medidas mais restritivas são na prática tendencialmente contornáveis no sentido mais liberal⁶⁵. Enquanto noutros, medidas mais liberais acabam por ter uma fraca aplicação na prática por falta de quem possa providenciar os procedimentos médicos ou de condições apropriadas para o efeito⁶⁶. E, finalmente, há ainda a considerar a situação de países onde, apesar de legalmente ser permitida a indução do aborto sob algumas condições menos

⁶⁴ Em geral são três os principais sistemas legais que imperam no mundo: o regido pela lei civil (tradição latina com larga influência francófona) de onde também deriva a “*socialist law*” (cuja influência reduziu com o colapso da antiga União Soviética mantendo-se ainda na China, Cuba, Vietname e República Popular Democrática da Coreia), o regido pela lei comum (tradição anglófona) e o regido pela lei islâmica (UN, 2002).

⁶⁵ Em alguns países a indução do aborto só é permitida para salvar a vida da mulher, no entanto, a possibilidade de aceder a práticas de regulação do ciclo menstrual viabiliza, para todas as mulheres em geral, a interrupção da gravidez com algumas semanas de atraso da menstruação (Rahman, Katzive e Henshaw, 1998: 57).

⁶⁶ Em alguns países a indução do aborto é permitida sob as condições mais liberais, no entanto, os serviços que viabilizam a sua prática legal, são de fraca abrangência territorial, não se encontrando disponíveis para a maior parte das mulheres, sobretudo as mais pobres e a residir em zonas rurais (Rahman, Katzive e Henshaw, 1998: 57).

restritivas, a permanência de um forte estigma social determina uma precária mobilização de recursos (Boland e Katzive, 2008: 111).

Apesar de se apresentar como uma difícil tarefa, desde os anos 1980 que as Nações Unidas têm seguido, de forma mais sistemática, a evolução, nos vários países do mundo, das leis e das políticas que tem vindo a enquadrar o acesso à indução do aborto (UN, 2010: 23). Assim tem sido possível ultrapassar a diferenciação, ao nível dos sistemas legais e das interferências culturais, bem como parte das dificuldades no acesso à informação, e sistematizar a evolução das tendências que, de forma transversal, se vão impondo em torno da definição das principais condições sob as quais tem vindo a ser permitida a interrupção da gravidez. De facto, a nível global, o permitido recurso ao aborto induzido surge na atualidade definido legalmente por referência a sete condições principais (UN,2014c).

A primeira, “para salvar a vida da mulher”, é transversalmente considerada por todos os países que permitem a indução do aborto sob qualquer condição⁶⁷. Aliás, segundo os últimos dados disponibilizados pelas Nações Unidas (UN, 2013b), para 2013 e a nível mundial, 25% dos países⁶⁸ apenas consideram esta condição (Quadro 2.1). Embora, em alguns casos, se apresentem listadas as situações que se definem como envolvendo risco para a vida da mulher, a maior parte dos países deixa essa avaliação nas mãos dos profissionais de saúde nomeados para o efeito (UN, 2013a: 66).

A segunda, “para preservar a saúde física da mulher”, é tendencialmente considerada pela maioria dos países que permitem a indução do aborto sob qualquer condição. Com efeito, em 2013, 67% dos países permitem a indução do aborto sob esta condição (Figura 2.1), sendo que, em muitos casos, apenas é considerada na situação de uma grave, duradoura ou permanente ameaça para a saúde da mulher grávida (Boland e Katzive, 2008: 112). É de referir, no entanto, que o termo “saúde física” surge definido, pelos vários países, de forma diversa. Se, em alguns casos, apresenta-se definido por referência a uma listagem de situações sob as quais se deve obrigatoriamente enquadrar, noutros apresenta-se definido de forma mais abrangente dando mais liberdade à avaliação médica.

⁶⁷ Todos os países, exceto os que não permitem sob nenhuma condição, consideram a possibilidade da indução do aborto para salvar a vida da mulher grávida. Possibilidade que é considerada de forma explícita ou sob o princípio da “defesa da necessidade” associado, em geral, às medidas penais. Sob este princípio, em muitos países, a indução do aborto deixa de ser criminalizável no caso de se apresentar como um ato necessário para salvar a vida da mulher (Boland e Katzive, 2008: 111-112).

⁶⁸ Para 2013, as Nações Unidas (2013b) consideraram 197 países onde, para além dos 193 Estados membros, incluíram a Santa Sé (Estado do Vaticano), o Estado da Palestina, o Niue e as Ilhas Cook. No entanto, para os cálculos, apenas foram considerados 196 países porque não existiam dados disponíveis para o Sudão do Sul.

De facto, quando o termo “saúde” surge definido num sentido mais lato, sem diferenciar explicitamente a saúde física da saúde mental, existe espaço para uma interpretação próxima da linha definida pela Organização Mundial de Saúde, como um estado de bem-estar completo, envolvendo a dimensão física, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade ou de doença (Boland e Katzive, 2008: 112). Todavia, nos países onde esta condição é considerada, a tendência é para que a lei seja interpretada mais no sentido apenas da saúde física (UN, 2002). Normalmente os países africanos e latino americanos tem uma interpretação mais restrita do termo saúde do que os países sob tradição legal anglófona (UN, 2002).

A terceira condição, “para preservar a saúde mental da mulher”, também é considerada, em 2013, por um número elevado de países, cerca de 64% (Figura 2.1). Todavia, o que se define como ameaça à saúde mental da mulher varia muito de país para país. Se em muitos casos essa definição não existe, fazendo-a depender, mais uma vez, da avaliação dos profissionais de saúde, noutras casos surge conceptualizada de modo a incluir o que se denomina de “sofrimento emocional”⁶⁹ (UN, 2002). De qualquer modo, estamos perante uma instância legal que, ao oferecer uma ampla possibilidade interpretativa, é recorrentemente considerada por alguns países no sentido de permitir a interrupção da gravidez sob diversas situações como de violação, de incesto, de malformação fetal e até de âmbito mais socioeconómico (Boland e Katzive, 2008: 112).

A quarta, “no caso de violação ou de incesto”, é uma condição que, em 2013 e por si só, é considerada por 52% dos países do mundo (Figura 2.1), incluindo alguns que apresentam uma legislação muito restritiva, tal como são os países da América Latina. Se as anteriores instâncias remetem para o âmbito da saúde, esta remete claramente para o âmbito criminal. Alguns países mencionam especificamente o caso de violação e incesto na sua legislação, outros referem-se a casos cuja gravidez resulte de ofensas criminais, não especificando a natureza da ofensa. No âmbito dos procedimentos requeridos também surgem diferenças. Em alguns casos é requerido que a situação seja previamente levada a tribunal ou reportada às autoridades para que a interrupção da gravidez seja permitida. Como o cumprimento deste requisito envolve uma certa exposição pública das mulheres, muitas delas acabam por desistir de recorrer ao aborto legal sob esta condição (Rahman, Katzive e Henshaw, 1998: 62; UN, 2002).

A quinta, “no caso de malformação fetal”, é considerada, tal como a condição anterior, por 52% dos países (Figura 2.1), incluindo alguns onde as políticas de aborto se apresentam mais restritivas. A legislação de muitos países especifica o tipo e o nível de malformação fetal sob a qual é permitida a indução do aborto (UN, 2002). Todavia, trata-se

⁶⁹ No documento de referência surge como «*emotional distress*». (UN, 2002).

de uma condição que implica, em muitos casos, como procedimentos requeridos, o prévio recurso a meios complementares de diagnóstico como a ecografia. Algo que é extremamente difícil de concretizar em países com fracos recursos no âmbito da saúde pública, o que logo à partida compromete o acesso ao aborto legal sob esta condição, sobretudo para as mulheres das classes sociais menos favorecidas e a residir em contextos rurais.

A sexta, “por motivos económicos e sociais”, é uma condição que já não é tão frequentemente considerada como as anteriores, sendo indicada, em 2013, por 36% dos países recenseados pela Nações Unidas. Esta retração na percentagem dos países prende-se com a possibilidade interpretativa que esta instância permite e que frequentemente a coloca no plano da condição mais liberal. Alguns países definem, de forma específica, as situações em que consideram haver razões sociais e económicas que fundamentem legalmente a interrupção de uma gravidez, mas outros apenas o fazem de forma implícita (UN, 2002).

A sétima, “a pedido da mulher”, é, juntamente com a condição anterior, a que menos frequentemente é considerada (30% dos países em 2013). Isto porque, sob esta condição, para aceder ao aborto legal, apenas se impõe que seja solicitado de forma voluntária pela mulher grávida. Uma vez formulado esse pedido, junto das instituições contempladas pela lei, basta a existência de um médico que aceite efetivar a intervenção⁷⁰ e num momento que não coloque em causa o limite legalmente imposto ao tempo de gestação⁷¹ (UN, 2002). Aliás, à medida que se vai abordando cada uma das principais condições percebe-se que é necessário ter também em conta não só as diferentes definições das situações por elas enquadradas, como os requisitos nelas implicados (Boland e Katzive, 2008: 112). Estes variam de país para país e devem ser obrigatoriamente cumpridos para que efetivamente seja permitido aceder à indução do aborto em contexto legal.

Requisitos que tendencialmente envolvem alguma exposição pública da mulher que aborta, sujeitando-a ao estigma a que se associa este episódio, em grande parte dos países do mundo. Requisitos cujo tempo de concretização, sobretudo em países com fracos recursos no âmbito dos cuidados de saúde, empurra, com frequência, a duração da gravidez para lá do limite permitido por lei para a sua interrupção. Requisitos que, finalmente, levam muitas mulheres a desistir de recorrer ao aborto legal e a procurar interromper a gravidez na

⁷⁰ Na maior parte dos países é explicitado na lei a obrigatoriedade de efetivar a interrupção da gravidez em contexto hospitalar.

⁷¹ O limite para o período gestacional, dependendo dos países, pode ir das 10 às 24 semanas (UN, 2014).

ilegalidade (WHO, 2011:4). É o caso da obrigatória existência de consentimentos⁷², pareceres médicos ou de avaliações de vários tipos de especialistas, especificamente indicados, que atestem as condições implicadas. Da imposição de entrevistas com implícitos ou explícitos objetivos dissuasores face à decisão de interromper a gravidez ou da imposição de limitações às condições disponibilizadas para que o procedimento pode ser providenciado.

Em síntese o nível de restrição que impera num determinado país face ao aborto induzido, não pode ser apenas medido pelas instâncias sob as quais a sua prática é legalmente permitida, mas também pelo que é imposto por via dos procedimentos a elas associados. Todavia e por tudo o que foi referido anteriormente, a condição “a pedido da mulher” é pois, claramente, a que se apresenta como menos restritiva. Do mesmo modo e pela grande abrangência interpretativa, também se considera como menos restritiva a condição “por motivos económicos e sociais”. Todas as restantes, apresentam um campo de aplicação bastante delimitado, umas porque se referem a situações algo precisas como o incesto, a violação e a malformação fetal e outras ainda porque dependem acentuadamente da posição da classe médica.

Convém relembrar que a posição dos médicos sempre foi historicamente relevante na abordagem política e social do fenómeno do aborto e que, na contemporaneidade, independentemente do nível de restrição que possa existir, apresenta-se determinante na viabilidade de uma interrupção da gravidez em contexto legal. Tendencialmente, a posição antiaborto dos profissionais médicos e de saúde, em geral, é o último obstáculo com que uma mulher se pode confrontar no acesso ao aborto induzido⁷³ (Rahman, Katzive e Henshaw, 1998: 61-62).

Nas condicionantes que potencialmente rodeiam o recurso à indução do aborto também há que contar com as já referidas limitações estruturais que marcam a realidade de muitos países onde a falta de recursos médicos e de adequadas infraestruturas associadas aos cuidados de saúde condicionam logo à partida o acesso das mulheres à indução do aborto

⁷² Tendencialmente as menores só podem abortar com o consentimento dos pais ou de um familiar adulto. E, em alguns países, as próprias mulheres adultas só podem abortar com o consentimento dos maridos (Boland e Katzive, 2008: 112).

⁷³ Contudo, no âmbito legal, seja qual for a condição sob a qual se possa apresentar a mulher, a posição da classe médica face ao aborto induzido é salvaguardada, em muitos países, com a adição de cláusulas que possibilitam a estes profissionais declararem-se objetores de consciência e recusarem-se a viabilizar ou a participar numa interrupção da gravidez (Rahman, Katzive e Henshaw, 1998: 62).

mesmo sob as condições legalmente consideradas⁷⁴. Neste âmbito, também convém ter em conta o facto de muitas mulheres desconhecerem os seus direitos em termos de interrupção da gravidez e manterem-se, por isso, reféns da clandestinidade e das ancestrais tradições socioculturais que tendencialmente estigmatizam quem recorre ao aborto (Boland e Katzive, 2008: 117). Aliás um estigma que, como verificámos anteriormente, também marca a abordagem política do fenómeno do aborto. Facto que concorre para que exista uma tendência, ao nível dos países, para a não divulgação e a pouca clarificação sobre as possibilidades que existem, em contexto legal, para aceder à interrupção da gravidez ou para a sua assimilação a um ato médico desnecessário e, por isso, não suscetível de ser isento de custos para quem o requer sob qualquer sistema de saúde público (Boland e Katzive, 2008: 112).

Finalmente é de referir que, no mundo, a inércia face à liberalização do acesso ao aborto induzido, independentemente dos grupos de pressão antiaborto que sempre existirão dentro de qualquer sociedade e das suas atitudes mais e menos radicais⁷⁵, tem duas principais origens, a inexistência ou a existência de precários direitos humanos com especial acentuação ao nível dos direitos das mulheres, sobretudo no que se refere à vida sexual e reprodutiva (Boland e Katzive, 2008: 117) e a influência da religião (Rahman, Katzive e Henshaw, 1998:62; AGI,1999: 6; Galeotti, 2007: 154). Aliás a interferência desta última determina ainda fortemente a existência em 2013 de países que não permitem o aborto sob nenhuma condição⁷⁶. Quanto à primeira, ela está particularmente presente na maioria dos países africanos e asiáticos.

Em suma, em estreita associação com as várias instâncias sob as quais se permite o acesso à interrupção da gravidez surge sempre a imposição de diversos constrangimentos legais ou estruturais que determinam fortemente a viabilidade efetiva do aborto em contexto legal. Nesta medida, a liberalização ou a legalização do aborto remete sempre para um processo mais ou menos condicionado de onde nunca está excluído um qualquer nível de restrição. Deste modo e sem ter em conta os poucos países em que o aborto ainda é estritamente proibido, pode-se, pois, considerar que o nível de restrição mais elevado é

⁷⁴ Por exemplo, o acesso ao aborto legal pode implicar, sob algumas condições, a obrigatoriedade de uma prévia avaliação de uma junta médica em países onde o pessoal médico é escasso e concentrado apenas em centros urbanos (WHO, 2011: 4).

⁷⁵ Em alguns países como a França e os Estados Unidos, a violenta reação por parte de alguns cidadãos que se opõe ao aborto, levou a que se criassem medidas legais específicas de coação relativas a crimes que envolvem, no âmbito da prática da indução do aborto, utentes, profissionais e instalações (Rahman, Katzive e Henshaw, 1998: 62).

⁷⁶ Os países onde o aborto não é permitido sob nenhuma condição são aqueles onde a Igreja católica, grande opositora da legalização do aborto (Galeotti, 2007: 152-154), tem grande influência social: Malta, República Dominicana, El Salvador, Nicarágua e Chile (UN, 2013a: 66).

representado pelos contextos em que o acesso ao aborto legal é apenas permitido quando a vida da mulher está em risco. Por outro lado, e sabendo que “para salvar a vida da mulher” é uma condição transversal a todos os contextos em que, de algum modo, é permitido o acesso ao aborto legal, pode-se considerar como representando o nível de restrição mais reduzido aquele que integra a condição “a pedido da mulher” logo seguido do que integra a condição “por motivos económicos e sociais”. Quanto às restantes condições e tal como já foi referido anteriormente apresentam claramente um nível de restrição mais elevado do que o implicado nas duas anteriores.

No Quadro 2.1, se nos fixarmos na análise das situações com maior e com menor nível de restrição, observamos que, em 2013, no mundo existe maior percentagem de países⁷⁷ que permitem o acesso ao aborto induzido sob a condição com menor nível de restrição (“a pedido da mulher”) do que sob a condição com maior nível de restrição (“apenas para salvar a vida da mulher”). Apesar de esta relação tender positivamente no sentido de uma liberalização (UN 2014b:2), na verdade os países do mundo que possibilitam a interrupção de uma gravidez a pedido da mulher não ultrapassam, em 2013, os 30% e os que a possibilitam por motivos económicos e sociais representam apenas 6%.

Quadro 2.1 – Países por número de condições sob as quais se permite o acesso ao aborto induzido, 2013 (%)

| Países do mundo | Ñ Permitem | Permitem (número de condições) | | | | | | |
|-----------------|---------------|--------------------------------|---|----|---|----|-------|-------|
| | Sem condições | Apenas 1 (a) | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 (b) | 7 (c) |
| | 3 | 25 | 3 | 17 | 6 | 10 | 6 | 30 |

Fonte: UN (2013b).

(a) Percentagem de países que apenas permitem a indução do aborto “para salvar a vida da mulher”.

(b) Percentagem de países que permitem a indução do aborto “por motivos económicos e sociais”⁷⁸.

(c) Todos os países que permitem a indução do aborto “a pedido da mulher” também o permitem sob todas as outras 6 principais condições consideradas.

Na comparação entre 1996 e 2013 (Figura 2.1), apesar da evolução das várias condições confirmar uma tendência geral para uma crescente liberalização no acesso ao aborto induzido⁷⁹, é visível a menor expressão das condições menos restritivas na

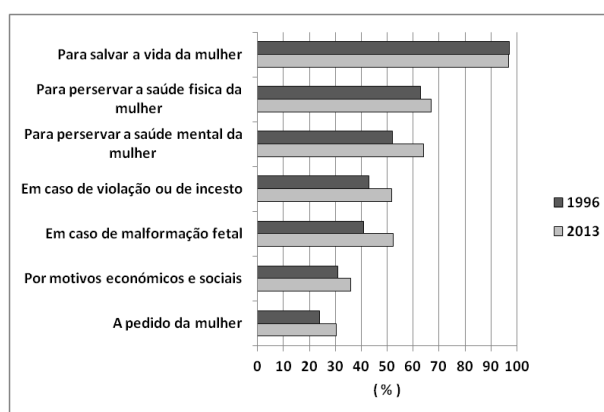
⁷⁷ Relembra-se que estão em análise 196 países.

⁷⁸ Pelo nível de restrição reduzido que implica, entendeu-se registar aqui a percentagem de países que permitem a indução do aborto sob esta condição e que, contudo, não a permitem “a pedido da mulher”. Isto independentemente do número de principais condições sob as quais permitem o acesso à indução do aborto.

⁷⁹ Com efeito, de 1996 a 2013, 57 países (21 em África, 12 na Ásia, 12 na América Latina e Caraíbas, 8 na Europa e 4 na Oceânia) aumentaram o número de condições sob as quais permitem o acesso ao aborto induzido, enquanto 8 países o reduziram (3 na América Latina e Caraíbas, 2 em África, 2 na Ásia e 1 na Oceânia). Entre estes últimos, 2 países (República Dominicana e Nicarágua) que, antes, o permitiam para salvar a vida da mulher deixaram de o permitir sob qualquer condição.

distribuição pelos países. À exceção da primeira condição, a percentagem de países que permitem o acesso ao aborto, acresce, de 1996 para 2013, sob todas as condições. E tal como verificámos anteriormente, mais de 60% dos países em causa permitem o acesso ao aborto induzido quando a saúde física e mental da mulher está em risco, enquanto mais de metade o permitem no caso de incesto, violação ou malformação fetal. Todavia, não chegam aos 40% os países que permitem a interrupção da gravidez quer por motivos económicos e sociais, quer a pedido da mulher (Figura 2.1).

Figura 2.1 – Países por condições sob as quais se permite o aborto induzido, 1996 e 2013 (%)



Fonte: UN (2013b).

Em síntese, apesar da existente tendência no sentido de uma maior liberalização, a maioria dos países do mundo, em 2013, ainda mantem uma política muito restritiva face ao aborto. Uma maioria de que fazem parte sobretudo países que se encontram nas regiões do mundo menos desenvolvidas⁸⁰ (Quadro 2.2).

Com efeito e voltando a centrar a análise nas situações com maior e menor nível de restrição, observa-se que a percentagem de países que consideram as 7 principais condições decresce fortemente à medida que o seu nível de desenvolvimento reduz. Tendência contrária verifica-se relativamente à percentagem de países associados apenas à condição “para salvar a vida da mulher” cujo acréscimo acompanha a redução do potencial nível de desenvolvimento (Quadro 2.2).

⁸⁰ Segundo a classificação das Nações Unidas, as “regiões menos desenvolvidas” integram todos os países da África, da Ásia (excluindo o Japão), da América Latina e Caraíbas mais os da Melanésia, Micronésia e Polinésia (UN, 2013a: 37).

Quadro 2.2 – Países por número de condições sob as quais se permite o aborto induzido, regiões mais e menos desenvolvidas e países menos desenvolvidos do mundo, 2013 (%)

| Países do mundo | Ñ Permitted | Permitted (number of conditions) | | | | | | |
|-----------------------------|---------------|----------------------------------|---|----|---|----|-------|-------|
| | Sem condições | Apenas 1 (a) | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 (b) | 7 (c) |
| Regiões mais desenvolvidas | 4 | 6 | 0 | 4 | 0 | 4 | 10 | 71 |
| Regiões menos desenvolvidas | 3 | 31 | 4 | 22 | 8 | 12 | 4 | 16 |
| Menos desenvolvidos | 0 | 44 | 4 | 27 | 4 | 15 | 2 | 4 |

Fonte: UN (2013b).

(a) Percentagem de países que apenas permitem a indução do aborto “para salvar a vida da mulher”.

(b) Percentagem de países que permitem a indução do aborto “por motivos económicos e sociais”.

(c) Todos os países que permitem a indução do aborto “a pedido da mulher” também o permitem sob todas as outras 6 principais condições consideradas.

No âmbito das regiões mais desenvolvidas⁸¹, 71% dos países permitem a indução do aborto sob todas as condições em causa, incluindo a pedido da mulher, sendo apenas 6% aqueles que o permitem exclusivamente no caso de a mulher correr risco de vida. Nas regiões menos desenvolvidas a diferença entre a percentagem de países, que se enquadram numa e noutra situação, não é tão ampla, mas o sentido da relação inverte-se. Para 16% dos países que permitem a interrupção da gravidez sob as 7 condições tem-se 31% que apenas o permitem para salvar a vida da mulher (Quadro 2.2).

A tendência para uma maior liberalização encontrada no âmbito das regiões mais desenvolvidas é mais expressiva do que a encontrada no sentido da maior restrição, no âmbito das regiões menos desenvolvidas. Este facto remete para a instabilidade social e política (UN, 2002), em geral, que marca uma grande parte dos países das regiões menos desenvolvidas, mas também para a maior diversidade de situações que aí ocorrem face à prática da indução do aborto. Com efeito, enquanto as regiões mais desenvolvidas concentram o seu valor mais expressivo sob as 7 condições, nas regiões menos desenvolvidas, para além do que ocorre sob a primeira condição, 22% dos países permitem o aborto induzido sob 3 condições e 12% sob 5 condições (Quadro 2.2).

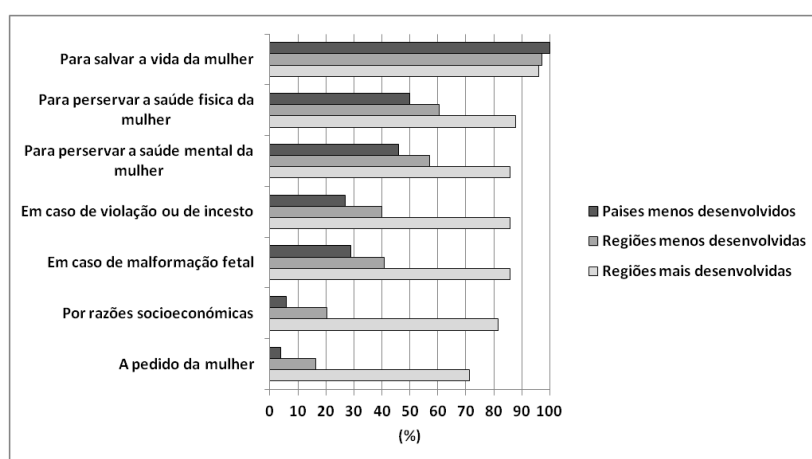
De qualquer modo, a estreita relação entre o nível de desenvolvimento e o nível de restrição das respetivas medidas que regulam o acesso ao aborto induzido assume maior evidência quando se analisa o que ocorre no âmbito dos países considerados, pelas Nações Unidas⁸², como os menos desenvolvidos do mundo.

⁸¹ Segundo a classificação das Nações Unidas, as “regiões mais desenvolvidas” integram todos os países da Europa, da América do Norte mais a Austrália, a Nova Zelândia e o Japão (UN,2013a: 37).

⁸² Segundo classificação das Nações Unidas (resoluções da Assembleia Geral das Nações Unidas 59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/295 e 67/136), dos 49 países considerados “menos desenvolvidos” 34 situam-se em África (Angola, Benim, Burkina Faso, Burundi, República Central Africana, Chade, Cômoros, República Democrática do Congo, Djibouti, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gambia, Guiné, Guiné-Bissau, Lesotho, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia,

Na Figura 2.2 percebe-se a clara retração dos valores, no âmbito das regiões menos desenvolvidas, quando se passa da primeira condição para as seguintes. Uma retração fortemente acentuada quando se destacam os países considerados os menos desenvolvidos do mundo.

Figura 2.2– Países por condições sob as quais se permite o aborto induzido, regiões mais e menos desenvolvidas e países menos desenvolvidos do mundo, 2013 (%)



Fonte: UN(2013b).

Nas regiões mais desenvolvidas a interrupção da gravidez é permitida em mais de 80% dos países, por motivos económicos e sociais, e, em mais de 70%, a pedido da mulher. Enquanto nas regiões menos desenvolvidas apenas o permitem, no primeiro caso, 20% e, no segundo caso, ainda menos de 20% dos países em causa (Figura 2.2). Tendência que se agrava quando se observa o comportamento dos países menos desenvolvidos do mundo onde apenas 4% considera o pedido da mulher e 6% as razões socioeconómicas. Isto paralelamente ao facto de quase metade destes últimos países (44%) só permitir o recurso à interrupção da gravidez na condição da mulher correr risco de vida (Quadro 2.2).

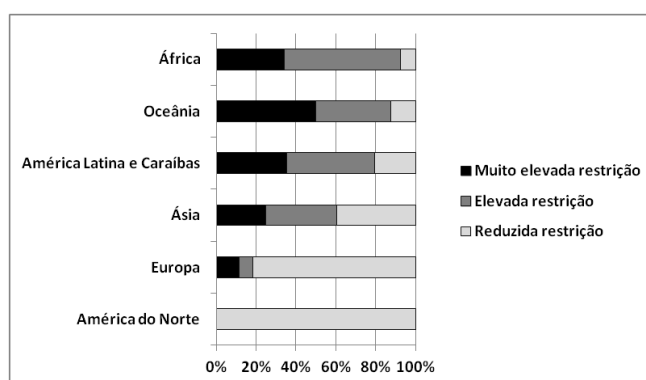
Em síntese, o nível de desenvolvimento estrutura diferenças no âmbito das medidas legais que determinam o acesso ao aborto induzido no espaço mundial. Sendo que as políticas de aborto mais restritivas estão associadas a cerca de 80% dos países situados em regiões do mundo menos desenvolvidas. Neste sentido, não será estranho que, em termos

Moçambique, Níger, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Somália, Sudão do Sul, Sudão, Togo, Uganda, Republica Unida da Tanzânia, Zâmbia), 9 na Ásia (Afeganistão, Bangladesh, Butão, Camboja, República Democrática Popular de Laos, Myanmar, Nepal, Timor Leste, Iémen), 5 na Oceânia (Kiribati, Samoa, Ilhas Salomão, Tuvalu, Vanuatu) e 1 na América Latina e Caraíbas (Haiti) (UN, 2013a: 37).

de grandes regiões geográficas⁸³, seja em África que se encontra a maior percentagem dos países em causa, pois é aí que se localizam 34 dos 49 países considerados os menos desenvolvidos do mundo (Figura 2.3).

Com efeito, África apresenta a percentagem mais reduzida de países onde a legislação contempla a possibilidade de aceder à indução do aborto a pedido da mulher ou por motivos económicos e sociais (Figura 2.3.). Seguem-se a Oceânia e a América Latina e Caraíbas. Quanto à Ásia, mesmo beneficiando da situação menos restritiva da China, da Índia e de alguns países⁸⁴ que pertenciam à antiga União Soviética⁸⁵, não ultrapassa os 40%.

Figura 2.3 – Países por nível de restrição⁸⁶ no acesso ao aborto induzido, grandes regiões geográficas do mundo, 2013 (%)



Fonte: UN(2013b).

Todavia, a Oceânia é a área geográfica que apresenta uma maior percentagem de países com o nível de restrição mais elevado⁸⁷. De facto, 50% dos países que a integram só

⁸³ As grandes regiões geográficas aqui em causa são as consideradas pelas Nações Unidas: África, Ásia, Europa, América Latina e Caraíbas, América do Norte e Oceânia (UN, 2013a: 37).

⁸⁴ É o caso do Cazaquistão, do Quirguistão, do Tajiquistão, do Turquemenistão, do Uzbequistão, do Azerbaijão, da Geórgia e da Arménia.

⁸⁵ Apesar de alguns países pertencentes à antiga União Soviética procederem, após 1992, a algumas revisões das medidas demarcadamente pouco restritivas herdadas da legislação e regulação soviética (Rahman, Katzive e Henshaw, 1998: 61), estes mantiveram, de uma forma geral, uma política mais liberal face ao aborto induzido.

⁸⁶ Sob mais elevada restrição integra o grupo dos países que não permitem o acesso ao aborto sob nenhuma condição juntamente com os países que o permitem sob a única condição “apenas para salvar a vida da mulher”. Sob elevada restrição integra o grupo dos países que permitem o acesso ao aborto sob todas as condições exceto “por motivos económicos e sociais” e a “pedido da mulher”. Sob estas duas últimas condições classifica-se o grupo que integra o nível de reduzida restrição.

permitem o acesso à interrupção da gravidez apenas se a mulher grávida correr risco de vida (Figura 2.3). É de realçar que, apesar da América Latina e Caraíbas se posicionarem relativamente ao nível mais elevado de restrição, abaixo da Oceânia, a sua situação apresenta-se agravada pela inclusão de 4, dos 6 países, que, em 2013 não permitem o recurso ao aborto sob nenhuma condição.

Em síntese, após a primeira década do século XXI, dá-se conta, no espaço mundial, de uma tendência para uma gradual liberalização no acesso ao aborto induzido. No entanto, as medidas mais restritivas continuam a dominar na maior parte dos países do mundo, evidenciando-se uma clara diferenciação em função do nível de desenvolvimento. As mulheres a residir em países menos desenvolvidos, caso optem por interromper uma gravidez, deparam-se tendencialmente com restrições mais fortes do que as mulheres a residir em países mais desenvolvidos. Perante esta constatação resta perceber de que forma esta diferenciação se traduz em termos da incidência do recurso ao aborto induzido.

A despenalização da indução do aborto sob condições, a partir dos anos 1950, com particular acentuação, de 1960 a 1980, nos países mais desenvolvidos (Henshaw, 1990:78), possibilitou a posterior produção de estatísticas oficiais, nacionais e internacionais, sobre as interrupções da gravidez que passaram a ocorrer em contexto legal. No entanto, mesmo na contemporaneidade, estas estatísticas apresentam-se tendencialmente incompletas ou determinadas pela subdeclaração. (Sedgh *et.al*, 2011: 188).

A informação sobre o aborto induzido surge sempre condicionada pelo facto de se tratar, tal como já foi referido anteriormente, de uma prática que não deixa de ser estigmatizada socialmente e, por aí, tendencialmente marcada pela omissão, tanto da parte de quem a providencia como da parte a quem ela recorre. Quanto à qualidade dos dados oficialmente produzidos depende de diversos fatores, nomeadamente, a existência ou não de obrigatoriedade legal face ao registo de todos os episódios de aborto induzido, a inclusão ou não, nesses registos, dos episódios que recorrem à indução medicamentosa e, sobretudo, dos episódios que ocorrem em contexto privado (Sedgh *et.al*, 2011: 188).

Para além das interrupções da gravidez por via medicamentosa, muitas vezes autoinduzidas, e as que são levadas a cabo nos consultórios médicos, o recurso a clínicas privadas, especializadas no aborto induzido, está presente em todos os países que o

⁸⁷ No âmbito da análise do comportamento desta região deverá ter-se em conta que dela fazem parte apenas 16 países dos quais apenas 2 se integram na categoria do nível de reduzida restrição. A mesma perspetiva também deverá ser adotada relativamente à análise do comportamento da região América do Norte, contudo, no sentido contrário, na medida em que são apenas dois países que estão em causa e ambos se inserem na categoria menos restritiva.

permitem, conhecendo visíveis acréscimos ao longo do tempo⁸⁸ (Henshaw, 1990: 84; Sedgh *et.al*, 2011:195). Este é um universo marcado fortemente pela subdeclaração⁸⁹ (Sedgh *et.al*, 2011: 195), ao qual ainda se adicionam, no caso dos países menos desenvolvidos, as negligentes e precárias condições em que são efetuados os registos dos episódios de aborto induzido, mesmo no Setor hospitalar público⁹⁰ (Henshaw, 1990: 80; Sedgh *et.al*, 2011: 195).

Às limitações das estatísticas oficiais sobre a ocorrência do aborto legal⁹¹, frequentemente contornadas, pela produção de estimativas⁹² (Sedgh *et.al*, 2011: 189), juntam-se as óbvias limitações da informação sobre o aborto ilegal. Esta última é sobretudo estimada indiretamente, tendo por base recorrente o cruzamento entre pontuais estatísticas hospitalares e as estatísticas da mortalidade materna, ao qual ainda se adiciona informação proveniente de inquéritos vários às famílias e às mulheres, com especial relevância para os que se centram no âmbito da saúde sexual e reprodutiva⁹³ (WHO, 2011:15).

A todas as limitações referidas anteriormente acrescentam-se ainda as que advêm do acesso, propriamente dito, à informação. E as dificuldades já referidas, no âmbito dos materiais legais, crescem quando se tratam de dados sobre a prática da indução do aborto, sobretudo, em países com uma política de aborto muito restritiva e com menores níveis de desenvolvimento (Sedgh *et.al*, 2011: 188). E, entre estes, sobretudo naqueles que apresentam contextos sociais e económicos destrutturados por um estado de guerra quase permanente (UN, 2002).

⁸⁸ Apesar de os custos serem tendencialmente mais elevados no Setor privado do que no público, o que não se verifica para todos os países, as denominadas clínicas de aborto oferecem um serviço mais especializado e mais célere, com garantias de elevada privacidade e reduzida possibilidade de estigmatização (Henshaw, 1990:88).

⁸⁹ Existem países onde o Setor privado é obrigado de forma indireta a fornecer os registos dos episódios de aborto induzido de modo a aceder ao reembolso de custos previsto pela lei.

⁹⁰ Existem países que incluem abortos espontâneos nas estatísticas oficiais do aborto induzido (UN, 2014b).

⁹¹ Para 2008, apenas 25 países, incluindo Portugal, disponibilizaram estatísticas oficiais, consideradas completas, sobre o aborto induzido em contexto legal (Sedgh *et.al*, 2011:190).

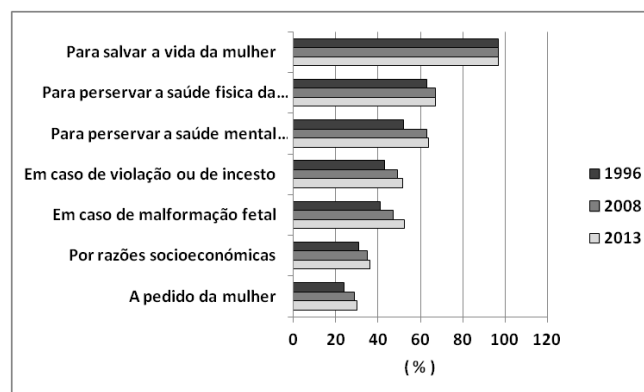
⁹² Estas estimativas têm sobretudo por base as estatísticas oficiais e os resultados de inquéritos nacionais (Sedgh *et.al*, 2012).

⁹³ Quando os dados que se dispõe estão claramente incompletos e comprometidos pela subdeclaração ou são relativos a anos anteriores recorre-se a fontes adicionais (como informadores privilegiados, estudos e relatórios publicados) e a abordagens sistemáticas de modo a produzir as necessárias correções e projeções (Sedgh *et.al*, 2012).

O Instituto Alan Guttmacher (AGI)⁹⁴ e a Organização Mundial de Saúde (WHO) são os principais produtores de informação sobre a incidência do aborto induzido no mundo, a primeira instituição dedica-se sobretudo à caracterização do recurso ao aborto legal e a segunda sobretudo ao inseguro e, por aí, ao ilegal. Contudo, ambas trabalham frequentemente em parceria de modo a sistematizar informação de forma articulada entre os contextos legal e ilegal e as dimensões segura e insegura da prática da indução do aborto no mundo. Com todas as condicionantes acima referidas, os últimos dados disponibilizados pelas duas instituições, em causa, referem-se ao ano de 2008. Facto que levanta a questão do hiato temporal entre esta informação sobre a incidência da prática e a contextualização que anteriormente foi produzida sobre a sua regulação e que se refere ao ano de 2013. Todavia, tal como se pode verificar de seguida, as tendências anteriormente identificadas já estavam presentes em 2008.

De facto, desde os anos 1970, que é possível identificar, ao nível mundial, uma clara tendência no sentido de uma continuada e gradual liberalização da prática do aborto induzido (Henshaw, 1990: 78; Rahman, Katzive e Henshaw, 1998: 60; Sedgh, 2012). Tendência que, também, se confirma no intervalo de 1996 a 2008.

Figura 2.4 – Países por condições sob as quais se permite o aborto induzido, 1996, 2008 e 2013 (%)



Fonte: Boland e Katzive (2008); UN(2007, 2009, 2013b).

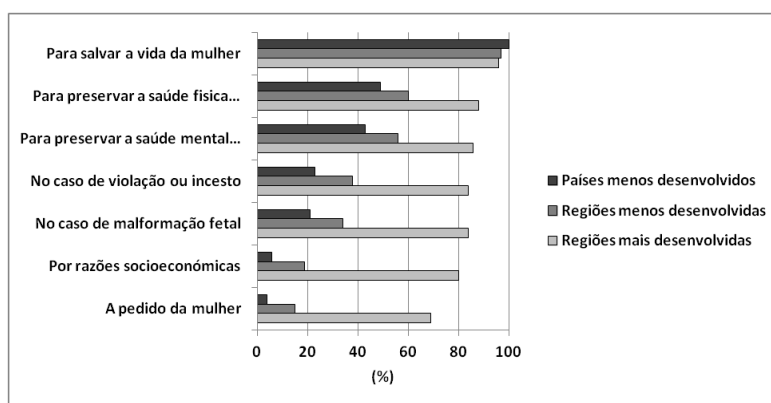
Com efeito, à exceção da primeira condição, observa-se um aumento da percentagem de países sob todas as condições, o que remete para a existência de uma tendência para a liberalização em progressão (Figura 2.4). No confronto com 2013, percebe-se que afinal, neste último momento de observação, a condição “para preservar a saúde física da mulher” também se manteve, tal como a primeira, sem alterações. E que são as

⁹⁴ O Instituto Alain Guttmacher (AGI) é uma instituição, não-governamental e sem fins lucrativos, dedicada à investigação e à promoção do conhecimento na área da saúde sexual e reprodutiva, com especial relevância nas temáticas relativas ao controlo dos nascimentos e ao aborto. Com instalações em Nova Iorque e Washington a sua atuação não se limita aos Estados Unidos assumindo uma vocação global (<https://www.guttmacher.org>).

condições relativas à malformação fetal e à violação e incesto as que conhecem um maior acréscimo.

Em 2008, tal como se verifica em 2013, dá-se conta, a nível global, de uma clara predominância de políticas mais restritivas na regulação do acesso ao aborto induzido. Assim traduz a menor expressão percentual dos países que consideram as condições que envolvem um nível de restrição mais reduzido, “por motivos económicos e sociais” e “a pedido da mulher” (Figura 2.4). Uma expressão que, no entanto, também varia segundo o nível de desenvolvimento.

Figura 2.5 – Países por condições sob as quais se permite o aborto induzido, regiões mais e menos desenvolvidas e países menos desenvolvidos do mundo, 2008 (%)

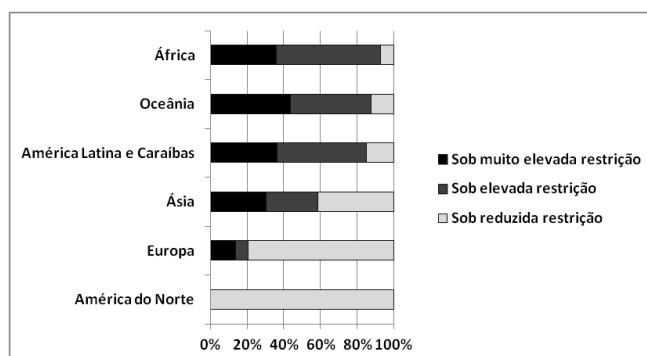


Fonte: Boland e Katzive (2008); UN (2007, 2009).

Como se pode observar na Figura 2.5 e tal como já se havia verificado no âmbito da análise relativa ao ano de 2013, a partir da primeira condição, a retração da percentagem de países é muito evidente quando se trata das regiões menos desenvolvidas, agravando-se quando se passa para os países considerados os menos desenvolvidos do mundo. Deste modo, ao menor nível de desenvolvimento associa-se, pois, um menor número de condições consideradas e, dentro das consideradas, uma forte preponderância das condições mais restritivas.

Em síntese, relativamente ao ano de 2008, as medidas que regulam o acesso ao aborto induzido apresentam, globalmente, as mesmas tendências encontradas no ano de 2013. A predominância das medidas mais restritivas no espaço mundial é fortemente tributária do que ocorre no âmbito dos países das regiões menos desenvolvidas.

Figura 2.6 – Países por nível de restrição⁹⁵ no acesso ao aborto induzido, grandes regiões geográficas do mundo, 2008 (%)



Fonte: Boland e Katzive (2008); UN (2007, 2009).

Dado que, tanto em 2008 como em 2013, a maior parte dos países considerados pela Nações Unidas como os menos desenvolvidos do mundo, são africanos⁹⁶, logo, não é estranho que em ambos os momentos de observação, seja em África que se encontre a menor percentagem de países com as medidas menos restritivas face à indução do aborto (Figura 2.6). A mesma similaridade está presente no facto de, quer em 2008 quer em 2013, a Oceânia e a América Latina e Caraíbas registarem a seguir a África a menor percentagem de países com medidas menos restritivas. Excluindo os 100% na América do Norte⁹⁷, é de referir que, em 2008, na Europa, 79,5% dos países permitem o acesso ao aborto induzido sob as condições menos restritivas enquanto na Ásia não ultrapassam os 41,3% (Quadro 2.3).

Quanto às medidas mais restritivas, em 2008, a Oceânia também suplanta a África e a América Latina e Caraíbas, sendo que esta última região também se superioriza à região africana. A este propósito também é de salientar que na Ásia 30,4% dos países permitem a interrupção da gravidez sob as condições de mais elevada restrição (Quadro 2.3).

⁹⁵ Sob mais elevada restrição integra o grupo dos países que não permitem o acesso ao aborto sob nenhuma condição juntamente com os países que o permitem sob a única condição “apenas para salvar a vida da mulher”. Sob elevada restrição integra o grupo dos países que permitem o acesso ao aborto sob todas as condições exceto “por motivos económicos e sociais” e a “pedido da mulher”. Sob estas duas últimas condições classifica-se o grupo que integra o nível de reduzida restrição.

⁹⁶ Entre 2008 e 2013, ao grupo dos países menos desenvolvidos do mundo, apenas foi acrescentado Timor Leste.

⁹⁷ Relembra-se que da América do Norte fazem parte apenas dois países, Canadá e Estados Unidos.

Quadro 2.3 – Países por nível de restrição no acesso ao aborto induzido, grandes regiões geográficas do mundo, 2008 e 2013 (%)

| Regiões | Nível de restrição de 2008 e 2013 | | | | | |
|---------------------------|-----------------------------------|------|-------------------|------|--------------------|------|
| | Mais elevada restrição | | Elevada restrição | | Reduzida restrição | |
| | 2008 | 2013 | 2008 | 2013 | 2008 | 2013 |
| África | 35,8 | 34,0 | 56,6 | 58,5 | 7,5 | 7,5 |
| Ásia | 30,4 | 25,0 | 28,3 | 35,4 | 41,3 | 39,6 |
| Europa | 13,6 | 11,4 | 6,8 | 6,8 | 79,5 | 81,8 |
| América Latina e Caraíbas | 36,4 | 36,4 | 48,5 | 42,4 | 15,2 | 21,2 |
| América do Norte | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 100 | 100 |
| Oceânia | 43,8 | 50,0 | 43,8 | 37,5 | 12,5 | 12,5 |

Fonte: Boland e Katzive (2008), UN (2007, 2009, 2013b).

De 2008 para 2013, na África e na Ásia, regista-se uma progressão no sentido idêntico ao verificado na Europa, com uma redução na percentagem de países com medidas mais restritivas face à prática do aborto induzido. O mesmo não acontece na Oceânia que conhece um acréscimo nessa percentagem e na América Latina e Caraíbas que a mantem (Quadro 2.3). Relativamente a esta última região convêm sublinhar que, em 2008, o seu nível mais elevado de restrição já se apresenta agravado pela inclusão de 4 dos 6 países onde o recurso à interrupção da gravidez é estritamente proibido.

Apesar da observação de algumas particularidades nas tendências identificadas em torno de 2008, o enquadramento regulador associado a este momento temporal não apresenta alterações de sentido face ao observado relativamente a 2013. Ao menor nível de desenvolvimento associam-se as medidas mais restritivas face ao recurso ao aborto induzido. As regiões de África, Oceânia e América Latina e Caraíbas posicionam-se em torno quer das maiores percentagens de países sob o nível de mais elevada restrição, quer das menores percentagens de países sob o nível de reduzida restrição. Por outro lado, a América do Norte e a Europa destacam-se como as regiões onde prevalecem fortemente as maiores percentagens de países com as medidas menos restritivas. A Ásia, apesar de estar numa posição intermédia, assume um comportamento muito mais próximo do observado em África, Oceânia e América Latina e Caraíbas. É com estes resultados que retomamos a questão já anteriormente colocada. De que modo, as tendências identificadas ao nível do enquadramento legal do aborto induzido se traduzem em termos da incidência da sua prática na contemporaneidade?

Segundo os últimos dados disponibilizados pelo Instituto Alan Guttmacher (AGI, 2012) e a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011; 2012), de 1995 para 2008, a frequência do aborto induzido, no espaço mundial, decresceu. Como se pode observar no Quadro 2.4, passou de uma taxa global de 35% para 28%. Contudo, um decréscimo mais tributário da redução da incidência do aborto no intervalo de 1995 para 2003 e no âmbito das regiões mais desenvolvidas. Estas, apesar de apresentarem em 1995 uma taxa de

aborto induzido claramente superior (39‰) à das regiões menos desenvolvidas (34‰), passam já em 2003 a deter uma menor incidência.

Quadro 2.4 – Taxas globais de aborto induzido^(a), mundo e regiões, 1995, 2003 e 2008 (‰)

| Mundo e Regiões | Tx Aborto Induzido | | |
|---|--------------------|------|------|
| | 1995 | 2003 | 2008 |
| Mundo | 35 | 29 | 28 |
| Regiões mais desenvolvidas ^(b) | 39 | 25 | 24 |
| Regiões menos desenvolvidas ^(c) | 34 | 29 | 29 |
| África | 33 | 29 | 29 |
| Ásia | 33 | 29 | 28 |
| Europa | 48 | 28 | 27 |
| América Latina e Caraíbas | 37 | 31 | 32 |
| América do Norte | 22 | 21 | 19 |
| Oceânia | 21 | 18 | 17 |

Fonte: Sedgh *et.al*, 2012b.

^(a) Número de abortos por mil mulheres em idade de procriar (15-44 anos)⁹⁸. Os cálculos foram feitos com base em estimativas de aborto.

^(b) As “regiões mais desenvolvidas” integram todos os países da Europa, da América do Norte mais a Austrália, a Nova Zelândia e o Japão (United Nations, 2014a).

^(c) As “regiões menos desenvolvidas” integram todos os países da África, da Ásia (excluindo o Japão), da América Latina e Caraíbas mais os da Oceânia (excluindo a Austrália e a Nova Zelândia) (United Nations, 2014a).

Com efeito, no âmbito das regiões mais desenvolvidas, em 2003, estima-se que, em mil mulheres em idade de procriar (15-44 anos), 25 recorram ao aborto induzido, enquanto no âmbito das regiões menos desenvolvidas estima-se que sejam 29 (Quadro 2.4). Esta relação entre o sentido decrescente da frequência do aborto e o maior nível de desenvolvimento mantem-se para 2008, na medida em que as regiões mais desenvolvidas reduzem para 24‰ e as regiões menos desenvolvidas mantêm o mesmo valor estimado para 2003 ou seja os 29‰ (Quadro 2.4.).

Ao nível das grandes regiões geográficas torna-se visível o quanto a queda da frequência do aborto induzido na Europa, sobretudo de 1995 a 2003, foi determinante para a redução da taxa global nas regiões consideradas mais desenvolvidas⁹⁹ (Quadro 2.4).

⁹⁸ Nas fontes em questão foi considerado o intervalo para as mulheres em idade fértil dos 15 aos 44 anos.

⁹⁹ A queda da frequência do recurso ao aborto induzido na Europa é largamente tributária do que ocorreu nos países da Europa central e de leste, a partir de 1992, por via das alterações introduzidas ao nível da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, com especial acentuação ao nível do planeamento familiar e a sua conseqüente articulação com o recurso a métodos de contraceção moderna. Alterações que surgem após a dissolução da antiga União Soviética e o conseqüente desaparecimento do bloco de países de regime comunista que lhe eram satélites (Sedgh *et.al*, 2012).

Por outro lado, também se destaca o comportamento, um pouco a contraciclo, da taxa global de aborto induzido relativamente a África e a América Latina e Caraíbas. À exceção destas duas grandes regiões, todas as outras em causa, apesar de um claro abrandamento de 2003 para 2008, seguem a tendência geral, de 1995 a 2008, no sentido de um decréscimo no recurso ao aborto induzido. Comportamento que, no último período em análise (2003-2008), não se verifica, tanto em África que mantém a sua taxa global nos 29‰, como na América Latina e Caraíbas que a acresce de 31‰ para 32‰ (Quadro 2.4).

O facto destas duas últimas regiões chegarem a 2008 com as taxas globais mais elevadas de aborto induzido leva a concluir que a existência de uma regulação mais restritiva não se traduz obrigatoriamente numa menor frequência da sua prática (Sedgh *et.al*, 2012). Isto, na medida em que, tal como verificámos anteriormente, se tratam de espaços geográficos onde se concentram das maiores percentagens de países com as medidas mais restritivas no que se refere à interrupção da gravidez (Figura 2.6.).

Em síntese, tal como se observou na Europa, ao longo do século XIX e da maior parte do século XX, a existência de medidas mais restritivas na regulação do acesso à interrupção da gravidez não determina um menor recurso ao aborto induzido. E se atendermos, ao comportamento apresentado, na contemporaneidade, pela Europa e a América do Norte, também se pode concluir que, por outro lado, a existência de medidas mais liberais não determina a existência de valores mais elevados para o recurso ao aborto induzido. Sendo assim a questão que se coloca é a de saber como e com que consequências coexistem sobretudo as medidas mais restritivas com a maior incidência do aborto induzido?

Como foi referido, em capítulo anterior, à medida que os progressos ao nível da obstetrícia foram garantindo, no âmbito das interrupções da gravidez, procedimentos gradualmente mais seguros para a saúde da mulher, o aborto induzido segmentou-se em dois fenómenos bem distintos. É neste sentido que, na atualidade, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012b) define a prática do aborto induzido em torno de uma dimensão segura e de uma dimensão insegura. Deste modo e por oposição ao aborto seguro, o denominado aborto inseguro caracteriza-se por ser providenciado por pessoas sem credenciais e conhecimentos suficientes, na área da saúde, para o fazer, e ser praticado sob condições e procedimentos que não garantem os parâmetros de cuidados e de higiene medicamente apropriados, implicando, frequentemente, elevados riscos para a saúde e a vida da mulher¹⁰⁰.

¹⁰⁰ A Organização Mundial de Saúde define aborto inseguro ou unsafe abortion «*as a procedure for terminating an unintended pregnancy carried out either by persons lacking the necessary skills or in an environment that does not conform to minimal medical standards, or both*» (WHO, 2012a:1).

Da observação do Quadro 2.5 confirma-se que, a nível global, o referido decréscimo do aborto induzido é largamente tributário do que ocorre no âmbito das regiões mais desenvolvidas. Contudo, observa-se ainda que esse decréscimo derivou preponderantemente do comportamento do aborto seguro. De facto, a frequência do aborto inseguro não sofreu grandes alterações, mantendo inclusive, para 2008, o mesmo valor de 2003 (14%) e apresentando-se fortemente associado às regiões menos desenvolvidas (Quadro 2.5). Deste modo e apesar da prática do aborto induzido chegar a 2008 com a mesma frequência (14%) quer em contexto seguro quer em contexto inseguro, o nível de desenvolvimento das regiões estrutura claras diferenciações na incidência que essa prática assume, no espaço mundial, em torno destes dois contextos.

Quadro 2.5 – Taxas globais de aborto induzido(a),seguro e inseguro, 1995, 2003, 2008 (%)

| Mundo e Regiões | 1995 | | 2003 | | 2008 | |
|---|--------|----------|--------|----------|--------|----------|
| | Seguro | Inseguro | Seguro | Inseguro | Seguro | Inseguro |
| Mundo | 20 | 15 | 15 | 14 | 14 | 14 |
| Regiões mais desenvolvidas ^(b) | 35 | 4 | 24 | 2 | 22 | 1 |
| Regiões menos desenvolvidas ^(c) | 16 | 18 | 13 | 16 | 13 | 16 |
| África | (*) | 33 | (*) | 29 | 1 | 28 |
| Ásia | 21 | 12 | 18 | 11 | 17 | 11 |
| Europa | 43 | 6 | 25 | 3 | 25 | 2 |
| América Latina e Caraíbas | 2 | 35 | 1 | 30 | 2 | 31 |
| América do Norte | 22 | (*) | 21 | (*) | 19 | (*) |
| Oceânia | 17 | 5 | 15 | 3 | 14 | 2 |

Fonte: Sedgh *et.al*, 2012a.

^(a) Número de abortos por mil mulheres em idade de procriar (15-44 anos). Os cálculos foram feitos com base em estimativas de aborto.

^(b) As “regiões mais desenvolvidas” integram todos os países da Europa, da América do Norte mais a Austrália, a Nova Zelândia e o Japão (United Nations, 2014a).

^(c) As “regiões menos desenvolvidas” integram todos os países da África, da Ásia (excluindo o Japão), da América Latina e Caraíbas mais os da Oceânia (excluindo a Austrália e a Nova Zelândia) (United Nations, 2014a).

^(*) Valores não considerados por serem negligenciáveis.

No âmbito das regiões mais desenvolvidas, de 1995 a 2008, o recurso ao aborto seguro predomina fortemente sobre o recurso ao aborto inseguro e assume continuamente uma frequência muito superior à verificada nas regiões menos desenvolvidas (Quadro 2.5). A situação inversa pode ser observada no âmbito das regiões menos desenvolvidas, onde predomina o aborto inseguro que assume, por sua vez, uma frequência sempre muito superior à verificada nas regiões mais desenvolvidas. De referir que relativamente às regiões menos desenvolvidas, no último intervalo em observação (2003-2008), elas não apresentam alterações nos valores quer do aborto seguro (13%) quer do aborto inseguro (16%), o que remete para a estabilidade, já observada, das respetivas taxas globais de aborto induzido (Quadro 2.4.).

Em suma, de 1995 a 2008, o aborto induzido decresce no espaço mundial devido, sobretudo, à redução do aborto seguro no âmbito das regiões mais desenvolvidas, sendo que o aborto inseguro não sofre grandes alterações, mantendo-se estreitamente associado às regiões menos desenvolvidas. Esta relação entre o aborto inseguro e o menor nível de desenvolvimento assume particular evidência na forte discrepância que existe, em África e na América Latina e Caraíbas, entre a sua frequência e a frequência do aborto seguro.

Com efeito, de 1995 a 2008, a quase totalidade das interrupções da gravidez que se estimam para África e América Latina e Caraíbas, ocorrem em contexto inseguro (Quadro 2.6). Ambas as regiões chegam a 2008, com diferenças muitas acentuadas entre a frequência do aborto seguro e a frequência do aborto inseguro.

Quadro 2.6 – Taxas globais de aborto induzido^(a), seguro e inseguro, 2008 (‰)

| Mundo e Regiões | Aborto Induzido | Aborto Seguro | Aborto Inseguro | |
|---|-----------------|---------------|-----------------|---------------------------|
| | | | Todos os países | Apenas países c evidência |
| Mundo | 28 | 14 | 14 | 22 |
| Regiões mais desenvolvidas ^(b) | 24 | 22 | 1 | 6 |
| Regiões menos desenvolvidas ^(c) | 29 | 13 | 16 | 23 |
| África | 29 | 1 | 28 | 28 |
| Ásia | 28 | 17 | 11 | 19 |
| Europa | 27 | 25 | 2 | 6 |
| América Latina e Caraíbas | 32 | 2 | 31 | 31 |
| América do Norte | 19 | 19 | (*) | (*) |
| Oceânia | 17 | 14 | 2 | 8 |

Fonte: Sedgh *et.al* (2012a); WHO (2011).

^(a) Número de abortos por mil mulheres em idade de procriar (15-44 anos). Os cálculos foram feitos com base em estimativas de aborto.

^(b) As “regiões mais desenvolvidas” integram todos os países da Europa, da América do Norte mais a Austrália, a Nova Zelândia e o Japão (UN,2014).

^(c) As “regiões menos desenvolvidas” integram todos os países da África, da Ásia (excluindo o Japão), da América Latina e Caraíbas mais os da Oceânia (excluindo a Austrália e a Nova Zelândia) (UN, 2014).

^(*) Valores não considerados por serem negligenciáveis.

De facto, no último momento em observação, estima-se que em mil mulheres africanas, 28 recorrem à indução do aborto em contexto inseguro enquanto apenas uma o faz em contexto seguro. De igual modo, na América Latina e Caraíbas, em 2008 e na continuidade da tendência assumida deste 1995, a frequência do aborto inseguro (31‰) é muito superior à frequência do aborto seguro (2‰) (Quadro 2.6). Este predomínio do aborto em contexto inseguro, identificado em ambas as regiões, assume particular visibilidade quando, no cálculo das taxas globais de aborto inseguro, se exclui do denominador a população feminina, em idade fértil, de todos os países que não apresentam evidência de aborto inseguro (WHO, 2011:16). Se, nesta situação, as taxas globais de aborto inseguro da Ásia, da Europa e da Oceânia sofrem um óbvio agravamento, as de África e América Latina e Caraíbas não conhecem alterações estatisticamente significativas (Quadro 2.6).

Ora, sabendo-se que a indução do aborto proporcionada à margem da lei tende a estar fortemente articulada com contextos e procedimentos inseguros (Sedgh *et.al*, 2007: 1339), conclui-se que nas duas últimas grandes regiões, acima referidas, a elevada incidência do aborto inseguro é pois fortemente tributária da elevada incidência do aborto ilegal. Uma conclusão que está de acordo com o facto de se tratar de duas regiões do mundo que apresentam das percentagens mais elevadas de países com uma regulação mais restritiva face à indução do aborto. Quer isto dizer e tal como historicamente se provou, as medidas mais restritivas face ao acesso ao aborto induzido não só não impedem que as mulheres recorram à interrupção da gravidez como implicam que elas o façam de forma ilegal e, por aí, recorram a contextos que não garantem os necessários procedimentos, em termos técnicos e de cuidados de saúde, implicados no ato médico que define a concretização da indução de um aborto (WHO, 2012b). É neste sentido que também indica o facto de, em 2008, a incidência de aborto inseguro se assumir na Europa como pouco expressiva e na América do Norte como negligenciável (Quadro 2.6).

O aborto ilegal é aquele que é levado a cabo fora do âmbito das condições legais sob as quais é permitida a interrupção da gravidez. Trata-se por isso de um ato tendencialmente praticado em contexto clandestino onde dificilmente estarão garantidas todas as condições, em termos de cuidados médicos e de higiene, necessárias para que a saúde e a vida da mulher estejam salvaguardadas (Sedgh *et.al*, 2007: 1339). Compreende-se, pois, que, na contemporaneidade, o aborto ilegal, tal como no passado, se continue a articular fortemente com a existência do denominado aborto inseguro, sobretudo, em países do mundo onde coexistam medidas muito restritivas face ao aborto e um baixo nível de desenvolvimento económico e social.

Importa, contudo, esclarecer que apesar do aborto inseguro estar fortemente determinado pela ilegalidade (Sedgh *et.al*, 2007,1339), ele caracteriza-se sobretudo pelas inapropriadas circunstâncias que tendencialmente o acompanham, não só durante a sua concretização, como antes e depois desse momento (WHO, 2011:2). Circunstâncias que não estão apenas associadas à natureza clandestina do procedimento, mas sobretudo aos fracos recursos mobilizados para a sua concretização. Situação que ocorre preponderantemente no âmbito de países onde a assistência à saúde, de uma forma geral, é extremamente precária e de fraca abrangência territorial. Quer isto dizer que nem todas as interrupções da gravidez concretizadas na ilegalidade podem ser consideradas inseguras, como nem todas as que são concretizadas na legalidade podem ser consideradas seguras (Ganatra *et.al*, 2014:155). A sobreposição do ilegal com o inseguro é tendencialmente forte, mas não obrigatória. Contudo, no âmbito das regiões menos desenvolvidas surge quase como uma inevitabilidade (WHO, 2011: 7-9).

À prática do aborto inseguro associam-se condições como: a inexistência de acompanhamento ou aconselhamento pré-aborto; a indução do aborto sem as condições técnicas e de higiene necessárias bem como sem a intervenção médica adequada¹⁰¹; a prescrição incorreta de procedimento medicamentoso ou indicado por farmacêutico mal informado ou/e que não assume responsabilidades no processo; a indução do aborto provocada pela ingestão de medicamentos tradicionais ou produtos duvidosos; o elevado risco de hemorragia durante e após a intervenção; a inexistência de cuidados e acompanhamento no pós-aborto, bem como do aconselhamento contraceptivo para evitar nova gravidez não desejada e, conseqüentemente, a repetição de aborto; a dificuldade e relutância da mulher em recorrer, caso se encontre perante uma situação de risco de vida, aos serviços de saúde (WHO, 2011:2).

A indução do aborto praticada sob condições de segurança precárias deriva frequentemente em complicações pós-aborto. Estas envolvem, sobretudo, a ocorrência de hemorragias graves, de septicemia, de peritonite e de traumatismos dos órgãos reprodutivos e abdominais, complicações das quais resulta, muitas vezes, a morte da mulher (Rossier, 2014: 2). A consequência mais visível do aborto inseguro é, pois, a mortalidade a ele associada. Com efeito, uma das dimensões da mortalidade materna no mundo envolve os óbitos maternos que derivam da prática do aborto induzido levada a cabo preponderantemente em contexto inseguro (WHO, 2011: 27). Nesta continuidade, compreende-se que seja no âmbito das regiões menos desenvolvidas que se registem os valores mais elevados da mortalidade associada à interrupção da gravidez em contexto inseguro.

De facto, o valor estimado para as regiões menos desenvolvidas é muito mais elevado do que o estimado para as regiões mais desenvolvidas (Quadro 2.7). Em 2008, enquanto nas primeiras se estima que, em 100 000 abortos inseguros, morram 220 mulheres, nas segundas estima-se que sejam 30. Observa-se assim que o aborto inseguro nas regiões menos desenvolvidas, não só é muito mais frequente como tem consequências potencialmente mais dramáticas do que nas regiões mais desenvolvidas.

Todavia, se África se enquadra na tendência acima observada apresentando, para 2008, o valor mais elevado de 460 óbitos em 100 000 abortos inseguros, o mesmo não acontece com a América Latina e Caraíbas. Esta área geográfica, que faz parte das regiões menos desenvolvidas, apresenta um valor igual ao estimado no âmbito das regiões mais desenvolvidas, 30 óbitos por 100 000 abortos inseguros. Aliás o mesmo valor que é estimado para a Europa (Quadro 2.7).

¹⁰¹ Frequentemente o aborto é induzido pela introdução de um objeto no útero da mulher, por ela própria ou por alguém a quem tradicionalmente se recorre nestas circunstâncias (WHO,2011:2).

Quadro 2.7 – Taxas globais de aborto inseguro^(a) e mortalidade associada ao aborto inseguro, 2008

| Mundo e Regiões | Aborto Inseguro- apenas países c evidência (%) | Mortalidade associada ao aborto inseguro (b) |
|--|--|--|
| Mundo | 22 | 220 |
| Regiões mais desenvolvidas (c) | 6 | 30 |
| Regiões menos desenvolvidas (d) | 23 | 220 |
| África | 28 | 460 |
| Ásia | 19 | 160 |
| Europa | 6 | 30 |
| América Latina e Caraíbas | 31 | 30 |
| América do Norte | (*) | (*) |
| Oceânia | 8 | 400 |

Fonte: WHO (2011).

^(a) Número de abortos inseguros por mil mulheres em idade de procriar (15-44 anos). Os cálculos foram feitos com base em estimativas de aborto inseguro (WHO, 2011).

^(b) Número estimado de mortes por 100 000 mil abortos considerados inseguros (WHO, 2011:30).

^(c) As “regiões mais desenvolvidas” integram todos os países da Europa, da América do Norte mais a Austrália, a Nova Zelândia e o Japão (United Nations, 2014).

^(d) As “regiões menos desenvolvidas” integram todos os países da África, da Ásia (excluindo o Japão), da América Latina e Caraíbas mais os da Oceânia (excluindo a Austrália e a Nova Zelândia) (United Nations, 2014).

^(*) Valores não considerados por serem negligenciáveis.

O denominado aborto inseguro apresenta diferenciadas consequências para a saúde e a vida da mulher segundo as várias regiões em causa. Por tudo o que já foi referido anteriormente, não é surpreendente que também aqui o comportamento das regiões mais desenvolvidas seja diferente do das regiões menos desenvolvidas. Apresentando, as primeiras, valores muito mais baixos do que os apresentados pelas segundas (Quadro 2.7). Contudo é de salientar que também se regista uma clara diferenciação entre as regiões menos desenvolvidas.

A distribuição geográfica das taxas globais de aborto inseguro para 2008, tendem a alinhar com a diferente incidência regional da mortalidade associada ao aborto inseguro. Contudo, tanto o aborto seguro como o inseguro envolvem um espectro de risco associado aos procedimentos que depende de fatores como a preparação e a experiência técnica de quem os providencia, os métodos usados, as condições de higiene em que são concretizados e, se algo correr mal, o posterior acesso aos cuidados de saúde necessários. Fatores aos quais também se adicionam as prévias condições de saúde da mulher grávida e sobretudo o tempo de gestação (Sedgh *et.al*, 2012). A variável contribuição destes fatores para um maior ou menor risco associado a um episódio de aborto induzido não se encontra pois codificada na simples classificação de seguro ou inseguro, até porque essa informação não existe para uma grande parte dos países do mundo (Sedgh *et.al*, 2012).

A diferença entre a situação de África e a situação da América Latina e Caraíbas reenvia pois, para a diferenciação que pode existir, de região para região ou de país para país, ao nível das consequências do aborto induzido, consequências que nem sempre são explicadas por via do estatuto legal do procedimento. A incidência da mortalidade associada ao aborto na América Latina e Caraíbas remete sobretudo para a existência de condições que reduzem potencialmente o risco implicado no aborto induzido em contexto ilegal. No caso desta região do mundo surge como determinante o elevado recurso à indução do aborto por procedimento medicamentoso¹⁰² e o forte protagonismo, mesmo na clandestinidade, de profissionais de saúde com conhecimento e experiência técnica no âmbito das interrupções de gravidez (Henshaw, 1990: 78). Sendo de considerar também a provada existência de infraestruturas e serviços de saúde que funcionam razoavelmente na prestação de cuidados a mulheres que se apresentam com complicações de saúde derivadas de um procedimento abortivo (WHO, 2011: 27).

Quanto ao caso de África, onde a elevada incidência do aborto inseguro se apresenta associada a uma elevada incidência da mortalidade, não será estranho o facto de ser nesta região que se situam a maior parte dos países considerados os menos desenvolvidos do mundo. Os recursos médicos e técnicos que são mobilizados na clandestinidade e, nas complicações posteriores ao ato de abortar, os disponíveis serviços de saúde para a população em geral são por certo muito díspares entre os países daquela região e os da América Latina e Caraíbas. A mesma justificação sustenta o facto da Ásia (com exclusão do Japão) e da Oceânia (com exclusão da Austrália e da Nova Zelândia), registarem uma mortalidade associada ao aborto inseguro elevada e muito mais expressiva do que a registada pela América Latina e Caraíbas (Quadro 2.6.). O mesmo é dizer que, nas duas primeiras regiões, o aborto ilegal também se apresenta mais associado a procedimentos menos seguros para a saúde das mulheres do que nesta última região em causa (WHO, 2012:30; Ganatra *et.al*, 2014:155). Uma conclusão que se confirma no âmbito da incidência da mortalidade materna¹⁰³.

¹⁰² Em causa está o uso isolado do Misoprostol (Sedgh *et.al*, 2012). Originalmente definido para prevenir e tratar úlceras gástricas, o misoprostol surge como um abortivo recorrentemente autoadministrado pelas mulheres em todo o mundo, com particular frequência na América Latina. Apesar de implicar alguns riscos para a saúde da mulher, sobretudo, no caso de aborto inacabado, trata-se de um procedimento que concorre para a redução da mortalidade e morbidade derivada do aborto ilegal (Finer e Fine, 2013:586).

¹⁰³ Na classificação internacional de doenças (ICD-10) a OMS define como morte materna: «*The death of a woman while pregnant or within 42 days of termination of pregnancy, irrespective of the duration and site of the pregnancy, from any cause related to or aggravated by the pregnancy or its management but not from accidental or incidental causes*» (WHO, 2014, 4).

Quadro 2.8 – Mortalidade materna^(a), mundo e regiões, 1995, 2000, 2005, 2010 e 2013

| Mundo e Regiões | Mortalidade materna | | | | |
|---|---------------------|------|------|------|------|
| | 1995 | 2000 | 2005 | 2010 | 2013 |
| Mundo | 360 | 330 | 270 | 230 | 210 |
| Regiões mais desenvolvidas ^(b) | 20 | 17 | 15 | 18 | 16 |
| Regiões menos desenvolvidas ^(c) | 410 | 370 | 300 | 250 | 230 |
| África | 840 | 750 | 620 | 510 | 460 |
| Ásia | 300 | 250 | 190 | 150 | 130 |
| América Latina e Caraíbas | 120 | 110 | 93 | 88 | 85 |
| Oceânia | 320 | 290 | 240 | 210 | 190 |

Fonte: WHO (2014).

(a) Número de óbitos maternos estimados por 100 000 nados-vivos

(b) As “regiões mais desenvolvidas” integram todos os países da Europa, da América do Norte mais a Austrália, a Nova Zelândia e o Japão (United Nations, 2014).

(c) As “regiões menos desenvolvidas” integram todos os países da África, da Ásia (excluindo o Japão), da América Latina e Caraíbas mais os da Oceânia (excluindo a Austrália e a Nova Zelândia) (United Nations, 2014).

Desde os anos 1990 que a mortalidade materna apresenta uma tendência para decrescer, tanto ao nível das regiões mais desenvolvidas como das menos desenvolvidas (WHO,2014;21). E no âmbito destas últimas, a América Latina e Caraíbas apresenta, uma clara tendência para valores sempre expressivamente mais baixos do que todas as outras regiões em causa (Quadro 2.8). Um comportamento que remete para a situação mais favorável que esta região deverá ter em termos de saúde materna.

Em síntese, apesar do estatuto legal do aborto induzido não apresentar consequências ao nível da frequência da sua prática, ele determina se o acesso à indução do aborto se efetiva em contexto legal ou ilegal e, por aí, o recurso das mulheres ao aborto tendencialmente mais ou menos seguro. As medidas mais restritivas face ao aborto induzido estão, pois, fortemente articuladas com um maior recurso ao aborto ilegal e, por aí, com uma maior incidência do aborto potencialmente inseguro e da mortalidade que a ele se associa. Logo não surpreende que, nos países comprometidos com a transição de uma política de aborto mais restritiva para uma mais liberal, ocorra uma evidente redução no número de mulheres que morrem devido a complicações associadas ao aborto induzido¹⁰⁴.

As medidas que regulam o recurso ao aborto induzido concorrem para a existência de serviços de melhor qualidade e mais seguros. Onde as medidas são mais liberais e a informação sobre a localização desses serviços está melhor divulgada, os médicos estão tendencialmente mais disponíveis para providenciar os serviços e mais bem treinados em procedimentos técnicos atuais e seguros. Nesses casos, os serviços que garantem a indução do aborto também são frequentemente oferecidos no âmbito de um sistema de saúde pública e o acompanhamento contraceptivo também está tendencialmente mais disponível para as mulheres que recorrem ao aborto induzido. Condições que se refletem

¹⁰⁴ Exemplo disso foi o que ocorreu na África do Sul, na Etiópia e no Nepal.

preponderantemente numa mais cuidada saúde materna (Rahman, Katzive e Henshaw, 1998: 62).

Contudo, as consequências do aborto inseguro são claramente mais dramáticas em países com um nível de desenvolvimento mais baixo. Facto que remete para a estreita associação entre o nível de desenvolvimento de um país e as existentes condições em que a prática da indução do aborto se concretiza quer em contexto legal quer em contexto ilegal. Menos desenvolvidos, menos recursos associados à saúde, quer em pessoal médico, quer em infraestruturas de cuidados de saúde e meios técnicos ao nível do diagnóstico e do tratamento, bem como de uma diferencial e precária abrangência territorial. Deste modo, nos países considerados os menos desenvolvidos do mundo não só o aborto ilegal é potencialmente inseguro, como o aborto inseguro também pode avançar pelo aborto considerado legal¹⁰⁵ (Ganatra *et.al*, 2014:155).

Em síntese, existe o aborto induzido das regiões mais desenvolvidas e o aborto induzido das regiões menos desenvolvidas. No entanto, tanto nas primeiras como nas segundas, as mulheres das classes mais desfavorecidas e a residir em áreas rurais afastadas dos centros urbanos terão sempre mais dificuldade em aceder a uma interrupção da gravidez em contexto seguro. Isto, não só porque não têm recursos financeiros para pagar um bom serviço em contexto ilegal, como, muitas vezes, também não os têm para garantir o acesso em contexto legal.

No âmbito das regiões menos desenvolvidas, todos os países que apresentam uma regulação mais liberal face à indução do aborto, têm tendencialmente dificuldades em garantir o acesso ao aborto legal a todas as mulheres, bem como em garantir que este preencha todas as qualidades que o determine como aborto seguro¹⁰⁶.

Relativamente às regiões mais desenvolvidas, apesar do aborto legal ser tendencialmente seguro, bem como o ilegal, o acesso de todas as mulheres à interrupção da gravidez com as melhores garantias de segurança também não está assegurado de forma igual para todos os países. O exemplo que melhor ilustra esta situação é o que se passa em alguns países europeus. Praticamente, todo o aborto inseguro associado à Europa tem lugar, na contemporaneidade, em países que eram satélites ou integravam a

¹⁰⁵ É o caso da Índia que apesar de apresentar, desde 1971, medidas pouco restritivas no recurso ao aborto induzido, não consegue, por via da fraca abrangência territorial dos serviços que o providenciam, garantir o acesso à interrupção da gravidez em contexto legal e seguro, a todas as mulheres que o necessitam. Em particular, a todas aquelas que residem em zonas rurais e afastadas dos centros urbanos. (WHO, 2011:5).

¹⁰⁶ Para além das situações como a da Índia, também há a considerar o caso dos países que se encontram em pleno esforço de implementação de medidas menos restritivas recentemente aprovadas. Em 2008 era o caso do Camboja, Guiana, Nepal, África do Sul e Etiópia (WHO, 2011:5).

antiga União Soviética. De facto, apesar do prevalente contexto legal, na Europa de Leste 13% dos abortos que aí ocorreram em 2008 são considerados inseguros (Sedgh *et.al*, 2012). Uma particularidade que se prende não só com a deficitária abrangência territorial por parte dos serviços que providenciam a interrupção da gravidez em contexto legal e que afeta precisamente as mulheres a residir em áreas rurais mais afastadas dos centros urbanos (WHO, 2011:5), mas também com a fraca qualidade desses mesmos serviços.

Com efeito, em termos da mortalidade materna associada à indução do aborto, estes países que tenderam, na Europa, de forma mais precoce, a despenalizar o recurso à interrupção da gravidez, sempre se caracterizaram por terem de forma evidente, mulheres a morrerem por complicações derivadas de uma interrupção da gravidez efetuada dentro e fora do contexto hospitalar definido pela lei. No passado como na atualidade, a qualidade dos serviços associados à indução do aborto é pobre, quer ao nível dos procedimentos técnicos quer ao nível do acompanhamento médico necessário, sobretudo, após a intervenção (Comendant, 2014:12). Os países aqui em causa ilustram, de forma exemplar, situações onde um contexto legal menos restritivo, face ao recurso ao aborto induzido, coexiste com uma prática evidente de aborto inseguro, transversal ao contexto legal e ilegal, com uma conseqüente mortalidade e morbidade materna associada.

Em suma, apesar de ser um fator determinante, o contexto ilegal não pode ser considerado suficiente para classificar uma interrupção da gravidez de insegura. Torna-se necessário medir as suas conseqüências não só por referência à mortalidade, mas sobretudo à morbidade (Ganatra *et.al*, 2014:155). Tal não inibe que seja válida a conclusão de que existe um elevado risco para a saúde das mulheres que abortam em países onde políticas de aborto muito restritivas se associam a baixos níveis de desenvolvimento. Países onde, apesar da sua natureza potencialmente insegura, a interrupção da gravidez não deixa de ser um recurso frequente para as mulheres em idade fértil. Facto que, por sua vez, remete para a necessidade que elas têm de o fazer, quer residam em países menos desenvolvidos, quer residam em países mais desenvolvidos (Quadro 2.5).

Quanto mais meios e capacidade tiverem as mulheres para evitar as gravidezes que não querem, menos necessitarão de recorrer à interrupção da gravidez. O acesso ao planeamento familiar e a métodos de contraceção eficaz é aqui determinante (Bongaarts e Westoff, 2000), mas será que é suficiente?

Tendo sempre por referência o ano de 2008, a necessidade de recorrer à indução do aborto, no âmbito das regiões menos desenvolvidas, alinha fortemente com a existência de uma maior percentagem de mulheres em idade fértil (dos 15 aos 49 anos), casadas ou a viver em conjugalidade, que sinalizam a existência de uma necessidade contracetiva. De facto, enquanto nas regiões mais desenvolvidas se estima que essa percentagem seja cerca de 9,2%, nas menos desenvolvidas estima-se que seja cerca de 12,9% (Quadro 2.9).

A relação entre o nível de desenvolvimento e a necessidade de aceder a métodos de contraceção efetiva evidencia-se quando se desce aos países considerados os menos desenvolvidos do mundo. Aqui, em 2008, 24,9% das mulheres (dos 15 aos 49 anos) casadas ou a viver em casal identificam, face aos seus objetivos reprodutivos, uma carência contracetiva (Quadro 2.9). Nesta continuidade, não é estranho que África¹⁰⁷ seja a região que apresenta a percentagem mais elevada neste âmbito.

Com efeito, estima-se que, em 2008, 23,6% das mulheres africanas (dos 15 aos 49 anos), casadas ou a viver em união, não estão a utilizar nenhum método contracetivo, mas precisam de recorrer à contraceção para regular a sua fecundidade de modo a adiar, a espaçar ou a parar as conceções. Objetivos que elas dão conta de perseguir em termos do seu percurso reprodutivo (UN, 2012). Todavia, também é em África que existe uma maior percentagem de mulheres em idade fértil e a viver em conjugalidade, que indicam não utilizar e não precisar de contraceção (46,8%). Facto que remete para a permanência em muitos países africanos da norma reprodutiva definida em torno de um número elevado de filhos¹⁰⁸ (United Nations, 2014d: 27).

Quadro 2.9 – Mulheres (15-49 anos) por utilização e necessidade de contraceção, casadas ou em união, 2008 (%)

| Mundo e regiões | Utilizam contraceção (a) | Necessitam contraceção (b) | Procura total contraceção (c) | Dispensam contraceção (d) |
|------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Mundo | 63,0 | 12,4 | 75,4 | 24,6 |
| Regiões mais desenvolvidos | 71,7 | 9,2 | 80,9 | 19,1 |
| Regiões menos desenvolvidos | 61,6 | 12,9 | 74,5 | 25,5 |
| Países menos desenvolvidos | 32,6 | 24,9 | 57,5 | 42,5 |
| África | 29,6 | 23,6 | 53,2 | 46,8 |
| Ásia | 66,3 | 11,2 | 77,5 | 22,5 |
| Europa | 72,2 | 9,2 | 81,4 | 18,6 |
| América Latina e Caraíbas | 73,1 | 10,6 | 83,7 | 16,3 |
| América do Norte | 77,0 | 6,0 | 83,0 | 17,0 |
| Oceânia | 59,1 | 15,3 | 74,4 | 25,6 |

Fonte: United Nations (2012a).

(a) Mulheres que utilizam um método contracetivo.

(b) Mulheres que não utilizam nenhum método contracetivo, mas querem adiar a vinda de um filho ou terminar a carreira procriativa.

(c) Soma da percentagem de mulheres que utilizam e das que necessitam de contraceção.

(d) Total das mulheres que não utilizam nem necessitam de contraceção.

Ainda relativamente às regiões menos desenvolvidas, a América Latina e Caraíbas volta a destacar-se, em 2008, também no que se refere ao recurso à contraceção. Esta

¹⁰⁷ A maior parte dos países considerados pelas Nações Unidas como os menos desenvolvidos do mundo situam-se em África.

¹⁰⁸ Em 2005-2010 a maior parte dos países que apresentam os níveis mais altos de fecundidade (acima dos 5 filhos em média por mulher) situam-se em África, assumindo especial destaque os que se situam na África subsaariana (United Nations, 2014d: 27).

região, apesar de apresentar uma maior percentagem, do que a Europa, na necessidade de contraceção, 10,6% face a 9,2%, superioriza-se a esta última região quer na utilização, 73,1% face a 72,2%, quer na procura total de contraceção, 83,7% face a 81,4% (Quadro 2.9). De facto, em 2008, as mulheres em idade fértil da América Latina e Caraíbas, a viver em conjugalidade, apresentam um comportamento contraceutivo muito próximo do apresentado pelas mulheres das regiões mais desenvolvidas. Uma similaridade que reenvia para a existência nessa região de uma forte pressão para controlar o número de filhos. O que está de acordo com a menor percentagem que esta região também apresenta em mulheres que, estando em idade de procriar e a viver em conjugalidade, dispensam o recurso a contraceção (16,3%) (Quadro 2.9).

A coexistência, em 2008, na América Latina e Caraíbas, de uma elevada prevalência contracetiva com uma elevada incidência do recurso ao aborto induzido remete quer para as limitações no acesso e na utilização dos métodos contracetivos quer para fatores que estão na base da decisão de abortar. Fatores que, no caso das mulheres casadas e a viver em união, reenviam para a potencial existência de uma forte pressão para controlar o número de filhos.

Com efeito, na primeira década do século XXI, a baixa fecundidade tornou-se a norma para muitos países do mundo, deixando de ser um fenómeno predominantemente europeu ou de países desenvolvidos (United Nations, 2014d: 3). Dos 70 países¹⁰⁹ que, em 2005-2010, apresentam um índice sintético de fecundidade de 2 ou menos filhos em média por mulher, 39 situam-se na Europa, 16 na Ásia e 12 na América Latina e Caraíbas. Consequentemente, para lá do âmbito das regiões mais desenvolvidas, aumenta o número de mulheres em idade fértil a viver em países com níveis muito baixos de fecundidade que, em muitos casos, já não garantem a substituição das gerações. Situação que se prende com a ocorrência de processos de transição da fecundidade rápidos e acentuados (United Nations, 2014d: 3) e, por aí, com todas as suas implicações em termos de um exigente controlo da natalidade.

É sabido que, nas fases iniciais e intermédias de um processo de transição da fecundidade, o acesso e o uso sustentado de métodos de efetiva contraceção, por todos os que desejam adiar ou limitar os nascimentos, está longe de ser universal. Deste modo e perante a elevada probabilidade da ocorrência da gravidez não desejada, não será estranho que o recurso à interrupção da gravidez cresça paralelamente à elevada prevalência contracetiva (Marston e Cleland, 2003: 6). Ao que tudo indica este poderá ser o caso de uma parte dos países que integram a América Latina e Caraíbas.

¹⁰⁹ Deste grupo também fazem parte, na Oceânia, a Austrália, na América do Norte, o Canada e, em África, as Ilhas Maurícias.

Em síntese, nas regiões menos desenvolvidas a elevada incidência do recurso ao aborto induzido ainda é largamente tributária da inexistência de um acesso fácil e generalizado, para todas as mulheres em idade fértil, a planeamento familiar e a métodos de contraceção eficaz. Sendo que naqueles onde a prevalência da contraceção moderna já é expressiva ainda se coloca, na prática, a necessidade de adquirir capacidade, quer por parte dos profissionais de saúde, quer por parte das mulheres, de uma melhor e mais eficaz gestão dos métodos contraceptivos. Isto é tanto mais importante quanto se trata de países que se encontram sob uma alta pressão para controlar o número de nascimentos.

Nos países das regiões mais desenvolvidas em que as limitações relativas ao acesso ao planeamento familiar e à utilização da contraceção se têm vindo a diluir, refletindo-se, aliás, na queda gradual do recurso ao aborto induzido, inclusive no centro e no leste europeu, (Sedgh,2016:263) a permanência de outras começa a evidenciar-se. Uma permanência que se reflete na necessidade que as mulheres dos países mais desenvolvidos continuam a ter de recorrer à interrupção da gravidez, mesmo nos casos em que, se está perante um sistema de regulação da fecundidade, onde domina, já há décadas, o recurso a métodos contraceptivos de elevada eficácia.

2.2 A SITUAÇÃO NA EUROPA

No panorama mundial, a Europa surge, em geral, tendencialmente marcada por um contexto legal francamente favorável ao recurso à interrupção da gravidez sob condições consideradas médica e socialmente seguras (Shah e Åhman, 2010: 95). No entanto, a realidade europeia integra situações claramente diferenciadas que remetem para as diferentes condições históricas que rodearam o enquadramento político e legal do fenómeno do aborto pelos estados europeus (Levels, Sluiter, Need, 2014:95).

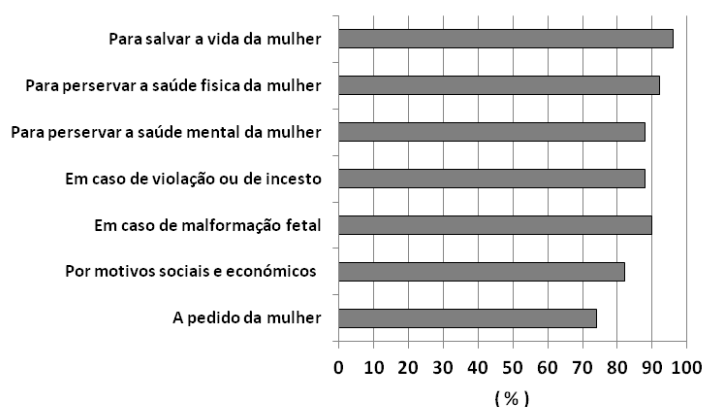
Desde o século XIX até às vésperas da Segunda Grande Guerra, os estados europeus tenderam a produzir legislação apenas no sentido de penalizar criminalmente, com mais ou menos severidade, todos os que se envolvessem, de algum modo, na prática da indução do aborto (Blayo,1989: 225). A partir daí e até aos dias de hoje, o processo de despenalização do aborto provocado tem progredido na Europa¹¹⁰ com diferentes referências temporais e ritmos, segundo os países, e, em alguns casos, com a alternância

¹¹⁰ A Islândia, em 1935, é o primeiro país da Europa ocidental que define legalmente algumas condições sob as quais se permite a interrupção de uma gravidez, seguem-se a Suécia em 1937 e a Dinamarca em 1938 (Blayo, 1989: 225). De referir ainda o caso da Alemanha sob a República Weimar com a introdução em 1926/27 de alterações à lei no sentido de permitir a interrupção da gravidez por indicação médica, no caso da vida e da saúde da mulher se encontrar em perigo (Telman,1998:106) e a fugaz liberalização do aborto induzido sob a República Espanhola em 1936 (Galeotti, 2007:114).

entre recuos e avanços¹¹¹. Com alguma precocidade a norte, a leste, no centro e algum tardar a sul, o continente europeu chega ao início do século XXI com uma elevada prevalência de países a permitir o acesso à Interrupção da gravidez sob as condições menos restritivas.

Com efeito, na Europa, em 2016, cerca de 74% dos países permitem o acesso à interrupção da gravidez a pedido da mulher (Figura 2.7). Situação que se reforça pelo facto de aqueles que o permitem por motivos sociais e económicos, ultrapassarem os 80%.

Figura 2.7 – Países por condições sob as quais se permite o aborto induzido, Europa¹¹², 2016 (%)



Fonte: UN (2013b), CRR (2015) e legislação dos próprios países.

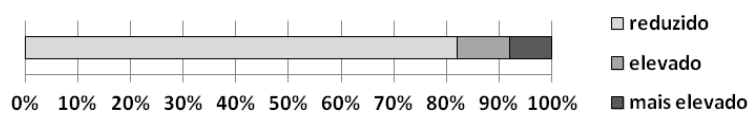
Em termos de nível de restrição, o continente Europeu apresenta, pois, um contexto definido globalmente por pouco restritivo (Figura 2.8). Todavia, é de assinalar a existência

¹¹¹ Relembra-se que, antes da Segunda Guerra Mundial, a Rússia bolchevique é o primeiro país, a despenalizar o aborto induzido em 1920, voltando a ilegalizá-lo, sob o regime de Estaline, em 1936 (Galeotti, 2007:114). A partir de 1955, a tendência para a despenalização da indução do aborto emerge de novo, mais precocemente, na URSS e nos países de regimes comunistas do leste e centro da Europa. Todavia e no âmbito de políticas pro-natalistas, mais uma vez, nos finais dos anos 1960, surge em alguns desses países, uma tendência para restrições mais ou menos importantes consoante as situações (Blayo,1970:829). O caso mais marcante foi o da Roménia onde o estado, sob o regime político de Ceausescu, a partir de 1966 e no âmbito de uma política fortemente natalista, impôs grandes restrições ao aborto induzido (reforçadas ainda em 1985/86) até 1989, ano em que o ditador foi deposto (Henshaw, 1990: 79).

¹¹² Para estes cálculos foram considerados como países que integram a Europa: Albânia, Alemanha, Andorra, Arménia, Áustria, Azerbaijão, Bélgica, Bielorrússia (Belarus), Bósnia e Herzegovina, Bulgária, Cazaquistão, Chipre, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Estónia, Finlândia, França, Geórgia, Grécia, Holanda, Hungria, Irlanda, Islândia, Itália, Letónia, Liechtenstein, Lituânia, Luxemburgo, Macedónia, Malta, Moldávia, Mónaco, Montenegro, Noruega, Polónia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Roménia, Federação Russa, San Marino, Sérvia, Suécia, Suíça, Turquia, Ucrânia, Vaticano.

de países cujo nível de restrição ainda se considera de elevado e de mais elevado. Enquadram-se nestes níveis fortemente restritivos¹¹³ Malta, Andorra, Irlanda, Liechtenstein, Mónaco, San Marino, Polónia¹¹⁴ e Chipre¹¹⁵.

Figura 2.8 – Países por nível de restrição no acesso ao aborto induzido, Europa, 2016 (%)



Fonte: UN (2013b), CRR (2015) e dados dos próprios países.

Em Malta não é permitido, legalmente, o recurso ao aborto induzido sob nenhuma condição. Na Irlanda¹¹⁶ e em Andorra apenas se considera legalmente viável uma interrupção da gravidez no caso de se confirmar a existência de um elevado risco para a vida da mulher. No Liechtenstein prevê-se a interrupção da gravidez no caso de esta implicar risco de vida e graves consequências para a saúde da mulher. No caso do Mónaco (CRR, 2011: 3) e de São Marino¹¹⁷, apesar do aborto se manter definido penalmente como um crime, foram introduzidas algumas exclusões de ilicitude: nos casos de grave risco para a vida e a saúde da mulher, de violação e de malformação fetal. Finalmente, Polónia¹¹⁸ e

¹¹³ Deste grupo também faz parte, obviamente, o Estado do Vaticano.

¹¹⁴ Na Polónia, a partir de 1993, foi revogada a possibilidade de aceder à interrupção da gravidez sob a condição por motivos sociais e económicos, tornando-se, desde aí, um dos países da Europa onde o acesso à interrupção da gravidez se tornou mais restrito (Rahman, Katzive e Henshaw, 1998: 60).

¹¹⁵ Malta, Chipre, Irlanda e Polónia fazem parte da União Europeia.

¹¹⁶ O aborto induzido é penalmente punido na Irlanda sem qualquer exclusão de ilicitude desde 1861. Em 1983 foi introduzida expressamente na Constituição a proteção da vida desde a concepção. A Irlanda salvaguardou o seu direito, no âmbito da União Europeia, a opor-se à aplicação no seu território de qualquer lei que seja aprovada sobre aborto. Todavia, em março de 1992 uma jovem de 14 anos, vítima de violação por parte de um amigo da família, ameaçou suicidar-se no caso de não lhe ser possível abortar. Após o que foi anulada, pelo Tribunal Supremo, a interdição para a jovem se deslocar ao estrangeiro. No seguimento foi introduzida, em 1992, uma emenda à Constituição no sentido em que a proteção à vida não podia ser impedimento ao direito à informação ou a viajar. Este direito ficou regulado a partir de 1995 pelo *Termination of Pregnancies Outside the State Act* (IPPF, 2012:41).

¹¹⁷ Em 20 de setembro de 2016 foram consideradas, pela primeira vez, estas exceções à lei.

¹¹⁸ Esta é a situação atual apesar de já ter havido, desde 1993, várias tentativas quer no sentido de maior liberalização quer no sentido de maior restrição. A última foi no sentido de maior restrição em 2016, sem que tenha havido consequências legais.

Chipre são países onde se considera a possibilidade do aborto induzido sob todas as condições exceto por motivos socioeconómicos e a pedido da mulher.

Tal como foi observado no capítulo anterior, a propósito da emergência do aborto legal no mundo, na caracterização do panorama político e legal que enquadra o recurso ao aborto induzido, deverá ter-se sempre em conta que existe uma diferença entre o que diz a lei e a forma como ela é interpretada e, por aí, a forma como ela é aplicada. O facto de um país considerar a despenalização sob várias condições não quer dizer que tal se verifique na prática.

Nos anos 1970 e 1980 alguns países foram confrontados com uma clara restrição à aplicação da lei fomentada, sobretudo, pela posição da classe médica, como foi o caso da Áustria, da Itália e da Polónia (Blayo, 1989: 227) e por uma certa “displícência” institucional na criação de disposições legais para a sua viabilidade prática, como foi o caso de Portugal (Blayo, 1989: 226). Mas o contrário também pode ser verdade, países que apresentavam uma política mais restritiva face ao aborto, alargaram o âmbito da lei por via de uma interpretação mais abrangente, como o caso da Grécia, de 1978 a 1986 (Blayo, 1989: 227), ou toleraram a sua prática, antes de considerarem legalmente a sua existência. Insere-se neste último caso a Holanda, antes de 1981 (Blayo, 1989: 226).

Na atualidade, para além da existência dos oito estados, anteriormente referidos, em torno dos quais permanece, no âmbito europeu, um elevado nível de restrição no acesso à interrupção da gravidez, há que considerar as diferentes fórmulas legais adotadas pelos diversos países no âmbito da despenalização do aborto. Formulas que, na atualidade, têm como principais âmbitos referenciais, por um lado, os imperativos de saúde pública e os direitos da mulher, nomeadamente no que se refere à saúde sexual e reprodutiva, e, por outro lado, os direitos do feto ou do nascituro, nomeadamente no que se refere à defesa da vida desde a conceção. Uns e outros remetem para o âmbito mais geral dos direitos humanos, mas os primeiros inscrevem-se numa tendência para uma maior liberalização e os segundos numa tendência para uma maior restrição (Finer e Fine, 2013:587).

De facto, não basta enumerar as condições sob as quais se despenaliza o recurso à indução do aborto, deve ter-se também em conta a definição dos requisitos obrigatórios que surgem associados à viabilidade legal de cada uma delas (Boland e Katzive, 2008: 112). É neste âmbito que politicamente se afinam, na atualidade, as estratégias que visam introduzir um maior ou menor grau de restrição no acesso à interrupção da gravidez.

Em muitos países, através de alterações, por via de emendas às leis de base, vão-se adicionando, passo a passo, barreiras legais ao processo de acesso à interrupção da gravidez sob um enquadramento legal, primariamente, menos restritivo (Finer e Fine, 2013;

586). Na Europa, enquadram-se nesta tendência¹¹⁹, a partir dos anos 1990, nomeadamente, as situações que ocorrem na Polónia, na Federação Russa, na Hungria, na Letónia, na Alemanha¹²⁰, na República da Macedónia, na Bielorrússia, na Eslováquia. Como pano de fundo destas situações está o crescimento, um pouco por toda a Europa, com especial ênfase no Leste e no Centro, de movimentos políticos e sociais, em muitos casos, sob o apoio ativo da religião, no sentido de restringir ou mesmo ilegalizar o recurso à interrupção da gravidez (Comendant, 2012:18).

As consultas obrigatórias, onde frequentemente, as mulheres são alvo de discursos que visam demovê-las da sua opção pelo aborto, na presença de mais de um médico e, muitas vezes, também na presença de um técnico de serviço social, seguidas de períodos de reflexão obrigatória, que podem ir até uma semana, são requisitos recorrentemente introduzidos na atualidade (Finer e Fine, 2013:586). Neste sentido e tratando-se de países onde o contexto legal é menos restritivo, são ainda de assinalar a permanência da obrigatoriedade do consentimento parental, para as mulheres menores, da desregulação da previsão da objeção de consciência¹²¹, para os médicos e outros profissionais potencialmente implicados, da delimitação de especificidades associadas aos profissionais e serviços de saúde, métodos e técnicas a utilizar durante a intervenção. A tudo isto também se adiciona uma deficitária divulgação e cobertura geográfica dos serviços (imposta pela falta de recursos ou não) que proporcionam a interrupção da gravidez sob enquadramento

¹¹⁹ Apesar de não terem perdurado, também se inscrevem nesta tendência os casos recentes de Espanha e Portugal. O caso espanhol decorre da aprovação em Conselho de Ministros, no dia 20 de dezembro de 2013, de um projeto de lei que restringia o direito à interrupção voluntária da gravidez. Após vários meses de debates e manifestações públicas o governo espanhol retirou a proposta a 23 de setembro de 2014. A proposta em causa só considerava o acesso à indução do aborto nos casos de grave risco para a vida e a saúde da mulher e de violação. O caso português decorre da aprovação na AR, a 22 de julho de 2015, de uma alteração legal que impunha às mulheres que recorressem à IVG o pagamento de taxas moderadoras e o acompanhamento obrigatório por parte de um psicólogo e de um técnico de serviço social durante o período de reflexão. No âmbito desta alteração também se garantia o direito à objeção de consciência sem qualquer implicação administrativa. Esta alteração foi revogada em 29 de fevereiro de 2016 por via da entrada em funções de um novo governo.

¹²⁰ Na Alemanha o acesso ao aborto induzido sob enquadramento legal foi sempre dificultado por um processo complexo de requisitos (Blayo, 1989:227).

¹²¹ Uma regulação pouco precisa sobre o direito à objeção de consciência permite que o pessoal médico e paramédico se recuse, por motivos pessoais de âmbito moral e religioso, a proceder ou a assistir à indução de um aborto. Uma recusa que tem deixado várias regiões de certos países (como da Áustria e da Alemanha) sem serviços que providenciem uma interrupção da gravidez sob enquadramento legal (Rahman, Katzive e Henshaw, 1998:62).

legal bem como restrições ao seu financiamento público sob uma implícita ou explícita diferenciação face aos outros atos médicos (Finer e Fine, 2013:586-87).

No que se refere, em particular, à objeção de consciência ou à possibilidade que os profissionais de saúde, e não só, podem de recusar proceder ou participar numa interrupção da gravidez por motivos que se prendem com as suas convicções pessoais, as consequências são há muito conhecidas em vários países da Europa. Encontram-se neste caso sobretudo a Polónia (Chelstowska, 2011: 102), a Áustria, a Alemanha (Rahman, Katzive e Henshaw, 1998:62) e a Itália (Chavkin, 2017:60). De qualquer modo, um pouco por toda a Europa (Levels, Sluiter e Need, 2014:101), onde a objeção de consciência é considerada de uma forma pouco regulamentada, são identificadas situações que bloqueiam o acesso das mulheres ao aborto sob enquadramento legal.

A consequência mais direta destas medidas, para além da pressão psicológica e estigmatizante a que se sujeita a mulher que recorre à indução do aborto, é o atraso em todo o processo de acesso que, frequentemente, transfere a mulher para uma interrupção a efetuar para lá do primeiro trimestre de gravidez, confrontando-a, não só, com a elevação do risco, como, muitas vezes, com a impossibilidade legal de a concretizar (Finer e Fine, 2013: 587).

As mulheres europeias, dependendo do país onde vivem, podem interromper uma gravidez, a seu pedido, sob a imposição de diferentes limites ao período gestacional¹²². Este pode ir das 10 até às 24 semanas de gravidez, a partir do primeiro dia da conceção ou das 12 até às 26 semanas de amenorreia, a contar do primeiro dia da última menstruação, sendo que o limite mais frequente é até às 12 semanas de gravidez. Os países com os períodos mais alargados são o Reino Unido (24 semanas de gestação), a Holanda¹²³ e a Suécia (18 semanas de gestação) e os países com os períodos mais reduzidos são Portugal, Bósnia Herzegovina, Eslovénia, Montenegro, República da Macedónia, Sérvia e Turquia (todos com um limite às 10 semanas de gestação) (IPPF, 2012).

Para lá do limite do primeiro trimestre da gravidez e salvo as exceções acima indicadas, a tendência é para que o acesso à indução do aborto só seja possível no âmbito de condições mais específicas como as que envolvem a deformação fetal ou a emergência de graves riscos para a saúde e vida da mulher (Berer, 2008:6). Condições às quais se

¹²² Frequentemente torna-se difícil perceber a partir de que momento este período começa a contar, em muitos países ele não é especificado na lei. A referência mais recorrente é a partir do primeiro dia do último período menstrual, no entanto existem países que consideram a partir do momento da conceção calculado duas semanas após o primeiro dia das últimas regras. (Rahaman, Katzive e Henshaw, 1988: 59)

¹²³ Na Holanda a lei não impõe nenhum limite gestacional, contudo, as interrupções de gravidez acima das 13 semanas requerem requisitos mais específicos (IPPF, 2012).

associam procedimentos de avaliação mais rigorosos com uma forte implicação de terceiros, em termos de decisão, tendo por objetivo dificultar ou até mesmo inviabilizar o acesso a interrupções de gravidez acima do primeiro trimestre (Berer, 2008:6).

De uma maneira geral e mesmo em países onde o acesso ao aborto a pedido da mulher é liberalizado, o aborto no segundo trimestre de gravidez é alvo de fortes restrições. Na contemporaneidade, o estigma do recurso ao aborto recai fortemente sobre o que é realizado para lá do primeiro trimestre de gravidez (Berer, 2008:3). Aliás, o aborto “tardio” tende a ser censurado mesmo por quem defende a liberalização do aborto.

Ultrapassados os limites dos períodos gestacionais sob os quais se pode recorrer legalmente à indução do aborto e caso não se desista de o fazer, as mulheres tendem a deslocar-se a outro país que considere períodos gestacionais mais alargados para o efeito¹²⁴ (Berer, 2008:9-10) ou então a recorrer ao aborto ilegal ou clandestino. A existência deste e de deslocações de mulheres, no interior ou para o exterior de um país, com vista a efetuar uma interrupção da gravidez, são fortes indicadores das barreiras legais que aí se impõem ao acesso ao aborto induzido. Não é estranho que as mulheres dos países com um contexto legal mais restritivo sejam as protagonistas, na Europa, do denominado turismo de aborto. Estão neste caso sobretudo as irlandesas, as polacas e as maltesas (Berer, 2008: 9). Contudo, devido ao estigma e às elevadas restrições de que é alvo o aborto no segundo trimestre de gravidez, na atualidade muitas mulheres, oriundas de países onde existem leis consideradas liberais face ao aborto, deslocam-se ao estrangeiro. Incluem-se neste caso países como Portugal, França e Itália (Berer, 2008:10).

Relativamente às carências no âmbito da oferta dos serviços públicos, estas são tendencialmente compensadas pela existência de clínicas privadas especializadas nos procedimentos relativos ao aborto induzido. Estas existem, como alternativa aos serviços públicos, em quase todos os países onde o aborto é de algum modo permitido por lei. Mas na verdade, elas instalam-se sobretudo nos centros urbanos implicando custos elevados para as mulheres que tem de se deslocar e em países onde a intervenção não é comparticipada pelo estado. Deste modo, são as mulheres mais jovens e as mulheres mais pobres, a residir em zonas rurais e afastadas dos grandes centros urbanos, que se encontram numa situação mais vulnerável face ao aborto ilegal. (Finer e Fine, 2013:587)

Em suma, perante a dificuldade de aceder ao aborto sob enquadramento legal, seja ele disponibilizado em contexto de serviço público ou privado, dentro ou fora do país onde

¹²⁴ Poucos abortos são efetuados para lá das 20 semanas de gravidez mesmo em países onde a lei não é específica na delimitação de períodos legais. Os abortos mais tardios envolvem sobretudo mulheres mais jovens (abaixo dos 20 anos) e mulheres acima dos 40 anos com níveis de escolaridade mais baixos. Muitos dos abortos tardios devem-se a diagnósticos tardios sobre malformação fetal (Henshaw, 1990:83).

reside, a mulher recorre ao aborto autoinduzido ou ao providenciado ilegalmente por profissionais de saúde ou não. Consequentemente qualquer alteração legislativa no sentido de dificultar o recurso ao aborto sob enquadramento legal pode efetivamente traduzir-se numa redução deste, mas certamente também num aumento do aborto ilegal (Marston e Cleland, 2003:11). A existência deste último é difícil de aferir devido à sua óbvia natureza clandestina. Como verificámos no capítulo anterior, é sobretudo por via das suas consequências no âmbito do comportamento da mortalidade e morbidade maternas que se pode apreender da sua existência, na medida em que ele também tende a ser inseguro.

Na Europa e devido à generalização do aborto medicamentoso¹²⁵ e de técnicas cirúrgicas menos perigosas e nocivas para a vida e saúde da mulher como a aspiração por vácuo¹²⁶, não só o aborto legal se tornou um procedimento mais seguro do que a própria gravidez ou o parto (Henshaw, 1990: 81)¹²⁷, como o aborto ilegal ou clandestino surge como sendo cada vez menos inseguro¹²⁸ (Roussier, 2014: 2; Kissiling, 1993:65). Contudo, existem

¹²⁵ A mifepristona ou *mifepristone* é utilizada para a realização do aborto medicamentoso em alternativa ao aborto cirúrgico, nas primeiras 7 a 9 semanas de gravidez (49 a 63 dias após o primeiro dia da última menstruação). O procedimento mais praticado em todo o mundo e recomendado pela Organização Mundial da Saúde utiliza a associação de *mifepristone* e *misoprostol*, cujo efeito é sobreponível ao de um aborto espontâneo. O *mifepristone* liga-se aos recetores da progesterona inibindo a sua ação, com conseqüente interferência no prosseguimento da gravidez. O *misoprostol*, análogo sintético da prostaglandina, administrado 36/48 horas mais tarde, potencia as contrações uterinas e contribui para expulsar o produto de concepção (DGS, 2007). As vantagens deste método não cirúrgico é a menor probabilidade de haver sequelas ao nível do aparelho reprodutor e a eliminação dos riscos associados ao uso da anestesia (Henshaw, 1990:82).

¹²⁶ O método cirúrgico preferível para a interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação é a aspiração por vácuo, que tem vindo a substituir, na maior parte dos países da Europa, a dilatação e curetagem (D&C). A aspiração a vácuo é um método que requer menor dilatação cervical e um menor risco de sequelas uterinas e de retenção de produtos da concepção (Henshaw, 1990:82). Trata-se de um método mais rápido, mais seguro e menos doloroso e associado a uma permanência hospitalar mínima (Grimes,2006:1915). Associados à aspiração a vácuo estão também os denominados mini-abortos. Estes são abortos realizados precocemente, antes de atingir as 8 semanas de gravidez, através de aspiração a vácuo sem necessitar de hospitalização (Kesseli e Gissler, s/d:3).

¹²⁷ Nos países mais desenvolvidos, o aborto sob enquadramento legal, emerge na contemporaneidade como um dos procedimentos médicos mais seguros, com conseqüências mínimas ou negligenciáveis no âmbito da mortalidade e morbidade materna (Grimes *et.al*, 2006: 1908).

¹²⁸ A OMS reviu recentemente os critérios sob os quais se consideram um aborto induzido como inseguro. Doravante impõe-se uma avaliação em termos de um *continuum* de segurança e não apenas sob a dimensão da legalidade. Neste seguimento, Clémentine Rossier (2014:4) reforça a

claras diferenças entre o que ocorre em alguns países, nomeadamente do Leste e do Centro europeu, e o que ocorre no resto da Europa.

Apesar da crescente tendência para uma maior restrição no acesso ao aborto sob enquadramento legal, no Leste e no Centro europeu, as leis dos vários países em causa têm-se mantido entre as menos restritivas, paralelamente à permanência, na maior parte deles, de um ainda elevado recurso ao aborto. Uma permanência que reenvia para uma diferente perspetiva com que é encarada a função do aborto no âmbito da regulação da fecundidade e que se prende com a forma como historicamente, em termos sociais e políticos, o aborto foi despenalizado nesses países (Blayo, 1970: 843; Stenvoll, 2007:42-43).

Não só ao aborto é atribuída uma função primária no controlo da natalidade como ele prevalece, nas opções femininas, sobre os métodos de contraceção moderna. Esta é a especificidade que tendencialmente opõe, no âmbito da regulação da fecundidade, os países que fizeram parte do antigo bloco de regimes comunistas do leste e centro europeu, à restante Europa (Stenvoll, 2007: 41). Uma especificidade que deriva da legitimidade social e cultural que o recurso à interrupção da gravidez foi adquirindo historicamente no âmbito das práticas de controlo dos nascimentos, o que levou à que se passasse a recorrer, internacionalmente ao termo *abortion culture* no sentido de definir o que ocorria nos países do leste e centro europeu até ao final da década de 1980 (Kocourková,2016: 886).

É verdade que, desde os anos 1990, os vários governos dos países em causa se têm comprometido em implementar os serviços de planeamento familiar associados à introdução e disponibilização de métodos de contraceção moderna (WHO, 2005: 6). Também é verdade que, desde então, os volumes de aborto têm vindo a decrescer fortemente (Sedgh *et.al*, 2016: 263). No entanto, mesmo que esse decréscimo possa estar sobrestimado¹²⁹, tal não impede que as maiores frequências de aborto induzido se mantenham, de forma destacada, em particular, no leste da Europa. Um destaque que também se mantém visível a nível mundial, sobretudo, no âmbito dos países com legislação menos restritiva (Comendant, 2012: 16).

necessidade de ser ter em conta, de forma cada vez mais sistemática, a morbilidade derivada do recurso ao aborto. Ainda a propósito de um aborto ilegal mais seguro, Frances Kissiling (1993:66) chama atenção para o facto de que a definição de aborto seguro vai para além da de aborto medicamente seguro, compreende sobretudo a garantia dos direitos da mulher em termos humanos e de saúde. O que reenvia para a permanente necessidade de um aborto não só seguro, mas também legal.

¹²⁹ Vários estudos e autores (Shah e Âhman, 2010: 95; Comendant, 2012; Sedgh *et.al* 2011: 190) alertam para o facto de haver alguma discrepância entre as estatísticas veiculadas pelos vários organismos oficiais, remetendo em parte para a não declaração de abortos que são efetuados sobretudo em contexto privado ou auto-induzidos.

Com efeito e no que se refere à evolução da incidência do aborto induzido no leste europeu¹³⁰, esta baixou de uma taxa anual de 88 abortos por mil mulheres dos 15-44 anos, em 1990-94, para 42 abortos, em 2010-14, um valor que, no entanto, ainda se mantem muito distante dos apresentados nos restantes territórios europeus¹³¹ cujas taxas se situam entre os 18‰ (do norte da Europa) e os 26‰ (do sul da Europa) (Sedgh *et.al*, 2016: 261). Paralelamente, a incidência do aborto inseguro também se mantem no continente europeu como sendo tendencialmente localizada a leste.

Em 2008, no âmbito europeu, em termos de aborto inseguro, apenas assume visibilidade o valor associado à Europa de leste, estimando-se uma taxa de 5‰¹³² (Shah e Âhman, 2010: 93). Um valor que surge, contudo, com uma elevada probabilidade de estar subestimado pela pouca fiabilidade que os números sobre o aborto induzido oferecem, de uma forma geral, em alguns dos países em causa (Shah e Âhman, 2010: 95).

Os países que fizeram parte do antigo bloco de regimes comunistas do leste e centro europeu sempre se caracterizaram por terem mulheres a morrer por complicações derivadas da indução de um aborto efetuada dentro ou fora do contexto hospitalar definido pela lei (Stenvoll, 2007: 37; Levchuk e Perelli-Harris, 2009: 27). Como já foi referido anteriormente, na atualidade, tal como no passado, a qualidade dos serviços associados ao aborto induzido é fraca quer ao nível dos procedimentos técnicos quer ao nível do acompanhamento médico necessário, sobretudo, após a intervenção (Comendant, 2014:12).

As mulheres mais vulneráveis, social e economicamente, são as que tendem a recorrer ao aborto nas condições mais precárias ou menos seguras. E com maior frequência o farão, se para elas o aborto preencher uma função muito próxima do anticoncepcional e estiverem debaixo de pressão para reduzir o número de filhos. É a esta a regularidade que ainda se mantem. De facto, a permanência da diferenciação em termos do comportamento do fenómeno do aborto induzido entre os países do Leste e do Centro e os restantes países europeus reenvia para a permanência da diferenciação também ao nível do recurso à contraceção moderna.

Uma parte dos países que fizeram parte do antigo bloco comunista do Leste e do Centro da Europa, paralelamente ao recurso ao aborto induzido, ainda dão conta de um elevado recurso aos métodos tradicionais como o coito interrompido (Rasevic, 1994:71; Kocourková, 2016:899), havendo a registar, em alguns casos, também um forte recurso aos

¹³⁰ Os países aqui em causa seguem a classificação regional das Nações Unidas, integrando o leste europeu ou a Europa Oriental: Bielorrússia (Belarus), Bulgária, Eslováquia, Federação Russa, Hungria, Moldávia, Polónia, República Checa, Roménia e Ucrânia.

¹³¹ Os outros territórios aqui considerados seguem a classificação das Nações Unidas: *Northern Europe, Southern Europe e Western Europe*.

¹³² Mulheres dos 15-44 anos de idade.

preservativos masculinos (Levchuk e Perelli-Harris, 2009: 25). Situações que se prendem, não apenas com ideias preconcebidas sobre os malefícios para a saúde associados aos métodos de contraceção moderna, com especial relevância para a pílula (Rasevic, 1994, 69-71; Stenvoll, 2007:37), ou com os custos e a deficitária distribuição ou disponibilização dos métodos em causa, mas também com o modo como a concorrência do recurso ao aborto se manifesta (Levchuk e Perelli-Harris, 2009: 10-12).

A diferença que existe entre a função que o aborto ocupa no sistema de regulação da fecundidade numa parte dos países do Leste e do Centro da Europa e os restantes países europeus traduz-se numa diferenciação ao nível dos padrões de comportamento do fenómeno do aborto, não só em termos de volume como da intensidade específica associada às características da população feminina envolvida (Levchuk e Perelli-Harris, 2009:25-27).

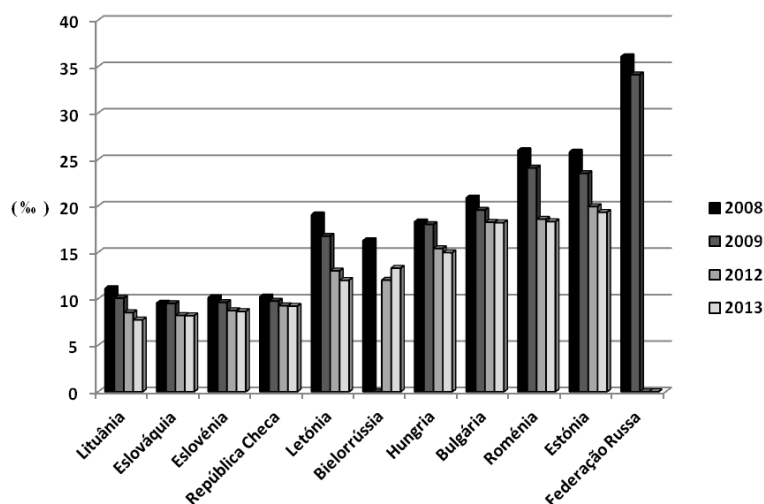
Nos países do Leste e do Centro da Europa, a indução do aborto foi-se definindo como o método para limitar o número de filhos sobretudo após atingido o número desejado, envolvendo, por isso, maiores frequências de mulheres casadas com dois ou mais filhos (Kocourková, 2014). Enquanto, nos países da Europa Ocidental, onde a introdução da liberalização do aborto surge na continuidade da constatação da incapacidade de a contraceção moderna garantir a regulação da fecundidade desejada, a maior necessidade é sentida no âmbito do adiamento do momento de iniciar o percurso reprodutivo. Pelo que, as maiores frequências de recurso ao aborto foram tendendo para um maior envolvimento por parte de mulheres mais jovens, solteiras e sem filhos (Blayo, 1991:535). Esta diferenciação ao nível do comportamento do aborto articula-se com uma diferenciação ao nível do comportamento da fecundidade que se prende com o calendário e, por aí, com a sua intensidade sobretudo específica e não tanto total.

Com efeito, a tendência para iniciar mais precocemente o percurso reprodutivo no Leste e mais tardiamente no Ocidente integra uma diferenciação antiga no âmbito dos padrões da fecundidade europeia que não impediram, contudo, que a tendência para restringir a dimensão da família se traduza, no início do século XXI, na generalização de baixos níveis de fecundidade por toda a Europa. Deste modo, o padrão do recurso ao aborto deriva da função que ele ocupa no âmbito do sistema de regulação da fecundidade e esta define-se pela necessidade que as mulheres têm de interromper uma gravidez em estreita articulação com os objetivos reprodutivos que perseguem e a forma como perspetivam, por aí, ao longo da gestão do seu percurso reprodutivo, a possível concorrência de outros métodos.

Nesta continuidade, o facto de surgirem países como a Eslováquia, a República Checa, a Eslovénia e a Lituânia com taxas globais de aborto induzido muito próximas das apresentadas pelos países da Europa Ocidental remete para a emergência de uma

diferenciação, no âmbito do padrão de recurso ao aborto, entre os países do Leste europeu (Figura 2.9)

Figura 2.9 – Taxas globais de aborto induzido¹³³, países do Leste europeu, 2008, 2009, 2012 e 2013 (‰)



Fonte: Eurostat. Cálculos próprios.

Notas: os dados só permitiram calcular, para a Federação Russa, as taxas relativas aos anos 2008 e 2009. No caso da Bielorrússia, não foi possível calcular a taxa para 2009.

De facto, a partir dos finais dos anos 1990, pode dar-se conta de alterações em torno das frequências do aborto induzido nos países da Europa mais a leste, no sentido do decréscimo. Contudo, este revela-se claramente mais acentuado em 4 desses países¹³⁴.

Com efeito, com taxas globais de aborto que se situam, em 2013, entre os 9,2‰ da República Checa e os 7,7‰ da Lituânia, estes países afastam-se do padrão do leste e centro europeu (Figura 2.9.). Um afastamento que envolve não só a redução na frequência do aborto como também uma maior prevalência do recurso à contraceção moderna e a emergência de uma tendência para adiar o momento de iniciar o percurso reprodutivo. Alterações que os aproximam, em termos do comportamento da fecundidade e do aborto induzido, do padrão europeu ocidental, sem que, contudo, essa aproximação se traduza num acréscimo da frequência do aborto nas idades mais jovens. É nesta medida que J. Kocourková (2014) integra os quatro países em causa na emergência na Europa do que ela denomina de um padrão de aborto de transição. Um padrão que se diferencia tanto do

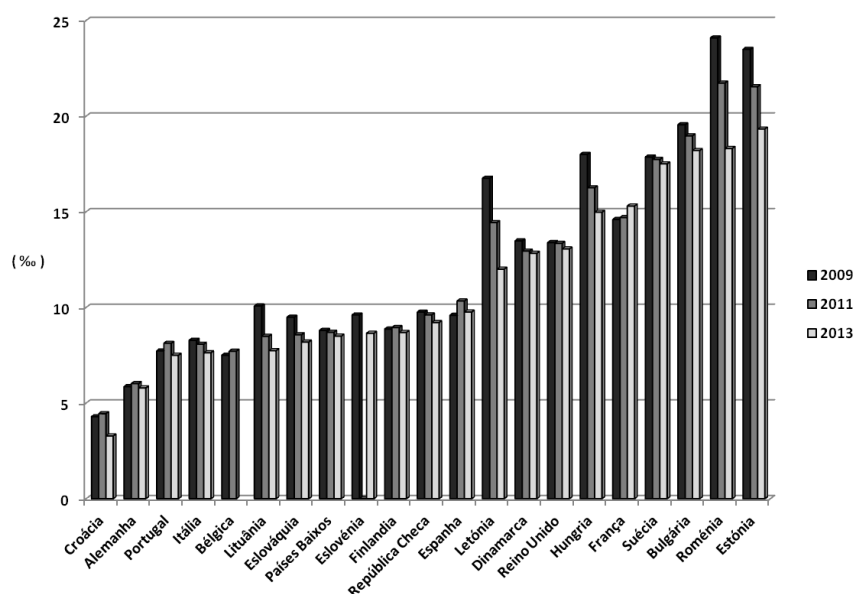
¹³³ Em causa neste gráfico estão taxas de aborto induzido (todos os motivos) e não apenas por opção da mulher. A nível internacional os dados sobre o aborto induzido são tratados tendo em conta todos os motivos.

¹³⁴ A este grupo também se adiciona o caso da Ucrânia (Levchuk, Natalia e Brienna Perelli-Harris (2009).

padrão de aborto tardio, característico dos países do Leste, como do padrão de aborto precoce, característico dos países do Ocidente.

Segundo J. Kocourková (2014) este novo comportamento do aborto induzido caracterizado por um decréscimo da frequência transversal a todas as idades é determinado por uma maior aproximação entre as mulheres mais jovens e mais velhas, a viver em casal ou não, em torno de uma melhor regulação da fecundidade transversal a todas as idades por via da prevalência de um recurso generalizado à contraceção moderna, com particular ênfase, nas idades mais jovens. Ao nível dos países da União Europeia (Figura 2.10), neste grupo do denominado padrão transicional, a autora inscreve, desde já, para além da Eslováquia, da República Checa, da Eslovénia e da Lituânia, a Itália, a Alemanha e a Bélgica, o que também remete para a existência de uma diferenciação entre os países da Europa ocidental.

Figura 2.10 – Taxas globais de aborto induzido¹³⁵, países da União Europeia, 2009, 2011 e 2013 (‰)



Fonte: Eurostat, NIHW-THL, USPDA e INED.

Notas: Os dados não permitiram o cálculo, no caso da Bélgica, da taxa para 2013. O último ano possível de calcular, no caso de Itália, foi 2012, sendo este que consta do gráfico. As taxas relativas aos países nórdicos e aos Países Baixos¹³⁶ (Holanda) foram retiradas dos respetivos *sites* acima referidos. As taxas relativas à França (Metropolitana) foram retiradas do *site* do INED.

O aborto induzido no ocidente contemporâneo define-se como um método que visa corrigir as falhas da contraceção, remetendo a sua permanência para os limites dos

¹³⁵ Em causa neste gráfico estão taxas de aborto induzido (todos os motivos) e não apenas por opção da mulher. A nível internacional os dados sobre o aborto induzido são tratados tendo em conta todos os motivos. A única exceção são os dados da França que se referem à IVG.

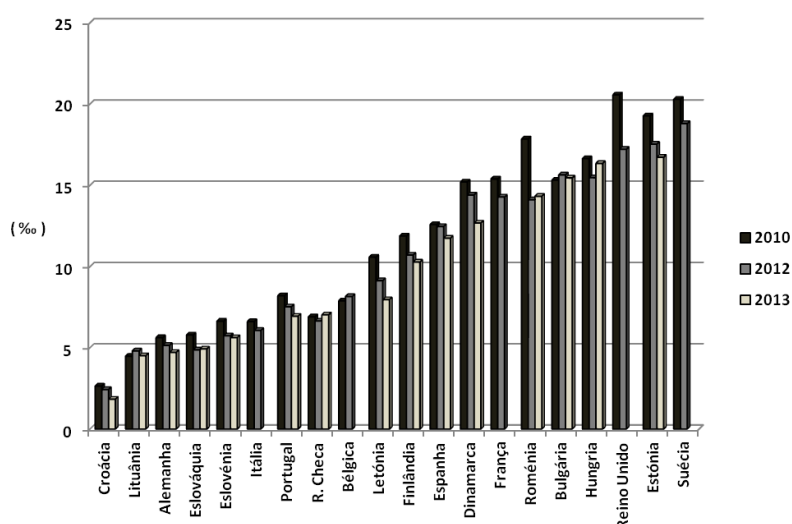
¹³⁶ De referir que as taxas dos Países Baixos têm como população de referência as mulheres em idade fértil dos 15-44 anos.

métodos de contraceção moderna no âmbito do atual sistema de regulação da fecundidade. Paralelamente, mesmo entre os países já com uma larga tradição na utilização dos métodos de contraceção moderna existem diferenças claras ao nível da incidência do aborto.

A França, a Suécia e o Reino Unido apresentam as taxas globais de aborto claramente mais elevadas da Europa ocidental (Figura 2.10.) que coexistem com uma elevada prevalência da contraceção moderna. As maiores frequências do recurso à interrupção da gravidez que envolvem as mulheres mais jovens, solteiras e sem filhos remetem, nesses países, para a existência, nas idades mais jovens, de continuadas dificuldades na gestão contracetiva do percurso sexual, em estreita articulação com uma forte intolerância à gravidez imprevista ou não desejada.

Com efeito, a França, o Reino Unido e a Suécia são os países da Europa ocidental que apresentam as mais elevadas taxas de aborto induzido na adolescência (Figura 2.11).

Figura 2.11 – Taxas de aborto induzido¹³⁷ na adolescência (15-19 anos), UE, 2010-2012-2013 (‰)



Fonte: Eurostat.

Notas: Para o Reino Unido, França, Suécia e Itália não foi possível calcular as taxas para 2013; o último ano possível de calcular para a Bélgica foi 2011, sendo este que consta do gráfico; Dinamarca apresenta taxas referidas às classes etárias dos 15-19 anos (2013) e dos <20 anos (2010 e 2012). A Suécia apresenta taxas referidas às classes etárias dos 15-19 anos (2010) e dos <20 anos (2012).

Se atendermos ao comportamento do calendário da fecundidade (Quadro 2.10), é para o adiamento do momento de procriar que todos os países da Europa ocidental tendem, o que coloca em destaque a regulação da fecundidade nas idades mais jovens e os fatores que aí podem determinar, não só o recurso a métodos de contraceção moderna como a utilização mais eficaz desses métodos. É neste sentido que Korcoukova (2014) refere como

¹³⁷ Em causa neste gráfico estão taxas de aborto induzido (todos os motivos) e não apenas por opção da mulher. A nível internacional os dados sobre o aborto induzido são tratados tendo em conta todos os motivos.

pertinente a influência de fatores macrossociais como a abrangência e a qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, a abrangência e a qualidade da educação sexual, o peso da população migrante em idade fértil, bem como as tradições culturais, sobretudo, no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos das jovens mulheres.

Quadro 2.10 – Idade média da mulher ao nascimento de um filho e idade média da mulher ao nascimento do 1º filho, UE, 2009-2011-2013-2015 (anos)

| Idade média da mulher ao nascimento de um filho | | | | | Idade média da mulher ao nascimento do 1º filho | | | | |
|---|------|------|------|------|---|------|------|------|------|
| PAÍSES | 2009 | 2011 | 2013 | 2015 | PAÍSES | 2009 | 2011 | 2013 | 2015 |
| Bulgária | 26,7 | 27,1 | 27,1 | 27,4 | Bulgária | 25,2 | 25,7 | 25,7 | 26,0 |
| Roménia | 26,8 | 27,1 | 27,4 | 27,7 | Roménia | 25,1 | 25,6 | 25,9 | 26,3 |
| Eslováquia | 28,5 | 28,9 | 28,8 | 28,8 | Eslováquia | 26,7 | 27,4 | 26,9 | 27,1 |
| Poland | 28,6 | 28,9 | 29,0 | 29,2 | Poland | 26,2 | 26,6 | 26,7 | 27,0 |
| Letónia | 28,4 | 28,7 | 29,0 | 29,4 | Letónia | 25,7 | 25,9 | 26,1 | 26,5 |
| Lituânia | 28,5 | 28,9 | 29,2 | 29,5 | Lituânia | 26,0 | 26,5 | 26,7 | 27,1 |
| Hungria | 29,1 | 29,4 | 29,5 | 29,6 | Hungria | 27,4 | 27,7 | 27,7 | 27,9 |
| Croácia | 28,9 | 29,3 | 29,6 | 29,9 | Croácia | 27,2 | 27,6 | 28,0 | 28,3 |
| Estónia | 28,9 | 29,5 | 29,5 | 29,9 | Estónia | 26,0 | 26,4 | 26,5 | 27,2 |
| R. Checa | 29,4 | 29,7 | 29,9 | 30,0 | R. Checa | 27,4 | 27,8 | 28,1 | 28,2 |
| Eslovénia | 30,0 | 30,1 | 30,1 | 30,2 | Eslovénia | 28,2 | 28,4 | 28,5 | 28,7 |
| Malta | 29,2 | 29,8 | 30,0 | 30,3 | Malta | 27,1 | 28,0 | 28,4 | 28,8 |
| Reino Unido | 29,4 | 29,7 | 30,0 | 30,3 | Reino Unido | 30,4 | 30,5 | 28,3 | 28,7 |
| Bélgica | 29,6 | 29,8 | 30,2 | 30,4 | Bélgica | 28,1 | 28,1 | 28,5 | 28,7 |
| França | 30,1 | 30,2 | 30,4 | 30,6 | França | 28,0 | 28,1 | 28,1 | 28,5 |
| Austria | 29,7 | 30,0 | 30,3 | 30,6 | Austria | 28,0 | 28,5 | 28,8 | 29,2 |
| Finlândia | 30,1 | 30,3 | 30,5 | 30,6 | Finlândia | 28,2 | 28,4 | 28,5 | 28,8 |
| Portugal | 29,7 | 30,1 | 30,4 | 30,9 | Portugal | 27,9 | 28,4 | 28,9 | 29,5 |
| Alemanha | 30,2 | 30,5 | 30,8 | 30,9 | Alemanha | 28,7 | 29,0 | 29,3 | 29,5 |
| Dinamarca | 30,5 | 30,7 | 30,8 | 31,0 | Dinamarca | | 29,0 | 29,0 | 29,2 |
| Suécia | 30,7 | 30,8 | 30,9 | 31,0 | Suécia | 28,9 | 29,0 | 29,1 | 29,2 |
| P.Baixos | 30,7 | 30,9 | 31,0 | 31,2 | P.Baixos | 29,2 | 29,3 | 29,4 | 29,7 |
| Chipre | 30,3 | 30,5 | 30,8 | 31,3 | Chipre | 28,4 | 28,5 | 29,0 | 29,5 |
| Grécia | 30,4 | 30,5 | 30,9 | 31,3 | Grécia | 29,0 | 29,4 | 29,9 | 30,2 |
| Luxemburgo | 30,7 | 30,8 | 31,3 | 31,5 | Luxemburgo | 29,3 | 29,4 | 30,0 | 30,2 |
| Irlanda | 31,4 | 31,5 | 31,6 | 31,6 | Irlanda | 29,0 | 29,3 | 29,4 | 29,6 |
| Itália | 31,2 | 31,5 | 31,5 | 31,7 | Itália | | | 30,6 | 30,8 |
| Espanha | 31,0 | 31,4 | 31,7 | 31,9 | Espanha | 29,6 | 30,1 | 30,4 | 30,7 |

Fonte: Eurostat, INSEE, INED

Notas: Na IMNF: França- Fonte INSEE. Na IMN1ºF: França - Fonte INED – os valores apresentados para os anos 2009 e 2011 (este é referente ao ano 2010); França - Fonte INSEE – os valores apresentados para os anos 2013 (este é referente ao ano 2012) e 2015; Dinamarca não apresenta valor para 2009 e o para 2011 é referente ao ano de 2012; Itália não apresenta valores para 2009 e 2011.

Em síntese, na Europa contemporânea existe uma tendência convergente no sentido da redução da frequência do recurso ao aborto, paralelamente a uma tendência divergente em torno da forma como se estrutura esse recurso e o uso da contraceção moderna, que já não se esgota na oposição entre um padrão ocidental e um padrão de leste ou oriental. Relativamente aos países da Europa ocidental, a forte tendência para o adiamento do momento de procriar coloca em destaque a regulação da fecundidade sobretudo nas idades mais jovens e os fatores que aí podem determinar a ocorrência de uma gravidez imprevista ou não desejada e a consequente opção pela sua interrupção.

Segundo o comportamento do aborto induzido traduzido pelas taxas globais (Figura 2.10) e pelas taxas dos 15-19 anos (Figura 2.11), Portugal encontra-se entre os países europeus que apresenta uma menor incidência do recurso ao aborto induzido mesmo nas idades mais jovens, paralelamente a um comportamento da fecundidade cujo calendário tende para idades médias em torno dos 30 anos (Quadro 2.10) e a intensidade para muito baixa, sendo que atingiu o ISF mais baixo da Europa em 2013. Deste modo, o caso português assume alguma especificidade no âmbito dos padrões acima observados.

Segundo Bongaarts e Westoff (2000: 19-20) a existência simultânea de baixas intensidades de fecundidade e de recurso ao aborto remete para uma elevada prevalência e eficácia de práticas contraceptivas. O que pressupõe um rigoroso e eficaz controlo dos nascimentos em termos do número e do calendário desejado.

Sabendo que o comportamento do recurso ao aborto se prende com as dificuldades em regular a fecundidade, no sentido dos parâmetros desejados de intensidade e calendário, em estreita associação com a potencial tendência para optar pela interrupção de uma gravidez não desejada (Bongaarts e Westoff, 2000:4), assume pertinência a caracterização do padrão do aborto induzido em Portugal em torno da forma como se estrutura o seu comportamento específico. Neste sentido, importa também observar de que forma evoluiu historicamente a transição da fecundidade portuguesa para um nível muito baixo, em articulação com recurso às práticas contraceptivas e abortivas (Bongaarts e Westoff, 2000:5-6).

3. O CASO PORTUGUÊS: DA ILEGALIDADE À DESPENALIZAÇÃO

«Assim se salvará a vida a huma multidão de crianças, se tirará a ocasião dos abortos, e infanticídios, se procurarão vassallos para o Estado, e se evitará à mulher, que teve huma fraqueza, a desgraça de ficar desonrada, tornando-se mais circumspecta para não *commetter segunda*.» (Sá, 1992:75). Assim se pronunciava um jurista português dos inícios do século XIX no sentido da legitimação da prática do abandono de crianças através da criação de meios institucionais que permitissem o abandono anónimo e garantissem a assistência às crianças expostas. Nesta perspetiva, o aborto surge, no Portugal oitocentista, juntamente com o infanticídio e a exposição de crianças, estreitamente associado às consequências da desregulação da sexualidade no feminino, em particular, da mulher solteira.

A jurisprudência dos séculos XVIII e XIX, após ter legitimado a prática do abandono, passou a distinguir três formas diferentes de atentar contra a vida das crianças: o infanticídio, o aborto e a supressão de parto (Sá, 1992: 83). Enquanto o infanticídio seria a morte premeditada de um filho nascido vivo, o aborto seria a morte voluntariamente provocada de um filho por nascer. A supressão de parto envolvia os casos em que a gravidez de uma mulher, ocultada ou visivelmente pública, chegava a termo sem que alguém tivesse conhecimento do destino do recém-nascido. Esta última prática define-se como um delito menor face às primeiras, por via das penas de que era objeto, remetendo, em parte, para a existência da legalização da prática do abandono (Sá, 1992: 84).

Anteriormente, uma lei romana equiparava o aborto provocado ao infanticídio, sendo este, por sua vez, equiparado ao parricídio, logo eram sujeitos à mesma pena (Sá, 1992: 84). No Regimento de Quadrilheiros promulgado por D. Sebastião em 1570¹³⁸ encontra-se uma referência às “movedeiras” ou às mulheres acusadas de *«fazer mover outras com beberagens ou por qualquer outra via»* (Sá, 1992: 84). Segundo Isabel Sá (1992;84), este regimento passou às Ordenações Filipinas¹³⁹ quase sem alterações, acrescentando a supressão de parto: *«E saberão se em suas quadrilhas ha casas de alcouce, ou de tabolagem, ou em que se recolham furtos, barregueiros casados, alcoviteiras, feiticieras, para o que visitarão as estalagens e vendas de suas quadrilhas: ou mulheres que se tem infamadas de fazer mover outras, ou se andando alguma prenhe, se suspeite mal do parto, não dando dele conta»* (Sá,1992:84). Estes são os únicos parágrafos que mencionam estas formas de atentar contra a vida das crianças, revelando-se a lei relativamente omissa sobre o infanticídio.

¹³⁸ Collecção cronológica de várias leis, provisões e regimentos de El-Rey D. Sebastião (1819), Coimbra, Real Imprensa da Universidade, p.22.

¹³⁹ Ordenações Filipinas, Livro I, tit. 738, § 4.

Como refere Isabel Sá (1992: 86), o infanticídio pertenceu durante muito tempo à categoria de crimes difíceis de verificar, somente com o desenvolvimento da medicina legal, a partir do século XIX, é que se pôde começar a determinar com alguma certeza a intencionalidade na morte de recém-nascidos. Nesta continuidade, a mesma autora (Sá, 1992: 86) afirma que é no período liberal que surge em Portugal uma legislação objetiva relativamente ao infanticídio e ao aborto, passando a serem definidos e penalizados de uma forma clara e diferenciada nos artigos 356^{o140} e 358^{o141} do Código Penal (por decreto de 10 de dezembro de 1852). O infanticídio surge assim como objeto de pena de morte¹⁴² e o aborto provocado de pena de prisão maior temporária¹⁴³. Quanto à supressão de parto, ela não é expressamente mencionada, considerando-se os crimes de subtração e ocultação de menores no âmbito do artigo 344^o (Sá, 1992: 86).

Em suma, tal como na maior parte dos Estados europeus, em Portugal a primeira regulamentação penal que criminaliza objetivamente as práticas abortivas deriva de mudanças legislativas ocorridas durante o século XIX¹⁴⁴ (Marques, 2006: 92) nas quais se enquadra o Código Penal de 1852 e o seguinte, de 1886 (por decreto de 16 setembro de

¹⁴⁰ «*Aquella, que commetter o crime de infantecidio, matando voluntariamente um infante no acto do seu nascimento, ou dentro em oito dias depois do seu nascimento, será punido com a pena de morte.*»: artigo 356^o, secção 2^o, capítulo III (Dos crimes contra a segurança das pessoas), Código Penal (1855), Lisboa, Imprensa Nacional, pp. 107.

¹⁴¹ «*Aquella, que de proposito fizer abortar uma mulher pejada, empregando para este fim violencias, ou bebidas, ou medicamentos, ou qualquer outro meio, se o crime fôr commettido sem consentimento da mulher, será condemnado na pena de prisão maior temporaria com trabalho. §1 Se fôr commettido o crime com consentimento da mulher, será punido com a prisão maior temporaria. §2 Será punida com a mesma pena a mulher que consentir, e fizer uso dos meios subministrados, ou que voluntariamente procurar o aborto a si mesma, seguindo-se effectivamente o mesmo aborto. §4 O médico, ou cirurgião, ou pharmaceutico, que, abusando da sua profissão, tiver voluntariamente concorrido para a execução deste crime, indicando, ou subministrando os meios, incorrerá respectivamente nas mesmas penas, aggravadas segundo as regras geraes.*»: artigo 358^o, secção 3^a, capítulo III (Dos crimes contra a segurança das pessoas), Código Penal (1855), Lisboa, Imprensa Nacional, pp. 107-08.

¹⁴² Com a previsão da seguinte situação atenuante: § único. *No caso de infantecídio commettido pela mãe, para occultar a sua deshonra, ou pelos avós maternos para occultar a deshonra da mãe, a pena será a de prisão maior temporárias*»: artigo 356^o, Secção 2^a, Capítulo III do Código Penal de 1852.

¹⁴³ Com a previsão da seguinte situação atenuante: «§ 3^o Se, porém, no caso do § antecedente a mulher commetter o crime para occultar a sua deshonra, a pena será a prisão correccional.»: artigo 358^o, Secção 3^a, Capítulo III do Código Penal de 1852.

¹⁴⁴ Com base no exemplo do código penal francês de 1810, as regulamentações penais do século XIX colocam o aborto entre os crimes contra a pessoa, em particular entre os que atentam contra a vida (Galeotti, 2007:108).

1886), onde se penaliza o aborto provocado sem situações de exclusão de ilicitude¹⁴⁵, apenas, considerando uma situação atenuante no caso de «a mulher cometer o crime para ocultar a sua desonra»¹⁴⁶.

De facto, tanto na versão de 1852 como na versão de 1886, o Código Penal português, apesar de estabelecer uma clara distinção entre os crimes de infanticídio e de aborto, continua a prever a forte associação de ambos¹⁴⁷ à estigmatizada sexualidade da mulher solteira. E é sob o Código Penal de 1886 que o aborto provocado se manterá definido, até ao início da década de 1980 do século XX, como um crime contra a segurança das pessoas estreitamente associado às consequências da sexualidade desregulada no feminino, em particular, da mulher solteira (podendo esta definir-se como vítima ou prevaricadora)¹⁴⁸ (Galeotti, 2007: 109-110). Uma inércia legal e concetual que se prende fortemente com o facto de politicamente Portugal ter sido dominado durante uma grande parte do século XX por uma ditadura que promoveu o denominado Natalismo de Estado e no âmbito da qual a Igreja Católica assumiu uma influência preponderante.

No entanto, o controlo dos nascimentos e o papel, não negligenciável, que o recurso ao aborto provocado aí representava, é uma questão já presente na sociedade portuguesa de 1900, sobretudo em contexto urbano, emergindo, tal como as práticas anticoncepcionais, com ostensiva visibilidade durante a curta história do movimento neomalthusiano em Portugal.

¹⁴⁵ Na passagem do Código Penal de 1852 para o Código Penal de 1886, a única alteração é a adição, em alternativa, à pena de prisão maior temporária, da pena de prisão maior celular de dois a oitos anos: Universidade de Coimbra (1919), Código Penal Português, Coimbra, Imprensa da Universidade, p.107

¹⁴⁶ §3º do artigo 358º do Código Penal Português (ed.1919), p.107.

¹⁴⁷ *Relativamente ao infanticídio e tal como se verifica no Código Penal de 1852, também no Código Penal de 1886, a situação atenuante abrange os pais da mulher «§único. No caso de infanticídio cometido pela mãe, para ocultar a sua desonra, ou pelos avós maternos para ocultar a desonra da mãe, a pena será a de prisão maior celular de dois a oito anos, ou, em alternativa, a de prisão maior temporária»*: Universidade de Coimbra (1919), Código Penal, Coimbra, Imprensa da Universidade, artigo 346º, p. 106.

¹⁴⁸ Segundo Giulia Galeotti (2007: 109-110), a referência à honra era um pau de dois bicos: constituía-se como única atenuante para proteger de algum modo a mulher, em particular, a partir da segunda metade do século XIX, quando, de uma maneira geral, a promessa de casamento deixa de ser vinculativa; mas nas restantes situações, onde se tendia associar a “má conduta”, leva ao agravamento da pena.

3.1 O NEOMALTHUSIANISMO

A breve¹⁴⁹ história do movimento neomalthusiano em Portugal, segundo João Freire (2002:25), inicia-se com a publicação, em 1902, no Porto, da tese do jovem médico Ângelo Vaz sob o título *Neo-Malthusianismo*, o qual provocou alguma polémica na imprensa. Este movimento surge na continuidade do que ocorria na Europa assumindo em Portugal, segundo Freire e Lousada (1982:1368), algumas das características e da vocação política da perspetiva neomalthusiana francesa, ficando, por isso, muito associado à posição anarquista na linha de Paul Robin¹⁵⁰ e da sua divisa «*Bom nascimento, boa educação e boa organização social*» (Freire e Lousada, 1982: 1368).

Como refere João Freire (2002: 26), para além do discurso ideológico, o neomalthusianismo foi um movimento com uma forte vocação prática no âmbito da difusão de técnicas de controlo dos nascimentos onde sobressaiam as ações de propaganda. Estas consistiam sobretudo na edição de publicações, na realização de conferências e sessões de esclarecimento, na propaganda de vizinhança porta-a-porta, às quais se adicionava a distribuição de receitas, dispositivos e produtos anticoncecionais. Estes tanto podiam ser de produção nacional ou estrangeira, contando com a existência de uma rede nacional de farmácias que garantiam o seu fornecimento e venda (Freire,2002:27).

De facto, o aborto provocado não fazia parte das práticas que os militantes neomalthusianos propagandeavam com vista a impedir os filhos não desejados ou a miséria no feminino e, sobretudo, a pobreza no operariado ou nos grupos sociais menos favorecidos. Até porque, convém não esquecer, o aborto provocado estava definido, em Portugal, como um crime, desde 1852. E na lei já estava prevista a penalização para farmacêuticos, médicos ou cirurgiões que concorressem para a execução de um aborto¹⁵¹. De qualquer modo, o aborto provocado era uma prática condenada, no âmbito do movimento neomalthusiano, não por questões éticas ou morais, mas sobretudo pelo facto de ser perigosa para a vida e a saúde da mulher (Freire e Lousada, 1982: 1380). Todavia, as substâncias potencialmente abortivas não eram recusadas, havendo a registar um recurso visível à prescrição de receitas de emenagogos.

¹⁴⁹ Segundo Freire e Lousada (1982:1367;1386) o período mais ativo e rico do movimento neomalthusiano em Portugal vai do início do século XX (1902) até às vésperas da primeira grande guerra (1913) permanecendo vestígios até aos anos 40.

¹⁵⁰ Foi com o anarquista mação Paul Robin (1837-1912) que o neomalthusianismo adquiriu uma vocação política e social através do envolvimento ideológico da questão do controlo dos nascimentos na luta contra o capitalismo (Freire e Lousada, 1982: 1368).

¹⁵¹ §4 do artigo 358º, secção 3ª, capítulo III (Dos crimes contra a segurança das pessoas), Código Penal (1919), Coimbra, Imprensa da Universidade, p.107.

As ações neomalthusianas, sob a herança da perspectiva de Thomas Malthus, deram visibilidade pública à discussão sobre a relação entre a natalidade descontrolada e a perpetuação dos elevados níveis de pobreza e mortalidade entre as classes menos favorecidas socialmente, com especial destaque, para os assalariados industriais. Possibilitando assim uma definição pública da questão do controlo dos nascimentos e dos métodos e técnicas anticoncepcionais que a Malthus “repugnaria”, doravante denominadas de práticas neomalthusianas. Mas, mais importante do que isso, foi o facto de, através da procura de que são alvo os seus produtos e as suas brochuras, atestarem a existência, na sociedade portuguesa, de uma crescente necessidade de meios ou estratégias para controlar os nascimentos. Entre os meios propagandeados pelos neomalthusianos, frequentemente importados, havia os de criação recente¹⁵² e os já recorrentes¹⁵³ na sociedade portuguesa. Estes eram associados, sobretudo, a certos grupos da população urbanita (Freire e Lousada, 1982:1378;1393), sendo, por aí, que também se expõe o recurso ao aborto para lá do âmbito da sexualidade celibatária (Freire e Lousada, 1982:1393-94).

O neomalthusianismo encerrava a ideia revolucionária de que todos os indivíduos tinham o direito a controlar de forma voluntária e consciente o efeito procriador da sua sexualidade. Um direito que beneficiava sobretudo as mulheres, libertando-as do peso das gravidezes não desejadas e dos nascimentos frequentes, permitindo-lhes a possibilidade, não só de usufruírem da fruição sexual sem receios, como de aspirarem a valorizarem-se socialmente de outras formas que não apenas pela reprodução e a vida familiar (Freire e Lousada, 1982: 1378). Esta ideia apresentava-se tão ou mais subversiva¹⁵⁴ do que a da luta de classes numa sociedade onde da mulher se esperava, sobretudo, que fosse moralmente irrepreensível e uma boa esposa e mãe.

Ser moralmente irrepreensível no feminino passava fortemente pela forma como uma mulher se definia sexualmente ativa. Segundo a norma social, impunha-se que a mulher, ao longo do seu percurso de vida, só fosse sexualmente ativa dentro do casamento, sem frustrar o efeito procriador, e apenas com o seu marido. O que remete para o papel central

¹⁵²O caso do denominado *fossete uterófilo* fabricado sobretudo com meteorite, metal muito leve, tinha a forma de um cogumelo de superfície côncava, de espessura variável, e que, colocado imediatamente após a menstruação era eficaz todo um mês (Freire e Lousada,1982:1379).

¹⁵³ Preservativo masculino (*condom* ou camisa de vénus), pessários oclusivos ou diafragmas (*Messinga*), óvulos, cones, espermicidas ou lavagens com produtos antissépticos e a abstinência periódica. Esta era utilizada de forma muito falível pois tinha como referência considerações erradas sobre o período fértil da mulher (Freire e Lousada, 1982: 1379-80).

¹⁵⁴ Subjacente a esta ideia encontrava-se um desafio social e moral na medida em que defendia a separação entre sexualidade e procriação, colocando em causa o papel da mulher na sociedade e, por aí, tanto era inaceitável para as elites governantes da República como para os operários (Campos,2007:6).

que o casamento tinha no âmbito do sistema de regulação da fecundidade e, por aí, da sexualidade feminina, na sociedade portuguesa de 1900.

Entre os ativistas do neomalthusianismo encontravam-se sobretudo anarquistas e libertários, mais e menos radicais, e defensores do controlo da natalidade pertencentes aos vários quadrantes da sociedade portuguesa com especial destaque para o Setor da saúde (Freire, 2002:27-28). No entanto, é também no Setor da saúde que se encontrará, para além do âmbito político e religioso, a oposição mais feroz ao movimento neomalthusiano. A forte conotação política e moral associada a este movimento, que também se definia por uma forte vocação antimilitarista, tornou-o alvo de medidas repressivas que ditaram o início da sua precoce diluição nas vésperas da primeira grande guerra (Freire e Lousada, 1982:1387) com a emergência do denominado Natalismo de Estado por toda a Europa. Contudo, continuaram a ser frequentemente referidos, sobretudo entre as duas guerras, como os bodes expiatórios da visível perda de vitalidade da população portuguesa. E a esta associava-se não só a difusão dos denominados comportamentos neomalthusianos como a do aborto provocado (Freire e Lousada, 1982:1394), posicionando, assim, este último também no âmbito das práticas para limitar o número de filhos.

Na esteira do que ocorria na Europa, os neomalthusianos foram, em Portugal, os percussores ou os anunciadores de uma nova atitude perante a procriação, legitimada de forma sociopolítica e científica, cuja evolução já não podia ser contida, mas que seria ferozmente combatida por católicos e natalistas e, por aí, alvo de um claro abrandamento na sociedade portuguesa cujos efeitos se estenderiam até aos anos 80 do século XX.

3.2 O NATALISMO DE ESTADO

Em Portugal, tal como na Europa, a evolução do controlo da fecundidade surge historicamente marcada pelo denominado Natalismo de Estado. Este, no caso português, seria protagonizado pela ditadura do Estado Novo, regime que acabou por dominar politicamente o país durante mais de quatro décadas¹⁵⁵, estendendo-se, para lá do final da segunda Guerra Mundial, até aos anos 70 do século XX. O que levou a um certo atraso na sociedade portuguesa, face à maior parte dos países da Europa ocidental, em matéria de direitos individuais e, entre estes, os direitos sexuais e reprodutivos.

Quanto à ideologia natalista, segundo Irene Pimentel (2002: p.20) esta contou com poucas medidas práticas, vigorando essencialmente através de medidas de propaganda e proibitivas. Estas últimas, tal como ocorreu um pouco por toda a Europa, consubstanciaram-se sobretudo em torno da criação de legislação contra qualquer tipo de práticas

¹⁵⁵ Considera-se de 1933 (ano da publicação da Constituição) a 25 de Abril de 1974 (Baptista, 2016: 365).

contracetivas e voluntariamente abortivas. Nesse sentido foram mantidas em vigor as penas previstas pelo Código Penal de 1886 e, em 1927, no âmbito do Decreto-Lei 13 470¹⁵⁶, regulamentou-se a venda de medicamentos classificados como abortivos, passando a sua venda a ser obrigatoriamente sujeita a receita médica. Em 1929, no âmbito do Decreto-Lei 17 636¹⁵⁷, para além dos medicamentos e substâncias abortivas, alargou-se a proibição de venda ao público, sem receita médica, a medicamentos e substâncias medicinais empregues como antigenésicos. E é, também, no âmbito deste mesmo Decreto-Lei que passa a ser proibido «*seja a que título e de que maneira fôr*»¹⁵⁸ a propaganda de substâncias empregues como antigenésicos e abortivos. Esta proibição viria ainda a ser reforçada, em 1942, pelo Decreto-Lei 32 171¹⁵⁹, no âmbito do qual também se ilegalizou de forma específica «*a venda de acessórios médicos ou apresentados como tais cujas propriedades ou efeitos fossem contrários à moral ou aos bons costumes ou capazes de interromper ou perturbar de qualquer modo a marcha fisiológica da gravidez*»¹⁶⁰

As práticas contracetivas com a diluição do movimento neomalthusiano e a, subsequente, ilegalização da propaganda e venda de anticoncepcionais, tornam-se publicamente invisíveis reforçando a sua dimensão mais secreta e íntima. Uma dimensão que as práticas abortivas dificilmente conseguiam assegurar, sobretudo, pela articulação entre uma crescente procura e as consequências nefastas derivadas das condições inseguras em que, de uma forma geral, ocorriam (Freire e Lousada, 1982: 1393). Deste modo, não é estranho que, em particular, a classe médica associada a uma posição higienista e sanitária empenhada, em particular, na proteção da saúde materna e infantil e, por aí, fortemente envolvida na fundação das primeiras maternidades (Baptista, 2016: 366), se tenha mantido particularmente centrada na questão do aborto “criminoso” e numa verdadeira cruzada anti-aborto, apelando frequentemente a medidas mais repressivas (Freire e Lousada, 1982: 1394).

Era à lei demasiado branda e não aplicada que Costa Sacadura¹⁶¹, em 1929¹⁶², e Maria Luísa Van Zeller¹⁶³, em 1944¹⁶⁴, atribuíam os elevados valores assumidos pelo aborto

¹⁵⁶ O Decreto-Lei 13 470 de 18 d abril de 1927 tem por objetivo regular o exercício da profissão farmacêutica e assegurar a sua prática legal.

¹⁵⁷ O Decreto-Lei 17 636 de 21 de novembro de 1929 tem por objetivo estabelecer as regras para o exercício da arte de farmácia.

¹⁵⁸ Artigo 11º do Decreto-Lei 17 636 de 21 de novembro de 1929.

¹⁵⁹ O Decreto-Lei 32 171 de 29 de julho de 1942 tem por objetivo regular a atividade médica.

¹⁶⁰ §2º, artigo 21, do Decreto-Lei 32 171 de 29 de julho de 1942.

¹⁶¹ Professor Sebastião Cabral da Costa Sacadura (1872-1966), entre outras funções, esteve associado à criação das maternidades em Lisboa, assumindo cargos de direção na Maternidade de Santa Bárbara (Hospital de São José) Maternidade Magalhães Coutinho, Maternidade Alfredo da Costa e Maternidade Abraão Bensaúde.

provocado em Portugal. Segundo Costa Sacadura, em 1928 tinham dado entrada nos serviços da Maternidade Magalhães Coutinho 764 mulheres por complicações resultantes de abortos e, no hospital de S. José, entre 1911 e 1914, os «*acidentes de gravidez*» tinham sido 1/3 dos partos normais e, entre 1918 e 1920, tinham ultrapassado a metade dos números de partos normais, sendo que muitos partos prematuros, segundo ele, eram abortos em períodos avançados de gravidez. (Almeida, 2004:3).

Por sua vez, segundo Maria Luísa Van Zeller (Van Zeller, 1944:258), em 1944, o número de abortos era «*inapreciável*», fazendo-se estes clandestinamente e às claras no que ela denominou de uma «*rendosa indústria*» envolvia «*médicos sem escrúpulos, parteiras, enfermeiros e não profissionais*». É neste seguimento que, de modo a ilustrar a inoperacionalidade da lei, cita os mesmos dados referidos por Costa Sacadura, confrontando os 764 casos por complicações de aborto que tinham dado entrada, em 1928, na Maternidade Magalhães Coutinho, com os 24 casos por crime de aborto distribuídos, durante o mesmo ano, à Comarca de Lisboa (Van Zeller, 1944: 259).

Aos dados em causa ela acrescenta outros que define de sua «*estatística pessoal*» (Van Zeller, 1944: 259). Em 1000 mulheres observadas por ela, 262 afirmaram ter tido gravidezes interrompidas por aborto, num total de 485 abortos sem contar com «*aqueles que as mulheres por serem muitos, dizem ter-lhes perdido a conta*». A este propósito ainda refere que apenas 134 das 262 mulheres em causa «*confessaram terem provocado manobras abortivas*».

O que Maria Luísa Van Zeller classificou de uma doença e de um crime devia a sua impunidade à cumplicidade de silêncio das vizinhas, das comadres e das amigas que rodeavam as mulheres que praticavam o aborto (Van Zeller, 1944: 258). Este, na sua opinião, derivava, na maior parte dos casos, do egoísmo dos pais, mas também, em alguns casos, do receio da fome e do escândalo, assim como do «*mêdo dos senhorios que se negam a alugar partes de casa e casas a famílias pobres com filhos*» (Van Zeller, 1944: 259). É nesta continuidade que ela sublinha a necessidade não só de apoiar as famílias numerosas como a mulher grávida que trabalha cujas circunstâncias eram exploradas pelos patrões (Van Zeller, 1944: 259). A este propósito também dá conta das terríveis condições com que se confrontavam as mães que trabalhavam e da conseqüente mortalidade infantil.

¹⁶² Conferência (Liga Portuguesa de Profilaxia Social) “Considerações sobre o aborto criminoso” posteriormente editada e atualizada, em livro: Sacadura Cabral (1937), *O abôrto criminoso. Suas conseqüências*, Lisboa, Imprensa Médica.

¹⁶³ Médica, deputada e dirigente da Obra das Mães e da Mocidade Portuguesa Feminina, que viria a ser vice-presidente do Instituto Maternal, a partir de 1945 (Pimentel, 2002:20).

¹⁶⁴ Discurso proferido, em 18 de março de 1944, à Assembleia Nacional, no âmbito da discussão sobre a Proposta de Lei sobre o Estatuto da Assistência Social.

Curiosamente a associação que Maria Luísa Van Zeller estabelece entre o aborto e as dificuldades das famílias numerosas e das mulheres grávidas ou mães que trabalhavam já tinha sido feita, em 1940, por Álvaro Cunhal¹⁶⁵, no âmbito da sua tese de licenciatura, onde perspetivava a prática do aborto estreitamente associada a causas económicas, sociais e morais, salientando que era o seu carácter clandestino, derivado da sua criminalização, que agravava as suas consequências terríveis para a saúde das mulheres (Cunhal, 1997,85).

Em suma, nos inícios da década de 1940, tanto Álvaro Cunhal como Maria Luísa Van Zeller concordam na ineficácia da lei com vista a eliminar o problema de saúde pública que constituía o aborto, mas enquanto a primeira defende o maior agravamento penal, o segundo defende a despenalização. É de salientar que na argumentação de Álvaro Cunhal já se encontra referências ao facto de o recurso à indução do aborto na clandestinidade acentuar a existência de uma clara diferenciação social entre o aborto das mulheres pertencentes às classes mais favorecidas e o aborto das mulheres pertencentes às classes menos favorecidas (Cunhal, 1997:72). Emergindo este último como o que envolvia as condições mais inseguras e, por aí, as consequências mais graves para a vida e a saúde da mulher.

Deste modo, quer os muitos que denunciavam o aborto “crime” quer os poucos que denunciavam o aborto “social”¹⁶⁶, todos davam conta de uma prática cuja existência era efetiva, com maior acentuação em contexto urbano, mas também em contexto rural, sobretudo, abaixo da linha do Tejo (Almeida, 2004: 13-15). Uma prática que estava estreitamente associada a mulheres com fracos recursos económicos e sociais, assalariadas e/ou com muitos filhos. Paralelamente, a questão do controlo dos nascimentos era abordada apenas em revistas da especialidade, onde a argumentação era feita maioritariamente por médicos católicos que se posicionavam contra o *birth control* anglo-saxão e os chamados “efeitos perniciosos” dos métodos anticoncepcionais (Pimentel, 2002: 21).

¹⁶⁵ Álvaro Cunhal, então ativo militante comunista sob prisão, defendeu no âmbito da sua tese de licenciatura na Faculdade de Direito de Lisboa como juridicamente ineficaz e socialmente condenável a lei que criminalizava o aborto.

¹⁶⁶ Para além de Álvaro Cunhal, Irene Pimentel (2002: 20) também refere a posição do Dr. Almerindo Lessa (Médico hematologista, antropólogo e professor universitário que organizou, em 1940, nos Hospitais Cívicos portugueses, os serviços de transfusão de sangue) que em 1940, com base num estudo efetuado no Hospital de S. José, onde adotou a designação de aborto “social”, (“Tratamento de urgência dos estados de aborto”, *A Medicina Contemporânea*, 7 e 14 de janeiro de 1940), dava conta, com algum otimismo, de indícios de uma substituição da prática do aborto pelos métodos neomalthusianos.

A questão do aborto é apresentada durante o Estado Novo com uma completa indiferença perante as causas que empurravam as mulheres para as mãos “das/os tecedeiras/os de anjos”, distanciando-se assim das possíveis soluções. Que segundo Álvaro Cunhal passavam por uma mudança da política económica e social, bem como por uma necessária mudança de mentalidades no sentido do reconhecimento dos direitos das mulheres. Para ele a ilegalização do aborto com a consequente punição penal surge também já perspetivada como «*directa ou indirectamente um verdadeiro atentado contra direitos fundamentais das mulheres*» (Cunhal,1997:102). Algo que ainda tardaria muito a ser equacionado na sociedade portuguesa.

Com efeito, ideologicamente, o Estado Novo encarava os homens e as mulheres, não como indivíduos, mas como parte integrante «*do agregado natural a que está ligado por natureza*», ou seja, a família, considerada a «*realidade primária e fundamental de toda a orgânica nacional*», na qual se fundava a «*ordem política e social da nação*» (Pimentel, 2002:16).

A negação de direitos individuais, contudo, era bem mais forte no feminino, sendo muito clara na Constituição de 1933. Aqui apesar de se reafirmar a igualdade de todos os cidadãos perante a lei e a «*negação e qualquer privilégio nobiliárquico, sexo ou condição social*» considera-se a exceção «*salvo, quanto às mulheres, as diferenças da sua natureza e do bem da família*». Ou seja, exclui-se as mulheres do princípio de igualdade constitucional com base num fator biológico - *a natureza* - e num fator ideológico - *o bem da família* (Pimentel, 2002:16).

A discriminação das mulheres em razão do sexo e em razão da família vigorava também ao nível do Código Civil. Assim, segundo o Código Civil de 1867 (denominado de Código de Seabra) a mulher casada devia residir no domicílio do marido, devia prestar obediência ao esposo e não podia, por outro lado, sem o seu consentimento, hipotecar, adquirir e alienar bens ou contrair obrigações, publicar escritos e apresentar-se em juízo. Embora tenha sofrido algumas alterações benéficas para as mulheres durante o interregno republicano-liberal, os traços discricionários do texto de 1867 foram retomados com o Código do Processo Civil de 1939, que reintroduziu inclusive o humilhante poder concedido ao marido de requerer, judicialmente o depósito e a entrega da mulher (Pimentel, 2002: p.16).

Consequentemente, durante o Estado Novo, as mulheres deixaram de exercer comércio, de viajar para fora do país, de celebrar contratos e de administrar bens sem o consentimento do marido, além de serem afastadas de certas profissões, de cargos de chefia administrativa e da magistratura judicial (Pimentel, 2002: p.16).

Entretanto, em 1967, entrou em vigor o Código Civil de 1966 em substituição do centenário “Código Seabra”. Este novo Código Civil, embora tenha eliminado o depósito da

mulher casada como ato preparatório ou consequência da ação de separação, manteve o princípio da prevalência da autoridade masculina continuando o marido a ser considerado o “chefe de família” (Pimentel, 2002: p.22). À mulher era-lhe reconhecido apenas o papel de “fada do lar” em torno do qual se esperava que cumprisse a função de esposa e mãe. Uma função cujo desempenho deveria continuar a ocorrer, de preferência, no âmbito de uma família com a prole que Deus determinasse cuja formação tivesse origem na celebração de um casamento e pela Igreja (Bandeira, 1996:334).

Desde 1940, que com a Concordata entre a Santa Sé e o Estado português, se passou a reconhecer os efeitos civis do casamento celebrado segundo as leis canónicas e se impossibilitou o divórcio dos que casavam pela Igreja (Pimentel, 2002:19). Situação que contribuiu para aumentar o número já de si elevado de crianças designadas como ilegítimas. De referir que a tradicional existência, em Portugal, de uma ilegitimidade algo elevada remete, em parte, para as consequências das fortes restrições matrimoniais ou para as dificuldades que uma parte da população tinha em aceder ao estado de casado¹⁶⁷ (Bandeira, 1996: 299-303).

Entretanto, chegado ao início dos anos 60, são as elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal que melhor traduzem os níveis de conservadorismo e pobreza que marcavam a sociedade portuguesa. No entanto, através da evolução da natalidade durante a primeira parte do século XX, não se pode deixar de assinalar a sua descida, em particular, de 1927 até 1941¹⁶⁸ (Bandeira, 1996:211).

Com efeito, em 1940, no ano do Congresso Nacional de Ciências de População, o fenómeno surge claramente identificado em termos demográficos. É neste sentido que António Almeida Garrett assinala então que «*o fenómeno da descida progressiva das taxas de natalidade, quase geral na Europa desde o último quartel do século passado, não se deu entre nós; o declínio só começou a manifestar-se de há dez anos para cá*» (Freire e Lousada, 1982: 1392). Portanto a partir dos anos 1930.

¹⁶⁷ Segundo Mário Leston Bandeira a proporção de conceções ilegítimas atingiu os 15,68% em 1940, decaindo gradualmente, a partir daí, com a crescente liberalização no acesso ao casamento. As conceções fora do casamento só viriam de novo a aumentar a partir dos finais da década de 1970, mas em causa já estará a desvalorização da instituição matrimonial (Bandeira, 1996:301;331).

¹⁶⁸ A esta quebra na natalidade nacional, conforme demonstra Mário Leston Bandeira (1996:317), seguir-se-ia um período onde os valores da natalidade voltariam a aumentar, de 1941 a 1962, e onde não estariam envolvidos os distritos mais a sul como Beja, Évora, Faro e Portalegre e os que se lhes seguiam acima do Tejo, Santarém e Castelo Branco. Deste modo, nos distritos em causa, a natalidade manter-se-ia, desde dos finais dos anos 1920, no sentido descendente. Contudo, segundo o mesmo autor, também aqui há a considerar o efeito das restrições no acesso ao casamento que a sul se agravaram a partir dos anos 1920 assumindo evidências ao longo dos anos 1930 e estendendo-se até aos inícios dos anos 1960 (Bandeira, 1996:320-24).

De facto, trata-se de um declínio confirmado em torno de uma evolução diferenciada em termos regionais, mais precoce e rápida a Sul do que a Norte e nas Ilhas (Bandeira, 1996:225). Havendo ainda a considerar a relevância do fator urbano (Bandeira, 1996:225). Aliás é neste sentido que Almeida Garrett, em 1940, também aponta, ao referir que «*se nos centros urbanos a natalidade apresentasse as quotas actuais do conjunto populacional, a taxa geral voltaria para a casa dos 33*» (Freire e Lousada, 1982: 1393).

A propósito do comportamento da natalidade em Lisboa e no Porto, Livi-Bacci refere a existência de uma difusão de diferentes meios de restrição voluntária da procriação antes mesmo do final do século XIX (Freire e Lousada, 1982: 1393), o que de certo modo está de acordo com a procura efetiva que os métodos anticoncepcionais difundidos no âmbito do movimento neomalthusiano português tiveram, sobretudo, em contexto urbano e até às vésperas da primeira grande guerra (Freire e Lousada, 1982:1393).

É verdade que as restrições no acesso ao casamento determinadas pela lógica social do imperativo do casamento-estabelecimento, em estreita articulação com a prática do casamento tardio e a existência do elevado celibato definitivo marcaram de forma original o sistema de regulação da fecundidade da população portuguesa sobretudo até aos inícios dos anos 1940¹⁶⁹ (Bandeira,1996: 412-13). Para tal terá concorrido fortemente, perante o tardar da industrialização, a permanência da ruralidade como fator determinante não só em termos de uma racionalidade económica como social. No entanto, não se pode negar que em contextos onde esse mecanismo de restrição matrimonial não tivesse condições para ocorrer, nomeadamente nas grandes cidades (Bandeira, 1996: 304;305;417), ou não conseguisse garantir a plena eficácia (Bandeira, 1996: 418), como entre os assalariados rurais do centro e do sul do país, se declarasse com maior precocidade a necessidade de estratégias individuais e familiares alternativas no âmbito da regulação da fecundidade (Bandeira, 1996: 259;418).

O crescente recurso ao aborto, com especial, destaque para Lisboa (Freire e Lousada, 1982:1393) e nas regiões mais a sul do país (Almeida, 2004: 13-15) ao longo da primeira metade do século XX, indica a existência aí de um gradual aumento do número de mulheres com grandes dificuldades em regular a sua fecundidade no sentido de fugir à miséria e ao ostracismo social. Mulheres dependentes de um salário, seu e/ou de um companheiro com quem vivem, frequentemente, em relação de “concubinagem” (Bandeira, 1996: 300;305). Mulheres que, com a tendência para a liberalização no acesso ao casamento, a partir dos anos 1940 (Bandeira, 1996: 324-25), cresceriam gradualmente em número de casadas. Todavia, chegadas aos anos 1960, ainda tardariam muito a terem um

¹⁶⁹ Segundo Mário Leston Bandeira (1996:317-320) a quebra da natalidade portuguesa no período de 1927 a 1941 remete para fatores conjunturais derivando, em particular, de um agravamento restritivo, nos anos 1930, nas condições de acesso ao casamento.

acesso esclarecido e liberalizado a métodos de contraceção femininos e eficazes o que remete para um crescente aumento no recurso ao aborto (Bongaarts e Westoff,2000:4-6).

Com efeito, apesar de o anticoncepcional hormonal oral, denominado de pílula, ter surgido em Portugal em 1962, só podia ser comercializado segundo receita médica e com o objetivo de regularizar o ciclo menstrual. Restava o preservativo masculino que era vendido em farmácias ou mesmo distribuído nas forças armadas, definido não como método anticoncepcional, mas como meio profilático de prevenção face às denominadas doenças venéreas (Almeida *et.al*, 2004: 29-30). Contudo, os casais que recorriam a estratégias anticoncepcionais, optavam sobretudo pela prática do coito interrompido¹⁷⁰, acessível, gratuito e secreto, contudo com uma eficácia invariavelmente baixa.

Por outro lado, foi só em 1967, na continuidade do debate aberto pelo Concílio do Vaticano II¹⁷¹, que passou a existir uma *Associação de Planeamento Familiar* – APF, apoiada internacionalmente pela *International Planned Parenthood Federation* (IPPF)¹⁷², mas cuja constituição só foi possível pelo seu declarado compromisso inicial com a ideologia católica (Pimentel,2002:22).

3.3 O PLANEAMENTO FAMILIAR

A APF nasce propondo-se nos seus estatutos a «*cooperar com as famílias portuguesas, principalmente, as de menores recursos materiais, e planejar uma natalidade responsável*», tendo presentes «*na prossecução das suas actividades a liberdade religiosa e da família e os princípios aceites pela moral cristã*». Do mesmo modo, a APF previa a assistência de um consultor eclesiástico nomeado pelo patriarca de Lisboa, que possibilitasse «*o conhecimento autorizado do pensar da Igreja sobre os problemas de moralidade conjugal e familiar*» (Pimentel, 2002: p.22).

A organização da APF reúne um conjunto de profissionais de saúde que estão na base da criação de diversas consultas nos hospitais de Lisboa, Porto e Coimbra e ligados à criação do Instituto Maternal¹⁷³, um organismo de Estado vocacionado para a promoção da

¹⁷⁰ Assim indicaram os resultados do *I Inquérito Português à Fecundidade* (Almeida *et.al*, 2004:33).

¹⁷¹ No âmbito do Concílio do Vaticano II (1962-1965) a Igreja Católica em clima de abertura e intenso debate reconhece, de uma forma muito inovadora o direito e o dever dos pais procriarem com responsabilidade. Já antes, o papa Pio XII (1951-1952) havia admitido a regulação dos nascimentos através da continência periódica.

¹⁷² Em 1952 é criada em Bombaim, Índia, a *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) que congrega um conjunto de associações designadas de Planeamento Familiar que tinham como principal objetivo divulgar e disseminar a utilização de métodos contraceptivos cuja atuação surge reforçada a partir de 1966, momento em que as Nações Unidas reconhecem o planeamento familiar como um direito fundamental (Tavares,2003:15).

¹⁷³ A Direção-Geral da Saúde criada em 1973 vai surgir na continuidade do Instituto Maternal

saúde materno infantil no âmbito do qual se começam a organizar as primeiras consultas fora do contexto hospitalar (Vilar, 2009: 14). A própria existência da APF é um bom indicador de algum reconhecimento social face a necessidade de dotar, nos finais dos anos 1960, as mulheres portuguesas de conhecimentos e meios que lhes permitissem regular os nascimentos.

Obviamente que no início a APF não pode deixar de ser vista com hostilidade e desconfiança quer pelo regime, com problemas demográficos devido à emigração e às guerras coloniais, quer pela Igreja, sendo a sua expressão frequentemente censurada nos meios de comunicação social. No ano seguinte à criação da APF, em 1968, no âmbito da encíclica *Humanae Vitae*¹⁷⁴ a Igreja Católica condena todos os métodos contraceptivos (bem como o aborto terapêutico) e o Cardeal Cerejeira recusa, no opúsculo *Na Hora do Diálogo*, o planeamento familiar, em nome da «fidelidade ao Criador e à sua humana criação» (Pimentel, 2002: p.22).

Em 1969, novos membros, entretanto, ingressados na APF, impuseram a revisão dos estatutos, no sentido da eliminação da ideologia demasiado confessional (Pimentel, 2002: p.22). Mas só a partir de abril de 1974 é que a APF pode assumir o protagonismo que lhe cabia no tudo que havia a fazer em Portugal em termos de planeamento familiar e de saúde sexual e reprodutiva¹⁷⁵. Não sem, contudo, se confrontar com o facto da perspetiva católica e conservador sobre a sexualidade e a procriação e, por aí, sobre o papel da mulher na família e na sociedade continuar, ainda por muito tempo, a marcar o debate público em torno da temática dos direitos sexuais e reprodutivos.

O impacto que a publicação do livro *Novas Cartas Portuguesas*¹⁷⁶ gerou em Portugal, com repercussões internacionais, é um bom indicador da dualidade que opunha, no interior

¹⁷⁴ Com a Carta Encíclica *Humanae Vitae* de 25 de julho de 1968, o Papa Paulo VI opta por tomar a posição mais conservadora sobre a regulação da natalidade, recuando no processo de abertura que vinha sendo seguido pelo Vaticano desde o Papa Pio XII.

¹⁷⁵ A APF teve um papel ativo na defesa concetual e prática não só do direito ao planeamento familiar e à contraceção, como, em especial, dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e dos jovens, bem como da despenalização do aborto (Peniche, 2007:3 6-37).

¹⁷⁶ Em abril de 1972 é publicado o livro *Novas Cartas Portuguesas* da autoria de Maria Isabel Barreno, Maria Teresa Horta e Maria Velho da Costa. A primeira edição do livro viria a ser recolhida e destruída pela censura, instaurando o próprio Estado português um processo judicial às três autoras que foram sujeitas a interrogatórios por parte da polícia política do regime (PIDE/DGS). Paralelamente, constituíram-se ações públicas de solidariedade por parte da comunidade literária e intelectual portuguesa e estrangeira bem como protestos e manifestações em prol da causa das “três Marias”. O julgamento que se iniciou em outubro de 1973, entre sucessivos incidentes e adiamento, nunca viria a concretizar-se devido à ocorrência da revolução de abril de 1974. (<http://www.novascartasnovas.com/historia.html>).

da sociedade portuguesa da década de 1970, uma visão conservadora e ciosa dos seus parâmetros tradicionais que definiam os denominados bons costumes e uma visão cosmopolita virada para a modernidade e sedenta de mudança. Será à luz desta dualidade, transferida para lá de abril de 1974, que se deverá entender a forma como pública e politicamente foi evoluindo, ao longo da segunda metade do século XX e inícios do século XXI, a discussão sobre todas as questões que vão remetendo, de uma forma ou de outra, para o âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos e, em particular, para o aborto. E, por aí, as conseqüentes ações ou medidas institucionais que se foram impondo na regulação das práticas envolvidas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e que no pós-25 de abril seriam fortemente marcadas pela premência do planeamento familiar.

Com efeito, em outubro de 1974, o programa de ação do Ministério dos Assuntos Sociais, de Maria de Lurdes Pintassilgo, referiu-se, pela primeira vez, à necessidade de informar sobre o planeamento familiar (Pimentel, 2002: p.22). Em março de 1976, sob um despacho¹⁷⁷ do Secretário de Estado da Saúde (Dr. Albino Aroso), inicia-se a criação de consultas de planeamento familiar na valência da saúde materna dos centros de saúde da Direção-Geral da Saúde (DGS) (Vilar,2009:15). E, nesse mesmo ano, a nova Constituição democrática elimina todas as discriminações, nomeadamente de sexo, e atribui a primazia ao indivíduo, consagrando, no seu artigo 67^a, o direito ao planeamento familiar e à promoção «*da divulgação de métodos de planeamento familiar, bem como da organização das estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma paternidade consciente*» (Pimentel, 2002: p.22). Na verdade, não foi pacífica nem direta a aprovação da explicitação deste direito, ficando aquém do necessário e com a incongruência de não integrar a noção de maternidade consciente (Peniche,2007:35).

De facto, no pós-revolução, rapidamente se tornou claro que a classe política portuguesa não estava preparada para abordar mudanças ao nível da vida sexual e reprodutiva da população portuguesa, sobretudo no que se referia às mulheres e aos jovens, com a mesma postura progressista e democrática com que pretendia abordar outras áreas da vida dos portugueses. Exemplo disso é a resposta que Abel Sampaio, Diretor-Geral da Saúde em 1976, dá ao então Secretário de Estado da Saúde, Albino Aroso e também presidente da APF, quando este lhe confia que pretende introduzir as consultas de planeamento familiar nos centros de saúde: «*Oh senhor doutor, olhe que o 25 de Abril não foi uma revolução cultural. Isso vai ter uma grande oposição da sociedade*» (Duarte; Barradas, 2009:80).

¹⁷⁷ Despacho da Secretaria de Estado da Saúde de 16 de março de 1976, publicado no Diário do Governo nº71/1976, Série II de 1976-03-24.

Efetivamente, ainda na euforia da revolução (a 4 de maio de 1974) e numa tentativa de recuperar o tempo perdido face ao que há muito se debatia na Europa, surgiram as primeiras reivindicações no sentido de instituir o “direito ao aborto livre e gratuito”¹⁷⁸ (Tavares,2003:11). Em março de 1975 tem lugar no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP) um debate¹⁷⁹ sobre aborto e contraceção onde se conclui da necessidade de alteração da lei que penaliza o aborto¹⁸⁰ (Peniche, 2007:24). Em abril desse mesmo ano, é criado o Movimento pela Contraceção e Aborto Livre e Gratuito (MCALG) no âmbito do qual não só se exigia a divulgação e difusão dos métodos contraceptivos como a despenalização do aborto¹⁸¹ (Tavares,2003:23).

Mas o direito ao aborto não seria mencionado na nova Constituição de 1976 (Almeida *et.al*, 2004: p.33), paralelamente, nesse mesmo ano, faz-se referência, no preâmbulo do despacho que introduz as consultas de planeamento familiar, já acima referido, à existência de um elevado número de abortos em Portugal, onde se estimava que fossem mais de 100 mil ao ano (Vilar, 2009:15). Uma referência que é feita, sobretudo, no sentido de reforçar a prioritária introdução do planeamento familiar em Portugal e, por aí, dos métodos de contraceção moderna, assumindo o aborto como um problema do âmbito da saúde materna. Na década de 1960, paralelamente ao definitivo enfraquecimento das restrições matrimoniais e a um forte aumento da nupcialidade, dá-se o início da queda estrutural da fecundidade portuguesa (Bandeira,1996:413). Apesar do intenso declínio que ocorre nas regiões onde ela era muito elevada, o processo ainda irá evoluir de forma regionalmente diferenciada até ao final da década de 1980 (Bandeira, 1996:226). O Norte e as Ilhas manter-se-ão os territórios do país onde a fecundidade permanecerá com os valores mais elevados. Enquanto no Centro, no Sul e nas regiões mais urbanizadas de Lisboa e Porto se assumirá uma maior predisposição para esta mudança no comportamento da fecundidade (Bandeira,1996:260).

De qualquer modo, a clara descida da fecundidade na passagem da década de 1960 para a década de 1970, traduz, em parte¹⁸², a generalizada existência de uma crescente

¹⁷⁸ Numa brochura do Movimento de Libertação das Mulheres (MLM) (Tavares, 2003:11).

¹⁷⁹ Bandeira, Mário Leston (1975), *Aborto e Contraceção em debate*, Lisboa, ISCSP.

¹⁸⁰ Participam neste debate para além do MLM e o PS, a Liga Comunista Internacionalista (LCI), a Liga de União e de Acção Revolucionária (LUAR), o Movimento de Esquerda Socialista (MES), o Partido Revolucionário do Proletariado (PRP) juntamente com vários profissionais ligados à saúde, nomeadamente Albino Aroso (Peniche, 2007:24).

¹⁸¹ É de destacar também a publicação em junho de 1975 do livro «*Aborto: direito ao nosso corpo*» cujas autoras são Maria Teresa Horta, Célia Metrass e Helena de Sá Medeiros (MLM).

¹⁸² Há a considerar os efeitos perturbadores da forte emigração para países europeus nas estruturas etária e sexual das populações que se desenvolveu plenamente durante a década de 1960 e afetou todas as regiões portuguesas (Bandeira,1996:257).

pressão para controlar os nascimentos dentro do casamento (Bandeira:1996:414). Uma pressão que com a forte restrição no acesso a informação e métodos de contraceção, está de acordo com os números elevados de aborto que, à época, eram avançados. Bem como de mortalidade materna associada a complicações derivadas de práticas abortivas¹⁸³. Perspetivando-se que o acesso generalizado a métodos de contraceção moderna iria concorrer para que as mulheres deixassem de recorrer ao aborto.

Deste modo não é de estranhar que a seguir a abril de 1974, politicamente e em termos de saúde sexual e reprodutiva, por via do conceito primeiro de planeamento familiar, o foco se centre, sobretudo, na promoção da saúde materna e, por aí, da educação contracetiva das mulheres e do acesso aos métodos de contraceção médica. Neste sentido, no final dos anos 1970¹⁸⁴, o Fundo das Nações Unidas para a Atividade da População (FNUAP) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) apoiam diversos projetos de planeamento familiar em Portugal. Estes envolvem em particular a DGS, com vista à formação de profissionais de saúde, a Comissão da Condição Feminina (CCF)¹⁸⁵, a APF, na concretização de campanhas de informação e intervenção comunitária, e o INE, na realização do *I Inquérito Português à Fecundidade* (Vilar, 2009: 15). Aliás, é no âmbito dos resultados deste inquérito (INE, 1980), apenas aplicado a população feminina em idade fértil, casada ou alguma vez casada¹⁸⁶, que se observa, no final da década de 1970, a situação de desconhecimento em que se encontrava parte das mulheres portuguesas em termos de planeamento familiar e contraceção moderna.

Com efeito, os dados do *I Inquérito Português à Fecundidade* dão conta de que, em 1979/1980, o método contracetivo mais conhecido pelas mulheres inquiridas era o coito interrompido (94%), seguido da pílula (92%), do DIU (86,6%) e do preservativo masculino (86%) (Meliço, 1992:116). Relativamente ao uso, o método contracetivo mais utilizado era o coito interrompido (29%), seguido da pílula (22%), do preservativo (7%) e do DIU (4%) (Meliço, 1992:117).

¹⁸³ Estimava-se que na década de 1970 cerca de 2% dos abortos clandestinos derivavam em complicações que causavam a morte da mulher (Monteiro, 2012:590). Complicações que se prendiam com as más condições técnicas e higiénicas em que os abortos são realizados, mas sobretudo com os métodos perigosos utilizados pelas próprias mulheres (agulhas de tricot ou crochet; pés de salsa; penas de pato; infusões de variados produtos por vezes tóxicos, etc...) ou pelos terceiros a que recorriam (sobretudo através de inserção de instrumentos de modo a destruir o embrião) (Correia, 1987:126).

¹⁸⁴ Foi em 1978 que tiveram início os projetos apoiados pelo FNUAP e a OMS (Vilar,2009: 26).

¹⁸⁵ Criada em 1973 (Vilar,2009: 26).

¹⁸⁶ A opção por estes parâmetros tão restritos na definição da amostra traduz o domínio de uma visão tradicional sob uma articulação estreita no feminino, entre sexualidade ativa, procriação e casamento.

De referir que, no entanto, nas mulheres mais novas (dos 15 aos 24 anos) o método contraceptivo mais recorrente era já a pílula (Meliço, 1992:117). O que não impede o facto de os resultados deste inquérito reenviarem para uma fraca incidência na população portuguesa de recurso a métodos de contraceção moderna. É neste sentido que também apontam os resultados de um estudo realizado pela CCF, nos finais dos anos 1970, onde se observava que só cerca de 20% das mulheres conheciam as consultas de planeamento familiar (Vilar,2009:15). Situação que remete para um recurso potencialmente elevado a práticas abortivas nos finais dos anos 1970 inícios dos anos 1980. Na medida em que, através da descida gradual da fecundidade, se percebe que os casais estavam, de forma efetiva, a controlar os nascimentos há mais de uma década com recurso sobretudo a métodos tradicionais e sujeitos, por aí, a um elevado número de gravidezes indesejadas (Westoff, 2005:45).

A existência do aborto em Portugal deixa de ser uma questão privada, a 4 de fevereiro de 1976, no programa da RTP *Nome-Mulher* por via de uma reportagem de Maria Antónia Palla e Antónia de Sousa intitulada «*Aborto não é crime*». De imediato surgiram reações contra o programa¹⁸⁷. No seguimento, o programa é suspenso e a jornalista Maria Antónia Palla é processada por “atentado ao pudor e incitamento ao crime”. Igualmente, a Clínica Popular da Cova da Piedade¹⁸⁸, onde teria sido filmada a reportagem, é alvo de investigação por parte da Judiciária, deixando de se fazer aí, quer abortos, quer partos. Entre fevereiro 1976 e maio de 1979 gera-se uma onda de solidariedade¹⁸⁹ em torno desta jornalista e o debate sobre o aborto emerge publicamente.

Estava quebrado o silêncio sobre um fenómeno que se sabia existir, mas ao qual não se queria dar voz pública. E é nesta continuidade que várias organizações¹⁹⁰ tomam

¹⁸⁷ Foi fortemente criticada pela Ordem dos Médicos e pelos partidos políticos mais à direita do espectro político (PSD e CDS) (Santos *et.al*, 2010: 94).

¹⁸⁸ Os serviços de obstetrícia e ginecologia que passaram a funcionar em 1975, na recém-fundada Clínica Popular da Cova da Piedade, constituíram, no pós 25 de abril de 1974, uma experiência de apoio às mulheres na área da contraceção e do aborto que depois se alargou a outras áreas da saúde. Todavia e relativamente ao aborto, a experiência seria de pouquíssima duração. A partir da reação fortemente adversa à reportagem de Maria Antónia Palla, a prática do aborto seria totalmente interdita na Clínica da Cova da Piedade, comprometendo, assim, também a possibilidade, em Portugal, de abertura de clínicas, tal como já havia acontecido noutros países, onde fosse proporcionado às mulheres a realização de interrupções da gravidez em condições medicamente seguras (Tavares,2003:21).

¹⁸⁹ É de assinalar a campanha de solidariedade «*O crime está na lei*» lançada pela revista Modas e Bordados (Santos *et.al*, 2010:94).

¹⁹⁰ Em particular, a União Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR), a APF¹⁹⁰, o Movimento Democrático de Mulheres (MDM) (Santos *et.al*, 2010:95)

posições públicas sobre o aborto (Santos *et.al*, 2010:95). E é sob este enquadramento que em 1979, no âmbito do Ano Internacional da Criança, a APF lança um lema que viria acompanhar todo o debate sobre o aborto: *O primeiro direito da criança é ser desejada* (Peniche,2007:36).

Em abril de 1979 constitui-se a plataforma *Campanha Nacional pelo Aborto e Contraceção* (CNAC)¹⁹¹ que viria a ter um papel fundamental na pressão exercida sobre os partidos políticos para que estes, na década de 1980, apresentassem no parlamento projetos de despenalização do aborto (Tavares,2003:23).

Depois da jornalista Maria Antónia Palla ser absolvida (a 12 de junho de 1979) segue-se, a partir de julho desse mesmo ano, o julgamento de Conceição Massano¹⁹². Este termina em outubro com a absolvição da jovem, no meio de um mediático tumulto à porta do tribunal da Boa-Hora, em Lisboa, onde a polícia chegou a carregar sobre as muitas mulheres que aí se concentravam. Ambos estes julgamentos foram rodeados de grande mediatismo e mobilizaram a opinião pública, granjeando muitas solidariedades, mesmo a nível internacional. É na continuidade desta pública polémica em torno do aborto que, neste mesmo ano de 1979, pela primeira vez, alguns partidos políticos¹⁹³ avançam e anunciam, na Assembleia da República (AR), a preparação de propostas de lei sobre a legalização do aborto (Tavares, 2007:5).

Em suma, a seguir à revolução de 25 de Abril de 1974 constitui-se um movimento cívico que envolveu cidadãos a título pessoal e diversas organizações pertencentes a diferentes Setores sociais e ideológicos onde pontuam as organizações feministas que visam a liberalização do aborto em paralelo com a da contraceção. Consequentemente, se a questão da difusão da contraceção decorreu com pouca resistência¹⁹⁴, traduzindo mesmo a existência de um amplo consenso social e político, o aborto passou a ser objeto de um debate transversal a toda a sociedade portuguesa, no âmbito do qual, contudo, se foi

¹⁹¹ Integrava vários grupos de mulheres e feministas e membros de partidos políticos: Grupo Autónomo de Mulheres do Porto (GAMP); Grupo de Mulheres da Associação Académica de Coimbra (GMAAC); MLM; Grupo de Mulheres do PSR; Grupo de Mulheres da União da Esquerda Democrática e Socialista (UEDS) e mais tarde também a União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR) (Peniche, 2007:38). É por iniciativa da CNAC que, tal como já havia ocorrido em alguns países europeus, como a França e a Alemanha, é divulgado o abaixo-assinado – *Nós Abortámos* – subscrito por mais de 2000 mulheres.

¹⁹² Jovem de 22 anos, estudante de enfermagem, acusada por denúncia anónima de ter feito um aborto, com base na leitura de um diário (Tavares, 2003:24).

¹⁹³ Partido Socialista (PS), Partido Comunista Português (PCP) e União Democrática Popular (UDP).

¹⁹⁴ Nesta fase, a resistência é sobretudo protagonizada pela Igreja católica e pelo partido político, mais à direita do espectro político, o Centro Democrático Social (CDS) (Vilar, 2009: 15).

impondo paralelamente e gradualmente os direitos sexuais e reprodutivos na praça pública e na agenda política.

3.4 A EXCLUSÃO DE ILICITUDE EM ALGUNS CASOS DE IVG

Logo em 1980 a União Democrática Popular (UDP) apresentou um projeto-lei sobre a despenalização do aborto que não chegou a ser debatido. Tal como aconteceria ao projeto-lei elaborado pela CNAC e apresentado, em 1982, pelo deputado da União da Esquerda Democrática e Socialista (UEDS). Nesse mesmo ano seria a vez também do Partido Comunista Português (PCP) que apresentou um projeto-lei (nº 309/II) sobre a interrupção voluntária da gravidez juntamente com dois outros projetos-lei, um sobre planeamento familiar e educação sexual (nº 308/II) e outro sobre a proteção e defesa da maternidade (nº307/II) (Santos *et.al*, 2010:84).

O facto de o projeto-lei em causa não prever o aborto a pedido da mulher, ficando pelos motivos económicos e sociais, remete, segundo Rosa Monteiro (2012:591) para a existência, na década de 1980, duma certa subordinação ou reverência eleitoralista aos Setores conservadores da sociedade, mesmo à esquerda do espectro político. Este traço é especialmente evidenciado no facto deste projeto-lei sobre o aborto surgir acompanhado de um projeto-lei sobre proteção da maternidade e de um projeto-lei sobre planeamento familiar e educação sexual (Monteiro, 2012: 601). De salientar ainda que estes dois últimos baixaram à Comissão Parlamentar de Saúde, Segurança Social e Família enquanto o projeto-lei sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez baixou à Comissão Parlamentar dos Direitos, Liberdades e Garantias, estabelecendo assim uma diferenciação que distanciava, logo à partida, o debate da questão do aborto do debate sobre o planeamento familiar e a contraceção (Abranches e Ferreira, 1986: 485). Deste modo, no âmbito do primeiro debate parlamentar sobre a despenalização do aborto em Portugal, discute-se sobretudo uma questão social e moral (Monteiro, 2014: 595-96).

De qualquer modo, com este primeiro debate no parlamento a despenalização do aborto transforma-se num assunto de política nacional e, por aí, também a questão dos direitos sexuais e reprodutivos, em particular, dos jovens e das mulheres. Este primeiro grande debate também permitiu identificar as inércias e as resistências políticas e sociais à mudança que eram transversais a todo o espectro político, da esquerda à direita, por via de jogos partidários e em torno de posições conservadoras face à mulher e à sexualidade em consonância ou não com a Igreja Católica (Abranches e Ferreira, 1986: 481; Monteiro,2012:591).

No âmbito do novo Código Penal¹⁹⁵, em vigor a partir de janeiro de 1983, o aborto surge enquadrado no Capítulo II sob a nova denominação *Dos crimes contra a vida intra-uterina*. Sendo definido, no Artigo 140º, como *Aborto consentido*, aquele que envolve a vontade da mulher (podendo esta ou terceiros incorrer numa pena de prisão até 3 anos). Mantendo-se, no ponto 3, a previsão da situação atenuante relativo ao caso cujo objetivo seja a ocultação da desonra da mulher (incorrendo numa pena de prisão até 2 anos). Deste modo, o conceito de vida intrauterina ou os direitos do nascituro surgem como prevaletentes bem como a associação das práticas abortivas à desregulação da sexualidade no feminino, subentendendo-se neste âmbito, tal como no anterior Código Penal de 1886, a mulher simultaneamente como vítima e prevaricadora.

Entretanto, com a aprovação da Lei nº3/84¹⁹⁶ de 24 de março – Educação sexual e planeamento familiar – define-se finalmente, de forma clara, o que são cuidados de planeamento familiar e, por aí, legitima-se o acesso universal à contraceção incluindo por parte dos mais jovens (anulando o parecer que à época impedia o acesso dos jovens às consultas de planeamento familiar¹⁹⁷). Embora no seu âmbito se legisle, pela primeira vez, sobre educação sexual nas escolas, esta parte da lei não viria a ser regulamentada (Vilar, 2009: 16)¹⁹⁸ traduzindo a ambígua posição do Estado ou a diferença entre uma lei escrita e uma lei na prática (Santos, 2010:35). O mesmo se passaria de forma paradigmática com a Lei 6/84 sob a qual, pela primeira vez, em Portugal, seriam considerados casos de exclusão de ilicitude no âmbito do recurso ao aborto.

Com efeito, no seguimento da apresentação de um Projeto-Lei (nº 265/III) da iniciativa do PS é aprovada a Lei 6/84 de 11 de maio – Exclusão de ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez – no âmbito da qual se define o recurso legal ao

¹⁹⁵ Aprovado por Decreto-Lei nº400/82 de 23 de setembro.

¹⁹⁶ Nesta lei e na portaria que a regulamenta – Portaria nº52/85 – definem-se os conteúdos dos cuidados de planeamento familiar, o papel dos centros de saúde e as modalidades do acesso às consultas. O conceito de planeamento familiar passa a abranger não só o aconselhamento e a informação contraceptiva como a prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, o rastreio de diversas formas de cancro, o acompanhamento em situações de infertilidade e a informação sexual dos jovens (desde que em idade fértil). Define-se ainda que os contraceptivos deveriam ser de distribuição gratuita a efetuar nos centros de saúde (Almeida *et.al*, 2004:34).

¹⁹⁷ Em 1981, um parecer do Procurador-Geral da República fazia depender de autorização parental o acesso dos jovens às consultas de planeamento familiar e por aí o acesso à contraceção (Almeida *et.al*, 2004:33-34).

¹⁹⁸ A educação sexual nas escolas só viria a ser retomada, cerca de 14 anos depois, por via das medidas institucionais produzidas na continuidade do debate despoletado no âmbito da campanha do primeiro referendo sobre o aborto em 1998.

aborto em torno de 4 casos¹⁹⁹. Dois que envolvem o aborto terapêutico (quando se constitui como único meio para remover o perigo ou como meio indicado para evitar o perigo de morte ou de grave, irreversível ou duradoura, lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher), um que envolve o aborto eugénico (por motivos de malformação ou grave doença do nascituro) e um último que contempla o aborto quando decorrente de um crime contra a liberdade e autodeterminação sexual (por violação da mulher).

É de salientar a contaminação da lei por uma visão claramente tradicional sobre os direitos das mulheres evidenciada no âmbito do caso de a mulher ser menor de 16 anos, ao considerar-se, quando casada, ainda obrigatório o consentimento de outrem podendo este, entre outros, ser o marido²⁰⁰. Prevê-se ainda a anterior situação atenuante oitocentista substituindo, contudo, a expressão “desonra da mulher” por “reprovação social”²⁰¹. Deste modo, continuava-se a subentender a necessidade de a mulher recorrer ao aborto para se proteger da censura social, reenviando mais uma vez para a sexualidade desregulada no feminino.

Esta lei, tão mal-amada, representou, todavia, algum avanço, para além de prever, pela primeira vez em Portugal, alguns casos de exclusão da ilicitude do aborto, abria alguma abrangência no campo da sua aplicabilidade. Isto, sobretudo, por prever a exclusão da ilicitude da IVG no caso em que *«se mostre 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 seja realizado nas primeiras 12 semanas de gravidez»*. Mas tal como foi prognosticado pelos mais pessimistas, isso esteve muito longe de acontecer.

Com efeito o facto de não ter sido regulamentada, deixou a sua implementação ao critério de cada hospital, levando a que desde o início fosse uma lei capturada (Duarte e Barradas, 2009:105). Assim indicaram os estudos que foram feitos à sua aplicação nos anos

¹⁹⁹ Em termos penais, mantêm-se as mesmas penas de prisão relativamente à prática do aborto com (até 3 anos) e sem (2 a 8 anos) consentimento da mulher. Alterando-se de até 2 anos para *«não será superior a 1 ano»* de prisão a pena prevista no caso de praticado para evitar a *«reprovação social»* e mantendo-se as penas nas situações agravadas.

²⁰⁰ No caso de a mulher ser menor de 16 anos ou inimputável *«o consentimento, conforme os casos, deve ser prestado respetiva e sucessivamente pelo marido capaz não separado, pelo representante legal, por ascendente ou descendente capaz e, na sua falta, por quaisquer parentes de linha colateral»*. Todavia, esta nomeação do marido, relativamente ao necessário consentimento implicado no caso de menor de 16 anos ou de psicologicamente incapaz, deixaria de estar contemplada no texto do Código Penal por via da revisão de 1995 (Decreto-Lei nº48/95 de 15 de março), passando a constar *«pelo representante legal, por ascendente ou descendente ou, na sua falta, por quaisquer parentes da linha colateral.»*

²⁰¹ Esta situação atenuante deixaria de constar do texto do Código Penal por via da revisão de 1995.

seguintes²⁰², identificando as resistências, em geral, dos profissionais de saúde, com especial saliência da classe médica, à aplicabilidade de uma lei sobre a prática do aborto legal nos hospitais públicos, no Portugal do final do século XX.

Apesar de a questão da contraceção também suscitar resistência por parte de alguns grupos da população mais conservadores, a classe médica e a enfermagem, em geral, concorreram fortemente para a divulgação e a generalização das práticas contraceptivas no pós-25 de abril. No início dos anos 1980 apenas existiam cerca de 400 consultas de planeamento familiar em Portugal, às quais não acediam todas as mulheres que delas necessitavam²⁰³ (Vilar,2009:15). Situação que se viria a alterar com a consubstanciação do recém-criado Serviço Nacional de Saúde ²⁰⁴.

Com a fusão dos serviços da DGS e dos Serviços Médico Sociais resulta uma rede nacional de centros de saúde, organizados segundo uma perspetiva de saúde pública através da qual se pôde finalmente garantir o acesso universal ao planeamento familiar²⁰⁵, incluindo os jovens (Vilar, 2009: 16). E na continuidade da Lei 3/84 e da Portaria 52/85 que a regulamentou, o planeamento familiar passou então a integrar os cuidados de saúde primários envolvendo os recém-denominados médicos de família como os primeiros responsáveis pelos cuidados de planeamento familiar, passando os métodos contraceptivos a ser distribuídos gratuitamente nos centros de saúde e/ou fortemente comparticipados (Vilar, 2009:16).

Estas mudanças nas políticas da saúde potenciaram a generalização no acesso efetivo à contraceção moderna. Esta reflete-se nos resultados do *Inquérito Nacional de*

²⁰² Foram vários os estudos levados a cabo pela APF (de 1986 a 1999) sobre a aplicabilidade da Lei 6/84 que confirmaram a sua fraca e estrita aplicação nos hospitais públicos (Santos, 2010:99). Estudos que davam conta do reduzido número de abortos realizados nos hospitais públicos e dentro deste a pequena parcela que cabia às IVG realizadas por motivos de saúde física e psíquica, com especial evidência nos casos de saúde psíquica. Estudos que também davam conta dos muitos hospitais onde se optava por não realizar IVG ou onde se tardavam anos até o fazer, sendo os motivos mais frequentemente levantados: inexistência de serviços especializados, impedimentos decorrentes da objeção de consciência, falta de recursos, impossibilidade no cumprimento dos prazos e a não regulamentação da lei (Duarte e Barradas, 2009:89-90).

²⁰³ A maior parte dos serviços de saúde pertencia ao chamado sistema das Caixas de Previdência que não integrava consultas de planeamento familiar (Vilar,2009:15).

²⁰⁴ O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi instituído pela Lei 56/79 de 15 de Setembro, mas antes dessa data tinha sido antecipado pelo Despacho de 20 de Julho de 1978, publicado no Diário da República 2ª Série, no dia 29 de Julho (Arnaut, 2015: 4).

²⁰⁵ O planeamento familiar surge definido para lá da promoção de informação e de meios de contraceção moderna, abrangendo também a prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, o rastreio de várias formas de cancro, a infertilidade e a informação sexual dos jovens (Almeida *et.al*, 2004:34).

Saúde de 1987 onde já se evidenciavam alterações face aos resultados do Inquérito à Fecundidade de 1980. Com efeito, a pílula passava a ser o método contraceptivo mais conhecido e mais utilizado pelas mulheres portuguesas (Meliço, 1992:116-117). Contudo, o coito interrompido surgia ainda como o segundo método contraceptivo mais recorrente (Vilar, 2009: 16), apesar de cada vez mais acantonado nas idades acima dos 34 anos (Meliço, 1992:117). Esta mudança nas práticas contraceptivas era acompanhada por uma queda acentuada da fecundidade portuguesa cuja intensidade, após 1981, deixa de assegurar a substituição das gerações (Bandeira, 1996:172, Mendes, 2016:88)²⁰⁶. De referir também que ao longo da segunda metade da década de 1980 assiste-se a uma gradual descida da taxa de fecundidade nas idades abaixo dos 20 anos cuja intensidade tinha sofrido um forte acréscimo a partir de 1975²⁰⁷ (Almeida *et.al*, 2004:35).

Ao nível do comportamento da fecundidade nas idades mais jovens não terá sido estranho o prolongamento da escolaridade, bem como a organização, na continuidade da já referida Portaria nº52/85, de serviços, de consultas e de programas específicos para jovens²⁰⁸. Neste sentido também importa referir o contributo das campanhas no âmbito da prevenção da SIDA²⁰⁹. De facto, com a emergência da SIDA, nos finais dos anos 1980, e o desenvolvimento das primeiras campanhas de prevenção, o uso do preservativo masculino é fortemente promovido e facilitado o seu acesso, liberalizando-se a sua venda fora das farmácias²¹⁰. Na continuidade, dá-se um significativo aumento na sua utilização, sobretudo ao nível da população mais jovem (Almeida *et.al*, 2004:35-36).

²⁰⁶ O valor limite do Índice Sintético de Fecundidade (ISF) ou do Indicador Conjuntural de Fecundidade (ICF), abaixo do qual, em Demografia, se considera que deixa de ser assegurada a substituição das gerações, é 2,1 filhos por mulher (Bandeira, 1996: 172; Bandeira, 2004: 310)

²⁰⁷ Para este acréscimo terá contribuído o enfraquecimento, ocorrido no pós 25 de abril de 1974, no controlo social intenso de que era alvo a sexualidade dos jovens, em particular das raparigas (Almeida, 2004:50).

²⁰⁸ Ainda em 1978, momento em que ocorre o maior pico das taxas de fecundidade na adolescência, o acesso à contraceção era quase exclusivamente reservado aos casais adultos e a alguns jovens universitários. Inclusive, em 1981, um parecer do procurador-geral da República fazia depender o acesso dos jovens à consulta de planeamento familiar do consentimento parental (Almeida *et.al*, 2004:33-34).

²⁰⁹ Para tal concorre fortemente a criação em 1990 da *Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA* (CNLCS)²⁰⁹ apesar de estruturalmente, ao nível do Ministério da Saúde, nunca se articular com a Saúde Reprodutiva. A prevenção da SIDA também vai estar na base da integração, ao nível do Ministério da Educação, da educação sexual no *Programa de Promoção e Educação para a Saúde*, representando segundo Duarte Vilar (2009:17) a única exceção em termos de políticas coerentes de educação sexual nas escolas.

²¹⁰ O preservativo passa a poder ser vendido nos supermercados, nas gasolinhas e nos espaços públicos de convívio, como as discotecas (Almeida *et.al*, 2004:35).

A queda da fecundidade traduz a existência de uma vontade efetiva de limitar o número de filhos que paralelamente a um recurso ainda não negligenciável ao coito interrompido como método contraceptivo subentende a existência de um recurso potencialmente elevado a práticas abortivas (Marston e Cleland,2003:6). Estas devido à sua natureza clandestina são de difícil apreensão estatística, contudo são avançadas algumas estimativas.

Através de um estudo referente ao período de 1993-1997, estimava-se que, em Portugal, o número de abortos ilegais podia situar-se entre os 41 mil e 81 mil por ano com uma incidência anual de cerca de 38 casos por 1000 mulheres (15-44 anos) (Dias, Falcão e Falcão,2000: 62). No âmbito do mesmo estudo também se apontava para a existência de mais de 3000 mulheres hospitalizadas ao ano em consequência de um aborto ilegal²¹¹ (Dias, Falcão e Falcão,2000: 59). Estes valores apresentavam-se como muito elevados face ao estimado pela OMS que dava conta de cerca de 20 mil abortos ao ano (Tavares,2007:6). Na verdade, as discrepâncias nas estimativas que envolvem a prática de aborto clandestino são frequentes, precisamente pela dificuldade em aceder a informação fiável ²¹².

De qualquer modo, a continuidade do aborto clandestino em Portugal em paralelo com a vigência da Lei 6/84 era um facto que ninguém podia negar. Durante a década e 1990 ocorreram apenas duas alterações à lei no sentido do alargamento do limite imposto para o período gestacional nos casos de violação e de malformação fetal (Lei 90/97 de 30 de julho). O primeiro foi alargado de 12 para 16 semanas e o segundo foi alargado de 16 para 24 semanas²¹³. Alterações que, contudo, não modificaram a fraca aplicabilidade da lei na prática hospitalar pública. Dado que em 1998 realizaram-se apenas 305 abortos induzidos nos hospitais públicos portugueses, sendo que 199 foi por motivo de malformação fetal, 64 por motivo de grave risco para a saúde da mulher e 13 por motivo de violação (Vilar, 2002: 158).

3.5 A EXCLUSÃO DE ILICITUDE NO CASO DE IVG POR OPÇÃO DA MULHER

O carácter restrito da Lei 6/84 e a sua insuficiente aplicabilidade nos hospitais portugueses concorreu fortemente não só para a permanência da prática do aborto clandestino em valores muito elevados, como complexificou as representações em torno da (i)legalidade

²¹¹ Sem contar com os chamados “falsos espontâneos” sempre suspeitos de terem sido provocados, mas que as mulheres, devido a configurarem uma situação ilegal, não indicavam como tal.

²¹² Relativamente às consequências em termos de mortalidade materna, estimava-se que, de 1995 a 1997, um terço das mortes maternas associava-se a causas derivadas da prática do aborto clandestino (Almeida, 2004:64).

²¹³ Excetuando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que «a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo».

nesta matéria tornando visível também a existência de uma clara disparidade entre os códigos legais e jurídicos existentes e os códigos sociais vigentes, pelo reduzido número de casos levados à barra dos tribunais por prática de aborto (Duarte;Barradas,2009:90).

O reduzido alcance regulamentar que esta lei tinha na prática, evidenciou as dificuldades que o poder político tinha em enfrentar a oposição da Igreja e dos grupos mais conservadores da sociedade portuguesa. Uma dificuldade que o levou a pactuar com a manutenção de uma situação contraditória em que o aborto, por um lado, era proibido por lei (exceto em 4 casos) e, por outro, era tolerado socialmente, à custa de evidentes danos para a saúde física e psíquica da mulher (Vilar,2009:17). Será, no entanto, esta constatação, que remete para a ineficácia social e regulamentar da Lei 6/84 de 11 de maio, que levará ao referendo de 1998.

Na segunda metade da década de 1990 a despenalização do aborto volta a ser tema de debate na Assembleia da República por via da mudança da maioria política PSD para PS e na consequência de todo o trabalho desenvolvido, desde 1991²¹⁴, por várias organizações não-governamentais. Estas tinham-se empenhado em ações que visavam sobretudo expor publicamente a permanência da questão do aborto como um problema político e social em torno da inoperacionalidade da lei existente.

Entre os vários projetos de lei que foram apresentados no parlamento desde 1996²¹⁵ destacam-se os apresentados pela Juventude Socialista (JS), em outubro desse mesmo ano (236/VII), que não é aprovado (em 20 de fevereiro de 1997)²¹⁶ pela diferença de um voto e,

²¹⁴ Em 1991 é constituída a plataforma Movimento de Opinião pela Despenalização do Aborto em Portugal (MODAP) sob a qual se reuniram diversas organizações sociais e políticas como a APF, a Associação Portuguesa de Mulheres Juristas (APMJ), o Sindicato dos Médicos do Sul (SMS);Grupo Ser Mulher (PSR), Departamento de Mulheres Socialistas; Departamento de Mulheres da UDP, Comissão de Mulheres da CGTP, Comissão de Mulheres da UGT, Movimento Democrático das Mulheres (MDM);Organização das Mulheres Comunistas e Umar (Peniche, 2007:39).

²¹⁵ A 20 de junho de 1996, o PCP apresenta um projeto de lei (177/VII) que previa a despenalização do aborto a pedido da mulher e que é rejeitado. O deputado socialista Strecht Monteiro apresenta em outubro do mesmo ano um projeto de lei (235/VII) que apenas previa a dilatação dos prazos relativos ao aborto eugénico (de 16 para 24 semanas) e que é aprovado. Em janeiro de 1998 tal como o PS o PCP também apresenta um projeto de lei (417/VII) sobre a despenalização do aborto que é rejeitado (Peniche, 2007: 48-49).

²¹⁶ As semanas anteriores à discussão no parlamento foram marcadas por várias ações pró e contra a despenalização. Do lado do contra, em fevereiro de 1997 surge o movimento Juntos pela Vida responsável pela campanha «*Não mates o Zézinho*» que promove uma vigília na Basílica da Estrela. Do lado a favor, também em fevereiro de 1997, a UMAR lança a linha telefónica «*SOS-aborto*» onde são recolhidos os testemunhos de mulheres que abortaram e que posteriormente são compilados e entregues na AR (Santos, 2010:99).

em janeiro de 1998 (451/VII), que é aprovado (em 5 de fevereiro de 1998). No seguimento do qual e por acordo entre os dirigentes do PS (António Guterres) e do PSD (Marcelo Rebelo de Sousa), se impõe a realização de um referendo nacional a 28 de junho de 1998, sendo assim contornada a decisão do parlamento.

Na continuidade da convocação do Referendo de 1998 é lançado o movimento *Sim, pela Tolerância*²¹⁷ sob o qual se organiza a campanha pelo SIM à despenalização do aborto. Uma campanha que adota uma tática de não-agressão, surgindo centrada, sobretudo, na conceção do aborto como um problema jurídico-social e de saúde pública, excluindo mais uma vez do discurso, os referenciais teóricos feministas e, por aí, o aborto como um direito da mulher (Peniche, 2007:40; Monteiro, 2012:597).

No âmbito de um debate que se viria a revelar ser marcado por uma intensa violência argumentativa o movimento *Sim pela Tolerância* demonstrou alguma incapacidade na resposta aos ataques implacáveis das organizações da *Federação Juntos pela Vida* que contaram com o apoio público e ativo da Igreja Católica²¹⁸ na defesa da continuidade da criminalização do aborto. Neste seguimento e segundo Andreia Peniche (2007:40), a campanha do *Sim pela Tolerância* foi marcada pela ineficácia argumentativa o que terá contribuído em parte para a derrota do SIM. Primeiro, não conseguiu contrariar o discurso do medo que caracterizou a campanha pelo Não e, segundo, também não conseguiu recolocar o enfoque no que estava em causa: se devia continuar a ser julgada e presa uma mulher que abortasse.

De referir, no entanto, que para a derrota do SIM também terá concorrido, em larga medida, a falta de apoio e a atitude do PS (Tavares, 2007:8). Este, segundo Rosa Monteiro (2014:597), devido sobretudo às crenças pessoais religiosas e morais do seu líder, funcionou como um entrave num contexto político potencialmente favorável.

Os resultados do Referendo de 1998²¹⁹ negam, mais uma vez, a possibilidade de acesso ao aborto legal e seguro e mantêm a polémica lei em vigor. Tratou-se de um duro golpe para o movimento de pessoas e organizações que há muito se haviam mobilizado

²¹⁷ Este movimento tem origem na *Plataforma Pelo Direito de Optar* que surge, por sua vez, em 1998, na sequência do MODAP. Este movimento integrou várias organizações, pessoas em nome individual e partidos políticos. Contudo, o PCP junta-se tardiamente e o PS em virtude da posição do seu secretário-geral António Guterres apenas se faz representar por via da participação da Juventude Socialista (Peniche, 2007:39-40).

²¹⁸ Foram muitas as homilias sobre o aborto crime e os bispos de Bragança e de Viseu, chegaram a comparar o aborto ao holocausto e aos crematórios nazis exortando todos aqueles que votassem no Sim a abandonarem a Igreja (Peniche, 2007:40).

²¹⁹ Com uma fraquíssima participação (68% de abstenções), o “Não” à despenalização do aborto alcançou 51% dos votos e o “Sim” 49%. Um referendo não vinculativo em termos jurídicos, mas aceite politicamente pelos partidos com representação parlamentar, na altura (Tavares, 2007:7).

pela despenalização e que nos anos que se seguiram tiveram que se reorganizar²²⁰ de modo a compensar o facto da questão do aborto ser excluída da agenda política.

Como consequência positiva derivada do debate nacional que envolveu a campanha do referendo foi o recolocar, em termos de discussão política, a questão dos direitos em saúde sexual e reprodutiva. Na continuidade de uma forte defesa do planeamento familiar e da educação sexual como as principais formas de prevenção das gravidezes não desejadas e, por aí, do recurso ao aborto, são produzidas e implementadas algumas medidas oficiais²²¹, onde sobressaem, as referidas à educação sexual nas escolas²²² (Vilar, 2002: 159).

Entretanto, os resultados do *Inquérito à Fecundidade e Família - 1997* (IFF) confirmam a mudança rápida e intensa dos comportamentos reprodutivos em Portugal, no acentuar da queda generalizada da fecundidade pelo território português²²³, nas tendências para adiar o momento de procriar e para dissociar a procriação do casamento (Almeida *et.al*, 2004:48-49). Paralelamente registam-se claros progressos nos comportamentos contraceptivos no sentido de uma crescente utilização de métodos de contraceção médica.

²²⁰ Entre outras ações destacam-se as de apoio às mulheres julgadas por crime de aborto, fazendo-se presente junto dos tribunais. A Petição por um Novo Referendo por iniciativa de um conjunto de pessoas que lança um movimento popular de recolha de assinaturas que, pela primeira vez em Portugal, aciona um dispositivo constitucional de petição popular para alteração legislativa (esta proposta peticionária seria rejeitada a 3 de março de 2004). E o convite à organização não-governamental holandesa *Women on Waves* que vieram a Portugal com o barco-clínica (*Borndiep*) em agosto de 2004 (Peniche, 2007:41-42).

²²¹ Em julho de 1998, por despacho da ministra da saúde, os centros de saúde são pressionados a agilizar o atendimento em planeamento familiar e os hospitais a criarem consultas nesse âmbito. Em junho do mesmo ano, o Instituto Português da Juventude (IPJ) abre em parceria com a APF a linha ajuda Sexualidade em Linha (onde a informação sobre a contraceção é a mais solicitada) Em Outubro de 1998 é divulgado o *Plano de Acção Interministerial sobre Educação Sexual e Planeamento Familiar* que visa através de um trabalho conjugado de vários departamentos governamentais chegar a grupos da população específicos como as mulheres em situações de pobreza e os mais jovens (Almeida *et.al*, 2004:36).

²²² A Lei nº120/99 de 11 de agosto propõe-se a reforçar as garantias do direito à saúde reprodutiva dando destaque às necessidades dos mais jovens e à educação sexual em contexto escolar. No âmbito desta lei também é referido o acompanhamento contraceptivo das mulheres puérperas e das mulheres envolvidas no recurso ao aborto, bem como a proibição da seletividade por parte dos estabelecimentos hospitalares face ao atendimento dos casos de aborto induzido previstos na lei: <http://data.dre.pt/eli/lei/120/1999/08/11/p/dre/pt/html>.

²²³ A diferenciação regional, entre o Norte e Ilhas, por um lado, e o Sul e as grandes cidades, pelo outro lado, tende a diluir-se em torno da generalização da tendência para a descida dos valores da fecundidade (Almeida *et.al*, 2004:50-51).

Segundo os dados do IFF, em 1997, 61% das inquiridas utilizam a pílula, 10% utilizam o DIU, 14% o preservativo masculino, 7% utilizam o coito interrompido, 3,1% utilizam a abstinência periódica e 2% utilizam o diafragma, a espuma e os cones (Almeida *et.al*, 2004:54). Apesar de estes resultados apontarem para uma prevalência contraceptiva de métodos mais eficazes, os dados do IFF também remetem para um recurso não negligenciável à interrupção da gravidez (6,4% das inquiridas que alguma vez tiveram relações sexuais) (Almeida *et.al*, 2002: 389), ficando, contudo, aquém do veiculado por outras estimativas.

Quanto às idades das mulheres envolvidas, são sobretudo acima dos 24 anos com uma forte acentuação proporcional no intervalo dos 35 aos 49 anos (Almeida *et.al*, 2004:65). Todavia, no âmbito de um estudo anteriormente referido²²⁴ e relativamente às estimativas para 1997, a maior incidência do recurso ao aborto induzido por vontade da mulher surge no intervalo etário dos 25 aos 34 anos (Dias, 2000:60). Esta relativa discrepância de resultados e o reduzido envolvimento das mulheres mais jovens, com idades abaixo dos 25 anos (Almeida *et.al*, 2004:65), e das mulheres sem filhos (Almeida *et.al*, 2004:66) reforçam a hipótese de os dados veiculados pelo IFF sobre o recurso ao aborto estarem marcados por uma subdeclaração²²⁵, sobretudo no que se refere às mulheres mais jovens.

Os resultados do IFF apontam, no feminino, para uma iniciação mais precoce do percurso sexual relacional (Almeida *et.al*, 2002:392-93) paralelamente a uma tendência para adiar os momentos de entrar em conjugalidade e de procriar. Se é verdade que estas grandes alterações no percurso sexual e reprodutivo das mulheres se articulam com a crescente prevalência da contraceção moderna, tal não pode deixar de ter reflexos ao nível da estrutura comportamental do recurso ao aborto.

Precisamente, um dado importante a salientar relativamente à informação fornecida pelo IFF é de que o recurso ao aborto envolve sobretudo mulheres que declaram utilizar um método contraceptivo, seja este de eficácia reduzida ou elevada. O que demonstra que, em 1997, o recurso da mulher à interrupção da gravidez, já tendia, sobretudo, a corrigir falhas de utilização ou de eficácia dos métodos contraceptivos (Almeida *et.al*, 2004:64-65). O que reenvia para a existência, na década de 1990, de uma crescente intolerância à gravidez imprevista ou não desejada e, por aí, para o aumento do número de mulheres sem filhos e de idades mais jovens no recurso ao aborto, tendência que os resultados do IFF não

²²⁴ Dias, Carlos Matias, Isabel Marinho Falcão e José Marinho Falcão (2000), “Contribuição para o estudo da ocorrência da interrupção voluntária da gravidez em Portugal continental (1993 a 1997): estimativas utilizando dados da rede de médicos sentinela e dos diagnósticos das altas hospitalares (grupos de diagnósticos homogéneos)”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18 (2), pp.55-63.

²²⁵ Esta hipótese também é colocada em Almeida *et.al*, 2004:64.

traduzem. Assume pertinência referir aqui que a primeira “pílula do dia seguinte” só é colocada à venda em 1999, dependendo ainda de prescrição médica, situação que viria a ser alterada, passando a ser de venda livre a partir de 2001²²⁶ (Almeida *et.al*, 2004:36).

Um ano depois do referendo concluiu-se que apenas 2% dos abortos realizados em Portugal eram feitos numa base legal ficando na clandestinidade e na insegurança 98% dos casos²²⁷ (Tavares, 2007:5). Em 1999 estimava-se que se realizassem anualmente, em Portugal, 20000 a 40000 abortos induzidos²²⁸. Paralelamente, de 1980 a 2000 associam-se 93 mortes maternas a complicações derivadas do aborto ilegal e inseguro (Vilar, 2002: 157).

Tal como acontece em todos os países com leis muito restritivas relativas às práticas abortivas, em Portugal uma parte das mulheres, as que detinham as condições financeiras necessárias, deslocava-se ao estrangeiro. Devido à proximidade, Espanha era o país mais procurado. Em 2002 a jornalista Leonor Figueiredo²²⁹ contactou telefonicamente com 19 das 60 clínicas privadas onde se realizavam interrupções da gravidez e calculou que cerca de 3200 mulheres portuguesas recorriam anualmente às clínicas em causa (Tavares, 2007:7).

De referir que a lei espanhola²³⁰ era muito semelhante à portuguesa só que era interpretada de uma forma mais abrangente por via dos motivos que se prendiam com os riscos para a saúde psíquica ou psicológica da mulher (Tavares, 2007: 7). Algo que era viabilizado, sobretudo, porque a realização das interrupções da gravidez era assegurada por uma rede de clínicas privadas. Algo que em Portugal nunca foi possível efetivar²³¹, mantendo-se a sua aplicabilidade refém da inércia e da resistência dos serviços hospitalares públicos e, por aí, a convivência quotidiana da lei com o recurso ao aborto ilegal. É para aí que também apontaram os resultados de um estudo sobre as deficientes condições de

²²⁶ Apesar de toda a polémica que envolve o debate político a propósito do acesso à contraceção de emergência, considerada pelos setores mais conservadores como uma “pílula abortiva”, é aprovada na AR nova legislação que liberaliza, a partir de 2001, o acesso sem necessidade de prescrição média (Almeida *et.al*, 2004:36).

²²⁷ Documento de conclusões do Fórum "Aborto, um ano após o referendo, que balanço", realizado em 26 de junho de 1999 pela Plataforma Direito de Optar.

²²⁸ Cálculos de Evert Ketting apresentados no âmbito do Colóquio *Referendo um ano de depois: balanço e perspectiva* realizado em 26 de junho de 1999 pela Plataforma Direito de Optar (Vilar, 2002: 157).

²²⁹ Figueiredo, Leonor, "Milhares vão abortar a Espanha", Diário de Notícias, 13 janeiro, 2002.

²³⁰ A lei espanhola era de 1985 (5 de julho) e previa a exclusão da ilicitude nos mesmos casos que a portuguesa.

²³¹ Em Portugal, a única experiência que existiu foi, nos anos 1970, a clínica de saúde popular da Cova da Piedade que viria a ser alvo de uma investigação pela Judiciária no âmbito do processo contra Maria Antónia Palla (Tavares, 2007: 7).

segurança em que a maioria dos abortos era realizada, em Portugal, no ano de 2001, em contexto de clandestinidade²³².

É da convivência da lei com a ilegalidade que derivam os julgamentos da Maia (2001-2002)²³³, de Aveiro (2003-2007)²³⁴, de Setúbal (2003-2006)²³⁵ e de Lisboa (2004)²³⁶. Julgamentos que revelaram publicamente, como nunca antes tinha acontecido, o sofrimento associado à prática do aborto ilegal e o carácter indigno e absurdo da lei (Vilar, 2009:19).

Segundo Andreia Peniche (2007:47), a exposição mediática dos julgamentos em causa mudou a forma como a lei era percebida por uma parte da população. Provaram que de facto haviam mulheres a serem julgadas pela prática de aborto, mulheres cujas vidas privadas eram expostas de forma vexatória e inquisitória. Esta tradução da lei na vida quotidiana foi sentida de forma muito incómoda e até violenta por muitos, mesmo por quem defendia a sua manutenção. Percebeu-se também que na altura do Referendo parte da população não tinha conseguido entender o que implicava a manutenção da lei, havendo a ilusão de que a lei não levaria ninguém a tribunal ou à prisão (Peniche, 2007:40). E será sobretudo esta revelação em articulação com o aceso debate suscitado pela vinda a Portugal do barco clínica da *Women on Waves*²³⁷ (Santos; Alves, 2009) que imporá política

²³² DECO (2002), "Aborto no país dos indecisos – À margem da lei e...da segurança", *Teste Saúde*, 38, pp. 15-19: no âmbito deste estudo estabeleceu-se uma comparação entre as condições em que se realizavam os abortos em Portugal e em mais três países europeus (Espanha, Itália e Bélgica). A situação portuguesa apontou para a existência de um grave problema de saúde pública estreitamente articulado com o facto de ser o único país em estudo onde o aborto era sobretudo realizado em contexto ilegal.

²³³ Envolveu ao todo 43 arguidos e arguidas. Foram julgadas 17 mulheres acusadas de terem abortado ou de terem ajudado outras mulheres a abortar. Uma assistente social e uma enfermeira (Peniche, 2007:44-45).

²³⁴ O processo remontava a 1995 e envolveu 17 arguidos e arguidas das quais sete eram mulheres acusadas de prática de aborto. Também estava acusado um médico, a irmã do médico, uma funcionária da clínica e familiares das mulheres (Peniche, 2007:45-46).

²³⁵ Envolveu três mulheres acusadas de prática de aborto: uma enfermeira e duas jovens que alegadamente recorreram aos seus serviços (Peniche, 2007:46).

²³⁶ Envolveu uma jovem de 21 anos acusada de ter ingerido (com 17 anos) misoprostol com o objetivo de provocar um aborto (no hospital com fortes hemorragias e foi denunciada por um enfermeiro) (Peniche, 2007:46).

²³⁷ A 23 de Agosto de 2004, o país é informado pelos meios de comunicação social nacionais de que a *Women on Waves* (WoW), organização não governamental holandesa promotora dos direitos das mulheres, viria a Portugal com o seu barco-clínica, a convite de 4 organizações portuguesas (UMAR, Não te Prives, Acção para a Justiça e Paz e Clube Safo), para informar e ajudar as mulheres que quisessem recorrer a uma interrupção voluntária da gravidez (IVG). A reação do Governo na pessoa do Ministro da Defesa e de Estado Paulo Portas, foi marcada pela agressividade. Por despacho governamental foi proibido ao *Borndiep* entrar em águas territoriais

e socialmente, na primeira década do século XXI, a necessidade de um novo referendo sobre a despenalização do aborto a pedido da mulher em Portugal²³⁸.

Paralelamente, em 2006, no âmbito de um estudo da APF sobre a incidência do aborto em Portugal, estimava-se a ocorrência de cerca de 19000 abortos ao ano correspondendo a uma taxa de 8 ‰ (APF,2006:25). Uma estimativa que se viria a revelar muito fiável face aos primeiros dados oficialmente divulgados sobre o recurso ao aborto em contexto legal. Estes surgem na continuidade da vitória do SIM no 2º Referendo do aborto e da consequente despenalização do recurso à interrupção da gravidez a pedido da mulher.

Tal como aconteceu em 1998, serão as diversas associações e movimentos de cidadãos que assumirão o principal protagonismo no debate que dividiu, mais uma vez, a sociedade portuguesa em apoiantes do SIM e do NÃO. Mas desta vez serão os primeiros que dominarão os resultados alcançados (59,3% dos votos expressos) e a IVG a pedido da mulher, até às primeiras 10 semanas de gravidez, passa a ser permitida pela nova Lei nº16/2007 de 17 de abril. Encerravam-se assim três décadas de debate em torno da legalização do recurso ao aborto por opção da mulher onde, no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos se tornou evidente a existência, na sociedade portuguesa, de uma luta interna entre uma posição conservadora e acomodada aos bons costumes e aos valores familiaristas de raiz católica (Monteiro, 2012: 601) e uma posição afeta à mudança de racionalidades e comportamentos implicada na dinâmica da modernidade já em trânsito para a pós-modernidade. Mas sobretudo assumiu clara evidência a forte resistência em considerar o aborto como um fenómeno afeto, sobretudo, à regulação da fecundidade, relegando-o continuamente para a esfera da sexualidade desregulada e marginal no feminino e, por aí, para o âmbito jurídico e moral.

A questão dos direitos sexuais e reprodutivos foi sempre recorrente no âmbito dos vários momentos que marcaram o debate público sobre a despenalização do aborto em

portuguesas sob a alegação de que vinha «prejudicar a saúde pública, perturbar a ordem pública, violar o ordenamento jurídico português». Um despacho do tribunal de Coimbra deu razão ao Governo, alegando que embora os abortos fossem iniciados em alto mar, só viriam a ser finalizados quando as mulheres estivessem em solo português. O *Borndiep* nunca viria a acostar e acabaria por regressar à Holanda quatro dias antes do previsto. Contudo, um dos objetivos foi concretizado, toda a polémica e as ações públicas levadas a cabo haviam recolocado de novo o debate da questão do aborto na agenda política (Peniche, 2007:42).

²³⁸ Em 2004 governava a coligação PSD/CDS, quando a 3 de março são discutidos e rejeitados quatro novos projetos de lei sobre a despenalização do aborto apresentados pelo PCP, Bloco de Esquerda (BE), PS e Partido Ecologista os Verdes (PEV). Neste mesmo dia foram também rejeitados três Projetos de Resolução que propunha a realização de novo referendo apresentados pelo PS, BE e Comissão de Assuntos Constitucionais que avaliou a petição popular (Petição por um Novo Referendo) (Peniche, 2007:49-50).

Portugal. Mas, contudo, e tal como ocorreu na introdução da contraceção moderna a defesa da sua despenalização e posterior liberalização, só encontraria eco político quando em causa estava a irradicação do aborto clandestino como um problema de saúde pública pelo qual as mulheres ainda eram humilhadas e penalizadas juridicamente, sobretudo as mulheres com menos recursos sociais e económicos.

Em Portugal, como em todos os países em que o recurso ao aborto é permitido legalmente, essa possibilidade é encarada sempre como um mal menor, de modo a erradicar as condições inseguras em que as mulheres incorrem no âmbito do aborto clandestino. Dificilmente é entendido, pública ou politicamente, como um direito da mulher. De modo que facilmente se dão retrocessos nas leis que o regulamentam.

De uma maneira geral, o direito da mulher a decidir livremente sobre a sua fecundidade termina quando concebe, subvertendo o conceito de maternidade por opção subjacente ao conceito de saúde reprodutiva.

3.6 A IVG A PEDIDO DA MULHER E ÀS 10 SEMANAS DE GRAVIDEZ

Segundo o texto da Lei nº16/2007 de 17 de abril – Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez –, «*Não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida quando (...) e) For realizada por opção da mulher nas primeiras 10 semanas de gravidez*». Tal como já foi referido anteriormente, Portugal apresenta um dos períodos gestacionais mais reduzido da Europa e integra entre os requisitos obrigatórios²³⁹ a realização de uma consulta prévia, um período de reflexão de 3 dias e, no caso de mulheres menores de 16 anos, o consentimento do representante legal. E como refere Rosa Monteiro (2012:601) esta lei não consegue deixar de expressar o forte pendor moralista e paternalista com que são encaradas as mulheres que recorrem ao aborto. Algo que surge expresso, em particular, nas prescrições, mesmo que optativas, de acompanhamento e orientação psicológica no período de reflexão (Monteiro.2012:601).

A realização da IVG a pedido da mulher, prevista na lei, envolve a garantia por parte dos estabelecimentos de saúde de todo um conjunto de procedimentos administrativos e de

²³⁹ No momento da intervenção o processo da mulher grávida deverá deter devidamente preenchidos e assinados o documento de Consentimento Livre e Esclarecido para a Interrupção da Gravidez e o Certificado de Comprovação do Tempo de Gestação. A mulher deverá fazer-se acompanhar do impresso informativo e de registo relativo aos procedimentos de intervenção que lhe foi facultado na consulta prévia que já deve ter ocorrido pelo menos há três dias atrás (período de reflexão). E após a intervenção ficará ainda marcada uma consulta de planeamento familiar no hospital ou centro de saúde.

condições técnicas e logísticas cuja organização se pretende salvaguardar no artigo 3º e no artigo 4º da lei. Neste último e de modo a colmatar a repetição das limitações ocorridas no passado, refere-se mesmo que o governo *«adoptará as providências organizativas e regulamentares necessárias à boa execução da legislação atinente à interrupção voluntária da gravidez designadamente por forma a assegurar que do exercício do direito de objecção de consciência dos médicos e demais profissionais de saúde não resulte inviabilidade de cumprimento dos prazos legais»*.

É de salientar o empenhamento com que o Ministério da Saúde, através da DGS, tratou de regulamentar, até ao pormenor, a nova legislação e envolver os serviços de saúde na implementação desta lei. E a forma como estabeleceu uma rede de referência sobre IVG que começou por integrar cerca de 40 dos 51 hospitais da rede obstétrica nacional e abordou claramente os casos de objecção de consciência. Deste modo, foram asseguradas as condições para que teoricamente, todas as mulheres portuguesas que doravante necessitassem de realizar uma IVG, tivessem acesso gratuito a serviços de IVG em hospitais públicos, em algumas clínicas privadas e em alguns centros de saúde (Vilar, 2009:20).

Todavia, na prática, à dependência de um conjunto de trâmites administrativos e de condições técnicas e logísticas junta-se a presença e ação dos médicos e demais profissionais de saúde ao longo de todo o processo (antes, durante e depois da intervenção). Uma presença e uma ação que, por isso, assume um elevado poder decisório, no âmbito da realização de uma IVG.

É incontestável que a Lei nº16/2007 de 17 de abril representa um passo à frente na direção de uma sociedade mais igualitária no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos e, por aí, dos direitos das mulheres. Na medida em que limita e enfraquece potencialmente a capacidade institucional de regulação da sexualidade e do corpo das mulheres. Todavia é também uma Lei que encerra em si mesma a possibilidade de se tornar uma lei “capturada” (Duarte e Barradas, 2009:105). Não só porque se trata de regular a decisão de procriar, mas também pela forma como continua a perpetuar o racionalismo médico, herdado do século XVIII (Marques, 2006: 95), dando poder de decisão aos médicos e aos profissionais de saúde. E abrindo assim a possibilidade para que possa ser restringido o seu campo de aplicação por um Setor da sociedade que já anteriormente o fez.

Um receio que, entretanto, não se confirmou, tal como também não se confirmaram as elevadas estimativas para os totais anuais que, de 2008 a 2015, ficaram sempre abaixo dos 20 000 episódios de IVG, assumindo, inclusive, uma clara tendência para decrescer após 2011. Igualmente, também decresceram consideravelmente o número de atendimentos nos serviços de urgência hospitalar por complicações derivadas do recurso ao aborto fora do quadro legal (DGS, 2015b: 9-10).

Contudo, há a registar, em 2015, uma alteração à Lei nº16/2007, inscrevendo-se assim Portugal no grupo dos países europeus onde se têm verificado claros retrocessos na legislação que regula a IVG. Ainda com a agravante, no caso português, de se tratar de uma Lei relativamente recente. Esta alteração²⁴⁰, que expõe uma persistente hostilidade cultural ao direito ao aborto, por parte dos partidos à direita do espectro político, mais do que penalizar financeiramente, visava penalizar psicologicamente as mulheres que recorrem à IVG. Mas também e sobretudo excluir a IVG do âmbito dos atos médicos associados à saúde materna concebendo-o como um meio de promover a culpabilização (Le Naour e Valenti, 2002:285-286).

Sabe-se que qualquer alteração à lei tem tradução ao nível da incidência da prática e por aí no recurso ao aborto legal e ilegal. No sentido restritivo a tendência é para que efetivamente o recurso ao aborto em contexto legal reduza e, simultaneamente, o recurso ao aborto em contexto ilegal ou clandestino aumente. Deverá ter-se em conta o potencial efeito desta alteração na análise da incidência do recurso à IVG durante os meses (de 7 de setembro de 2015 a 29 de fevereiro de 2016), em que a lei permaneceu em vigor.

De facto, esta alteração à lei permaneceu poucos meses em vigor, sendo revogada²⁴¹, em fevereiro de 2016, por via da passagem de um governo PSD/CDS para um governo PS, voltando a vigorar, na forma integral, a lei original. Estas mudanças, contudo, traduzem a fragilidade que caracteriza as disposições legais relativas ao aborto cujo maior ou menor nível restritivo surge estreitamente dependente da tendência política vigente (Duarte e Barradas, 2009: 86). Entre os direitos que as mulheres têm vindo a conquistar, o direito a recorrer à interrupção da gravidez por opção apresenta-se pois como um direito dissimulado, instável e politicamente manipulável (Duarte e Barradas, 2009: 85).

O retrocesso de 2015 confirma também que em Portugal a posição de grupos mais conservadores em estreita consonância com a posição da Igreja Católica face aos direitos em saúde sexual e reprodutiva, em particular das mulheres e dos jovens, se mantem suficientemente forte para se refletir ao nível político. O que está de acordo com a crescente

²⁴⁰ Lei nº134/2015 de 7 de setembro (Sexta alteração ao Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, prevendo o pagamento de taxas moderadoras na interrupção de gravidez quando for realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez); Lei nº136/2015 de 7 de setembro (Primeira alteração à Lei nº 16/2007, de 17 de abril, sobre exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez — proteção da maternidade e da paternidade) e Portaria nº 324-A/2015 de 1 de outubro, Ministérios das Finanças e da Saúde (Estabelecimento da taxa moderadora devida no episódio de consulta que precede imediatamente a concretização da IVG).

²⁴¹ Lei nº3/2016 de 29 de fevereiro (Revogação das Leis nºs 134/2015, de 7 de setembro, relativa ao pagamento de taxas moderadoras na interrupção voluntária da gravidez, e 136/2015, de 7 de setembro relativa à primeira alteração à Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, sobre a exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez).

tendência que também se observa na Europa, em particular, a Leste, para introduzir alterações às leis do aborto no sentido mais restritivo. Uma tendência que se prende com o facto de a tradução em termos legais e de direitos no âmbito da reprodução e, em especial, do aborto estar tendencialmente ancorada em concepções políticas e por isso marcada por uma forte instabilidade (Duarte e Barradas, 2009: 86). E mesmo que a lei não seja alterada, as decisões judiciais e as penas aplicadas podem conhecer mudanças significativas, produzindo jurisprudência que pode ir no sentido mais ou menos restritivo (Duarte e Barradas, 2009: 86). Nesta medida, todas as reformas legais no campo da reprodução e, em particular, do aborto devem ser encaradas como podendo ser provisórias.

De qualquer modo, agora é o tempo em que já se ultrapassou a premissa inicial de que a generalização no acesso a métodos contraceptivos de elevada eficácia seria só por si garantia de que as mulheres deixariam de ter necessidade de recorrer ao aborto.

Segundo o *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*, em Portugal, nas mulheres dos 15 aos 55 anos de idade, em condição passível de gravidez²⁴², 85,1% declarou estar a utilizar um método contraceptivo a quando da realização da entrevista, sendo que 65,6% referiram a utilização da pílula (INE/INSA, 2009: 57). Ao adicionarmos as estas mulheres as que referiram a utilização do DIU (8,6%), temos cerca de 74,2% de mulheres a utilizar um método feminino de contraceção médica e de elevada eficácia. De referir ainda que 13,2% declararam a utilização do preservativo, sendo este o segundo método mais utilizado.

Face a 1987, o 4º Inquérito Nacional de Saúde apresenta, em 2005/2006, uma acentuação no sentido da utilização da pílula e, por aí, dos métodos contraceptivos femininos de elevada eficácia, com o coito interrompido a ser referido apenas por cerca de 4% das mulheres (Vilar, 2010:293). Esta é a tendência que se reforça em 2014, no âmbito do 5º Inquérito Nacional de Saúde, na medida em que 69,7% das mulheres dos 15 aos 55 anos²⁴³, que declarou ter utilizado um método contraceptivo nos 30 dias anteriores à entrevista²⁴⁴, referiu a utilização da pílula (INE/INSA, 2016:151). Ao adicionarmos a proporção de mulheres que declararam utilizar o DIU (9,7%), observa-se que, em 2014, cerca de 79,4% das mulheres que afirmaram utilizar contraceção, optaram por um método de contraceção médica de elevada eficácia. De referir que o preservativo permaneceu como o 2º método mais utilizado (cerca de 11,5%) (INE/INSA, 2016:155).

²⁴² Exclui mulheres grávidas ou tentando engravidar ou envolvidas em situações de infertilidade, de menopausa e de inatividade sexual (INE/INSA, 2009:228).

²⁴³ Foram inquiridas mulheres dos 15 aos 55 anos de idade que referiram não estar grávidas no momento da entrevista (INE/INSA, 2016: 152).

²⁴⁴ A comparação entre os resultados do 4º e do 5º Inquérito de Nacional de Saúde, no âmbito do uso dos métodos contraceptivos, torna-se difícil devido à referência ao uso em momentos diferentes (no momento da entrevista/ durante os 30 dias anteriores à entrevista).

Em suma, desde os anos 1980 que as mulheres portuguesas acentuam uma tendência para o uso de contraceptivos femininos que garantem um elevado nível de eficácia, traduzindo a existência de um projeto individual e familiar que impõe uma regulação segura e programada da sua fecundidade. O que faz prever uma crescente intolerância à ocorrência de uma gravidez imprevista ou não desejada²⁴⁵ e, por aí, a existência de uma tendência para optar pela sua interrupção.

De facto, mesmo em regressão, o recurso à interrupção voluntária da gravidez registou em 2015 cerca de 16028 episódios²⁴⁶ a pedido da mulher, correspondendo a uma taxa global de 6,7 IVG por mil mulheres em idade fértil (15-49 anos). Permanecendo assim como um recurso necessário no confronto quotidiano das mulheres portuguesas com as evitáveis e inevitáveis dificuldades e falhas na gestão contraceptiva de um percurso sexual que se pretende cada vez mais longo, em fruição, e mais curto, em procriação (Almeida *et.al*, 2002:407). Importa, contudo, salientar que o recurso à IVG não remete apenas para os fatores que determinam a ocorrência da gravidez não desejada, pois esta não implica necessariamente a opção pela sua interrupção.

Com efeito, na contemporaneidade, tal como no passado, só uma parte das conceções não desejadas é que são interrompidas por opção das mulheres. Segundo Bajos e Ferrand (2006: 92) essa opção é determinada, sobretudo, pela pressão de uma norma reprodutiva construída em torno das condições socialmente valorizadas para procriar.

Com a difusão de métodos contraceptivos de elevada eficácia tornou-se possível ter a prole desejada e garantir a criação das condições mais favoráveis para a procriar. Doravante, um nascimento de um filho deve ser desejado e planeado de modo a ocorrer no melhor momento (Bajos, Ferrand e Moreau, 2012:7). E o melhor momento, não pode ser nem muito cedo nem muito tarde no percurso de vida de uma mulher, classificando-se as gravidezes que ocorrem antes como “precoces” e as que ocorrem depois como “tardias” (Bajos, Ferrand e Moreau, 2012: 8). Mas o melhor momento é sobretudo definido como o mais adequado para integrar a vinda de uma criança no projeto de vida, individual e conjugal, dos seus progenitores.

A existência de um casal parental estável em termos afetivos/psicológicos e materiais, em que mãe e pai se encontrem no bom momento das respetivas trajetórias profissionais para acolher uma criança é transversalmente aceite pela sociedade atual como a melhor das condições para colocar um filho no mundo (Bajos e Ferrand, 2006:92).

²⁴⁵ Em Portugal não existem dados que permitam caracterizar o modo como tem evoluído, mesmo a partir de um passado muito recente, a relação entre práticas contraceptivas e a ocorrência da gravidez imprevista (não planeada) ou indesejada.

²⁴⁶ Os dados relativos ao ano de 2015 são os constantes do último Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez (DGS, 2017a) referido a dados definitivos.

A definição das melhores condições para procriar que integra a atual norma reprodutiva foi concebida na continuidade de grandes transformações sociais que alteraram sobretudo o lugar da criança na família e na sociedade e o destino social das mulheres (Bajos e Ferrand, 2006: 92-93).

Em Portugal, a generalização no acesso a métodos de contraceção médica de elevada eficácia permitiu reduzir o número de gravidezes não desejadas que haviam conhecido, a partir da década de 1960, um acréscimo considerável, (Bandeira, 1996:325; Almeida *et.al*, 2002: 378; Bandeira, 2014:413). Este derivou do efetivo e gradual decréscimo das gravidezes desejadas, por via da perda da função produtiva dos filhos e na sua reconversão em custos materiais, afetivos e psicológicos (Meliço, 1992: 123; Bandeira, 1996:419; Bandeira, 2014:414) numa sociedade onde a maioria da população tinha um rendimento salarial muito baixo (Vilar, 2009: 13). Consequentemente, nas duas últimas décadas do século XX, o ideal de uma família pequena impôs-se como uma aspiração legítima à maior parte da população portuguesa (Vilar, 2009:14). Nesta medida, as gravidezes desejadas passam a ser definidas gradualmente por referência a uma norma reprodutiva que deixou de ser regulada pelo coletivo (comunidade e/ou família) em torno, sobretudo, da definição das condições de acesso ao casamento e passou a ser regulada, de forma individual (Bandeira, 1996:325), em torno de um projeto de vida que, no feminino, se alargou a outras dimensões que não apenas a conjugalidade e a maternidade (Bandeira, 1996:421; Almeida *et.al*, 2002:378; Bandeira, 2014:413-414).

Depois da revolução de abril de 1974, assistiu-se em Portugal, à entrada determinada das mulheres no mercado de trabalho seguido do alargamento no feminino das perspetivas de carreira profissional paralelamente ao prolongamento do percurso escolar (Meliço, 1992: 121; Almeida *et.al*, 2002:372-374). Consequentemente, as mulheres portuguesas que, inicialmente, ansiavam libertar-se dos nascimentos sucessivos, associam, rapidamente, a partir dos anos 1980, o objetivo de os limitar a um número mínimo de dois ou de um, adiando gradualmente para idades mais tardias o momento de os procriar (Meliço, 1992: 122; Mendes, 2016:88; Oliveira, 2016:115).

Deste modo, à medida que os objetivos reprodutivos das mulheres se foram redefinindo, no âmbito de um modelo de maternidade por opção, em estreita articulação com os objetivos em termos de projeto de vida, os referenciais da opção pela interrupção de uma gravidez também se foram reestruturando. No âmbito de um recurso efetivo e generalizado a métodos contraceptivos que garantem um elevado nível de eficácia, é a forma não planeada ou imprevista com que ocorre uma gravidez que a define, logo à partida como indesejada. Mas esta é tanto mais indesejada quanto maior for a inadequação do momento em que ocorre no percurso de vida da mulher ou do casal procriador (Bajos, Ferrand e Moreau, 2012:7-8).

No caso da mulher a possibilidade de ter os filhos que se deseja reforça a pressão normativa em torno da “obrigatoriedade” de ser uma boa mãe para a criança que decide ter, o que leva a postular, na atualidade, a necessária disponibilidade para o exercício da maternidade (Bajos, Ferrand e Moreau, 2012: 8).

A definição do projeto de vida no feminino em torno, não só da maternidade e da conjugalidade, como da crescente valorização de uma carreira profissional colocou em causa a tradicional divisão sexual do trabalho (Bajos e Ferrand, 2006:92). Colocando-se a questão da conciliação entre vida familiar e vida profissional que no feminino, devido à inércia de uma visão tradicional e conservadora dos papéis femininos e masculinos dentro da família e na sociedade, resulta frequentemente numa situação de sobretrabalho (Perista, 2002:473; Sobotka, 2016:63).

Em Portugal, no âmbito da regulamentação dos apoios ao exercício da maternidade/paternidade, pouco se tem progredido em termos de soluções políticas que envolvam ambos os progenitores (Ribeiro, 2016: 227-230). Relativamente às mulheres mães são pouco equacionadas as soluções como o direito ao trabalho parcial ou a uma escolha livre e apoiada no que se refere à interrupção ou não da vida profissional para cuidar dos filhos (Sobotka, 2016: 65). Soluções que garantam, de forma efetiva, à mulher, seja qual for a opção que tome, não ser lesada nos seus direitos como trabalhadora, libertando-o, por aí, dos dilemas em que a maternidade²⁴⁷ a coloca numa sociedade onde a igualdade de género no trabalho e no emprego está muito longe de ser garantida (Ribeiro, 2016: 231; Ferreira, 2016:207-210; Sobotka, 2016:62-63).

Nesta perspetiva, a decisão de interromper ou prosseguir uma gravidez imprevista ou não desejada revela-se um ângulo privilegiado de análise (Bajos e Ferrand, 2006: 93). Na medida em que a aferição dos diferentes contributos (pessoais, relacionais e profissionais) para a construção dessa decisão vai permitir identificar alguns dos principais constrangimentos que determinam os objetivos reprodutivos das mulheres.

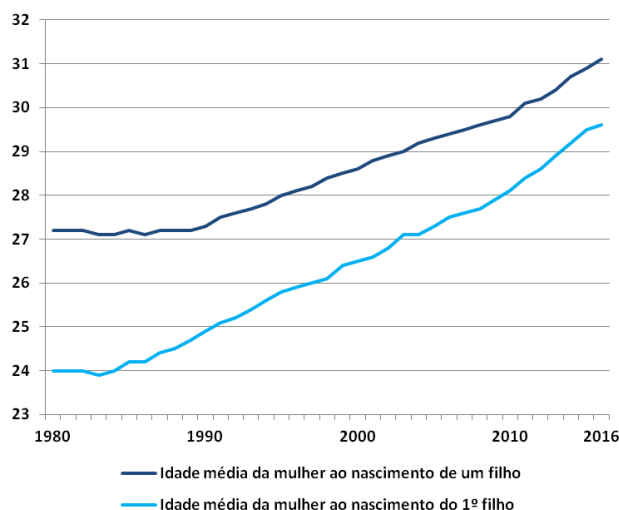
O padrão específico da fecundidade portuguesa, surge na atualidade, assente na procriação do filho único (Sobotka, 2016:55; Mendes, 2016: 83; Oliveira, 2016:116) e é tributário dos nascimentos fora do casamento²⁴⁸, paralelamente, a uma idade média ao nascimento de um filho e do primeiro filho, elevadas e muito próximas. Os comportamentos,

²⁴⁷ É de sublinhar a forma discriminatória com que são tratadas as mulheres grávidas e com filhos pequenos, assumindo-se mesmo o despedimento de mulheres grávidas como “um flagelo” (Ribeiro, 2016:232).

²⁴⁸ Os nados vivos que ocorrem fora do casamento, desde 2015, que se superiorizam aos nados-vivos que ocorrem dentro do casamento. Face ao total dos nados vivos, em 2015 representam 50,7% (INE, 2016:48) e em 2016 representam 52,8% (INE, 2017: 39).

em particular, destes últimos indicadores remetem para um contínuo adiamento do momento considerado o mais adequado para procriar (Figura 3.1.).

Figura 3.1 – Evolução das idades médias ao nascimento de um filho e do 1º filho, Portugal, 1980-2016 (anos)



Fonte: INE, Indicadores demográficos.

Como já foi referido anteriormente, Portugal integra-se no grupo dos países europeus que apresentam uma frequência, relativamente, baixa de recurso ao aborto em paralelo com uma intensidade da fecundidade acentuadamente baixa. Esta situação remete para uma regulação bastante eficiente e rigorosa da fecundidade e, por aí, para a existência de uma forte pressão para a redução das gravidezes não desejadas. Concomitantemente também para uma forte intolerância perante a ocorrência destas. Neste sentido, assumindo o recurso ao aborto como um bom indicador das dificuldades que as mulheres têm em regular a sua fecundidade, a caracterização da sua estrutura comportamental assume especial relevância no caso português.

Sem desvalorizar os fatores que determinam a ocorrência de uma gravidez não desejada este trabalho centra-se, em particular, sobre o que determina a opção da mulher pela sua interrupção, entendendo esta opção como pertencendo ao âmbito das opções reprodutivas e, por aí, de que modo se articula o comportamento do aborto com o da fecundidade na sociedade portuguesa atual. Na impossibilidade de questionar diretamente as mulheres, a nossa proposta é de através dos dados recolhidos no âmbito dos questionários que obrigatoriamente se aplicam a quando da IVG, chegar a alguns resultados.

Na caracterização do fenómeno do aborto deverá ter-se em conta tanto a sua intensidade ou frequência como a caracterização do seu perfil comportamental. Torna-se, pois, pertinente averiguar, no confronto com o comportamento da fecundidade, de que modo

se estrutura o recurso à interrupção da gravidez a pedido da mulher, em Portugal, em estreita relação, em especial, com as características sociodemográficas das mulheres envolvidas. Sendo assim, a fase seguinte da nossa investigação surge orientada, no que se refere à estruturação do fenómeno, pela hipótese primeira de que são sobretudo mulheres mais jovens de idades abaixo dos 30 anos, solteiras e sem filhos, as que recorrem com maior frequência à IVG em Portugal, seguidas de mulheres, entre os 30 e os 39 anos, com um e dois filhos, a viver em casal (casadas ou não).

Relativamente à dinâmica assumida pelo fenómeno no sentido de uma baixa incidência, que se acentua após 2011, a hipótese colocada é de que se prende com uma tendência para a descida da frequência transversal a todas idades de mulheres envolvidas, incluindo as mais jovens, que remete não para alterações no âmbito do comportamento da fecundidade ou da pressão normativa que a regula, mas sim para alterações na população fértil que funcionam no sentido de um reforço de uma gestão contraceptiva mais eficaz da atividade sexual, e por aí, de uma redução das concepções não desejadas.

Finalmente, e atendendo às características do comportamento da fecundidade portuguesa, sintetizam-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: em Portugal, o recurso à IVG é estruturado de forma diferenciada, em função da articulação entre a idade e o número de filhos existentes

Hipótese 2: em Portugal, o perfil sociodemográfico das mulheres envolvidas no recurso múltiplo à IVG estrutura-se de forma idêntica ao das mulheres que recorrem pela primeira vez (com alguma acentuação a partir de 2011).

4. OPÇÕES METODOLÓGICAS E PRIMEIRA ABORDAGEM DOS DADOS

Um dos efeitos positivos da despenalização é precisamente a possibilidade de, pela primeira vez, se observar, em Portugal, o comportamento do recurso à indução do aborto, por opção da mulher, com base em dados fiáveis. O que permite perceber que dificuldades as mulheres portuguesas encontram, na atualidade, na forma como fazem a gestão contracetiva da sua atividade sexual por referência aos seus objetivos reprodutivos. Todavia, continuam a existir limitações na informação disponibilizada que implicam alguns reparos e ajustamentos no tratamento dos dados.

Na sequência da entrada em vigor da portaria nº741-A/2007 de 21 de junho e ao abrigo da Lei nº 16/2007, de 17 de abril, a interrupção da gravidez por opção da mulher passou a poder ser efetuada, até às 10 semanas, por médico, ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido. Neste âmbito, em Portugal todas as interrupções da gravidez, realizadas sob enquadramento legal, são de declaração obrigatória à Direção Geral de Saúde (DGS) através do preenchimento da ficha do Registo de Interrupção da Gravidez (Anexo C). Esse registo incide sobre a mulher que recorre à interrupção da gravidez (todos os motivos) e sobre a intervenção praticada.

A ficha do registo deve ser preenchida após a intervenção cirúrgica ou após a administração da primeira dose da medicação, quando se trate de interrupção medicamentosa da gravidez. Cada estabelecimento de saúde deve, até ao dia 20 de cada mês, proceder ao registo *on-line* das intervenções realizadas no mês anterior, passando estes registos a integrar uma base de dados sediada na DGS²⁴⁹ (Ministério da Saúde, Portaria nº741-A/2007 de 21 de junho).

Após solicitação por via dos trâmites institucionais, a DGS disponibilizou a 14 de julho de 2015 uma base de dados, onde consta a informação derivada dos registos de IVG referentes aos primeiros seis anos após a legalização: de 2008 a 2013 inclusive²⁵⁰. Esta é a principal fonte de informação tratada e analisada no âmbito deste trabalho. Todavia, sempre que possível e surja como pertinente, são incluídos na análise os dados publicados pela

²⁴⁹ É a partir da informação que integra essa base de dados que são produzidos os relatórios anuais sobre o recurso à interrupção da gravidez por todos os motivos, desde 15 de julho de 2007. Os dados relativos a cada ano são extraídos da base de dados até ao final do mês de março do ano seguinte e, passado um ano, são revistos devido aos atrasos que sempre ocorrem na introdução dos registos por parte dos estabelecimentos de saúde, dando a origem a dois relatórios para cada ano em causa. Estes são publicados nos dois anos após o ano a que se referem os dados, um no primeiro ano provisório e um no segundo ano revisto ou definitivo.

²⁵⁰ Não foram considerados os dados relativos a 2007 por se referirem apenas ao período de seis meses (integra apenas informação de 15 de julho a 31 de dezembro de 2007, período, durante o qual, nem todos os serviços estavam em pleno funcionamento) e os de 2014 por não estarem completos.

DGS referentes aos anos de 2014 e 2015 (DGS,2016;2017a). Em causa estão sempre dados já considerados definitivos que permitem atribuir à análise uma perspetiva tendencial mais longa.

4.1 BASE DE DADOS DISPONIBILIZADA A 14 DE JULHO DE 2015 E OPÇÕES METODOLÓGICAS

No caso particular da interrupção da gravidez por opção da mulher ou da denominada IVG tratando-se dos primeiros anos do efeito da lei, não se pode deixar de colocar a hipótese de que a informação disponibilizada não dê conta da real incidência do fenómeno. Isto porque se desconhece até que ponto a via clandestina continua a concorrer com a via legal. E, por outro lado, também ainda não existe uma avaliação no sentido de perceber se efetivamente todos os registos dos episódios de IVG são introduzidos e se são bem introduzidos.

A Base de Dados disponibilizada pela Direção Geral de Saúde (DGS) a 14 de julho de 2015 inclui os registos individuais anonimizados, de 2008 a 2013, das interrupções da gravidez efetuadas por opção da mulher sob enquadramento legal. Na construção da base, as variáveis foram definidas por referência ao questionário que se encontra em anexo (Anexo C).

Na análise desta informação, a primeira questão que se colocou foi a discrepância entre os totais anuais constantes nesta base de dados, relativos a 2008 (17.778 IVGs) e 2009 (19.192 IVGs), e os apresentados, para os mesmos anos, nos relatórios publicados anualmente pela DGS.

Com efeito, os totais apresentados nos relatórios, versão revista, relativos aos anos de 2008 (18.014 IVGs) (DGS, 2010:4) e 2009 (19.222 IVGs) (DGS, 2011: 4), são superiores aos encontrados na base de dados para esses mesmos anos. Está-se perante uma inconsistência, na medida em que é suposto a Base de Dados estar atualizada na data em que foi disponibilizada (14 de julho de 2015), logo, os totais aí existentes teriam de ser iguais ou superiores aos apresentados no âmbito dos referidos relatórios. Uma vez que, o relatório de 2008, versão revista publicada em março de 2010, remete para dados em registo até ao dia 8 de março de 2010 (DGS, 2010), e o relatório de 2009, versão revista publicada em março de 2011, remete para dados em registo até ao dia 7 de março de 2011 (DGS, 2011).

Não será estranho à discrepância em causa o facto de na base de dados disponibilizada pela DGS, em julho de 2015, não constarem, para o ano de 2008, registos de episódios com data de consulta prévia do ano de 2007²⁵¹, nem registos com idades desconhecidas. Questão que também se coloca com igual pertinência para o ano de 2009.

²⁵¹ Em todos os anos existem registos de episódios cujo processo se iniciou no final do ano anterior, sendo assim, em 2008 deveria haver registos de consultas prévias com data do final do ano de

Estas e outras inconsistências identificadas²⁵² remetem para uma gradual melhoria da qualidade quer ao nível da recolha da informação, quer ao nível da construção da base de dados. A qualidade dos dados sobre a IVG é uma questão transversal a todos os países a nível mundial pelas razões que já foram anteriormente referidas, sendo que Portugal é considerado um caso cuja informação, após a legalização, apresenta uma qualidade razoável (Chavkin, Swerdlow e Fifield 2017: 62). Feita esta chamada de atenção para algumas inconsistências, importa destacar que a dimensão das diferenças não é significativa: as lacunas identificadas não comprometem os objetivos da presente investigação conforme se pode verificar na comparação com outras fontes a nível internacional (Anexo B).

Para o tratamento e análise estatística da informação na averiguação das possíveis relações entre as variáveis em causa recorre-se, em particular, para efeitos de contagem e cruzamentos, ao programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). De referir, contudo, que a perspetiva aqui adotada na abordagem do fenómeno da IVG compreende uma forte componente demográfica na medida em que se pretende precisar as possíveis relações entre os comportamentos da fecundidade e da IVG através das características sociodemográficas das mulheres em causa. Consequentemente, é sobretudo num quadro de observação e de análise demográfica que se inscreve a investigação proposta neste trabalho. Recorrendo, por isso, a procedimentos e a cálculos de indicadores habituais em análise demográfica cujos aspetos mais metodológicos são explicitados sempre que, ao longo do trabalho, surgem como pertinentes.

4.2 A IVG DESDE A DESPENALIZAÇÃO

Em Portugal, nos primeiros seis anos completos (2008 a 2013) de legalização da interrupção da gravidez a pedido da mulher, regista-se um total de 112.816 episódios de IVG. Em todos os anos em causa, os episódios registados ficam sempre abaixo dos 20.000, sendo que, em 2013, já surgem abaixo dos 18.000 (Quadro 4.1.). Dados que estão de acordo com o estimado em 2006, no âmbito dos resultados do estudo sobre o aborto em Portugal da APF (APF, 2006:25).

2007 (as IVG começaram a ser realizadas e registadas sob enquadramento legal a partir de 15 de julho de 2007).

²⁵² Nomeadamente nas idades das mulheres: para além de surgirem idades muito acima dos 59 anos e abaixo dos 10 anos, as inconsistências assumiram alguma evidência no cruzamento entre as idades e algumas variáveis, tais como o número de filhos, o ano do último parto ou o ano da última IVG. E, ainda, em variáveis associadas a filtros, de modo que, por exemplo, nem todas as mulheres com filhos tinham informação sobre a data do último parto, bem como, nem todas as mulheres com interrupções da gravidez anteriores tinham informação sobre a data da última IVG e vice-versa.

Quadro 4.1 – Evolução dos episódios de IVG (valores absolutos) e da taxa de variação (%), Portugal, 2008-2013

| 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 17778 | 19192 | 19570 | 19931 | 18617 | 17728 | 112816 |
| Tx | 2008-09 | 2009-10 | 2010-11 | 2011-12 | 2012-13 | 2008-13 |
| Variação | 8,0 | 2,0 | 1,8 | -6,6 | -4,8 | -0,3 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Na evolução dos volumes anuais, observa-se que ocorre um ciclo de crescimento até ao ano de 2011, após o qual se inicia um ciclo no sentido da redução (Quadro 4.1). O maior acréscimo dá-se de 2008 para 2009, o que reenvia para o facto de se tratar dos dois primeiros anos completos da legalização. De facto, à forma como ocorre este ciclo inicial de crescimento, que logo entra em forte desaceleração, após 2009, não será estranho, sobretudo, um rápido acréscimo de mulheres que passam a recorrer à IVG sob enquadramento legal e uma gradual melhoria da qualidade dos dados, sobretudo, ao nível da recolha²⁵³.

De 2011 para 2012, dá-se uma redução considerável no número dos episódios de IVG e inverte-se o sentido do ciclo evolutivo, tal como é visível pela manutenção dessa alteração de sentido no ano de 2013 (Quadro 4.1).

Segundo dados definitivos recentemente publicados pela DGS, a tendência no sentido descendente, após 2011, confirma a sua continuidade em 2014 (DGS, 2016) e 2015 (2017a)²⁵⁴, registando, de 2013 para 2014, a maior redução de episódios de IVG no período em causa (Quadro 4.2).

Quadro 4.2 – Evolução dos episódios de IVG (valores absolutos) e da taxa de variação (%), Portugal, 2008-2015

| 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | Total |
|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 17778 | 19192 | 19570 | 19931 | 18617 | 17728 | 16180 | 16028 | 145024 |
| Tx | 2008-09 | 2009-10 | 2010-11 | 2011-12 | 2012-13 | 2013-14 | 2014-15 | 2008-15 |
| Variação | 8,0 | 2,0 | 1,8 | -6,6 | -4,8 | -8,7 | -0,9 | -9,8 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015); DGS (2016 e 2017a).

Em suma, em termos globais e de valores absolutos, em Portugal, de 2008 a 2015, o aborto induzido por opção da mulher evolui em duas fases com sentidos opostos: verifica-se

²⁵³ Na continuidade do observado anteriormente, em causa está, sobretudo, a informação associada aos anos de 2008 e 2009.

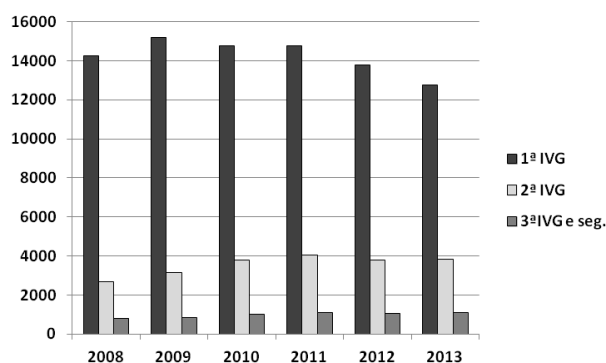
²⁵⁴ Assim também indicam os dados provisórios publicados para o ano de 2016 (DGS, 2017b).

que, até 2011, tende a aumentar e, após 2011, tende a reduzir. Uma evolução que surge marcada por uma clara redução do número de episódios de IVG no período, traduzida numa variação de -9,8% (Quadro 4.2). No seguimento e sabendo que o recurso à interrupção da gravidez é um acontecimento que se pode repetir, ao longo do percurso de vida fértil de uma mulher (Rowlands, 2007:156), importa perceber de que modo evoluem as primeiras IVG e as IVG de ordem superior a um.

No conjunto dos anos de 2008 a 2013, a interrupção da gravidez sob enquadramento legal envolve 75,9% de episódios referidos à 1ªIVG, 18,9% de episódios referidos à 2ªIVG e apenas 5,2% de episódios referidos à 3ªIVG e seguintes. Tratando-se dos primeiros anos de legalização, coloca-se com pertinência a hipótese de haver alguma subdeclaração em torno do recurso à IVG por mais do que uma vez (Rowlands, 2007:155). Na medida em que, em muitos casos, implicará por parte das mulheres em causa assumir o recurso a uma prática que, à data da sua realização, era ilegal. De qualquer modo, a IVG em Portugal, durante o período em análise, refere-se sobretudo a mulheres que recorrem pela primeira vez, ficando a proporção daquelas que recorrem pela segunda ou mais vezes muito aquém do que se verifica em vários países da Europa, no Estados Unidos e no Canadá²⁵⁵.

Na evolução no período, observa-se que o recurso pela primeira vez, apesar de conhecer um ligeiro acréscimo em 2011, pode considerar-se que começa a reduzir após 2009, enquanto o recurso por mais do que uma vez apenas reduz de 2011 para 2012, mantendo-se sempre a aumentar na maior parte dos anos que integram o período em análise (Figura 4.1).

Figura 4.1 – 1ªIVG, 2ª IVG e 3ª IVG e seguintes, Portugal, 2008-2013 (valores absolutos)

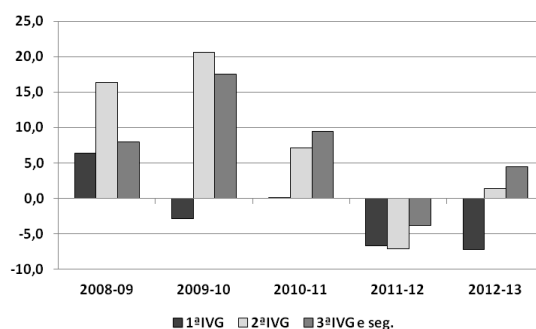


Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

²⁵⁵ O recurso múltiplo à interrupção da gravidez por opção da mulher representa, em 2013, cerca de 35% das IVG em França, 32% na Finlândia, 37% na Suécia, 32% na Inglaterra, 29% no Canadá e 47% nos Estados Unidos (Bajos, Moreau e Prioux, 2013: 8-9).

De facto, através da evolução da taxa de variação dos valores absolutos, observa-se que as primeiras IVG assumem, após 2009, uma visível tendência para reduzir (Figura 4.2). Logo não é estranho que os episódios referidos à IVG de primeira ordem apresentem uma taxa de variação no período de -10,5%.

Figura 4.2 – Evolução da taxa de variação dos valores absolutos, 1ªIVG, 2ªIVG e 3ªIVG e seguintes, Portugal, 2008-2013 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quanto às IVG de ordem superior a um, à exceção da passagem de 2011 para 2012, assumem uma clara tendência para aumentar ao longo do período em análise (Figura 4.2.). Contudo, um aumento que desacelera a partir de 2010, ano após o qual a 3ªIVG e seguintes também passam a protagonizar acréscimos maiores do que os da 2ªIVG. Apesar destas alterações, a 2ªIVG regista uma taxa de variação positiva no período superior à da 3ªIVG e seguintes, 41,6% e 39,5%, respetivamente.

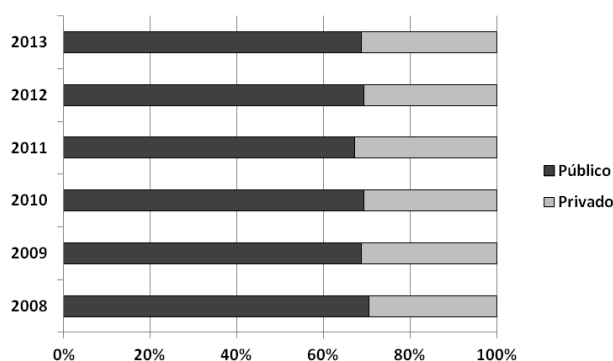
Em síntese, os acréscimos que a IVG conhece, até 2011, são largamente tributários dos aumentos verificados no âmbito da IVG de ordem superior a um (Figura 4.2.). Um comportamento coincidente com a tendência que o recurso múltiplo à IVG demonstra ter para a aumentar durante os primeiros anos em que se dá a legalização da interrupção da gravidez a pedido da mulher (Henshaw, 1990:87). Período em que os aumentos iniciais à 1ªIVG vão colocando um número crescente de mulheres sob a possibilidade de recorrerem por mais de uma vez. E se o forte decréscimo que ocorre, de 2011 para 2012, envolve todas as ordens de IVG a continuação da tendência para a redução é determinada, em particular, pela continuidade dos decréscimos à primeira (Figura 4.2.). O facto de esta última envolver as principais intervenientes no recurso à IVG e condicionar o subsequente comportamento no recurso por mais de uma vez, está de acordo com a tendência para a redução no recurso à interrupção da gravidez a pedido da mulher, em Portugal, nos anos que se seguem a 2013. Com efeito, os dados oficiais apontam para 16180 e 16028 episódios de IVG em 2014 (DGS,2016) e 2015 (DGS,2017a) respetivamente. Sendo que os dados provisórios referentes ao ano de 2016 colocam já os totais anuais de episódios de IVG abaixo dos 16000 (DGS, 2017b).

Para a apreensão das dinâmicas subjacentes ao processo que marca a evolução do recurso à interrupção da gravidez (de 2008 a 2013) importa começar por caracterizar o comportamento das principais dimensões deste fenómeno. Neste capítulo, a análise está estruturada por referência aos três grandes eixos que categorizam a informação disponibilizada pela base de dados: informação relativa à instituição de saúde a que a mulher recorreu, informação relativa à intervenção que envolveu a interrupção da gravidez a pedido da mulher e informação relativa à própria mulher (Anexo C).

4.2.1 Instituição de saúde

De 2008 a 2013, em Portugal, existem 50 instituições de saúde que declaram a realização de interrupções da gravidez a pedido da mulher sob enquadramento legal. Das instituições em causa, apenas 4 pertencem ao Setor privado. Sendo que estas últimas declaram, anualmente, cerca de 30% da IVG que ocorre no território nacional durante o período em análise (Figura 4.3).

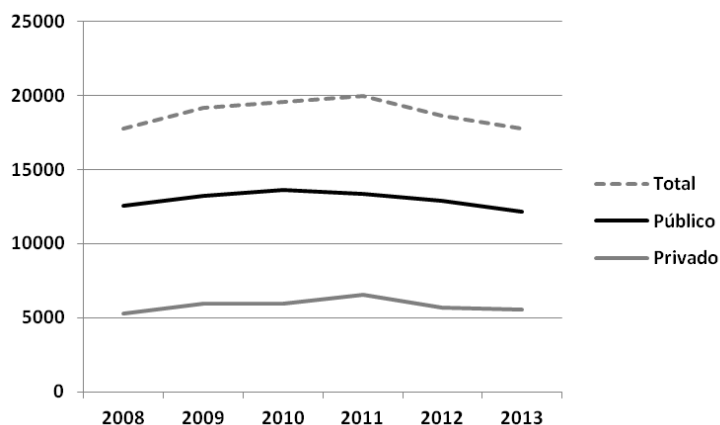
Figura 4.3 – IVG por Setor da instituição de saúde, Portugal, 2008-2013 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Apesar de o Setor privado ter uma expressão minoritária, em comparação com o público, é de salientar que o último aumento observado nos volumes da IVG, entre 2010 e 2011, decorre exclusivamente do acréscimo verificado no Setor privado. Na medida em que o volume da IVG no Setor público, a partir de 2010, inverte o ciclo evolutivo para a fase de redução (Figura 4.4).

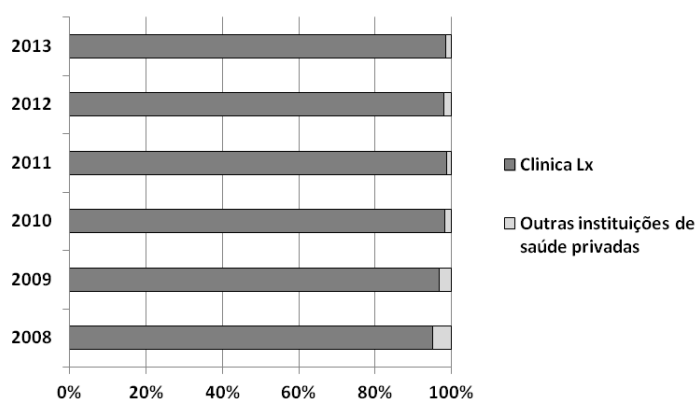
Figura 4.4 – Evolução da IVG por Setor da instituição de saúde, Portugal, 2008-2013 (valores absolutos)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

As interrupções voluntárias de gravidez declaradas por instituições de saúde privadas são realizadas fundamentalmente na Clínica Lx²⁵⁶, como se pode observar no gráfico abaixo (Figura 4.5).

Figura 4.5 – IVG realizada pela Clínica Lx e por outras instituições de saúde privadas, 2008-2013 (%)

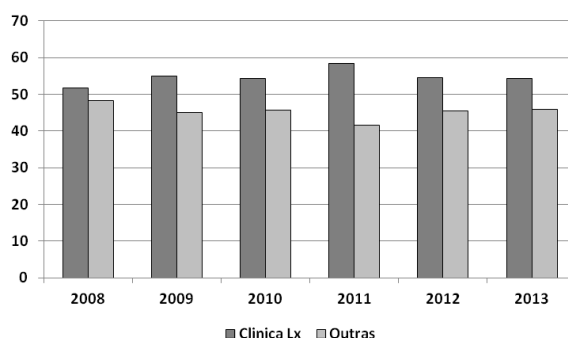


Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Aliás, de 2008 a 2013, o número de episódios de interrupção voluntária da gravidez realizados na Clínica Lx é anualmente superior ao declarado por parte de qualquer outra instituição de saúde (pertencente quer ao Setor privado quer ao Setor público). Esta clínica privada, que se localiza em Lisboa, realiza, anualmente, mais de 50% dos episódios de IVG registados na região de saúde Lisboa e Vale do Tejo (LVT), durante o período em análise (Figura 4.6).

²⁵⁶ A Clínica Lx é uma clínica que se localiza em Lisboa e à qual demos esta denominação por questões de privacidade e anonimato.

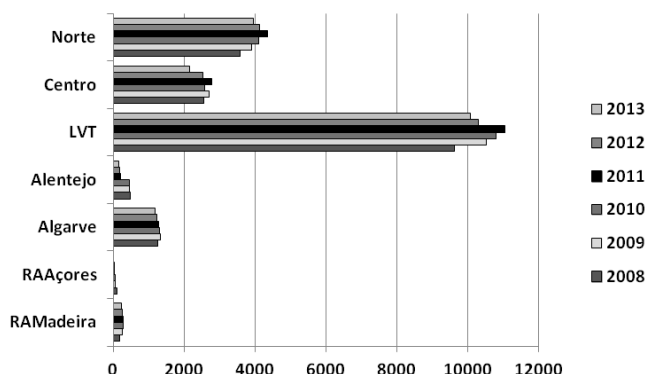
Figura 4.6 – IVG realizada pela Clínica Lx e por outras instituições de saúde integradas na região de saúde de LVT, 2008-2013 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

O peso das interrupções da gravidez realizadas, a pedido da mulher, na Clínica Lx é tanto mais significativo quanto o facto de ser a região de saúde LVT a que apresenta, de forma destacada, de 2008 a 2013, a realização dos maiores volumes anuais de IVG (Figura 4.7).

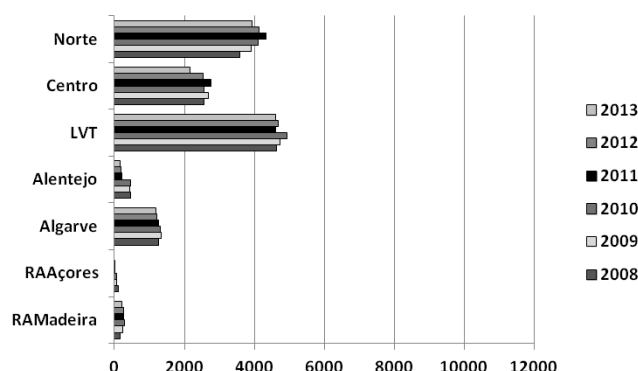
Figura 4.7 – IVG por região da instituição de saúde (NUTS 2001), 2008-2013 (valores absolutos)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Para a forte discrepância existente entre o que ocorre na região de saúde LVT e as restantes regiões concorre fortemente as interrupções de gravidez realizadas pela Clínica Lx. Com efeito, se retirarmos aos totais declarados, na região em causa, os episódios relativos à Clínica Lx, verificamos que se reduz, de forma acentuada, a diferença existente entre a região de saúde LVT e as outras regiões do país (Figura 4.8).

Figura 4.8 – IVG por região da instituição de saúde, sem a Clínica Lx, (NUTS 2001), 2008-2013 (valores absolutos)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Contudo, com ou sem o contributo da Clínica Lx, LVT é a região de saúde que apresenta um maior número de interrupções voluntárias de gravidez declaradas. Seguem-se a região Norte que se destaca face à região Centro, e esta face à do Algarve. Deste modo, é com evidência que o Alentejo, a R.A. da Madeira e os R.A. dos Açores se apresentam como as regiões que registam um menor número de IVG (Figuras 4.7 e 4.8).

Relativamente às regiões que apresentam a realização de um maior número de IVG, de forma global, é de salientar que é também nestas regiões que se concentram mais interrupções da gravidez de mulheres não residentes (Quadro 4.3).

Quadro 4.3 – IVG de mulheres não residentes, por regiões da instituição de saúde (NUTS 2001), 2008-2013 (%)

| Anos | Norte | Centro | LVT | LVT s/Clínica Lx | Alentejo | Algarve | R.A. Açores | R.A. Madeira |
|------|-------|--------|------|------------------------|----------|---------|----------------|-----------------|
| 2008 | 3,24 | 6,16 | 5,50 | 0,23 | 2,99 | 0,80 | 0,00 | 0,00 |
| 2009 | 4,07 | 5,16 | 6,47 | 0,11 | 2,02 | 0,83 | 0,00 | 0,82 |
| 2010 | 4,36 | 3,30 | 7,48 | 0,21 | 1,55 | 0,92 | 0,00 | 0,71 |
| 2011 | 4,28 | 3,50 | 9,58 | 0,56 | 0,49 | 1,18 | 0,00 | 0,00 |
| 2012 | 4,38 | 4,22 | 7,35 | 0,50 | 1,13 | 1,64 | 0,00 | 0,39 |
| 2013 | 4,49 | 4,97 | 7,48 | 0,49 | 0,62 | 0,59 | 0,00 | 0,00 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

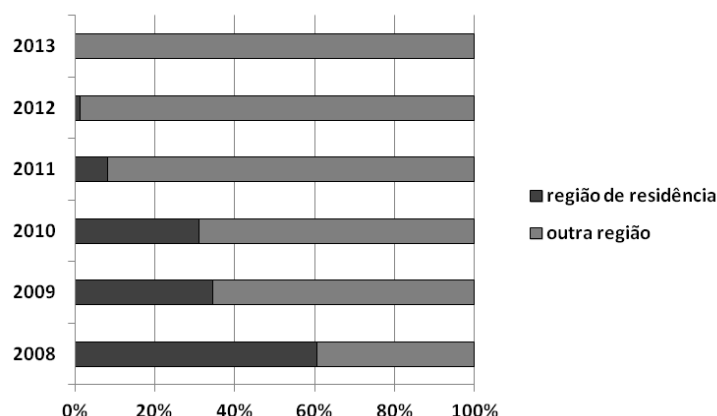
Nos totais de IVG registados por região a maioria dos episódios corresponde a interrupções da gravidez de mulheres residentes na própria região da instituição de saúde. No caso das IVG realizadas a mulheres residentes em outras regiões, pode constatar-se que as maiores proporções de episódios se localizam nas regiões LVT, Norte e Centro. Todavia, se retirarmos a LVT o quantitativo associado à Clínica Lx, a proporção de não residentes, nesta região, reduz-se fortemente, colocando-a com valores próximos dos

apresentados pelas regiões com menor proporção de IVG referida a mulheres não residentes (Quadro 4.3).

A R.A. da Madeira é a região que apresenta a menor percentagem de mulheres não residentes, seguida do Algarve e do Alentejo. Quanto à R.A. dos Açores, é a única região que, de 2008-2013, não regista nenhum episódio de IVG a pedido de mulheres não residentes (Quadro 4.3).

Em síntese, as regiões que registam os maiores volumes de IVG são as que também registam maior número de episódios relativos a mulheres não residentes. Sendo que no caso de LVT, se volta a confirmar, também por via desta dimensão, o quanto é determinante para esta região o comportamento da IVG realizada na Clínica Lx. De qualquer modo, a ocorrência dos episódios relativos a não residentes, nas várias regiões em causa, remete para a existência de mulheres que se deslocam das suas áreas de residência com o objetivo de proceder a uma interrupção da gravidez. Enquadram-se nesta situação as mulheres residentes, sobretudo, na região autónoma dos Açores e na região do Alentejo.

Figura 4.9 – IVG realizada dentro e fora da região de residência, mulheres residentes nos Açores, 2008-2013 (%)

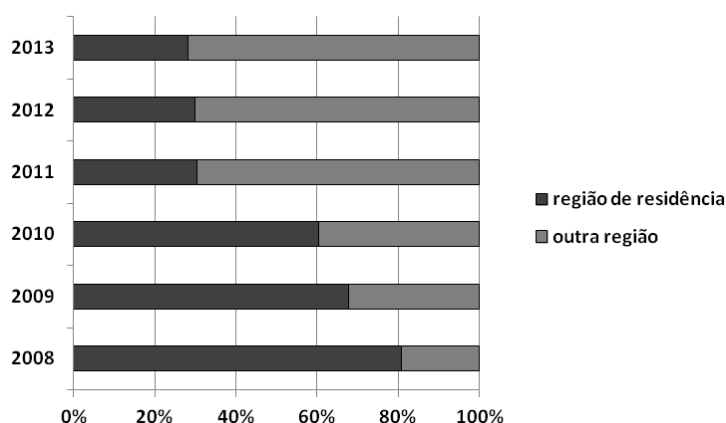


Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

As mulheres residentes nos Açores, entre 2008 e 2013, assumem uma forte tendência para se deslocarem para fora da região com vista a realizarem uma interrupção da gravidez. Uma tendência que se acentua após 2008, chegando a 2013 aos 100% (Figura 4.9). De facto, no último ano em análise, os 77 episódios relativos a mulheres residentes nos Açores foram todos realizados noutra região.

Quanto às mulheres residentes no Alentejo, observa-se, de 2008 a 2013, a mesma tendência crescente para se deslocarem para fora da região no sentido de efetuarem uma interrupção da gravidez a seu pedido. Uma tendência que se acentua após 2010, chegando a envolver 71,83% dessas mulheres em 2013 (Figura 4.10).

Figura 4.10 – IVG realizada dentro e fora da região de residência, mulheres residentes no Alentejo, 2008-2013 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Em síntese, de 2008 a 2013, todas as regiões registam casos de mulheres residentes que se deslocam para realizar noutra região uma interrupção da gravidez a pedido. O Alentejo e os Açores são os casos mais evidentes, seguidos do Centro. Por contraponto, LVT é a região que apresenta de forma destacada a menor proporção, seguida do Algarve, da Madeira e do Norte (Quadro 4.4).

Quadro 4.4 – IVG realizada fora da região de residência (NUTS 2001), por região de residência das mulheres, 2008-2013 (%)

| Anos | Norte | Centro | LVT | Alentejo | Algarve | RAAçores | RAMadeira |
|------|-------|--------|------|----------|---------|----------|-----------|
| 2008 | 4,26 | 14,20 | 0,65 | 19,33 | 2,04 | 39,47 | 3,91 |
| 2009 | 3,31 | 15,03 | 0,72 | 32,35 | 2,15 | 65,43 | 2,02 |
| 2010 | 2,73 | 15,38 | 0,71 | 39,62 | 2,72 | 68,85 | 2,11 |
| 2011 | 2,35 | 14,71 | 0,83 | 69,62 | 9,13 | 91,67 | 1,09 |
| 2012 | 1,69 | 13,99 | 0,93 | 70,09 | 1,80 | 98,77 | 1,16 |
| 2013 | 1,57 | 16,41 | 0,89 | 71,83 | 1,01 | 100,00 | 0,90 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

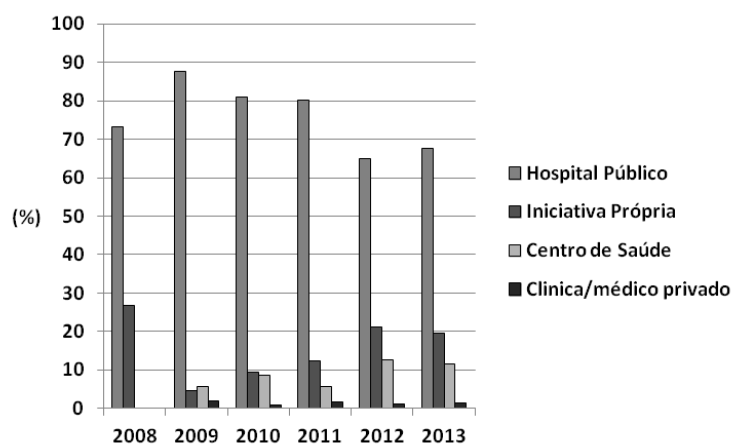
LVT surge assim como a região que apresenta maior poder não só de “atração” face a não residentes como de “retenção” face a residentes. A região que a acompanha na tendência destes parâmetros é a região Norte. Deste modo, não é de estranhar que sejam estas as regiões que registam, durante o período em análise, os maiores volumes de realização de IVG (Figuras 4.7 e 4.8).

Quanto à observada migração de mulheres no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, podem considerar-se duas fortes hipóteses explicativas para a sua existência. As mulheres poderão deslocar-se para fora da sua área de residência por iniciativa própria, o que remete para motivos de natureza pessoal. Em alternativa, as mulheres deslocam-se para fora da sua área de residência porque a isso são obrigadas por motivos que se

prendem com a organização dos serviços de saúde. Neste sentido, a observação da forma como acedem ou são encaminhadas as mulheres para a instituição de saúde onde realizam a IVG pode permitir alguns esclarecimentos.

No âmbito das regiões onde se registam as maiores proporções de mulheres residentes que recorrem a serviços de IVG de outra região, verificamos que, tanto nos Açores como no Alentejo, é sobretudo por via do Hospital Público que as mulheres são encaminhadas para as instituições de saúde fora da sua área de residência (Figuras 4.11 e 4.13).

Figura 4.11 – IVG realizada fora da região de residência por encaminhamento, mulheres residentes nos Açores, 2008-2013 (%)

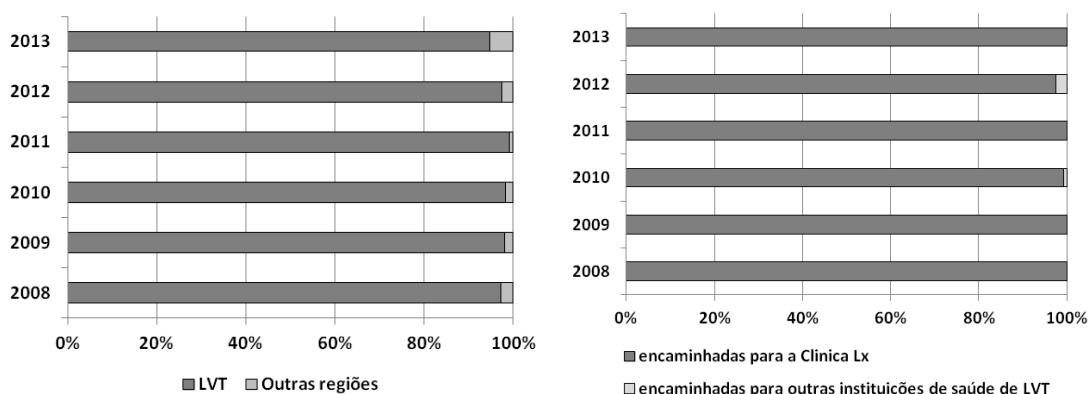


Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

No caso da região autónoma dos Açores (Figura 4.11), apesar da expressividade da Iniciativa Própria, o que remete para a interferência de fatores de natureza pessoal, o Hospital Público é a situação mais importante, o que aponta para a relevância de fatores associadas ao funcionamento dos serviços públicos de saúde. Este sentido é ainda reforçado pela expressão, não negligenciável, dos episódios referidos ao Centro de Saúde (Figura 4.11).

De facto, cerca de 70% a 80 % das mulheres que se deslocam dos Açores para proceder à realização de uma interrupção da gravidez por opção, são encaminhadas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dirigidas, sobretudo, para as instituições de saúde integradas na região de LVT (Figura 4.12.). É de sublinhar que as mulheres que se deslocam dos Açores para a região LVT dirigem-se, na sua maioria, para a Clínica Lx (Figura 4.12).

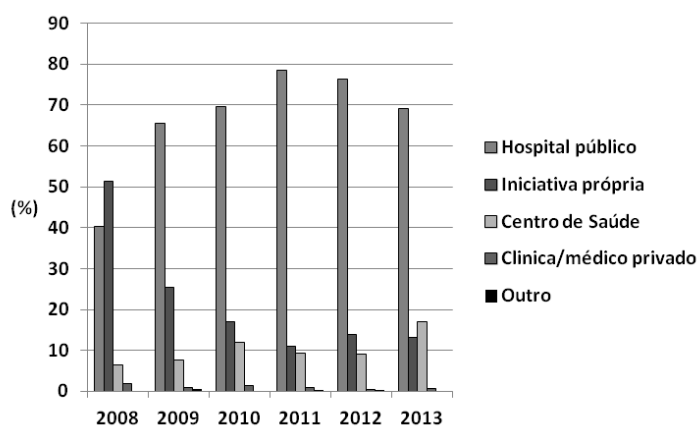
Figura 4.12 – IVG realizada fora da região de residência (NUTS 2001), mulheres residentes nos Açores, 2008-2013 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Relativamente à região do Alentejo, observa-se que no ano de 2008, mais de 50% das mulheres que se deslocam para fora da região para realizar uma IVG, fazem-no por iniciativa própria (Figura 4.13). Este ano representa, no entanto, uma situação isolada, pois nos anos que se lhe seguem, enquanto se dá uma visível redução nos casos referidos à iniciativa das mulheres, vão aumentando os casos referidos ao encaminhamento por via de uma unidade hospitalar pública (Figura 4.13).

Figura 4.13 – IVG realizada fora da região de residência por encaminhamento, mulheres residentes no Alentejo, 2008-2013 (%)

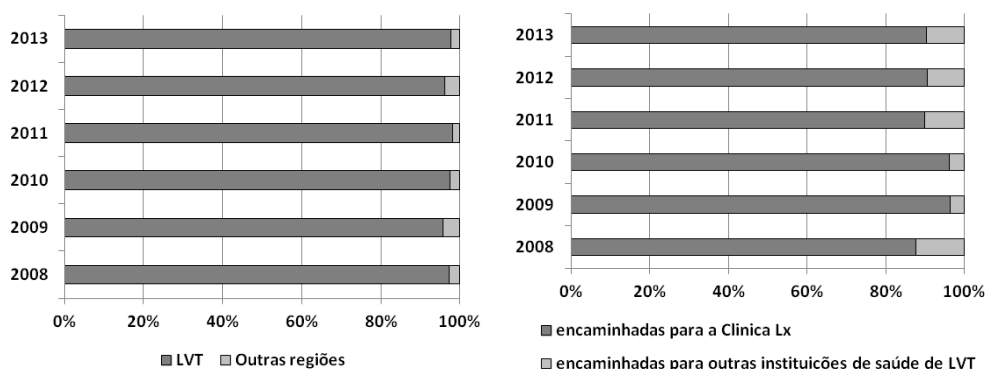


Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

A predominância dos episódios encaminhados por via Hospital Público, aos quais também se adicionam os encaminhados por via Centro de Saúde, reenvia para a hipótese de que, tal como no caso dos Açores, o Alentejo também seja uma região com incapacidades ao nível dos serviços de saúde que proporcionam a interrupção da gravidez. E tal como acontece com as mulheres provenientes dos Açores, as mulheres residentes no

Alentejo, que se deslocam para fora da região, são encaminhadas, sobretudo, para a região de saúde de LVT, mais concretamente, para a Clínica Lx (Figura 4.14)

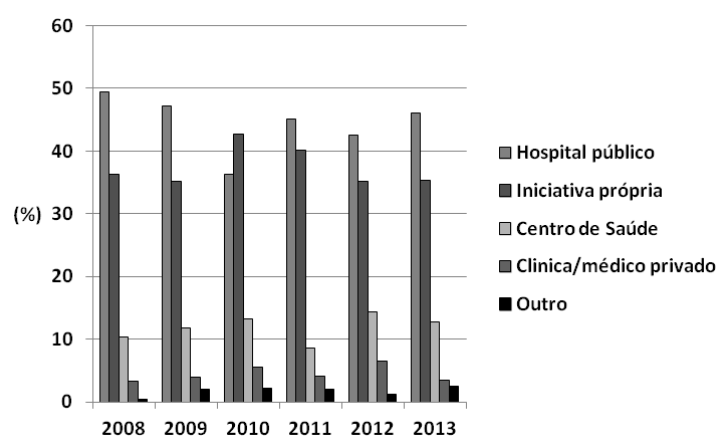
Figura 4.14 – IVG realizada fora da região de residência (NUTS 2001), mulheres residentes no Alentejo, 2008-2013 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Na região Centro pode observar-se um maior equilíbrio entre a proporção de mulheres que são encaminhadas via Hospital Público e a proporção daquelas que se deslocam por Iniciativa Própria. A este equilíbrio junta-se ainda a relativa expressão dos episódios referidos ao encaminhamento via Clínica e Médico Privado ou por Outro (Figura 4.15).

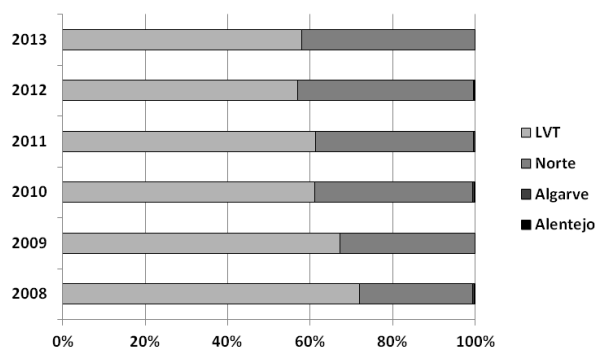
Figura 4.15 – IVG realizada fora da região de residência por encaminhamento, mulheres residentes no Centro, 2008-2013 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Ao contrário do que acontecia nos Açores e no Alentejo, na deslocação das mulheres residentes da região Centro para outras regiões com vista a realizar uma IVG encontram-se visivelmente implicados motivos pessoais. De referir ainda que, no caso do Centro, também se verifica que as mulheres que se deslocam para fora da região, não se dirigem quase exclusivamente para a região LVT, dividindo-se entre esta região e o Norte (Figura 4.16).

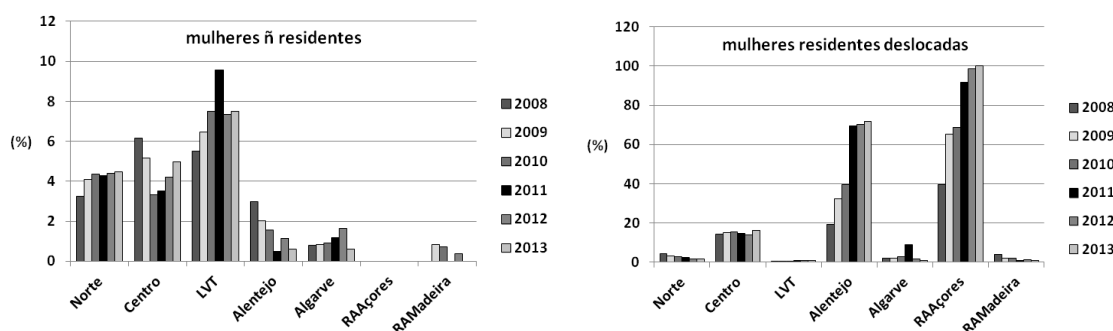
Figura 4.16 – IVG realizada fora da região de residência (NUTS 2001), mulheres residentes no Centro, 2008-2013 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

De qualquer modo, a situação da região Centro também reenvia, em parte, para a existência de uma diferenciação regional no âmbito da estruturação pública dos serviços de saúde que garantem a realização da IVG sob enquadramento legal. Sendo a região LVT a que apresenta mais recursos, bem como a região Norte. Com efeito, não é por acaso que a região Norte, juntamente com LVT, pertencem simultaneamente ao grupo das regiões que agregam maiores proporções de mulheres não residentes e ao grupo das regiões que agregam as menores proporções de mulheres que se deslocam a outras regiões (Figura 4.17).

Figura 4.17 – IVG por mulheres não residentes e residentes deslocadas, região da instituição de saúde (NUTS 2001), 2008-2013 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Para a situação particular de LVT concorre tanto a oferta por parte do Setor público, como, sobretudo, uma maior oferta por parte do Setor privado, nomeadamente, no que se refere à Clínica Lx (Quadro 4.4). No caso do Norte, é a preponderância da oferta por parte do Setor público que se distribui por maior número de instituições de saúde a disponibilizar os serviços de saúde necessários à realização da IVG (Quadro 4.5).

Quadro 4.5 – Instituições de saúde com serviços IVG, por regiões de saúde (NUTS 2001) e Setor, 2008-13 (números absolutos)

| Sector | Norte | Centro | LVT | Alentejo | Algarve | RAAçores | RAMadeira | Total |
|----------------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|
| Público | 18 | 10 | 12 | 2 | 2 | 1 | 1 | 46 |
| Privado | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Total | 18 | 11 | 15 | 2 | 2 | 1 | 1 | 50 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

O caso do Centro mantém-se com alguma especificidade, no sentido em que surge simultaneamente integrado nos grupos das regiões que agregam maior número de mulheres não residentes e maior número de mulheres residentes deslocadas (Figura 4.17). Paralelamente integra um número de instituições saúde muito próximo do apresentado por LVT (Quadro 4.5). O que remete para a hipótese de que as mulheres não se deslocam apenas da sua região de residência por falta de serviços de saúde disponíveis para a realização da IVG.

Se o encaminhamento via Hospital Público e Centro de Saúde reenvia para uma potencial articulação, com a existência ou não, na região de residência da mulher, de serviços, públicos ou privados, que proporcionem, sob enquadramento legal, a interrupção da gravidez a pedido. E neste caso, inscrevem-se fortemente as situações do Alentejo (Figura 4.13 e Quadro 4.5) e da região autónoma dos Açores (Figura 4.11 e Quadro 4.5). O mesmo não se pode afirmar quando são as mulheres a aceder diretamente, por iniciativa própria, à instituição de saúde que realiza a IVG.

Quadro 4.6 – IVG por encaminhamento via iniciativa própria, região de residência da mulher (NUTS 2001), 2008-2013 (%)

| Anos | Norte | Centro | LVT | Alentejo | Algarve | RAAçores | RAMadeira |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 2008 | 50,93 | 51,51 | 35,05 | 22,52 | 59,23 | 17,89 | 36,31 |
| 2009 | 54,44 | 47,97 | 28,63 | 13,31 | 49,44 | 17,28 | 33,06 |
| 2010 | 56,00 | 50,12 | 28,46 | 13,30 | 41,06 | 16,94 | 44,56 |
| 2011 | 59,62 | 53,50 | 27,05 | 7,67 | 45,80 | 15,91 | 57,97 |
| 2012 | 55,67 | 61,01 | 29,89 | 9,74 | 39,67 | 22,22 | 64,09 |
| 2013 | 64,26 | 64,98 | 31,42 | 9,51 | 36,03 | 19,48 | 73,54 |
| Total | 56,90 | 54,50 | 30,00 | 12,56 | 45,37 | 17,82 | 51,97 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

De 2008 a 2013, se no Norte, anualmente, mais de 50% das mulheres que acedem aos serviços de saúde com o objetivo de realizar uma interrupção da gravidez a pedido fazem-no por iniciativa própria, em LVT essa proporção situa-se entre o mínimo de 27,5%, registado em 2011, e o máximo de 35,05, registado em 2008 (Quadro 4.6).

De facto, é na região Norte, de 2008 a 2013, que as mulheres mais acedem aos serviços de IVG por iniciativa própria, seguida da região Centro, da região autónoma da Madeira e da região do Algarve. As mulheres que menos acedem por iniciativa própria a

uma instituição de saúde com o objetivo de realizar uma interrupção da gravidez são as que residem na região do Alentejo, logo seguidas das residentes nos Açores (Quadro 4.6). No entanto, quando se trata de se deslocarem para fora da região de residência por iniciativa própria, são as mulheres do Alentejo e dos Açores as que, proporcionalmente, mais o fazem (Quadro 4.7). Quer isto dizer que nestas duas últimas regiões em causa, por iniciativa própria, as mulheres deslocam-se preponderantemente para fora da sua região de residência para efetuar uma IVG. Nas restantes regiões em análise, à exceção da região Centro, nas mulheres que acedem aos serviços por iniciativa própria só uma percentagem mínima o faz fora da região onde reside (Quadro 4.7).

Quadro 4.7 – IVG por encaminhamento via iniciativa própria para fora da região de residência, região de residência da mulher (NUTS 2001), 2008-2013 (%)

| Anos | Norte | Centro | LVT | Alentejo | Algarve | RAAçores | RAMadeira |
|--------------|--------------|---------------|-------------|-----------------|----------------|-----------------|------------------|
| 2008 | 7,38 | 10,03 | 1,06 | 44,09 | 3,18 | 58,82 | 9,23 |
| 2009 | 4,98 | 11,02 | 1,55 | 61,63 | 3,45 | 17,86 | 2,44 |
| 2010 | 2,04 | 13,10 | 1,61 | 30,61 | 4,78 | 38,71 | 3,94 |
| 2011 | 2,83 | 11,04 | 2,31 | 100,00 | 1,58 | 71,43 | 1,25 |
| 2012 | 1,65 | 8,07 | 2,09 | 100,00 | 3,29 | 94,44 | 0,60 |
| 2013 | 1,67 | 8,92 | 2,27 | 100,00 | 2,58 | 100,00 | 1,22 |
| Total | 3,25 | 10,30 | 1,80 | 63,64 | 3,13 | 57,14 | 2,36 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

O facto das mulheres da região Centro se situarem numa situação intermédia, mesmo que claramente mais próxima das regiões com menores proporções de mulheres a deslocarem-se por iniciativa própria a outra região, também reenvia para o observado anteriormente. Nesta região, por ano, em média, cerca de 37,5% das mulheres que se deslocam para fora da região para realizar uma IVG fazem-no por iniciativa própria.

Em suma a forma como se estrutura a deslocação das mulheres para fora da região onde residem aponta para a hipótese de se estar perante situações distintas. Uma que se prende com as insuficiências ao nível dos serviços necessários para a realização da IVG e outra que se deve à requerida garantia do anonimato ou da privacidade. No caso do Alentejo e da RA dos Açores assume-se a forte possibilidade da existência de incapacidades ao nível dos serviços de saúde, não sendo negligenciável a da existência, em simultâneo, de uma necessidade de garantia de anonimato e privacidade. É nesta necessidade que reside a maior especificidade da região Centro sem que, contudo, não se possa desvalorizar a existência de indícios de algumas insuficiências também ao nível dos serviços de saúde que proporcionam a realização da IVG. Nesta medida, as regiões de saúde do Norte e de LVT são as que apresentam mais garantias quer ao nível dos serviços quer ao nível do anonimato. Quanto às regiões de saúde da RA da Madeira e do Algarve surgem como detendo os suficientes recursos face ao requerido pelas mulheres residentes.

Em síntese a distribuição da realização da IVG pelo território nacional remete para uma diferenciação regional que tende a traduzir-se na existência de uma sobreposição entre situações que remetem para insuficiências nos serviços de saúde com situações que remetem para a procura da garantia do anonimato ou da privacidade.

4.2.2 Intervenção

A mulher que queira interromper uma gravidez, por vontade própria, pode dirigir-se, dependendo da sua opção²⁵⁷, a um estabelecimento de saúde oficial ou a um estabelecimento de saúde oficialmente reconhecido. No que se refere ao SNS, a mulher pode dirigir-se a uma unidade hospitalar ou a uma unidade de cuidados saúde primários (Centro de Saúde). De qualquer modo e independentemente da instituição de saúde em causa, a primeira etapa obrigatória do circuito a percorrer pela mulher, antes da interrupção da gravidez, é a consulta prévia²⁵⁸.

De acordo com a Lei 16/2007²⁵⁹ a interrupção da gravidez deve ser precedida pela realização de uma consulta destinada a confirmar e datar a gravidez e a fornecer as informações necessárias para que a mulher ou o seu representante legal²⁶⁰ possa decidir de forma livre, consciente e responsável. Neste sentido e no âmbito da denominada consulta prévia, uma vez confirmadas as circunstâncias que possibilitam a interrupção da gravidez²⁶¹, um médico ou um outro profissional de saúde habilitado, deve fornecer todas as informações e esclarecimentos necessários²⁶², nomeadamente, sobre:

- o limite gestacional;

²⁵⁷ «A mulher pode livremente escolher o estabelecimento de saúde oficial onde deseja interromper a gravidez, dentro dos condicionamentos da rede de referência aplicável», Ministério da Saúde, Portaria nº741-A/2007 de 21 de junho, Capítulo I, artigo 3º, nº1.

²⁵⁸ «O conselho de administração do estabelecimento de saúde oficial, o responsável pelo estabelecimento oficial de cuidados de saúde primários ou o responsável pelo estabelecimento de saúde oficialmente reconhecido, conforme o caso, devem garantir a realização em tempo útil da consulta referida na alínea b) do nº 4 do artigo 142º do Código Penal e dela assegurar registo em processo próprio.», Portaria nº741-A/2007 de 21 de junho, Capítulo IV, artigo 16º, nº1.

²⁵⁹ Lei 16/2007, alínea e) do artigo 142º do Código Penal.

²⁶⁰ No caso de a mulher ser menor de 16 anos ou psicologicamente incapaz (nº 5 do artg.142º do Código Penal).

²⁶¹ «O exame ecográfico pode ser realizado no próprio hospital, durante a consulta, ou ser efetuado, previamente, no exterior (...) Na posse de toda a informação considerada necessária o médico confirma e atesta em impresso próprio que se trata de uma gravidez que não excede as 10 semanas de gestação.», DGS, Organização dos Serviços para implementação da Lei 16/2007 de 17 de abril, Circular Normativa, nº11/SR, 21 de junho de 2007, p.3.

²⁶² Estes esclarecimentos devem ser, preferencialmente, acompanhados de informação escrita (MS, Portaria 741-A/2007: nº3 do artg.16º, Cap. IV).

- os métodos de interrupção da gravidez disponíveis e adequados ao caso concreto, de acordo com o tempo de gestação, situação clínica e os fatores de risco envolvidos;
- as eventuais consequências para a saúde física e psíquica da mulher;
- as condições de apoio que o Estado pode dar à continuidade da gravidez e à maternidade;
- a existência de um período obrigatório de reflexão, nunca inferior a três dias, a contar da data da consulta²⁶³;
- a disponibilidade de acompanhamento psicológico e por técnico de serviço social durante o período de reflexão;
- os métodos contraceptivos disponíveis e mais adequados à situação em causa, acordando uma opção contraceptiva a iniciar, o mais precocemente possível, após a interrupção da gravidez.

Ainda no âmbito da consulta prévia, deve ser entregue à mulher ou ao seu representante legal o documento normalizado para prestar o consentimento (este documento, devidamente assinado, deve acompanhar a mulher no dia da realização da interrupção da gravidez²⁶⁴). Independentemente da decisão posterior da mulher, deverá ainda ficar agendada a consulta seguinte (tendo em consideração não só o período de reflexão como a idade gestacional)²⁶⁵, no âmbito da qual irá decorrer a interrupção da gravidez com recurso ao método que também deverá ficar definido e sobre o qual deve ser fornecido à mulher documento próprio²⁶⁶. Neste documento, para além de informação complementar sobre o método em causa também deve constar a data da consulta prévia e a data prevista para a interrupção da gravidez.

Em síntese, o processo relativo à interrupção da gravidez a pedido da mulher, inicia-se com uma consulta obrigatória, no âmbito da qual são prestadas todas as informações e esclarecimentos necessários para a prossecução do processo no âmbito da lei, bem como, alguns procedimentos implicados nesta fase. A consulta em causa deve ser agendada para uma data que não implique um intervalo superior a 5 dias desde a data do pedido de marcação feito pela mulher²⁶⁷.

Com efeito, em Portugal, de 2008 a 2013, no âmbito de cerca de 90% dos episódios de IVG, o tempo de espera para a consulta prévia não excede os 5 dias, sendo que, em

²⁶³ Lei 16/2007, alínea b) do nº4 do artigo 142º do Código Penal.

²⁶⁴ Lei 16/2007, alínea b) do nº4 do artigo 142º do Código Penal.

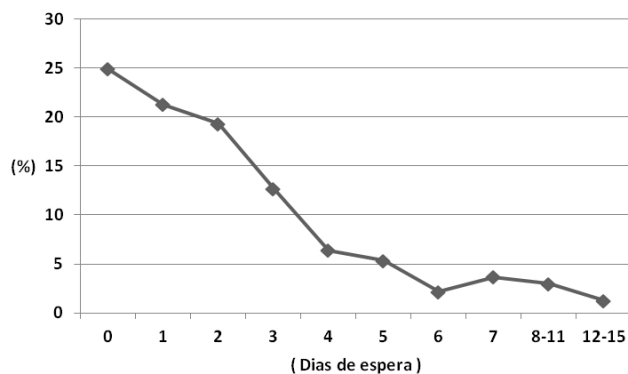
²⁶⁵ DGS, Organização dos Serviços para implementação da Lei 16/2007 de 17 de abril, Circular Normativa, nº11/SR, 21 de junho de 2007, p.4.

²⁶⁶ DGS, Organização dos Serviços para implementação da Lei 16/2007 de 17 de abril, Circular Normativa, nº11/SR, 21 de junho de 2007, p.4.

²⁶⁷ MS, Portaria 741-A/2007, nº2 do artigo 16º do Capítulo IV.

78,18% dos casos, a consulta em causa realiza-se, entre zero a três dias de espera, após o pedido de marcação (Figura 4.18).

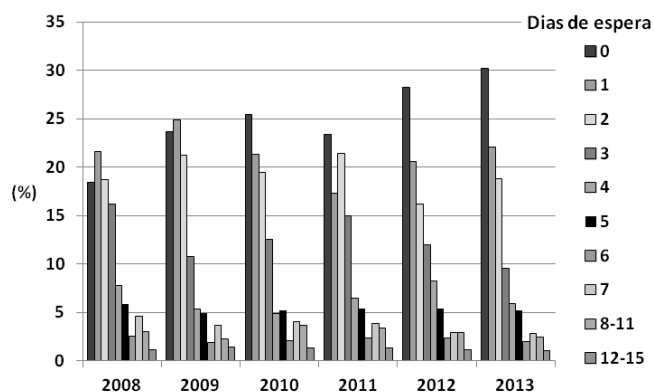
Figura 4.18 – IVG por dias de espera para a consulta prévia, Portugal, 2008-13 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Na evolução anual, observa-se que a concentração nos intervalos de dias de espera menores de cinco se apresenta como uma regularidade em todos os anos em causa. E que, a partir de 2011, se acentua a tendência para que a consulta se realize no próprio dia ou nos dois dias seguintes ao pedido de marcação (Figura 4.19). Enquanto os intervalos de espera acima dos 5 dias assumem uma tendência clara para envolver menos episódios de IVG.

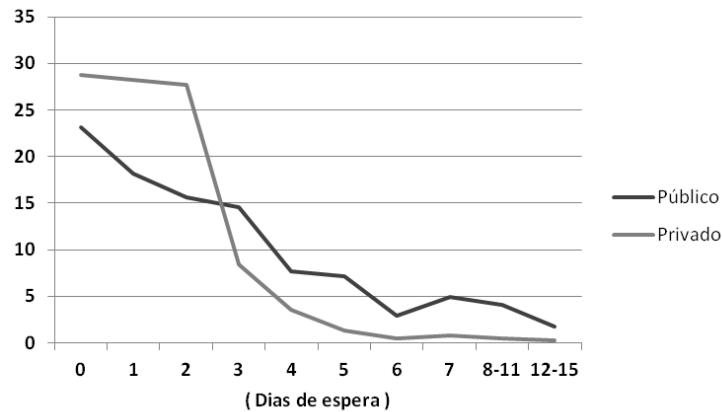
Figura 4.19 – IVG por dias de espera para a consulta prévia, Portugal, 2008-2013 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Na distribuição por Setor, observa-se o mesmo padrão, identificado ao nível nacional. Contudo, no âmbito do Setor privado, a acentuação proporcional nos intervalos abaixo dos três dias de espera é mais forte do que no âmbito do Setor público, bem como, na tendência para reduzir à medida que os intervalos se alongam (Figura 4.20).

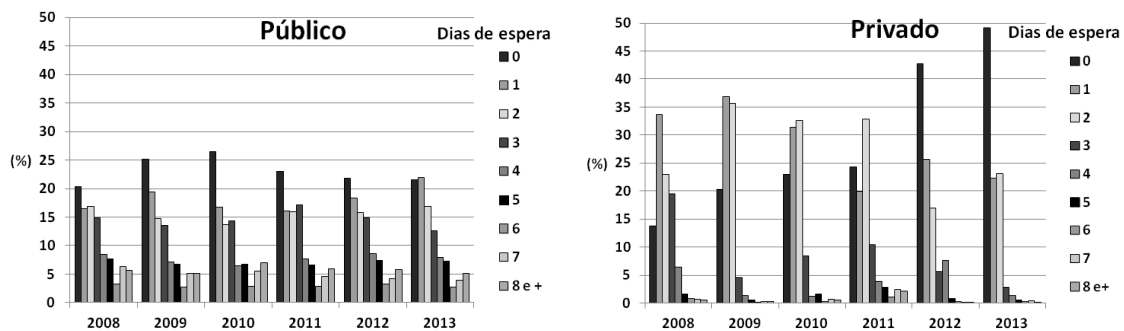
Figura 4.20 – IVG por dias de espera para a consulta prévia, Setor privado e Setor público, 2008-13 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Na evolução anual, observa-se que os intervalos mais curtos predominam tanto no âmbito do Setor público como privado (Figura 4.21). No entanto, esse predomínio é muito mais acentuado no Setor privado em todos os anos em análise, havendo a registar, nos dois últimos anos (2012 e 2013), uma clara tendência para que a consulta ocorra no próprio dia em que a mulher se apresenta na instituição de saúde (Figura 4.21). Enquanto, no Setor público a tendência nos dois últimos anos é para acentuar o período de um ou dois dias de espera.

Figura 4.21 – IVG por dias de espera para a consulta prévia, Setor Público e Setor Privado, 2008-2013 (%)

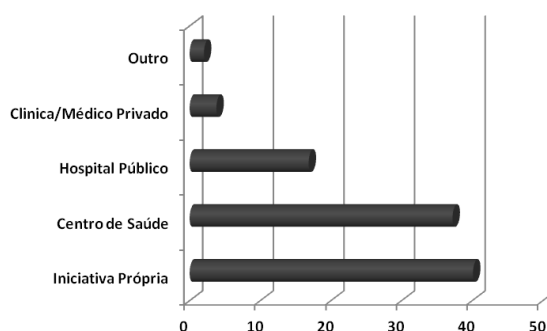


Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Sabendo que as mulheres não acedem à instituição de saúde onde se realiza a interrupção da gravidez da mesma forma, surge, como pertinente, a hipótese de que essa diferenciação traduz-se no período de espera face à ocorrência da consulta prévia. De facto, em termos de tipo de encaminhamento, em Portugal, de 2008 a 2013, 40,1% das mulheres acedem aos serviços de saúde, em causa, por Iniciativa Própria, logo seguidas de 37,2% que o fazem através do Centro de Saúde (Figura 4.22). Enquanto as referenciadas por

Hospital Público são cerca de 16,8% e as referenciadas por Clínica Médica/Médico Privado ou via Outro tipo de encaminhamento assumem proporções com expressividade muito reduzida, 3,79% e 2,03%, respetivamente.

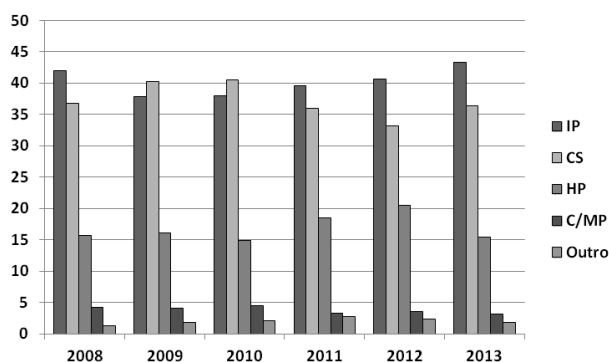
Figura 4.22 – IVG por tipo de encaminhamento, Portugal, 2008-13 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Na distribuição anual, de 2008 a 2013, traduz-se de forma regular a forte tendência para que as mulheres acedam aos serviços de saúde que proporcionam a realização da IVG por iniciativa própria ou por referência do Centro de Saúde (CS). Uma tendência que se acentua, em particular, no âmbito da Iniciativa Própria (IP), a partir de 2010 (Figura 4.23).

Figura 4.23 – IVG por tipo de encaminhamento, Portugal, 2008-2013 (%)

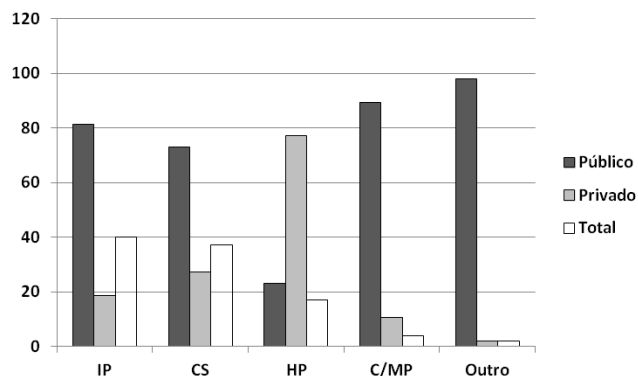


Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Na distribuição por Setor, observa-se que as mulheres se dirigem de forma preponderante para instituições de saúde do Setor público sob todas as categorias de tipo de encaminhamento à exceção das referenciadas pelo Hospital Público (Figura 4.24). Estas últimas dirigem-se tendencialmente para instituições de saúde do Setor Privado, o que remete para os protocolos estabelecidos entre unidades de saúde do Setor público e unidades de saúde do Setor privado, âmbito onde se incluem também parte dos episódios referenciados pelo Centro de Saúde. Esta situação está de acordo com o identificado

anteriormente (no ponto 4.2.1 Instituição de saúde) relativamente às mulheres das regiões de saúde do Alentejo e da RA dos Açores.

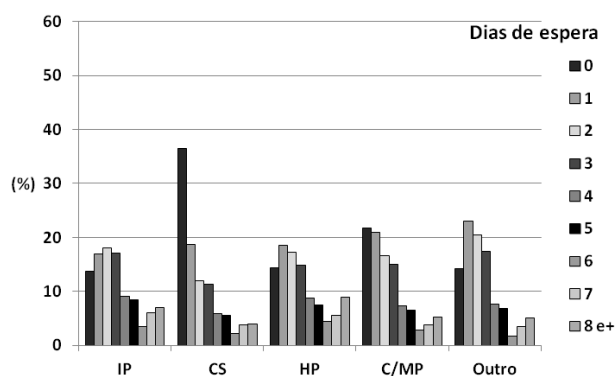
Figura 4.24 – IVG por tipo de encaminhamento, Setor público e Setor privado, 2008-13 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

No âmbito do Setor público, as mulheres que são encaminhadas pelo centro de saúde tendem, fortemente, a serem consultadas no próprio dia do pedido ou no dia a seguir. Enquanto as mulheres que acedem aos serviços por iniciativa própria, são consultadas, sobretudo, após dois dias, contudo distribuindo-se de seguida, de forma equilibrada, por períodos de espera de um ou três dias (Figura 4.25).

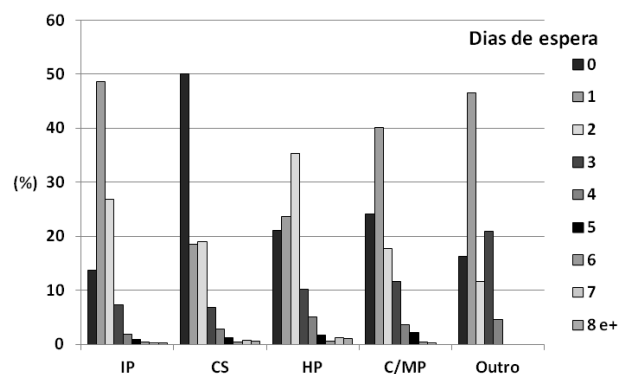
Figura 4.25 – IVG por tipo de encaminhamento e dias de espera para a consulta prévia, Setor Público, 2008-13 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quanto às mulheres referenciadas por um hospital público, elas tendem a aguardar sobretudo um ou dois dias seguindo-se, com uma expressividade muito próxima, as que são consultadas após três dias e no próprio dia do pedido. Observa-se que são as mulheres encaminhadas pelo hospital público ou que acedem por iniciativa própria, as que se deparam com maior inércia, no âmbito do Setor público, relativamente à ocorrência da consulta prévia (Figura 4.25).

Figura 4.26 – IVG por tipo de encaminhamento e dias de espera para a consulta prévia, Setor Privado, 2008-13 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

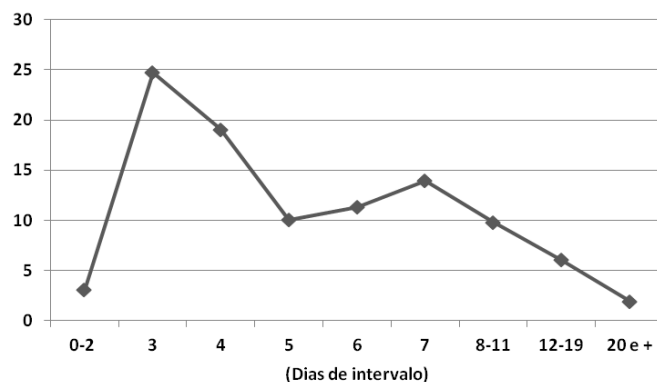
Quanto ao Setor privado, onde as mulheres encaminhadas pelo Hospital Público estão mais presentes e em maior volume, mantém-se a forte tendência para que sejam as mulheres encaminhadas pelo Centro de Saúde a estarem mais associadas à ocorrência da consulta prévia no próprio dia do pedido (Figura 4.26). Quanto às mulheres que acedem, por iniciativa própria, elas tendem claramente a ser consultadas, pela primeira vez, após um dia de espera, enquanto as mulheres encaminhadas pelo Hospital Público tendem a ter a primeira consulta, sobretudo, após dois dias de espera (Figura 4.26).

Em suma, nas instituições do Setor Privado a tendência é para reduzir os períodos de espera acima dos três dias, com especial acentuação nos mais longos. As mulheres que recorrem aos serviços de saúde privados por iniciativa própria tendem a aceder à primeira consulta mais rapidamente do que no Setor Público, bem como as encaminhadas pelo Hospital Público apesar de estarem proporcionalmente mais presentes no período de espera de dois dias. Todavia, relativamente aos dias de espera para a consulta prévia e independentemente do Setor, as mulheres encaminhadas pelo Hospital Público são as que tendem a deparar-se com mais inércia enquanto as encaminhadas pelo Centro de Saúde são as que tendem a deparar-se com menos.

Como já foi referido anteriormente, entre a consulta prévia e a intervenção ou a realização da interrupção da gravidez existe um período obrigatório para reflexão que não pode ser inferior a três dias. Terminado este período a mulher ou o seu representante legal pode entregar o documento onde subscreve o seu consentimento livre e esclarecido, após o que a ocorrência da intervenção não deve ultrapassar um período de espera superior a

cinco dias²⁶⁸, sendo que este documento pode ser entregue até ao momento da intervenção²⁶⁹.

Figura 4.27 – IVG por intervalo (em dias) entre a consulta prévia e a intervenção, Portugal, 2008-13 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

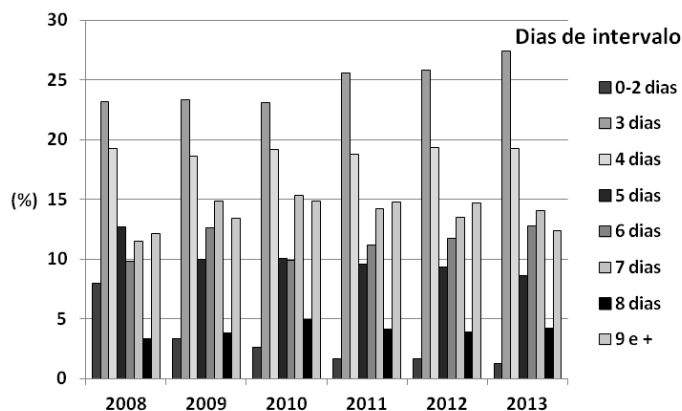
Em Portugal, de 2008 a 2013, no âmbito do recurso à IVG, a tendência mais forte (24,7%) foi para que a interrupção da gravidez ocorresse três dias após a consulta prévia, ou seja, no término do período obrigatório (de três dias) para reflexão. De seguida, surge o intervalo de 4 dias (19,1%) e o intervalo de 7 dias (13,9%) (Figura 4.27). Acima dos 7 dias de intervalo a proporção de episódios decai claramente.

Apesar do período obrigatório para reflexão não poder ser inferior a três dias, observa-se a existência de episódios de IVG envolvidos em intervalos, de 0 a 2 dias, entre a consulta e a intervenção (Figura 4.27). Na distribuição anual percebe-se que a presença desses intervalos é mais forte em 2008, após o que tende a decair visivelmente (Figura 4.28), o que leva a colocar a hipótese de que, em parte, não será estranha, à existência dos episódios em causa, a menor qualidade dos primeiros anos no funcionamento dos serviços e nos registos da IVG.

²⁶⁸ MS, Portaria 741-A/2007, nº2 do artigo 19º do Capítulo IV.

²⁶⁹ MS, Portaria 741-A/2007, nº2 do artigo 18º do Capítulo IV.

Figura 4.28 – IVG por intervalo (em dias) entre a consulta prévia e a intervenção, Portugal, 2008-2013 (%)

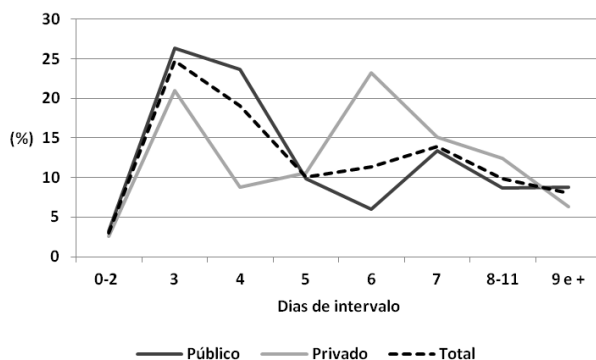


Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

O padrão identificado na evolução no período verifica-se na distribuição anual, onde nos últimos anos em análise se acentuam as tendências observadas (Figura 4.28). Em síntese a intervenção tende a ocorrer sobretudo três ou quatro dias após a consulta prévia. A seguir a estes intervalos seguem-se os referidos a sete e seis dias. Contudo, acima de 8 dias encontram-se cerca de 14% dos casos (Figura 4.28).

Na distribuição por Setor da instituição de saúde onde se realiza a IVG, observa-se que cerca de 50% dos episódios ocorridos, no âmbito do Setor Público, referem-se sobretudo a intervalos de três e quatro dias entre a consulta e a intervenção (Figura 4.29). Aliás, no âmbito do Setor público, o comportamento do intervalo em causa segue o padrão identificado ao nível nacional. O mesmo não ocorre no âmbito do Setor privado, onde as maiores proporções de episódios se encontram no intervalo de 6 dias (Figura 4.29).

Figura 4.29 – IVG por intervalo (em dias) entre a consulta prévia e a intervenção, Setor Público, Setor Privado, 2008-13 (%)

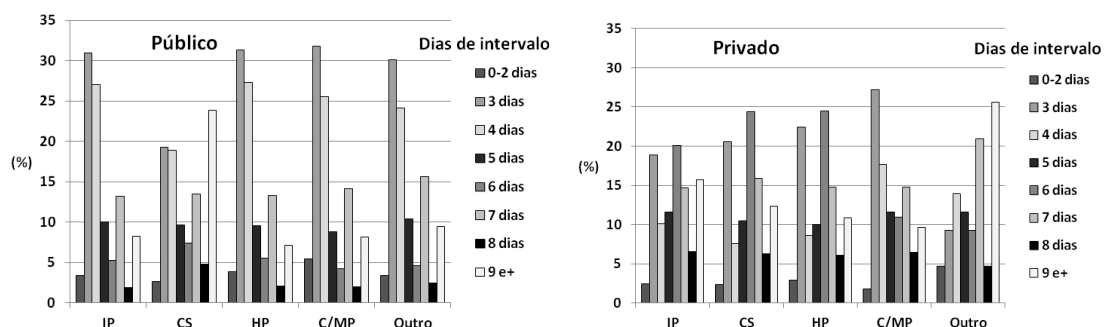


Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Deste modo, no âmbito do Setor Público, 53,3% das mulheres realizam a interrupção da gravidez a seu pedido até 4 dias após a ocorrência da consulta prévia, enquanto no mesmo intervalo, no âmbito do Setor Privado, apenas 32,4% das mulheres o concretizam (Figura 4.29).

Após a consulta prévia a ocorrência da intervenção surge menos determinada pelo tipo de encaminhamento na medida em que o período de espera entre um acontecimento e outro tende a seguir o padrão definido pelo Setor a que pertence a instituição de saúde em causa (Figura 4.30).

Figura 4.30 – IVG por tipo de encaminhamento e intervalo (em dias) entre a consulta prévia e a intervenção, Setor Público e Setor Privado, 2008-13 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Deste modo, independentemente do tipo de encaminhamento, no âmbito do Setor público, após a consulta prévia, as mulheres acedem à interrupção da gravidez, sobretudo, entre os 3 a 4 dias de espera, segue-se o intervalo de 7 dias.

No âmbito do Setor privado, o intervalo é, sobretudo, de 6 dias ou 3 dias, seguindo-se o de 7 dias e o de 9 e mais dias. Os intervalos mais longos assumem aqui maior expressividade do que no Setor público.

Todavia, os episódios encaminhados pelo Centro de Saúde surgem, no Setor público, proporcionalmente mais presentes no intervalo de 9 e mais dias. O que remete para o facto de os episódios em causa estarem mais fortemente associados a dias espera para a consulta prévia mais curtos. Relembra-se que cerca de 50% destes episódios estão envolvidos com a ocorrência da consulta prévia no mesmo dia do pedido de marcação.

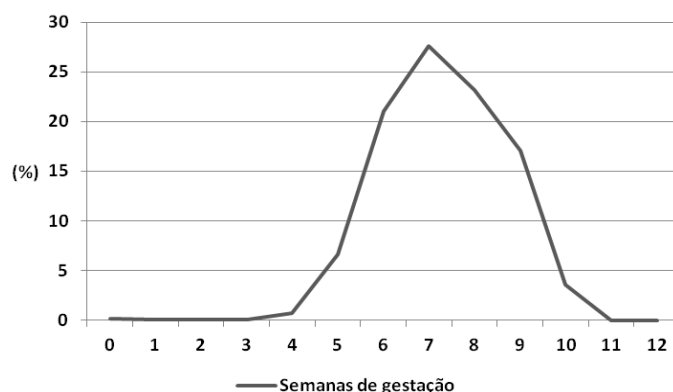
De facto, na marcação da intervenção deve ter-se em conta não só o período de reflexão como o tempo de gestação, dependendo do momento em que a mulher se encontra, em termos de gravidez, quando se dirige aos serviços para solicitar uma IVG, o tempo envolvido em todo o circuito que deve ser feito pela mulher até ao momento da intervenção deve ser gerido de modo a não ultrapassar o limite gestacional imposto pela lei. Deste modo, menor tempo de espera para a consulta prévia, permite, em muitos casos, um

agendamento da intervenção no âmbito de um intervalo mais longo entre os dois acontecimentos.

Em síntese, no percurso que a mulher tem de percorrer até à realização da IVG, contando com os limites dos intervalos, indicados pela lei, entre o pedido da mulher e a marcação da consulta prévia e entre esta e a intervenção²⁷⁰, não deverá ser ultrapassado o máximo de 13 dias²⁷¹, o que de facto se confirma para mais de 90% dos episódios. Contudo, se no Setor público é na duração de 3 a 4 dias que se concentra a maior proporção de episódios, no Setor privado é na de 3 a 6 dias, apresentando ainda uma percentagem mais elevada de episódios com intervalos de 7 e mais dias. Esta diferenciação entre Setores também se observa nos tempos gestacionais.

Em Portugal, desde 2007²⁷², que não é punível por lei a interrupção da gravidez por opção da mulher até às 10 semanas de gestação²⁷³. Neste seguimento, de 2008 a 2013, as IVG ocorrem, em média, às 7,3 semanas, sendo que cerca de 71,8% dos episódios referem-se a tempos de gestação de 6 a 8 semanas (Figura 4.31). Acima das 8 semanas²⁷⁴ encontram-se cerca de 20,7% dos episódios registados no período em análise, sendo que 3,6% são referidos a 10 semanas de gestação.

Figura 4.31 – IVG por semanas de gestação no momento da intervenção, Portugal, 2008-13 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

²⁷⁰ No caso de procedimento medicamentoso foi considerado o momento do início do procedimento. Importa precisar que este procedimento decorre por fases envolvendo dois a três dias (Circular Normativa nº9/SR de 21 de junho de 2007).

²⁷¹ Para este cálculo foram considerados os seguintes limites considerados na lei: 5 dias para a marcação da consulta prévia, mais 3 dias para o período de reflexão, mais 5 dias, após a entrega do documento do consentimento, para a intervenção.

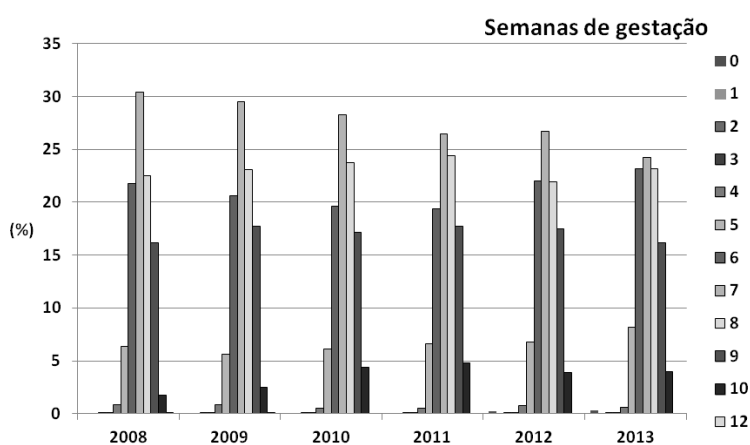
²⁷² Lei 16 de 2007, alínea e) do nº1 do artigo 142º do Código Penal.

²⁷³ Considera-se até às 10 semanas após as últimas regras ou 12 semanas de amenorria.

²⁷⁴ Relativamente aos episódios registados acima das 10 semanas, observa-se um referido a 11 semanas, em 2009, e dois referidos a 12 semanas, em 2008.

Encontram-se ainda 3 episódios referidos a períodos de gestação acima das 10 semanas, contudo, tratam-se de casos ocorridos nos dois primeiros anos da legalização (2008 e 2009), o que reenvia para menor qualidade dos dados. Na evolução anual, identifica-se o mesmo padrão observado no período, todavia, nos primeiros dois anos (2008 e 2009), a proporção das mulheres com semanas de gestação acima das 8, é menor do que em 2010 e 2011. Enquanto, em 2012 e 2013, acentua-se uma tendência para reduzir essa proporção e aumentar a referida ao período de gestação de 6 semanas (Figura 4.32).

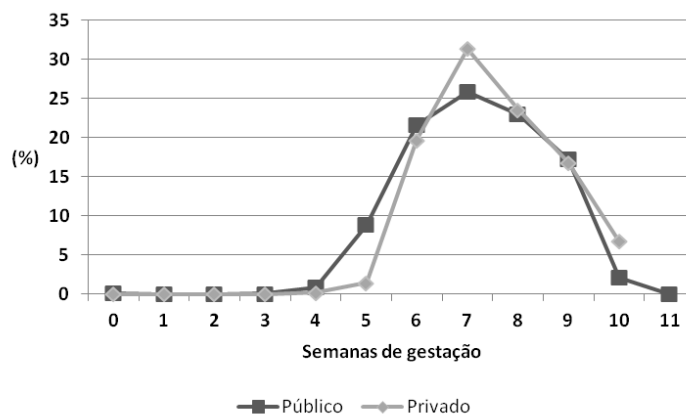
Figura 4.32 – IVG por semanas de gestação no momento da intervenção, Portugal, 2008-2013 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Na distribuição por Setor, tanto no âmbito público como privado, o padrão é idêntico ao identificado ao nível nacional, contudo, no Setor público existe uma maior acentuação nos períodos gestacionais abaixo das sete semanas do que no privado (Figura 4.33.). Neste, a proporção de episódios referidos às 10 semanas é claramente superior ao observado no Setor público, 6,7% e 2,1% respetivamente. O que está de acordo com a maior proporção de intervenções referidas ao limite gestacional das 10 semanas, no âmbito dos episódios encaminhados pelo Hospital Público (Figura 4.34).

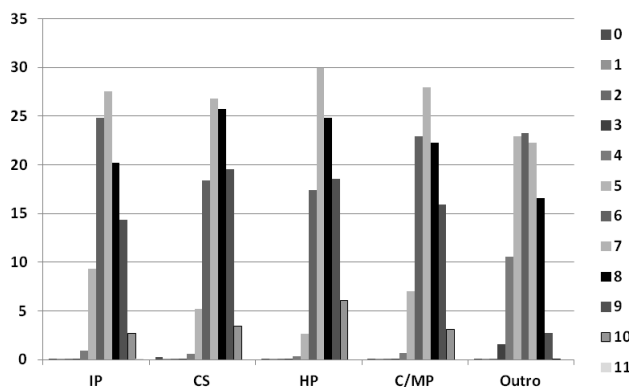
Figura 4.33 – IVG por semanas de gestação no momento da intervenção, Setor Público e Setor Privado, 2008-13 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015)

Com efeito, na distribuição por tipo de encaminhamento são os episódios referenciados pelo Hospital Público que surgem com a maior proporção de episódios (cerca de 6%) associados a intervenções realizadas no limite gestacional permitido pela lei (Figura 4.34). O que se articula com a forte presença que as mulheres encaminhadas pelo Hospital Público (cerca de 42%) têm nas intervenções realizadas no Setor privado.

Figura 4.34 – IVG por semanas de gestação no momento da intervenção e tipo de encaminhamento, 2008-13 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

De salientar ainda que 32,5% dos episódios referidos ao Setor privado são reencaminhados pelo Centro de Saúde, pelo que não será estranho que na distribuição por tipo de encaminhamento seja o Hospital Público e o Centro de Saúde que, em termos de período de gestação no momento da intervenção, registem as suas maiores proporções nas 7 e 8 semanas (Figura 4.34).

Em suma, em Portugal existe uma forte tendência para a ocorrência das IVG mais precoces (até às 7 semanas), sendo que as mais tardias (acima das 8 semanas) representam apenas cerca de 3,6% do total. Todavia é no Setor privado que se encontra

tendencialmente a ocorrência da maior proporção de IVG mais tardias ou às 10 semanas. Esta diferenciação entre Setores, tal como a identificada no âmbito do intervalo entre a consulta prévia e a intervenção, reenvia para a diferenciação que se observa em torno dos procedimentos.

Em Portugal, de 2008 a 2013, o procedimento mais utilizado na realização da interrupção da gravidez a pedido da mulher é o medicamentoso²⁷⁵ (67,14%), seguido do cirúrgico com anestesia geral²⁷⁶ (31,47%) (Quadro 4.8). A forte preponderância do primeiro procedimento deriva da diferenciação existente entre o que ocorre no Setor público e o que ocorre no Setor privado (Quadro 4.9).

Quadro 4.8 – IVG por tipo de procedimento, Portugal, 2008-2013 (%)

| Procedimento | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
|------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Medicamentoso | 68,0 | 67,3 | 67,7 | 65,2 | 67,4 | 67,4 | 67,1 |
| Cirúrgico c/ anestesia geral | 29,8 | 31,5 | 31,1 | 33,7 | 31,3 | 31,1 | 31,5 |
| Cirúrgico c/ anestesia local | 2,0 | 1,1 | 1,1 | 0,9 | 0,9 | 1,0 | 1,1 |
| Outro | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,4 | 0,5 | 0,2 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Com efeito, a maior parte dos episódios referidos ao Setor público estão associados ao procedimento medicamentoso (96,2%) enquanto no Setor privado estão associados ao procedimento cirúrgico com anestesia geral (94,4%) (Quadro 4.9). Uma diferenciação que se articula com a maior proporção de intervenções às 10 semanas no Setor privado.

Quadro 4.9 – IVG por tipo de procedimento, Setor Público e Setor Privado, 2008-2013 (%)

| SECTOR PÚBLICO | | | | | | | |
|------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Procedimento | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
| Medicamentoso | 95,8 | 96,7 | 96,4 | 96,0 | 95,8 | 96,5 | 96,2 |
| Cirúrgico c/ anestesia geral | 3,2 | 2,7 | 3,2 | 3,7 | 3,5 | 2,7 | 3,2 |
| Cirúrgico c/ anestesia local | 0,8 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,3 |
| Outro | 0,2 | 0,3 | 0,2 | 0,1 | 0,6 | 0,7 | 0,3 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| SECTOR PRIVADO | | | | | | | |
| Procedimento | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
| Medicamentoso | 1,8 | 2,0 | 2,2 | 2,2 | 3,4 | 3,4 | 2,5 |
| Cirúrgico c/ anestesia geral | 93,3 | 95,2 | 94,7 | 95,2 | 94,0 | 93,5 | 94,4 |
| Cirúrgico c/ anestesia local | 4,9 | 2,8 | 3,0 | 2,5 | 2,4 | 3,1 | 3,1 |
| Outro | 0,02 | 0,1 | 0,1 | 0,03 | 0,1 | 0,04 | 0,04 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

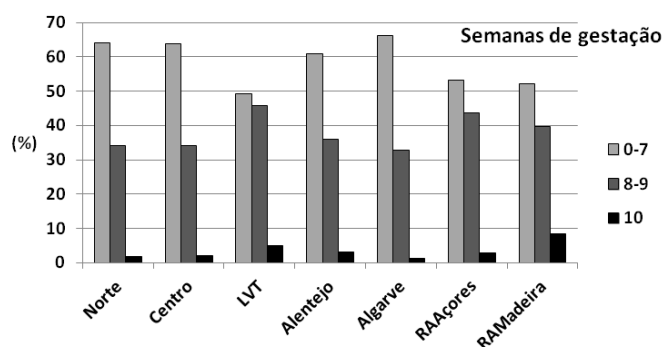
²⁷⁵ O procedimento mais utilizado é o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que utiliza a associação mifepristone e misoprostol: DGS (2007), Interrupção Medicamentosa da Gravidez, Circular Normativa, N°9/SR de 21 de junho.

²⁷⁶ O procedimento mais utilizado é a aspiração a vácuo: DGS (2007), Interrupção cirúrgica da gravidez até às 10 semanas de gestação, Circular Normativa, N°10/SR de 21 de junho.

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

A interrupção medicamentosa da gravidez está indicada até às 9 semanas de gestação (a sua eficácia diminui com o aumento da idade gestacional), sendo que até às 7 semanas necessita de menos dosagem²⁷⁷ e é mais eficaz que o cirúrgico. Deste modo, no Setor público impõe-se a tendência para realizar a IVG antes das 7 ou das 9 semanas de gestação. Enquanto no Setor privado por via do procedimento cirúrgico tendencialmente com recurso ao método por aspiração a vácuo, implica que se efetue nas idades gestacionais acima das 6 semanas, havendo também mais margem para efetuar interrupções da gravidez até às 10 semanas.

Figura 4.35 – IVG por semanas de gestação no momento da intervenção, regiões de saúde (NUTS 2001), 2008-13 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Perante a identificada diferenciação entre o que ocorre no Setor público e o que ocorre no Setor privado não será descabido colocar a hipótese de que esta determina igualmente uma diferenciação ao nível regional. Nesta medida e sabendo que LVT é a região de saúde onde o Setor privado está mais fortemente representado, deverá ser também aí que se encontrará o maior número das IVG tardias (Figura 4.35).

De facto, confirma-se que a região LVT é a que apresenta, proporcionalmente, um maior peso de episódios de IVG às 8 e mais semanas de gestação. Contudo, os casos das ilhas e do Alentejo também assumem alguma especificidade na tendência para as IVG mais tardias (Figura 4.35). Nos casos das mulheres residentes no Alentejo e na R.A. dos Açores, reenvia para o facto de serem estas quem mais recorrem a serviços de IVG fora da sua

²⁷⁷ A toma oral de 2 comprimidos/400 µg 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/800 µg de misoprostol, por via oral ou vaginal: DGS (2007), Interrupção Medicamentosa da Gravidez, Circular Normativa, N°9/SR de 21 de junho.

região de residência, realizando a maior percentagem de episódios na região de LVT e na Clínica Lx. Quanto ao caso das mulheres da R.A. da Madeira, este remete para diferenças que já não se prendem com o tipo de Setor. Esta e outras questões remetem para a pertinência de uma análise regional do recurso à IVG em Portugal que, contudo, foge ao âmbito do presente trabalho.

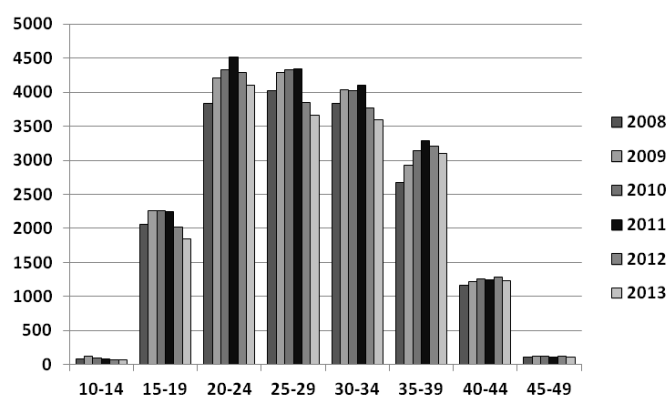
4.2.3 Caracterização das mulheres que recorrem à IVG de 2008 a 2013

Passemos a uma primeira abordagem da população feminina envolvida no recurso à IVG em Portugal, nos primeiros 6 anos sob enquadramento legal, através de uma análise das suas características sociodemográficas.

IDADE

De 2008 a 2013, observa-se que no recurso à IVG se encontram, sobretudo, mulheres cujas idades se situam entre os 14 e os 45 anos e que é no intervalo dos 20 aos 39 anos que se encontram as que recorrem em maior número (Figura 4.36). De notar, ainda, que, para além das idades muito jovens, são as mulheres em final de carreira reprodutiva as que se apresentam em menor número, no recurso à IVG²⁷⁸ (Figura 4.36).

Figura 4.36 – IVG por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-2013 (valores absolutos)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

De acordo com o início do ciclo de decréscimo da IVG em Portugal, após o ano de 2011, as mulheres tendem a reduzir o seu número nas classes etárias dos 15 aos 39 anos. Todavia, a classe etária 20-24 anos reforça a sua preponderância proporcional atingida em 2011 e a classe etária 35-39 anos assume uma tendência para aumentar o seu peso relativo no recurso à IVG (Quadro 4.10).

²⁷⁸ Nas classes etárias 50-54 anos e 55-59 anos encontram-se apenas implicados 9 e 1 episódios de IVG, respetivamente.

Quadro 4.10 – IVG por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%)

| Classes etárias | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Totais |
|-----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| 10-14 | 0,5 | 0,6 | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,5 |
| 15-19 | 11,6 | 11,8 | 11,5 | 11,3 | 10,9 | 10,4 | 11,2 |
| 20-24 | 21,6 | 21,9 | 22,1 | 22,6 | 23,1 | 23,2 | 22,4 |
| 25-29 | 22,6 | 22,3 | 22,1 | 21,8 | 20,7 | 20,7 | 21,7 |
| 30-34 | 21,6 | 21,0 | 20,6 | 20,6 | 20,3 | 20,3 | 20,7 |
| 35-39 | 15,0 | 15,3 | 16,1 | 16,5 | 17,2 | 17,5 | 16,3 |
| 40-44 | 6,5 | 6,3 | 6,4 | 6,2 | 6,9 | 6,9 | 6,6 |
| 45-49 | 0,6 | 0,7 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 |
| 50-54 | 0,0 | 0,02 | 0,01 | 0,02 | 0,0 | 0,01 | 0,008 |
| 55-59 | 0,0 | 0,0 | 0,01 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,001 |
| Totais | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Em suma, 98,9% das mulheres que recorrem à IVG, de 2008 a 2013, têm idades que se situam entre os 14 e os 45 anos, sendo que 64,8% se concentram no intervalo etário dos 20 aos 34 anos, assumindo especial relevância, a partir de 2011, as mulheres da classe etária 20-24 anos (Quadro 4.10). Contudo, desde 2011, que as classes etárias proporcionalmente mais representadas no recurso à IVG (no intervalo dos 15 aos 39 anos) apresentam uma clara tendência para reduzirem o número de mulheres envolvidas. O que está de acordo com o decréscimo que os episódios de IVG conhecem em Portugal após o ano em causa. Todavia, um decréscimo diferenciado segundo as classes etárias.

Quadro 4.11 – Evolução da taxa de variação dos valores absolutos de IVG por classes etárias, Portugal, 2011-2013 (%)

| Classes etárias | 2011-12 | 2012-13 | 2011-13 |
|-----------------|---------|---------|--------------|
| 15-19 | -10,2 | -8,9 | -18,2 |
| 20-24 | -4,9 | -4,4 | -9,0 |
| 25-29 | -11,3 | -4,8 | -15,5 |
| 30-34 | -7,9 | -4,7 | -12,3 |
| 35-39 | -2,6 | -3,2 | -5,7 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

De 2011 a 2013, é na classe etária 15-19 anos que se encontra a maior taxa de variação negativa (-18,2%), em termos de valores absolutos, seguida das classes etárias 25-29 anos (-15,5%) e 30-34 anos (-12,3%) (Quadro 4.11). A classe etária 20-24 anos conhece uma variação de -9% e a classe etária 35-39 anos, com uma taxa de variação de -5,7%, é a que conhece a menor redução (Quadro 4.11). Este comportamento diferenciado por classes etárias, por um lado, assume-se como regular, na forma como mantem a posição relativa de cada classe etária, no recurso à IVG, mas por outro lado, na forma como acompanha uma mudança clara no sentido evolutivo do fenómeno, reenvia para alterações, no comportamento contraceptivo-reprodutivo (Rossier, Toulemon e Prioux, 2009:496) por

classes etárias, ou na constituição da população fértil (Bajos, Moreau e Prioux, 2013:2-3; Sundaram *et.al*, 2017:13).

SITUAÇÃO CONJUGAL

Relativamente à situação conjugal, as mulheres que recorrem à IVG, no período em análise, apresentam um certo equilíbrio entre as proporções das que declaram viver em casal e as que declaram não viver em casal (Quadro 4.12).

Nos dois primeiros anos da despenalização (2008 e 2009) são as mulheres com compromisso conjugal que mais tendem a recorrer à IVG, após o que passam a ser, de 2010 a 2013, as mulheres que não vivem em casal, acabando estas por dominarem no período por reduzida margem (Quadro 4.12).

Quadro 4.12 – IVG por situação conjugal das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%)

| | Vive em casal | Ñ vive em casal | Desc. | Totais |
|---------------|---------------|-----------------|------------|------------|
| 2008 | 51,2 | 48,8 | 0,1 | 100 |
| 2009 | 50,7 | 49,2 | 0,0 | 100 |
| 2010 | 49,5 | 50,4 | 0,1 | 100 |
| 2011 | 49,9 | 49,9 | 0,2 | 100 |
| 2012 | 49,4 | 50,6 | 0,0 | 100 |
| 2013 | 49,0 | 50,9 | 0,1 | 100 |
| Totais | 49,9 | 50,0 | 0,1 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Na distribuição por classes etárias a situação conjugal apresenta, contudo, tendências claramente marcadas remetendo para a relevância que a idade tem na opção pela interrupção de uma gravidez não desejada (Shivo *et.al*, 2003: 603;605) (Quadros 4.13 e 4.14).

Entre 2008 e 2013, observa-se que, à medida que a idade avança, aumentam as proporções das mulheres que vivem em casal, no conjunto das mulheres que realizam uma IVG (Quadro 4.13). A partir da classe etária 25-29 anos, mais de 50% dos episódios de IVG são referidos a mulheres a viver em coabitação. Deste modo, o predomínio das mulheres que não vivem em contexto conjugal apenas se impõe até à classe etária 20-24 anos, inclusive (Quadro 4.14).

Quadro 4.13 – IVG por classes etárias das mulheres a viver em casal, Portugal, 2008-2013 (%)

| Classes etárias | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Totais |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 10-14 | 2,3 | 4,9 | 3,2 | 1,3 | 2,9 | 4,2 | 3,2 |
| 15-19 | 13,3 | 12,9 | 13,5 | 12,1 | 11,4 | 12,1 | 12,6 |
| 20-24 | 32,9 | 33,7 | 32,0 | 32,8 | 31,5 | 30,3 | 32,2 |
| 25-29 | 52,2 | 51,6 | 50,2 | 52,2 | 50,3 | 50,7 | 51,2 |
| 30-34 | 65,6 | 65,5 | 63,1 | 63,5 | 64,0 | 62,3 | 64,0 |
| 35-39 | 73,0 | 72,4 | 70,6 | 69,9 | 69,7 | 68,2 | 70,5 |
| 40-44 | 77,8 | 77,3 | 75,2 | 74,8 | 72,8 | 74,5 | 75,3 |
| 45-49 | 81,7 | 78,0 | 81,8 | 74,8 | 77,3 | 80,6 | 79,0 |
| 50-54 | 0,0 | 66,7 | 100 | 66,7 | 0,0 | 0,0 | 66,7 |
| 55-59 | 0,0 | 0,0 | 100 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 100 |
| Totais | 51,2 | 50,7 | 49,5 | 49,9 | 49,4 | 49,0 | 49,9 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Com efeito, as mulheres que declaram não ter compromisso conjugal são as principais intervenientes no recurso à interrupção voluntária da gravidez até à classe etária 20-24 anos, sendo que, na classe etária 25-29 anos, ainda apresentam, ao longo do período em análise, proporções pouco abaixo dos 50% (Quadro 4.14).

Quadro 4.14 – IVG por classes etárias das mulheres que não vivem em casal, Portugal, 2008-2013 (%)

| Classes etárias | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Totais |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 10-14 | 97,7 | 95,1 | 96,8 | 98,8 | 97,1 | 95,8 | 96,8 |
| 15-19 | 86,7 | 87,0 | 86,4 | 87,6 | 88,5 | 87,8 | 87,3 |
| 20-24 | 67,0 | 66,3 | 67,8 | 67,0 | 68,4 | 69,7 | 67,7 |
| 25-29 | 47,7 | 48,4 | 49,7 | 47,6 | 49,7 | 49,2 | 48,7 |
| 30-34 | 34,4 | 34,3 | 36,7 | 36,2 | 36,0 | 37,7 | 35,9 |
| 35-39 | 26,9 | 27,6 | 29,2 | 30,0 | 30,3 | 31,8 | 29,4 |
| 40-44 | 22,2 | 22,7 | 24,7 | 25,1 | 27,2 | 25,4 | 24,6 |
| 45-49 | 18,3 | 22,0 | 18,2 | 24,3 | 21,8 | 19,4 | 20,7 |
| 50-54 | 0,0 | 33,3 | 0,0 | 33,3 | 0,0 | 100 | 33,3 |
| 55-59 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Totais | 48,8 | 49,2 | 50,4 | 49,9 | 50,6 | 50,9 | 50,0 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Em síntese, pode dizer-se que, de 2008 a 2013, as mulheres que fazem uma IVG, até aos 24 anos de idade, são, sobretudo, mulheres que não têm compromisso conjugal. Enquanto, após os 24 anos de idade, assiste-se ao progressivo aumento do peso da IVG em contexto de conjugalidade, assumindo-se como claramente dominante a partir dos 30 anos.

Quanto às reduções que ocorrem após 2011, em termos globais e de valores absolutos, na classe etária 15-19 anos devem-se a decréscimos equilibrados por situação conjugal, mas nas classes etárias que integram o intervalo dos 20 aos 39 anos devem-se a decréscimos, claramente mais acentuados, entre os episódios referidos às mulheres que vivem em casal (Quadro 4.15). De notar que, a seguir à classe etária 15-19 anos, é na classe

etária 25-29 anos que se dão as maiores reduções envolvendo, aqui, também de forma acentuada a mulheres que não vivem em casal.

Quadro 4.15 – Taxas de variação dos valores absolutos de IVG por classes etárias e situação conjugal das mulheres, Portugal, 2011-13 (%)

| Classes etárias | Vive em casal | ñ Vive em casal |
|------------------------|----------------------|------------------------|
| 15-19 | -18,0 | -18,0 |
| 20-24 | -16,1 | -5,4 |
| 25-29 | -18,0 | -12,8 |
| 30-34 | -14,0 | -8,7 |
| 35-39 | -8,1 | 0,1 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

De qualquer modo, após 2011, o número de episódios de IVG em Portugal começam a reduzir de forma mais marcada entre os referidos às mulheres com compromisso conjugal, acentuando o carácter não conjugal do fenómeno, em particular, nas idades abaixo dos 30 anos (Quadro 4.15).

ESTADO CIVIL

Se no âmbito da situação conjugal existe, em termos globais e ao longo da evolução no período, um certo equilíbrio entre as mulheres que vivem em casal e as que não vivem (Quadro 4.12.), no âmbito do estado civil, observa-se, desde logo, uma clara superioridade das mulheres solteiras no recurso à IVG, de 2008 a 2013 (Quadro 4.16).

Quadro 4.16 – IVG por estado civil das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%)

| | Solteira | Casada | Divorciada | Separada | Viúva | Desc. | Totais |
|---------------|-----------------|---------------|-------------------|-----------------|--------------|--------------|---------------|
| 2008 | 58,9 | 30,4 | 8,2 | 2,0 | 0,5 | 0,0 | 100 |
| 2009 | 61,5 | 27,8 | 8,2 | 1,8 | 0,6 | 0,1 | 100 |
| 2010 | 63,3 | 25,9 | 8,6 | 1,5 | 0,5 | 0,2 | 100 |
| 2011 | 65,6 | 24,3 | 7,9 | 1,6 | 0,4 | 0,2 | 100 |
| 2012 | 65,3 | 24,7 | 8,1 | 1,4 | 0,5 | 0,1 | 100 |
| 2013 | 66,8 | 23,7 | 7,5 | 1,6 | 0,3 | 0,1 | 100 |
| Totais | 63,6 | 26,1 | 0,5 | 8,1 | 1,6 | 0,1 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Com efeito, não só as proporções das mulheres solteiras são mais elevadas, em todos os anos em análise, face às das outras categorias do estado civil, como acentuam essa tendência até 2013. Paralelamente, assiste-se a uma tendência para a redução da proporção de mulheres casadas no recurso à IVG (Quadro 4.16).

Para além das solteiras e das casadas é de salientar a pouca expressão das restantes categorias do estado civil, onde as maiores proporções se referem a mulheres divorciadas (7,5%, em 2013, e 8,6%, em 2010) (Quadro 4.16).

Em suma, a forte presença das mulheres solteiras implica que parte das mulheres que recorrem à IVG, de 2008 a 2013, e se declaram a viver em casal, sejam solteiras, tal como se pode observar no quadro seguinte (Quadro 4.17).

Quadro 4.17 – IVG por estado civil das mulheres a viver em casal, Portugal, 2008-2013 (%)

| Anos | Mulheres a viver em casal | | | | | | total |
|--------------|---------------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | solteira | casada | divorciada | separada | viúva | desc. | |
| 2008 | 35,0 | 57,7 | 6,0 | 0,8 | 0,4 | 0,0 | 100 |
| 2009 | 39,5 | 53,2 | 6,3 | 0,6 | 0,4 | 0,0 | 100 |
| 2010 | 41,5 | 51,1 | 6,5 | 0,6 | 0,4 | 0,0 | 100 |
| 2011 | 45,7 | 47,1 | 6,2 | 0,6 | 0,4 | 0,1 | 100 |
| 2012 | 44,1 | 48,5 | 6,4 | 0,5 | 0,4 | 0,0 | 100 |
| 2013 | 46,1 | 47,0 | 6,1 | 0,4 | 0,3 | 0,1 | 100 |
| Total | 42,0 | 50,8 | 6,3 | 0,6 | 0,4 | 0,0 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Com efeito, ao longo do período, verifica-se um progressivo aumento da proporção das mulheres solteiras no conjunto das mulheres que vivem em casal, registando, em 2013, um valor muito próximo do registado pela proporção das mulheres casadas (Quadro 4.17). De referir que a presença proporcional das mulheres solteiras coabitantes decresce de 2011 para 2012 (Quadro 4.17) remetendo para um eventual contributo destas para o decréscimo que as mulheres a viver em casal conheceram após 2011.

De facto, de 2011 para 2012, depois de conhecerem consecutivos acréscimos nos anos anteriores, as mulheres solteiras coabitantes reduzem a sua presença no recurso à IVG, o que se traduz numa variação na evolução do número de episódios referidos a esta categoria de -10,6% (Quadro 4.18).

Quadro 4.18 – Evolução da taxa de variação dos valores absolutos de IVG, por estado civil e situação conjugal das mulheres, Portugal, 2008 a 2013 (%)

| Período | Solteiras | | Casadas | | Outros estados civis | |
|---------|----------------|------------------|----------------|------------------|----------------------|------------------|
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal |
| 2008-09 | 20,7 | 9,4 | -1,4 | 9,7 | 8,0 | 6,1 |
| 2009-10 | 4,5 | 4,9 | -4,5 | -25,3 | 0,4 | 2,4 |
| 2010-11 | 13,0 | 1,9 | -5,3 | 28,0 | -0,3 | -6,1 |
| 2011-12 | -10,6 | -4,9 | -4,6 | -15,9 | -5,7 | -7,6 |
| 2012-13 | -1,3 | -3,3 | -8,5 | -12,6 | -12,7 | -8,1 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

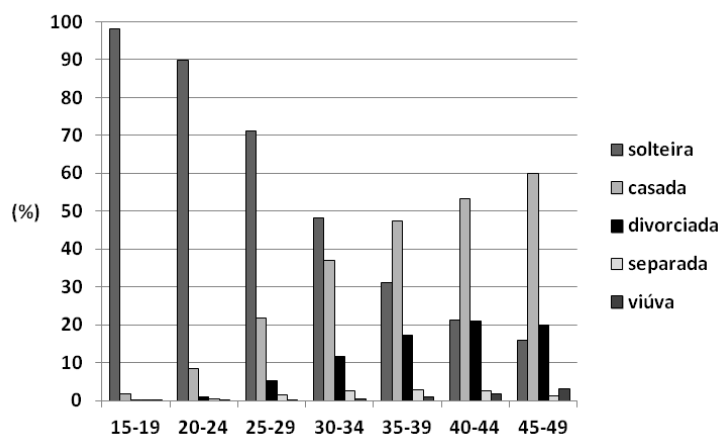
Aliás, no âmbito das mulheres a viver em casal, a redução que ocorre no recurso à IVG, em Portugal, de 2011 para 2012, envolve com maior impacto as solteiras coabitantes, apesar das mulheres casadas a viver em casal se manterem a decrescer ao longo de todo o

período em análise (Quadro 4.18). De 2012 para 2013, a tendência para reduzir afeta as mulheres com todos os estados civis e situações conjugais, mas é nas mulheres casadas²⁷⁹ e com outros estados civis que se verificam os maiores decréscimos.

De qualquer modo, confirma-se uma forte presença da mulher solteira, a viver ou não em casal, no recurso à IVG, em Portugal, de 2008 a 2013. E, apesar dos decréscimos após 2011, as mulheres solteiras coabitantes são a categoria que mais cresce durante o período (25,7%) (Quadro 4.18).

O gráfico seguinte (Figura 4.37) traduz a forte preponderância das mulheres solteiras no recurso à IVG, de 2008 a 2013 (tal como já evidenciava o Quadro 4.16) mas, também, o facto da importância das diferentes categorias de estado civil estar estreitamente associada à articulação com a idade.

Figura 4.37 – IVG por estado civil e classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-13 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

De facto, as mulheres solteiras estão fortemente presentes no recurso à IVG até aos 29 anos de idade, sendo que também predominam em termos relativos na classe etária 30-34 anos (Figura 4.37). É apenas a partir da classe etária 35-39 anos que as proporções das mulheres casadas se revelam superiores às das mulheres solteiras. Nas restantes categorias do estado civil observa-se que as divorciadas assumem maior expressão nas idades acima dos 30 anos, bem como as separadas e as viúvas, sendo que as mulheres destas últimas categorias apresentam volumes muito reduzidos no recurso à IVG (Figura 4.37).

Em termos de situação conjugal, 67% das mulheres solteiras declaram-se não coabitantes sendo que estas estão proporcionalmente mais presentes até à classe etária 30-

²⁷⁹ Nas mulheres casadas, 97,2% declaram viver em casal e 2,8% declaram não viver em casal.

34 anos inclusive (Quadro 4.19). Só acima dos 34 anos é que as mulheres solteiras que recorrem à IVG tendem mais a assumirem-se como coabitantes.

Quadro 4.19 – IVG por situação conjugal e classes etárias das mulheres solteiras, Portugal, 2008-13 (%)

| Classes etárias | Mulheres solteiras | | | Total |
|-----------------|--------------------|-----------------|------------|------------|
| | vive em casal | ñ vive em casal | desc. | |
| 10-14 | 2,5 | 97,5 | 0,0 | 100 |
| 15-19 | 11,3 | 88,6 | 0,1 | 100 |
| 20-24 | 26,4 | 73,5 | 0,1 | 100 |
| 25-29 | 39,4 | 60,5 | 0,1 | 100 |
| 30-34 | 47,7 | 52,2 | 0,1 | 100 |
| 35-39 | 52,3 | 47,6 | 0,1 | 100 |
| 40-44 | 58,1 | 41,8 | 0,1 | 100 |
| 45-49 | 57,7 | 42,3 | 0,0 | 100 |
| Total | 32,9 | 67,0 | 0,1 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Contudo, com os contributos das mulheres casadas a partir da classe etária 25-29 anos, o recurso à IVG surge marcado por uma maior proporção de mulheres a viver em casal (Quadro 4.20).

Quadro 4.20 – IVG por mulheres solteiras e casadas, por situação conjugal e classes etárias, Portugal, 2008-13 (%)

| Classes etárias | Mulheres solteiras | | Mulheres casadas | | Total |
|-----------------|--------------------|-----------------|------------------|-----------------|-------------|
| | vive em casal | ñ vive em casal | vive em casal | ñ vive em casal | |
| 10-14 | 2,5 | 96,4 | 0,8 | 0,2 | 99,8 |
| 15-19 | 11,1 | 86,9 | 1,5 | 0,2 | 99,6 |
| 20-24 | 23,7 | 66,0 | 8,1 | 0,5 | 98,2 |
| 25-29 | 28,0 | 43,0 | 21,1 | 0,7 | 92,8 |
| 30-34 | 23,1 | 25,2 | 36,0 | 1,0 | 85,3 |
| 35-39 | 16,3 | 14,8 | 46,4 | 1,0 | 78,6 |
| 40-44 | 12,4 | 8,9 | 52,3 | 0,8 | 74,4 |
| 45-49 | 9,2 | 6,8 | 58,4 | 1,4 | 75,8 |
| Total | 21,0 | 42,6 | 25,3 | 0,7 | 89,6 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Em síntese, no recurso à IVG em Portugal, de 2008 a 2013, as mulheres solteiras predominam proporcionalmente até à classe etária 30-34 anos (Figura 4.37). Contudo, a presença crescente de mulheres solteiras que vivem em casal, à medida que as idades avançam, contribui, em associação com a presença das mulheres casadas, para que a partir da classe etária 25-29 anos, a IVG se torne predominantemente uma prática associada ao contexto conjugal (Quadro 4.14). Um contexto que a partir da classe etária 30-34 anos tende

a ser referido, em especial, a mulheres casadas (Quadro 4.20), predominando estas, sobre as outras categorias de mulheres por estado civil, no recurso a IVG, apenas nas idades acima dos 34 anos.

A forma diferenciada como a idade estrutura o comportamento da IVG em torno da situação conjugal e do estado civil reenvia para a potencial relevância das características reprodutivas das mulheres envolvidas.

FILHOS EXISTENTES

No recurso à IVG, de 2008 a 2013, observa-se uma forte presença de mulheres sem filhos, seguida da presença de mulheres com um filho e dois filhos (Quadro 4.21). Uma vez chegando ao terceiro filho, o recurso à IVG sofre uma quebra que se acentua fortemente na categoria das mulheres com mais de três filhos. Trata-se, no entanto, de uma tendência generalizada a nível internacional e que, segundo Henshaw (1990: 87), deriva da elevada concentração nas descendências mais numerosas de mulheres que não recorrem à IVG, por motivos religiosos ou outros, ou porque obviamente desejam uma família numerosa.

Quadro 4.21 – IVG por número de filhos das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%)

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Totais |
|--------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| 0 filhos | 39,6 | 39,8 | 39,6 | 40,0 | 40,4 | 40,3 | 40,0 |
| 1 filho | 28,9 | 29,2 | 29,1 | 29,5 | 29,8 | 30,1 | 29,4 |
| 2 filhos | 23,1 | 22,5 | 22,8 | 22,3 | 21,7 | 22,0 | 22,4 |
| 3 filhos | 6,0 | 6,1 | 6,2 | 6,0 | 6,0 | 5,8 | 6,0 |
| 4 e +filhos | 2,3 | 2,4 | 2,3 | 2,2 | 2,2 | 1,8 | 2,2 |
| Totais | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Ao adicionar-se as proporções das mulheres com um filho e com dois filhos, verifica-se que a proporção total destas duas categorias ultrapassa os 50%, sendo maior que a proporção registada pelas mulheres com zero filhos em todos os anos em observação (Quadro 4.21). De facto, as mulheres sem filhos representam 40% dos episódios de IVG, no período, e as mulheres com filhos representam 60%. Pode, por isso, dizer-se que o recurso à IVG surge, de 2008 a 2013, claramente, associado tanto a mulheres sem filhos, como a mulheres com filhos (em particular, com um e dois).

Quanto às alterações que ocorrem após 2011, estas concorrem para que o predomínio proporcional das mulheres sem filhos se mantenha e para que o peso relativo das mulheres com um filho aumente enquanto o das mulheres com dois e mais filhos reduz (Quadro 4.21).

Com efeito, a partir de 2011, é nas mulheres com as descendências mais numerosas que se dão os maiores decréscimos (Quadro 4.22). A presença das mulheres com dois

filhos também conhece um forte decréscimo de 2011 para 2012, que se atenua na passagem para 2013. Aliás esta categoria já começa a decrescer antes de 2011 (Quadro 4.22).

Quadro 4.22 – Evolução da taxa de variação dos valores absolutos da IVG por número de filhos das mulheres, Portugal, 2008 a 2013 (%)

| NºFilhos | 2008-09 | 2009-10 | 2010-11 | 2011-12 | 2012-13 | 2008-13 |
|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| 0 | 8,6 | 1,4 | 2,8 | -5,8 | -5,0 | 1,3 |
| 1 | 8,9 | 1,6 | 3,2 | -5,4 | -4,0 | 3,7 |
| 2 | 5,1 | 3,2 | -0,4 | -9,3 | -3,3 | -5,2 |
| 3 | 9,2 | 3,7 | -1,7 | -7,0 | -7,0 | -3,7 |
| 4 e+ | 10,7 | -2,9 | 1,6 | -10,0 | -20,1 | -21,5 |

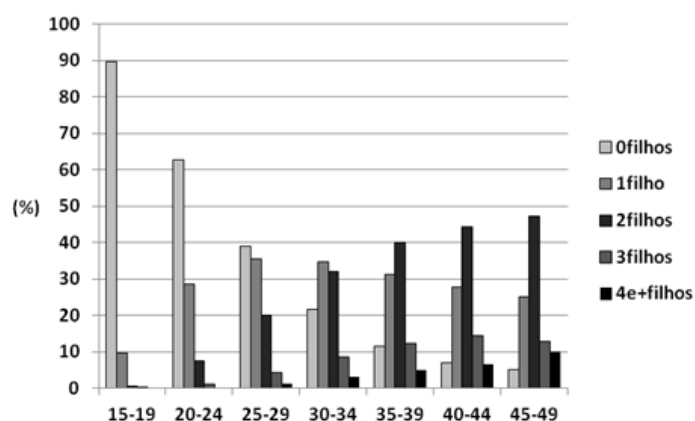
Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quanto às mulheres com zero e um filho, são as que protagonizam os decréscimos mais reduzidos no período em causa, sendo, inclusive, as únicas categorias de mulheres por número de filhos, que registam, em termos de valores absolutos, uma variação positiva de 2008 para 2013 (Quadro 4.22).

Em suma, a redução que se dá no recurso à IVG em Portugal após 2011 articula-se com uma acentuada redução nas mulheres com mais de um filho.

Na continuidade do anteriormente observado, no âmbito da situação conjugal e do estado civil, não é, pois, estranho que, na distribuição pelas classes etárias, sejam as mulheres sem filhos a predominar até à classe etária 20-24 anos e, acima desta classe etária, sejam as mulheres com filhos (Figura 4.38).

Figura 4.38 – IVG por número de filhos e classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-13 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

De notar ainda que, apesar de na classe etária 25-29 anos, as mulheres com filhos, no seu conjunto, predominarem, as mulheres com zero filhos superiorizam-se

proporcionalmente às outras categorias com filhos, sendo ultrapassadas apenas a partir da classe etária 30-34 anos de idade (Figura 4.38).

Acima dos 29 anos de idade são, pois, as mulheres com filhos que passam a predominar no recurso à IVG. Na classe etária 30-34 anos são as mulheres com um filho que estão mais presentes logo seguidas das mulheres com dois filhos (Figura 4.38). Estas últimas passam a predominar na classe etária 35-39 anos e seguintes.

Quanto às mulheres com 3 e mais filhos, a sua presença só se torna visível a partir da classe etária 30-34 anos, assumindo maiores proporções à medida que a idade avança.

Em suma, a idade estrutura de forma diferenciada a articulação entre as características conjugais e reprodutivas das mulheres e o recurso à IVG, reenviando, em particular, para a relevância da estabilidade do contexto relacional e para a fase ou momento do percurso reprodutivo em que a mulher se encontra. O claro protagonismo das mulheres sem filhos, até aos 29 anos de idade, traduz, por sua vez, a importância que outros fatores têm, na atualidade, para além da situação conjugal, estado civil e os filhos existentes, nas opções reprodutivas das mulheres e, por aí, na decisão de interromper uma gravidez não desejada.

NÍVEL DE ESCOLARIDADE

Em termos de escolaridade, as mulheres envolvidas no recurso à IVG, em Portugal, de 2008 a 2013, apresentam as suas maiores proporções associadas ao nível de escolaridade Ensino Secundário que no período, se refere a 34,2% da população feminina em causa (Quadro 4.23). De seguida, surgem as proporções associadas aos níveis de escolaridade Ensino Básico 3º ciclo (27,2%) e Ensino Superior (19%). As escolarizadas até ao Ensino Básico 2º ciclo e Ensino Básico 1º ciclo assumem proporções menores representando 14% e 4,9%, respetivamente (Quadro 4.23).

Quadro 4.23 – IVG por nível de escolaridade das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%)

| Níveis de escolaridade | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Totais |
|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| E.Básico 1ºc | 7,4 | 6,1 | 5,1 | 3,9 | 3,8 | 3,1 | 4,9 |
| E.Básico 2ºc | 17,4 | 15,9 | 14,7 | 13,1 | 12,1 | 10,8 | 14,0 |
| E.Básico 3ºc | 24,8 | 26,5 | 26,7 | 28,0 | 28,2 | 28,9 | 27,2 |
| E.Secundário | 31,9 | 32,6 | 34,2 | 35,2 | 35,4 | 35,9 | 34,2 |
| E.Superior | 17,6 | 18,2 | 18,8 | 19,1 | 19,8 | 20,6 | 19,0 |
| Sabe ler sem ter freq. escola | 0,4 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| Não sabe ler nem escrever | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Desc. | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,1 |
| Totais | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

De notar que, de 2008 a 2013, a escolaridade das mulheres que fazem uma IVG tende a aumentar: as proporções dos níveis mais elevados de escolaridade vão sempre assumindo sucessivos acréscimos e, paralelamente diminuem as proporções com níveis menos elevados (Quadro 4.23).

Quadro 4.24 – Evolução da taxa de variação dos valores absolutos de IVG por nível de escolaridade das mulheres, Portugal, de 2008 a 2013 (%)

| Níveis de escolaridade | 2008-09 | 2009-10 | 2010-11 | 2011-12 | 2012-13 | 2008-13 |
|-------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| E.Básico 1ºc | -10,5 | -14,8 | -22,3 | -8,9 | -22,6 | -58,2 |
| E.Básico 2ºc | -1,3 | -6,2 | -8,9 | -13,9 | -14,5 | -37,9 |
| E.Básico 3ºc | 15,1 | 2,5 | 7,0 | -5,8 | -2,7 | 15,8 |
| E.Secundário | 10,3 | 6,8 | 4,9 | -5,9 | -3,6 | 12,3 |
| E.Superior | 11,6 | 5,0 | 3,8 | -3,4 | -0,7 | 16,6 |
| Sabe ler sem ter frequent. a escola | -24,6 | -16,3 | 4,9 | 2,3 | -25,0 | -49,2 |
| Não sabe ler nem escrever | -19,1 | -3,6 | 13,2 | -1,7 | -15,3 | -26,5 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Com efeito, confirma-se que em termos da evolução do número de episódios no período por nível de escolaridade das mulheres, são os níveis mais baixos que decaem, bem como também são eles a protagonizar os maiores decréscimos a partir de 2011 (Quadro 4.24). Deste modo, a tendência é para que ao longo do período em análise as mulheres com menos recursos escolares reduzam claramente no recurso à IVG enquanto as mulheres com recursos mais elevados tendem a aumentar.

Na distribuição por classes etárias, como expectável, verifica-se que o nível de escolaridade eleva-se com a idade (Quadro 4.25). Todavia, na classe etária 15-19 anos é o nível de escolaridade Ensino Básico 3º ciclo que predomina enquanto, na classe etária 20-24 anos, é o Ensino Secundário, decrescendo a proporção das mulheres com o Ensino Básico e surgindo mais de 11% das mulheres com o Ensino Superior. O mesmo ocorre na passagem para a classe etária 25-29 anos, onde se mantem um maior predomínio das mulheres com o nível de escolaridade associado ao E. Secundário, cerca de 35,8%, mas onde o E. Superior passa a referir-se a 22% das mulheres que recorrem à IVG (Quadro 4.25).

Quadro 4.25 – IVG por nível de escolaridade e classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-13 (%)

| Nível de escolaridade | Classe etária | | | | | | | | Total |
|-------------------------------|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | |
| Ensino Básico - 1º ciclo | 11,2 | 3,0 | 2,7 | 3,3 | 4,9 | 7,6 | 12,3 | 20,4 | 4,9 |
| Ensino Básico - 2º ciclo | 65,2 | 20,5 | 12,3 | 12,2 | 12,7 | 14,0 | 15,1 | 15,5 | 14,0 |
| Ensino Básico - 3º ciclo | 22,8 | 46,3 | 30,3 | 26,1 | 22,1 | 20,5 | 20,7 | 21,4 | 27,2 |
| Ensino Secundário | 0,0 | 29,8 | 43,0 | 35,8 | 32,8 | 29,4 | 26,4 | 19,3 | 34,2 |
| Ensino Superior | 0,0 | 0,0 | 11,2 | 22,0 | 26,8 | 27,4 | 24,4 | 22,0 | 19,0 |
| Sabe ler sem ter freq. escola | 0,4 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,9 | 0,2 |
| Não sabe ler nem escrever | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,3 | 0,5 | 0,5 | 0,3 | 0,3 |
| Desconhecido | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

A partir dos 30 anos de idade as mulheres que recorrem à IVG tendem a ser mais escolarizadas havendo um predomínio relativo dos níveis de escolaridade mais elevados (E. Secundário e E. Superior). Consequentemente, na classe etária 30-34 anos, 59,5% das mulheres têm um nível de escolaridade associado ao Ensino Secundário ou Superior, bem como 56,9%, das mulheres da classe etária 35-39 anos, e 50,8% das mulheres da classe etária 40-44 anos (Quadro 4.25).

Em síntese, paralelamente a um predomínio, em termos globais, do nível de escolaridade E. Secundário, seguido do E. Básico 3º ciclo, a visível presença de mulheres envolvidas em percursos escolares alargados ou mais escolarizadas é incontestável. E a forma como essa presença é estruturada pela idade remete para a hipótese de um envolvimento não negligenciável, no recurso à IVG, em Portugal, de estudantes e de mulheres com profissões mais qualificadas

SITUAÇÃO LABORAL

Com efeito, 17% das mulheres que recorrem à IVG em Portugal, de 2008 a 2013, declaram-se estudantes, mas são sobretudo as situações laborais mais precárias e não qualificadas que predominam (Quadro 4.26). Claramente, a presença das mulheres referidas às categorias Desempregada (19,3%), Trabalhadoras não Qualificadas (18,1%) e Agricultoras, Operárias, Artífices e outras Trabalhadoras não Qualificadas (16,6%) marca fortemente a IVG, em Portugal, durante o período em causa (Quadro 4.26).

Quadro 4.26 – IVG por situação laboral das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%)

| Situação Laboral | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Desempregada | 15,8 | 17,1 | 17,3 | 19,4 | 22,7 | 23,8 | 19,3 |
| Trabalhadoras ã qualificadas | 20,6 | 18,9 | 18,9 | 15,6 | 17,1 | 17,5 | 18,1 |
| Estudante | 15,5 | 17,9 | 17,4 | 16,8 | 16,8 | 17,4 | 17,0 |
| Agricultoras, Operárias, Artífices e outras Trabalhadoras ã Qualificadas | 16,9 | 16,0 | 16,5 | 19,0 | 16,2 | 14,6 | 16,6 |
| Pessoal Administrativo, Serviços e Similares | 11,9 | 11,4 | 10,5 | 9,9 | 8,9 | 8,9 | 10,2 |
| Técnicas e Profissionais de Nível Intermédio | 8,1 | 8,0 | 7,9 | 6,9 | 6,8 | 6,6 | 7,4 |
| Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas | 5,6 | 5,8 | 6,9 | 7,9 | 7,6 | 7,3 | 6,9 |
| Trabalho doméstico - ã remunerado | 3,5 | 3,0 | 2,6 | 2,4 | 2,2 | 2,0 | 2,6 |
| Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa | 1,3 | 1,2 | 1,0 | 0,9 | 0,8 | 0,8 | 1,0 |
| Forças militares e militarizadas | 0,6 | 0,5 | 0,7 | 0,7 | 0,6 | 0,5 | 0,6 |
| Desc. | 0,2 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,3 | 0,4 | 0,3 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

De realçar que a situação de desempregada acresce as suas proporções, tornando-se a partir de 2011, inclusive, a situação mais preponderante entre as mulheres que recorrem à IVG, chegando quase a ¼ das situações (Quadro 4.26.). Entre 2008 e 2013 aumenta cerca de 8 pontos percentuais. A situação de trabalhadora não qualificada predomina de 2008 a 2010, mas decai em 2011. Após 2011, esta situação laboral assume uma clara tendência para aumentar as suas proporções, passando a ser, depois da situação de desempregada, a categoria que envolve mais mulheres no recurso à IVG (Quadro 4.26.).

A situação de estudante é aquela em que se encontram mais mulheres, a seguir à de desempregada e de trabalhadora não qualificada, apesar de revelar algumas oscilações ao longo do período. No sentido contrário, evolui a situação laboral associada à categoria Agricultoras, Operárias, Artífices e outras Trabalhadoras não Qualificadas que assume uma clara tendência para perder importância proporcional a partir de 2011 (Quadro 4.26.).

Ao longo do período e em termos da evolução do número de episódios de IVG por situação laboral das mulheres verifica-se de facto que é a situação de desempregada a protagonizar os maiores acréscimos de 2008 a 2013. Esta categoria é a única que se mantém a aumentar em todos os anos, inclusive de 2011 para 2012, registando, apenas, de 2012 para 2013, uma mínima variação negativa de -0,1% (Quadro 4.27).

Quadro 4.27 – Evolução da taxa de variação dos valores absolutos de IVG por situação laboral das mulheres, Portugal, 2008 a 2013 (%)

| Situação Laboral | 2008-09 | 2009-10 | 2010-11 | 2011-12 | 2012-13 | 2008-13 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Desempregada | 16,8 | 2,8 | 14,8 | 9,0 | 0,1 | 50,1 |
| Trabalhadoras ã qualificadas | -1,0 | 2,1 | -16,1 | 2,5 | -2,3 | -15,2 |
| Estudante | 24,3 | -1,0 | -1,3 | -7,0 | -1,3 | 11,5 |
| Agricultoras, Operárias, Artífices e outras Trabalhadoras ã Qualificadas | 2,0 | 5,5 | 17,1 | -20,2 | -14,0 | -13,6 |
| Pessoal Administrativo, Serviços e Similares | 3,7 | -6,3 | -4,2 | -15,8 | -4,1 | -24,8 |
| Técnicas e Profissionais de Nível Intermédio | 6,8 | 1,0 | -11,1 | -8,3 | -7,7 | -18,9 |
| Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas | 10,4 | 21,3 | 17,8 | -10,1 | -9,1 | 29,0 |
| Trabalho doméstico - ã remunerado | -6,4 | -12,2 | -5,1 | -17,3 | -9,7 | -41,8 |
| Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa | 0,4 | -13,3 | -11,3 | -10,4 | -6,5 | -35,3 |
| Forças militares e militarizadas | 1,9 | 34,3 | 0,7 | -21,8 | -15,3 | -8,7 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

A seguir à situação de desempregada são, somente, as categorias Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas e Estudante que protagonizam uma variação positiva no período (Quadro 4.27). Contudo, muito mais marcada na primeira categoria do que na segunda, na medida em que esta última apenas aumenta de 2008 para 2009 e a primeira apenas reduz após 2011.

Em suma, o recurso à IVG em Portugal surge marcado pelas situações laborais mais precárias e não qualificados, que são as únicas que registam acréscimos de 2011 para 2012. No entanto, as trabalhadoras não qualificadas, de 2008 a 2013, registam uma variação negativa de -15,2% (Quadro 4.27).

Na distribuição por classes etárias, pode verificar-se que até aos 24 anos, predominam as estudantes de forma evidente (Quadro 4.28).

Quadro 4.28 – IVG por situação laboral e classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-13 (%)

| Situação Laboral | Classe etária | | | | | | | | Total |
|---|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | |
| Desempregada | 0,0 | 14,7 | 23,2 | 21,2 | 19,1 | 17,3 | 15,0 | 14,4 | 19,3 |
| Trabalhadoras ã qualificadas | 1,1 | 8,7 | 19,7 | 20,5 | 18,7 | 18,2 | 19,1 | 20,1 | 18,1 |
| Estudante | 94,5 | 67,6 | 27,7 | 8,6 | 2,8 | 1,4 | 0,8 | 0,9 | 17,0 |
| Agricultoras, Operárias, Artífices e outras Trabalhadoras ã Qualificadas | 1,3 | 5,6 | 16,1 | 19,1 | 18,5 | 18,3 | 19,0 | 18,0 | 16,6 |
| Pessoal Administrativo, Serviços e Similares | 0,0 | 1,1 | 5,6 | 11,1 | 14,4 | 14,8 | 14,7 | 15,0 | 10,2 |
| Técnicas e Profissionais de Nível Intermédio | 0,0 | 0,3 | 2,8 | 8,2 | 10,9 | 11,9 | 11,1 | 7,3 | 7,4 |
| Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas | 0,0 | 0,0 | 1,6 | 7,0 | 10,6 | 11,8 | 12,1 | 12,7 | 6,9 |
| Trabalho doméstico - ã remunerado | 0,6 | 1,3 | 1,7 | 2,3 | 2,9 | 3,6 | 5,4 | 8,6 | 2,6 |
| Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,8 | 1,4 | 2,0 | 2,1 | 2,6 | 1,0 |
| Forças militares e militarizadas | 0,0 | 0,3 | 1,1 | 0,8 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,3 | 0,6 |
| Desc. | 2,5 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,3 | 0,4 | 0,3 | 0,1 | 0,3 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

No intervalo etário dos 25 aos 34 anos passam a ser maioritárias as desempregadas, logo seguidas das trabalhadoras não qualificadas e das mulheres cuja atividade profissional se associa à categoria Agricultoras, Operárias, Artífices e outros Trabalhadoras não

Qualificadas. Estas duas últimas situações laborais passam a ser, a partir da classe etária 35-39 anos, as categorias mais referidas à vida ativa das mulheres que recorrem à IVG (Quadro 4.28).

Contudo, a partir da classe etária 30-34 anos, inclusive, as categorias Pessoal Administrativo, Serviços e Similares, Técnicas e Profissionais de Nível Intermédio e Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas passam a assumir visível expressão proporcional no recurso à IVG (Quadro 4.28). Com efeito, as situações associadas às categorias Pessoal Administrativo, Serviços e Similares e Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas atingem as suas maiores proporções na classe etária 45-49 anos, 15% e 12,7%, respetivamente.

Em suma, em termos de atividade laboral, das quatro situações mais presentes, uma corresponde a um período de transição para a idade adulta e as restantes três a contextos laborais precários e com baixos rendimentos. Estas quatro situações correspondem a mais de 70% do total de IVG ao longo do período e parecem apontar, desde logo, para os fortes efeitos adversos do contexto socioeconómico e da influência do ciclo de vida.

Confirma-se a forte presença de mulheres associadas à situação de estudante, assumindo especial pertinência, até aos 24 anos. A situação de desempregada, fortemente presente, paralelamente às situações menos qualificadas, dos 20 aos 49 anos, reenvia para a importância que a precaridade, no âmbito da carreira ativa da mulher, pode ter na gestão de uma gravidez não desejada. Todavia, a crescente presença, à medida que as idades avançam, de mulheres com níveis de escolaridade mais elevados e com atividade profissional associada a situações mais qualificadas remete, por sua vez, para a relevância, no âmbito das opções reprodutivas das mulheres, em particular, a partir dos 30 anos de idade, de um maior investimento na carreira profissional.

RESIDÊNCIA

Na distribuição do recurso à IVG, de 2008 a 2013, por local de residência²⁸⁰, observa-se que em todos os anos em observação existe um predomínio claro das mulheres residentes na região Lisboa Vale do Tejo²⁸¹, agregando sempre mais de 50% dos episódios anuais de IVG (Quadro 4.29). Seguem-se as mulheres da região Norte²⁸² que se situam entre os 20,4%

²⁸⁰ Na base de dados disponibilizada pela DGS a 14 de julho de 2015 a informação sobre o local de residência das mulheres vem referida às regiões (NUTS II) e ao distrito. As primeiras unidades territoriais seguem a classificação por NUTS 2001.

²⁸¹ Da região Lisboa e Vale do Tejo fazem parte as seguintes NUTSIII: Oeste, Grande Lisboa, Médio Tejo e Lezíria do Tejo.

²⁸² Da região Norte fazem parte as seguintes NUTSIII: Minho-Lima, Cávado, Ave, Grande Porto, Tâmega, Entre Douro e Vouga e Alto Trás-os-Montes.

dos episódios em 2008 e os 21,6% em 2013 e as mulheres da região Centro²⁸³ que vão dos 13,8% registados em 2013 aos 15,7% registados em 2008. Nas restantes regiões são as proporções de IVG referidas às mulheres Algarvias que se sobrepõe em todos os anos às referidas às mulheres das outras regiões em causa, às quais se seguem as referidas às mulheres do Alentejo²⁸⁴ (Quadro 4.29). Finalmente as mulheres das regiões autónomas são as que apresentam ao longo de todo o período em análise as proporções de episódios mais reduzidas de IVG.

Quadro 4.29 – IVG por local de residência das mulheres, NUTS II-2001, 2008-2013 (%)

| Anos | Norte | Centro | LVT | Alentejo | Algarve | R.A.Açores | R.A.Madeira | Totais |
|---------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|-------------|------------|
| 2008 | 20,4 | 15,7 | 51,6 | 3,2 | 7,2 | 1,1 | 1,0 | 100 |
| 2009 | 20,2 | 15,7 | 51,6 | 3,4 | 7,0 | 0,8 | 1,3 | 100 |
| 2010 | 20,6 | 15,0 | 51,4 | 3,8 | 6,8 | 0,9 | 1,5 | 100 |
| 2011 | 21,4 | 15,7 | 50,6 | 3,3 | 6,9 | 0,7 | 1,4 | 100 |
| 2012 | 21,6 | 15,2 | 51,7 | 3,1 | 6,6 | 0,4 | 1,4 | 100 |
| 2013 | 21,6 | 13,8 | 53,0 | 3,2 | 6,7 | 0,4 | 1,3 | 100 |
| Totais | 21,0 | 15,2 | 51,6 | 3,3 | 6,9 | 0,7 | 1,3 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Ao longo do período verifica-se que, em termos de valores absolutos é a R. A. dos Açores que apresenta a maior redução de episódios de IVG, cerca de 59,5%, seguem-se a região Centro e a região do Algarve com reduções de 12,1% e de 6,9%, respetivamente (Quadro 4.30).

Quadro 4.30 – Evolução da taxa de variação dos valores absolutos de IVG, por local de residência das mulheres, NUTS II – 2001, 2008-2013 (%)

| Regiões | 2008-09 | 2009-2010 | 2010-11 | 2011-12 | 2012-13 | 2008-13 |
|--------------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|--------------|
| Norte | 7,0 | 4,2 | 5,6 | -5,6 | -4,8 | 5,8 |
| Centro | 7,9 | -2,3 | 6,6 | -9,9 | -13,2 | -12,1 |
| LVT | 8,1 | 1,6 | 0,2 | -4,6 | -2,3 | 2,5 |
| Alentejo | 14,5 | 14,1 | -9,8 | -12,0 | -2,9 | 0,7 |
| Algarve | 5,8 | -1,6 | 4,2 | -11,2 | -3,3 | -6,9 |
| R.A.Açores | -14,7 | 13,0 | -27,9 | -38,6 | -4,9 | -59,5 |
| R.A.Madeira | 38,5 | 14,9 | -3,2 | -6,2 | -13,9 | 24,6 |
| Totais | 8,0 | 2,0 | 1,8 | -6,6 | -4,8 | -0,3 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

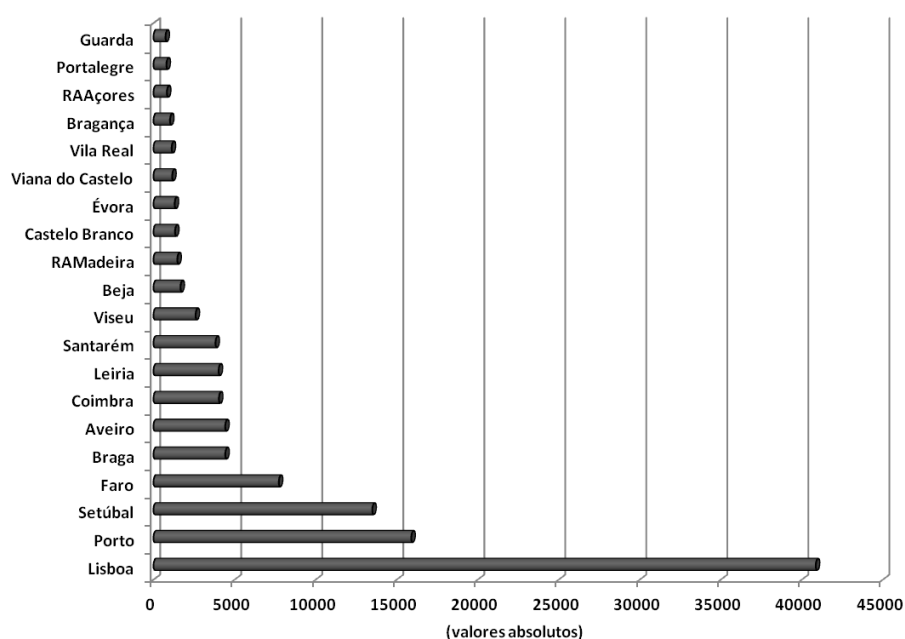
²⁸³ Da região Centro fazem parte as seguintes NUTSIII: Baixo Vouga, Baixo Mondego, Pinhal Litoral, Pinhal Interior Norte, Dão-Lafões, Pinhal Interior Sul, Serra da Estrela, Beira Interior Sul e Cova da Beira.

²⁸⁴ Da região Alentejo fazem parte as seguintes NUTSIII: Alentejo Litoral, Alto Alentejo, Alentejo Central e Baixo Alentejo.

Quanto às restantes regiões, apesar de também registarem ao longo do período decréscimos, chegam ao último ano em análise com um volume superior ao registado no início do período. Neste sentido, destaca-se a R. A. da Madeira com uma variação no período de 24,6%, seguida da região Norte com 5,8%, da região de LVT com 2,5% e finalmente a região do Alentejo com 0,7% (Quadro 4.30).

Após 2011, todas as regiões apresentam um forte declínio no recurso à IVG com as exceções das regiões de LVT e do Norte (Quadro 4.30), o que está de acordo com o facto de serem estas duas regiões as que apresentam os maiores volumes de IVG anuais, representando no seu conjunto, 72,6 % do total de IVG realizadas, de 2008 a 2013, em Portugal (Quadro 4.29). Para a preponderância destas duas regiões contribuem fortemente os episódios de IVG relativos às mulheres residentes no distrito de Lisboa e no distrito do Porto.

Figura 4.39 – IVG por local de residência das mulheres, distritos e regiões autónomas, 2008-13 (valores absolutos)



Fonte: DGS- Base de Dados disponibilizada a 14 de julho de 2015.

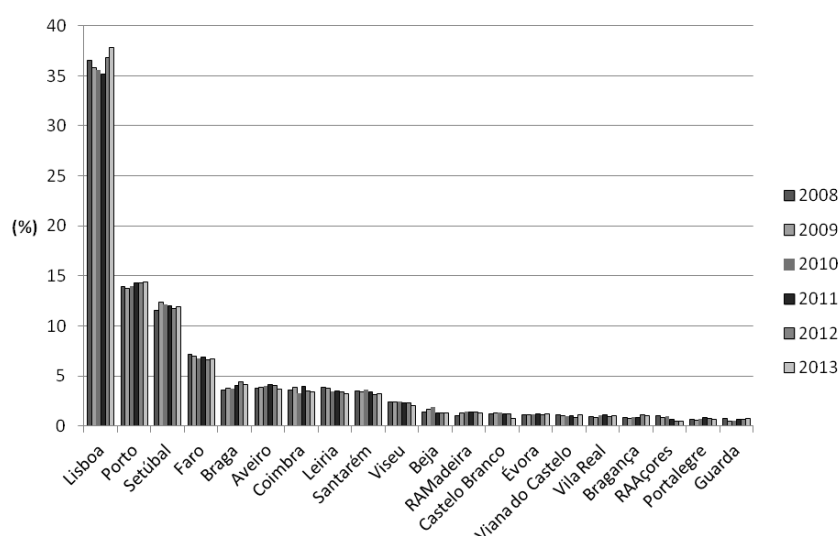
Com efeito, em termos da distribuição distrital²⁸⁵, as mulheres que recorrem à IVG, em Portugal, de 2008 a 2013, residem, com forte preponderância, no distrito de Lisboa, às

²⁸⁵ Na base de dados disponibilizada pela DGS a 14 de julho de 2015 a informação sobre o local de residência das mulheres vem referida às regiões (NUTS II) e ao distrito. Como as primeiras unidades territoriais seguem a classificação por NUTS 2001 e de modo a aceder, posteriormente, ao cálculo de indicadores mais pertinentes em termos de análise demográfica, em torno de uma

quais se seguem as residentes no distrito do Porto (Figura 4.39). Para além das residentes nestes distritos, destacam-se também as residentes nos distritos de Setúbal e de Faro. Por oposição, o distrito que apresenta o menor volume de mulheres residentes a recorrer à IVG é o da Guarda, logo seguido pelo distrito de Portalegre e da R. A. dos Açores (Figura 4.39). A estes seguem-se, com valores igualmente baixos, Bragança, Vila Real e Viana do Castelo.

Se tomarmos como referência a evolução ao longo do período, confirma-se a forte presença das mulheres que residem no distrito de Lisboa, em todos os anos em causa, seguido dos distritos do Porto, de Setúbal e de Faro (Figura 4.40).

Figura 4.40 – IVG por local de residência das mulheres, distritos e regiões autónomas, 2008-2013 (%)



Fonte: DGS-Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Depois dos distritos cujas maiores expressões se destacam face às restantes, segue-se um grupo de distritos com as proporções de IVG claramente menores (Braga, Aveiro, Coimbra, Leiria, Santarém e Viseu), mas que sobressaem face aos que apresentam os volumes mais reduzidos (Beja, R.A. da Madeira, Castelo Branco, Évora, Viana do Castelo, Vila Real, Bragança, R.A. dos Açores, Portalegre e Guarda) (Figura 4.40).

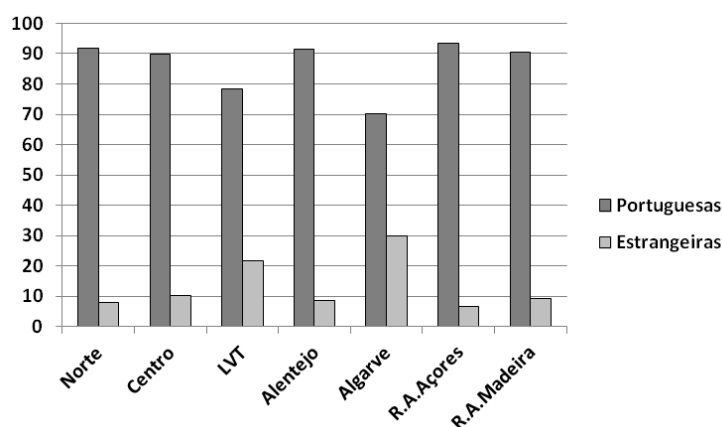
Em síntese, a proporção de mulheres residentes no distrito de Lisboa que recorrem à IVG é claramente superior às referidas a todos os outros territórios em causa. O que remete, em parte, para o facto de ser o distrito com mais população e a mesma razão se pode aplicar em parte aos distritos que se lhe seguem, Porto e Setúbal (Moreira e Gomes, 2014:34). Relativamente aos distritos com menos mulheres residentes a recorrer à IVG, no

maior desagregação regional e geográfica, optou-se pela unidade distrital para Portugal continental.

continente, reenviam sobretudo para zonas do interior do país, que integram territórios marcadamente rurais e com acentuadas perdas de populacionais (Moreira e Gomes, 2014:33-36). Estas observações implicam que no âmbito da análise da distribuição regional do recurso à IVG, seja assegurado um distanciamento face aos potenciais efeitos de estrutura. Nesta perspetiva, impõe-se que se verifique, mais à frente neste trabalho, a tradução desta diferencial participação das mulheres, por local de residência, com referência à existente população fértil²⁸⁶.

Em termos da distribuição regional da IVG por local de residência das mulheres atendendo à sua nacionalidade, de 2008 a 2013, é na região do Algarve que se encontra a maior participação de população feminina estrangeira, cerca de 30%, seguida de LVT com cerca de 22% (Figura 4.41). Na região Centro as mulheres estrangeiras contribuem para cerca de 10% das IVG referidas a residentes, na R.A. da Madeira para cerca de 9,4%, no Alentejo para 8,7%, no Norte para 8,1% e finalmente na R.A. dos Açores para 6,7%.

Figura 4.41 – IVG por local de residência, mulheres portuguesas e mulheres estrangeiras, NUTS II – 2001, 2008-13 (%)



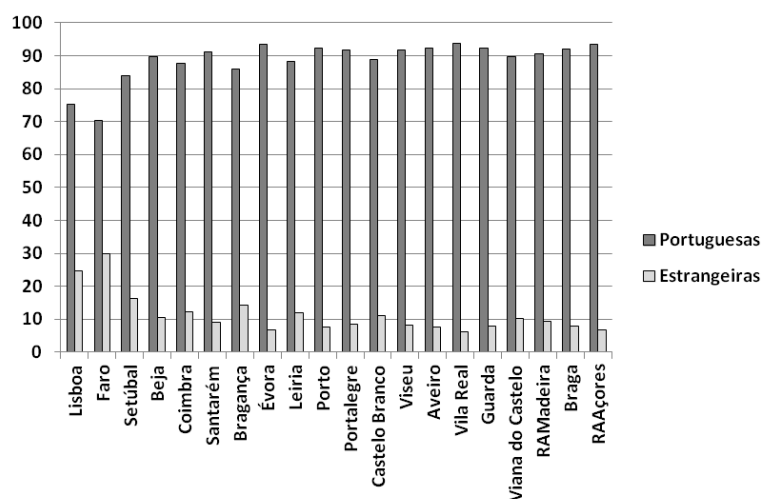
Fonte: DGS-Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

É na região do Algarve que o comportamento das mulheres estrangeiras será mais determinante na evolução da IVG, realizada por residentes, seguida da região de LVT (Figura 4.41). Por oposição, é na R.A. dos Açores que o comportamento das mulheres estrangeiras será menos determinante, seguida das regiões Norte e Alentejo.

²⁸⁶ Só as mulheres que estejam em idade de conceber é que podem optar, potencialmente, por interromper uma gravidez. Logo a frequência da IVG na população só pode ser avaliada por referência à população feminina em idade fértil. Nesta medida e de modo a nos distanciarmos dos potenciais efeitos de estrutura, deverá proceder-se ao cálculo de taxas, para cada território em causa, tendo por população de referência o conjunto da população feminina em idade de procriar, dos 15 aos 49 anos

Na figura seguinte (Figura 4.42) apresenta-se a distribuição da IVG por distritos de residência e nacionalidade das mulheres, seguindo o alinhamento que evolui do distrito que apresenta a maior proporção de episódios de IVG, de 2008 a 2013, para o que apresenta a menor (representado no 4.40). De facto, Lisboa, Faro e Setúbal, são os distritos que apresentam as maiores proporções de mulheres residentes de nacionalidade estrangeira a recorrer à IVG. Seguem-se o distrito de Bragança e o distrito de Coimbra (Figura 4.42). Relativamente aos distritos com as menores proporções de mulheres estrangeiras no recurso à IVG, em conjunto com a região autónoma dos Açores surgem Vila Real e Évora, seguidas do Porto, de Aveiro e da Guarda (Figura 4.42).

Figura 4.42 – IVG por local de residência, mulheres portuguesas e estrangeiras, distritos e regiões autónomas, 2008-13 (%)



Fonte: DGS-Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Em síntese, a presença de mulheres de nacionalidade estrangeira no recurso à IVG observa-se em todas as regiões e distritos do país. Assumindo visibilidade proporcional, em particular, no distrito de Lisboa, Faro, Setúbal, Coimbra e Bragança. Esta presença diferencial das mulheres estrangeiras no recurso à IVG pelo território nacional atribui alguma relevância analítica à variável nacionalidade cujo comportamento se caracteriza de seguida.

NACIONALIDADE

A presença das mulheres de nacionalidade estrangeira em idade fértil é visível no âmbito da fecundidade portuguesa (Mendes, 2016:98) pelo que, e tal como ocorre numa parte dos países europeus (Marrón, Fernández e Rodríguez, 2016:7), em Portugal estas mulheres também estão presentes no recurso à IVG. De 2008 a 2013, 16,9% das mulheres que recorrem à interrupção da gravidez a seu pedido têm nacionalidade estrangeira. O peso relativo destas mulheres vai aumentando até 2011, atingindo os 18,3%, após o qual decai

para os 15,9%, em 2012, voltando, contudo, a aumentar para 16,1%, em 2013 (Quadro 4.31). Este aumento é, no entanto, tributário de um decréscimo mais acentuado por parte das mulheres portuguesas, de 2012 para 2013, pois ambas as populações permanecem a reduzir, em termos de valores absolutos, até ao final do período (Figura 4.43).

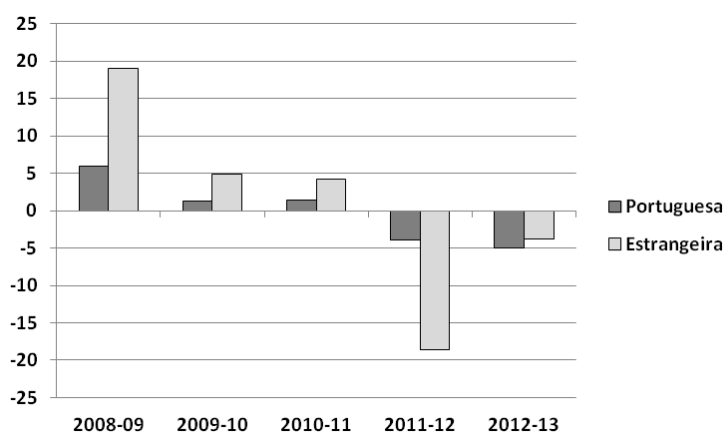
Quadro 4.31 – IVG por nacionalidade das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%)

| Nacionalidade | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Portuguesa | 84,2 | 82,6 | 82,1 | 81,7 | 84,1 | 83,9 | 83,1 |
| Estrangeira | 15,8 | 17,4 | 17,9 | 18,3 | 15,9 | 16,1 | 16,9 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Como se observou anteriormente, em 2011 o recurso à IVG inicia um ciclo no sentido da redução e este envolve decréscimos tanto ao nível das mulheres portuguesas como das estrangeiras (Figura 4.43). Contudo, nestas últimas, de 2011 para 2012, o decréscimo é mais acentuado, registando uma taxa de variação nos valores absolutos de -18,5% (Figura 4.43), traduzindo, assim, um forte contributo por parte das mulheres estrangeiras para a redução que a IVG conhece de 2011 para 2012. O que remete para os potenciais efeitos das migrações na população fértil e, por aí no comportamento da fecundidade (Mendes, 2016:98; Sobotka, 2016:59) e da IVG (Marrón, Fernández e Rodríguez, 2016:7).

Figura 4.43 – Evolução da taxa de variação de IVG (valores absolutos) por nacionalidade das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%)



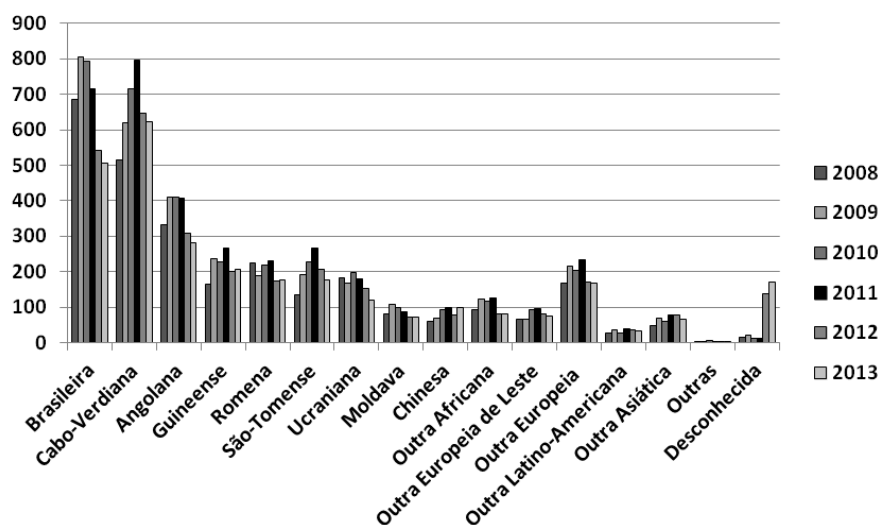
Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

De referir que ao longo do período e excetuando a passagem de 2011 para 2012, as mulheres estrangeiras vão sempre protagonizando acréscimos superiores aos das mulheres portuguesas e de 2012 para 2013 decrescem menos (Figura 4.43). Este comportamento diferencial traduz-se numa variação, de 2008 para 2013, em termos globais e de valores

absolutos, negativa (-0,7%) para as mulheres portuguesas e positiva (1,9%) para as mulheres estrangeiras. Facto que aponta para a relevância da população feminina estrangeira no comportamento da IVG, em Portugal, durante o período em causa.

As mulheres não portuguesas que recorrem à IVG em Portugal, de 2008 a 2013, apresentam como nacionalidades mais frequentes: a Brasileira, a Cabo-Verdiana, a Angolana, a Guineense, a Romena, a São-Tomense, a Ucrainiana, a Moldava e a Chinesa (Figura 4.44).

Figura 4.44 – IVG por nacionalidade das mulheres estrangeiras, Portugal, 2008-2013 (valores absolutos)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

É de sublinhar que são as mulheres de nacionalidade Brasileira e Cabo-Verdiana, seguidas da Angolana, que mais recorrem à IVG, em Portugal, no âmbito das mulheres estrangeiras, em todos os anos em análise (Figura 4.44). Bem como, também são estas mulheres que protagonizam, após 2011, as maiores quebras no número de episódios referidos à população estrangeira, com especial ênfase para as mulheres de nacionalidade Brasileira. Contudo, estas últimas já tinham começado a reduzir o seu número em 2010, implicando que as mulheres de nacionalidade Cabo-Verdiana passassem a apresentar, desde 2011, os maiores volumes de IVG associados à população estrangeira (Figura 4.44).

No seu conjunto, as mulheres de nacionalidade referida a países africanos são as que estão mais representadas, assumindo 48,1% das interrupções da gravidez realizadas, de 2008 a 2013, a pedido de mulheres de nacionalidade não portuguesa (Quadro 4.32). Seguem-se as mulheres de nacionalidades latino-americanas onde a Brasileira está associada a cerca de 95% dos episódios de IVG referidos a esse conjunto.

Quadro 4.32 – IVG por nacionalidade (regiões continentais) das mulheres estrangeiras, Portugal, 2008-2013 (%)

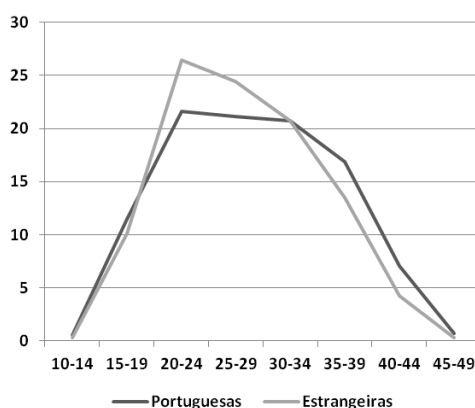
| Nacionalidade estrangeira | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
|---------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Africana | 44,2 | 47,5 | 48,6 | 51,2 | 48,6 | 47,9 | 48,1 |
| Latino-Americana | 25,5 | 25,2 | 23,4 | 20,8 | 19,5 | 18,9 | 22,3 |
| Europeia de Leste | 19,7 | 15,8 | 17,3 | 16,3 | 16,1 | 15,5 | 16,7 |
| Outra Europeia | 6,0 | 6,5 | 5,8 | 6,4 | 5,7 | 5,8 | 6,0 |
| Asiática | 3,9 | 4,2 | 4,4 | 4,9 | 5,3 | 5,8 | 4,7 |
| Outras | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Desconhecida | 0,5 | 0,7 | 0,4 | 0,4 | 4,7 | 5,9 | 1,9 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Em suma, o comportamento da IVG em Portugal de 2008 a 2013 surge, em parte, determinado pelo recurso das mulheres de nacionalidade estrangeira, em particular, na forma como evoluem os volumes de episódios ao longo do período.

Em termos estruturais, se atendermos ao perfil etário que marca o recurso à IVG, por parte das mulheres de nacionalidade estrangeira, observamos que é idêntico ao apresentado pelas mulheres portuguesas e, por aí, ao da IVG em geral. Porquanto, as maiores proporções destas mulheres encontram-se no intervalo dos 20 aos 34 anos (Figura 4.45).

Figura 4.45 – IVG por classes etárias, mulheres portuguesas e mulheres estrangeiras, Portugal, 2008-13 (%)



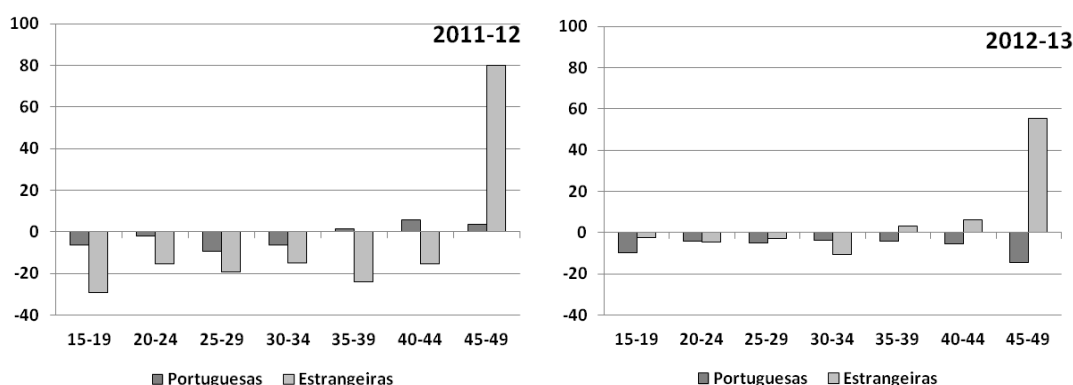
Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

De notar que as mulheres estrangeiras tendem a ter menores proporções do que as portuguesas nas idades mais jovens (até aos 19 anos de idade) e nas idades mais velhas (a partir dos 35 anos de idade), acentuando as maiores proporções no intervalo etário dos 20 aos 34 anos (Figura 4.45). Uma diferenciação que remete para a hipótese, por um lado, da existência de desequilíbrios na estrutura etária da população feminina migrante a favor das classes etárias dos 20 aos 34 anos ou para um calendário da fecundidade simultaneamente

mais precoce e mais tardio do que nas mulheres portuguesas. O remeteria para uma maior tolerância face à gravidez não desejada, nas idades mais jovens e mais velhas, do que nas mulheres portuguesas (Rossier, Toulemon e Prioux, 2009: 510).

Na análise da variação dos volumes, após 2011, por classes etárias, observa-se que, para 2012, a redução de episódios de IVG relativos às mulheres estrangeiras foi claramente mais elevado, em todas as classes etárias em causa, do que nos episódios relativos às mulheres portuguesas (Figura 4.46). O que reenvia para a existência de grandes alterações no comportamento da população fértil de nacionalidade estrangeira após 2011. Aliás é neste sentido que também aponta o forte declínio que ocorre na intensidade da fecundidade referida às mulheres de nacionalidade estrangeira em Portugal, com uma redução do ISF de 2,10 para 1,79, no período entre 2010 e 2012 (Sobotka, 2016:59).

Figura 4.46 – Taxas de variação de IVG (valores absolutos), mulheres portuguesas e estrangeiras, Portugal, 2011-12 e 2012-13 (%)



Fonte: DGS-Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Todavia, de 2012 para 2013, as reduções referidas às mulheres estrangeiras surgem com uma expressão muito menor, só se superiorizando às das mulheres portuguesas na classe etária 30-34 anos (Figura 4.46).

No comportamento por classes etárias confirma-se, mais uma vez, que a diminuição das IVG referidas à população feminina de nacionalidade estrangeira foi determinante para o início da redução do recurso à IVG em Portugal, efeito que, contudo, de 2012 para 2013, tende claramente a atenuar-se. Com as mulheres portuguesas a reduzir os seus episódios em todas as classes etárias nesta última transição anual (Figura 4.46). O que também remete para alterações no comportamento da população fértil portuguesa. Este comportamento convergente no sentido da redução dos volumes de IVG, tanto no âmbito das mulheres portuguesas como das estrangeiras, reenvia para as alterações no contexto

demográfico português, tanto a nível nacional como regional, decorrentes da dinâmica migratória adversa que se acentua após 2011 (Craveiro *et.al*, 2017: 51).

Quanto à situação conjugal, tanto nas mulheres estrangeiras como portuguesas e tal como já havia sido observado anteriormente para toda a população envolvida no recurso à IVG, as proporções são muito equilibradas entre as mulheres que se declaram a viver em casal e aquelas que o negam (Quadro 4.33). No entanto, identificam-se tendências claramente diferenciadas em função da nacionalidade.

Nas mulheres portuguesas são as que vivem em casal que estão proporcionalmente mais representadas em todos os anos, à exceção de 2010 e 2013 (Quadro 4.33). Enquanto nas mulheres estrangeiras a tendência segue o sentido oposto, são as mulheres que não vivem em casal que estão mais representadas ao longo do período, com exceção do ano de 2008.

Quadro 4.33 – IVG por situação conjugal, mulheres portuguesas e mulheres estrangeiras, Portugal, 2008-2013 (%)

| Situação conjugal | Mulheres portuguesas | | | | | | Total |
|-------------------|----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | |
| vive em casal | 51,0 | 51,0 | 49,8 | 50,2 | 50,1 | 49,6 | 50,3 |
| ñ vive em casal | 48,9 | 49,0 | 50,1 | 49,6 | 49,9 | 50,4 | 49,6 |
| desc. | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | 0,1 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

| Situação conjugal | Mulheres estrangeiras | | | | | | Total |
|-------------------|-----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | |
| vive em casal | 51,9 | 49,7 | 48,1 | 48,4 | 45,9 | 46,0 | 48,3 |
| ñ vive em casal | 48,0 | 50,3 | 51,8 | 51,4 | 54,1 | 54,0 | 51,6 |
| desc. | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

De notar que, após 2011, as mulheres portuguesas que vivem em casal reduzem o seu peso relativo, acabando em 2013 por serem as mulheres que não vivem em casal a predominarem proporcionalmente com 50,4% dos episódios (Quadro 4.33). No âmbito das mulheres estrangeiras nos dois últimos anos em observação (2012 e 2013) acentua-se também o predomínio das mulheres que não vivem em casal com 54% dos episódios em 2013 (Quadro 4.33). Este comportamento por nacionalidade, um tanto convergente, em termos de situação conjugal, está de acordo com o acentuar do carácter não conjugal do recurso à IVG em Portugal no final do período (Quadros 4.13, 4.14 e 4.15). O que, em parte, também é consistente, com o predomínio das mulheres solteiras em ambas as populações.

Com efeito, são as solteiras que estão mais representadas, tanto nas mulheres portuguesas como nas estrangeiras, seguidas das casadas (Quadro 4.34). Quanto às restantes categorias do estado civil, as divorciadas e as separadas estão mais presentes nas portuguesas.

Quadro 4.34 – IVG por estado civil, mulheres portuguesas e mulheres estrangeiras, Portugal, 2008-2013 (%)

| Estado Civil | Mulheres portuguesas | | | | | | Total |
|-------------------|----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | |
| Solteira | 57,8 | 60,2 | 62,1 | 64,4 | 64,5 | 66,4 | 62,6 |
| Casada | 30,6 | 28,1 | 26,1 | 24,4 | 24,7 | 23,3 | 26,2 |
| Divorciada | 9,1 | 9,2 | 9,6 | 9,0 | 8,9 | 8,3 | 9,0 |
| Separada | 2,0 | 1,8 | 1,6 | 1,6 | 1,4 | 1,6 | 1,7 |
| Viúva | 0,5 | 0,6 | 0,5 | 0,4 | 0,5 | 0,3 | 0,5 |
| Desc. | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

| Estado Civil | Mulheres estrangeiras | | | | | | Total |
|-------------------|-----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | |
| Solteira | 65,0 | 68,1 | 69,2 | 71,3 | 69,6 | 68,9 | 68,8 |
| Casada | 29,0 | 26,3 | 24,9 | 23,5 | 24,7 | 25,6 | 25,5 |
| Divorciada | 3,8 | 3,3 | 3,9 | 3,2 | 3,9 | 3,6 | 3,6 |
| Separada | 1,7 | 1,8 | 1,4 | 1,2 | 1,3 | 1,4 | 1,5 |
| Viúva | 0,5 | 0,5 | 0,3 | 0,6 | 0,5 | 0,4 | 0,5 |
| Desc. | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,1 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

De referir que o predomínio das mulheres solteiras tende a acentuar-se nas mulheres portuguesas, ao longo do período, enquanto nas mulheres estrangeiras ele enfraquece após 2011 (Quadro 4.34). Esta diferenciação prende-se com o facto de os decréscimos nos episódios referidos às mulheres estrangeiras serem mais acentuados do que nos episódios referidos às mulheres portuguesas, de 2011 a 2013, tanto nas solteiras como nas casadas (Quadro 4.35).

Quadro 4.35 – Evolução da taxa de variação dos valores absolutos de IVG, por solteiras e casadas, mulheres portuguesas e mulheres estrangeiras, Portugal, 2008-2013 (%)

| Estado Civil | Mulheres portuguesas | | | | | |
|--------------|----------------------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| | 2008-09 | 2009-10 | 2010-11 | 2011-12 | 2012-13 | 2008-2013 |
| Solteira | 10,3 | 4,5 | 5,2 | -3,7 | -2,2 | 14,1 |
| Casada | -2,7 | -6,0 | -5,1 | -2,9 | -10,2 | -24,4 |

| Estado Civil | Mulheres estrangeiras | | | | | |
|--------------|-----------------------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| | 2008-09 | 2009-10 | 2010-11 | 2011-12 | 2012-13 | 2008-2013 |
| Solteira | 24,6 | 6,7 | 7,3 | -20,6 | -4,7 | 8,0 |
| Casada | 7,9 | -0,6 | -1,6 | -14,6 | -0,1 | -10,0 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

De referir, no entanto, que tanto nas portuguesas como nas estrangeiras, de 2008 a 2013, as mulheres solteiras têm uma variação positiva e as mulheres casadas uma variação negativa (Quadro 4.35). Todavia, essas variações são muito mais acentuadas nas mulheres portuguesas, remetendo, em termos globais e de valores absolutos, para um maior aumento dos episódios referidos às mulheres solteiras e uma maior redução dos episódios referidos às mulheres casadas, face ao que ocorre no âmbito das mulheres estrangeiras (Quadro 4.35).

Em síntese, são as mulheres a viver em casal e as mulheres casadas que, de 2008 a 2013, mais tendem a reduzir a sua presença no recurso à IVG em Portugal, uma tendência que se acentua com as reduções que ocorrem após 2011, tanto nas portuguesas como nas estrangeiras. Contudo, nas mulheres estrangeiras, essas reduções são mais determinantes na forma como também afetam as mulheres solteiras no seu conjunto.

Quanto à distribuição por número de filhos existentes, as mulheres estrangeiras apresentam o mesmo comportamento que as portuguesas, na medida em que as proporções de episódios vão decaindo à medida que o número de filhos aumenta (Quadro 4.36). Todavia, as proporções de mulheres sem filhos e com um filho apresentam valores mais próximos do que no âmbito das mulheres portuguesas. E por outro lado, as mulheres com 3 e mais filhos estão proporcionalmente mais presentes (Quadro 4.36). Uma diferenciação que é consistente com a maior tendência que as mulheres migrantes na envolvidas no recurso à interrupção da gravidez têm para apresentarem maiores proporções, do que as mulheres nacionais, nas categorias com filhos e nas categorias com as descendências mais numerosas (Rossier, Toulemon e Prioux, 2009: 510).

Quadro 4.36 – IVG por número de filhos existentes, mulheres portuguesas e mulheres estrangeiras, Portugal, 2008-2013 (%)

| NºFilhos | Mulheres portuguesas | | | | | | Total |
|--------------|----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | |
| 0 | 39,9 | 40,4 | 40,3 | 40,4 | 40,7 | 40,5 | 40,3 |
| 1 | 28,6 | 28,9 | 28,9 | 29,3 | 29,8 | 30,0 | 29,2 |
| 2 | 23,4 | 22,8 | 22,9 | 22,6 | 21,8 | 22,1 | 22,6 |
| 3 | 6,0 | 5,9 | 6,0 | 5,7 | 5,8 | 5,7 | 5,8 |
| 4e+ | 2,1 | 2,1 | 2,0 | 2,0 | 1,9 | 1,7 | 2,0 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

| NºFilhos | Mulheres estrangeiras | | | | | | Total |
|--------------|-----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | |
| 0 | 38,0 | 37,4 | 36,8 | 38,4 | 38,6 | 39,2 | 38,0 |
| 1 | 30,8 | 30,6 | 30,0 | 30,1 | 29,9 | 30,6 | 30,3 |
| 2 | 21,8 | 21,3 | 22,6 | 20,9 | 21,2 | 21,2 | 21,5 |
| 3 | 6,0 | 7,1 | 7,3 | 7,1 | 6,8 | 6,5 | 6,8 |
| 4e+ | 3,5 | 3,6 | 3,3 | 3,4 | 3,5 | 2,6 | 3,3 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

De facto, as mulheres portuguesas concentram, no período, 40,3% dos seus episódios em mulheres sem filhos, apresentando claramente menores proporções nas restantes categorias de mulheres por número de filhos, relativamente ao que ocorre nas mulheres estrangeiras, com a exceção da categoria com dois filhos (Quadro 4.36).

Quadro 4.37– Evolução da taxa de variação dos valores absolutos de IVG, por número de filhos existentes, mulheres portuguesas e estrangeiras, Portugal, 2008-2013 (%)

| NºFilhos | Mulheres portuguesas | | | | | |
|--------------|----------------------|------------|------------|-------------|-------------|--------------|
| | 2008-09 | 2009-10 | 2010-11 | 2011-12 | 2012-13 | 2008-13 |
| 0 | 7,1 | 1,0 | 1,6 | -3,1 | -5,5 | 0,7 |
| 1 | 7,0 | 1,3 | 2,8 | -2,1 | -4,5 | 4,3 |
| 2 | 3,2 | 1,7 | 0,3 | -7,6 | -3,3 | -6,0 |
| 3 | 3,3 | 2,6 | -2,6 | -2,8 | -6,6 | -6,3 |
| 4e+ | 6,7 | -2,7 | 0,3 | -8,3 | -16,7 | -20,4 |
| Total | 5,9 | 1,3 | 1,4 | -3,9 | -5,0 | -0,7 |

| NºFilhos | Mulheres estrangeiras | | | | | |
|--------------|-----------------------|------------|------------|--------------|-------------|--------------|
| | 2008-09 | 2009-10 | 2010-11 | 2011-12 | 2012-13 | 2008-13 |
| 0 | 17,0 | 3,3 | 8,7 | -18,2 | -2,4 | 4,9 |
| 1 | 18,5 | 2,7 | 4,7 | -19,3 | -1,5 | 1,3 |
| 2 | 16,6 | 11,0 | -3,4 | -17,6 | -3,5 | -0,7 |
| 3 | 40,7 | 8,1 | 2,0 | -22,0 | -8,9 | 10,2 |
| 4e+ | 23,7 | -3,3 | 5,2 | -14,8 | -29,8 | -24,7 |
| Total | 19,0 | 4,9 | 4,1 | -18,5 | -3,8 | 1,9 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Sabendo que até 2011 os episódios de IVG referidos às mulheres estrangeiras conhecem acréscimos sempre superiores aos referidos às mulheres portuguesas, as

reduções que ocorrem após 2011 são fortemente determinantes dos resultados no período por nacionalidade. Logo, de 2008 para 2013, as mulheres portuguesas registam quebras nos volumes de episódios referidos às mulheres com dois e mais filhos, sendo mais acentuadas nos referidos às mulheres com as descendências mais numerosas (Quadro 4.37). Enquanto, nas mulheres estrangeiras as quebras registadas envolvem as categorias com dois filhos e com 4 e mais filhos, sendo também fortemente acentuada nesta última.

Os decréscimos mais acentuados nos episódios referidos à categoria das mulheres com a descendência mais numerosa deverão ser entendidos aqui, tendo em conta que esta categoria agrega os volumes mais reduzidos de IVG ao longo de todo o período, tanto nas portuguesas como estrangeiras (Quadro 4.36).

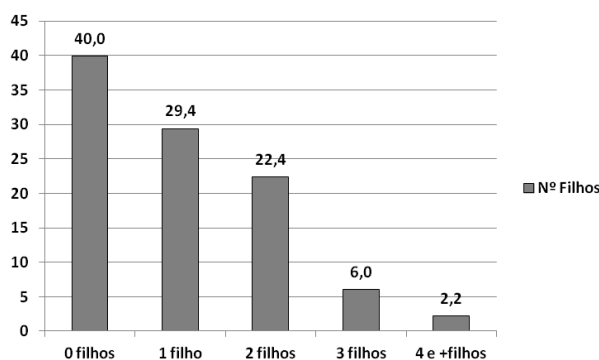
Em síntese, de 2008 a 2013, atendendo ao comportamento da IVG por nacionalidade das mulheres, o decréscimo no número de episódios em Portugal envolve sobretudo uma redução no recurso por parte de mulheres dos 20 aos 34 anos de idade, a viver em casal, tanto solteiras como casadas, e com 2 e mais filhos. Na continuidade, surgem como principais intervenientes na IVG, independentemente da nacionalidade, as mulheres dos 20 aos 34 anos de idade, que não vivem em casal, solteiras, e sem filhos ou com um filho.

Na primeira abordagem das características sociodemográficas das mulheres envolvidas no recurso à IVG, de 2008 a 2013, paralelamente à idade, a existência ou não de filhos e o seu número surgem com uma forte pertinência na definição do perfil comportamental da IVG em Portugal. A estruturação da população feminina que recorre à IVG em torno do número de filhos impõe-se assim à fase seguinte da análise onde se pretende aferir da relação existente, em Portugal, entre o comportamento da IVG e o da fecundidade.

5. ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE IVG E A FECUNDIDADE

Segunda a caracterização anterior, em termos de características reprodutivas, o recurso à IVG surge claramente, associado tanto as mulheres sem filhos (40%), como a mulheres com filhos (60%), em particular, com um (29,4%) e dois (22,4%) (Figura 5.1). Esta observação situa, desde já, o recurso à IVG em Portugal, de 2008 a 2013, na gestão do momento de procriar, sobretudo, o primeiro filho, o segundo filho e o terceiro filho.

Figura 5.1 – IVG por número de filhos das mulheres, Portugal, 2008-13 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Sabendo que a existência de um projeto reprodutivo se mantém estreitamente associado à existência de um projeto conjugal dentro ou fora do casamento (Hobcraft e Kiernan, 1995; Régnier-Loilier e Solaz, 2010:69), a análise da IVG, tendo em conta os filhos existentes, implica obrigatoriamente considerar a situação conjugal das mulheres por número de filhos. Neste sentido, se, relativamente às mulheres sem filhos, se pode colocar com alguma pertinência a hipótese de que sejam sobretudo mulheres que não vivem em casal, no caso das mulheres com filhos a situação conjugal será mais diversificada, sendo mais difícil de definir qual a sua relevância na opção pela interrupção de uma gravidez num dado momento da sua vida reprodutiva.

5.1 A SITUAÇÃO CONJUGAL E O ESTADO CIVIL

De 2008 a 2013, 93,4% das mulheres sem filhos que optaram por interromper uma gravidez declararam-se solteiras e destas cerca de 78,2% afirmaram não viver em casal (Quadro 5.1). Deste modo, as mulheres sem filhos surgem como preponderantemente solteiras, sendo que são sobretudo solteiras não coabitantes.

Quanto às mulheres com filhos, também são as solteiras que predominam (43,8%) apesar de ser por pequena margem, face às casadas (40,7%) (Quadro 5.1). Observa-se assim, nas mulheres com filhos, um certo equilíbrio entre solteiras e casadas, sendo que

mais de metade das solteiras vive em casal. O que está de acordo com o facto de 70,3% das mulheres com filhos serem mulheres que vivem em conjugalidade.

Quadro 5.1– IVG por estado civil e situação conjugal, mulheres sem filhos e com filhos, Portugal, de 2008-13 (%)

| Mulheres sem filhos | | | | | Mulheres com filhos | | | | |
|---------------------|-------------------|-----------------|------------|-------------|---------------------|-------------------|-----------------|------------|-------------|
| Estado civil | Situação conjugal | | | Total | Estado civil | Situação conjugal | | | Total |
| | Vive em casal | ñ Vive em casal | Desc. | | | Vive em casal | ñ Vive em casal | Desc. | |
| Solteiras | 15,1 | 78,2 | 0,1 | 93,4 | Solteiras | 24,8 | 19,0 | 0,0 | 43,8 |
| Casadas | 3,7 | 0,3 | 0,0 | 4,0 | Casadas | 39,7 | 1,0 | 0,0 | 40,7 |
| Divorciadas | 0,5 | 1,5 | 0,0 | 2,0 | Divorciadas | 4,9 | 7,3 | 0,0 | 12,1 |
| Separadas | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,4 | Separadas | 0,5 | 2,0 | 0,0 | 2,5 |
| Viúvas | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | Viúvas | 0,3 | 0,4 | 0,0 | 0,7 |
| Desconhecido | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | Desconhecido | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 |
| Total | 19,4 | 80,5 | 0,1 | 100 | Total | 70,3 | 29,7 | 0,1 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Relativamente às mulheres pertencentes às outras categorias do estado civil, onde as divorciadas assumem a maior expressão, apresentam-se como sendo sobretudo mulheres com filhos e tendencialmente sem compromisso conjugal (Quadro 5.1).

Em suma, no recurso à IVG, durante o período em análise, confirma-se que as mulheres sem filhos são preponderantemente solteiras que não vivem em casal e que as mulheres com filhos vivem tendencialmente em casal e são sobretudo solteiras ou casadas, sendo que cerca de 12% são divorciadas. A expressiva presença das solteiras no grupo das mulheres com filhos reenvia para o crescente protagonismo reprodutivo da mulher solteira (Mendes, 2016:85-86). O recurso à IVG em Portugal surge assim associado à regulação da fecundidade dentro e fora do casamento e tanto em contexto conjugal como não conjugal.

A introdução nesta análise do número de filhos por estado civil e situação conjugal permite ainda aferir da potencial diferenciação em função do número de filhos existentes. Como se verificou anteriormente, no conjunto das mulheres com filhos que recorrem à IVG, de 2008 a 2013, encontram-se predominantemente mulheres com um filho e dois filhos (Figura 5.1). Apesar de em ambas as categorias, as mulheres que vivem em casal se encontrarem mais representadas, nas mulheres com um filho são ainda as solteiras que estão, claramente, em maior proporção (55%), enquanto nas mulheres com dois filhos já são as casadas (52,3%) (Quadro 5.2).

Quadro 5.2 – IVG por estado civil e situação conjugal, mulheres com um filho e com dois filhos, Portugal, de 2008-13 (%)

| Mulheres com 1 filho | | | | | Mulheres com 2 filhos | | | | |
|----------------------|-------------------|-----------------|------------|------------|-----------------------|-------------------|-----------------|------------|------------|
| Estado civil | Situação conjugal | | | Total | Estado civil | Situação conjugal | | | Total |
| | Vive em casal | ñ Vive em casal | Desc. | | | Vive em casal | ñ Vive em casal | Desc. | |
| Solteiras | 27,6 | 27,4 | 0,0 | 55,0 | Solteiras | 21,2 | 10,4 | 0,0 | 31,6 |
| Casadas | 29,6 | 1,0 | 0,0 | 30,5 | Casadas | 51,3 | 1,0 | 0,0 | 52,3 |
| Divorciadas | 3,9 | 7,7 | 0,0 | 11,6 | Divorciadas | 5,4 | 7,0 | 0,0 | 12,5 |
| Separadas | 0,4 | 1,9 | 0,0 | 2,3 | Separadas | 0,5 | 2,1 | 0,0 | 2,6 |
| Viúvas | 0,2 | 0,3 | 0,0 | 0,5 | Viúvas | 0,4 | 0,5 | 0,0 | 0,9 |
| Desconhecido | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | Desconhecido | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 |
| Total | 61,6 | 38,4 | 0,1 | 100 | Total | 78,8 | 21,1 | 0,1 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

De notar que nas mulheres com dois filhos encontram-se presentes mais mulheres pertencentes às outras categorias do estado civil como as divorciadas, separadas e viúvas. Estas, independentemente de terem um ou dois filhos, apresentam-se como sendo tendencialmente não coabitantes (Quadro 5.2).

As mulheres com três filhos tendem a apresentar o mesmo perfil conjugal das mulheres com dois filhos, maior presença de mulheres casadas e as mulheres solteiras são sobretudo coabitantes (Quadro 5.3). É nas mulheres com três filhos que se encontra a maior proporção de mulheres divorciadas (13,7%) cuja situação conjugal surge aqui mais expressiva em torno das coabitantes (7,1%).

Quadro 5.3 – IVG por estado civil e situação conjugal, mulheres com três filhos e com quatro e mais filhos, Portugal, de 2008-13 (%)

| Mulheres com 3 filhos | | | | | Mulheres com 4 e +filhos | | | | |
|-----------------------|-------------------|-----------------|------------|------------|--------------------------|-------------------|-----------------|------------|------------|
| Estado civil | Situação conjugal | | | Total | Estado civil | Situação conjugal | | | Total |
| | Vive em casal | ñ Vive em casal | Desc. | | | Vive em casal | ñ Vive em casal | Desc. | |
| Solteiras | 24,3 | 11,4 | 0,0 | 35,7 | Solteiras | 27,3 | 13,6 | 0,0 | 41,0 |
| Casadas | 45,7 | 1,0 | 0,0 | 46,7 | Casadas | 41,6 | 1,1 | 0,0 | 42,8 |
| Divorciadas | 7,1 | 6,6 | 0,0 | 13,7 | Divorciadas | 6,8 | 4,9 | 0,0 | 11,7 |
| Separadas | 0,6 | 2,0 | 0,0 | 2,6 | Separadas | 0,9 | 1,9 | 0,0 | 2,8 |
| Viúvas | 0,5 | 0,7 | 0,0 | 1,2 | Viúvas | 0,8 | 0,8 | 0,0 | 1,7 |
| Desconhecido | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | Desconhecido | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Total | 78,2 | 21,7 | 0,1 | 100 | Total | 77,5 | 22,4 | 0,0 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Finalmente nas mulheres com quatro e mais filhos que representam apenas 2,2% das mulheres que recorrem à IVG, durante o período em análise, volta a surgir um certo equilíbrio entre as mulheres casadas (42,8%) e as mulheres solteiras (41%). Contudo, estas últimas mantêm-se sobretudo coabitantes, bem como as divorciadas (Quadro 5.3).

Em síntese, no recurso à IVG, a existência ou não de filhos e o seu número estrutura diferenças em função do estado civil e da situação conjugal das mulheres. No caso das

mulheres sem filhos e com um filho predominam as solteiras. Mas, se as que não têm filhos são tendencialmente mulheres que não vivem em casal, as que têm um filho dividem-se de forma proporcionalmente muito próxima, entre as que vivem (27,6%) e não vivem em casal (27,4%). Todavia, considerando solteiras e casadas, as mulheres com um filho que recorrem à IVG surgem como vivendo tendencialmente em conjugalidade (Quadro 5.2).

Nas mulheres com dois filhos ou mais, as proporções das mulheres casadas (52,3%) sobrepõem-se às registadas pelas mulheres solteiras (31,6%). Sendo que estas reforçam, aqui, a tendência para se tratar, sobretudo, de coabitantes, o que se define como regular até ao número máximo de filhos em causa (Quadros 5.2 e 5.3). É de sublinhar o forte protagonismo das casadas no âmbito das mulheres com dois filhos e o facto de, no âmbito das mulheres com 3 ou mais filhos, apesar de se manter a maior presença de casadas, as solteiras voltam a aumentar as suas proporções, inclusive, no âmbito das não coabitantes (Quadro 5.3). O que reenvia para uma maior relevância do estado civil e da situação conjugal no âmbito das mulheres com mais de dois filhos que recorrem, por opção, à interrupção de uma gravidez.

Como já foi referido anteriormente, no recurso à IVG, durante o período em análise, a seguir às mulheres solteiras e às mulheres casadas, surgem as mulheres divorciadas, contudo, numa proporção claramente menor face às duas primeiras categorias. As mulheres divorciadas estão proporcionalmente mais presentes nas mulheres com dois e três filhos, sendo que tendem a ser coabitantes quando têm mais do que dois filhos. Por sua vez, as mulheres que se declaram separadas e viúvas são as que apresentam as proporções mais reduzidas, sendo que estão relativamente mais presentes nas mulheres com quatro e mais filhos. De referir que as mulheres separadas e viúvas tendem maioritariamente a ser não coabitantes, embora essa superioridade se esbata à medida que aumenta o número de filhos existentes.

Relembra-se que nas categorias acima dos dois filhos já está implicado um número reduzido de mulheres, pois como referimos anteriormente, o recurso à IVG decai fortemente a partir dos três filhos. Neste sentido, também se deve ter em conta a pouca expressão dos valores associados, em especial, à presença das mulheres separadas e viúvas, no recurso à interrupção da gravidez sob enquadramento legal, de 2008 a 2013. Estes factos e as tendências identificadas até ao momento, consubstanciam a hipótese de que o recurso à IVG refere-se à gestão que as mulheres fazem da ocorrência de uma gravidez não desejada, em torno de quatro situações referidas ao momento do seu percurso de vida, pela articulação entre o número de filhos existentes, o seu estado civil e a sua situação conjugal.

A primeira situação é a que envolve as mulheres sem filhos, sobretudo, quando solteiras e não coabitantes. A segunda situação é a que envolve as mulheres com um filho, sobretudo quando solteiras, coabitantes ou não. A terceira situação é a que envolve as

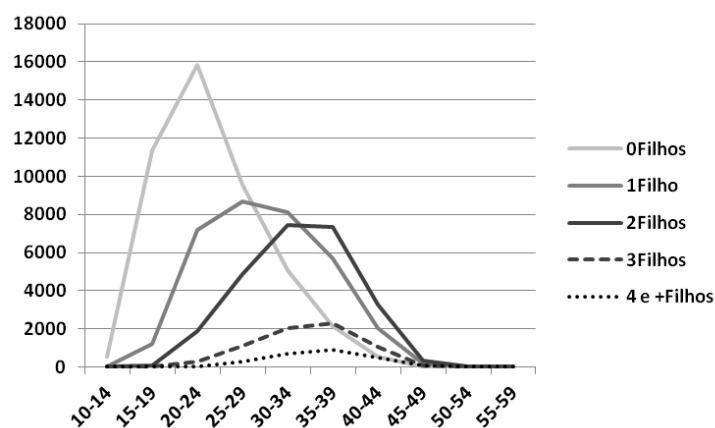
mulheres com dois filhos, independentemente do estado civil, a viver ou não em casal (sendo que no caso das divorciadas, separadas e viúvas, tendem a ser não coabitantes). E, finalmente, a quarta situação que envolve as mulheres com três e mais filhos e onde a situação conjugal e o estado civil parecem voltar a assumir alguma relevância.

Em suma, se nas mulheres com filhos o recurso à IVG remete para o espaçamento ou para a limitação dos nascimentos, em particular, em torno da existência de um e de dois filhos, e para a relevância do estado civil ou da situação conjugal, sobretudo, no que se refere ao expressivo envolvimento de mulheres solteiras. Nas mulheres sem filhos para além da forte relevância do estado civil e da situação conjugal, é a referência a uma idade própria para procriar que emerge como podendo ser determinante (Sihvo *et.al*, 2003: 601).

5.2 MOMENTOS IVG

Através da distribuição pelas classes etárias das categorias por número de filhos, observa-se uma forte presença das mulheres sem filhos nas classes etárias envolvidas no intervalo dos 15 aos 29 anos de idade, com especial acentuação na classe etária 20-24 anos (Figura 5.2). Deste modo, o recurso à IVG, nas idades até aos 29 anos, surge expressivamente associado ao adiamento do momento de iniciar o percurso reprodutivo.

Figura 5.2 – IVG por número de filhos e classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-13 (valores absolutos)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

A partir dos 25 anos de idade, a presença das mulheres com filhos assume visibilidade, contudo, de uma forma diferenciada segundo o número de filhos existentes (Figura 5.2). Neste sentido, o adiamento do segundo filho, que, em parte já marca a classe etária 25-29 anos, mantém-se, sensivelmente presente, na mesma ordem de grandeza, na classe etária 30-34 anos, decrescendo a partir daí. O adiamento do terceiro filho tem a sua maior expressão no intervalo etário dos 30 aos 39 anos (Figura 5.2). De salientar ainda que

as mulheres com três ou mais filhos registam os seus maiores volumes na classe etária dos 35-39 anos, indicando tratar-se, sobretudo de mulheres que procuram limitar o número de filhos.

Ora, atendendo a esta distribuição, pelas classes etárias, das mulheres em função do número de filhos e, sabendo que as mulheres sem filhos e com um filho são tendencialmente solteiras, apresentando-se as primeiras como não vivendo em casal, bem como uma parte das segundas, não será, pois, surpreendente que sejam essas as características predominantes nas mulheres que recorrem à IVG até aos 29 anos. Idade após a qual as características conjugais e reprodutivas das mulheres se devem alterar substancialmente.

Com efeito, na estruturação do comportamento da IVG, entendida aqui como um fenómeno que se enquadra no âmbito das opções reprodutivas das mulheres e dos casais, assume especial relevância a relação entre a idade e as características reprodutivas das mulheres. Em causa está a articulação entre o percurso de vida, nas suas várias dimensões, e o percurso reprodutivo, na sua forte especificidade biológica e social no feminino (Sihvo,2003: 601). É sob esta perspetiva, que a abordagem seguinte do fenómeno, em torno do que denominamos de momentos IVG, está estruturada em função da articulação entre a idade²⁸⁷ e o número de filhos já nascidos, considerando o cruzamento com o estado civil, a situação conjugal, bem como, com o nível de escolaridade e a situação laboral das mulheres²⁸⁸. Sabendo que, na atualidade, tanto a situação em termos de vida ativa e como os recursos escolares são fortemente determinantes nas opções reprodutivas das mulheres (Kohler, Billari e Ortega, 2002: 656; 659; Sihvo *et.al*, 2003: 604-605; Berrington, Stone e Beaujouan, 2015:754-56; Beaujouan, Brzozowska e Zeman, 2016: 275; Testa, 2017: 5-6), a introdução destas duas últimas variáveis impõe-se como fortemente pertinente nesta fase da análise.

5.2.1 Classe etária 15-19 anos

Em Portugal, de 2008 a 2013, 11,2% das mulheres que recorrem à IVG têm idades referidas à classe etária 15-19 anos cujos volumes começam a declinar a partir de 2010. Aliás, esta classe etária, conjuntamente com a classe etária 10-14 anos, constitui o intervalo etário

²⁸⁷ Entendeu-se não incluir aqui as classes etárias do final da carreira reprodutiva (50-54 anos e 55-59 anos), pelo número reduzido de episódios que envolve (10). Igualmente também não se considerou para esta fase da análise a classe etária 10-14 anos na qual se encontram apenas implicados 0,5% dos episódios de IVG realizados em Portugal de 2008 a 2013.

²⁸⁸ Antes de avançar na análise, importa referir que os totais apresentados não são iguais a 100, pois foram retiradas as situações com pouca expressão quantitativa (outras situações e as respostas desconhecidas).

onde o recurso à IVG mais decaiu no período de 2008 a 2013. Um comportamento que traduz uma clara redução no número de jovens mulheres, com idades até aos 19 anos, que recorrem à interrupção voluntária da gravidez em Portugal.

Como era expectável, nesta classe etária encontram-se fortemente envolvidas mulheres que ainda não iniciaram a sua carreira reprodutiva e que se apresentam como solteiras e não coabitantes ao longo de todo o período em análise (Quadro 5.4).

Relativamente às jovens dos 15 aos 19 anos que já iniciarem o seu percurso reprodutivo e recorrem à IVG, são sobretudo mulheres com 1 filho e predominantemente solteiras onde as proporções das não coabitantes tendem a impor-se, por uma margem reduzida, às das coabitantes (Quadro 5.4). Seguem-se as mulheres com 2 filhos cuja presença se pode considerar residual (entre 0,3% a 0,8%) e que tendem também a ser sobretudo solteiras, mas coabitantes (Quadro 5.4).

Quadro 5.4 – IVG por número de filhos, estado civil e situação conjugal das mulheres, classe etária 15-19 anos, Portugal, de 2008-2013 (%)

| Classe etária 15-19 anos - Mulheres com 0 Filhos | | | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 0Filhos |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 6,7 | 82,1 | 0,8 | 0,2 | | | 89,7 |
| 2009 | 6,7 | 82,2 | 0,3 | 0,2 | 0,0 | 0,2 | 89,7 |
| 2010 | 7,1 | 80,8 | 0,3 | 0,0 | | | 88,4 |
| 2011 | 6,8 | 81,3 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 88,7 |
| 2012 | 5,9 | 84,1 | 0,3 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | 90,7 |
| 2013 | 7,0 | 83,6 | 0,4 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 91,2 |

| Classe etária 15-19 anos - Mulheres com 1 Filho | | | | | | | |
|--|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 1Filho |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 4,2 | 4,2 | 1,3 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 9,9 |
| 2009 | 4,0 | 4,1 | 1,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 9,5 |
| 2010 | 4,8 | 5,1 | 1,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 11,0 |
| 2011 | 3,8 | 5,3 | 0,8 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 10,3 |
| 2012 | 4,1 | 3,6 | 0,6 | 0,0 | | | 8,3 |
| 2013 | 3,4 | 4,0 | 0,6 | 0,0 | | | 8,0 |

| Classe etária 15-19 anos - Mulheres com 2 Filhos | | | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 2Filhos |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | | | 0,3 |
| 2009 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,0 | | | 0,8 |
| 2010 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | | | 0,3 |
| 2011 | 0,4 | 0,3 | 0,1 | 0,0 | | | 0,8 |
| 2012 | 0,3 | 0,2 | 0,1 | 0,0 | | | 0,6 |
| 2013 | 0,4 | 0,1 | 0,3 | 0,0 | | | 0,8 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Em suma, no recurso à IVG, nos primeiros seis anos após a despenalização, as jovens mulheres com idades referidas à classe etária 15-19 anos surgem fortemente determinadas a interromper uma gravidez não desejada quando ainda não iniciaram a sua carreira reprodutiva e sejam solteiras não coabitantes.

Em causa estará, em parte, a recusa da maternidade celibatária mas sobretudo estará a recusa da maternidade numa idade entendida como precoce ou a existência, no âmbito desta classe etária, de uma subjacente pressão para o adiamento do momento de procriar (Sihvo *et.al*, 2003: 603; 605). Na observação da situação laboral das mulheres em causa pode identificar-se o impacto potencial, da fase do ciclo de vida em que se encontram, na sua decisão de interromper uma gravidez.

Nas mulheres sem filhos, 73,1% são estudantes, seguem-se as desempregadas, em 11,6% das situações e as trabalhadoras não qualificadas em 7,5% (Quadro 5.5). O envolvimento na carreira escolar assume assim uma evidente relevância no recurso à IVG na classe etária 15-19 anos, seguindo-se as situações laborais precárias.

Nas mulheres com 1 filho, é a ligação à vida ativa que surge como mais determinante (74,2%) (Quadro 5.5). Estas mulheres não só já iniciaram a sua carreira reprodutiva como também o seu percurso de vida ativa, apresentando-se, por isso, como desempregadas em 42,5% das situações, seguindo-se as situações menos qualificadas (30,1%). No entanto, é de assinalar o facto de 20% destas mulheres também se declararem estudantes (Quadro 5.5).

Quadro 5.5 – IVG por situação laboral e número de filhos das mulheres, classe etária 15-19 anos, Portugal, de 2008-13 (%)

| Classe etária 15-19 anos | | | |
|---|------------|------------|------------|
| Situação Laboral | 0filhos | 1filho | 2filhos |
| Desempregado | 11,6 | 42,5 | 40,3 |
| Trabalhadores ã qualificados | 7,5 | 18,3 | 27,3 |
| Estudante | 73,1 | 20,0 | 5,2 |
| Agricultores, Operários, Artífices e outros Trabalhadores ã Qualificados | 4,9 | 11,8 | 10,4 |
| Pessoal Administrativo, Serviços e Similares | 1,1 | 1,3 | 1,3 |
| Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio | 0,3 | 0,3 | 0,0 |
| Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Trabalho doméstico - ã remunerado | 0,8 | 5,4 | 14,3 |
| Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Forças militares e militarizadas | 0,4 | 0,0 | 1,3 |
| Desc. | 0,2 | 0,4 | 0,0 |
| Total | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Apesar da presença das mulheres com 2 filhos ser residual no recurso à IVG, no âmbito da classe etária 15-19 anos, importa observar que o seu perfil em termos de situação laboral é claramente distinto das mulheres com 0 filhos ou 1 filho. Apenas 5,2% delas se assumem como estudantes e surgem fortemente associadas às situações de desemprego (40,3%) e pouco ou não qualificadas (37,7%). De referir ainda que 14,3% destas mulheres se declaram domésticas (Quadro 5.5).

Em síntese, nas mulheres com filhos cujas idades se integram na classe etária 15-19 anos, o recurso à IVG surge determinado sobretudo pelas situações laborais precárias,

assumindo forte relevância a situação de desemprego. De realçar que nas mulheres com 1 filho o envolvimento com a carreira escolar também assume visível relevância.

A distribuição por nível de escolaridade traduz de certa forma a diferenciação encontrada, no âmbito da situação laboral, em função do número de filhos. Até ao Ensino Básico 3º ciclo, os níveis de escolaridade mais baixos vão assumindo maiores proporções à medida que o número de filhos aumenta. Inversamente nos níveis de escolaridade mais elevados as proporções vão decaindo à medida que se vai passando das mulheres com 0 filhos, para as mulheres com 1 filho e destas para as com 2 filhos (Quadro 5.6).

Quadro 5.6 – IVG por número de filhos e nível de escolaridade das mulheres, classe etária 15-19 anos, Portugal, de 2008-13 (%)

| Classe etária 15-19 anos | | | |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|
| Nível de escolaridade | 0filhos | 1filho | 2filhos |
| E.Básico 1ºc | 2,3 | 8,2 | 23,4 |
| E.Básico 2ºc | 18,7 | 36,6 | 33,8 |
| E.Básico 3ºc | 47,0 | 41,3 | 23,4 |
| E.Secundário | 31,9 | 12,4 | 7,8 |
| E.Superior | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Sabe ler sem ter frequent. a escola | 0,1 | 0,5 | 6,5 |
| Não sabe ler nem escrever | 0,0 | 0,8 | 5,2 |
| Desc. | 0,1 | 0,2 | 0,0 |
| Total | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Em suma, na classe etária dos 15-19 anos surge como determinante no recurso à IVG, ainda não ter iniciado a carreira reprodutiva e ser solteira não coabitante, o que vai de par com um forte envolvimento no percurso escolar. O já ter iniciado o percurso reprodutivo também apresenta alguma relevância nesta classe etária sobretudo nas mulheres com 1 filho envolvidas em situações laborais precárias e pouco ou não qualificadas, mas também no percurso escolar. A relevância das situações laborais precárias e pouco ou não qualificadas reforça-se ainda nas mulheres com 2 filhos. Em termos de nível de escolaridade, são os níveis mais baixos que predominam, contudo, um domínio que se agrava na passagem para as mulheres com filhos e nestas, à medida que o número se eleva. De qualquer modo, as mulheres sem filhos são visivelmente as mais escolarizadas (Quadro 5.6).

5.2.2 Classe etária 20-24 anos

No recurso à IVG, em Portugal, de 2008 a 2013, 22,4% das mulheres têm idades referidas à classe etária 20-24 anos, sendo esta a que agrega, em termos globais e de valores absolutos, os maiores volumes de episódios de IVG no período. A este propósito, é de referir que o protagonismo que as mulheres desta classe etária assumem no recurso à IVG

é seguido, com valores expressivamente muito próximos, pelo das mulheres da classe etária 25-29 anos (21,7%)²⁸⁹.

Quadro 5.7 – IVG por número de filhos, estado civil e situação conjugal das mulheres, classe etária 20-24 anos, Portugal, de 2008-2013 (%)

| Classe etária 20-24 anos - Mulheres com 0 Filhos | | | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 0Filhos |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 8,5 | 52,2 | 1,6 | 0,4 | 0,0 | 0,3 | 63,0 |
| 2009 | 8,7 | 51,0 | 1,4 | 0,1 | 0,0 | 0,3 | 61,5 |
| 2010 | 8,0 | 52,5 | 0,9 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 61,9 |
| 2011 | 9,5 | 51,0 | 1,1 | 0,2 | 0,1 | 0,3 | 62,3 |
| 2012 | 9,2 | 53,1 | 0,9 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 63,4 |
| 2013 | 9,3 | 53,8 | 0,9 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 64,3 |

| Classe etária 20-24 anos - Mulheres com 1 Filho | | | | | | | |
|--|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 1Filho |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 8,9 | 11,0 | 6,4 | 0,1 | 0,2 | 1,1 | 27,7 |
| 2009 | 11,0 | 11,1 | 4,9 | 0,2 | 0,4 | 0,8 | 28,6 |
| 2010 | 11,5 | 12,0 | 4,9 | 0,1 | 0,0 | 1,0 | 29,5 |
| 2011 | 11,5 | 12,4 | 3,9 | 0,3 | 0,3 | 0,7 | 29,2 |
| 2012 | 10,7 | 12,3 | 4,5 | 0,2 | 0,2 | 0,6 | 28,4 |
| 2013 | 10,5 | 12,6 | 3,7 | 0,1 | 0,0 | 0,4 | 27,3 |

| Classe etária 20-24 anos - Mulheres com 2 Filhos | | | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 2Filhos |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 3,3 | 1,3 | 2,6 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 7,8 |
| 2009 | 3,6 | 1,8 | 2,4 | 0,2 | 0,1 | 0,3 | 8,5 |
| 2010 | 3,5 | 1,3 | 1,9 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 7,2 |
| 2011 | 3,7 | 1,7 | 1,6 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 7,3 |
| 2012 | 3,7 | 1,5 | 1,6 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 7,1 |
| 2013 | 3,2 | 2,0 | 1,7 | 0,0 | 0,1 | 0,3 | 7,2 |

| Classe etária 20-24 anos - Mulheres com 3 Filhos | | | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 3Filhos |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 0,8 | 0,3 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,4 |
| 2009 | 0,5 | 0,2 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,3 |
| 2010 | 0,7 | 0,2 | 0,2 | 0,0 | | | 1,1 |
| 2011 | 0,5 | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,9 |
| 2012 | 0,5 | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,8 |
| 2013 | 0,4 | 0,2 | 0,3 | 0,0 | | | 0,9 |

| Classe etária 20-24 anos - Mulheres com 4 e + Filhos | | | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 4Filhos e+ |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 0,1 | 0,1 | | | | | 0,2 |
| 2009 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | | | 0,1 |
| 2010 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | | | 0,1 |
| 2011 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | | | 0,1 |
| 2012 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | | | 0,2 |
| 2013 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | | | 0,1 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

²⁸⁹ Aliás, a classe etária 25-29 anos foi predominante durante os dois primeiros anos da legalização e, em 2010, ainda apresentou a mesma proporção que a classe etária 20-24 anos que passou a predominar a partir de 2011 (Quadro 4.10).

Na classe etária 20-24 anos, as mulheres que ainda não iniciaram o seu percurso reprodutivo mantêm-se preponderantes e com o mesmo perfil em termos de situação conjugal e estado civil, sendo sobretudo solteiras não coabitantes (Quadro 5.7).

Nesta classe etária, as mulheres que já iniciaram o seu percurso reprodutivo aumentam a sua presença face ao que ocorria na classe etária anterior, mas excetuando as mulheres com 1 filho, essa presença mantém-se relativamente reduzida (Quadro 5.7). Quanto ao perfil conjugal e de estado civil, reproduzem-se as mesmas tendências identificadas na classe etária anterior. As mulheres com 1 filho permanecem sobretudo solteiras e distribuídas de forma algo equilibrada entre coabitantes e não coabitantes com uma ligeira superioridade por parte das últimas (Quadro 5.7). Nas mulheres com um número de filhos superior a 1, as solteiras também estão proporcionalmente mais presentes, mas tendem, sobretudo, a ser coabitantes.

Em suma, na classe etária 20-24 anos, não ter ainda iniciado o percurso reprodutivo, ser solteira e não coabitante mantêm-se como fortemente determinante na opção pela interrupção de uma gravidez não desejada. O que reenvia, também no âmbito desta classe etária, para a clara existência da pressão para adiar o momento de procriar.

Nas mulheres que já iniciaram o seu percurso reprodutivo, continua a ser entre as mulheres com 1 filho e solteiras onde se encontra a maior tendência para optar por uma IVG. Uma tendência que envolve com maior acentuação as não coabitantes, mas que também afeta de forma igualmente expressiva as coabitantes. Nas mulheres com mais do que 1 filho, onde as com dois filhos, são as que assumem as proporções mais visíveis, é entre as solteiras, independentemente da situação conjugal, que se encontram aquelas, que perante uma gravidez não desejada, mais tendem a optar por interrompê-la.

O adiamento do momento de procriar o primeiro filho encontra-se, nesta classe etária, também fortemente associado à presença de mulheres que se declaram estudantes (Quadro 5.8). Com efeito, 39,4% das jovens sem filhos que recorrem à IVG, no âmbito da classe etária 20-24 anos, estão envolvidas com a carreira escolar. Seguem-se as que se declaram desempregadas (16,2%) e profissionalmente associadas a situações pouco ou não qualificadas (29,8%) (Quadro 5.8).

Quanto às mulheres com filhos, as com 1 filho, onde 8,9% ainda se declaram estudantes, é o desemprego (33,1%) e as situações profissionais pouco ou não qualificadas (47,1%) que claramente se evidenciam. Uma tendência que se acentua nas mulheres com mais de 1 filho (Quadro 5.8).

Confirma-se assim, a regularidade já identificada na classe etária mais jovem: nas mulheres que já iniciaram o seu percurso reprodutivo a relação com a vida ativa tende a ser mais determinante surgindo mais fortemente associada a situações precárias ou menos qualificadas, agravando-se à medida que o número de filhos se eleva (Quadro 5.8). De

referir que o desemprego é a situação mais predominante em todas as categorias de mulheres com filhos. E que nas mulheres com dois e mais filhos assume alguma visibilidade a presença de mulheres cuja situação é doméstica (Quadro 5.8).

Quadro 5.8 – IVG por situação laboral e número de filhos, classe etária 20-24 anos, Portugal, de 2008-13 (%)

| Classe etária 20-24 anos | | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Situação Laboral | 0filhos | 1filho | 2filhos | 3filhos | 4 e +filhos |
| Desempregado | 16,2 | 33,1 | 41,1 | 44,9 | 52,8 |
| Trabalhadores ã qualificados | 16,2 | 25,8 | 25,1 | 20,6 | 13,9 |
| Estudante | 39,4 | 8,9 | 4,6 | 4,1 | 0,0 |
| Agricultores, Operários, Artífices e outros Trabalhadores ã Qualificados | 13,6 | 21,3 | 17,9 | 13,1 | 16,7 |
| Pessoal Administrativo, Serviços e Similares | 6,0 | 5,3 | 3,2 | 2,2 | 2,8 |
| Técnicos e Profissionais de Nível Intermediário | 3,7 | 1,6 | 1,1 | 1,5 | 0,0 |
| Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas | 2,4 | 0,3 | 0,2 | 0,4 | 0,0 |
| Trabalho doméstico - ã remunerado | 0,7 | 2,3 | 6,0 | 12,4 | 8,3 |
| Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa | 0,3 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Forças militares e militarizadas | 1,3 | 0,8 | 0,6 | 0,0 | 0,0 |
| Desc. | 0,3 | 0,5 | 0,3 | 0,7 | 5,6 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Paralelamente ao que ocorre no âmbito da situação laboral, à medida que o número de filhos se vai elevando o nível de escolaridade vai decaindo (Quadro. 5.9). Logo, também na classe etária 20-24 anos as mulheres sem filhos são as mais escolarizadas com 69,7% desta categoria associada aos níveis de escolaridade secundário e superior. Enquanto, nas mulheres com 1 filho essa percentagem baixa para 30,1%, nas mulheres com dois filhos para 17,7% e nas mulheres com 3 e mais filhos para cerca de 11% (Quadro. 5.9).

Quadro 5.9 – IVG por número de filhos e nível de escolaridade das mulheres, classe etária 20-24 anos, Portugal, de 2008-13 (%)

| Classe etária 20-24 anos | | | | | |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Nível de escolaridade | 0filhos | 1filho | 2filhos | 3filhos | 4 e +filhos |
| E.Básico 1ºc | 1,0 | 4,0 | 9,7 | 16,5 | 8,3 |
| E.Básico 2ºc | 6,0 | 20,3 | 30,9 | 37,1 | 27,8 |
| E.Básico 3ºc | 23,1 | 43,9 | 39,7 | 29,2 | 25,0 |
| E.Secundário | 53,2 | 28,5 | 17,1 | 10,1 | 11,1 |
| E.Superior | 16,5 | 2,9 | 0,6 | 0,7 | 0,0 |
| Sabe ler sem ter frequent. a escola | 0,0 | 0,2 | 0,8 | 1,1 | 2,8 |
| Não sabe ler nem escrever | 0,0 | 0,1 | 1,1 | 4,9 | 25,0 |
| Desc. | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,4 | 0,0 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Em síntese, na classe etária 20-24 anos, tal como ocorria na classe etária anterior, surgem como principais intervenientes no recurso à IVG, mulheres que ainda não iniciaram

o seu percurso reprodutivo, solteiras e não coabitantes, fortemente envolvidas na carreira escolar. Em termos de vida ativa também se verifica a mesma regularidade observada na classe etária anterior. Porquanto, as situações associadas ao desemprego e ao emprego pouco ao não qualificado envolvem 46% destas mulheres. Trata-se de uma regularidade que, nesta classe etária, também tende a acentuar-se nas mulheres que já iniciaram o seu percurso reprodutivo.

As mulheres com 1 filho estão visivelmente mais presentes, na classe etária dos 20-24 anos, registando um acréscimo face à classe etária anterior. Estas mulheres são sobretudo solteiras e tendencialmente não coabitantes, sendo que as coabitantes surgem com uma expressão muito próxima, colocando assim maior relevância na situação matrimonial e na situação laboral. É ao desemprego e às situações laborais pouco ou não qualificadas que se associam 80,2% destas mulheres.

As mulheres com dois e mais filhos apresentam-se nesta classe etária também como tendencialmente solteiras, mas, sobretudo coabitantes. A situação de desemprego é a mais marcante, assumindo percentagens acima dos 40%, registando mais de 50%, nas mulheres com as descendências mais numerosas. Esta regularidade e as outras já observadas colocam o recurso à IVG no âmbito da classe etária 20-24 anos associado a jovens mulheres que ainda não iniciaram o percurso reprodutivo nem conjugal e se encontram visivelmente envolvidas na carreira escolar. E a jovens mulheres solteiras que já iniciaram o percurso reprodutivo e, em parte também o conjugal, bem como a vida ativa, apresentando-se marcadas com situações laborais precárias.

5.2.3 Classe etária 25-29 anos

A seguir à classe etária anteriormente analisada, é na classe etária 25-29 anos que se encontra a maior proporção de episódios de IVG (21,7%) referida ao período aqui em causa. Nesta classe etária as mulheres sem filhos ainda são proporcionalmente superiores face às outras categorias de mulheres por número de filhos, mas no seu conjunto estas últimas são as mais representadas (Quadro 5.10).

Com efeito, 39% das mulheres que recorrem à IVG, no âmbito da classe etária 25-29 anos, ainda não iniciaram o seu percurso reprodutivo. E mantêm-se com as mesmas características em termos de situação conjugal e estado civil, observadas nas classes etárias anteriores: são sobretudo solteiras não coabitantes (Quadro 5.10).

Quadro 5.10 – IVG por número de filhos, estado civil e situação conjugal das mulheres, classe etária 25-29 anos, Portugal, de 2008-2013 (%)

Classe etária 25-29 anos - Mulheres com 0 Filhos

| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 0Filhos |
|------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 7,5 | 27,2 | 2,6 | 0,1 | 0,1 | 1,1 | 38,7 |
| 2009 | 7,6 | 28,0 | 2,6 | 0,3 | 0,3 | 1,0 | 39,8 |
| 2010 | 8,1 | 27,2 | 2,1 | 0,2 | 0,2 | 0,7 | 38,4 |
| 2011 | 8,7 | 27,0 | 2,0 | 0,1 | 0,3 | 0,7 | 38,8 |
| 2012 | 9,1 | 27,8 | 1,8 | 0,1 | 0,1 | 0,7 | 39,7 |
| 2013 | 8,5 | 26,7 | 1,9 | 0,1 | 0,2 | 0,6 | 38,0 |

Classe etária 25-29 anos - Mulheres com 1 Filho

| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 1Filho |
|------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 9,6 | 9,7 | 11,4 | 0,2 | 1,5 | 3,0 | 35,5 |
| 2009 | 10,1 | 9,9 | 10,1 | 0,5 | 0,8 | 2,9 | 34,4 |
| 2010 | 10,3 | 12,2 | 8,8 | 0,2 | 1,1 | 3,0 | 35,6 |
| 2011 | 12,0 | 11,1 | 8,5 | 0,2 | 0,8 | 2,3 | 34,9 |
| 2012 | 11,9 | 12,4 | 8,7 | 0,5 | 0,8 | 2,0 | 36,2 |
| 2013 | 12,5 | 12,9 | 8,7 | 0,3 | 0,7 | 2,0 | 37,2 |

Classe etária 25-29 anos - Mulheres com 2 Filhos

| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 2Filhos |
|------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 5,4 | 2,7 | 8,7 | 0,3 | 0,7 | 1,9 | 19,7 |
| 2009 | 5,7 | 3,3 | 8,6 | 0,1 | 0,9 | 1,2 | 19,9 |
| 2010 | 6,8 | 3,3 | 8,1 | 0,2 | 0,7 | 1,4 | 20,6 |
| 2011 | 7,6 | 3,6 | 7,7 | 0,1 | 0,6 | 1,2 | 20,8 |
| 2012 | 6,8 | 3,7 | 6,3 | 0,1 | 0,7 | 1,1 | 18,7 |
| 2013 | 7,9 | 4,0 | 6,0 | 0,1 | 0,6 | 1,0 | 19,7 |

Classe etária 25-29 anos - Mulheres com 3 Filhos

| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 3Filhos |
|------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 1,5 | 0,8 | 1,8 | 0,0 | 0,2 | 0,3 | 4,7 |
| 2009 | 1,8 | 0,6 | 1,9 | 0,0 | 0,3 | 0,1 | 4,7 |
| 2010 | 1,5 | 0,9 | 1,5 | 0,0 | 0,2 | 0,2 | 4,3 |
| 2011 | 1,7 | 0,8 | 1,2 | 0,0 | 0,2 | 0,2 | 4,1 |
| 2012 | 1,6 | 0,8 | 1,6 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 4,3 |
| 2013 | 1,8 | 0,7 | 1,2 | 0,0 | 0,1 | 0,3 | 4,2 |

Classe etária 25-29 anos - Mulheres com 4 e +Filhos

| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 4 e +Filhos |
|------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------------|
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 0,6 | 0,1 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 1,4 |
| 2009 | 0,3 | 0,2 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 1,1 |
| 2010 | 0,3 | 0,1 | 0,4 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,9 |
| 2011 | 0,6 | 0,2 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,3 |
| 2012 | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 1,1 |
| 2013 | 0,2 | 0,1 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,8 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quanto à presença das mulheres que já iniciaram o seu percurso reprodutivo, na classe etária 25-29 anos, cerca de 35,6% têm 1 filho, cerca de 20% têm 2 filhos e cerca de 5,5% têm três e mais filhos (Quadro 5.10 e Figura 4.38).

Em termos de estado civil, embora se mantenha o predomínio das solteiras, observa-se alguma diferenciação no âmbito da situação conjugal em função do número de filhos existentes. Com um filho, as solteiras não coabitantes predominam sobre as coabitantes em

2010 e nos dois últimos anos em observação (2012 e 2013). Todavia e contando com as casadas, as mulheres a viver em casal predominam claramente, nas mulheres com um filho. Com dois filhos, as solteiras tendem a superiorizarem-se às casadas (com valores muito próximos até 2011), mas são também as mulheres a viver em casal que predominam claramente (Quadro 5.10). Nas mulheres com mais do que dois filhos cuja presença continua a ser pouco expressiva, casadas e solteiras apresentam expressões muito próximas, tratando-se também de mulheres que tendencialmente vivem em conjugalidade (Quadro 5.10).

Em suma, na classe etária 25-29 anos, as mulheres sem filhos ainda mantêm um predomínio relativo face às outras categorias de mulheres por número de filhos, associando também o recurso à IVG, no âmbito desta classe etária, à presença de mulheres solteiras não coabitantes determinadas em adiar o momento de procriar.

A superior presença das mulheres com filhos, no seu conjunto, associada, em especial, a 1 e 2 filhos, reenvia ainda para a relevância da situação matrimonial, com o predomínio das solteiras, mas de uma forma menos marcada pela visível presença das casadas. O que está de acordo com a preponderância das mulheres a viver em casal. Neste sentido é de realçar que nas mulheres com um filho, o predomínio das mulheres a viver em casal só ocorre, em 2010 e nos dois últimos anos em observação (2012 e 2013) pela adição das solteiras coabitantes com as casadas (Quadro 5.10).

Nesta classe etária, o adiamento do momento de procriar volta a estar associado a um visível envolvimento de mulheres sem filhos no percurso escolar (15%) e no desemprego (13,1%) (Quadro 5.11). Contudo, em termos ativos, são as situações associadas a quadros intermédios e superiores (42,5%) que predominam claramente sobre as situações pouco ou não qualificadas (28,3%).

Quadro 5.11 – IVG por situação laboral e número de filhos das mulheres, classe etária 25-29 anos, Portugal, de 2008-13 (%)

| Classe etária 25-29 anos | | | | | |
|---|---------|--------|---------|---------|-------------|
| Situação Laboral | 0filhos | 1filho | 2filhos | 3filhos | 4 e +filhos |
| Desempregado | 13,1 | 22,7 | 29,3 | 38,6 | 47,6 |
| Trabalhadores ñ qualificados | 13,9 | 24,2 | 25,7 | 25,1 | 21,3 |
| Estudante | 15,0 | 5,1 | 3,7 | 3,5 | 3,4 |
| Agricultores, Operários, Artífices e outros Trabalhadores ñ Qualificados | 14,4 | 22,9 | 22,4 | 17,3 | 10,5 |
| Pessoal Administrativo, Serviços e Similares | 12,2 | 12,3 | 8,9 | 4,2 | 2,6 |
| Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio | 13,8 | 5,9 | 3,1 | 1,9 | 0,4 |
| Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas | 14,2 | 3,3 | 1,2 | 0,4 | 0,7 |
| Trabalho doméstico - ñ remunerado | 0,8 | 1,9 | 4,4 | 7,7 | 12,4 |
| Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa | 1,4 | 0,5 | 0,3 | 0,2 | 0,0 |
| Forças militares e militarizadas | 0,9 | 0,8 | 0,5 | 0,4 | 0,0 |
| Desc. | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,8 | 1,1 |
| | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Deste modo, na classe etária 25-29 anos, nas mulheres que ainda não iniciaram o seu percurso reprodutivo surge como fortemente determinante um maior envolvimento numa carreira profissional mais qualificada. O que vai de par com o facto de nesta categoria de mulheres, 43% apresentar, como nível de escolaridade, o ensino superior e 39,2% o ensino secundário (Quadro 5.12).

Quanto à situação laboral das mulheres com filhos, o aumento da presença proporcional de desempregadas e das situações pouco ou não qualificadas progride à medida que o número de filhos se eleva. Nesta medida, nas mulheres com mais de um filho são as categorias associadas ao desemprego e às atividades pouco ou não qualificadas que predominam. Nas mulheres com um filho esse predomínio também se verifica, mas de forma menos acentuada, contrabalançando com a presença de situações mais qualificadas (Quadro 5.12). De realçar que mantem-se nesta classe etária a mesma tendência, observada nas anteriores, para que seja nas mulheres com três e mais filhos que surjam as maiores proporções associadas à situação de doméstica (Quadro 5.11).

A diferenciação entre o perfil das mulheres com um filho e as pertencentes às restantes categorias por número de filhos traduz-se no facto de se apresentarem claramente como mais escolarizadas: cerca de 39,4% associadas ao Ensino Secundário e 12,1% ao Ensino Superior (Quadro 5.12).

Quadro 5.12 – IVG por número de filhos e nível de escolaridade das mulheres, classe etária 25-29 anos, Portugal, de 2008-13 (%)

| Classe etária 25-29 anos | | | | | |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Nível de escolaridade | 0filhos | 1filho | 2filhos | 3filhos | 4 e +filhos |
| E.Básico 1ºc | 0,6 | 2,7 | 6,3 | 13,3 | 20,6 |
| E.Básico 2ºc | 4,0 | 12,6 | 22,5 | 30,4 | 30,7 |
| E.Básico 3ºc | 13,1 | 32,7 | 37,9 | 34,0 | 24,3 |
| E.Secundário | 39,2 | 39,4 | 28,3 | 17,1 | 13,1 |
| E.Superior | 43,0 | 12,1 | 4,1 | 2,1 | 2,2 |
| Sabe ler sem ter frequent. a escola | 0,0 | 0,1 | 0,3 | 1,5 | 3,0 |
| Não sabe ler nem escrever | 0,0 | 0,2 | 0,3 | 1,4 | 6,0 |
| Desc. | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,0 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

As mulheres com dois e três filhos estão mais fortemente representadas no nível Básico 3º Ciclo, 37,9% e 34%, respetivamente. No entanto, as primeiras apresentam-se claramente como mais escolarizadas do que as segundas. Estas, em termos de recursos escolares, estão mais próximas das mulheres com quatro e mais filhos pelo predomínio dos níveis de Ensino Básico (Quadro 5.12). De referir que é nas mulheres com mais filhos que se encontram as maiores proporções nas categorias que envolvem as analfabetas ou as não escolarizadas.

Em síntese, na classe etária 25-29 anos, embora estejam mais presentes as mulheres com filhos, as mulheres sem filhos permanecem fortemente no recurso à IVG. Demonstrando tratar-se sobretudo de solteiras e sem compromisso conjugal. Através das mulheres com filhos a presença de solteiras reforça-se, mas em torno das coabitantes. Deste modo, até aos 29 anos de idade, está-se, pois, perante uma forte presença de mulheres solteiras no recurso à IVG, sendo que as sem filhos são, sobretudo, não coabitantes e as que têm filhos são tendencialmente coabitantes.

Através das características escolares e laborais, confirma-se que as mulheres sem filhos são particularmente diferentes das outras categorias de mulheres por número de filhos. Mais escolarizadas, mais envolvidas com uma carreira escolar alargada e com situações laborais mais qualificadas. Quanto às mulheres com filhos, pode considerar-se que de um lado temos as mulheres com um e dois filhos e do outro lado as mulheres com três e mais filhos. Convém sublinhar que as mulheres com um filho se destacam em termos de recursos escolares e laborais, porquanto são as mais escolarizadas e mais qualificadas face às outras categorias com filhos, seguem-se as mulheres com dois filhos. Com três ou mais filhos as mulheres tendem a apresentar os recursos escolares claramente mais baixos e as situações laborais mais precárias e menos qualificadas.

5.2.4 Classe etária 30-34 anos

Nesta classe etária que agrega 20,7% dos episódios de IVG registados, de 2008 a 2013, em Portugal, as mulheres com um filho e dois filhos predominam, havendo uma superioridade relativa das primeiras (Quadro 5.13). A presença das mulheres sem filhos eleva-se ao longo do período, mas não ultrapassa os 23,3% atingidos no ano de 2013, no entanto, continuam a ser tendencialmente solteiras e não coabitantes.

Nas mulheres com filhos, as casadas passam a predominar, com um e dois filhos, enquanto nas restantes categorias as solteiras ainda predominam, a partir de 2010, nas mulheres com 3 filhos e, a partir de 2011, nas mulheres com 4 e mais filhos (Quadro 5.13). De realçar que em todas as categorias de mulheres com filhos as solteiras são preponderantemente coabitantes.

Quadro 5.13 – IVG por número de filhos, estado civil e situação conjugal das mulheres, classe etária 30-34 anos, Portugal, de 2008-2013 (%)

| Classe etária 30-34 anos - Mulheres com 0 Filhos | | | | | | | | |
|--|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|--|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 0Filhos | |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | | |
| 2008 | 3,9 | 12,6 | 2,2 | 0,2 | 0,3 | 1,4 | 20,5 | |
| 2009 | 4,3 | 11,8 | 1,8 | 0,1 | 0,3 | 1,5 | 19,7 | |
| 2010 | 4,5 | 13,2 | 2,2 | 0,1 | 0,4 | 1,4 | 21,8 | |
| 2011 | 5,4 | 12,6 | 1,9 | 0,2 | 0,5 | 1,1 | 21,7 | |
| 2012 | 5,1 | 14,3 | 1,9 | 0,1 | 0,5 | 1,1 | 23,1 | |
| 2013 | 5,8 | 14,2 | 1,9 | 0,1 | 0,3 | 1,0 | 23,3 | |

| Classe etária 30-34 anos - Mulheres com 1 Filho | | | | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-----------------|--|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 1Filho | |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | | |
| 2008 | 5,9 | 6,5 | 14,6 | 0,4 | 2,0 | 5,0 | 34,3 | |
| 2009 | 8,1 | 6,5 | 13,4 | 0,6 | 2,1 | 5,1 | 35,8 | |
| 2010 | 7,6 | 7,3 | 12,3 | 0,2 | 1,7 | 4,5 | 33,6 | |
| 2011 | 9,1 | 7,2 | 11,2 | 0,7 | 1,8 | 4,1 | 34,2 | |
| 2012 | 9,1 | 7,2 | 11,8 | 0,4 | 2,0 | 4,0 | 34,5 | |
| 2013 | 9,5 | 8,6 | 11,2 | 0,4 | 1,8 | 4,3 | 35,8 | |

| Classe etária 30-34 anos - Mulheres com 2 Filhos | | | | | | | | |
|--|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|--|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 2Filhos | |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | | |
| 2008 | 5,7 | 2,9 | 19,8 | 0,3 | 2,3 | 3,0 | 34,1 | |
| 2009 | 6,3 | 3,0 | 18,1 | 0,3 | 1,8 | 2,9 | 32,4 | |
| 2010 | 6,5 | 3,8 | 16,7 | 0,1 | 2,1 | 2,9 | 32,1 | |
| 2011 | 6,8 | 4,0 | 16,1 | 0,4 | 1,7 | 3,3 | 32,3 | |
| 2012 | 7,3 | 3,7 | 14,8 | 0,2 | 1,8 | 2,5 | 30,3 | |
| 2013 | 8,0 | 3,5 | 14,4 | 0,3 | 1,4 | 2,4 | 30,1 | |

| Classe etária 30-34 anos - Mulheres com 3 Filhos | | | | | | | | |
|--|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|--|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 3Filhos | |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | | |
| 2008 | 1,7 | 0,6 | 4,0 | 0,0 | 0,7 | 0,9 | 7,9 | |
| 2009 | 2,3 | 0,8 | 3,7 | 0,2 | 0,7 | 0,8 | 8,5 | |
| 2010 | 2,2 | 1,0 | 4,2 | 0,2 | 0,6 | 1,0 | 9,2 | |
| 2011 | 2,6 | 1,2 | 3,4 | 0,1 | 0,8 | 0,6 | 8,7 | |
| 2012 | 2,8 | 1,1 | 3,7 | 0,0 | 0,7 | 0,6 | 9,0 | |
| 2013 | 2,4 | 1,4 | 3,2 | 0,1 | 0,4 | 0,6 | 8,2 | |

| Classe etária 30-34 anos - Mulheres com 4 e +Filhos | | | | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------------|--|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 4 e +Filhos | |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | | |
| 2008 | 0,9 | 0,3 | 1,4 | 0,1 | 0,3 | 0,2 | 3,1 | |
| 2009 | 1,0 | 0,5 | 1,5 | 0,0 | 0,3 | 0,2 | 3,6 | |
| 2010 | 0,9 | 0,5 | 1,1 | 0,0 | 0,2 | 0,3 | 3,0 | |
| 2011 | 1,2 | 0,5 | 1,0 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 3,0 | |
| 2012 | 1,0 | 0,5 | 1,3 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 3,1 | |
| 2013 | 0,9 | 0,5 | 0,9 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 2,6 | |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Na classe etária 30-34 anos, as mulheres que ainda não iniciaram o seu percurso reprodutivo acentuam a sua presença nas categorias associadas a situações laborais mais qualificadas (Quadro 5.14). Com efeito, é na categoria *Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas* que se encontra a maior proporção de mulheres sem filhos (22,5%) seguida da categoria *Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio* (18,6%). No entanto,

34,7% destas mulheres ainda se encontram envolvidas, nesta classe etária, em situações precárias e pouco ou não qualificadas (Quadro 5.14)

Nas mulheres com um filho apesar do predomínio das situações menos qualificadas (28,1%) e do desemprego (16,9%), as situações mais qualificadas ganham clara importância relativa (Quadro 5.14). Nesta classe etária tal como nas anteriores, observa-se o crescente peso proporcional das categorias laborais mais precárias e menos qualificadas à medida que o número de filhos existentes se eleva. De realçar que nas mulheres com dois filhos, 28,8% referem-se às categorias de quadros intermédios e superiores (Quadro 5.14).

Quadro 5.14 – IVG por situação laboral e número de filhos das mulheres, classe etária 30-34 anos, Portugal, de 2008-13 (%)

| Classe etária 30-34 anos | | | | | |
|---|---------|--------|---------|---------|-------------|
| Situação Laboral | 0filhos | 1filho | 2filhos | 3filhos | 4 e +filhos |
| Desempregado | 12,9 | 16,9 | 20,9 | 29,4 | 39,2 |
| Trabalhadores ã qualificados | 10,3 | 18,8 | 22,5 | 23,1 | 25,1 |
| Estudante | 4,3 | 2,3 | 2,1 | 3,1 | 2,1 |
| Agricultores, Operários, Artífices e outros Trabalhadores ã Qualificados | 11,5 | 19,3 | 21,5 | 22,8 | 16,1 |
| Pessoal Administrativo, Serviços e Similares | 16,2 | 17,3 | 13,2 | 6,7 | 2,5 |
| Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio | 18,6 | 11,2 | 7,9 | 4,6 | 1,1 |
| Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas | 22,5 | 10,2 | 6,1 | 2,5 | 0,7 |
| Trabalho doméstico - ã remunerado | 0,6 | 1,9 | 3,8 | 6,4 | 11,9 |
| Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa | 2,1 | 1,5 | 1,3 | 0,5 | 0,6 |
| Forças militares e militarizadas | 0,6 | 0,4 | 0,3 | 0,4 | 0,3 |
| Desc. | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,4 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Nas mulheres com três e mais filhos continua a predominar claramente a presença de desempregadas e de situações laborais pouco ou não qualificadas (Quadro 5.14), remetendo para uma existente situação socio económica mais frágil nestas mulheres com as descendências mais numerosas que recorrem à IVG. O que está de acordo com os fracos recursos escolares que também tendem a manter nesta classe etária (Quadro 5.15).

Quadro 5.15 – IVG por nível de escolaridade e número de filhos das mulheres, classe etária 30-34 anos, Portugal, de 2008-13 (%)

| Classe etária 30-34 anos | | | | | |
|-------------------------------------|---------|--------|---------|---------|-------------|
| Nível de escolaridade | 0filhos | 1filho | 2filhos | 3filhos | 4 e +filhos |
| E.Básico 1ºc | 1,2 | 3,1 | 5,7 | 11,9 | 24,6 |
| E.Básico 2ºc | 3,2 | 10,0 | 17,1 | 25,4 | 27,5 |
| E.Básico 3ºc | 10,0 | 22,0 | 27,4 | 32,0 | 23,9 |
| E.Secundário | 31,4 | 38,0 | 32,8 | 22,3 | 13,3 |
| E.Superior | 53,9 | 26,5 | 16,3 | 6,8 | 2,1 |
| Sabe ler sem ter frequent. a escola | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,8 | 3,2 |
| Não sabe ler nem escrever | 0,0 | 0,1 | 0,3 | 0,5 | 5,2 |
| Desc. | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,3 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Nesta classe etária, as mulheres sem filhos apresentam-se claramente mais escolarizadas com 53,9% referidas ao Ensino Superior e 31,4% ao Ensino Secundário (Quadro 5.15). As mulheres com um filho também concentram as suas maiores proporções nas categorias mais escolarizadas, mas é no Ensino Secundário (38%) que apresentam as maiores expressões (Quadro 5.15). As mulheres com dois filhos apresentam nesta classe etária uma proporção de 16,3% no Ensino Superior, o que remete para os resultados anteriormente observados no comportamento da escolaridade no conjunto da população.

De facto, no recurso à IVG o nível de escolaridade tende a elevar-se com a idade e não tem haver apenas com a lógica inerente à evolução do percurso escolar. Mas sobretudo com o impacto do momento da fase de vida em que se encontra uma mulher quando confrontada com uma gravidez não desejada. As mulheres com dois filhos pertencentes à classe etária 30-34 anos envolvem mulheres mais escolarizadas do que na classe etária anterior tal como ocorre nas mulheres sem filhos e com um filho (Quadro 5.15).

Embora as mulheres com três filhos também tenham conhecido um acréscimo proporcional nas mulheres mais escolarizadas, elas mantem as suas maiores proporções concentradas no nível de Ensino Básico 3º ciclo (32%), enquanto as mulheres com dois filhos passam para o nível de Ensino Secundário (32,8%). Quanto às mulheres com quatro e mais filhos mantem-se regulares em torno de recursos escolares mais baixos (Quadro 5.15).

Em síntese, na classe etária 30-34 anos, embora as mulheres sem filhos percam importância face às mulheres com filhos, elas permanecem visivelmente presentes com o mesmo perfil conjugal e de estado civil (sobretudo solteiras não coabitantes). O adiamento do momento de procriar surge nesta classe etária associado a um maior envolvimento em situações laborais mais qualificadas bem como a recursos escolares mais elevados.

No caso das mulheres que já iniciaram o seu percurso reprodutivo, o número de filhos existentes estrutura algumas diferenciações nas variáveis a considerar como mais determinantes. Nas mulheres com 1 filho e com dois filhos, as mulheres casadas surgem como predominantes, mas nas primeiras dá-se conta de situações laborais mais precárias em paralelo com um maior investimento numa carreira profissional mais qualificada. Enquanto nas segundas, permanecem como fortemente determinantes o desemprego e as situações laborais pouco ou não qualificadas, tendência que se acentua nas mulheres com três e mais filhos.

5.2.5 Classe etária 35-39 anos

Das mulheres que recorrem à IVG, de 2008 a 2013, 16,3% têm idades referidas à classe etária 35-39 anos, onde predominam as mulheres com dois filhos e as casadas (Quadro 5.16). Nesta classe etária o estado civil perde claramente relevância no âmbito das

mulheres com filhos, apesar de nos dois últimos anos em observação (2012 e 2013) as mulheres com 4 e mais filhos ainda apresentarem um ligeiro predomínio das solteiras sobre as casadas (Quadro 5.16). O que reenvia para a maior relevância que as características maritais e conjugais têm no âmbito das mulheres com 4 e mais filhos.

Quadro 5.16 – IVG por número de filhos, estado civil e situação conjugal das mulheres, classe etária 35-39 anos, Portugal, de 2008-2013 (%)

| Classe etária 35-39 anos - Mulheres com 0 Filhos | | | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 0Filhos |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 2,4 | 5,0 | 1,2 | 0,1 | 0,3 | 1,0 | 10,0 |
| 2009 | 2,6 | 4,9 | 1,7 | 0,0 | 0,3 | 1,4 | 11,0 |
| 2010 | 2,0 | 5,6 | 1,3 | 0,1 | 0,4 | 1,4 | 10,8 |
| 2011 | 2,6 | 6,3 | 1,4 | 0,0 | 0,5 | 1,3 | 12,2 |
| 2012 | 2,4 | 6,3 | 1,3 | 0,0 | 0,4 | 1,2 | 11,7 |
| 2013 | 2,5 | 7,6 | 1,3 | 0,2 | 0,4 | 1,0 | 12,9 |

| Classe etária 35-39 anos - Mulheres com 1 Filho | | | | | | | |
|--|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 1Filho |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 3,7 | 4,2 | 14,1 | 0,5 | 2,4 | 5,4 | 30,4 |
| 2009 | 4,8 | 4,2 | 13,8 | 0,4 | 2,6 | 5,7 | 31,5 |
| 2010 | 4,8 | 4,2 | 11,9 | 0,3 | 2,4 | 5,5 | 29,2 |
| 2011 | 6,3 | 5,1 | 11,3 | 0,3 | 2,6 | 5,7 | 31,3 |
| 2012 | 6,1 | 4,6 | 13,0 | 0,4 | 2,3 | 5,6 | 32,0 |
| 2013 | 6,8 | 5,2 | 11,4 | 0,3 | 2,9 | 5,5 | 32,1 |

| Classe etária 35-39 anos - Mulheres com 2 Filhos | | | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 2Filhos |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 3,7 | 1,6 | 26,8 | 0,5 | 3,9 | 5,1 | 41,5 |
| 2009 | 4,3 | 2,0 | 25,2 | 0,2 | 3,4 | 4,8 | 40,0 |
| 2010 | 5,1 | 2,0 | 25,4 | 0,4 | 3,4 | 5,2 | 41,5 |
| 2011 | 5,4 | 2,9 | 22,5 | 0,4 | 2,6 | 4,5 | 38,3 |
| 2012 | 5,1 | 2,6 | 23,1 | 0,4 | 3,5 | 5,4 | 40,1 |
| 2013 | 5,8 | 3,1 | 22,5 | 0,4 | 2,9 | 4,6 | 39,3 |

| Classe etária 35-39 anos - Mulheres com 3 Filhos | | | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 3Filhos |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 1,8 | 1,0 | 7,4 | 0,2 | 1,3 | 1,3 | 12,9 |
| 2009 | 2,2 | 1,3 | 6,1 | 0,1 | 1,3 | 1,4 | 12,4 |
| 2010 | 2,5 | 1,3 | 6,4 | 0,0 | 1,0 | 1,6 | 12,8 |
| 2011 | 2,6 | 1,1 | 6,5 | 0,2 | 1,2 | 1,1 | 12,7 |
| 2012 | 2,2 | 1,3 | 6,1 | 0,1 | 1,0 | 1,2 | 11,9 |
| 2013 | 2,2 | 1,2 | 5,6 | 0,1 | 0,9 | 1,5 | 11,5 |

| Classe etária 35-39 anos - Mulheres com 4 e +Filhos | | | | | | | |
|--|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 4 e +Filhos |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 1,0 | 0,5 | 2,7 | 0,0 | 0,4 | 0,6 | 5,2 |
| 2009 | 1,1 | 0,5 | 2,3 | 0,1 | 0,6 | 0,4 | 5,1 |
| 2010 | 1,2 | 0,9 | 2,2 | 0,1 | 0,5 | 0,6 | 5,5 |
| 2011 | 1,7 | 0,6 | 2,1 | 0,1 | 0,4 | 0,3 | 5,2 |
| 2012 | 1,2 | 0,7 | 1,6 | 0,1 | 0,3 | 0,3 | 4,3 |
| 2013 | 1,2 | 0,7 | 1,6 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 4,1 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quanto às mulheres sem filhos presentes nesta classe etária (11,5%), elas continuam a ser predominantemente solteiras e não coabitantes.

Como já foi referido anteriormente, é nesta classe etária que as mulheres com mais filhos registam as suas maiores proporções, observando-se, no entanto, que ao longo do período em análise as mulheres com três filhos não ultrapassam os 12,9% registados em 2008 e as mulheres com quatro e mais filhos, os 5,5%, registados em 2010 (Quadro 5.16). O que traduz a menor presença que estas mulheres têm no recurso à IVG em Portugal.

Em termos laborais e de recursos escolares as mulheres sem filhos reforçam a sua preponderância nas situações mais qualificadas, com 23,5% associadas à categoria Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas, e a sua associação ao nível de escolaridade superior (51,3%) (Quadros 5.17 e 5.18). Nas mulheres com 1 filho 46% surgem, nesta classe etária, associadas a situações profissionais de qualificações de nível intermédio e superior (Quadro 5.17). O que vai de par com o facto de 63,9% destas mulheres apresentarem como nível de escolaridade o E. Secundário ou o E. Superior (Quadro 5.18).

Quadro 5.17 – IVG por situação laboral e número de filhos das mulheres, classe etária 35-39 anos, Portugal, de 2008-13 (%)

| Classe etária 35-39 anos | | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Situação Laboral | 0filhos | 1filho | 2filhos | 3filhos | 4 e +filhos |
| Desempregado | 12,6 | 15,4 | 16,6 | 22,4 | 33,1 |
| Trabalhadores ã qualificados | 11,1 | 16,3 | 18,6 | 24,7 | 27,5 |
| Estudante | 1,8 | 1,2 | 1,3 | 1,5 | 1,6 |
| Agricultores, Operários, Artífices e outros Trabalhadores ã Qualificados | 11,8 | 18,5 | 19,4 | 21,0 | 17,1 |
| Pessoal Administrativo, Serviços e Similares | 15,7 | 17,7 | 15,4 | 9,4 | 4,3 |
| Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio | 19,0 | 13,7 | 10,9 | 7,3 | 2,6 |
| Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas | 23,5 | 12,0 | 11,5 | 5,7 | 1,2 |
| Trabalho doméstico - ã remunerado | 0,8 | 2,2 | 3,6 | 6,2 | 11,4 |
| Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa | 2,8 | 2,2 | 2,0 | 1,2 | 0,7 |
| Forças militares e militarizadas | 0,8 | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Desc. | 0,2 | 0,5 | 0,3 | 0,4 | 0,2 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Embora a situação laboral e o nível de escolaridade decaiam à medida que o número de filhos se eleva, é de salientar que as mulheres com três filhos apresentam, nesta classe etária, recursos escolares claramente mais elevados do que as mulheres com quatro e mais filhos. Cerca de 14,3% destas mulheres surgem com o Ensino Superior e 22,1% com o Ensino Secundário (Quadro 5.18). Enquanto as mulheres com 4 e mais filhos e mantem-se concentradas nos níveis de escolaridade associados ao E. Básico

Apesar de se manter fortemente relevante ao longo do período, a situação de desempregada vai perdendo gradualmente importância a partir da classe etária 25-29 anos. No entanto, na classe etária dos 35-39 anos afeta 22,4% das mulheres com três filhos e 33,1% das mulheres com quatro ou mais filhos, paralelamente à relevância das situações laborais menos qualificadas (Quadro 5.17). É de notar, todavia, que, nesta classe etária, as mulheres com três filhos que recorrem à IVG crescem as suas proporções nas situações laborais mais qualificadas. (Quadro 5.17).

As mulheres com dois filhos, apesar de permanecerem associadas a situações laborais precárias e pouco qualificadas, nesta classe etária apresentam a visível existência de situações mais qualificadas (Quadro 5.18). Tal como uma proporção mais elevada de mulheres mais escolarizadas (Quadro 5.17). De facto, 25,7% das mulheres com dois filhos, da classe etária 35-39 anos, tem o Ensino Superior e, 29,8%, o Ensino Secundário.

Quadro 5.18 – IVG por nível de escolaridade e número de filhos das mulheres, classe etária 35-39 anos, Portugal, de 2008-13 (%)

| Classe etária 35-39 anos | | | | | |
|-------------------------------------|---------|--------|---------|---------|-------------|
| Nível de escolaridade | 0filhos | 1filho | 2filhos | 3filhos | 4 e +filhos |
| E.Básico 1ºc | 3,0 | 4,7 | 6,7 | 13,7 | 29,1 |
| E.Básico 2ºc | 4,6 | 10,7 | 14,9 | 23,8 | 24,8 |
| E.Básico 3ºc | 10,2 | 20,3 | 22,2 | 24,4 | 23,2 |
| E.Secundário | 30,4 | 34,3 | 29,8 | 22,1 | 12,0 |
| E.Superior | 51,3 | 29,6 | 25,7 | 14,3 | 4,7 |
| Sabe ler sem ter frequent. a escola | 0,0 | 0,1 | 0,3 | 0,6 | 1,7 |
| Não sabe ler nem escrever | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 1,1 | 4,4 |
| Desc. | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,0 | 0,2 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Em síntese na classe etária dos 35-39 anos, são mulheres com dois filhos que estão mais presentes no recurso à IVG, logo seguidas das mulheres com um filho. O estado civil perde relevância, pela forte presença de casadas. A precaridade laboral e as situações pouco qualificadas mantêm-se fortemente relevantes. Todavia, a visível expressão de situações mais qualificadas reenvia em parte para a importância do número de filhos, em particular um ou dois, e da carreira profissional, na opção pela interrupção de uma gravidez não desejada nesta classe etária.

5.2.6 Classe etária 40-44 anos

As mulheres com dois filhos continuam a ser as que estão mais presentes no recurso à IVG na classe etária 40-44 anos, ao longo do período (Quadro 5.19) e com o mesmo perfil marital e conjugal (sobretudo casadas e as solteiras tendem a ser coabitantes). O que reenvia para o facto de a existência de dois filhos ser determinante na decisão de interromper uma gravidez não desejada, em particular, nas idades acima dos 34 anos.

Quadro 5.19 – IVG por número de filhos, estado civil e situação conjugal das mulheres, classe etária 40-44 anos, Portugal, de 2008-2013 (%)

| Classe etária 40-44 anos - Mulheres com 0 Filhos | | | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 0Filhos |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 1,4 | 2,8 | 1,5 | 0,0 | 0,3 | 1,0 | 6,9 |
| 2009 | 1,5 | 2,1 | 1,2 | 0,1 | 0,2 | 1,1 | 6,2 |
| 2010 | 1,7 | 2,5 | 1,1 | 0,0 | 0,4 | 0,9 | 6,6 |
| 2011 | 1,4 | 2,9 | 1,0 | 0,0 | 0,5 | 1,0 | 6,8 |
| 2012 | 1,6 | 3,7 | 0,8 | 0,0 | 0,2 | 1,2 | 7,4 |
| 2013 | 2,3 | 3,3 | 1,5 | 0,0 | 0,2 | 0,9 | 8,1 |

| Classe etária 40-44 anos - Mulheres com 1 Filho | | | | | | | |
|--|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 1Filho |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 2,1 | 2,2 | 13,8 | 0,3 | 2,8 | 4,3 | 25,4 |
| 2009 | 3,7 | 2,6 | 11,0 | 0,2 | 3,1 | 4,2 | 24,9 |
| 2010 | 3,7 | 2,7 | 10,0 | 0,5 | 2,9 | 4,9 | 24,8 |
| 2011 | 3,9 | 2,9 | 13,0 | 0,1 | 3,1 | 4,9 | 27,8 |
| 2012 | 4,3 | 2,5 | 14,7 | 0,2 | 3,9 | 6,3 | 32,0 |
| 2013 | 4,6 | 3,7 | 13,1 | 0,0 | 3,6 | 6,1 | 31,1 |

| Classe etária 40-44 anos - Mulheres com 2 Filhos | | | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 2Filhos |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 3,1 | 1,4 | 32,1 | 0,5 | 3,9 | 6,3 | 47,2 |
| 2009 | 3,9 | 1,2 | 29,9 | 0,3 | 4,2 | 5,7 | 45,1 |
| 2010 | 4,5 | 1,4 | 30,0 | 0,6 | 4,1 | 6,3 | 46,9 |
| 2011 | 4,8 | 1,8 | 25,5 | 0,6 | 5,2 | 6,0 | 43,9 |
| 2012 | 3,0 | 1,8 | 23,8 | 0,3 | 4,1 | 7,3 | 40,3 |
| 2013 | 4,3 | 1,5 | 25,3 | 0,4 | 5,0 | 5,6 | 42,1 |

| Classe etária 40-44 anos - Mulheres com 3 Filhos | | | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 3Filhos |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 1,7 | 1,1 | 8,7 | 0,2 | 0,8 | 1,1 | 13,6 |
| 2009 | 1,6 | 0,8 | 9,0 | 0,0 | 1,6 | 2,7 | 15,8 |
| 2010 | 1,9 | 1,0 | 7,2 | 0,2 | 2,6 | 1,7 | 14,6 |
| 2011 | 1,6 | 0,8 | 6,9 | 0,1 | 2,3 | 2,7 | 14,3 |
| 2012 | 1,2 | 1,2 | 7,7 | 0,2 | 2,2 | 1,1 | 13,7 |
| 2013 | 1,9 | 1,2 | 7,1 | 0,2 | 1,9 | 1,7 | 14,0 |

| Classe etária 40-44 anos - Mulheres com 4 e +Filhos | | | | | | | |
|--|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 4 e +Filhos |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 0,9 | 0,9 | 4,1 | 0,0 | 0,7 | 0,2 | 6,8 |
| 2009 | 1,6 | 0,8 | 3,5 | 0,0 | 1,2 | 0,8 | 8,0 |
| 2010 | 1,7 | 0,6 | 2,3 | 0,0 | 1,1 | 1,2 | 6,8 |
| 2011 | 1,6 | 0,5 | 3,4 | 0,0 | 0,8 | 0,8 | 7,1 |
| 2012 | 1,3 | 0,9 | 3,0 | 0,1 | 0,9 | 0,5 | 6,6 |
| 2013 | 1,0 | 0,6 | 2,6 | 0,0 | 0,2 | 0,2 | 4,6 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Relembra-se que a classe etária 40-44 anos apenas agrega 6,6% dos episódios de IVG ocorridos de 2008 a 2013. Uma classe etária onde as mulheres com filhos são sobretudo casadas e as mulheres sem filhos continuam a manter-se tendencialmente solteiras e não coabitantes (Quadro 5.19), sendo que 50% destas últimas têm o Ensino Superior (Quadro 5.20) e 27,1% apresentam uma situação laboral associada à categoria Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas (Quadro 5.21). Quer isto dizer que mesmo a partir dos 40 anos de idade, as mulheres sem filhos mantêm-se como as mais

escolarizadas e com as situações laborais mais qualificadas. O que reenvia para a relevância, no âmbito da opção pela interrupção de uma gravidez não desejada, de um maior investimento numa carreira profissional tendencialmente mais especializada.

Quadro 5.20 – IVG por nível de escolaridade e número de filhos das mulheres, classe etária 40-44 anos, Portugal, de 2008-13 (%)

| Classe etária 40-44 anos | | | | | |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Nível de escolaridade | 0filhos | 1filho | 2filhos | 3filhos | 4 e +filhos |
| E.Básico 1ºc | 4,5 | 8,2 | 11,1 | 18,2 | 32,5 |
| E.Básico 2ºc | 7,0 | 13,2 | 14,7 | 19,7 | 24,4 |
| E.Básico 3ºc | 11,0 | 20,9 | 22,0 | 22,5 | 18,3 |
| E.Secundário | 27,3 | 30,9 | 27,4 | 20,2 | 14,0 |
| E.Superior | 50,0 | 26,5 | 24,2 | 17,0 | 6,1 |
| Sabe ler sem ter frequent. a escola | 0,0 | 0,1 | 0,3 | 1,2 | 0,8 |
| Não sabe ler nem escrever | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,8 | 3,9 |
| Desc. | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 0,3 | 0,0 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Se as mulheres sem filhos mantêm as suas características iniciais, nas mulheres com quatro e mais filhos também assim acontece, sendo que estas permanecem como as menos escolarizadas (Quadro 5.20) e as mais envolvidas em situações laborais precárias e pouco ou não qualificadas (Quadro 5.21). Esta associação entre a existência de descendências numerosas e baixos recursos escolares e profissionais, com uma forte presença de desempregadas, reenvia para uma participação regular na população feminina que recorre à IVG, de mulheres com grandes dificuldades em controlar a sua fecundidade.

Quadro 5.21 – IVG por número de filhos e situação laboral das mulheres, classe etária 40-44 anos, Portugal, de 2008-13 (%)

| Classe etária 40-44 anos | | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Situação Laboral | 0filhos | 1filho | 2filhos | 3filhos | 4 e +filhos |
| Desempregado | 9,9 | 14,8 | 14,1 | 17,5 | 22,2 |
| Trabalhadores ã qualificados | 12,2 | 17,9 | 18,2 | 24,2 | 26,8 |
| Estudante | 1,2 | 0,9 | 0,6 | 1,0 | 0,6 |
| Agricultores, Operários, Artífices e outros Trabalhadores ã Qualificados | 10,1 | 17,8 | 20,0 | 19,5 | 24,8 |
| Pessoal Administrativo, Serviços e Similares | 16,5 | 16,4 | 16,3 | 9,8 | 6,5 |
| Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio | 18,2 | 13,4 | 10,4 | 8,7 | 3,3 |
| Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas | 27,1 | 12,5 | 12,1 | 8,6 | 1,8 |
| Trabalho doméstico - ã remunerado | 1,0 | 3,3 | 5,4 | 7,8 | 13,4 |
| Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa | 3,9 | 2,3 | 2,1 | 1,9 | 0,2 |
| Forças militares e militarizadas | 0,0 | 0,5 | 0,3 | 0,5 | 0,2 |
| Desc. | 0,0 | 0,2 | 0,4 | 0,6 | 0,2 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015)

Quanto às mulheres com 3 filhos, embora marcadas também por um nível de escolaridade baixo e por atividades profissionais associadas a situações pouco ou não

qualificadas, nesta classe etária tendem, tal como ocorre nas mulheres com um filho e com dois, a envolver também mulheres mais escolarizadas e com situações laborais mais qualificadas. Traduzindo a forte relevância da idade e da situação laboral.

Em suma, na classe etária 40-44 anos assume especial importância, independentemente do estado civil, a existência de dois filhos, logo seguida da existência de um filho, paralelamente a situações laborais precárias e pouco qualificadas. Contudo, observa-se a presença não negligenciável de acréscimos proporcionais nas mulheres mais escolarizadas e qualificadas referidas a todas as ordens de filhos à exceção da superior a três filhos. Facto que remete para a importância que o número de filhos tem, bem como a situação laboral, na decisão de interromper uma gravidez não desejada nesta classe etária.

5.2.7 Classe etária 45-49 anos

Antes de mais, convém salientar que a classe etária 45-49 anos envolve apenas 0,6% das mulheres que recorrem à IVG durante o período em observação. Ao adicionarmos a proporção relativa à classe etária anterior, temos cerca de 6,6% das mulheres em causa nesta análise. O que reenvia para a relevância da idade no recurso à IVG. De uma forma mais acentuada do que nas mulheres mais jovens, as mulheres cujas idades se referem ao intervalo etário dos 40 aos 49 anos estão claramente menos presentes no recurso à IVG.

Quanto à decisão de interromper uma gravidez não desejada, ela surge, na classe etária dos 45-49 anos, fortemente associada a mulheres com dois filhos e casadas (Quadro 5.23). Tal como acontecia nas duas classes etárias anteriores.

As mulheres com um filho também estão visivelmente presentes nesta classe etária sendo também sobretudo casadas (Quadro 5.23). As mulheres sem filhos cuja presença na classe anterior ainda foi superior à das mulheres com quatro e mais filhos, nesta classe etária atingem, obviamente, os seus mínimos no recurso à IVG (Quadro 5.23), todavia mantendo o mesmo perfil marital e conjugal como escolar e laboral (Quadros 5.23 e 5.24), reforçando a sua especificidade face às outras categorias de mulheres por número de filhos.

Quadro 5.22 – IVG por número de filhos, estado civil e situação conjugal das mulheres, classe etária 45-49 anos, Portugal, de 2008-2013 (%)

| Classe etária 45-49 anos - Mulheres com 0 Filhos | | | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 0Filhos |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 0,9 | 0,0 | 0,9 | 0,0 | 0,9 | 0,0 | 2,8 |
| 2009 | 0,8 | 3,9 | | | | | 4,7 |
| 2010 | 0,8 | 0,8 | 3,3 | 0,0 | | | 5,0 |
| 2011 | 0,9 | 3,6 | 0,9 | 0,9 | 1,8 | 0,0 | 8,1 |
| 2012 | 0,8 | 2,5 | 0,8 | 0,0 | 1,7 | 0,8 | 6,7 |
| 2013 | 0,0 | 1,9 | | | 0,9 | 0,0 | 2,8 |

| Classe etária 45-49 anos - Mulheres com 1 Filho | | | | | | | |
|--|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 1Filho |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 0,9 | 2,8 | 13,8 | 0,0 | 0,9 | 6,4 | 24,8 |
| 2009 | 1,6 | 0,8 | 17,3 | 0,0 | 0,8 | 2,4 | 22,8 |
| 2010 | 4,1 | 0,8 | 8,3 | 0,8 | 4,1 | 5,8 | 24,0 |
| 2011 | 3,6 | 3,6 | 6,3 | 0,0 | 3,6 | 1,8 | 18,9 |
| 2012 | 5,0 | 5,0 | 12,6 | 0,0 | 4,2 | 1,7 | 28,6 |
| 2013 | 1,9 | 0,9 | 14,8 | 0,0 | 9,3 | 4,6 | 31,5 |

| Classe etária 45-49 anos - Mulheres com 2 Filhos | | | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 2Filhos |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 0,9 | 0,0 | 34,9 | 0,0 | 3,7 | 4,6 | 44,0 |
| 2009 | 4,7 | 0,0 | 33,9 | 1,6 | 4,7 | 7,9 | 52,8 |
| 2010 | 1,7 | 0,0 | 29,8 | 0,8 | 4,1 | 7,4 | 43,8 |
| 2011 | 5,4 | 0,0 | 34,2 | 1,8 | 5,4 | 10,8 | 57,7 |
| 2012 | 3,4 | 0,0 | 29,4 | 1,7 | 3,4 | 4,2 | 42,9 |
| 2013 | 3,7 | 0,9 | 27,8 | 0,0 | 2,8 | 5,6 | 40,7 |

| Classe etária 45-49 anos - Mulheres com 3 Filhos | | | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 3Filhos |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 2,8 | 1,8 | 11,0 | 0,0 | 0,0 | 1,8 | 17,4 |
| 2009 | 0,0 | 2,4 | 5,5 | 0,0 | 2,4 | 0,8 | 11,0 |
| 2010 | 0,8 | 0,0 | 11,6 | 0,0 | 0,8 | 0,0 | 13,2 |
| 2011 | 1,8 | 0,0 | 8,1 | 0,0 | 0,9 | 0,9 | 11,7 |
| 2012 | | | 5,0 | 0,0 | 1,7 | 3,4 | 10,1 |
| 2013 | 1,9 | 1,9 | 9,3 | 0,0 | 0,0 | 0,9 | 13,9 |

| Classe etária 45-49 anos - Mulheres com 4 e +Filhos | | | | | | | |
|--|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------------|
| Ano | Solteiras | | Casadas | | Outras | | TOTAL 4 e +Filhos |
| | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | Vivem em casal | Ñ vivem em casal | |
| 2008 | 0,0 | 0,9 | 7,3 | 0,0 | 2,8 | 0,0 | 11,0 |
| 2009 | 1,6 | 2,4 | 4,7 | 0,0 | | | 8,7 |
| 2010 | 1,7 | 0,0 | 9,1 | 0,0 | 0,8 | 1,7 | 13,2 |
| 2011 | 1,8 | 0,9 | | | | | 2,7 |
| 2012 | 0,8 | 0,8 | 5,0 | 0,8 | 3,4 | 0,8 | 11,8 |
| 2013 | 0,9 | 1,9 | 4,6 | 0,0 | 2,8 | 0,9 | 11,1 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Igualmente, as mulheres com quatro e mais filhos também reforçam aqui a sua especificidade, particularmente, em torno dos baixos recursos escolares, concentrados nos níveis de escolaridade referidos ao Ensino Básico (Quadro 5.23), e de uma vida ativa marcada pela precaridade e por situações laborais pouco ou não qualificadas. Nesta classe etária que envolve o final da carreira reprodutiva, as mulheres com quatro e mais filhos que recorrem à IVG são sobretudo trabalhadoras não qualificadas (34,8%) e desempregadas (29%) (Quadro 5.24).

Quadro 5.23 – IVG por nível de escolaridade e número de filhos das mulheres, classe etária 45-49 anos, Portugal, de 2008-13 (%)

| Classe etária 45-49 anos | | | | | |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Nível de escolaridade | 0filhos | 1filho | 2filhos | 3filhos | 4 e +filhos |
| E.Básico 1ºc | 8,6 | 10,3 | 21,3 | 28,1 | 37,7 |
| E.Básico 2ºc | 8,6 | 13,8 | 14,3 | 20,2 | 23,2 |
| E.Básico 3ºc | 8,6 | 21,3 | 23,2 | 22,5 | 18,8 |
| E.Secundário | 17,1 | 26,4 | 18,6 | 14,6 | 11,6 |
| E.Superior | 54,3 | 27,0 | 22,3 | 12,4 | 4,3 |
| Sabe ler sem ter frequent. a escola | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 2,2 | 4,3 |
| Não sabe ler nem escrever | 0,0 | 1,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Desc. | 2,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quanto às mulheres com três filhos, embora apresentem um perfil escolar definido por referência aos níveis do Ensino Básico, cerca de 12,4% têm o Ensino Superior e 14,6% tem o Ensino Secundário (Quadro 5.23). Em termos de vida ativa, também surgem fortemente marcadas por situações pouco qualificadas e precárias, todavia apresentam proporções de episódios relativos às categorias mais qualificadas claramente mais expressivas do que as observadas nas mulheres com quatro e mais filhos (Quadro 5.24).

Quadro 5.24 – IVG por número de filhos e situação laboral das mulheres, classe etária 45-49 anos, Portugal, de 2008-13 (%)

| Classe etária 45-49 anos | | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Situação Laboral | 0filhos | 1filho | 2filhos | 3filhos | 4 e +filhos |
| Desempregado | 0,0 | 9,8 | 14,6 | 16,9 | 29,0 |
| Trabalhadores ã qualificados | 14,3 | 18,4 | 16,8 | 27,0 | 34,8 |
| Estudante | 5,7 | 0,6 | 0,6 | 0,0 | 1,4 |
| Agricultores, Operários, Artífices e outros Trabalhadores ã Qualificados | 0,0 | 20,1 | 17,7 | 23,6 | 15,9 |
| Pessoal Administrativo, Serviços e Similares | 14,3 | 21,8 | 16,2 | 7,9 | 1,4 |
| Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio | 20,0 | 7,5 | 7,0 | 7,9 | 1,4 |
| Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas | 34,3 | 13,8 | 13,1 | 7,9 | 2,9 |
| Trabalho doméstico - ã remunerado | 5,7 | 4,6 | 11,0 | 7,9 | 10,1 |
| Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa | 2,9 | 3,4 | 2,4 | 1,1 | 2,9 |
| Forças militares e militarizadas | 0,0 | 0,0 | 0,6 | 0,0 | 0,0 |
| Desc. | 2,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Em suma, na última classe etária aqui em análise observa-se que ter filhos, nomeadamente dois, e encontrar-se numa situação precária ou pouco qualificada em termos profissionais é determinante na decisão de interromper uma gravidez não desejada nas idades compreendidas entre os 44 anos e os 50 anos. Contudo, ter um ou dois filhos e estar envolvida numa carreira profissional mais qualificada também surge com alguma relevância. O que remete para a importância, em particular, da situação laboral no âmbito desta última classe etária em análise.

Em síntese, nestas análises em que se pretendeu observar o comportamento da IVG por classes etárias em estreita articulação com a estruturação da população feminina em causa por número de filhos e características conjugais, laborais e escolares verifica-se uma segmentação em dois períodos distintos, até aos 29 anos de idade e a partir dos 30 anos de idade. No primeiro período surgem como fortemente determinantes o estado civil e a situação conjugal, o envolvimento na carreira escolar e em situações laborais precárias e pouco ou não qualificadas, bem como já ter ou não iniciado o percurso reprodutivo. No segundo período, apresentam-se como determinantes o número de filhos existentes, sobretudo um ou dois, o desemprego e o envolvimento em situações laborais mais e menos qualificadas, com maior acentuação nas últimas.

Entre as mulheres, a principal diferenciação é entre as que já iniciaram o seu percurso reprodutivo e aquelas que ainda o não fizeram. Estas últimas estão fortemente presentes no recurso à IVG nas idades até aos 29 anos, após o que a sua presença começa a declinar de forma gradual, mantendo-se presentes até à última classe etária em análise sempre com o mesmo perfil em termos de estado civil e conjugal bem como escolar e laboral. O que remete para o facto de ser determinante na decisão pela interrupção de uma gravidez não desejada, em qualquer idade, o ser solteira não coabitante e envolvida com uma carreira escolar alargada e uma conseqüente carreira profissional mais especializada. Todavia, é nas idades abaixo dos 30 anos que estes fatores afetam maior número de mulheres remetendo para um existente adiamento do momento de procriar, em especial para idades acima dos 29 anos.

As mulheres que já iniciaram o seu percurso reprodutivo embora estejam mais presentes no recurso à IVG a partir dos 30 anos de idade, elas também estão presentes nas idades abaixo dos 30 anos, sobretudo na classe etária dos 25-29 anos. Nestas mulheres com filhos que ainda não têm 30 anos de idade, o estado civil e a situação conjugal surgem como determinantes bem como as situações laborais precárias e pouco qualificadas. Contudo, observa-se desde logo que a precaridade laboral é mais determinante à medida que o número de filhos existentes aumenta. O que está de acordo com o facto das mulheres com um filho e dois filhos apresentarem ao longo de todas as classes etárias em estudo recursos escolares mais elevados e situações laborais mais qualificadas que as restantes mulheres com um maior número de filhos.

A partir dos 30 anos de idade, o número de filhos existentes é fortemente determinante, sobretudo um ou dois, com especial acentuação nos dois a partir da classe etária 35-39 anos. Embora as situações de precaridade laboral continuem a ser preponderantes, o crescente aumento de mulheres mais escolarizadas e mais envolvidas em situações laborais mais qualificadas remete também para uma maior relevância do envolvimento numa carreira profissional nas mulheres das idades acima dos 30 anos.

Apesar da presença das mulheres com 4 e mais filhos ser relativamente reduzida no recurso à IVG em Portugal de 2008 a 2013, ela mantém-se constante em torno dos mesmos fatores determinantes, recursos escolares baixos, desemprego e situações laborais pouco ou não qualificadas. Fatores que também estão presentes, de forma menos acentuada nas mulheres com três filhos.

Em Portugal as mulheres com três e mais filhos estão em menor número na população portuguesa do que as mulheres sem filhos e com um ou dois filhos (Oliveira, 2016: 115-116), nesta medida, a sua presença, mesmo menor, no recurso à IVG, de 2008 a 2013, reforça a pertinência da hipótese primeira que coloca o recurso à IVG no âmbito das dificuldades sentidas pelas mulheres em regular a sua fecundidade por referência aos seus objetivos de vida (escolar, profissional e relacional) e os seus objetivos reprodutivos. A relevância da existência ou não de filhos e o seu número em estreita articulação com a idade no recurso à IVG posiciona a decisão de interromper uma gravidez não desejada no âmbito das opções reprodutivas e, por aí, no âmbito do que as determina.

5.3 ADIAR, ESPAÇAR E LIMITAR

Perante uma gravidez não desejada o que motiva as mulheres a optar pela sua interrupção é a lógica primeira subjacente à gestão do percurso reprodutivo, adiar, espaçar ou limitar os nascimentos (Henshaw, 1990:86; Sihvo *et.al*,2003: 601). Se no caso da forte presença das mulheres sem filhos, no recurso à IVG, o que está em causa, será, sobretudo, o adiamento do momento de procriar (Henshaw, 1990:86) nas mulheres com filhos tanto pode ser o espaçamento entre os nascimentos como a sua limitação (Henshaw, 1990:86; Bongaarts e Westoff,2000: 4).

5.3.1 Intervalo entre o último parto e a IVG

Na observação dos intervalos entre o último parto e a ocorrência da IVG, se excluirmos a situação correspondente aos zero anos, verifica-se que são os intervalos mais curtos que predominam, de forma destacada, ao longo de todo o período em análise (Quadro 5.25.). Facto que remete para a hipótese, no caso das mulheres que procuram espaçar nascimentos, de uma maior tolerância à ocorrência de uma gravidez não desejada, no âmbito de intervalos associados a potenciais espaçamentos acima dos três anos ou, em especial, a partir dos cinco anos (Quadro 5.25.).

Quadro 5.25 – Intervalo (em anos) entre a ocorrência da IVG e o último parto, Portugal, 2008-2013 (%)

| Intervalo (anos) | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 0 | 2,6 | 2,4 | 2,2 | 2,2 | 2,2 | 2,0 | 2,3 |
| 1 | 13,0 | 14,0 | 13,6 | 14,3 | 12,9 | 13,2 | 13,5 |
| 2 | 12,6 | 13,3 | 14,1 | 14,1 | 14,3 | 13,3 | 13,6 |
| 3 | 11,2 | 10,7 | 10,9 | 11,0 | 10,4 | 11,4 | 10,9 |
| 4 | 9,1 | 9,1 | 8,7 | 9,3 | 9,7 | 9,3 | 9,2 |
| 5 | 8,2 | 8,4 | 8,2 | 7,9 | 7,6 | 8,4 | 8,1 |
| 0-5 | 56,7 | 57,9 | 57,8 | 58,7 | 57,1 | 57,7 | 57,7 |
| 6-10 | 28,6 | 26,4 | 26,3 | 26,1 | 26,4 | 26,1 | 26,6 |
| 11-15 | 10,0 | 11,0 | 11,0 | 10,9 | 12,0 | 11,7 | 11,1 |
| 16 e + | 4,8 | 4,7 | 4,9 | 4,3 | 4,6 | 4,5 | 4,6 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Com efeito, de 2008 a 2013, as mulheres com filhos que recorreram à IVG tenderam a fazê-lo em média, 5,8 anos após a ocorrência do último parto. Mais de 55% dos episódios de IVG referem-se à ocorrência da interrupção da gravidez nos intervalos abaixo dos 6 anos. O que reenvia, em termos dos comportamentos reprodutivos, para a crescente incidência de intervalos entre nascimentos superiores a cinco anos sobretudo em estreita articulação com o adiamento do momento de procriar o segundo filho (Cunha, 2016:127).

Quadro 5.26 – Intervalo (em anos) entre a ocorrência da IVG e o último parto, mulheres por número de filhos, Portugal, 2008-13 (%)

| Intervalo (anos) | 1filho | 2filho | 3filhos | 4 e +filhos | Total |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 0 | 2,3 | 2,1 | 2,5 | 2,9 | 2,3 |
| 1 | 13,5 | 12,8 | 14,8 | 16,7 | 13,5 |
| 2 | 13,4 | 13,3 | 15,2 | 16,4 | 13,6 |
| 3 | 10,7 | 10,8 | 12,0 | 12,2 | 10,9 |
| 4 | 9,4 | 8,8 | 9,4 | 10,2 | 9,2 |
| 5 | 8,0 | 8,2 | 8,3 | 8,2 | 8,1 |
| 0-5 | 57,3 | 56,1 | 62,1 | 66,6 | 57,7 |
| 6-10 | 25,9 | 28,0 | 26,1 | 23,9 | 26,6 |
| 11-15 | 11,5 | 11,4 | 9,3 | 7,6 | 11,1 |
| 16 e + | 5,4 | 4,5 | 2,5 | 1,9 | 4,6 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Na análise dos intervalos segundo o número de filhos, confirma-se a tendência identificada ao nível geral (Quadro 5.26.). De 2008 a 2013, nos intervalos de 1 a 3 anos, entre o último parto e a interrupção da gravidez, encontram-se 37,6% das mulheres com um filho, 36,9% das mulheres com dois filhos, 42% das mulheres com três filhos e 45,3% das

mulheres com 4 e mais filhos. Assim sendo, até aos 5 anos de intervalo, todas as categorias de mulheres com filhos apresentam proporções de IVG acima dos 55%. De referir que as mulheres com 3 e mais filhos, ultrapassam os 62% e as mulheres com um filho superiorizam-se proporcionalmente às mulheres com dois filhos. Estas últimas são as que estão mais presentes no intervalo dos 6 aos 10 anos (Quadro 5.26).

É no intervalo dos 6 aos 10 anos que se registam, em todas as categorias de mulheres com filhos, as maiores proporções de IVG, acima do intervalo dos 0 aos 5 anos, sendo que, as mulheres com dois filhos e três filhos, são as que aí apresentam as maiores proporções, 28% e 26,1%, respetivamente (Quadro 5.26). Acima dos 10 anos, as proporções decaem claramente, em todas as categorias em causa, com maior acentuação nas mulheres com mais de dois filhos. O que está associado ao facto de estas mulheres tenderem a optar mais fortemente, do que as outras, pela interrupção de uma gravidez no âmbito dos intervalos mais curtos (Quadro 5.26). O que reenvia para a existência de maiores dificuldades por parte destas mulheres na gestão contracetiva da sua atividade sexual em torno dos seus objetivos reprodutivos.

De notar que a proporção de IVG realizada durante o mesmo ano da ocorrência do último parto (referente ao intervalo de 0 anos) é reduzida, em todas as categorias de mulheres com filhos, não ultrapassando o máximo de 2,9% atingido pelas mulheres com 4 filhos e mais (Quadro 5.26). O que reenvia para a hipótese do efeito da amamentação e/ou de uma gestão contracetiva adequada ao pós-parto.

Relativamente aos intervalos mais longos, as mulheres com um e dois filhos são quem aí apresentam as maiores proporções, o que remete para a limitação da prole ao filho único ou aos dois filhos (Quadro 5.26). Obviamente que os intervalos mais longos vão assumindo visibilidade proporcional à medida que as idades se vão elevando, contudo, as mulheres com um e dois filhos que recorrem à IVG, tendem a surgir, independentemente da classe etária em causa, como as mais implicadas nos intervalos mais longos entre o último parto e a IVG (Quadro 5.27).

Através da análise dos intervalos entre o parto e a IVG, segundo o número de filhos por idades observa-se que os intervalos até aos 5 anos são largamente maioritários até aos 40 anos de idade, independentemente do número de filhos anteriores (Quadro 5.27). No entanto, pode ainda observar-se que à medida que aumenta a idade, tende a diminuir a importância relativa dos intervalos até aos 5 anos e, conseqüentemente, a aumentar a importância dos intervalos mais longos. Para além disso, em cada grupo etário, à medida que aumenta o número de filhos já nascidos, aumenta, também, a percentagem dos intervalos até aos 5 anos (Quadro 5.27).

Quadro 5.27 – Intervalo (em anos) entre a ocorrência da IVG e o último parto por classes etárias (dos 15 aos 49 anos), mulheres por número de filhos, Portugal, 2008-13 (%)

| Intervalo (anos) | | | | | | |
|------------------|----------|------|------|-------|--------|-------|
| 15-19 | NºFilhos | 0-5 | 6-10 | 11-15 | 16 e + | Total |
| | 1 | 98,9 | 1,1 | 0 | 0 | 100 |
| | 2 | 98,7 | 1,3 | 0 | 0 | 100 |
| | 3 | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| | 4 e + | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| 20-24 | NºFilhos | 0-5 | 6-10 | 11-15 | 16 e + | Total |
| | 1 | 89,6 | 10,0 | 0,4 | 0 | 100 |
| | 2 | 94,0 | 5,6 | 0,4 | 0 | 100 |
| | 3 | 97,7 | 2,3 | 0 | 0 | 100 |
| | 4 e + | 97,2 | 2,8 | 0 | 0 | 100 |
| 25-29 | NºFilhos | 0-5 | 6-10 | 11-15 | 16 e + | Total |
| | 1 | 65,7 | 30,5 | 3,5 | 0,2 | 100 |
| | 2 | 79,6 | 19,0 | 1,3 | 0,1 | 100 |
| | 3 | 87,7 | 11,6 | 0,7 | 0 | 100 |
| | 4 e + | 91,8 | 8,2 | 0 | 0 | 100 |
| 30-34 | NºFilhos | 0-5 | 6-10 | 11-15 | 16 e + | Total |
| | 1 | 47,3 | 34,6 | 16,3 | 1,9 | 100 |
| | 2 | 62,4 | 30,6 | 6,4 | 0,5 | 100 |
| | 3 | 69,9 | 26,1 | 3,6 | 0,4 | 100 |
| | 4 e + | 82,2 | 15,8 | 1,7 | 0,3 | 100 |
| 35-39 | NºFilhos | 0-5 | 6-10 | 11-15 | 16 e + | Total |
| | 1 | 26,8 | 33,8 | 26,7 | 12,6 | 100 |
| | 2 | 42,6 | 35,9 | 17,3 | 4,1 | 100 |
| | 3 | 55,2 | 31,1 | 11,7 | 2,0 | 100 |
| | 4 e + | 61,3 | 28,8 | 8,8 | 1,1 | 100 |
| 40-44 | NºFilhos | 0-5 | 6-10 | 11-15 | 16 e + | Total |
| | 1 | 12,2 | 21,1 | 28,9 | 37,7 | 100 |
| | 2 | 19,0 | 32,5 | 29,5 | 18,9 | 100 |
| | 3 | 31,1 | 35,6 | 24,4 | 8,9 | 100 |
| | 4 e + | 44,7 | 35,0 | 15,6 | 4,7 | 100 |
| 45-49 | NºFilhos | 0-5 | 6-10 | 11-15 | 16 e + | Total |
| | 1 | 7,5 | 11,6 | 16,8 | 64,2 | 100 |
| | 2 | 3,1 | 14,9 | 30,4 | 51,6 | 100 |
| | 3 | 11,5 | 32,2 | 28,7 | 27,6 | 100 |
| | 4 e + | 17,6 | 39,7 | 27,9 | 14,7 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Importa salientar que 30,5% das mulheres com um filho que recorrem à IVG, no âmbito da classe etária 25-29 anos, declaram a ocorrência do último parto no intervalo de 6 a 10 anos, sendo que, no âmbito da classe etária 30-34 anos, passam a ser já mais de 50%, as que se encontram envolvidas em interrupções da gravidez com intervalos acima dos 5 anos (Quadro 5.27). O que reenvia para uma forte presença de mulheres que estão determinadas em adiar o nascimento do segundo filho ou a limitar a prole ao filho único.

Do mesmo modo, cerca de 37,5% dos episódios de IVG referidos a mulheres com dois filhos na classe etária 30-34 anos são relativos a intervalos de 6 e mais anos face ao último parto. Uma proporção que sobe para 57,3% na classe etária 35-39 anos (Quadro 5.27). O que leva a concluir tratar-se aqui da existência de mulheres fortemente

empenhadas em evitar o nascimento de um terceiro filho. O que reenvia em especial na última classe etária em causa, para a limitação da prole aos dois filhos.

À medida que a idade avança, aumentam os intervalos mais longos, e mantém-se, também, a tendência para serem as descendências mais numerosas a estarem associadas às maiores proporções nos intervalos mais curtos. Com efeito, estes predominam nas mulheres com três filhos até aos 39 anos de idade e nas mulheres com quatro e mais filhos, até aos 44 anos de idade (Quadro 5.27). O que traduz, no âmbito das mulheres em causa, a existência de efetivas dificuldades em regular a sua fecundidade. O que também está de acordo com a sua participação no recurso à IVG por mais do que uma vez.

5.3.2 Recurso à IVG por mais de uma vez

Os termos “aborto repetido” ou a “repetição do aborto” associados ao conceito de recidiva começam a ser recorrentes, a partir dos inícios dos anos 1970, para discriminar o recurso à IVG por mais do que uma vez (Rowlands, 2007:155). Em causa estava a recusa em aceitar que o recurso à interrupção da gravidez, sobretudo, sob enquadramento legal, pudesse ser utilizado por algumas mulheres como um método de controlo dos nascimentos. Deste modo, o recurso repetido à IVG apresenta-se desde logo conotado como um comportamento de mulheres irresponsáveis. Algo que ainda hoje se mantém na forma como frequentemente as mulheres que recorrem, por mais de uma vez, aos serviços de IVG são particularmente assinaladas e alvo de preconceitos, sendo que em alguns casos limite, chegam a ser ameaçadas com a esterilização (Rowlands, 2007:155).

Todas as IVG que se seguem à primeira são categorizadas sob a mesma definição de aborto repetido ou de recidiva independentemente de ocorrerem no mesmo ano ou após 20 anos. Para além da carga negativa que carrega esta perspetiva apresenta-se pois como fortemente redutora. Cada episódio de IVG é um acontecimento único que tem a sua própria história tributária das circunstâncias que envolvem essa opção, por parte de uma mulher, num dado momento da sua vida (Rose, Stanley e Lawton, 2015:215).

Na atualidade, nos países europeus a tendência é para que o recurso à IVG surja de forma complementar ao recurso à contraceção remetendo para existentes limitações no âmbito das práticas contraceptivas por referência aos objetivos reprodutivos das mulheres ou dos casais. A análise, em particular, dos espaçamentos entre episódios de IVG ao longo do percurso de vida de uma mulher em estreita articulação com o número de filhos existentes reveste-se assim de grande pertinência.

Como se verificou anteriormente, o recurso múltiplo à IVG, em Portugal, apresenta uma tendência para aumentar de 2008 a 2013. Um comportamento consistente com o que tende a ocorrer nos primeiros anos da legalização do recurso ao aborto induzido por opção da mulher (Henshaw, 1990:87). Cerca de 24% dos episódios de IVG ocorridos durante o

período em causa referem-se ao recurso pela segunda e mais vezes (Quadro 5.28). E tal como tende geralmente a ocorrer (Rowlands, 2007:156), à medida que a idade se eleva a proporção de mulheres envolvidas na IVG de ordem superior a 1 aumenta.

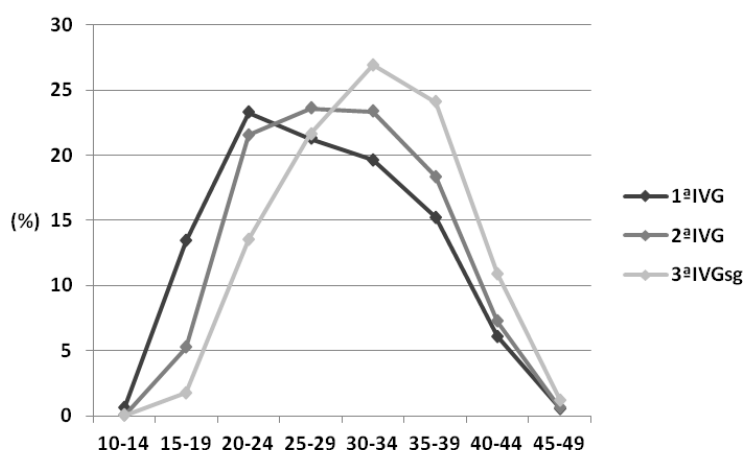
Quadro 5.28 – 1ªIVG, à 2ªIVG e à 3ªIVG e seguintes, por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-13 (%)

| Classes etárias | 1ªIVG | 2ªIVG | 3ªIVG e seg. | Total |
|-----------------|-------------|-------------|--------------|------------|
| 10-14 | 97,9 | 1,7 | 0,4 | 100 |
| 15-19 | 90,4 | 8,8 | 0,8 | 100 |
| 20-24 | 78,7 | 18,2 | 3,2 | 100 |
| 25-29 | 74,2 | 20,5 | 5,2 | 100 |
| 30-34 | 71,9 | 21,3 | 6,8 | 100 |
| 35-39 | 70,9 | 21,3 | 7,8 | 100 |
| 40-44 | 70,3 | 20,9 | 8,7 | 100 |
| 45-49 | 71,1 | 18,7 | 10,2 | 100 |
| Total | 75,9 | 18,9 | 5,2 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Com efeito, o recurso pela segunda e mais vezes é visivelmente crescente à medida que a idade avança (Quadro 5.28), o que vai de par com o facto de as maiores proporções no recurso à 1ª IVG se referirem, sobretudo, à classe etária 20-24 anos, seguida da classe etária 25-29 anos. Enquanto à 2ª IVG se referem sobretudo à classe etária 25-29 anos, seguida da classe etária 30-34 anos. E, finalmente, à 3ª IVG e seguintes é à classe etária 30-34 anos, seguida da classe etária 35-39 anos (Figura 5.3).

Figura 5.3 – 1ª IVG, 2ª IVG, 3ª IVG e seguintes por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-13 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Igualmente, também se observa que à medida que o número de filhos aumenta, também tende a elevar-se a percentagem de mulheres envolvidas no recurso múltiplo à interrupção da gravidez (Quadro 5.29). Nas mulheres sem filhos, mais de 80% das IVG acontecem pela primeira vez. No caso das mulheres com 1 ou 2 filhos, as primeiras IVG envolvem 72,4% e 71,3% dos episódios respetivamente. Logo em ambas estas categorias as segundas IVG e seguintes já ultrapassam os 27%. Uma proporção que se eleva para lá dos 30% nas mulheres com três ou mais filhos (Quadro 5.29). Comportamento consistente com o observado noutros países (Rowlands, 2007:156).

Quadro 5.29 – 1ª IVG, 2ª IVG e à 3ª IVG e seguintes, por número de filhos das mulheres; Portugal, 2008-13 (%)

| NºFilhos | 1ªIVG | 2ªIVG | 3ªIVG e seg. | Total |
|-----------------|--------------|--------------|---------------------|--------------|
| 0 | 83,2 | 14,4 | 2,4 | 100 |
| 1 | 72,4 | 21,8 | 5,7 | 100 |
| 2 | 71,3 | 21,4 | 7,4 | 100 |
| 3 | 66,1 | 23,1 | 10,8 | 100 |
| 4 e + | 63,0 | 23,8 | 13,2 | 100 |
| Total | 75,9 | 18,9 | 5,2 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Relativamente ao recurso por mais de uma vez, por parte de mulheres sem filhos, através do espaçamento entre a última IVG e a anterior é possível observar que 67,7% destas mulheres o fazem durante os três primeiros anos após a IVG antecedente, sendo que mais de 50% o fazem até aos dois primeiros anos (Quadro 5.30). Tratando-se de mulheres sem filhos, estes intervalos curtos entre episódios de IVG reenviam para a presença de mulheres sob uma forte pressão para adiar o momento de procriar.

Quadro 5.30 – Intervalo desde a última IVG, por número de filhos das mulheres, Portugal, 2008-13 (%)

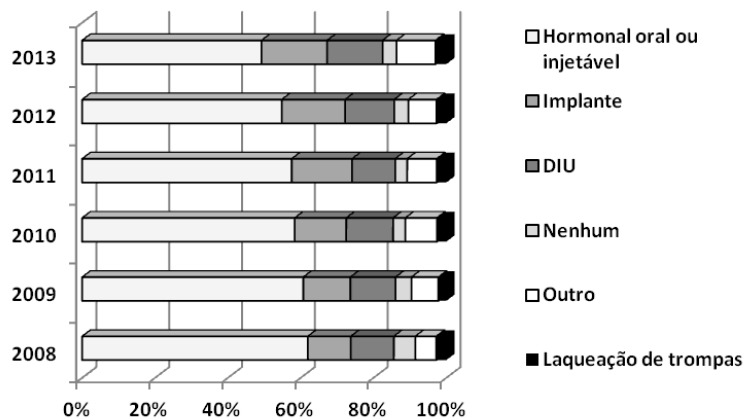
| Intervalo (anos) | Número de filhos | | | | |
|-----------------------------|-------------------------|----------------|-----------------|-----------------|--------------------|
| | 0 filhos | 1 filho | 2 filhos | 3 filhos | 4 e +filhos |
| 0 | 8,8 | 7,3 | 6,0 | 6,3 | 7,2 |
| 1 | 27,5 | 21,9 | 19,8 | 21,2 | 23,9 |
| 2 | 19,3 | 15,3 | 14,5 | 14,8 | 14,5 |
| 3 | 12,1 | 11,5 | 11,1 | 10,3 | 12,3 |
| 4 | 8,2 | 7,9 | 7,5 | 8,1 | 7,1 |
| 0-4 | 75,9 | 64,0 | 58,9 | 60,8 | 64,9 |
| 5-10 | 17,6 | 22,7 | 23,0 | 21,9 | 20,1 |
| 11 e + | 6,5 | 13,3 | 18,1 | 17,3 | 15,0 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados disponibilizada a 14 de julho de 2015.

Importa, no entanto, sublinhar que, no recurso à IVG, de 2008 a 2013, a IVG de ordem superior a 1 ocorre, independentemente do número de filhos, sobretudo nos intervalos de 1, 2 e 3 anos após a última IVG (Quadro 5.30.). Uma tendência que traduz uma estreita articulação entre o recurso múltiplo à IVG e a existência de grandes dificuldades, por parte de algumas mulheres, em regular a sua fecundidade ou em gerir os seus objetivos reprodutivos em torno de um percurso sexual ativo. De qualquer modo, tratando-se da segunda IVG e seguintes, em causa estão dificuldades que remetem, em especial, para as limitações existentes no âmbito das práticas contraceptivas após a realização de um aborto induzido.

Em Portugal, após a intervenção ou a realização de uma IVG, as mulheres são obrigatoriamente orientadas na utilização de métodos contraceptivos no âmbito de uma consulta médica para o efeito. Observa-se assim que, de 2008 a 2013, o hormonal oral ou injetável prevalece sobre os outros métodos prescritos (Figura 5.4.). No entanto, essa prevalência vai decaindo no período, de forma evidente, a favor de outros métodos, com especial relevância para o implante e o DIU.

Figura 5.4 – Métodos contraceptivos prescritos pós-IVG, 2008-2013 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Na distribuição por idades observa-se que o hormonal oral ou injetável, no qual se integra a pílula, é o mais prescrito, em especial nas idades até aos 34 anos (Quadro 5.31). Contudo, observa-se igualmente que o implante surge como a alternativa, sobretudo, nas idades até aos 29 anos, após as quais é o DIU que se assume como a alternativa mais recorrente.

Quadro 5.31 – Métodos contraceptivos prescritos pós-IVG, por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-13 (%)

| Classes etárias | Hormonal oral ou injetável | DIU | Laqueação | | | Nenhum | Total |
|-----------------|----------------------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|------------|
| | | | Implante | de Trompas | Outro | | |
| 10-14 | 60,5 | 0,4 | 30,6 | 0,0 | 5,9 | 2,7 | 100 |
| 15-19 | 68,3 | 1,7 | 21,1 | 0,1 | 5,1 | 3,7 | 100 |
| 20-24 | 62,3 | 6,1 | 20,3 | 0,1 | 6,9 | 4,3 | 100 |
| 25-29 | 58,8 | 11,8 | 16,4 | 0,9 | 8,0 | 4,1 | 100 |
| 30-34 | 54,3 | 17,2 | 12,2 | 3,0 | 9,2 | 4,1 | 100 |
| 35-39 | 49,7 | 21,3 | 9,0 | 6,7 | 9,4 | 4,0 | 100 |
| 40-44 | 43,9 | 24,7 | 7,6 | 9,6 | 10,1 | 4,2 | 100 |
| 45-49 | 42,9 | 27,3 | 5,3 | 7,9 | 12,2 | 4,3 | 100 |
| Total | 57,2 | 12,9 | 15,1 | 2,6 | 8,1 | 4,1 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Em síntese, as crescentes proporções do DIU paralelamente à redução das proporções do implante, à medida que se vai subindo na idade, juntamente com a predominância (absoluta, até aos 34 anos de idade, após o que passa a ser relativa) do hormonal oral ou injetável, remete para uma existente norma contraceptiva centrada na prescrição da pílula com a alternativa do DIU nas idades mais velhas e a alternativa do implante nas idades mais jovens (Quadro 5.31).

Na distribuição por número de filhos existentes pode observar-se que a prescrição da pílula decresce de forma regular à medida que o número de filhos se eleva (Quadro 5.32). Paralelamente a prescrição do DIU vai conhecendo visíveis acréscimos até aos dois filhos e depois reduz gradualmente. Contudo, este método mantém-se com proporções claramente mais elevadas do que as referidas ao implante e à laqueação de trompas mesmo com os acréscimos que estes métodos conhecem nas mulheres com 3 e mais filhos (Quadro 5.32).

Quadro 5.32 – Método contraceptivo prescrito pós-IVG, por número de filhos das mulheres, Portugal, 2008-13 (%)

| Nº Filhos | Hormonal oral ou injetável | DIU | Implante | Laqueação de Trompas | Outro | Nenhum | Total |
|--------------|----------------------------|-------------|-------------|----------------------|------------|------------|------------|
| | | | | | | | |
| 1 Filho | 53,1 | 17,0 | 16,3 | 1,2 | 8,0 | 4,4 | 100 |
| 2 Filhos | 45,5 | 23,9 | 13,9 | 5,1 | 7,7 | 3,9 | 100 |
| 3 Filhos | 41,1 | 22,1 | 14,6 | 11,3 | 6,8 | 4,1 | 100 |
| 4 e +Filhos | 37,0 | 19,3 | 15,7 | 16,4 | 7,1 | 4,4 | 100 |
| Total | 57,2 | 12,9 | 15,1 | 2,6 | 8,1 | 4,1 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Em suma, através da análise dos métodos contraceptivos prescritos pós-IVG é possível identificar uma norma contraceptiva definida em torno de uma clara prevalência do hormonal oral ou injetável com as alternativas mais recorrentes do DIU nas idades mais

velhas e nas mulheres com filhos e do implante nas idades mais jovens e nas mulheres sem filhos. Deste modo e na medida em que o recurso múltiplo à IVG eleva-se com a idade e com o número de filhos existentes, não será estranho que a distribuição dos métodos contraceptivos por ordem de IVG traduza essa mesma norma (Quadro 5.33).

Quadro 5.33 – Métodos contraceptivos prescritos pós-IVG, por ordem de IVG, Portugal, 2008-13 (%)

| Ordem de IVG | Hormonal oral ou injetável | DIU | Implante | Laqueação de Trompas | Outro | Nenhum | Total |
|--------------|----------------------------|-------------|-------------|----------------------|------------|------------|------------|
| 1ª IVG | 59,8 | 12,1 | 14,0 | 2,2 | 7,8 | 4,1 | 100 |
| 2ª IVG | 50,7 | 14,9 | 18,5 | 3,3 | 8,5 | 4,1 | 100 |
| 3ª IVG e seg | 43,3 | 17,5 | 19,4 | 6,0 | 9,5 | 4,3 | 100 |
| Total | 57,2 | 12,9 | 15,1 | 2,6 | 8,1 | 4,1 | 100 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Com efeito, na passagem para as IVG de ordem superior a 1 a prescrição do hormonal oral ou injetável reduz, paralelamente ao aumento na prescrição de todos os outros métodos em causa (Quadro 5.33). Observa-se que o implante se sobrepõe proporcionalmente ao DIU no âmbito de todas as ordens de IVG em análise. O que reenvia para a forma crescente com que este método é prescrito (envolvendo em particular mulheres mais jovens e mulheres sem filhos), conhecendo, ao longo do período em análise, uma variação de cerca de 52%, seguindo-se o DIU com cerca de 28%. Enquanto, o método hormonal oral ou injetável onde se inclui a pílula conhece um decréscimo no período que se traduz numa variação de cerca de -21%.

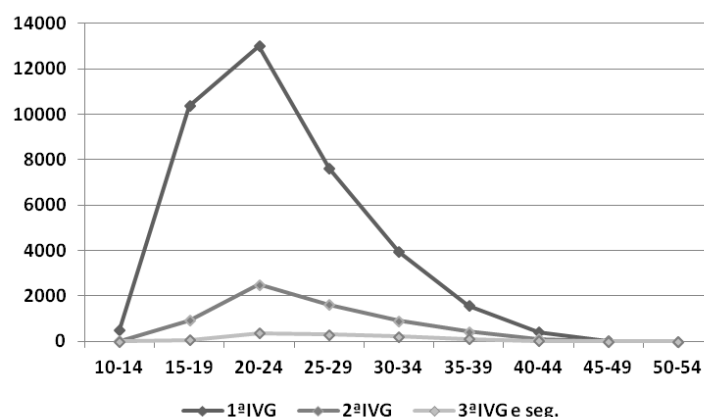
A tendência para uma maior prescrição de métodos de longa duração como o DIU e o implante está de acordo com a necessidade de um método alternativo ao método hormonal oral que, ao libertar a mulher da toma regular da pílula, garanta uma utilização mais eficaz da contraceção. De facto, existem evidências que apontam para a relação entre o uso de implante e DIU e uma menor incidência da gravidez não desejada durante os cinco anos que se seguem à realização de uma IVG (Rose, Stanley e Lawton, 2015: 220).

A ocorrência de uma gravidez não desejada encontra-se, na atualidade, estreitamente articulada com a gestão contraceptiva que as mulheres fazem do seu percurso sexual, e, por aí, com a interferência de uma existente norma contraceptiva (Bajos e Ferrand, 2006b: 91; Vilar, 2010: 302-303). No entanto, perante uma gravidez não desejada nem todas as mulheres optam por interrompê-la. Neste sentido, a frequência do recurso à interrupção da gravidez por opção da mulher pela primeira ou mais vezes reenvia não só para as limitações da gestão contraceptiva como para os fatores que determinam a recusa da gravidez não desejada e que se prendem fortemente com a interferência de uma existente norma reprodutiva (Bajos e Ferrand, 2006b: 92).

O recurso múltiplo à IVG tende a aumentar com a idade e, por aí, prende-se, em parte, com o gradual alongamento do percurso sexual ativo (Rowlands, 2017: 156). Quanto mais cedo as mulheres iniciarem o seu percurso sexual ativo mais cedo poderão confrontar-se com a opção pela interrupção de uma gravidez não desejada e, por aí, também mais cedo se poderão confrontar com essa opção mais do que uma vez. Precisamente, a relação entre a IVG de ordem superior a um e o número filhos remete para a relevância da idade, sobretudo, em estreita articulação com as opções reprodutivas das mulheres.

Relativamente à participação de mulheres sem filhos, no recurso múltiplo à IVG, sobretudo, no que se refere à 2ª IVG, esta reenvia, claramente, para a existência de uma forte pressão para adiar o momento de iniciar o percurso procriativo para idades acima dos 30 anos. Na medida em que as mulheres em causa apresentam um perfil etário muito próximo do apresentado por aquelas que o fazem pela primeira vez, concentrando os maiores volumes nas classes etárias 20-24 anos e 25-29 anos, às quais se segue a classe etária 15-19 anos e só depois a classe etária 30-34 anos (Figura 5.5).

Figura 5.5 – 1ªIVG, 2ªIVG e 3ªIVG e seguintes, mulheres sem filhos, Portugal, 2008-13 (valores absolutos)



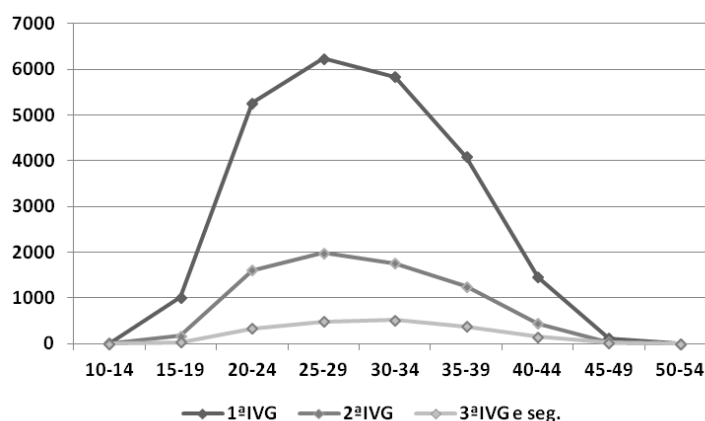
Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Apenas 2,4% das mulheres sem filhos recorrem à IVG pela terceira e mais vezes de notar, no entanto, que também aqui estão sobretudo presentes mulheres com idades compreendidas no intervalo etário dos 20 aos 29 anos (Figura 5.5). Com efeito, independentemente da ordem de IVG, 56,4% das mulheres sem filhos que recorrem à IVG têm idades referidas a este intervalo etário, sendo que 21,2% se integram na classe etária 25-29 anos.

As mulheres com um filho apresentam um perfil etário à segunda IVG idêntico ao apresentado pelas que recorrem pela primeira vez, reforçando aqui a tendência para interromper uma gravidez não desejada na classe etária dos 25-29 anos, seguida de perto

pela classe etária 30-34 anos e a classe etária 20-24 anos (Figura 5.6). Já no recurso pela terceira e mais vezes, é na classe etária 30-34 anos que se encontra o maior número de episódios referidos às mulheres com um filho, seguida das classes etárias 25-29 anos e 35-39 anos (Figura 5.6).

Figura 5.6 – 1ªIVG, 2ªIVG e 3ªIVG e seguintes, mulheres com um filho, Portugal, 2008-13 (valores absolutos)

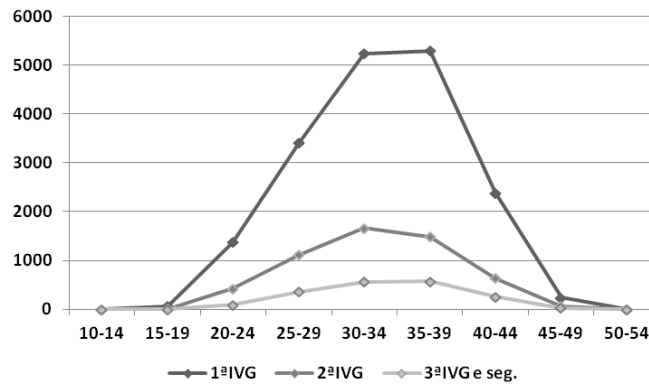


Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Em suma, 25% das mulheres com um filho encontram-se envolvidas no recurso múltiplo à IVG, dos 20 aos 39 anos de idade, intervalo onde também assenta o recurso à IVG pela primeira vez, por parte desta categoria de mulheres (com um envolvimento de 64,6%) (Figura 5.6). Ao que tudo indica, 24,4% das mulheres com um filho que recorrem à IVG estão determinadas a evitar o nascimento de um segundo filho antes dos 35 anos de idade e 17,2% antes dos 40 anos. Comportamento que reenvia para um adiamento do momento de procriar o segundo filho, em particular, para lá dos 34 anos de idade, o que reduz de forma expressiva a probabilidade de vir a ocorrer esse acontecimento no percurso reprodutivo das mulheres em causa (Mendes, 2016: 108).

Quanto às mulheres com dois filhos, o seu comportamento por classes etárias no recurso à IVG remete para uma intolerância face à ocorrência de uma gravidez não desejada no intervalo etário dos 30 aos 39 anos (58,6%) (Figura 5.7). Na medida em que é neste intervalo que, tal como ocorre à primeira IVG, se concentram os maiores volumes à segunda IVG e seguintes relativa a esta categoria de mulheres com filhos. E estes são, sobretudo, referidos à classe etária 30-34 anos, quando se trata do recurso à 2ªIVG, e à classe etária 35-39 anos, quando se trata do recurso à 3ªIVG e seguintes (Figura 5.7).

Figura 5.7 – 1ªIVG, 2ªIVG e 3ªIVg e seguintes, mulheres com dois filhos, Portugal, 2008-13 (valores absolutos)

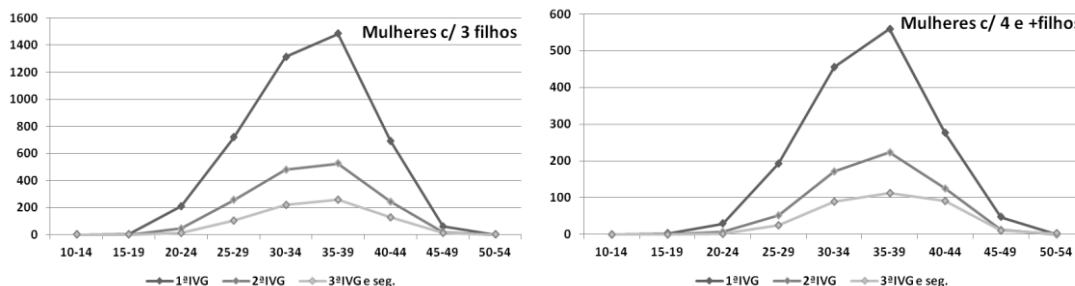


Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

No recurso à IVG, 29,1 % das mulheres com dois filhos têm idades referidas em particular, à classe etária 35-39 anos, o que reenvia para a hipótese de existir, no âmbito do recurso desta categoria de mulheres, uma forte pressão para limitar o número de filhos a dois. Uma hipótese que é reforçada pelo facto de 43,3% dos episódios relativos às mulheres com dois filhos serem referidos às idades dos 35 e mais anos. Neste sentido, não será estranho que esta hipótese se reproduza de forma mais clara nas mulheres com um número superior a 2 filhos.

Com efeito, as mulheres com três filhos agregam os seus maiores volumes, independentemente da ordem de IVG, na classe etária 35-39 anos logo seguida da classe etária 30-34 anos (Figura 5.8). O mesmo acontece com as mulheres de 4 e mais filhos (Figura 5.8). Ambas estas categorias de mulheres com maior número filhos apresentam mais de 50% dos seus episódios de IVG nas idades acima dos 34 anos, remetendo para a hipótese de se tratar de mulheres com grandes dificuldades em regular a sua fecundidade.

Figura 5.8 – 1ªIVG, 2ªIVG e 3ªIVg e seguintes, mulheres com três, quatro e mais filhos, Portugal, 2008-13 (valores absolutos)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Em síntese, o recurso à IVG em Portugal, de 2008 a 2013, é determinado pela pressão para o adiamento de procriar o primeiro filho, sobretudo até aos 29 anos de idade.

Pelo espaçamento entre os nascimentos assente em intervalos superiores a cinco anos, o que está de acordo com o adiamento, em particular, do segundo filho para idades acima dos 34 anos. Contudo, a forte presença de mulheres com um filho na IVG de ordem superior a um, envolvendo um espectro etário que abrange desde a classe etária 20-24 anos à classe etária 35-39 anos, sugere tratar-se de mulheres que não estão só sob a pressão para adiar, mas também para limitar. Quanto à pressão para limitar o número de filhos a dois identifica-se de uma forma mais clara no comportamento das mulheres com dois filhos, em especial, pelo envolvimento desta categoria de mulheres nas idades acima dos 34 anos e nos intervalos entre episódios de IVG acima dos 4 anos (41,1%) (Quadro 5.30).

Finalmente, a presença de mulheres com três e mais filhos no recurso à IVG, mesmo menor, quer pela primeira, quer pela segunda ou mais vezes, em torno, sobretudo, de intervalos de um a três anos face ao último parto, traduz a dificuldade que um conjunto de mulheres tem em regular a sua fecundidade. Mulheres cujas características sociodemográficas apontam para um maior envolvimento nas idades acima dos 35 anos, com a presença de outras categorias do estado civil que não apenas as solteiras e as casadas e o predomínio de baixos recursos escolares e de precárias situações laborais.

Em síntese, o comportamento da IVG em Portugal, de 2008 a 2013, remete, por um lado, para as limitações de uma norma contraceptiva ainda muito centrada na prescrição, pós-IVG, do contraceptivo hormonal oral com as alternativas do DIU, nas idades acima dos 30 anos e nas mulheres com filhos, e do implante, nas idades mais jovens e nas mulheres sem filhos. E por outro lado, para a interferência no projeto reprodutivo da forma como as várias fases do percurso de vida das mulheres em causa se vão definindo em termos de vida relacional e de vida ativa. Uma interferência que reenvia para as condições que na atualidade enquadram o melhor momento para procriar. Sendo assim importa perceber de que modo essa interferência se traduz no confronto entre os comportamentos da IVG e da fecundidade.

5.4 INDICADORES DA IVG E DA FECUNDIDADE

Partindo do princípio que a interrupção voluntária de gravidez se inscreve no mesmo quadro de opções reprodutivas que determinam o nascimento, a comparação entre o comportamento da IVG e o comportamento da fecundidade assume aqui toda a pertinência. Através das características sociodemográficas das mulheres que recorrem à IVG é possível calcular indicadores próprios à análise demográfica que possibilitam de forma válida essa comparação.

A partir da base de dados disponibilizada pela DGS²⁹⁰ procedeu-se ao cálculo de indicadores para o período de 2008 a 2013. A estes optou-se por associar os indicadores igualmente possíveis de calcular, com base na informação publicada pela DGS, para os anos seguintes (2014, 2015)²⁹¹, por forma a obter uma leitura, em torno de uma série mais longa e, por aí, tendencialmente mais forte.

5.4.1 Comportamento global

Segundo os dados divulgados pela DGS (DGS, 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017a) e tal como foi observado anteriormente, o recurso à interrupção voluntária da gravidez, de 2008 a 2011, conheceu um ciclo de crescimento após o qual, de 2012 a 2015, conheceu uma inversão de sentido, passando a decrescer. Estas são as duas fases do ciclo evolutivo que se podem observar na progressão anual dos valores absolutos: a aumentar até 2011 e a reduzir após 2011. Contudo, dado que só as mulheres podem abortar e, dentro destas, apenas as que estejam em idade em que podem conceber, a frequência relativa na população só poderá ser avaliada por referência à população feminina em idade fértil. Neste sentido, mediu-se a sua importância, a partir da frequência relativa da IVG nas mulheres em idade fértil, através do cálculo de uma taxa global de IVG geral²⁹².

As duas fases – até 2011 e após 2011 – que se podem observar na evolução dos valores absolutos surgem aqui traduzidas e confirmadas na evolução da taxa global de IVG geral de 2008 a 2014, não se confirmando, contudo, na passagem para 2015 (Quadro 5.34). Com efeito, de 2014 para 2015 a evolução da frequência da IVG em Portugal não se mantém no sentido descendente, apontando antes para uma estabilização em torno dos 6,7 episódios de IVG anuais por mil mulheres em idade de procriar (dos 15 aos 49 anos).

Quadro 5.34 – Evolução da taxa global de IVG geral (‰) e variação (%), Portugal, 2008-2015

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | |
|-----------------|------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| TGIVG | 6,9 | 7,5 | 7,7 | 7,9 | 7,5 | 7,2 | 6,7 | 6,7 | |
| | | 2008-09 | 2009-10 | 2010-11 | 2011-12 | 2012-13 | 2013-14 | 2014-15 | 2008-15 |
| Variação | | 8,4 | 2,8 | 3,0 | -5,3 | -3,4 | -7,3 | 0,1 | -2,7 |

Fonte: DGS - Base de Dados IVG (14 de julho de 2015); DGS (2016; 2017a).
INE - Estimativas anuais da população residente.

²⁹⁰.Relembremos que a base de dados disponibilizada pela DGS só possibilita a análise do comportamento da IVG no período de 2008 a 2013.

²⁹¹ Optou-se por não considerar para efeitos da análise os dados publicados pela DGS referentes ao ano de 2016 por se tratar de dados provisórios.

²⁹² Para o cálculo deste indicador foi considerado, para cada ano, o quociente entre o total das IVG ocorridas e a população média total das mulheres em idade de procriar (dos 15 aos 49 anos).

De 2008 a 2011, a taxa global acresce das 6,9 para as 7,9 interrupções voluntárias de gravidez, anuais, por mil mulheres em idade de procriar (dos 15-49 anos), baixando depois para as 7,5‰, em 2012, e para as 7,2‰, em 2013. Após o que decai para as 6,7‰ em 2014, estabilizando em torno desse valor em 2015 (Quadro 5.34).

Através da variação das taxas (Quadro 5.34) observa-se, que o maior aumento da frequência foi de 2008 para 2009. O que está de acordo com o verificado no âmbito da evolução dos valores absolutos e que é consistente com o potencial aumento do número de mulheres que passam, no segundo ano completo da legalização, a recorrer à IVG dentro da lei, bem como com uma melhoria na qualidade dos dados em termos de recolha e tratamento. Neste sentido, não é estranha a desaceleração que o crescimento do fenómeno conhece após 2009. De 2011 para 2012, inicia-se a fase do declínio com uma variação de -5,3% (Quadro 5.34). Todavia, é de 2013 para 2014 que se dá a maior redução no período (-7,3%), seguindo-se de 2014 para 2015 uma forte desaceleração que se traduz mesmo numa variação positiva de 0,1%.

Em síntese, através da análise da evolução das taxas globais de IVG geral, durante os primeiros oito anos (completos) de despenalização do aborto induzido, confirma-se que, em Portugal, a frequência da interrupção da gravidez a pedido da mulher conhece um ciclo de crescimento que durou os quatro anos iniciais, entrando depois num ciclo de decréscimo nos anos seguintes até 2014 inclusive, após o que tende a estabilizar na passagem para 2015. De qualquer modo, de 2008 a 2015, é o sentido do declínio que marca a evolução das taxas globais de IVG produzindo uma variação no período de -2,7% (Quadro 5.34). Portugal integra-se, assim, na atual tendência de redução da IVG na maior parte dos países europeus (Sedgh *et al.*, 2016 263), fazendo parte do grupo que apresenta as taxas mais baixas da Europa²⁹³.

Paralelamente e em termos do comportamento da fecundidade, Portugal também faz parte dos países com os níveis mais baixos da Europa (Sobotka, 2016:51). É sob este enquadramento que a evolução das taxas globais de fecundidade geral de 2008 a 2015 apresentam uma variação no período de -13,9%, sendo que é de 2011 a 2013 que, durante o período em análise, o declínio da fecundidade mais se acentua em estreita relação com os efeitos da crise económica que afetou a Europa de 2008 a 2014 (Mendes, 2016:97-101)

²⁹³ Conjuntamente com a Alemanha, a Suíça, a Itália, a Bélgica, a Finlândia, a Croácia, a Lituânia, a República Checa, a Eslovénia e a Eslováquia V. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_fabortind&lang=en.

(Quadro 5.35). Curiosamente e como se observou anteriormente, é após 2011 que a frequência da IVG também decai claramente (Quadro 5.34).

Quadro 5.35 – Evolução da taxa global de fecundidade geral²⁹⁴ (‰) e variação (%), Portugal, 2008-2015

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| TGFG | 40,4 | 39,0 | 40,0 | 38,6 | 36,3 | 33,9 | 35,6 | 34,8 |
| | 2008-09 | 2009-10 | 2010-11 | 2011-12 | 2012-13 | 2013-14 | 2014-15 | 2008-15 |
| Variação | -3,5 | 2,6 | -3,5 | -6,0 | -6,5 | 5,1 | -2,5 | -13,9 |

Fonte: INE- Nados vivos e Estimativas anuais da população residente.

Em termos da distribuição do recurso à IVG pelo território nacional observa-se que em parte ela é tributária da diferenciação regional que se define em torno de desiguais volumes de população feminina em idade fértil (15-49 anos) aí existentes. Porquanto, no confronto das taxas globais de IVG por distritos com o já observado no âmbito da evolução dos valores absolutos surgem algumas discrepâncias que colocam em causa alguns dos resultados da anterior caracterização regional do fenómeno.

Quadro 5.36 – Proporções de IVG (%) e taxas globais de IVG geral (‰) por local de residência das mulheres, Portugal (distritos e regiões autónomas), 2008-2013

| DISTRITOS | Proporções de IVG | | | | | | DISTRITOS | Taxas Globais de IVG geral | | | | | |
|------------------|-------------------|------|------|------|------|------|------------------|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Lisboa | 36,5 | 35,9 | 35,6 | 35,1 | 36,8 | 37,8 | Lisboa | 12,05 | 12,74 | 12,97 | 13,12 | 12,96 | 12,83 |
| Porto | 13,9 | 13,7 | 14,0 | 14,3 | 14,3 | 14,4 | Faro | 12,15 | 12,72 | 12,48 | 13,07 | 11,85 | 11,59 |
| Setúbal | 11,5 | 12,4 | 12,2 | 12,0 | 11,8 | 11,9 | Setúbal | 10,10 | 11,70 | 11,70 | 11,87 | 10,92 | 10,63 |
| Faro | 7,2 | 7,0 | 6,8 | 6,9 | 6,6 | 6,7 | Beja | 7,46 | 9,91 | 11,61 | 8,27 | 7,55 | 7,46 |
| Braga | 3,6 | 3,8 | 3,7 | 4,0 | 4,4 | 4,1 | Coimbra | 6,33 | 7,27 | 6,40 | 8,00 | 6,73 | 6,43 |
| Aveiro | 3,8 | 3,9 | 4,0 | 4,1 | 4,1 | 3,7 | Santarém | 6,03 | 6,33 | 7,04 | 6,82 | 5,87 | 5,92 |
| Coimbra | 3,6 | 3,8 | 3,3 | 3,9 | 3,5 | 3,4 | Bragança | 5,16 | 4,96 | 6,24 | 6,45 | 7,57 | 6,74 |
| Leiria | 3,9 | 3,8 | 3,5 | 3,5 | 3,4 | 3,3 | Évora | 5,24 | 5,64 | 6,30 | 6,51 | 5,84 | 6,10 |
| Santarém | 3,5 | 3,4 | 3,6 | 3,4 | 3,1 | 3,3 | Leiria | 6,18 | 6,54 | 6,09 | 6,36 | 5,84 | 5,41 |
| Viseu | 2,4 | 2,4 | 2,4 | 2,3 | 2,3 | 2,0 | Porto | 5,21 | 5,61 | 5,86 | 6,20 | 5,87 | 5,71 |
| Beja | 1,4 | 1,7 | 1,9 | 1,3 | 1,3 | 1,3 | Portalegre | 4,70 | 4,32 | 5,30 | 6,64 | 5,82 | 5,22 |
| RAMadeira | 1,0 | 1,3 | 1,5 | 1,4 | 1,4 | 1,3 | Castelo Branco | 5,25 | 6,01 | 6,49 | 5,91 | 5,64 | 3,40 |
| Castelo Branco | 1,2 | 1,3 | 1,4 | 1,2 | 1,2 | 0,7 | Viseu | 4,78 | 5,25 | 5,47 | 5,30 | 5,13 | 4,32 |
| Évora | 1,1 | 1,1 | 1,2 | 1,2 | 1,1 | 1,2 | Aveiro | 3,68 | 4,13 | 4,37 | 4,70 | 4,42 | 3,88 |
| Viana do Castelo | 1,1 | 1,1 | 1,0 | 1,0 | 0,8 | 1,1 | Vila Real | 3,47 | 3,39 | 4,69 | 4,99 | 4,01 | 4,16 |
| Vila Real | 0,9 | 0,8 | 1,1 | 1,1 | 0,9 | 1,0 | Guarda | 3,98 | 2,76 | 3,31 | 4,29 | 4,12 | 4,07 |
| Bragança | 0,8 | 0,7 | 0,9 | 0,9 | 1,1 | 1,0 | Viana do Castelo | 3,30 | 3,56 | 3,38 | 3,66 | 2,86 | 3,70 |
| RAAçores | 1,1 | 0,8 | 0,9 | 0,7 | 0,4 | 0,4 | RAMadeira | 2,54 | 3,48 | 3,99 | 3,95 | 3,75 | 3,29 |
| Portalegre | 0,7 | 0,6 | 0,7 | 0,8 | 0,8 | 0,7 | Braga | 2,79 | 3,21 | 3,20 | 3,59 | 3,73 | 3,35 |
| Guarda | 0,8 | 0,5 | 0,6 | 0,7 | 0,7 | 0,7 | RAAçores | 2,92 | 2,50 | 2,84 | 2,00 | 1,27 | 1,18 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).
INE- Estimativas anuais da população residente.

Com efeito, através do distanciamento face aos potenciais efeitos de estrutura, a evolução das taxas globais de IVG permitem observar que, de 2008 a 2013, as R.A. dos

²⁹⁴ As taxas aqui em causa resultam dos quocientes (cálculos próprios) entre o total de nados-vivos referidos às idades das mães dos 15 aos 49 anos e a população média total das mulheres em idade de procriar (15-49 anos).

Açores e da Madeira, bem como os distritos de Viana do Castelo, Guarda e Vila Real se mantêm entre os territórios com menor frequência de IVG, mas o mesmo já não acontece aos distritos de Castelo Branco, Portalegre, Évora, Bragança e, sobretudo, Beja (Quadro 5.36).

Por outro lado, se os distritos de Lisboa, Faro e Setúbal se mantêm entre os distritos com as maiores frequências de IVG, o distrito do Porto deixa, claramente, de fazer parte desse grupo (Quadro 5.36) Nas situações intermédias, os distritos de Coimbra, Santarém, Leiria e mesmo Viseu, mantêm-se, enquanto os distritos de Aveiro e Braga passam a integrar o grupo dos territórios com as frequências de IVG mais reduzidas (Quadro 5.36).

As taxas globais de IVG traduzem assim uma clara diferenciação regional no recurso à interrupção da gravidez por opção da mulher, sob enquadramento legal, variando entre um valor máximo 13,12‰, registado pelo distrito de Lisboa em 2011 e um valor mínimo de 1,18‰, registado na R.A. dos Açores em 2013 (Quadro 5.36).

É mais a norte do país e nas regiões autónomas que as mulheres menos recorrem à IVG, apresentando-se como uma clara exceção as mulheres do distrito de Bragança (Quadro 5.36). Por outro lado, são as mulheres residentes no distrito de Lisboa e nos distritos mais a sul do país, com especial destaque para as residentes no distrito de Faro, que mais recorrem à IVG, (Quadro 5.36). Os distritos de Coimbra, Santarém, Leiria e Porto são os que acima da linha do Tejo, com a já referida exceção do distrito de Bragança, se posicionam numa situação intermédia e mais próxima do grupo de distritos com as frequências mais elevadas (Quadro 5.36).

Em suma, de 2008 a 2013, as regularidades observadas no comportamento da IVG por distritos e regiões autónomas remetem para a existência de claras diferenciações territoriais que se prendem, em parte, com os desequilíbrios que marcam as estruturas etárias das populações em torno das idades férteis (claramente ilustrativas desta situação são os casos dos distritos do Alentejo e do distrito de Bragança). Mas também com a forma como a diversidade cultural, social e económica determina diferenciações regionais no âmbito dos comportamentos reprodutivos (Gomes *et.al*, 2016: 65-67). O que está de acordo com o facto da distribuição regional da frequência da IVG seguir, em parte, as novas assimetrias regionais traduzidas no comportamento da fecundidade (Gomes *et.al*, 2016: 65-67; Cruz, 2016: 121-122). Dado que as maiores frequências da fecundidade, tal como as da IVG, tendem a abranger mais territórios do litoral e mais territórios a sul.

Quadro 5.37– Taxas globais de fecundidade geral por local de residência das mulheres, Portugal (NUTS II e NUTS III - 2002), 2008-2013 (‰)

| Local de residência | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| PORTUGAL | 40,8 | 39 | 40 | 38,6 | 36,3 | 33,9 |
| NORTE | 36,7 | 35,1 | 35,8 | 34,6 | 31,9 | 30,2 |
| Minho-Lima | 33,8 | 34,4 | 32,8 | 31,1 | 31,5 | 29,1 |
| Cávado | 37,9 | 36,3 | 35,2 | 35,2 | 32,8 | 29,6 |
| Ave | 34,4 | 32,3 | 33,1 | 33,2 | 29,5 | 27,7 |
| Grande Porto | 39,3 | 37,6 | 38,6 | 37,1 | 34,5 | 33,2 |
| Tâmega | 38,2 | 35,5 | 36,8 | 34,1 | 30,8 | 28,5 |
| Entre Douro e Vouga | 34,5 | 33,4 | 34,5 | 33,6 | 31,3 | 29,4 |
| Douro | 32,2 | 30,4 | 33,3 | 31,4 | 27,7 | 27 |
| Alto Trás-os-Montes | 29,4 | 29,3 | 29,4 | 29,1 | 27,7 | 27,8 |
| CENTRO | 37,1 | 35,1 | 35,8 | 34,8 | 33,1 | 30,8 |
| Baixo Vouga | 38,2 | 35,7 | 37,3 | 34,2 | 34,2 | 31,6 |
| Baixo Mondego | 35,3 | 34,2 | 35 | 36,2 | 33,3 | 32 |
| Pinhal Litoral | 39 | 37,7 | 37,3 | 37 | 32,6 | 31,8 |
| Pinhal Interior Norte | 35,1 | 31,5 | 32,2 | 30,2 | 29,2 | 27 |
| Dão-Lafões | 36 | 34,1 | 34,3 | 34,7 | 33 | 30,1 |
| Pinhal Interior Sul | 26,5 | 27,8 | 29,1 | 26,4 | 26,7 | 25,4 |
| Serra da Estrela | 30,3 | 29,1 | 29,1 | 29,3 | 26,5 | 27,3 |
| Beira Interior Norte | 32,2 | 30,8 | 27,9 | 31,2 | 29,1 | 27,6 |
| Beira Interior Sul | 33,8 | 35,4 | 34 | 35,4 | 34,1 | 33,3 |
| Cova da Beira | 34,2 | 32,1 | 33,7 | 33,2 | 29,9 | 29,3 |
| Oeste | 41,6 | 38,8 | 40,2 | 37,5 | 36 | 31,9 |
| Médio Tejo | 37,5 | 34,5 | 36 | 33,2 | 33,6 | 30,4 |
| LISBOA | 48,6 | 46,9 | 48,7 | 46,5 | 44,3 | 41,5 |
| Grande Lisboa | 48,9 | 47,7 | 49,1 | 47,2 | 44,9 | 42,8 |
| Península de Setúbal | 48 | 45,1 | 47,5 | 45 | 42,6 | 38,4 |
| ALENTEJO | 39,2 | 37,6 | 38,9 | 37,9 | 37,1 | 33,7 |
| Alentejo Litoral | 38,7 | 38,2 | 40,5 | 41,6 | 39,1 | 34,3 |
| Alto Alentejo | 34,2 | 34,3 | 36,3 | 35,8 | 33,6 | 33,6 |
| Alentejo Central | 37,9 | 35,2 | 35,9 | 37,4 | 36,3 | 32,9 |
| Baixo Alentejo | 38,9 | 39,3 | 40,8 | 38,7 | 40,9 | 36,1 |
| Lezíria do Tejo | 42,6 | 39,7 | 40,5 | 37,5 | 36,6 | 32,8 |
| ALGARVE | 47,5 | 45,6 | 45,9 | 43,4 | 40,3 | 36,6 |
| R.A. dos Açores | 44,1 | 43,3 | 42,4 | 43 | 39 | 36,8 |
| R.A.da Madeira | 38,5 | 33,8 | 36 | 34,7 | 30 | 27,3 |

Fonte: INE - Indicadores demográficos.

Como fenómeno demográfico associado à reprodução e à existência de população em idade de procriar, a IVG acompanha as populações cuja dinâmica demográfica é mais forte. Logo não é estranho que, em países como Portugal, marcados por um continuado e agravado envelhecimento das suas estruturas populacionais, seja entre os territórios onde a fecundidade é mais elevada que também se encontrem as maiores frequências de IVG. Com algumas exceções como a R.A. dos Açores que se apresenta claramente como o território onde em Portugal as mulheres residentes, mais procriam e menos recorrem à IVG (Quadros 5.37 e 5.36).

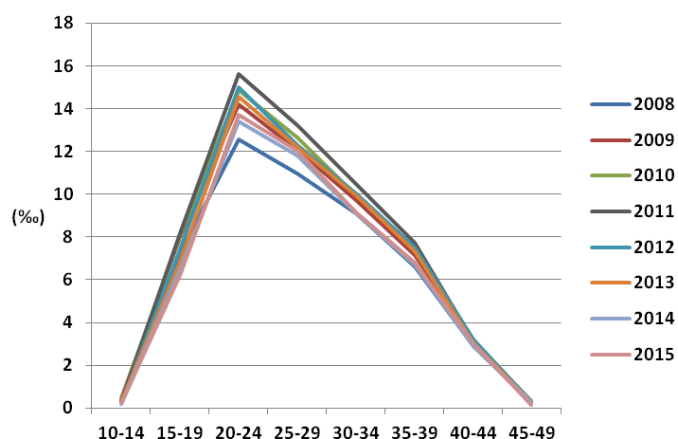
De referir, que tal como se observou ao nível nacional, a fecundidade tende claramente a declinar em todo o território sobretudo a partir de 2011 (Quadro 5.37). Momento a partir do qual o recurso à IVG também começa a reduzir de uma forma geral em todos os distritos com exceção, do de Bragança e do de Braga cujas taxas globais decrescem em 2013 (Quadro 5.36).

Em suma, de 2008 a 2015 tanto a frequência da IVG como a da fecundidade assumem uma tendência para decair, com maior acentuação no caso da fecundidade. O que remete para a não existência de dependência direta entre os comportamentos dos dois fenómenos. Mas sim para a dependência que ambos apresentam face às alterações que afetam a estrutura da população fértil e aos fatores que interferem no âmbito dos comportamentos reprodutivos. Algo que se torna mais evidente quando se considera a evolução das frequências por idades das mulheres envolvidas no recurso ao aborto induzido e na fecundidade.

5.4.2 Comportamento específico

Através da evolução das taxas específicas de IVG geral, observa-se que, subjacente ao verificado comportamento global, existe uma clara regularidade, em termos do perfil etário da IVG, em Portugal, de 2008 a 2015, que confirma a tendência observada no âmbito dos valores absolutos (Figura 5.9). A curva em U invertido traduz uma maior frequência da IVG no intervalo etário dos 20 aos 34 anos.

Figura 5.9 – Taxas específicas de IVG geral, Portugal, 2008-2015 (%)



Fonte: DGS - Base de Dados IVG (14 de julho de 2015); DGS (2016;2017a).
INE - Estimativas anuais da população residente.

Com efeito, em todos os anos em análise, as taxas de IVG aumentam com a idade da mulher até atingir um máximo aos 20-24 anos e de seguida decrescem gradualmente até aos 35-39 anos após o que decaem de forma acentuada (Figura 5.9). Excluindo as menores

de 15 anos e as mulheres pertencentes às classes etárias que envolvem os 40 e mais anos de idade, observa-se que, dos 15 aos 39 anos, a tendência, até 2011, foi sempre para aumentar (Quadro 5.38), após o que a tendência para reduzir também envolveu, de forma transversal, todas as classes etárias em causa até 2014. Em 2015 e tal como se observou no âmbito do comportamento global, a tendência para reduzir é interrompida nas referidas classes etárias, à exceção da classe etária 15-19 anos que se mantém a decair (Quadro 5.38).

Quadro 5.38– Taxas específicas de IVG geral, Portugal, 2008-2015 (‰)

| Classes etárias | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 10-14 | 0,3 | 0,5 | 0,3 | 0,3 | 0,2 | 0,3 | 0,2 | 0,2 |
| 15-19 | 7,2 | 8,0 | 8,1 | 8,2 | 7,4 | 6,8 | 6,5 | 6,2 |
| 20-24 | 12,6 | 14,2 | 14,8 | 15,6 | 15,0 | 14,6 | 13,4 | 13,7 |
| 25-29 | 11,0 | 12,1 | 12,6 | 13,2 | 12,3 | 12,2 | 11,8 | 12,0 |
| 30-34 | 9,1 | 9,7 | 9,9 | 10,5 | 10,0 | 9,9 | 9,1 | 9,1 |
| 35-39 | 6,6 | 7,1 | 7,5 | 7,7 | 7,5 | 7,3 | 6,7 | 6,8 |
| 40-44 | 2,9 | 3,1 | 3,2 | 3,1 | 3,2 | 3,0 | 2,9 | 3,0 |
| 45-49 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,1 |

Fonte: DGS - Base de Dados IVG (14 de julho de 2015); DGS (2016;2017a e 2017b).
INE - Estimativas anuais da população residente.

Com efeito, de 2014 para 2015, nas classes etárias 20-24 anos, 25-29 anos e 35-39 anos dá-se conta de um acréscimo na frequência da IVG, enquanto na classe etária 30-34 anos a frequência tende a estabilizar (Quadro 5.38). No período em análise é nas classes etárias 20-24 anos e 25-29 anos que se encontram as principais intervenientes no recurso à IVG em Portugal, sendo nestas idades, inclusive, que ocorrem as maiores variações positivas das taxas (Quadro 5.39).

Quadro 5.39 – Variações das taxas específicas de IVG geral, Portugal, 2008-2015 (%)

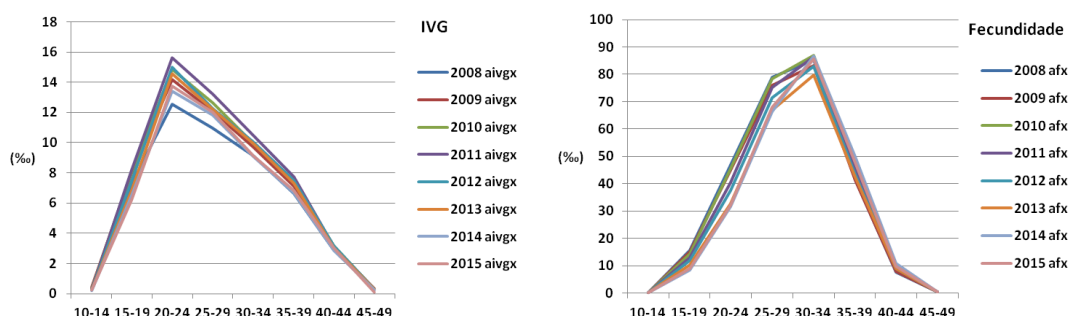
| Classes etárias | 2008-09 | 2009-10 | 2010-11 | 2011-12 | 2012-13 | 2013-14 | 2014-15 | 2008-15 |
|-----------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|
| 10-14 | 39,1 | -23,9 | -16,2 | -14,3 | 6,9 | -26,8 | 13,8 | -32,2 |
| 15-19 | 10,4 | 0,8 | 1,3 | -8,9 | -7,9 | -5,3 | -4,4 | -14,3 |
| 20-24 | 13,1 | 4,6 | 5,1 | -3,9 | -2,9 | -8,1 | 2,5 | 9,3 |
| 25-29 | 10,0 | 4,7 | 4,6 | -7,2 | -0,4 | -3,4 | 1,8 | 9,5 |
| 30-34 | 6,8 | 2,2 | 5,3 | -4,1 | -1,0 | -8,6 | 0,5 | 0,2 |
| 35-39 | 7,6 | 5,3 | 3,1 | -3,0 | -2,4 | -8,6 | 1,6 | 2,7 |
| 40-44 | 4,9 | 3,8 | -1,7 | 2,5 | -5,3 | -3,8 | 4,2 | 4,2 |
| 45-49 | 14,6 | -6,0 | -8,7 | 7,4 | -8,8 | -2,9 | -53,6 | -56,5 |

Fonte: DGS - Base de Dados IVG (14 de julho de 2015); DGS (2016;2017a).
INE - Estimativas anuais da população residente.

A classe etária 15-19 anos apresenta uma frequência do recurso à IVG sempre maior do que a referida à classe etária dos 35-39 anos até ao ano de 2011, após o que regista um decréscimo acentuado²⁹⁵ (Quadro 5.38). E, até ao final do período em análise, de 2012 a 2015, passa a apresentar uma frequência inferior à registada pela classe etária 35-39 anos, apesar de esta também tender a decrescer (Quadro 5.38). No confronto com o comportamento da fecundidade observa-se que a esta classe etária também se associa uma frequência da fecundidade baixa (Quadro 5.40). O que remete para a hipótese de uma melhor e mais rigorosa gestão contracetiva da atividade sexual nas jovens dos 15-19 anos a partir de 2012.

A curva em U invertido traduz um maior envolvimento das mulheres na IVG no âmbito do intervalo etário onde se encontram também as mulheres mais envolvidas na procriação (Figura 5.10). O que está de acordo com o facto de ser nessas idades que coincidem maiores índices de fertilidade²⁹⁶ com maior frequência de atividade sexual (Rossier *et.al*, 2006:18-19). Nas idades mais jovens, paralelamente a uma utilização potencialmente menos eficaz da contraceção, a frequência da atividade sexual tende a ser claramente menor, pela forte irregularidade relacional. Enquanto nas idades mais velhas ela decai, bem como, a fertilidade (Rossier *et.al*, 2006:18-19). Consequentemente a possibilidade de ocorrência de uma gravidez não desejada, nas idades abaixo dos 20 anos, é menor e, acima dos 39 anos, é cada vez mais reduzida.

Figura 5.10 – Taxas específicas de IVG e fecundidade geral, Portugal, 2008-2015 (%)



Fonte: DGS - Base de Dados IVG (14 de julho de 2015); DGS (2016;2017a).

INE - Estimativas anuais da população residente e Nados-vivos.

²⁹⁵Relativamente à classe etária 15-19 anos, a evolução das taxas específicas não confirma a tendência para decrescer, a partir de 2010, observada no âmbito da evolução dos valores absolutos.

²⁹⁶ É na idade dos 20 anos que a maioria das mulheres atinge o pico da sua fertilidade, que vai decaindo à medida que a idade avança e se aproxima dos 30 anos. Aos 35 anos essa capacidade é reduzida em 50% e aos 40 anos em 90%.

Todavia, as maiores frequências da IVG encontram-se na classe etária 20-24 anos logo seguida da classe etária 25-29 anos e as maiores frequências da fecundidade encontram-se na classe etária 30-34 anos seguida da classe etária 25-29 anos (Quadro 5.40). Deste modo, o maior pico do recurso à IVG antecede claramente o maior pico da fecundidade e na classe etária 25-29 anos concentra-se tanto um claro recurso à IVG como uma maior frequência da fecundidade (Figura 5.10).

O recurso à IVG surge assim fortemente implicado num esforço para adiar o momento de procriar. O que também está de acordo com o facto da frequência da fecundidade na classe etária 35-39 anos passar a ser mais elevada do que na da classe etária 20-24 anos a partir de 2011 (Quadro 5.40). Uma alteração que remete para um agravamento no adiamento da fecundidade que afeta, em particular, a classe etária onde se concentra precisamente a maior frequência da IVG.

Quadro 5.40 – Taxas específicas de IVG e de fecundidade geral, Portugal, 2008-2015 (‰)

| Taxas específicas de IVG geral (‰) | | | | | | | | | Taxas específicas de fecundidade geral (‰) | | | | | | | | |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Classes etárias | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | Classes etárias | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| 10-14 | 0,3 | 0,5 | 0,3 | 0,3 | 0,2 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 10-14 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| 15-19 | 7,2 | 8,0 | 8,1 | 8,2 | 7,4 | 6,8 | 6,5 | 6,2 | 15-19 | 15,8 | 15,2 | 14,3 | 13,1 | 11,9 | 10,4 | 8,4 | 9,0 |
| 20-24 | 12,6 | 14,2 | 14,8 | 15,6 | 15,0 | 14,6 | 13,4 | 13,7 | 20-24 | 46,9 | 45,1 | 45,5 | 40,5 | 37,5 | 32,9 | 31,6 | 32,3 |
| 25-29 | 11,0 | 12,1 | 12,6 | 13,2 | 12,3 | 12,2 | 11,8 | 12,0 | 25-29 | 79,0 | 76,0 | 78,4 | 75,1 | 71,4 | 66,9 | 66,3 | 67,9 |
| 30-34 | 9,1 | 9,7 | 9,9 | 10,5 | 10,0 | 9,9 | 9,1 | 9,1 | 30-34 | 85,2 | 83,1 | 86,8 | 86,3 | 82,8 | 79,8 | 86,6 | 85,6 |
| 35-39 | 6,6 | 7,1 | 7,5 | 7,7 | 7,5 | 7,3 | 6,7 | 6,8 | 35-39 | 41,6 | 41,4 | 43,9 | 45,3 | 43,4 | 42,4 | 49,9 | 47,8 |
| 40-44 | 2,9 | 3,1 | 3,2 | 3,1 | 3,2 | 3,0 | 2,9 | 3,0 | 40-44 | 7,7 | 8,0 | 9,0 | 9,3 | 9,0 | 9,1 | 11,0 | 9,7 |
| 45-49 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,1 | 45-49 | 0,4 | 0,5 | 0,4 | 0,4 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,6 |

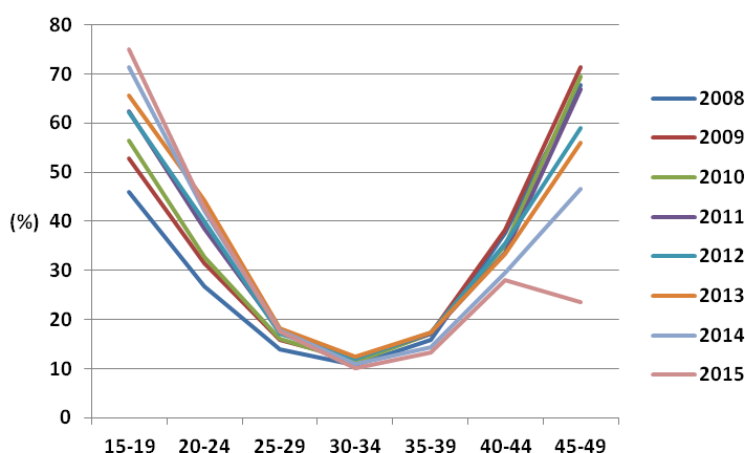
Fonte: DGS - Base de Dados IVG (14 de julho de 2015); DGS (2016;2017a)
INE - INE - Estimativas anuais da população residente e Nados-vivos.

De realçar que a redução em simultâneo, após 2011, das taxas de IVG e da fecundidade reenvia para alterações na população fértil derivadas da recessão económica de 2008 cujos efeitos se fizeram sentir de forma acentuada, no comportamento da fecundidade portuguesa, a partir de 2011 (Mendes, 2016:95; Sobotka, 2016:59).

De qualquer modo, a articulação entre o comportamento da fecundidade e o comportamento da IVG em torno de uma existente tendência para o adiamento do momento de procriar torna-se ainda mais evidente na observação da figura seguinte (Figura 5.11). Trata-se de um gráfico onde se visualiza a relação²⁹⁷ entre IVG e nados-vivos.

²⁹⁷ Através do cálculo, para todos os anos, do quociente entre o número das IVG ocorridas, por classes etárias das mulheres, e o número de nados-vivos, por classes etárias das mães.

Figura 5.11 – Rácio entre o número de IVG e de nados vivos por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-2015 (%)



Fonte: DGS - Base de Dados IVG (14 de julho de 2015); DGS (2016;2017a).

INE - Nados vivos.

De facto, observa-se precisamente que é dos 25 aos 39 anos (e, em particular, na classe etária dos 30-34 anos), que o número de interrupções voluntárias de gravidez, por cada 100 nados vivos, é menor (Figura 5.11). Porquanto, são estas as classes etárias onde se concentram os maiores níveis de fecundidade ao longo do período em estudo. Ou seja, são estas as classes etárias onde as mulheres portuguesas mais se disponibilizam para procriar.

Em termos evolutivos, verifica-se um comportamento diferenciado segundo a idade. Dos 15 aos 24 anos, a tendência para efetuar uma IVG acentua-se, de 2008 a 2015, o rácio IVG/nados vivos sobe de 46% para 75%, na classe etária 15-19 anos, e de 26,8% para cerca de 43%, na classe etária 20-24 anos (Quadro 5.41).

Nas classes etárias mais fecundas também surge alguma diferenciação no período. A tendência para recorrer à IVG na classe etária 25-29 anos acresce de 2008 a 2015, de 13,9 % para 17,7% (Quadro 5.41). O que remete para um potencial alargamento a esta classe etária do adiamento do momento de procriar. O que está de acordo com a estabilidade observada na evolução da relação entre IVG e nados vivos no âmbito da classe etária 30-34 anos e para a redução da tendência para recorrer à IVG nas idades a partir dos 35 anos (Quadro 5.41).

A relação entre as IVG e os nados vivos apresenta-se algo sensível às alterações que vão ocorrendo no âmbito do comportamento da fecundidade. Através da evolução ao longo do período, evidencia-se uma tradução, ao nível das classes etárias envolvidas no intervalo dos 15 aos 39 anos, das mudanças que afetaram a evolução da fecundidade portuguesa de 2008 a 2015 (Quadro 5.41).

Quadro 5.41 – Rácio entre o número de IVG e de nados vivos por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-2015 (%)

| Classes etárias | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 10-14 | 114,3 | 195,2 | 169,6 | 135,6 | 123,6 | 135,8 | 115,6 | 131,8 |
| 15-19 | 46,0 | 52,7 | 56,4 | 62,4 | 62,2 | 65,6 | 71,3 | 75,0 |
| 20-24 | 26,8 | 31,5 | 32,6 | 38,5 | 40,0 | 44,4 | 42,2 | 42,7 |
| 25-29 | 13,9 | 15,9 | 16,1 | 17,6 | 17,2 | 18,3 | 17,9 | 17,7 |
| 30-34 | 10,7 | 11,7 | 11,5 | 12,1 | 12,1 | 12,5 | 11,0 | 10,1 |
| 35-39 | 15,9 | 17,2 | 17,1 | 17,1 | 17,3 | 17,3 | 14,4 | 13,3 |
| 40-44 | 37,6 | 38,2 | 35,1 | 33,5 | 35,6 | 33,3 | 29,5 | 28,1 |
| 45-49 | 67,7 | 71,3 | 69,5 | 66,9 | 58,9 | 56,0 | 46,6 | 23,5 |
| 50 e+ | 0,0 | 100,0 | 23,1 | 300,0 | 0,0 | 12,5 | 33,3 | 0,0 |

Fonte: DGS - Base de Dados IVG (14 de julho de 2015); DGS (2016;2017a).
INE - Nados vivos.

Com efeito, observa-se que o peso das IVG tende a aumentar, de uma forma geral em todas as classes etárias referidas ao intervalo dos 15 aos 39 anos, de 2008 a 2013, acompanhando assim, a tendência que a fecundidade portuguesa apresentou para decair durante o período em causa. Com a exceção de uma leve redução em 2010, nas classes etárias 30-34 anos e 35-39 anos, a remeter para a pequena interrupção que o declínio da fecundidade conhece nesse ano (Quadro 5.41)

Em 2014, dá-se uma inversão na tendência observada na relação entre as IVG e os nados vivos, com uma clara redução do número de interrupções voluntárias da gravidez face aos nascimentos, em todas as classes etárias em causa, com exceção da 15-19 anos. Ao que tudo indica, esta alteração acompanha assim a tímida inversão que o declínio da fecundidade portuguesa conhece em 2014 (Mendes, 2016:101), prolongando-se, em paralelo com o comportamento da fecundidade, para 2015, com exceção da classe etária 20-24 anos (Quadro 5.41).

De facto, no último ano em observação a classe etária 20-24 anos volta a acompanhar a classe etária 15-19 anos, no sentido do acréscimo das IVG face aos nados vivos, reenviando para a pressão sob a qual se encontram as mulheres envolvidas nestas classes etárias para adiar o momento de procriar (Quadro 5.41).

Em síntese, no confronto entre o comportamento específico da IVG e o comportamento específico da fecundidade, de 2008 a 2015, identifica-se de forma clara o efeito da dinâmica do adiamento do momento de procriar, no âmbito do comportamento da IVG, em particular, nas idades abaixo dos 25 anos. Com fortes indícios para um alargamento à classe etária 25-29 anos. Esta articulação entre o comportamento da IVG e o da fecundidade assume maior evidência na forma como se traduz na relação entre IVG e nados vivos, atribuindo uma particular especificidade aos comportamentos das classes etárias 15-19 anos e 20-24 anos.

5.4.3 Intensidade e Calendário

Segundo uma perspectiva de análise transversal, a intensidade²⁹⁸ da IVG permite perceber qual o número médio de IVG por mulher, no final da sua vida fértil, se os padrões etários de recurso à IVG se mantiverem constantes. Em Portugal, após 2011, a intensidade da IVG assume, claramente, uma tendência para reduzir, passando de um índice sintético de IVG (ISIVG) de 0,29 interrupções voluntárias de gravidez, por mulher, para 0,26 em 2015, tendo registado em 2014 o valor mais baixo de 0,25 (Quadro 5.42). No entanto, a intensidade à IVG tende a aumentar de facto de 2014 para 2015, apresentando um ISIVG de 0,26.

Quadro 5.42 – Índice sintético de IVG, Portugal, 2008-2015

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ISIVG | 0,25 | 0,27 | 0,28 | 0,29 | 0,28 | 0,27 | 0,25 | 0,26 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015); DGS (2016;2017a).
INE – Estimativas anuais da população residente.

A intensidade aqui em observação pode corresponder a comportamentos diferenciados no âmbito do recurso à IVG, na medida em que integra a intensidade à 1ªIVG e a intensidade à 2ªIVG e seguintes (Quadro 5.43)²⁹⁹. Importa referir desde já que no âmbito da análise do comportamento da IVG por ordem apenas foi possível efetuar cálculos para os anos que constam da base de dados disponibilizada pela DGS em 14 de julho de 2015.

Quadro 5.43 – Índice sintético de IVG, de 1ªIVG e de 2ªIVG (e seguintes), Portugal, 2008-2013

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|
| ISIVG | 0,25 | 0,27 | 0,28 | 0,29 | 0,28 | 0,27 |
| IS1ªIVG | 0,20 | 0,22 | 0,22 | 0,22 | 0,21 | 0,20 |
| IS2ªIVG e seg. | 0,05 | 0,05 | 0,07 | 0,07 | 0,07 | 0,07 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).
INE – Estimativas anuais da população residente.

Ao observar a evolução do índice sintético, considerando, separadamente, as primeiras IVG e as IVG de ordem superior a um, verifica-se que o aumento que a

²⁹⁸ A intensidade à IVG é medida aqui pelo que se denominou de Índice Sintético de IVG (ISIVG) (também poderia ser denominado de Indicador Conjuntural de IVG) calculado a partir de taxas específicas de IVG de 2ª categoria. Na medida em que as taxas de IVG geral são taxas de 2ª categoria e, por isso, equivalentes aos acontecimentos da tábua, a soma dessas taxas traduz de forma direta o valor da intensidade, sem passar necessariamente pela construção de uma tábua (Bandeira, 2004: 284-85).

²⁹⁹ E 2013, por exemplo, o índice sintético de 0,27 interrupções voluntárias da gravidez por mulher decompõe-se em 0,20, relativo à 1ªIVG por mulher e 0,07 2ªIVG e seguintes por mulher.

intensidade da IVG conheceu, de 2009 para 2010, decorre de um aumento da intensidade à 2ªIVG e seguintes, havendo mesmo uma redução na intensidade à 1ªIVG (Quadro 5.43). Também se verifica que a redução que a intensidade da IVG regista, de 2012 para 2013, se deve inteiramente ao recurso à IVG pela primeira vez, pois, ao nível do recurso múltiplo regista-se, para o mesmo momento em análise, um ligeiro aumento do índice sintético. Estes comportamentos diferenciados em torno do recurso à IVG pela primeira ou mais vezes implicado na evolução dos respetivos índices sintéticos está de acordo com o observado ao nível da evolução dos valores absolutos. Confirma-se assim a tendência para que exista durante os primeiros anos após a legalização um crescente aumento do recurso à IVG por mais de uma vez (Henshaw, 1990:87).

Através dos valores assumidos pelo recurso à IVG pela primeira vez, e tendo em conta o ano de 2013, pode afirmar-se que em Portugal, cerca de 20% das mulheres fazem pelo menos uma IVG ao longo da sua vida fértil.

No que se refere ao comportamento do calendário, a redução da intensidade que a IVG conhece após 2011 é acompanhada pelo aumento da idade média à IVG³⁰⁰ (Quadro 5.43 e Quadro 5.44). Esta, de facto, sobe de 27,9 anos, em 2011, para os 28,1 anos, em 2015. De referir, que a idade média à IVG baixou de 28 anos, em 2008, para 27,9 anos, em 2009, mantendo-se estável em torno desse valor até 2011 (Quadro 5.44).

Quadro 5.44 – Idade média à IVG, Portugal, 2008-2015

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| IMIVG | 28,0 | 27,9 | 27,9 | 27,9 | 28,0 | 28,1 | 28,1 | 28,1 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015); DGS (2016;2017a).

INE – Estimativas anuais da população residente.

A elevação da idade média à IVG a partir de 2012 remete para a redução da frequência da IVG nas idades mais jovens. Esta tendência pode apontar para a hipótese de uma melhoria na gestão contraceptiva da sexualidade nestas idades, ou para a hipótese de uma alteração na constituição dessa população que terá potenciado essa melhoria (Bajos, Moreau e Prioux, 2013:6). Por exemplo, poderá ter ocorrido uma redução nas jovens que tendem a ter uma gestão contraceptiva da atividade sexual menos eficaz.

No confronto entre a evolução do calendário da IVG e do calendário da fecundidade sem distinção da ordem, de 2008 a 2015, verifica-se que a idade média das mulheres ao nascimento de um filho aumenta continuamente ao longo do período em estudo (Quadro 5.45). Um aumento que a idade média das mulheres à IVG acompanha após 2011. Este aumento simultâneo não impede que a opção pela indução de um aborto tenda a acontecer

³⁰⁰ A idade média das mulheres à IVG foi calculada a partir das taxas de IVG de 2ª categoria.

na vida de uma mulher cada vez mais cedo face à ocorrência de um nascimento, alargando-se desde 2008 a 2015 a diferença entre as respetivas idades médias (Quadro 5.45).

No percurso de vida de uma mulher, a acontecer, o recurso à interrupção voluntária da gravidez antecede em média cerca de dois a três anos, a ocorrência do nascimento de um filho (Quadro 5.45). Esta antecedência reenvia para a definição do papel que pode desempenhar a opção por uma interrupção da gravidez na forma como, na atualidade, em Portugal, as mulheres regulam a sua fecundidade.

Quadro 5.45 – Idade média à IVG e ao nascimento de um filho, Portugal, 2008-2015 (anos)

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| IMIVG | 28,0 | 27,9 | 27,9 | 27,9 | 28,0 | 28,1 | 28,1 | 28,1 |
| IMNF | 29,6 | 29,7 | 29,8 | 30,1 | 30,2 | 30,4 | 30,7 | 30,9 |
| Dif | -1,6 | -1,8 | -1,9 | -2,2 | -2,1 | -2,3 | -2,6 | -2,8 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015); DGS (2016;2017a)
INE - Estimativas anuais da população residente; Nados vivos.

Considerando apenas as primeiras IVG e os primeiros filhos, a idade média ao nascimento do primeiro filho, de 2008 a 2013, aumentou, evoluindo progressivamente dos 27,7 anos, em 2008, para os 28,9 anos, em 2013 (Quadro 5.46). Quanto à idade média à 1ªIVG³⁰¹, apesar de uma evolução menos regular, em torno dos 27 anos, manteve-se abaixo da idade média ao primeiro filho com uma margem de antecipação que se foi alargando gradualmente de 0,3 anos, em 2008, para 1,3 anos em 2013 (Quadro 5.46).

Quadro 5.46 – Idade média à 1ª IVG e ao nascimento do 1º filho, Portugal, 2008-2013 (anos)

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|
| IM1ªIVG | 27,4 | 27,4 | 27,4 | 27,4 | 27,6 | 27,6 |
| IMN1ºF | 27,7 | 27,9 | 28,1 | 28,4 | 28,6 | 28,9 |
| Dif | -0,3 | -0,5 | -0,7 | -1,0 | -1,0 | -1,3 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).
INE - Estimativas anuais da população residente; Nados vivos.

Em suma, ao longo do período em análise, tanto a idade média ao nascimento do 1ºfilho como a idade média à 1ªIVG tenderam a aumentar, sendo que esta última foi após 2011. Uma evolução que, no entanto, concorreu para que a diferença entre elas tenha mais do que quadruplicado em apenas seis anos (Quadro 5.46). Nesta perspetiva e face ao comportamento do calendário da IVG e da fecundidade o recurso à indução do aborto por opção apresenta-se claramente como um indicador das dificuldades que as mulheres encontram em regular a sua fecundidade no âmbito de um percurso sexual relacional não

³⁰¹ A idade média das mulheres à primeira IVG foi calculada a partir de taxas de IVG de 2ª categoria referidas às IVG de primeira ordem.

reprodutivo que é suposto ser cada vez mais longo. Porquanto, a idade média à primeira relação sexual no feminino ronda os 17 anos (Ferreira: 2010, 247).

Contudo, o facto de a idade média à primeira IVG assumir, a partir de 2012, uma tendência para se elevar (Quadro 5.46), está de acordo com o que se verificou ao nível da idade média à IVG (Quadro 5.45), converge para a hipótese de uma efetiva melhoria na gestão contraceptiva da sexualidade, sobretudo nas idades até aos 24 anos, ou para alterações na população fértil que envolvem as classes etárias em causa no sentido de potenciar uma redução da gravidez não desejada nas idades mais jovens.

A pressão para o adiamento do momento de procriar também está patente na evolução do calendário nas IVG de ordem superior a um.

Quadro 5.47 – Idade Média à 1ªIVG, 2ª IVG e à 3ª IVG e seguintes, Portugal, 2008-2013 (anos)

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| IM1ªIVG | 27,4 | 27,4 | 27,4 | 27,4 | 27,6 | 27,6 |
| IM2ªIVG | 29,9 | 29,4 | 29,1 | 28,9 | 29,0 | 29,0 |
| Dif. | -2,5 | -2,0 | -1,7 | -1,5 | -1,4 | -1,3 |
| IM2ªIVG | 29,9 | 29,4 | 29,1 | 28,9 | 29,0 | 29,0 |
| IM3ªIVG e seg | 32,9 | 32,3 | 31,7 | 31,2 | 30,8 | 30,6 |
| Dif. | -2,9 | -2,9 | -2,7 | -2,3 | -1,8 | -1,7 |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015);
INE – Estimativas anuais da população residente.

Com efeito, a idade média à 2ª IVG, decresce até 2011, sobe ligeiramente em 2012, mantendo-se em 2013 (Quadro 5.47). Uma evolução que a aproxima cada vez mais da idade média à 1ª IVG e que em 2013 a mantém por pouca margem (0,1 anos) acima da idade média ao nascimento do primeiro filho (Quadro 5.48).

Quadro 5.48 – Diferenças entre a idade média à IVG de ordem superior a um e a idade média ao nascimento do 1º filho, Portugal, 2008-2013 (anos)

| Diferenças | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| IM2ªIVG-IMN1ºFilho | 2,2 | 1,5 | 1,0 | 0,5 | 0,4 | 0,1 |
| IM3ªIVG e seg-IMN1ºFilho. | 5,2 | 4,4 | 3,6 | 2,8 | 2,2 | 1,7 |

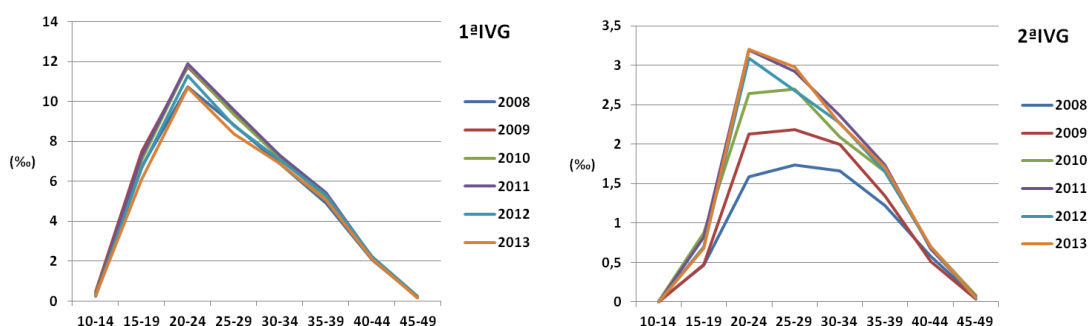
Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015);
INE - Estimativas anuais da população residente; Nados vivos.

Quanto à idade média à 3ª IVG e seguintes, ela também baixa de 32,9 anos em 2008 para 30,6 anos em 2013, reduzindo igualmente a sua diferença face às IVG de ordem inferior (Quadro 5.47). Este rejuvenescimento da idade média às IVG de ordem superior a dois aproxima claramente a ocorrência destas da idade média ao do nascimento do 1º filho (Quadro 5.48).

De facto, a evolução da idade média à 2ª IVG e seguintes remete para um maior envolvimento de mulheres com filhos, todavia, o seu sentido decrescente deriva numa redução da diferença existente entre aquela e a idade média à 1ªIVG e, por aí, face à idade média ao nascimento do 1º filho (Quadro 5.47 e Quadro 5.48).

Esta aproximação entre os calendários das IVG de várias ordens remete para a existência de uma crescente pressão para interromper uma gravidez não desejada abaixo dos 30 anos de idade (e para os intervalos mais curtos entre as IVG). Algo que é visível na evolução das taxas específicas, particularmente, a partir de 2011.

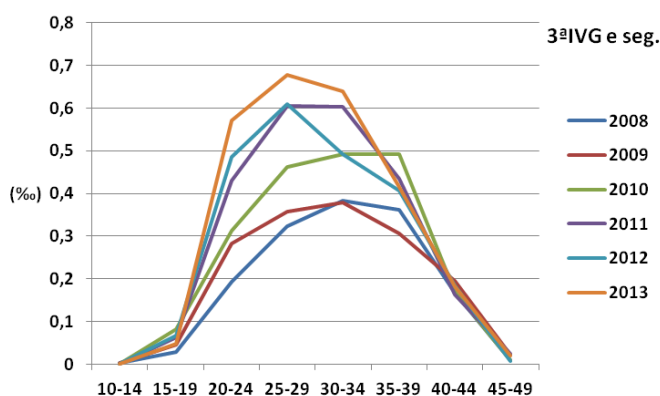
Figura 5.12 – Evolução das taxas específicas de 1ª e 2ªIVG, Portugal, 2008-2013 (%o)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015);
INE – Estimativas anuais da população residente

É possível observar que a evolução das taxas de 2ªIVG acentua, a partir de 2011, o perfil etário verificado na evolução à 1ªIVG, concentrando as maiores frequências do recurso pela segunda vez também na classe etária dos 20-24 anos (Figura 5.12). No mesmo sentido evoluem as taxas específicas da 3ªIVG e seguintes quando após 2011 transferem as suas maiores frequências do intervalo etário dos 30 aos 39 anos para a classe etária dos 25-29 anos (Figura 5.13).

Figura 5.13 – Evolução das taxas de 3ªIVG e seguintes, Portugal, 2008-2013 (%o)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015);
INE – Estimativas anuais da população residente

Em síntese, em Portugal, após 2011, dá-se uma redução na intensidade da IVG, traduzindo um decréscimo na frequência do recurso à interrupção voluntária da gravidez tendencialmente transversal a todas as idades das mulheres envolvidas. Esta inversão do ciclo evolutivo do fenómeno deriva, no entanto, de alterações que se prendem com determinantes diferenciadas, segundo as idades das mulheres, que reenviam para o papel que a IVG desempenha no âmbito do atual sistema de regulação da fecundidade. Um papel que se define sobretudo pelo esforço que é feito, pelas mulheres em idade fértil, no sentido de adiar o momento de procriar para idades cada vez mais elevadas, colocando sob pressão, em especial, as idades abaixo dos 30 anos. Nesta perspetiva, a verificada redução da IVG nessas idades sob a maior pressão, torna pertinente a hipótese de que as mulheres implicadas estejam envolvidas, em especial, a partir de 2011, numa gestão contracetiva mais eficaz da sua vida sexual. Isto de forma efetiva ou de forma relativa se em causa estiverem alterações na constituição da população que potenciam a redução das gravidezes não desejadas, sobretudo, nas idades abaixo dos 30 anos.

Quanto à redução da IVG nas idades acima dos 30 anos, à hipótese de uma melhor gestão contracetiva, efetiva ou relativa, transversal a todas as idades, adiciona-se a hipótese de que também se está perante o efeito do esforço que é feito pelas mulheres das idades mais jovens para o adiamento do momento de procriar. Um esforço que vai acompanhando a subida da idade média ao nascimento de um filho e do primeiro filho, o que, paralelamente ao acentuar da vontade de procriar, leva à emergência de uma crescente tolerância face à gravidez não desejada, à medida que se vai subindo nas idades para lá dos 30 anos, sobretudo, no que se refere a mulheres sem filhos.

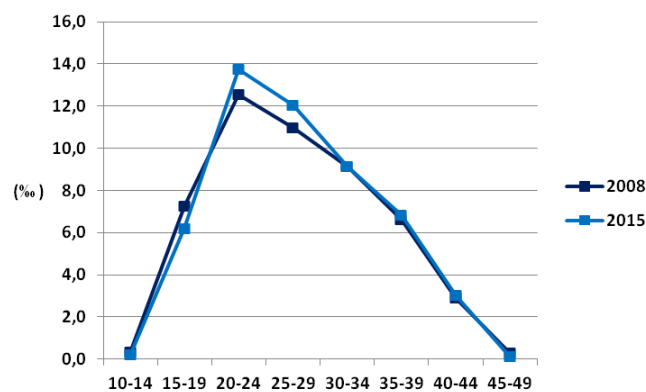
5.5 A OPÇÃO PELA INTERRUPTÃO DE UMA GRAVIDEZ E OS MOMENTOS REPRODUTIVOS

No âmbito de uma racionalização dos comportamentos fecundos promovida pela possibilidade de controlar, através de métodos contracetivos de elevada eficácia, em número e calendário a vinda dos filhos, a ocorrência de uma gravidez não planeada ou imprevista concorre fortemente para que seja entendida como uma gravidez não desejada (Régnier-Loilier et Leridon, 2007: 3). Todavia, nem todas as gravidezes consideradas não desejadas são interrompidas por opção da mulher (Bajos e Ferrand, 2006a: 178). E porque de uma opção reprodutiva se trata, entre os fatores que a determinam encontram-se sobretudo aqueles que determinam igualmente a decisão de ter uma criança (Bajos e Ferrand, 2006b: 94). Fatores que se fixam em torno da definição das melhores condições entendidas para procriar, nomeadamente a “melhor” idade, o número ideal de filhos e o melhor espaçamento entre os nascimentos, a maior estabilidade relacional e material e o melhor momento em termos das trajetórias de vida de ambos os progenitores (Bajos e Ferrand, 2006b: 92). E, por aí, o que determina e como determina a decisão de interromper

uma gravidez depende, em particular, da fase do momento da vida em que a mulher se encontra (Bajos e Ferrand, 2004: 4).

Como verificámos anteriormente, o padrão do comportamento específico do recurso à IVG em Portugal, de 2008 a 2015, segue a forma em U invertido (Figura 5.14). Quer isto dizer que durante todos os anos em análise as mulheres tenderam, de forma regular, a recorrer, por opção, à interrupção da gravidez com maior frequência nas idades situadas a meio do seu percurso reprodutivo: dos 20 aos 34 anos, com especial acentuação no intervalo dos 20 aos 29 anos.

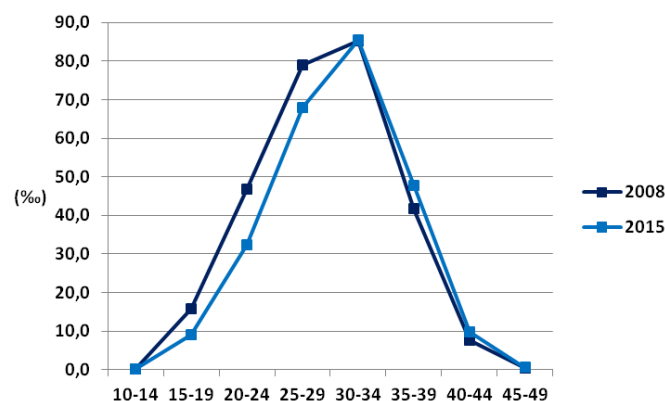
Figura 5.14 – Taxas específicas de IVG geral, Portugal, 2008 e 2015 (‰)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015);
INE – Estimativas anuais da população residente

Relativamente às mulheres da classe etária dos 20-24 anos elas surgem na atualidade como aquelas que mais tendem a experienciar uma gravidez não desejada por via da coincidência entre uma potencial frequência de atividade sexual elevada (Ferreira,2010:39) e uma maior intolerância à gravidez não desejada (Rossier *et.al*, 2006:18).

Figura 5.15 – Taxas específicas de fecundidade geral, Portugal, 2008 e 2015 (‰)



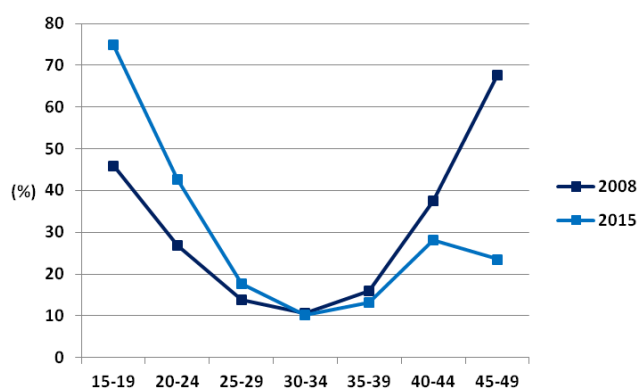
Fonte: INE – Estimativas anuais da população residente; Nados-vivos.

Com efeito, é nas classes etárias 25-29 anos e 30-34 anos que as mulheres procuram conceber mais (Figura 5.15), logo, é também aí que são potencialmente mais tolerantes perante uma gravidez não desejada.

No confronto entre o comportamento específico da IVG e o comportamento específico da fecundidade, observa-se que na classe etária 15-19 anos, de 2008 para 2015, tanto a frequência da IVG como a frequência da fecundidade reduzem (Figuras 5.14 e 5.15). Enquanto nas classes etárias 20-24 anos e 25-29 anos a IVG aumenta e a fecundidade decai claramente. Relativamente às classes etárias acima dos 34 anos, na evolução do comportamento da fecundidade, observa-se uma tendência para aumentar e no da IVG uma tendência para alguma estabilidade.

Claramente, até aos 29 anos, a tendência é para procriar menos, paralelamente a uma tendência para interromper mais, com exceção da classe etária 15-19 anos. O que aponta para uma melhor gestão contracetiva da atividade sexual no âmbito desta classe etária onde na atualidade cada vez menos é suposto procriar. Algo que se torna evidente no âmbito da evolução da relação entre a IVG e os nados vivos, observável a partir do rácio entre estes dois fenómenos, expresso em percentagem (Figura 5.16).

Figura 5.16 – Rácio entre o número de IVG e de nados vivos por idades das mulheres, Portugal, 2008-2015 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015);
INE – Nados vivos.

Com efeito e voltando à relação entre IVG e nados vivos, observa-se que na classe etária 15-19 anos, de 2008 para 2015, o peso da IVG tende a agravar face aos nados vivos (Figura 5.16). Evolui das 46 para 75 IVG por 100 nados vivos, indicando, paralelamente à verificada redução na sua frequência (Figura 5.14), a existência de uma forte pressão para interromper uma gravidez não desejada no âmbito da classe etária em causa.

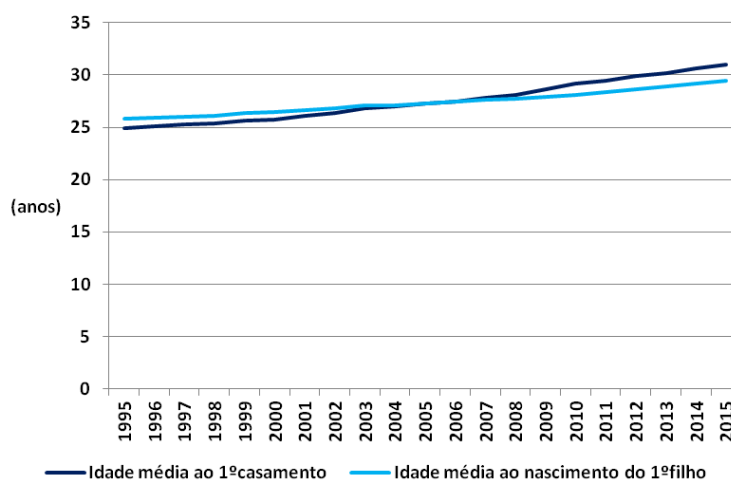
Sob pressão também se encontra a classe etária 20-24 anos que passa de 26,8%, em 2008, para 42,7%, em 2015 (Figura 5.16). Uma pressão que tende a alargar à classe etária 25-29 anos que no final do período regista 17,7 IVG por 100 nados vivos quando no início registava 13,9. Por outro lado, através da redução do peso da IVG nos nados vivos nas classes etárias acima dos 34 anos, confirma-se uma menor tendência para interromper nas idades em causa (Figura 5.16).

Estes resultados apontam para os efeitos do adiamento do momento de procriar que afeta com maior acentuação as idades até aos 24 anos e que tende a alargar-se à classe etária 25-29 anos. O que está de acordo, em 2015, com uma idade média ao nascimento do primeiro filho em torno dos 29,5 anos (INE,2017) e que vai de par com o facto da ocorrência de uma IVG anteceder em média 2,8 anos a ocorrência do nascimento de um filho.

Em suma, o padrão etário do recurso à IVG em Portugal de 2008 a 2015 remete para uma forte intolerância à gravidez não desejada, em particular, nas idades abaixo dos 25 anos (com tendência a alargar à classe etária 25-29 anos), para uma grande frequência da gravidez não desejada nas idades dos 25 aos 34 anos (Rossier *et.al*, 2006: 18-19), paralelamente a uma crescente tolerância à gravidez não desejada nas idades acima dos 34 anos.

A idade para procriar sempre esteve estreitamente associada à idade para entrar em conjugalidade ou para casar. O estigma da maternidade celibatária sempre foi mais forte do que o estigma da maternidade precoce ou muito tardia. Contudo, desde 2007 que a idade média das mulheres ao primeiro filho antecede a idade média das mulheres ao primeiro casamento (Figura 5.17).

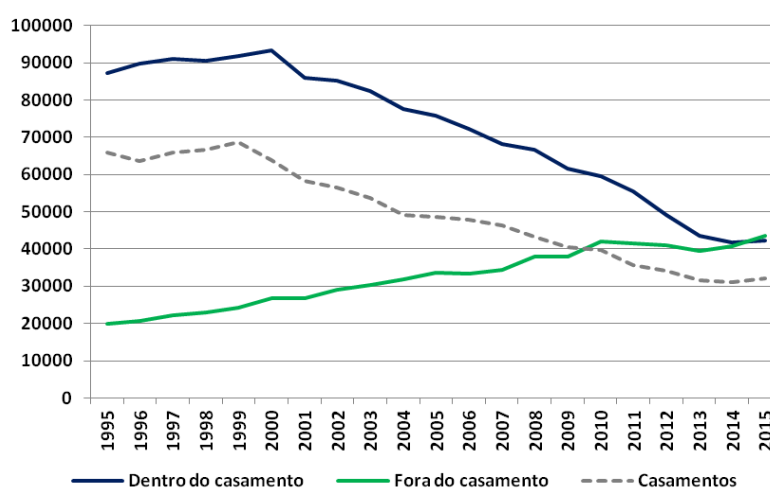
Figura 5.17 – Evolução das idades médias das mulheres ao 1º casamento e ao nascimento do 1º filho, Portugal, 1995 a 2015



Fonte: INE – Indicadores demográficos.

Em Portugal, desde o final do século XX que os nascimentos fora do casamento têm vindo a aumentar, superiorizando-se, em 2015, aos que ocorrem dentro do casamento (Figura 5.18). Este facto em estreita associação com uma idade média das mulheres ao nascimento do primeiro filho mais baixa do que a idade média ao primeiro casamento (Figura 5.17) reenvia para uma forte desvalorização da instituição matrimonial no âmbito da regulação da fecundidade.

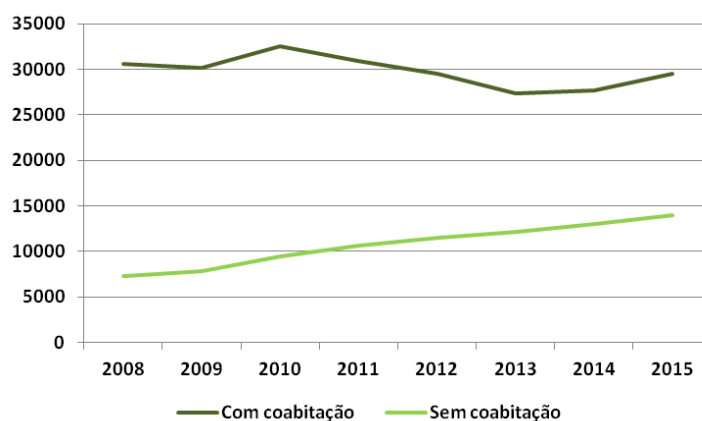
Figura 5.18 – Evolução dos nados vivos dentro e fora do casamento e dos casamentos, Portugal, 1995 a 2015 (valores absolutos)



Fonte: INE- Nados-vivos ; Casamentos.

No entanto, mesmo fora do casamento, o projeto de um filho continua estreitamente associado à existência de um projeto conjugal. Assim indica a evolução dos nascimentos, fora do casamento, com e sem coabitação dos pais, de 2008 a 2015, onde os primeiros superiorizam-se claramente aos segundos (Figura 5.19).

Figura 5.19 – Evolução dos nados vivos fora do casamento, com e sem coabitação dos pais, Portugal, 2008 a 2015 (valores absolutos)



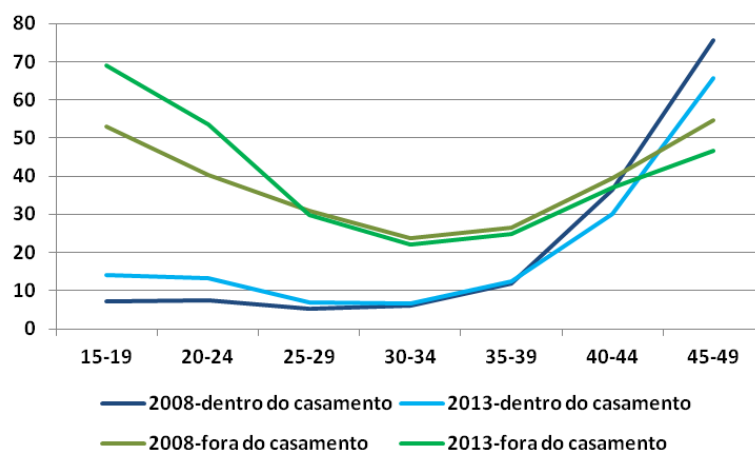
Fonte: INE- Nados-vivos.

Em suma, o projeto de um filho deixou de estar estreitamente associado ao casamento, mantendo-se, no entanto, mesmo fora do casamento, um projeto a viver dentro de uma relação conjugal.

5.5.1 O estado civil e a situação conjugal

De qualquer modo, como se verificou anteriormente, são mulheres não casadas, nomeadamente solteiras, as principais intervenientes no recurso à IVG, em Portugal, de 2008 a 2013. Um predomínio que se acentua ao longo do período com a tendência para reduzir por parte das mulheres casadas. O que está de acordo com a menor tendência que as mulheres casadas têm, face às não casadas³⁰², para interromper uma gravidez não desejada.

Figura 5.20 – Rácio entre o número de IVG e de nados vivos, dentro e fora do casamento, por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008 e 2013 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015);
INE – Nados vivos.

De facto, atendendo à relação entre IVG e nados vivos por situação matrimonial das mulheres, as não casadas tendem mais a interromper uma gravidez, em todas as classes etárias em análise, do que as casadas, exceto na classe etária 45-49 anos (Figura 5.20). Porquanto, fora do casamento, o número das IVG por 100 nados vivos é claramente superior ao que ocorre dentro do casamento. Uma diferenciação que tende a reduzir à medida que a idade aumenta, em especial a partir da classe etária 30-34 anos, acabando por se diluir na classe etária 45-49 anos. A forte relevância da situação matrimonial no

³⁰² Esta categoria integra as IVG referidas a todos os estados civis que constam da base de dados (solteiras, divorciadas, separadas e viúvas) com exceção das casadas.

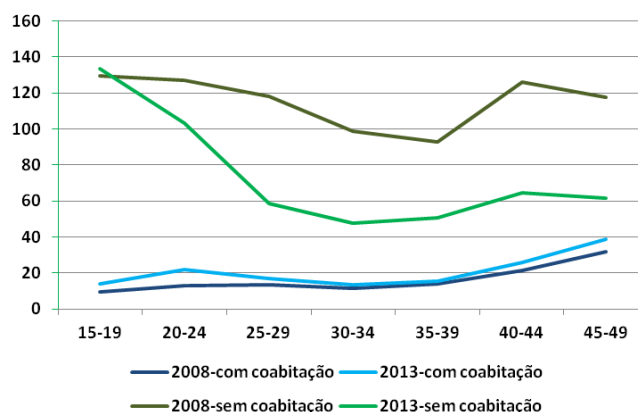
recurso à IVG é particularmente visível na forma como a relação da IVG com os nados vivos, no âmbito das mulheres não casadas, segue o observado comportamento na relação da IVG com os nados vivos (Figuras 5.20 e 5.16).

As mulheres casadas não ultrapassam a 15 IVG por 100 nados vivos nas idades abaixo dos 35 anos. É só a partir dessa idade que tendem a apresentar um maior peso de IVG face aos nados vivos que acentuam a partir dos 40 anos (Figura 5.20). De referir que, de 2008 para 2013, enquanto nas idades mais jovens se dá conta de uma clara tendência para o peso das IVG aumentar, nas idades mais velhas a tendência é para reduzir.

Quanto às IVG nas mulheres não casadas, estas seguem a distribuição em forma de U, apresentando as maiores percentagens nas classes etárias mais jovens e mais velhas. Com efeito, é a maior tendência das mulheres não casadas para interromper uma gravidez não desejada que determina o perfil da relação entre IVG e nados vivos. Uma tendência que se agrava, ao longo do período, no intervalo etário dos 15 aos 24 anos, e se atenua a partir dos 25 anos de idade, atingindo as percentagens mais baixas nas idades mais fecundas, em particular, nas classes etárias 30-34 anos e 35-39 anos (Figuras 5.20 e 5.16).

A associação entre o recurso à IVG e a regulação da fecundidade fora do casamento é na atualidade fortemente determinada por fatores que não os derivados da tradicional estigmatização social face à maternidade celibatária. De facto, 49,9% das mulheres não casadas que recorrem à IVG vivem em coabitação, posicionando assim o recurso ao aborto também no âmbito da regulação da fecundidade conjugal. E, apesar de se observar uma forte tendência para apresentarem um maior peso em IVG do que as mulheres casadas, em todas as classes etárias envolvidas no intervalo dos 15 aos 39 anos, as mulheres não casadas coabitantes apresentam um perfil etário muito próximo do das casadas, não ultrapassando as 23 IVG por cada 100 nados vivos (Figura 5.21 e 5.20).

Figura 5.21 – Rácio entre o número de IVG e de nados vivos, com e sem coabitação por classes etárias das mulheres não casadas, Portugal, 2008 e 2013 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015);
INE – Nados vivos.

De notar que, a partir dos 40 anos, apesar de aumentar a percentagem de IVG ela é muito menor do que a referida às mulheres casadas. O que confirma a perda de importância da situação matrimonial no recurso à IVG, nas idades acima dos 39 anos.

Quanto às mulheres sem compromisso matrimonial e que não vivem em casal, é clara a maior tendência para interromper uma gravidez não desejada. Esta surge traduzida pelas percentagens de IVG superiores a 100%, nas classes etárias dos 15-19 anos e 20-24 anos (Figura 5.21), e pelo seu posicionamento acima dos 47%, nas classes etárias mais fecundas. Estes resultados apontam para uma forte tendência por parte das mulheres não casadas e não coabitantes para interromper uma gravidez não desejada em todas as idades em causa. Contudo, uma tendência que enfraquece claramente de 2008 para 2013 (Figura 5.21).

De facto, em 2013, nas mulheres não casadas não coabitantes é clara a redução do número de IVG por 100 nados vivos, em todas as classes etárias em causa, posicionando-se abaixo dos 60% na classe etária dos 25-29 anos e registando 47,6% e 50,8% nas classes etárias 30-34 anos e 35-39 anos, respetivamente (Figura 5.21). O que reenvia para a hipótese de alterações quer ao nível dos comportamentos contraceptivos ou reprodutivos, quer ao nível da constituição da população feminina.

Em suma, a situação matrimonial estrutura diferenças no recurso à IVG, sobretudo até aos 39 anos de idade, com uma maior tendência para interromper uma gravidez não desejada por parte das mulheres não casadas. No entanto, é a situação conjugal das mulheres sem vínculo matrimonial que surge como mais estruturante. São as mulheres não casadas que não vivem conjugalmente que tendem mais a recorrer à IVG no caso de gravidez não desejada. No entanto, é no intervalo etário dos 25 aos 39 anos, onde se encontram as idades mais fecundas, que estas mulheres também se apresentam tendencialmente menos inclinadas a interromper uma gravidez não desejada (Figura 5.21).

A relevância da dinâmica do adiamento do momento de procriar marca fortemente o comportamento da IVG em estreita articulação com a situação matrimonial e conjugal, contudo, a forte presença na IVG de mulheres que vivem em casal reenvia para a interferência, no recurso à IVG, de outros determinantes que não apenas os que se associam ao estado civil e à situação conjugal das mulheres.

A seguir a uma idade para procriar e a um contexto relacional sob o qual procriar, surge o quanto procriar. O nascimento de um filho, não é um acontecimento aleatório na vida de uma mulher ou de um casal (Bassand e Kellerhals, 1975:9; Hobcraft e Kiernan, 1995). Poucas são ainda as mulheres que permanecem voluntariamente sem filhos (Sobotka, 2016: 66), a maior parte articula o projeto reprodutivo com o seu projeto de vida através do recurso a uma gestão contraceptiva da sua atividade sexual que uma vez falhando

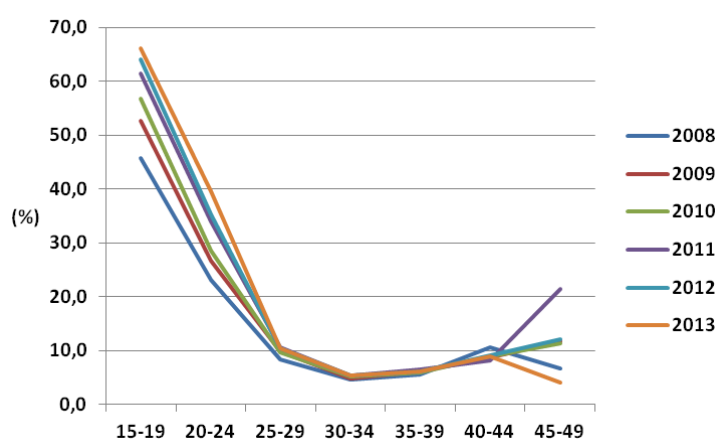
leva à ocorrência de uma gravidez não desejada e, por aí, à decisão de a interromper ou não. Deste modo, sendo a IVG uma prática de recurso no âmbito da regulação da fecundidade, o número de filhos existentes assume-se como fortemente determinante por referência a um momento definido como o melhor para procriar, quer o primeiro filho, quer o filho seguinte.

5.5.2 O número de filhos existentes

No confronto entre o comportamento específico da IVG com o da fecundidade identifica-se a existência de uma tendência para adiar o momento de procriar, pelo que não será estranha a forte presença no recurso à IVG de mulheres sem filhos. E que estas estejam visivelmente presentes nas idades até aos 29 anos.

Considerando, em primeiro lugar, as mulheres sem filhos, observa-se que à exceção do que ocorre até aos 24 anos de idade e na classe etária 45-49 anos, o peso das IVG referidas às mulheres sem filhos nos nados vivos de ordem 1, mantem-se abaixo dos 11% ao longo de todo o período em análise (Figura 5.22).

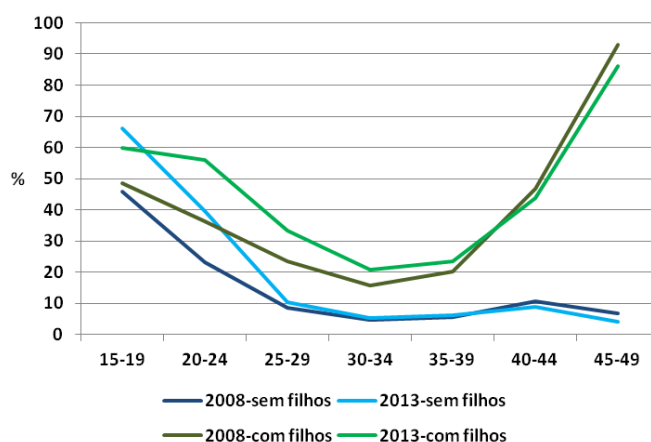
Figura 5.22 – Rácio entre o número de IVG das mulheres sem filhos e o número de nados vivos de ordem 1 por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015);
INE – Nados vivos.

Atendendo ao facto que esta categoria de mulheres está mais fortemente representada no intervalo etário dos 15 aos 24 anos, pode afirmar-se que, nas mulheres sem filhos a idade é fortemente determinante no recurso à IVG, na medida em que elas estão sobretudo presentes nas idades sob pressão para adiar o momento de iniciar o percurso reprodutivo (Figura 5.23). Por outro lado, apesar da presença das mulheres sem filhos ser marcante na IVG em Portugal, de 2008 a 2013, atendendo à relação entre IVG e nados vivos, o ter filhos surge como mais determinante na opção pela interrupção de uma gravidez não desejada do que o não ter filhos (Figura 5.23).

Figura 5.23 – Rácio entre o número de IVG e de nados vivos por classes etárias das mulheres com e sem filhos, Portugal, 2008 e 2013 (%)



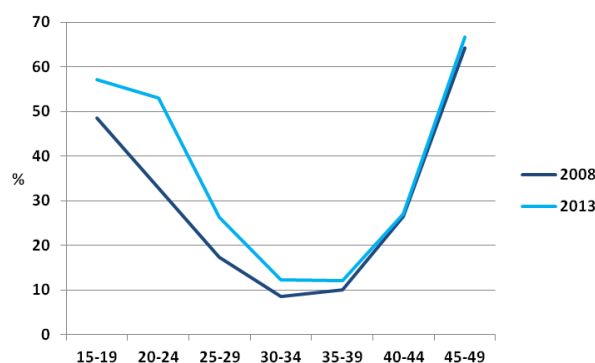
Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015);
INE – Nados vivos.

Com efeito, o número de IVG por 100 nados vivos é superior nas mulheres com filhos. Estas apresentam maiores percentagens do que as mulheres sem filhos, em todas as classes etárias, exceto na classe etária 15-19 anos em 2013 (Figura 5.23). A exceção desta classe etária reenvia para o facto de ela integrar idades onde a pressão para adiar o momento de iniciar o percurso reprodutivo se agravou ao longo do período (Figura 5.22).

A presença das mulheres sem filhos na IVG não se prende com o facto de não terem filhos, mas com a pressão para o adiamento de procriar sob a qual se encontram as idades mais jovens. Uma pressão que se agrava claramente de 2008 para 2013 (Figuras 5.22 e 5.23). Aliás, um agravamento que também é muito acentuado no âmbito das mulheres com filhos até ao 39 anos de idade (Figura 5.23).

Todavia, se o ter filhos é mais determinante do que o não ter, essa tendência é diferenciada segundo o número de filhos. Na relação com os nados vivos de ordem dois, a IVG das mulheres com um filho apresenta percentagens elevadas nas idades até aos 24 anos, decaindo fortemente a partir dos 25-29 anos, não ultrapassando as 12,5 IVG por cada 100 nados vivos no intervalo dos 30 aos 39 anos, após o que volta a aumentar (Figura 5.24). Observa-se, no entanto, ao longo do período, uma tendência para aumentar o peso das IVG por 100 nados vivos, registando em todas as classes etárias, em 2013, um valor superior ao registado em 2008, com especial destaque nas idades até aos 39 anos. Resultado que traduz um agravamento, de 2008 para 2013, da tendência para interromper uma gravidez não desejada no caso das mulheres com um filho (Figura 5.24).

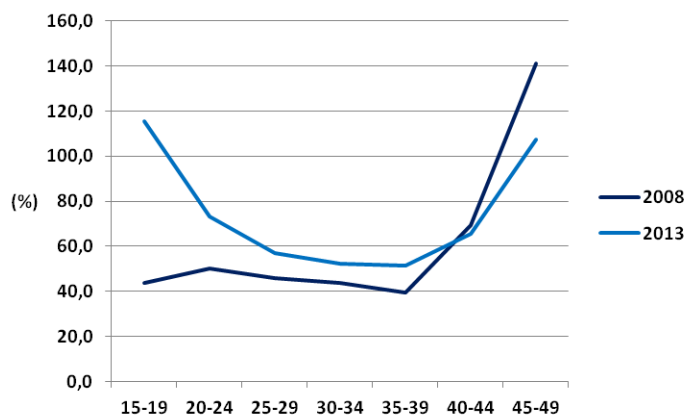
Figura 5.24 – Rácio entre o número de IVG das mulheres com 1 filho e de nados vivos de ordem 2, por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-13 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015);
INE – Nados-vivos.

Relativamente às mulheres com dois filhos, o peso das IVG assume valores claramente superiores aos observados, no âmbito das mulheres com um filho, em todas as classes etárias em causa (Figuras 5.25 e 5.24). E também apresenta uma visível tendência para agravar, em 2013, nas idades abaixo dos 40 anos.

Figura 5.25 – Rácio entre o número de IVG das mulheres com 2 filhos e de nados vivos de ordem 3, por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-13 (%)

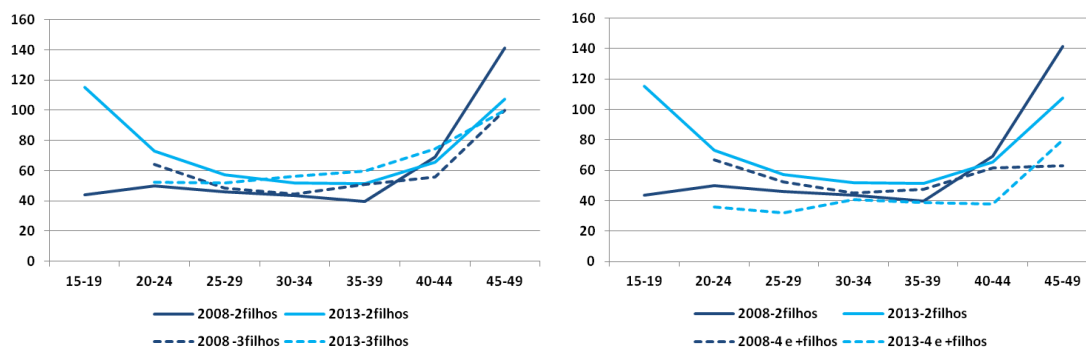


Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015);
INE – Nados-vivos.

De facto, face aos nados vivos, a IVG das mulheres com dois filhos regista percentagens tendencialmente acima dos 39%, em 2008, e acima dos 50%, em 2013 (Figura 5.25). Tal como nas mulheres com um filho, é no intervalo etário dos 30 aos 39 anos, que se encontram as percentagens mais baixas, tanto em 2008 como em 2013. Estes resultados apontam, contudo, para a existência de uma forte tendência, não só para adiar o momento de procriar o terceiro filho, mas sobretudo para limitar o número de filhos a dois. O que está de acordo com o facto de as mulheres com dois filhos chegarem a 2013 com uma

maior tendência para interromper uma gravidez não desejada que as mulheres com três filhos, nas idades abaixo dos 30 anos, e que as mulheres com quatro e mais filhos, em todas as idades (Figura 5.26).

Figura 5.26 – Rácios entre o número de IVG das mulheres com 2, 3 e 4 e +filhos e o número de nados vivos de ordem 3, 4 e 5 e +, por classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015);
INE – Nados-vivos.

Em suma, ter filhos é determinante no recurso à IVG, com especial acentuação nas mulheres com um filho, nas idades abaixo dos 30 anos, nas mulheres com dois filhos, em todas as idades, e nas mulheres com três e mais filhos a partir dos 30 anos.

Relembra-se que apenas cerca de 8,2% dos episódios de IVG realizados de 2008 a 2013 se referem a mulheres com descendências de 3 e mais filhos e que estes se concentram no intervalo etário dos 30 aos 39 anos, o que reenvia para a existência de mulheres marcadas por características mais específicas traduzidas num perfil sociodemográfico mais definido e, por aí, mais determinante. Não sendo estranho que, em particular, as mulheres com quatro e mais filhos surjam associadas, ao longo do período em análise, às situações laborais mais precárias e menos qualificadas, bem como aos recursos escolares mais baixos.

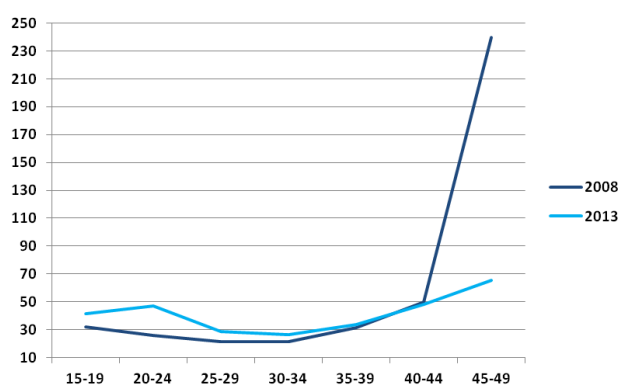
5.5.3 A situação laboral e o nível de escolaridade

Na atualidade, no feminino, o projeto reprodutivo encontra-se estreitamente associado não só ao projeto relacional, mas também ao projeto profissional. A conciliação entre a maternidade e a atividade profissional ou entre a vida familiar e o trabalho é fortemente determinante da forma como as mulheres gerem os seus objetivos reprodutivos na atualidade (Sobotka, 2016: 57; 67). O que está de acordo com comprovada dependência dos níveis de fecundidade de um país face à existência, em particular, de condições que potenciem a conjugação entre carreira profissional e a carreira reprodutiva, sobretudo, no feminino (Billari, 2002: 659). Na Europa os países com níveis de fecundidade mais baixos,

onde se integra o caso de Portugal, são aqueles em que existem maiores constrangimentos laborais ao exercício da maternidade.

A existente sensibilidade que o comportamento da fecundidade apresenta face ao comportamento do desemprego (Goldstein *et.al*, 2013: 92) é consistente com o facto da situação de desempregada ser a mais referida pelas mulheres que recorrem à IVG, em Portugal, em plena recessão económica, de 2008 a 2013. Através da relação entre as IVG e os nados vivos, no âmbito das mulheres desempregadas, a precaridade laboral surge como mais determinante nas classes etárias 15-19 anos e 20-24 anos, bem como nas que se seguem à classe etária 30-34 anos (Figura 5.27). Porquanto, é nesta classe etária e na classe etária 25-29 anos que se encontra a menor pressão do desemprego sobre a decisão de abortar. O que está de acordo com o facto de se tratarem de idades onde as mulheres se dispõem mais a conceber.

Figura 5.27 – Relação entre IVG e nados vivos por classes etárias das mulheres desempregadas, Portugal, 2008-2013 (%)

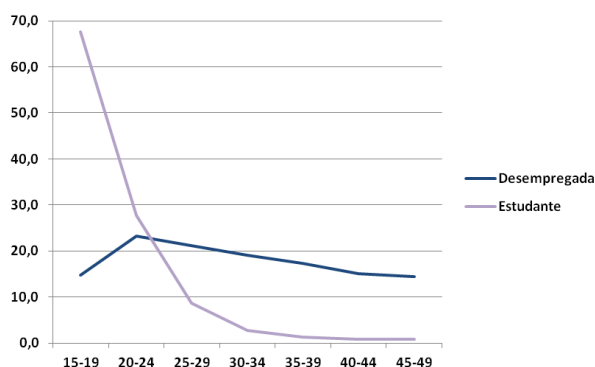


Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015);
INE – Nados vivos.

Este resultado aponta para uma maior interferência do desemprego, no âmbito das opções reprodutivas, nas idades mais jovens e nas idades mais velhas. (Figura 5.27). No entanto, é de realçar que, de 2008 para 2013, a situação laboral precária acentua a sua maior relevância no recurso à IVG nas idades até aos 39 anos, com especial acentuação na classe etária 20-24 anos (Figura 5.27). Uma classe etária onde também concorre com a forte interferência do envolvimento no percurso escolar.

Com efeito, no recurso à IVG, no âmbito das idades mais jovens, à visível presença de desempregadas liga-se a forte presença de estudantes. Aliás, é na classe etária 20-24 anos que coincide a maior percentagem de mulheres desempregadas com a de estudantes (Figura 5.28). O que está de acordo com o facto de ser nesta classe etária que se encontram as maiores frequências da IVG em Portugal de 2008 a 2013 (Figura 5.14).

Figura 5.28 – IVG por classes etárias das mulheres desempregadas e estudantes, Portugal, 2008-13 (%)

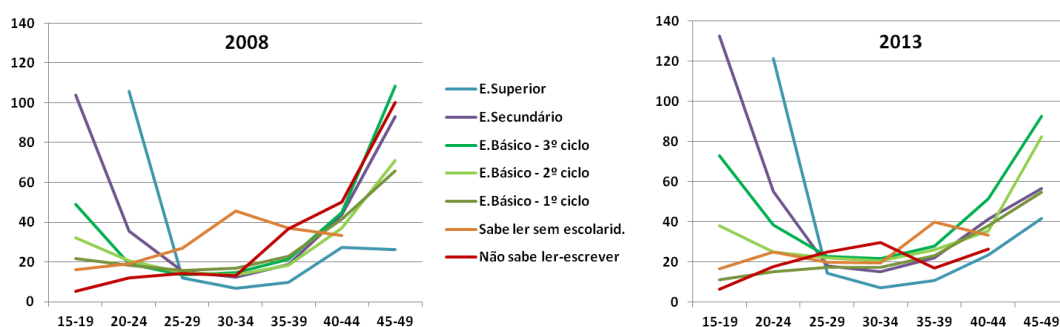


Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

É ao crescente investimento na carreira escolar, no feminino, que mais se associa a existente tendência para o adiamento do momento de procriar que marca o comportamento da fecundidade, na Europa, desde os anos 1990.

É sabido que um menor investimento numa carreira escolar vai de par com uma entrada mais precoce no mercado de trabalho e uma igualmente precoce entrada na conjugalidade, bem como, na iniciação do percurso reprodutivo (Testa, 2017: 5-6; Kohler, Billari e Ortega, 2002: 656; 659). Sob esta perspetiva não é de estranhar que, perante uma gravidez não desejada, as mulheres com os níveis de escolaridade mais baixos surjam associadas a uma maior tolerância, nas idades mais jovens, onde as mulheres com os níveis mais elevados de escolaridade tendem a associar-se a uma menor tolerância (Figura 5.29).

Figura 5.29 – Rácio entre o número de IVG e de nados vivos por nível de escolaridade e classes etárias das mulheres, Portugal, 2008-2013 (%)



Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015);
INE – Nados vivos.

Atendendo ao rácio IVG/nados-vivos, para 2008 e 2013, confirma-se a tendência para que as mulheres sem escolaridade e com os níveis de escolaridade mais baixos

apresentem claramente a menor percentagem de IVG face aos nados vivos no âmbito das idades mais jovens (Figura 5.29). Enquanto, nas mulheres associadas aos restantes níveis de escolaridade a tendência é para apresentarem um maior número de IVG por 100 nados vivos, nas idades mais jovens. Um peso que, contudo, tende a decrescer de forma acentuada até às classes etárias 25-29 anos e 30-34 anos, após o que volta a assumir uma tendência para aumentar (Figura 5.29).

Se excluirmos as mulheres sem escolaridade e com o Ensino Básico 1º ciclo, as menores percentagens de IVG, independentemente do nível de escolaridade, surgem nas classes etárias 25-29 anos e 30-34 anos, traduzindo uma menor tendência para recorrer à IVG nas idades mais fecundas.

É de realçar o facto de, na classe etária 15-19 anos, as interrupções da gravidez nas mulheres com o Ensino Secundário ultrapassarem o número de nados vivos em ambos os momentos em análise (Figura 5.29). Do mesmo modo, na classe etária 20-24 anos, as mulheres com o Ensino Superior tendem mais a interromper uma gravidez do que a dar à luz. Por outro lado, estas mulheres com o Ensino Superior são as que tendem menos a interromper uma gravidez dos 25 aos 39 anos, bem como nas classes etárias mais velhas (Figura 5.29).

Em suma, a um nível de escolaridade mais elevado corresponde uma maior tendência para interromper uma gravidez não desejada nas idades até aos 24 anos e uma menor tendência nas idades a partir dos 25 anos, nomeadamente até aos 39 anos (Figura 5.29). Consequentemente, quanto mais elevado for o nível de escolaridade maior a tendência para adiar o momento de procriar, o que tenderá a agravar-se ainda mais com uma entrada difícil ou precária no mercado de trabalho (Figuras 5.27 e 5.28).

A decisão de interromper ou de continuar uma gravidez não desejada depende, sobretudo, da avaliação sobre as condições para procriar um filho (Bajos e Ferrand, 2006b: 92). Estas, segundo Hobcraft e Kiernan (1995), para a maior parte dos europeus são, sobretudo, encontrar-se numa relação conjugal estável, em que ambos tenham concluído a sua formação ou o seu percurso escolar e já tenham emprego, ter habitação e estar a viver um momento favorável em termos do contexto socioeconómico nacional. Estas pré-condições enumeradas como as ideais para acolher a vinda de um filho remetem para a definição social de uma norma reprodutiva que determina, na atualidade, a estreita articulação entre o projeto reprodutivo e o projeto de vida de ambos os progenitores (Bajos e Ferrand, 2006b: 92).

De facto, a possibilidade de poder escolher o melhor momento para programar a vinda de uma criança, implica no feminino, contemplar a garantia da melhor conjugação do exercício da maternidade com a atividade profissional. São as dificuldades ou os constrangimentos com que as mulheres se deparam relativamente à viabilidade quotidiana

desta conjugação ou conciliação que mais fortemente determina a decisão de interromper uma gravidez não desejada. Sob este enquadramento, o comportamento da IVG é estruturado no âmbito dos mesmos fatores que determinam as estratégias e os objetivos reprodutivos e, por aí, o comportamento da fecundidade.

O período a que se refere este estudo, de 2008 a 2013, encontra-se fortemente comprometido com a crise económica que afetou a Europa e em especial os países com economias mais débeis como Portugal. Os efeitos sobre o comportamento da fecundidade portuguesa foram evidentes, traduzindo-se num agravamento dos níveis, já por si baixos (Sobotka, 2016: 57-59; Mendes, 2016: 95-98).

Em Portugal, a fecundidade mantém-se a descer desde o início do milénio (exceto em 2010), quando no mesmo período se assistiu a uma recuperação da fecundidade em grande parte dos países europeus (Sobotka, 2016: 50). Este comportamento da fecundidade portuguesa é acompanhado pelo aumento gradual da idade média ao nascimento de um filho e ao nascimento do primeiro filho. A tendência destes indicadores remete para um gradual adiamento do momento de procriar que vai afetando em especial as mulheres mais jovens, contudo, uma tendência que é transversal a toda a Europa e que se inscreve num quadro de alterações no âmbito das dinâmicas demográficas a que se denominou de Segunda Transição Demográfica (Van de Kaa, 2002: 2). Mas é após o despoletar da crise económica em 2008, em particular a partir de 2011, que se agravou claramente a tendência para a descida da fecundidade portuguesa, atingindo em 2013 o Indicador Sintético de Fecundidade (ISF) mais baixo da Europa.

Entretanto, é sabido que recentes alterações de política económica e social a nível nacional e a emergência de um quadro mais favorável em termos da economia europeia potenciaram, em 2014, o início tímido de uma retoma económica traduzida na descida dos níveis de desemprego. Na continuidade, a fecundidade após 2013 tem dado indícios de querer contrariar o sentido do declínio. Assim indica o aumento do ISF a partir de 2014.

De facto, o comportamento recente da fecundidade portuguesa é fortemente tributário da crise económica de 2008 a 2014, contudo não se pode esquecer que o declínio já estava instalado desde as últimas décadas do século XX. O que remete para existência de fatores estruturais e próprios à realidade portuguesa. Entre eles encontram-se os que afetam a entrada no mercado de trabalho dos jovens e, por aí, a entrada na conjugalidade. E quando em conjugalidade e iniciada a carreira ativa, entram os fatores que afetam a conciliação, em particular, no feminino, entre projeto reprodutivo e projeto profissional ou entre vida familiar, incluída a maternidade, e a vida ativa.

O adiamento do momento de procriar é concomitante com o adiamento de entrada na conjugalidade por via do alargamento da carreira escolar. O agravamento deste comportamento remete não só para um crescente investimento na carreira escolar alargada

como sobretudo para um aumento das dificuldades que os mais jovens encontram em entrar no mercado de trabalho, paralelamente a uma crescente precaridade e instabilidade laboral no âmbito dos primeiros empregos.

A tendência a adiar, surge em Portugal, fortemente associada não só ao nascimento do primeiro filho como do segundo e seguintes. Está-se perante um duplo adiamento (Mendes,2016:107-08) que afeta o momento de iniciar a carreira reprodutiva e o momento de transitar do nascimento do primeiro para o segundo filho. O que se traduz num aumento das idades médias ao nascimento dos filhos de ordem um e dois, bem como na existência de intervalos mais longos, em particular, entre o nascimento do primeiro e do segundo filho. Um adiamento que tem determinado uma forte redução da fecundidade por via sobretudo da redução dos segundos filhos e seguintes. Portugal apresenta-se assim como um país marcado pela restrição da prole a um ou a dois filhos, assumindo especial relevância, face à Europa, a norma do filho único.

Em síntese o padrão da fecundidade portuguesa define-se por um nível de intensidade dos mais baixos da Europa, tributário da existência de um duplo adiamento que afeta o nascimento do primeiro e do segundo filho, traduzido na redução das proles superiores à ordem um ou pelo predomínio do filho único. Este padrão reenvia, em particular, para as existentes dificuldades que em especial as mulheres portuguesas encontram na conciliação entre o seu projeto reprodutivo e familiar e o seu projeto profissional. Dificuldades que terão sido agravadas de 2008 a 2014 por via da crise económica que afetou a Europa e em particular os países com economias mais frágeis como Portugal. É com este comportamento da fecundidade portuguesa que o comportamento da IVG em Portugal, de 2008 a 2013, está de acordo, assumindo clara evidência em torno das regularidades e das diferenciações observadas nos perfis sociodemográficos das mulheres envolvidas.

Como observado anteriormente, o recurso à IVG em Portugal de 2008 a 2013 é marcado pela forte presença de mulheres sem filhos e de mulheres com um e dois filhos, apesar destas últimas tenderem a reduzir. A decisão de interromper uma gravidez não desejada posiciona-se assim no âmbito da gestão do momento de procriar o primeiro filho, o segundo filho e o terceiro filho. Como foi possível observar anteriormente, através do confronto entre o comportamento da IVG e o comportamento da fecundidade, as maiores frequências da IVG concentram-se em idades que antecedem tendencialmente as idades mais fecundas. Deste modo, o comportamento específico do fenómeno surge fortemente determinado pela dinâmica do duplo adiamento que marca o comportamento da fecundidade portuguesa na atualidade.

Resta sintetizar, através da observação dos perfis sociodemográficos das mulheres por número de filhos existentes, quais os fatores que as colocam sob a pressão desse

adiamento, no momento, em que perante uma gravidez não desejada, decidem pela sua interrupção.

5.5.4 O momento de procriar o primeiro filho

Cerca de 40% dos episódios de IVG realizados em Portugal de 2008 a 2013 envolvem mulheres sem filhos. Esta forte presença das mulheres que ainda não iniciaram o seu percurso reprodutivo remete claramente para a pressão para adiar o momento de procriar o primeiro filho. Um momento que tende a ser transferido para lá dos 29 anos de idade, dada a visível presença destas mulheres no recurso à IVG até à classe etária 25-29 anos. (Quadro 5.49).

Quadro 5.49 – Perfil sociodemográfico das mulheres sem filhos que recorrem à IVG, dos 15 aos 49 anos, Portugal, 2008-13 (%)

| Classes etárias | Estado civil | | Sit. Conjugal (ñ casada) | | | | Situação Laboral | | | | | Nível de escolaridade | | | | Ordem de IVG | | Total |
|-----------------|--------------|----------|--------------------------|--------------|--------------------|--------------|------------------|-----------|---------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|---------------|-------------|----------------|--------------|--------------|-------|
| | casada | ñ casada | Solteira | | Outro estado civil | | desempreg. | estudante | pouco e ñ qualific. | qualific. intermédia | qualific. superior | E. Básico | E. Secundário | E. Superior | sem escolarid. | 1ªIVG | 2ªIVG e seg. | |
| | | | coabitante | ñ coabitante | coabitante | ñ coabitante | | | | | | | | | | | | |
| 15-19 | 0,6 | 99,3 | 7,6 | 92,4 | 0,0 | 100,0 | 11,6 | 73,1 | 13,3 | 1,8 | 0,0 | 68,0 | 31,9 | 0,0 | 0,1 | 91,1 | 8,9 | 25,3 |
| 20-24 | 2,1 | 97,8 | 14,5 | 85,5 | 23,6 | 76,4 | 16,2 | 39,4 | 30,5 | 10,9 | 2,7 | 30,2 | 53,2 | 16,5 | 0,0 | 81,9 | 18,1 | 35,2 |
| 25-29 | 6,0 | 93,8 | 23,1 | 76,9 | 18,3 | 81,7 | 13,1 | 15,0 | 29,1 | 26,9 | 15,6 | 17,7 | 39,2 | 43,0 | 0,1 | 79,8 | 20,2 | 21,2 |
| 30-34 | 9,8 | 90,0 | 26,9 | 73,1 | 22,9 | 77,1 | 12,9 | 4,3 | 22,5 | 35,4 | 24,6 | 14,4 | 31,4 | 53,9 | 0,2 | 78,1 | 21,9 | 11,2 |
| 35-39 | 12,4 | 87,4 | 28,8 | 71,2 | 24,8 | 75,2 | 12,6 | 1,8 | 23,7 | 35,5 | 26,3 | 17,9 | 30,4 | 51,3 | 0,1 | 74,6 | 25,4 | 4,7 |
| 40-44 | 16,9 | 83,1 | 36,2 | 63,8 | 21,1 | 78,9 | 9,9 | 1,2 | 23,3 | 34,7 | 31,0 | 22,5 | 27,3 | 50,0 | 0,2 | 76,6 | 23,4 | 1,1 |
| 45-49 | 22,9 | 77,1 | 25,0 | 75,0 | 85,7 | 14,3 | 0,0 | 5,7 | 20,0 | 34,3 | 37,1 | 25,7 | 17,1 | 54,3 | 0,0 | 74,3 | 25,7 | 0,1 |
| Totais | 4,0 | 95,8 | 15,8 | 81,6 | 0,6 | 2,0 | 13,5 | 37,3 | 24,2 | 16,1 | 8,6 | 35,4 | 40,4 | 24,0 | 0,1 | 83,2 | 16,8 | 100 |
| | 100 | | 100 | | | | 100 | | | | | 100 | | | | 100 | | |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

As mulheres que ainda não iniciaram o seu percurso reprodutivo caracterizam-se por serem tendencialmente solteiras e não coabitantes, o que também está associado com o facto de envolverem grande número de jovens mulheres implicadas no percurso escolar (Quadro 5.49). Aliás o maior investimento numa carreira escolar alargada traduz-se na preponderância que estas mulheres registam nas idades acima dos 29 anos no nível de escolaridade associado ao Ensino Superior (Quadro 5.49). A forma como se estrutura a presença das mulheres sem filhos no recurso à IVG articula claramente um maior investimento na carreira escolar com o adiamento do momento de iniciar o percurso reprodutivo e conjugal.

Em termos de vida ativa, a instabilidade laboral e as profissões pouco qualificadas estão mais presentes dos 20 aos 29 anos (Quadro 5.49). A partir dos 30 anos, com a diluição gradual das situações mais precárias e pouco qualificadas, é o maior envolvimento

numa carreira profissional mais qualificada que emerge como determinante paralelamente ao facto de se manterem sobretudo solteiras não coabitantes.

O recurso múltiplo à IVG eleva-se com a idade e o número de filhos existentes, como as mulheres sem filhos se concentram nas idades abaixo dos 30 anos, também estão sobretudo representadas nas primeiras IVG (Quadro 5.49).

Em síntese, as mulheres sem filhos são sobretudo solteiras que não vivem em casal e tendencialmente envolvidas com o percurso escolar ou o processo de entrada no mercado de trabalho. A presença destas mulheres no recurso à IVG reenvia para a existência de uma população feminina que tende fortemente a adiar o momento de procriar o primeiro filho, bem como o momento de entrar em conjugalidade. Assumindo aqui evidência a prioridade atribuída, no âmbito do projeto de vida no feminino, à carreira escolar e à entrada no mercado de trabalho reenviando para uma concomitante incompatibilidade com a maternidade nas idades abaixo dos 30 anos, colocando sob a pressão do adiamento do momento de procriar, em particular as classes etárias 20-24 anos e 25-29 anos.

5.5.5 O momento de procriar o segundo filho

As mulheres com um filho referem-se a 29,4% dos episódios de IVG ocorridos, de 2008 a 2013, em Portugal. Estas mulheres concentram a sua maior presença no intervalo etário dos 20 aos 34 anos, com especial relevância na classe etária 25-29 anos. Também são maioritariamente solteiras, contudo, na passagem para a classe etária 30-34 anos, as solteiras coabitantes passam a superiorizar-se às não coabitantes (Quadro 5.50).

Quadro 5.50 – Perfil sociodemográfico das mulheres com 1 filho que recorrem à IVG, dos 15 aos 49 anos, Portugal, 2008-13 (%)

| Classes etárias | Estado civil | | Sit. Conjugal (ñ casada) | | | | Situação Laboral | | | | | Nível de escolaridade | | | | Ordem de IVG | | Total |
|-----------------|--------------|----------|--------------------------|--------------|--------------------|--------------|------------------|-----------|---------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|---------------|-------------|----------------|--------------|--------------|-------|
| | casada | ñ casada | Solteira | | Outro estado civil | | desempreg. | estudante | pouco e ñ qualific. | qualific. intermédia | qualific. superior | E. Básico | E. Secundário | E. Superior | sem escolarid. | 1ªIVG | 2ªIVG e seg. | |
| | | | coabitante | ñ coabitante | coabitante | ñ coabitante | | | | | | | | | | | | |
| 15-19 | 10,1 | 89,9 | 47,4 | 51,4 | 0,1 | 1,1 | 42,5 | 20,0 | 35,4 | 1,6 | 0,0 | 86,1 | 12,4 | 0,0 | 1,3 | 83,8 | 16,2 | 3,7 |
| 20-24 | 17,1 | 82,9 | 45,4 | 50,5 | 0,9 | 3,2 | 33,1 | 8,9 | 49,4 | 7,7 | 0,4 | 68,1 | 28,5 | 2,9 | 0,3 | 73,0 | 27,0 | 21,7 |
| 25-29 | 27,2 | 72,7 | 42,7 | 43,8 | 3,7 | 9,8 | 22,7 | 5,1 | 49,0 | 19,0 | 3,8 | 48,1 | 39,4 | 12,1 | 0,3 | 71,6 | 28,4 | 26,2 |
| 30-34 | 37,1 | 62,8 | 37,7 | 33,0 | 8,7 | 20,6 | 16,9 | 2,3 | 40,0 | 28,9 | 11,6 | 35,1 | 38,0 | 26,5 | 0,2 | 71,9 | 28,1 | 24,4 |
| 35-39 | 41,3 | 58,5 | 30,1 | 25,2 | 14,0 | 30,6 | 15,4 | 1,2 | 37,0 | 31,7 | 14,2 | 35,7 | 34,3 | 29,6 | 0,2 | 71,6 | 28,4 | 17,2 |
| 40-44 | 46,2 | 53,7 | 25,1 | 18,6 | 21,7 | 34,5 | 14,8 | 0,9 | 39,0 | 30,3 | 14,8 | 42,3 | 30,9 | 26,5 | 0,2 | 71,0 | 29,0 | 6,2 |
| 45-49 | 49,4 | 50,6 | 22,7 | 18,2 | 29,5 | 29,5 | 9,8 | 0,6 | 43,1 | 29,3 | 17,2 | 45,4 | 26,4 | 27,0 | 1,1 | 70,1 | 29,9 | 0,5 |
| Totais | 30,5 | 69,4 | 39,8 | 39,5 | 6,4 | 14,4 | 22,5 | 4,8 | 43,7 | 21,3 | 7,4 | 48,2 | 34,2 | 17,2 | 0,3 | 72,4 | 27,6 | 100 |
| | 100 | | 100 | | | | 100 | | | | | 100 | | | | 100 | | |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Até aos 29 anos, o adiamento do segundo filho surge fortemente determinado pelo desemprego e pelas situações laborais pouco ou não qualificadas, bem como pela situação conjugal e matrimonial (Quadro 5.50). A partir dos 30 anos, a superioridade das solteiras

coabitantes começa gradualmente a impor-se, contudo com a presença das mulheres de outros estados civis, o não viver em casal mantém-se determinante. Em particular, na classe etária 35-39 anos, acresce a relevância das situações mais qualificadas associadas a recursos escolares mais elevados (Quadro 5.50). Nas classes etárias mais velhas as situações menos qualificadas e os recursos escolares mais baixos voltam a aumentar a sua importância.

O recurso múltiplo à IVG eleva-se com a idade e o número de filhos, logo está mais presente no esforço para adiar o momento de procriar o segundo filho do que o primeiro. Todavia, é de realçar que 27% das mulheres com um filho referidas à classe etária 20-24 anos e 28,4%, das referidas à classe etária 25-29 anos, encontram-se, de 2008 a 2013, a recorrer à IVG pela segunda ou mais vezes (Quadro 5.50).

Em síntese, o adiamento de procriar o segundo filho nas idades abaixo dos 30 anos surge fortemente associado ao desemprego e às situações laborais pouco ou não qualificadas bem como à situação conjugal e matrimonial. A partir da classe etária 30-34 anos, paralelamente às situações menos qualificadas assumem visível relevância as situações mais qualificadas, com especial evidência na classe etária 35-39 anos. Reenviando aqui para a limitação da prole ao filho único.

Através do perfil das mulheres com um filho observa-se pois que são a estabilidade conjugal, as situações laborais precárias e pouco qualificadas e o investimento na carreira profissional que colocam sob pressão para o adiamento do nascimento do segundo filho as classes etárias 25-29 anos e 30-34 anos.

5.5.6 O momento de procriar o terceiro filho

A expressão da presença das mulheres com dois filhos (22,4%) no recurso à IVG está muito próxima da registada pela presença das mulheres com um filho. Contudo, tratam-se sobretudo de mulheres com idades compreendidas no intervalo dos 25 aos 39 anos, com especial importância nas classes etárias 30-34 anos e 35-39 anos, onde a situação matrimonial e conjugal perdem relevância (Quadro 5.51). Acima dos 29 anos, as mulheres com dois filhos são sobretudo casadas. De notar que nas não casadas são as coabitantes que predominam em todas as classes etárias, com especial acentuação até à classe etária 30-34 anos. A partir dos 35 anos, é visível a expressão das mulheres referidas a outro estado civil (Quadro 5.51). De modo que acima dos 34 anos, as mulheres com dois filhos tendem a ser sobretudo mulheres que estão ou já foram casadas.

Quadro 5.51 – Perfil sociodemográfico das mulheres com 2 filhos que recorrem à IVG, dos 15 aos 49 anos, Portugal, 2008-13 (%)

| Classes etárias | Estado civil | | Sit. Conjugal (n casada) | | | | Situação Laboral | | | | | Nível de escolaridade | | | | Ordem de IVG | | Total |
|-----------------|--------------|----------|--------------------------|--------------|--------------------|--------------|------------------|-----------|---------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|---------------|-------------|----------------|--------------|--------------|-------|
| | casada | n casada | Solteira | | Outro estado civil | | desempreg. | estudante | pouco e n qualific. | qualific. intermédia | qualific. superior | E. Básico | E. Secundário | E. Superior | sem escolarid. | 1ªIVG | 2ªIVG e seg. | |
| | | | coabitante | n coabitante | coabitante | n coabitante | | | | | | | | | | | | |
| 15-19 | 27,3 | 72,7 | 63,6 | 36,4 | 0,0 | 0,0 | 40,3 | 5,2 | 51,9 | 2,6 | 0,0 | 80,5 | 7,8 | 0,0 | 11,7 | 84,4 | 15,6 | 0,3 |
| 20-24 | 27,4 | 72,5 | 64,2 | 29,5 | 2,5 | 3,9 | 41,1 | 4,6 | 49,0 | 4,8 | 0,2 | 80,3 | 17,1 | 0,6 | 1,9 | 72,7 | 27,3 | 7,5 |
| 25-29 | 39,0 | 60,9 | 55,1 | 28,2 | 6,0 | 10,7 | 29,3 | 3,7 | 52,6 | 12,4 | 1,6 | 66,7 | 28,3 | 4,1 | 0,7 | 69,8 | 30,2 | 19,3 |
| 30-34 | 53,2 | 46,7 | 45,1 | 23,4 | 12,4 | 19,1 | 20,9 | 2,1 | 47,8 | 21,5 | 7,4 | 50,2 | 32,8 | 16,3 | 0,5 | 70,2 | 29,8 | 29,5 |
| 35-39 | 61,2 | 38,7 | 31,8 | 15,4 | 21,1 | 31,7 | 16,6 | 1,3 | 41,7 | 26,6 | 13,5 | 43,8 | 29,8 | 25,7 | 0,5 | 72,1 | 27,9 | 29,1 |
| 40-44 | 63,6 | 36,3 | 24,6 | 9,3 | 27,5 | 38,6 | 14,1 | 0,6 | 43,7 | 27,0 | 14,3 | 47,8 | 27,4 | 24,2 | 0,4 | 72,8 | 27,2 | 12,9 |
| 45-49 | 69,2 | 30,5 | 23,2 | 1,0 | 28,3 | 47,5 | 14,6 | 0,6 | 45,4 | 23,8 | 15,5 | 58,8 | 18,6 | 22,3 | 0,3 | 72,6 | 27,4 | 1,3 |
| Totais | 52,3 | 47,6 | 44,5 | 21,9 | 13,3 | 20,4 | 21,9 | 2,2 | 46,5 | 20,6 | 8,5 | 53,7 | 28,9 | 16,6 | 0,7 | 71,3 | 28,7 | 100 |
| | 100 | | 100 | | | | 100 | | | | | 100 | | | | 100 | | |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

O desemprego e as situações laborais pouco ou não qualificadas marcam o perfil destas mulheres no recurso à IVG, em especial, até aos 29 anos de idade. Contudo, na classe etária 30-34 anos as situações laborais menos favoráveis mantem-se fortemente predominantes e 20,9% das mulheres declaram-se desempregadas (Quadro 5.51). Deste modo, é a partir da classe etária 35-39 anos que as duas situações laborais mais qualificadas se encontram equilibradas com as menos qualificadas. É também nesta classe etária que se encontram as mulheres mais escolarizadas. A maior presença das mulheres com dois filhos, face às mulheres com um filho, a partir da classe etária 35-39 anos, confirma a tendência para limitar o número de filhos a dois.

Em suma, a opção pela interrupção de gravidez não desejada nas mulheres com dois filhos surge associada a um predomínio de situações laborais pouco ou não qualificadas, seguidas de desemprego, associadas a um igual predomínio de recursos escolares mais baixos. Mas tal como acontece no âmbito das mulheres com um filho, as situações mais qualificadas e os níveis de escolaridade mais elevados tendem a assumir visibilidade à medida que as idades aumentam, com especial acentuação na classe etária dos 35-39 anos. De realçar a especificidade associada à forte ligação ao contexto matrimonial e conjugal e à maior proporção do recurso múltiplo à IVG nas classes etárias 25-29 anos e 30-34 anos, com maior expressividade na primeira (Quadro 5.52).

O perfil das mulheres com dois filhos reenvia para uma acentuação do forte contributo das situações laborais menos favoráveis e do maior investimento na carreira profissional para a pressão em que se encontram as classes etárias 30-34 anos e 35-39 anos para limitar o número de filhos a dois.

5.5.7 As mulheres com 3 filhos

Antes de mais convém de novo relembrar que a presença das mulheres com três e mais filhos no recurso à IVG é bastante mais reduzida do que a referidas às categorias de

mulheres com as proles mais pequenas (8,2%). Em causa estão mulheres mais velhas, mas que apresentam, no seu conjunto, um perfil etário muito idêntico ao das mulheres com dois filhos, concentrando a sua maior presença no intervalo etário dos 30-39 anos, mas com mais acentuação na última classe etária em causa (Quadro 5.52). São sobretudo solteiras coabitantes até à classe etária 30-34 anos. A partir dos 35 anos, as casadas passam a predominar e a situação matrimonial perde também relevância. De notar, a presença visível das mulheres referidas a outro estado civil, tendencialmente não coabitantes (Quadro 5.52).

Quadro 5.52– Perfil sociodemográfico das mulheres com 3 filhos que recorrem à IVG, dos 20 aos 49 anos, Portugal, 2008-13 (%)

| Classes etárias | Estado civil | | Sit. Conjugal (ñ casada) | | | | Situação Laboral | | | | | Nível de escolaridade | | | | Ordem de IVG | | Total |
|-----------------|--------------|----------|--------------------------|--------------|--------------------|--------------|------------------|-----------|---------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|---------------|-------------|----------------|--------------|--------------|-------|
| | casada | ñ casada | Solteira | | Outro estado civil | | desempreg. | estudante | pouco e ñ qualific. | qualific. intermédia | qualific. superior | E. Básico | E. Secundário | E. Superior | sem escolarid. | 1ªIVG | 2ªIVG e seg. | |
| | | | coabitante | ñ coabitante | coabitante | ñ coabitante | | | | | | | | | | | | |
| 15-19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20-24 | 26,2 | 73,8 | 73,5 | 22,4 | 2,0 | 2,0 | 44,9 | 4,1 | 46,1 | 3,7 | 0,4 | 82,8 | 10,1 | 0,7 | 6,0 | 78,3 | 21,7 | 3,9 |
| 25-29 | 35,5 | 64,4 | 58,4 | 27,0 | 7,2 | 7,4 | 38,6 | 3,5 | 50,1 | 6,4 | 0,6 | 77,8 | 17,1 | 2,1 | 2,9 | 66,5 | 33,5 | 15,9 |
| 30-34 | 44,3 | 55,6 | 49,1 | 21,1 | 13,4 | 16,3 | 29,4 | 3,1 | 52,3 | 11,8 | 3,1 | 69,3 | 22,3 | 6,8 | 1,4 | 65,3 | 34,7 | 29,7 |
| 35-39 | 52,0 | 47,9 | 38,2 | 20,3 | 18,9 | 22,7 | 22,4 | 1,5 | 51,8 | 17,0 | 6,9 | 62,0 | 22,1 | 14,3 | 1,6 | 65,4 | 34,6 | 33,5 |
| 40-44 | 55,0 | 45,0 | 25,8 | 16,1 | 29,6 | 28,5 | 17,5 | 1,0 | 51,5 | 19,0 | 10,5 | 60,4 | 20,2 | 17,0 | 2,1 | 65,2 | 34,8 | 15,6 |
| 45-49 | 65,2 | 34,8 | 25,8 | 22,6 | 22,6 | 29,0 | 16,9 | 0,0 | 58,4 | 15,7 | 9,0 | 70,8 | 14,6 | 12,4 | 2,2 | 68,5 | 31,5 | 1,3 |
| Totais | 46,7 | 53,2 | 45,7 | 21,4 | 15,5 | 17,4 | 27,1 | 2,3 | 51,5 | 13,5 | 5,1 | 67,4 | 20,5 | 10,0 | 2,0 | 66,1 | 33,9 | 100 |
| | 100 | | 100 | | | | 100 | | | | | 100 | | | | 100 | | |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

O desemprego e as situações laborais pouco ou não qualificadas predominam claramente sobre todas as outras, com mais acentuação nas classes etárias 25-29 anos e 30-34 anos. Observa-se que estas mulheres são particularmente determinadas por situações laborais desfavoráveis e precárias apresentando-se também em todas as classes etárias com uma visível associação, em termos de nível de escolaridade, ao Ensino Básico (Quadro 5.52).

Verifica-se uma maior presença das mulheres com 3 filhos na IVG de ordem superior a um, ultrapassando os 30% em todas as classes etárias em causa, exceto na mais jovem (20-24 anos) onde regista 21,7% (Quadro 5.52). Esta observação indica uma estreita relação entre o recurso à IVG e a existência de grandes dificuldades por parte destas mulheres no âmbito da gestão contracetiva da sua atividade sexual.

Em suma, a opção pela interrupção de uma gravidez não desejada por mulheres com três filhos é marcada fortemente por situações laborais precárias e pouco qualificadas e por recursos escolares mais baixos. O que as aproxima mais do perfil assumido pelas mulheres com 4 e mais filhos.

5.5.8 As mulheres com 4 e mais filhos

A presença das mulheres com 4 e mais filhos na IVG (2,2%), pode considerar-se residual. Tratam-se também de mulheres mais velhas cuja presença no recurso à IVG se concentra mais no intervalo etário dos 30 aos 39 anos (Quadro 5.53). Mantêm-se predominantemente solteiras até à classe etária 45-49 anos, mas tendencialmente coabitantes. O desemprego, uma atividade laboral pouco ou não qualificada e um nível de escolaridade baixo são fortemente determinantes no recurso à IVG no âmbito destas mulheres com as descendências mais numerosas. Mulheres que apresentam um perfil sociodemográfico marcado pela predominância de características claramente desfavoráveis para o “bom exercício da maternidade”. A instabilidade conjugal e as situações laborais precárias e pouco ou não qualificadas associadas a baixos recursos escolares reenviam aqui para a existência de evidentes dificuldades na regulação da fecundidade traduzidas num expressivo recurso à IVG por mais de uma vez (Quadro 5.53).

Quadro 5.53 – Perfil sociodemográfico das mulheres com 4 e mais filhos que recorrem à IVG, dos 20 aos 49 anos, Portugal, 2008-13 (%)

| Classes etárias | Estado civil | | Sit. Conjugal (ñ casada) | | | | Situação Laboral | | | | | Nível de escolaridade | | | | Ordem de IVG | | Total |
|-----------------|--------------|----------|--------------------------|--------------|--------------------|--------------|------------------|-----------|---------------------|----------------------|--------------------|-----------------------|---------------|-------------|----------------|--------------|--------------|-------|
| | casada | ñ casada | Solteira | | Outro estado civil | | desempreg. | estudante | pouco e ñ qualific. | qualific. intermédia | qualific. superior | E. Básico | E. Secundário | E. Superior | sem escolarid. | 1ªIVG | 2ªIVG e seg. | |
| | | | coabitante | ñ coabitante | coabitante | ñ coabitante | | | | | | | | | | | | |
| 15-19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20-24 | 25,0 | 75,0 | 63,0 | 33,3 | 3,7 | 0,0 | 52,8 | 0,0 | 38,9 | 2,8 | 0,0 | 61,1 | 11,1 | 0,0 | 27,8 | 80,6 | 19,4 | 1,5 |
| 25-29 | 38,2 | 61,8 | 58,8 | 24,8 | 10,3 | 6,1 | 47,6 | 3,4 | 44,2 | 3,0 | 0,7 | 75,7 | 13,1 | 2,2 | 9,0 | 71,9 | 28,1 | 10,8 |
| 30-34 | 39,2 | 60,8 | 52,6 | 24,4 | 11,0 | 12,0 | 39,2 | 2,1 | 53,1 | 3,9 | 1,3 | 76,0 | 13,3 | 2,1 | 8,4 | 63,7 | 36,3 | 28,9 |
| 35-39 | 44,4 | 55,6 | 45,2 | 24,6 | 14,9 | 15,3 | 33,1 | 1,6 | 56,0 | 7,2 | 1,9 | 77,1 | 12,0 | 4,7 | 6,0 | 62,5 | 37,5 | 36,1 |
| 40-44 | 47,4 | 52,4 | 39,1 | 19,8 | 22,9 | 18,2 | 22,2 | 0,6 | 65,0 | 10,0 | 2,0 | 75,2 | 14,0 | 6,1 | 4,7 | 56,1 | 43,9 | 19,9 |
| 45-49 | 53,6 | 46,4 | 25,0 | 25,0 | 37,5 | 12,5 | 29,0 | 1,4 | 60,9 | 2,9 | 5,8 | 79,7 | 11,6 | 4,3 | 4,3 | 68,1 | 31,9 | 2,8 |
| Totais | 42,8 | 57,2 | 47,8 | 23,9 | 15,0 | 13,3 | 34,5 | 1,7 | 55,6 | 6,1 | 1,7 | 76,1 | 12,8 | 3,9 | 7,1 | 63,0 | 37,0 | 100 |
| | 100 | | 100 | | | | 100 | | | | | 100 | | | | 100 | | |

Fonte: DGS- Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Em suma, o recurso à IVG em Portugal não determina o comportamento da fecundidade, apresentando-se os dois fenómenos com intensidades igualmente baixas. É através da gestão contraceptiva da atividade sexual que as mulheres controlam a sua fecundidade. Um controlo que, no entanto, não está isento de falhas.

O declínio da fecundidade em Portugal, durante a segunda metade do século XX, e a sua manutenção em níveis muito baixos, durante as primeiras décadas do século XXI, sugere uma descida da frequência da gravidez não desejada ao longo de todo o período em causa. No entanto, a gravidez não planeada ou não desejada continua a ocorrer, implicando que a mulher decida, sozinha ou em conjunto com o seu parceiro, se a interrompe ou não.

Este trabalho partiu da premissa primeira de que o recurso à IVG é um bom indicador das dificuldades com que as mulheres em idade fértil se deparam no âmbito da gestão

contracetiva do seu percurso reprodutivo. Uma gestão que é feita por referência a uma norma reprodutiva que define o melhor momento para procriar em estreita associação com a existência das melhores condições para o efeito. Através do comportamento da IVG, percebe-se que em Portugal, as opções reprodutivas são determinadas por um adiamento do momento de procriar para lá dos 24 ou dos 29 anos, dependendo, em especial, do investimento no percurso escolar e do processo de entrada no mercado de trabalho. A seguir aos 25 anos e, em especial, dos 30 aos 34 anos, a estabilidade conjugal importa visivelmente, após o que, a partir dos 35 anos, reforça-se a importância da estabilidade no emprego ou do investimento numa carreira profissional. É na tensão permanente entre o mundo do trabalho e o mundo familiar que as mulheres adiam o momento de procriar o primeiro e o filho seguinte ou limitam ao existente. O recurso à interrupção voluntária de uma gravidez envolve o momento em que, no âmbito das suas estratégias e objetivos reprodutivos, a mulher faz um último balanço das existentes condições que tem para acolher ou cuidar de uma criança inesperada.

CONCLUSÃO

O fenómeno do aborto provocado por vontade da mulher está presente em todos os tempos e em todas as sociedades, mas não é um fenómeno a-histórico (Naour e Valenti, 2003:8;15). Sempre foi uma prática individual, no feminino, de controlo dos nascimentos fortemente associada à ocorrência da gravidez interdita, estigmatizada ou não desejada. Todavia, a forma como hoje a sua prática se desenvolve e é enquadrada socialmente, em qualquer ponto do mundo, resulta das alterações que foi sofrendo ao longo do tempo histórico em torno dos contextos, dos intervenientes, das técnicas e, em especial, dos significados, das avaliações ou das sanções que a foram determinando (Isambert,1982:360).

No Ocidente, até à segunda metade do século XX, a prática do aborto induzido tendeu a ser socialmente controlada ou definida por referência aos interesses na conceção de outras entidades que não a mulher (Naour e Valenti, 2003:13). Só a partir dos anos 60 do século XX é que o interesse da mulher é equacionado na abordagem social e política do fenómeno do aborto, em estreita associação com a transformação em sociedades mais igualitárias.

Todo o processo histórico que envolveu a despenalização do recurso à interrupção da gravidez a pedido da mulher, na maioria dos países da Europa ocidental, inclusive em Portugal, foi determinado, sobretudo, pela definição do aborto induzido como um problema social, no âmbito da saúde pública, agravado pela sua criminalização (Monteiro, 2012: 598). Raramente se colocou a questão do direito da mulher a fazer as suas opções reprodutivas, de forma livre e autónoma (Stenvoll, 2006: 44-45). Persistindo uma recusa política e cultural (Hodgson, 2009: 479) em reconhecer o aborto induzido, paralelamente à contraceção, como um meio a que as mulheres recorrem para controlar os nascimentos e que acompanha as alterações do sistema de regulação da fecundidade. Um meio que se vai atualizando quanto aos objetivos, aos métodos e às características das mulheres envolvidas, isto sempre por referência às normas que enquadram numa dada sociedade, a reprodução biológica e social.

Atualmente, nos países da Europa Ocidental, onde se inclui Portugal, o acesso e o recurso generalizado a métodos contraceptivos que garantem um elevado nível de eficácia institucionalizou um modelo de maternidade por opção (Bajos *et.al*, 2004:2). Em causa estão sociedades fortemente contraceptivas, onde é suposto as mulheres só engravidarem quando o desejam. Esta possibilidade de fazer opções reprodutivas em relação ao número de filhos e ao calendário dos nascimentos, é acompanhada pelo dever de optar pelo momento considerado o melhor para procriar.

Hoje, a vinda de uma criança deve ser planeada num contexto afetivo estável e no melhor momento das trajetórias de vida, em especial, profissional de ambos os seus progenitores (Bajos *et.al*, 2004:3). Estes parâmetros que definem de forma geral a norma reprodutiva na atualidade implicam que, em princípio, todas as gravidezes imprevistas sejam consideradas gravidezes indesejadas. Estas gravidezes não planeadas são tanto ou mais indesejadas se ocorrerem fora de um contexto conjugal ou se este for marcado pela instabilidade, bem como, se ocorrerem num momento de difícil conciliação do trabalho com a maternidade ou a paternidade.

Logo, se é verdade que a contraceção moderna trouxe uma maior capacidade para regular os nascimentos em torno das opções reprodutivas das mulheres ou dos casais, também potenciou uma maior intolerância face a uma gravidez que não seja planeada ou intencional (Bajos *et.al*, 2004:3). É sob este enquadramento que o recurso ao aborto induzido se mantém, mesmo que sob incidências diferenciadas, nos países da Europa ocidental, paralelamente a uma redução generalizada das gravidezes não desejadas. Esta tendência reenvia para a relevância dos fatores que determinam, na atualidade, a decisão de abortar. Fatores que, pela mediação de uma norma reprodutiva, articulam o comportamento do recurso ao aborto com a forma como se estrutura o comportamento da fecundidade.

Portugal apresenta, atualmente, uma das mais baixas intensidades da fecundidade na Europa, assente na procriação do filho único (Mendes, 2016: 88) e fortemente tributária dos nascimentos fora do casamento (INE, 2017), paralelamente, a uma idade média ao nascimento de um filho (INE, 2017) e a uma idade média ao nascimento do primeiro filho (INE, 2017) igualmente elevadas e muito próximas. O comportamento, em particular, destes últimos indicadores remete para um gradual adiamento do momento de procriar para idades cada vez mais tardias e para uma progressiva convergência no sentido da procriação do filho único (Mendes, 2016: 88-89).

É na conjugação entre o alongamento do adiamento do nascimento do primeiro filho e o alongamento do adiamento do nascimento do segundo filho que se define a intensidade muito baixa da fecundidade no caso português (Mendes, 2016:108-109). Um duplo adiamento que tem concorrido, em especial, para a redução dos segundos nascimentos e, conseqüentemente para a redução de todos os nascimentos seguintes (Oliveira, 2016:115).

Ao que tudo indica a maturidade contracetiva atingida ao fim de mais de 30 anos de difusão da contraceção médica têm sustentado o adiamento do momento de procriar e, para um grande número de mulheres, a procriação de apenas um filho, sem que a incidência do aborto seja elevada. De facto, Portugal pertence ao grupo dos países europeus que apresentam as incidências mais baixas no recurso à interrupção da gravidez por opção. No âmbito de um regime de fecundidade definido, em 2015, por um ISF em torno dos 1,3 filhos

(INE, 2017) por mulher, a reduzida incidência da IVG surge como fortemente tributável de uma frequência de gravidezes não desejadas relativamente baixa.

A tendência para a incidência muito baixa da fecundidade associa-se à persistente existência de condições sociais, económicas e institucionais desfavoráveis para procriar (Kohler, Billari e Ortega, 2002: 665-667). O adiamento do momento de procriar para idades cada vez mais tardias concorre para uma menor fecundidade final, limitando as probabilidades de ocorrência dos nascimentos de ordem superior a um. As condições em causa determinam, em particular, uma fraca ou difícil compatibilidade entre a participação no mercado de trabalho e a existência de filhos, sobretudo no feminino (Kohler, Billari e Ortega, 2002: 667). Situação que Sobotka (2016: 66-67) identifica claramente no caso português, agravada por uma combinação entre um elevado envolvimento, a tempo inteiro, das mulheres portuguesas no mercado de trabalho e a persistência de um padrão conservador de divisão sexual do trabalho, em que as mulheres são sobrecarregadas com a responsabilidade das tarefas domésticas e dos cuidados dentro da família.

Em Portugal encontram-se em interação todos os fatores entendidos como determinantes de uma fecundidade muito baixa, fortemente agravados pela recente crise económica cujos efeitos se fizeram sentir, de 2008 a 2014 (Sobotka, 2016: 57-60), com especial acentuação, a partir de 2011 (Mendes, 2016: 95). Entre estes fatores destacam-se: o elevado desemprego jovem com as inerentes dificuldades em entrar no mercado de trabalho em estreita articulação com a tendência para um maior investimento em carreiras escolares alargadas e um concomitante adiamento da instalação em casal (Sobotka, 2016: 61); a elevada participação das mulheres num mercado de trabalho marcado pela precariedade, pouca flexibilidade horária e por salários baixos, condições que tendem agravar-se mais no caso das mulheres com filhos (Sobotka, 2016: 62-63); a presença de uma persistente desigualdade de género na divisão do trabalho pago e não pago, tal como ao nível dos rendimentos do trabalho; e, por último, insuficientes políticas de apoio às famílias com filhos, em particular, à paternidade e à maternidade, bem como na criação de infraestruturas no âmbito dos cuidados às crianças mais pequenas (Sobotka, 2016: 64-66).

Todos os fatores que, em Portugal, contribuem para uma fecundidade muito baixa, concorrem fortemente para que a mulher opte pela interrupção da gravidez se não for desejada (Bajos e Ferrand, 2006: 92-93). Efeitos que surgem traduzidos na forma como se estrutura o recurso ao aborto em Portugal, em particular, em torno da articulação entre a idade da mulher e o número de filhos existentes. Esta articulação remete para as lógicas que sustentam a decisão de abortar em torno das fases que estruturam o percurso de vida no feminino (Sihvo *et.al*, 2003: 604). Um percurso onde o tempo de procriar encurtou drasticamente, enquanto se assistiu a um crescente alongamento do tempo sexualmente

ativo, dentro e fora do contexto conjugal (Ferreira, 2010: 247). É para aí que aponta, em especial, a visível presença de mulheres sem filhos no recurso à IVG.

No âmbito do recurso à IVG em Portugal, de 2008 a 2013, é nas classes etárias até aos 30 anos que se concentram as mulheres que não têm filhos. São sobretudo solteiras que não vivem em casal e tendencialmente envolvidas com o percurso escolar ou com situações laborais mais qualificadas. A presença destas mulheres no recurso à IVG reenvia para a existência de uma população feminina que tende fortemente a adiar o momento de procriar o primeiro filho, bem como o momento de entrar em conjugalidade. Assumindo aqui evidência a prioridade atribuída, no âmbito do projeto de vida no feminino, à carreira escolar e à entrada no mercado de trabalho, reenviando para uma concomitante incompatibilidade com a maternidade nas idades abaixo dos 30 anos.

O perfil etário das mulheres sem filhos no recurso à IVG está de acordo com o facto da idade média ao nascimento do primeiro filho ter-se mantido acima dos 27 anos, de 2008 a 2009, após o que passou a situar-se acima dos 28 anos (INE, 2017). Atendendo ao facto, de ser nas classes etárias 20-24 anos e 25-29 anos que se registam as maiores frequências da IVG destas mulheres sem filhos, estamos perante um recurso à interrupção da gravidez fortemente determinado pela pressão para adiar o momento de iniciar o percurso reprodutivo.

Relativamente às mulheres com filhos, cerca de 62% tem idades acima dos 30 anos, o que remete para a relevância dos filhos existentes, no recurso à IVG, a partir desta idade. Aponta também para as diferenciações existentes entre as mulheres que já iniciaram o seu percurso reprodutivo, onde se evidencia o desequilíbrio entre os volumes referidos às mulheres com um e dois filhos e os referidos às mulheres com três e mais filhos.

A maior presença das mulheres com um e dois filhos, face às mulheres com as descendências mais numerosas, reenvia para o facto de serem estas as mulheres que estão sob a maior pressão para regular o número de filhos. O que está de acordo com a discrepância entre uma intenção de fecundidade, em média, superior a um filho e uma fecundidade realizada que tende a ficar pela procriação do filho único (Mendes, 2016:100). Deste modo, a presença das mulheres com um filho com idades dos 25 aos 34 anos, reenvia para o adiamento do momento de procriar o segundo filho para lá dos 35 anos de idade. Por sua vez, a importância relativa das mulheres com dois filhos, em particular, nas classes etárias dos 30 aos 39 anos reenvia para a limitação do número de filhos a dois.

Importa relembrar que cerca de 31% das mulheres com um filho que recorrem à IVG, no âmbito da classe etária 25-29 anos, declaram a ocorrência do último parto no intervalo de 6 a 10 anos, sendo que, no âmbito da classe etária 30-34 anos, passam a ser já mais de 50%. Do mesmo modo, cerca de 38% dos episódios de IVG referentes a mulheres com dois

filhos, na classe etária 30-34 anos, são relativos a intervalos de 6 e mais anos face ao último parto. Uma proporção que sobe para 57% na classe etária 35-39 anos.

As mulheres com um filho que recorrem à IVG são tendencialmente não casadas, apontando para a importância da situação matrimonial no âmbito da gestão do momento de procriar o segundo filho. Maior relevância assume a situação conjugal, em especial, até aos 30 anos, relativamente às solteiras, e a partir desta idade, relativamente a outro estado civil, nomeadamente as divorciadas e as separadas.

A existência de um casal conjugalmente estável é ainda uma das condições entendidas como necessárias para realizar um projeto reprodutivo (Régnier-Loilier e Solaz, 2010: 62). O facto de não viver em casal favorece fortemente o recurso à IVG em todas as categorias de mulheres consideradas segundo o número de filhos. Contudo, nas mulheres com dois filhos, a forte presença de mulheres casadas e de mulheres solteiras coabitantes reforça a hipótese de se estar perante mulheres determinadas em limitar o número de filhos a dois. Sugerindo de facto que, perante uma gravidez não desejada, ter dois filhos pode ser, já por si, um fator fortemente determinante na opção pela sua interrupção.

Nas mulheres sem filhos, o maior investimento no percurso escolar e o processo de entrada no mercado de trabalho, bem como o investimento numa carreira profissional mais qualificada, são fatores fortemente determinantes na recusa em prosseguir uma gravidez não desejada. Nas mulheres com filhos, para além da estabilidade da situação conjugal, surgem como determinantes o desemprego e a situação laboral, em geral, com maior acentuação nas atividades menos qualificadas, e os recursos escolares, com maior acentuação nos mais baixos. Características que são mais determinantes à medida que o número de filhos se eleva. Este facto reenvia para a definição da especificidade das mulheres com três e mais filhos em torno de uma forte associação a fracos recursos escolares e a situações mais precárias e menos qualificadas em termos laborais.

Nas mulheres com um e dois filhos a tendência é para que, à medida que as idades avançam, aumente a presença de mulheres com nível de escolaridade mais elevado e implicadas em situação laborais mais qualificadas. Nas primeiras torna-se visível a partir da classe etária 30-34 anos e nas segundas a partir da classe etária 35-39 anos. O que remete para a relevância que o maior investimento numa carreira profissional, no feminino, pode ter no alargamento social da pressão para limitar o número de filhos a um ou a dois.

Em síntese, a forma em U invertido que segue a distribuição etária do comportamento da IVG, reenvia para a gestão de um duplo adiamento no âmbito da regulação da fecundidade. Um adiamento do momento de procriar o primeiro filho, para lá dos 30 anos de idade, e do momento de procriar o segundo filho, para lá dos 35 anos de idade. Este último adiamento, segundo o comportamento das mulheres com um filho no

recurso à IVG, surge como sendo sustentado por uma tendência para espaçar os nascimentos em torno de intervalos superiores a cinco anos.

A pressão para o duplo adiamento surge traduzida de forma clara no comportamento das IVG que não acontecem pela primeira vez, onde é visível a presença das mulheres sem filhos e com um filho, em especial à 2ª IVG. No entanto, a forte presença de mulheres com um filho, no recurso múltiplo à IVG, envolvendo um espectro etário que abrange desde a classe etária 20-24 anos à classe etária 35-39 anos, sugere tratar-se de mulheres que não estão só sob a pressão para adiar, mas também para limitar. A pressão para limitar o número de filhos a dois, tal como verificámos anteriormente, identifica-se na presença das mulheres com dois filhos, preponderantemente casadas, nas idades acima dos 35 anos, em todas as ordens de IVG.

Finalmente, o recurso à IVG, quer pela primeira quer por mais do que uma vez, por parte das mulheres com mais de dois filhos, ocorre em torno de intervalos de um a três anos face ao último parto. Esta tendência aponta para uma dificuldade que um determinado conjunto de mulheres tem na regulação da sua fecundidade. Mulheres cujas características sociodemográficas apontam para um maior envolvimento nas idades superiores a 34 anos, com a presença de outras categorias do estado civil, que não apenas as solteiras e as casadas, e a predominância de fracos recursos escolares e situações laborais precárias.

O perfil comportamental da IVG, em Portugal, de 2008 a 2013, está de acordo com os parâmetros que definem as tendências recentes do comportamento da fecundidade, a que se associa a existência de condições sociais e económicas desfavoráveis para procriar. Estas surgem como sendo fortemente determinantes na forma como se refletem no âmbito da conciliação entre vida profissional e vida familiar no feminino e, assim, na definição das condições que enquadram o bom momento para a maternidade. Esta tendência conflui com a perspetiva defendida por Bajos e Ferrand (2006: 93-94) quando apresentam a forma como se estrutura a decisão de abortar como um bom indicador, na atualidade, das normas sociais que enquadram a reprodução e, por aí, as que definem a “boa maternidade”.

A pertinência analítica do fenómeno do aborto implica que os resultados de trabalhos como este sejam, posteriormente, desenvolvidos com perspetivas mais qualitativas decorrentes das narrativas femininas, produzidas na primeira pessoa, sobre a forma como constroem a decisão de recorrer ao aborto, num dado momento da sua vida, em termos pessoais, relacionais e profissionais. A relevância que assume, em particular, a situação conjugal, reenvia para o facto do projeto reprodutivo se manter estreitamente associado a um projeto conjugal ou às opções tomadas em casal. Daí a potencial importância que assume o papel do parceiro da mulher na decisão pela interrupção de uma gravidez ou a interferência dos fatores que determinam as opções reprodutivas no masculino. Algo que se impõe também averiguar em estudos posteriores.

Um sistema de regulação da fecundidade que elege a mulher como a principal responsável pela adoção de estratégias que visem (económica e socialmente) não só um número ideal de filhos como, sobretudo, um momento e um contexto entendido como o mais adequado para os procriar (Bajos e Ferrand, 2006: 92), remete obrigatoriamente para a existência de um recurso elevado, por parte das mulheres, a métodos que lhe permitam regular a sua fecundidade de forma eficaz e segura. Neste contexto, seria improvável que, na atualidade, o recurso à interrupção da gravidez assumisse valores meramente residuais, tanto em Portugal como noutros países ocidentais.

A existência do aborto em qualquer sociedade prende-se, pois, com a necessidade que as mulheres têm de o fazer, no âmbito da regulação da fecundidade. Em muitas sociedades, como a portuguesa, a interrupção da gravidez é uma prática de recurso, mas em muitas outras é uma prática de primeira linha. De qualquer modo, o aborto existe porque é necessário, logo importa a garantia de um acesso universal a serviços de saúde que o permitam realizar, de forma segura e digna, para todas as mulheres. A história do ocidente e a contemporaneidade de muitos países africanos, asiáticos e latino-americanos dizem que não são as medidas restritivas ou a inexistência de condições médicas e sociais adequadas para a sua prática que impede que as mulheres recorram ao aborto. A diferença entre um contexto legal e um contexto ilegal não se traduz ao nível dos volumes de aborto, mas sim no âmbito dos índices de mortalidade e morbidade maternas.

Depois de descriminalizado e ser definido na lei como um direito, transformando-o num ato médico legítimo, a relevância passa a estar na existência de informação, de acesso universal e de capacidades no âmbito dos serviços de saúde para mitigar os constrangimentos que resultam das potenciais insuficiências em meios técnicos e recursos humanos. Insuficiências que, no caso da IVG, se devem, em parte, ao facto de não ser entendida por muitos como um ato médico qualquer, mas sim e sempre como um “aborto”. As dificuldades e as humilhações que as mulheres podem encontrar em contexto legal traduzem-se na permanência do aborto em contexto ilegal e do risco, para a saúde e a vida da mulher em idade fértil, que ele poderá sempre implicar.

Em Portugal, após a legalização, a redução drástica do número de atendimentos nos serviços de urgência por complicações derivadas de práticas abortivas ilegais (DGS, 2015b:10) remete para o sucesso da regulamentação e implementação da lei em todo o território nacional. Com efeito, foi dada a qualquer mulher residente, em qualquer ponto do país, a possibilidade de aceder a uma interrupção da gravidez em contexto hospitalar. Contudo, depois de tomar a decisão, a mulher tem de cumprir um percurso de procedimentos administrativos e médicos para chegar ao momento da intervenção. Ao longo desse percurso depara-se com inevitáveis constrangimentos, uns que são próprios do funcionamento dos serviços de saúde e outros que são especificamente relacionados com o

facto de se tratar de um aborto. É para aí que remetem em particular a situação das mulheres do Alentejo e dos Açores, de 2008 a 2013.

Relativamente ao comportamento do recurso à IVG, durante o período aqui em análise, deverá ter-se em conta os potenciais efeitos da crise económica, dado que estes se fizeram sentir no comportamento da fecundidade (Mendes, 2016:95). Todavia, relativamente à intensidade da IVG, apesar de conhecer um expressivo acréscimo de 2010 para 2011, em 2012 conhece um forte decréscimo, mantendo o sentido descendente, mesmo que de forma menos expressiva, em 2013. Uma tendência que, segundo dados da DGS (2016; 2017), se acentuou em 2014, mas se alterou em 2015, registando um ligeiro aumento³⁰³. Esta última oscilação remete para uma relativa estabilidade deste fenómeno.

Os efeitos da crise potenciam um agravamento no âmbito das condições desfavoráveis para procriar sendo determinantes na decisão que a mulher toma perante a ocorrência de uma gravidez que não planeou, não previu ou não desejou. Deste modo, os potenciais efeitos da crise económica terão determinado, sobretudo, um agravamento na intolerância face à ocorrência de uma gravidez não planeada, imprevista ou não desejada, levando a que esta tendesse mais a ser interrompida do que continuada. Nesta perspetiva, a redução que a incidência da IVG conheceu em Portugal, após 2011, pode ser imputada a uma redução expressiva das gravidezes consideradas como indesejadas.

A redução do número de gravidezes não planeadas, imprevistas ou não desejadas resulta de um aumento na eficácia da gestão contracetiva da sexualidade e/ou de um maior e mais efetivo controlo dos nascimentos, em torno dos objetivos sexuais e reprodutivos perseguidos pelas mulheres ou os casais (Bongaarts e Westoff, 2000: 4-5). Este declínio pode, contudo, ser potenciado por alterações na composição sociodemográfica da população fértil (Tapales e Finer, 2015: 2; Sundaram *et.al*, 2017: 13). Alterações que funcionem, em especial, no sentido de potenciarem a redução das conceções entendidas como indesejadas. Assim, a hipótese que colocamos é a de que a diminuição da intensidade da IVG em Portugal, em particular, de 2011 a 2013, terá sido influenciada por uma conjugação de alterações ao nível da população fértil e, de um provável aumento, na eficácia da gestão contracetiva da sexualidade. Dado o comportamento da fecundidade portuguesa, anterior à crise (desde 2000), no sentido de um evidente declínio, e o comportamento das migrações externas, durante a crise, envolvendo saídas de largas parcelas de população em idade fértil (Sobotka, 2016: 59; Mendes, 2016: 98), a hipótese em causa assume-se como pertinente e de suscetível averiguação futura. Até pela evidente

³⁰³ Com efeito, a intensidade da IVG passou de 0,253 interrupções voluntárias da gravidez em média por mulher, em 2014, para 0,255, em 2015.

redução da presença de mulheres de nacionalidade estrangeira no recurso à IVG após 2011.

Se atendermos ao comportamento do recurso múltiplo à IVG, observa-se, no entanto, que, paralelamente à redução da sua intensidade, a partir de 2011 acentua-se o perfil comportamental da IVG em Portugal por via da maior presença das mulheres sem filhos e com um filho no intervalo etário dos 20 aos 29 anos. Uma presença que remete para a forte e continuada pressão subjacente à dinâmica do duplo adiamento que marca o comportamento da fecundidade durante o período em causa.

Quanto ao comportamento da intensidade da IVG em Portugal, um pouco a contraciclo face à recessão económica que se fez sentir na Europa, sobretudo, de 2008 até 2014, não é caso único (Lima, 2016: 519). O seu esclarecimento está para lá do âmbito do objeto deste trabalho e implica o acesso, tanto por via qualitativa como quantitativa, a dados que permitam aferir, de forma fiável, em especial, à ocorrência das gravidezes entendidas como não desejadas. Estas gravidezes constituem o melhor indicador da eficácia com que o controlo dos nascimentos se desenvolve numa dada sociedade e, assim, a função que, nesse âmbito, assume a interrupção da gravidez por vontade da mulher (Bajos *et.al*, 2004: 2-3).

O aborto sempre foi um método feminino de regulação da fecundidade eficaz, cuja procura conheceu um elevado acréscimo, mesmo no âmbito de um contexto fortemente restritivo, a partir do momento em que se impôs a preocupação com o controlo dos nascimentos dentro do casamento. Quando se generalizou o acesso e o recurso a métodos contraceptivos femininos, gradualmente mais eficazes, as práticas abortivas terão conhecido um forte decréscimo na medida em que o número de gravidezes não desejadas também decresceu.

De facto, a incidência da IVG tanto está ligada ao que determina a opção pela interrupção de uma gravidez não desejada como com o que determina, obviamente, a ocorrência desta (Rossier, Michelot, Bajos *et.al*, 2006: 4-6; Bajos e Ferrand, 2004: 1). Uma ocorrência que, na atualidade, remete para as limitações na gestão contraceptiva da sexualidade, dado que nenhum método garante 100% de eficácia, mas sobretudo com o facto de esta eficácia depender dos fatores que determinam uma correta utilização dos métodos em causa (Bajos e Ferrand, 2004:2-3). Deste modo, na impossibilidade de o recurso atual a métodos contraceptivos conseguir extinguir a existência de gravidezes não desejadas (Sundaram *et.al*, 2017: 11-14; Régnier-Loilier e Leridon, 2007: 2-4) o recurso ao aborto mantém-se, obviamente, como a opção que se segue nas estratégias femininas de controlo dos nascimentos.

Perante uma conceção que não foi intencional, a primeira decisão que se coloca à mulher, na atualidade, é se deve prosseguir com a gravidez até ao fim ou se deve

interrompê-la. Trata-se de uma decisão que, em princípio, no âmbito de um modelo de maternidade por opção (Bajos e Ferrand, 2004: 4), ela deverá tomar em função das condições que detém, ao momento da sua fase de vida, para um bom exercício da maternidade. Isto tendo em conta que gravidez e maternidade não são a mesma coisa e que a maternidade não é vivida da mesma maneira por todas as mulheres e por uma mulher, nos diversos momentos do seu percurso de vida (Leal, 2001:8). A decisão de interromper uma gravidez, de uma forma geral, está longe de ser uma decisão egoísta remetendo frequentemente para situações em que as mulheres perspetivam o nascimento de uma criança como algo impossível de concretizar pela inexistência das condições, entendidas como as melhores, para a acolher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abranches, Graça e Virgínia Ferreira (1986), "O debate sobre o aborto e a ortopedia discursiva da sexualidade", *Análise Social*, XXII (92-93), pp. 477-92.
- Alan Guttmacher Institute (1999), *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*, New York, Alan Guttmacher Institute.
- Alan Guttmacher Institute (2012), *Facts on Induced Abortion Worldwide - Fact sheet*, Disponível em: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>, consultado em 3 de janeiro de 2016.
- Almeida, Ana Nunes de, Isabel M. André e Piedade Lalanda (2002), "Novos padrões e outros cenários para a fecundidade em Portugal", *Análise Social*, XXXVII (163), pp. 371-409.
- Almeida, Ana Nunes de *et.al* (2004), *Fecundidade e Contraceção*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Almeida, Angela Mendes de (1996), *Mães, esposas, concubinas e prostitutas*, Rio de Janeiro, Editora da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.
- Almeida, Maria Antónia F. Pires de (2004), "O Aborto no passado e no presente: estudo de um concelho rural alentejano na década de 1940 e a actualidade da questão", comunicação apresentada no *VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*, Universidade de Coimbra, 16 a 18 de setembro de 2009, Coimbra.
- Alves, José E. Diniz (2002), *A Polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da Transição Demográfica*, Textos para discussão, 4, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Disponível em: <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/Teorias/Textos/Diniz2002.pdf>, consultado em 14 de fevereiro de 2016.
- Ariès, Philippe (1960), "Interprétation pour une Histoire des Mentalités" em Héléne Bergues *et.al* (Orgs.), *La Prévention des Naissances dans la Famille*, Travaux et Documents de l'INED, 35, Paris, PUF, pp. 311-327.
- Ariès, Philippe (1992), "A contracepção de antigamente", Introdução em Georges Duby, *Amor e Sexualidade no Ocidente*, Mem Martins, Terramar, pp. 125-143.
- Arnaut, António (2015), "Serviço Nacional de Saúde: Sonho e Realidade", *Acta Médica Portuguesa* (Entrevista), 28 (1), pp. 4-7.
- Associação para o Planeamento da Família (2006), "A Situação do Aborto em Portugal – Práticas, Contextos e Problemas", *Sexualidade e Planeamento Familiar* (edição especial), 42/43.
- Badinter, Elisabeth (Sem data), *Um é o Outro*, Lisboa, Relógio d'Água.
- Bajos, Nathalie, Caroline Moreau e France Prioux (2013), "Increase of repeat abortion in France: From contraceptive issues to postponement of childbearing age", *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61 (4), pp. 291-298 doi: [10.1016/j.respe.2013.04.001](https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.04.001).
- Bajos, Nathalie e Michèle Ferrand (2001), "L'avortement à l'âge de raison", *Mouvements*, 17 (4) (septembre-octobre), pp. 99-105 doi: [10.3917/mouv.017.0099](https://doi.org/10.3917/mouv.017.0099).
- Bajos, Nathalie e Michèle Ferrand (2004), "Echecs de contraception et recours à l'avortement: une approche relationnelle" em Catherine Gourdin *et.al* (Eds), *Santé de la Reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action*, Actes de la Chaire Quetelet 2004, Louvain-la-Neuve, Academia, pp.10, Disponível em : <https://books.google.pt/books?id=QFktjmEBCvoC&pg=PA477&dq=Echecs+de+contraception+et+recours+%C3%A0+%09I%27avortement:+une+approche+relationnelle%E2%80%9D&hl=pt->

[PT&sa=X&ved=0ahUKEwjT3fKUwMzaAhVHJ8AKHQHuBFoQ6AEIJzAA#v=onepage&q=Echecs%20de%20contraception%20et%20recours%20%C3%A0%2009'avortement%3A%20une%20approche%20relationnelle%E2%80%9D&f=false](#), consultado em 2 de janeiro de 2017.

- Bajos, Nathalie e Michèle Ferrand (2006a), “La condition foetale n'est pas la condition humaine”, *Travail, Genre et Sociétés*, 15, pp. 176-182.
- Bajos, Nathalie e Michèle Ferrand (2006b), “L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative”, *Sociétés Contemporaines*, 61, pp. 91-117.
- Bajos, Nathalie e Michèle Ferrand (2011), “De L'interdiction au contrôle: les enjeux contemporaines de la Légalisation de L'Avortement”, *Révue Française des Affaires Sociales*, 1, pp. 42-60, Disponível em <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-42.htm>, consultado em 30 de setembro de 2017.
- Bajos, Nathalie, Michèle Ferrand e Caroline Moreau (2012), “Évolution du recours à l'IVG en France: d l'enjeu contraceptif à la modification de la norme procréative”, *Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie*, 14 (1), pp. 3-10 doi:[10.1684/mte.2012.0388](https://doi.org/10.1684/mte.2012.0388).
- Bajos, Nathalie *et.al* (2004), “Pourquoi le nombre de l'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans?”, *Population & Sociétés*, 407 (dezembro), pp. 1-4.
- Bajos, Nathalie, *et.al* (2014), “Effectiveness of Family Planning Policies: The Abortion Paradox”, *PLoS ONE*, 9 (3), pp. 1-7 doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091539.4>.
- Bandeira, Mário Leston (1996), *Demografia e Modernidade – Família e Transição Demográfica em Portugal*, Lisboa, Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Bandeira, Mário Leston (2004), *Demografia. Objecto, teorias e métodos*, Lisboa, Escolar Editora.
- Bandeira, Mário Leston (2014), “Síntese retrospectiva e questões actuais acerca do processo de envelhecimento da população de Portugal” em Mário Leston Bandeira (dir.) *et.al*, *Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População Portuguesa: 1950-2011. Evolução e Perspectivas*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos, pp. 403-428.
- Baptista, Virgínia (2016), “Os partos e as maternidades em Portugal (1889-1943) – os casos nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra”, *Revista de História Regional*, 21 (2), pp. 364-388, Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/rhr>, consultado em 5 de janeiro de 2017.
- Bardet, Jean-Pierre e Jacques Dupâquier (1986), “Contraception: les Français les premiers, mais pourquoi?”, *Communications*, 44, pp. 3-33.
- Bassand, Michel e Jean Kellerhals (1975), *Familles Urbaines et Fécondité*, Genève, Librairie de l'Université Georg.
- Berer, Marge (2004), “National Laws and Unsafe Abortion: The Parameters of Change”, *Reproductive Health Matters*, 12 (24), pp. 1-8 doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(04\)24024-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(04)24024-1).
- Berer, Marge (2008), “A critical appraisal of laws of second trimester abortion”, *Reproductive Health Matters*, 16 (31), pp. 3-13 doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(08\)31395-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(08)31395-0).
- Bergues, Hélène *et.al* (1960), *La Prévention des Naissances dans la Famille*, Travaux et Documents de l'INED, 35, Paris, PUF.
- Bergues, Hélène (1981), “Ronsin Francis – La grève des ventres; propagande malthusienne et baisse de la natalité en France, XIXe-XXe siècles”, *Population*, 36 (1), pp. 196-197.
- Bernes, Marcel *et.al* (1991), *O Fruto Proibido*, Lisboa, Edições 70.
- Bideau, Alain (1983), “Les mécanismes autorégulateurs des populations traditionnelle”, *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 38 (5), pp. 1040-1057.

- Binion, Rudolph (2000), "Marianne au foyer. Révolution politique et transition démographique en France et aux États Unis", *Population*, 55 (1), pp. 81-104.
- Binion, Rudolph (2000), "Réponse", *Population*, 55 (2), pp. 395-396.
- Blayo, Chantal (1970), "Fécondité, contraception et avortement en Europe de l'Est", *Population*, 25 (4), pp. 829-846.
- Blayo, Chantal (1989), "L'avortement en Europe", *Espaces, Populations et Sociétés*, 2, pp. 225-38.
- Blayo, Chantal (1991), "Les modes de prévention des naissances en Europe de l'Est", *Population*, 46 (3), pp. 527-546.
- Boland, Reed e Laura Katzive (2008), "Developments in Laws on Induced Abortion: 1998-2007", *International Family Planning Perspectives*, 34 (3), pp. 110-120.
- Bongaarts, John e Charles F. Westoff (2000), "The potential role of contraception on reducing abortion", *Studies in Family Planning*, 31 (3), pp. 193-202.
- Bozon, Michel (2002), *Sociologie de la Sexualité*, Paris, Nathan/VUEF.
- Burguière, André (1972), "De Malthus à Max Weber: le mariage tardif et l'esprit d'entreprise", *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 27 (4-5), pp. 1128-1138.
- Cahen, Fabrice (2011), "De l'«efficacité» des politiques publiques: la lutte contre l'avortement «criminel» en France 1890-1950", *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, 58 (3), pp. 90-117.
- Caldwell, Jonh C. e Bruce K. Caldwell (2003), "Pretransitional Population Control and Equilibrium", *Population Studies*, 57 (2), pp. 199-21, Disponível em: <http://www.jayhanson.us/Biology/Pretransitionalpopulationcontrolandequilibrium.pdf>, consultado em 22 de outubro de 2015.
- Campos, Ana (2007), *Crime ou Castigo? Da perseguição contra as mulheres até à despenalização do aborto*, Coimbra, Almedina.
- Centre for Reproductive Rights (2011), *Abortion Worldwide: Seventeen Years of Reform - Briefing Paper (October)*, New York, Disponível em: <http://worldabortionlaws.com>, consultado em 20 de abril de 2017.
- Centre for Reproductive Rights (2015), *The World's Abortion Laws 2015*, New York, Disponível em: <http://worldabortionlaws.com>, consultado em 20 de abril de 2017.
- Chaunu, Pierre (1972), "Malthusianisme démographique et malthusianisme économique: l'échec économique de la Normandie à l'époque du démarrage", *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 27 (1), pp. 1-19.
- Chavkin, Wendy, Laurel Swerdlow e Jocelyn Fifield (2017), "Regulation of Conscientious Objection to Abortion: An International Comparative Multiple-Case Study", *Health and Human Rights Journal*, 19 (1), pp. 55-68, Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5473038/>, consultado em 26 de novembro de 2017.
- Chelstowska, Agata (2011), "Stigmatisation and commercialization abortion services in Poland: turning sin into gold", *Reproductive Health Matters*, 19 (37), pp. 98-106.
- Comendant, Rodica (2012), Abortion in Eastern and Central European Countries: Legal and Ethical Aspects, Disponível em: http://fiapac.org/media/docs/0900Plenary4-Going-backwards-Rodica-Comendant_1.pdf, consultado em 7 de maio de 2017.
- Correia, Maria Idália (1987), "O Aborto" em Francisco Allen Gomes (coord.) *et.al*, *Sexologia em Portugal*, Lisboa, Texto Editora.
- Crahay, Roland (1941), "Les moralistes anciens et l'avortement", *L'antiquité classique*, 10 (1), pp.9-23.

- Craveiro, Daniela *et.al* (2017), “Futuro da demografia: situação atual e cenários prospetivos” em João Peixoto (org.) *et.al*, *Migrações e sustentabilidade demográfica*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos, pp. 43-68.
- Cunhal, Álvaro (1997), *O Aborto – Causas e soluções*, Porto, Campo das Letras.
- Cunha, Vanessa (2016), “O adiamento do segundo filho. As intenções reprodutivas tardias e a fecundidade da coorte nascida em 1970-75” em Vanessa Cunha (Org.) *et.al*, *A(s) Problemática(s) da natalidade em Portugal – Uma questão Social, Económica e Política*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 125-133.
- Darmon, Pierre (1992), “Os processos por impotência sexual no século XVII”, Introdução em Georges Duby, *Amor e Sexualidade no Ocidente*, Mem Martins, Terramar.
- Darroch, Jacqueline E. *et.al* (2001), “Differences in Teenage Pregnancy Rates Among Five Developed Countries: The roles of sexual activity and contraceptive use”, *Family Planning Perspectives*, 33 (6), pp. 244-281, Disponível em: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/3324401.pdf, consultado em 13 de junho de 2017).
- Davis, Kingsley (1948), *Human Society*, New York, Macmillan.
- De Koninck, Maria (1998), “Discours féministe et néo-malthusianisme: les effets pervers d’une mésalliance”, *Cahiers Québécois de Démographie*, 27 (2), pp. 253-265.
- DECO (2002), “Aborto no país dos indecisos – À margem da lei e...da segurança”, *Teste Saúde*, 38, pp. 15-19.
- Denisov BP, Sakevich VI, Jasilioniene A (2012), “Divergent Trends in Abortion and Birth Control Practices in Belarus, Russia and Ukraine”. *PLoS ONE*, 7 (11), pp. 1-10 doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049986>.
- Dias, Carlos Matias, Isabel Marinho Falcão e José Marinho Falcão (2000), “Contribuição para o estudo da ocorrência da interrupção voluntária da gravidez em Portugal Continental (1993 a 1997): estimativas utilizando dados da rede de médicos sentinela e dos diagnósticos das altas hospitalares (grupos de diagnósticos homogéneos)”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18 (2), pp. 55-63.
- Direcção-Geral de Saúde (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 – Edição revista em Março de 2010*, Lisboa, DGS – Divisão de Saúde Reprodutiva, Março.
- Direcção-Geral de Saúde (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 – Edição revista em Março de 2011*, Lisboa, DGS – Divisão de Saúde Reprodutiva, Março.
- Direcção-Geral de Saúde (2012), *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da Lei 16/2007 de 17 de Abril, Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2010 – Edição revista em março de 2012*, Lisboa, DGS – Divisão de Saúde Reprodutiva e Divisão de Estatística da Saúde, abril.
- Direcção-Geral de Saúde (2013), *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da Lei 16/2007 de 17 de Abril, Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2011 – Edição revista em março de 2013*, Lisboa, DGS – Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil e Divisão de Epidemiologia e Estatística, abril.

- Direção-Geral de Saúde (2014), *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 2012 – Edição revista em março de 2014*, Lisboa, DGS – Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil e Divisão de Estatística da Saúde, abril.
- Direção-Geral de Saúde (2015a), *Relatório dos registos das interrupções da gravidez, Dados de 2013 – edição revista em 2015*, Lisboa, DGS – Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil e Divisão de Estatística da Saúde e Monitorização, abril.
- Direção-Geral de Saúde (2015b), *Relatório de Análise das Complicações Relacionadas com a Interrupção da Gravidez 2013-2014*, Lisboa, DGS – Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde e Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil.
- Direção-Geral de Saúde (2016), *Relatório dos registos das interrupções da gravidez, Dados de 2014 – edição revista em 2016*, Lisboa, DGS – Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil e Divisão de Estatística da Saúde e Monitorização, abril.
- Direção-Geral de Saúde (2017a), *Relatório dos registos das interrupções da gravidez, Dados de 2015 – edição revista em 2017*, Lisboa, DGS – Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil e Divisão de Estatística a Saúde e Monitorização, maio.
- Direção-Geral de Saúde (2017b), *Relatório dos registos das interrupções da gravidez, Dados de 2016*, Lisboa, DGS – Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil e Divisão de Estatística a Saúde e Monitorização, maio.
- Direção Geral de Saúde (2007), *Interrupção Medicamentosa da Gravidez*, Circular Normativa, N°9/SR, de 21 de junho.
- Divay, Sophie (2004), “L’avortement: une déviance légale”, *Déviance et Société*, 28 (2), pp. 195-209.
- Dowsing, Susan (2000), *Contraception and Abortion in the Early Roman Empire: A Critical Examination of Ancient Sources and Modern Interpretations*, Ottawa, University of Ottawa.
- Drezgic, Rada (2004), “The Politics of Abortion and Contraception”, *SOCIOLOGIJA*, XLVI (2), pp. 98-114, Disponível em: <http://www.doiserbia.nb.rs/img/doi/0038-0318/2004/0038-03180402097D.pdf>, consultado em 4 de abril de 2017.
- Duarte, Madalena e Carlos Barradas (2009), “Entre a legalidade e a ilegalidade: representações em torno do direito ao aborto em Portugal”, *E-Cadernos CES*, 4, pp. 79-107.
- Duby, Georges (1992), “A mulher, o amor e o cavaleiro”, Introdução em Georges Duby, *Amor e Sexualidade no Ocidente*, Mem Martins, Terramar, pp. 225-38.
- Dupaquier, Jacques e Marcel Lachiver (1981), “Du contresens à l’illusion technique”, *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 36 (3), pp. 489-492.
- Ferrand, Michelle e Maryse Jaspard (1987), *L’interruption volontaire de grossesse*, Paris, PUF.
- Ferrand, Michelle e Nathalie Bajos (2006), “L’avortement ici et ailleurs”, *Sociétés Contemporaines*, 61, pp. 2-18.
- Ferreira, Pedro Moura (2010), “Contextos da iniciação sexual – idade, relacionamentos e geração”, em Pedro M. Ferreira e Manuel Villaverde Cabral (Orgs.), *Sexualidades em Portugal. Comportamentos e riscos*, Lisboa, Bizâncio, pp. 231-288.
- Ferreira, Virgínia (2016), “Towards the de-feminization of care, fertility and family/work balance” em Vanessa Cunha (org.) *et.al, A(s) Problemáticas da Natalidade em Portugal – Uma questão Social, Económica e Política*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 203-211.

- Festy, Patrick (1979), “La fécondité des pays occidentaux 1870-1970. Présentation d'un cahier de l'Ined”, *Population*, 34 (1), pp. 163-173.
- Fine, Agnès (1986), “Savoirs sur les corps et procédés abortifs au XIXe siècle”, *Communications*, 44, pp. 107-136.
- Finer, Louise e Johanna B. Fine (2013), “Abortion Law Around the World: Progress and Pushback”, *American Journal of Public Health*, 103 (4), pp. 585-589 doi: [10.2105/AJPH.2012.301197](https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301197).
- Flandrin, Jean-Louis (1981), *Le sexe et l'Occident - Évolution des attitudes et des comportements*, Paris, Edition du Seuil.
- Flandrin, Jean-Louis (1983), *Um tempo para embrassar. Aux origines de la morale sexuelle occidentales (VI-XIe siècle)*, Paris, Le Seuil.
- Flandrin, Jean-Louis (1991), *Famílias. Parentesco, casa e sexualidade na sociedade antiga*, Lisboa, Editorial Estampa.
- Foucault, Michel (1994), *História da Sexualidade I – A Vontade de Saber*, Lisboa, Relógio d'Água.
- Fox, Robin (1982), “Les conditions de l'évolution sexuelle” em Philippe Ariès e André Béjin (Dirs.), *Sexualités occidentales*, Communications, 35, Paris, Editions du Seuil, pp. 9-25.
- Freijka, Tomas (2008), “Overview Chapter 3: Birth regulation in Europe: Completing the contraceptive revolution”, *Demographic Research*, 19(5), pp. 73-84.
- Freire, João (2002), “Neomalthusianismo e contracepção”, *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 34, pp. 25-28.
- Freire, João e Maria Alexandre Lousada (1982), “O neomalthusianismo na propaganda libertária”, *Análise Social*, XVIII (72-73-74), pp. 1367-1397.
- Galeotti, Giulia (2007), *História do Aborto*, Lisboa, Edições 70.
- Ganatra, Bela *et.al* (2014), “From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion”, *Bulletin World Health Organization*, pp.155 doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.136333>.
- Goldstein, Joshua *et.al* (2013), “Fertility reactions to the ‘Great Recession’ in Europe: Recent evidence from order-specific data”, *Demographic Research*, 129(4), pp. 85-104 doi: [10.4054/DemRes.2013.29.4](https://doi.org/10.4054/DemRes.2013.29.4).
- Gomes, Maria Cristina Sousa *et.al* (2016), “Evolução da fecundidade em Portugal: uma perspetiva sobre a diversidade regional”, *Análise Social*, LI (218), pp. 36-70.
- Goody, Jack (1995), *Família e Casamento na Europa*, Oeiras, Celta Editora.
- Grimes, A. David *et.al* (2006), “Unsafe abortion: the preventable pandemic”, *Sexual and Reproductive Health*, 4, pp.1908-1919, Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606694816/abstract>, consultado em 8 janeiro de 2017.
- Giddens, Anthony (1996), *Transformações da Intimidade – Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*, Oeiras, Celta Editora.
- Guimarães, Elina (1986), A mulher portuguesa na legislação civil, *Análise Social*, XXII (92-93), pp. 557-577.
- Hajnal, Jonh (1965), “European Marriage Patterns in Perspective” em D.V. Glass e D.E.C. Eversley (eds.), *Population in History*, Londres, Edward Arnold, pp. 101-143.

- Henry, Louis (1960), "L'apport des témoignages et de la statistique" em Héléne Bergues *et.al*, *La Prévention des Naissances dans la Famille*, Travaux et Documents de l'INED, 35, Paris, PUF, pp. 361-376.
- Henry, Louis (1965), "Démographie de la noblesse britannique", *Population*, 20 (4), pp. 692-704.
- Henshaw, Stanley K. (1990), Induced Abortion: A World Review, 1990, *Family Planning Perspectives*, 22 (2), pp. 76-89.
- Henshaw, Stanley k. (2009), "Unintended pregnancy and abortion in USA: Epidemiology and public health impact" em Maureen Paul *et.al*, *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*, Blackwell Publishing, eBook Collection (EBSCOhost), pp. 24-35, Disponível em: <http://unmfamilyplanning.pbworks.com/w/file/fetch/82694194/Ch%203%20-%20Unintended%20Pregnancy.pdf>, consultado em 6 de julho de 2017.
- Hobcraft, John e Kathleen Kiernan (1995), "Becoming a parent in Europe", *European Population Conference*, Milão, Disponível em: <http://www.un.org/popin/confcon/milan/plen1.html>, consultado em 1 de Maio de 2015.
- Hodgson, Dennis (1983), "Demography as social science and policy science", *Population and Development Review*, 9 (1), pp. 1-34, Disponível em: <http://digitalcommons.fairfield.edu/sociologyandanthropology-facultypubs/30>, consultado em 5 de novembro de 2017.
- Hodgson, Dennis e Susan C. Watkins (1997), "Feminists and neo-Malthusians: Past and resent alliances", *Population and Development Review*, 23 (3), pp. 469-523, Disponível em: <http://digitalcommons.fairfield.edu/sociologyandanthropology-facultypubs/34>, consultado em 5 de novembro de 2017.
- Hodgson, Dennis (2009), "Abortion, Family Planning and Population Policy: Prospects for the Common-Ground Approach", *Population and Development Review*, 35 (3), pp. 479-518.
- Hohmann, Sophie A., Cécile A. Lefèvre e Michel L. Garenne (2014), "A framework for analyzing sex-selective abortion: the example of changing sex ratios in Southern Caucasus", *International Journal of Women's Health*, 6, pp. 889-897, Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4208631/>, consultado em 19 de abril de 2017.
- Horellou-Lafarge, Chantal (1982), "Une mutation dans les dispositifs du contrôle social: le cas de l'avortement", *Revue Française de Sociologie*, 23 (3), pp. 397-416.
- Instituto Nacional de Estatística (1980), *I Inquérito Português à Fecundidade*, Lisboa, INE/CED.
- Instituto Nacional de Estatística (2001), *Inquérito à Fecundidade e Família 1997. Resultados Definitivos*, Lisboa, INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2015), *Estatísticas Demográficas 2014*, Lisboa, INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2016), *Estatísticas Demográficas 2015*, Lisboa, INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2017), *Estatísticas Demográficas 2016*, Lisboa, INE.
- Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde (2009), *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*, Lisboa, INE/INSA.
- Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde (2016), *Inquérito Nacional de Saúde 2014*, Lisboa, INE/INSA.
- International Planned Parenthood Federation (2009), *Abortion Legislation in Europe*, Bélgica, IPPF European Network, Disponível em:

- http://www.spdc.pt/files/publicacoes/Pub_AbortionlegislationinEuropeIPPFEN_Feb2009.pdf, consultado em 27 de março de 2014.
- International Planned Parenthood Federation (2012), *Abortion Legislation in Europe*, Bélgica, IPPF European Network, Disponível em: <https://www.ippfen.org/resource/abortion-legislation-europe>, consultado em 27 de março de 2014.
- International Planned Parenthood Federation European Network *et.al* (2017), *Supplemental Information on Italy for the Periodic Review by the Human Rights Committee*, Disponível em: <https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Human-Rights-Committee-joint-submission-Italy.pdf>, consultado em 24 de abril de 2017.
- Isambert, François-André (1982), “Une sociologie de l'avortement est-elle possible?”, *Revue Française de Sociologie*, 23 (3), pp. 359-381.
- Joaquim, Teresa (1983), *Dar à Luz*, Dom Quixote, Lisboa.
- Kafé, Hélène e Nicolas Brouard (2000), “Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans?”, *Population et Sociétés*, 361, outubro, pp. 1-4.
- Kellerhals, Jean e Willy Pasini (1976), *Le Sens de l'Avortement*, Genève, Librairie de l'Université Georg.
- Kesseli, Katja e Mika GisslerKissling (Sem data), *Trends in induced abortions in Estonia and Russia after year 1995*, Disponível em: <http://archive.iussp.org/members/restricted/publications/Bucharest04/Kesseli.pdf>, consultado em 28 de novembro de 2017.
- Kissling, Frances (1993), “Abortion: The link between legality and safety”, *Reproductive Health Matters*, 1:2, pp. 65-67 doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0968-8080\(93\)90008-H](http://dx.doi.org/10.1016/0968-8080(93)90008-H).
- Kocourková, Jirina e Tomás Fait (2011), “Changes in contraceptive practice and the transition of the reproduction pattern in the Czech population”, *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16, pp. 161-172.
- Kocourková, Jirina (2014), Cross-national variations in birth control of Europeans: divergence or convergence?, Disponível em: <http://epc2014.princeton.edu/papers/141006>, consultado em 4 de maio de 2017.
- Kocourková, Jirina (2016), “Relationship between abortion and contraception: A comparative socio-demographic analysis of Czech and Slovak populations”, *Women & Health*, 56 (8), pp. 895-905.
- Kohler, Hans-Peter, Francesco C. Billari e José António Ortega (2002), “The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s”, *Population and Development Review*, (28) 4, pp. 641-680 doi: [doi.org/10.1111/j.1728-4457.2002.00641.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1728-4457.2002.00641.x).
- Koninck, Maria de (1998), “Discours féministe et néo-malthusianisme: les effets pervers d'une mésalliance”, *Cahiers québécois de démographie*, 27 (2), pp. 253-265.
- Kusmaul, Ann (1981), *Servants in husbandary in early modern England*, Cambridge University Press.
- Lalou, Richard (1986), “L'infanticide devant les tribunaux français (1825-1910)”, *Communications*, 44, pp. 175-200.
- Le Goff, Jacques (1992), “A rejeição do prazer”, Introdução em Georges Duby, *Amor e Sexualidade no Ocidente*, Mem Martins, Terramar, pp. 191-207.
- Le Mée, René (1986), “Une affaire de ‘faiseuse d'anges’ à la fin du XIXe siècle”, *Communications*, 44, pp. 137-174.
- Le Naour, Jean-Yves e Catherine Valenti (2002), *Histoire de l'Avortement*, Paris, Éditions du Seuil.

- Leal, Isabel (2001), “Interrupção Voluntária da Gravidez – O que a Psicologia pode e sabe dizer”, *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 32, pp. 7-10.
- Lebrun, François (Sem data), *A vida conjugal no antigo regime*, Lisboa, Edições Rolim.
- Léridon, Henri (1987), “La seconde révolution contraceptive: la régulation des naissances en France de 1950 à 1985. Présentation d’un cahier de l’INED”, *Population*, 42 (2), pp. 359-367.
- Léridon, Henri e Laurent Toulemon (1996), *La Régulation des Naissances se Généralise*, Les Dossiers du CEPED, 41, Paris, CEPED.
- Levchuk, Nataliia e Brienna Perelli-Harris (2009), *Declining fertility in Ukraine: what is the role of abortion and contraception?*, Working paper of the Max Planck Institute for Demographic Research, Disponível em <http://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2009-045.pdf>, consultado em 3 de maio de 2017.
- Levels, Mark, Roderick Sluiter e Ariana Need (2014), “A review of abortion laws in Western-European countries. A cross-national comparison of legal developments between 1960 and 2010”, *Health Policy*, 118, pp. 95-104 doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.06.008>.
- Levine, David (1977), *Family Formation in an Age of Nascent Capitalism*, New York, Academic Press.
- Lévy, Claude e Louis Henry (1960), “Ducs et pairs sous l’Ancien Régime. Caractéristiques démographiques d’une caste”, *Population*, 15 (5), pp. 807-830.
- Lima, Joana Madureira *et.al* (2016), “Austerity and Abortion in the European Union”, *European Journal of Public Health*, (6) 3, pp. 518-519, Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4884331/>, consultado em 10 de outubro de 2015.
- Llorente-Márron, Mar, Montserrat Díaz-Fernández e Paz Méndez-Rodríguez, “Contextual determinants of induced abortion: a panel analysis”, *Revista de Saúde Pública*, 50:8, pp. 1-10 doi: [10.1590/S1518-8787.2016050005917](https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005917).
- Loute, Denise (1975), “L’Église=pouvoir mâle”, *Les Cahiers du GRIF*, 8, pp. 13-22.
- Lux, André (1998), “Les ligues néo-malthusiennes françaises de 1896 à 1939: idéologie de droite sous un manteau ouvriériste”, *Cahiers Québécois de Démographie*, 27 (2), pp. 199-219.
- Malthus, Thomas R. (1999), *Ensaio sobre o Princípio da População*, Mem Martins, Publicações Europa-América.
- Marques, Regina (2006), *O Aborto*, Lisboa, Ela por Ela.
- Marston, Cicely e Jonh Cleland (2003), Relationships between Contraception and Abortion: A Review of the Evidence, *International Family Planning Perspectives*, 29 (1), pp. 6-13.
- Mclaren, Angus (1997), *História da Contraceção – Da antiguidade à actualidade*, Lisboa, Terramar.
- Meliço, António (1992), “Tendências demográficas actuais relativas à procriação – Ensaio de interpretação”, *Cadernos Condição Feminina*, 36, pp. 101-127.
- Mendes, Maria Filomena (2016), “A natalidade e a fecundidade em Portugal” em Vanessa Cunha (Org.) *et.al*, *A(s) Problemáticas da Natalidade em Portugal – Uma questão Social, Económica e Política*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 83-110.
- Minvielle, Stéphane (2004), “Les comportements démographiques des élites bordelaises au XVIIIe siècle”, *Histoire, Économie & Société*, 23 (2), pp. 273-281 Disponível em: http://www.persee.fr/doc/hes_0752-5702_2004_num_23_2_2422?pageid=t1_277, consultado em 15 de dezembro de 2016.
- Monteiro, Rosa (2012), “A descriminalização do aborto em Portugal: Estado, movimento de mulheres e partidos políticos”, *Análise Social*, XLVII (204), pp. 586-605.

- Moreau, Caroline *et.al* (2004), "Access to health care for induced abortion", *European Journal of Public Health*, 14 (4), pp. 369-374, Disponível em: <https://academic.oup.com/eurpub/article-lookup/doi/10.1093/eurpub/14.4.369>, consultado em 2 de maio de 2017.
- Moreau, Joseph (1949), "Les théories démographiques dans l'Antiquité grecque", *Population*, 4 (4), pp. 597-614.
- National Institute for Health and Welfare (THL), Induced abortions in the Nordic countries 2015, THL/Finland, Disponível em: <https://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/statistics/statistics-by-topic/sexual-and-reproductive-health/abortions/induced-abortion-in-the-nordic-countries>, consultado em 1 de dezembro de 2016.
- Novaes, Simone B. (1982), "Les récidivistes", *Revue Française de Sociologie*, 23 (3), pp. 473-485.
- Oliveira, Isabel Tiago de (2016), "A importância dos segundos nascimentos nos atuais níveis de fecundidade em Portugal" em Vanessa Cunha (Org.) *et.al*, *A(s) Problemáticas da Natalidade em Portugal – Uma questão Social, Económica e Política*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 111-119.
- Passion, Luc (1983), "Législation et prophylaxie de l'abandon à Paris au début du XXe siècle", *Histoire, Économie & Société*, 2 (3), pp. 475-496.
- Peniche, Andreia (2007), *Elas somos nós – O Direito ao Aborto como Reivindicação Democrática e Cidadã*, Porto, Edições Afrontamento.
- Perista, Heloísa (2002), "Género e trabalho não pago: os tempos das mulheres e os tempos dos homens", *Análise Social*, XXXVII (163), pp. 447-474.
- Pimentel, Irene Flunser (2002), "Natalismo e política materno-infantil no Estado Novo", *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 34 (maio/agosto), pp. 15-24.
- Pinell, Patrice (2005), "Champ médical et processus de spécialisation", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 156-157, pp. 4-36.
- Pintassilgo, Sónia Isabel Gonçalves Cardoso (2014), *O Risco e as Condições Sociais e Assistenciais da Maternidade em Portugal*, Tese de Doutoramento em Sociologia, Escola de Sociologia e Políticas Públicas, ISCTE-IUL.
- Pressat, Roland (1967), "La suppression de l'avortement légal en Roumanie: premiers effets", *Population*, 22 (6), pp. 1116-1118.
- Rahman, Anika, Laura Katzive e Stanley K. Henshaw (1998), "A Global Review of Laws on Induced Abortion, 1985-1997", *International Family Planning Perspectives*, 24 (2), pp.56-64.
- Rasevic, Mirjana (1994), "Yugoslavia: Abortion as a preferred method of birth control", *Reproductive Health Matters*, 2/3, pp. 68-74 doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0968-8080\(94\)90083-3](http://dx.doi.org/10.1016/0968-8080(94)90083-3).
- Régnier-Loilier, Arnaud e Henri Leridon (2007), "La loi Neuwirth quarante ans après: une révolution inachevée?", *Population & Sociétés*, 439, pp. 1-4.
- Régnier-Loilier, Arnaud e Anne Solaz (2010), "La décision d'avoir un enfant: une liberté sous contraintes", *Politiques sociales et familiales*, 100, pp. 61-77.
- Ribeiro, Sandra (2016), "Crónicas de uma ex-presidente CITE" em Vanessa Cunha (Org.) *et.al*, *A(s) Problemáticas da Natalidade em Portugal – Uma questão Social, Económica e Política*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 225-234.
- Riddle, Jonh M. (1994), *Contraception and Abortion from the Ancient World to the Renaissance*, Cambridge MA, Harvard University Press.
- Riquet, R.P. Michel (1949), "Christianisme et population", *Population*, 4 (4), pp. 615-630.

- Riquet, R.P. Michel (1960), "Point de vue d'historien et de théologien catholique" em Héléne Bergues *et.al*, *La Prévention des Naissances dans la Famille*, Travaux et Documents de l'INED, 35, Paris, PUF, pp. 329-340.
- Rose, Sally B., James Stanley e Beverley A. Lawton (2015), "Time to second abortion or continued pregnancy following a first abortion: a retrospective cohort study", *Human Reproduction*, 30 (1), pp. 214-221 doi: [10.1093/humrep/deu283](https://doi.org/10.1093/humrep/deu283).
- Rossier, Clémentine (2014), "L'avortement non sécurisé reste fréquent dans le monde, mais il est moins souvent fatal", *Population et Sociétés*, 513, pp. 1-4, Disponível em <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/avortement-monde/>, consultado em 5 de outubro de 2016.
- Rossier, Clémentine *et.al* (2006), *Modeling Abortion as a Process – An application to a French National Cohort on Reproductive Health*, Disponível em: <http://paa2006.princeton.edu/papers/61133>, consultado em 17 de julho de 2017.
- Roussel, Louis (1989), *La famille incertaine*, Paris, Editions Odile Jacob.
- Rowlands, Sam (2007), "More than one abortion", *Journal of Family Planning and Reproductive Health*, 33 (3), pp. 155-158, Disponível em: <http://jfprhc.bmj.com/>, consultado em 11 de outubro de 2017.
- Rutherford, Donald (2007), "Les trois approches de Malthus pour résoudre le problème démographique", *Population*, 62 (2), pp. 253-280.
- Sá, Isabel Guimarães (1992), "Abandono de Crianças, Infanticídio e Aborto na Sociedade Portuguesa Tradicional através das Fontes Jurídicas", *Penélope – Fazer e Desfazer a História*, 8, pp. 75-89.
- Santos, Boaventura Sousa *et.al* (2010), *Cometi um crime? Representações sobre a (i)legalidade do aborto*, Porto, Edições Afrontamento.
- Sauvy, Alfred (1960), "La prévention des naissances dans la famille: ses origines dans les temps modernes", *Population*, 15 (1), pp. 115-120.
- Schlumbohm, Jurgen (2002), "Comment l'obstétrique est devenue une science", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 143, pp. 18-30.
- Segalen, Martine (1996), *Sociologie de la famille*, Paris, Armand Colin.
- Sedgh, Gilda (2017), Induced Abortion: incidence and legal status - Irish Citizens' Assembly, Disponível em: <https://www.citizensassembly.ie/en/Meetings/Gilda-Sedgh-Powerpoint.pdf>, consultado em 13 maio de 2017.
- Sedgh, Gilda *et.al* (2007a), "Induced abortion: estimated rates and trends worldwide", *Lancet*, 370 (9595), pp. 1338-1345.
- Sedgh, Gilda *et.al* (2007b), "Legal Abortion Worldwide: Incidence and Recent Trends", *International Family Planning Perspectives*, 33 (3), pp. 106-116.
- Sedgh, Gilda *et.al* (2011), "Legal Abortion Worldwide in 2008: Levels and Recent Trends", *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43 (3), pp. 188-198.
- Sedgh, Gilda *et.al* (2012a), "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008", *Lancet*, 379 (9816), pp. 625-632.
- Sedgh, Gilda *et.al* (2012b), "Legal Abortion Levels and Trends by Woman's Age at Termination", *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38 (3), pp. 143-153.
- Sedgh, Gilda *et.al* (2016), "Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional and subregional levels and trends", *Lancet*, 388 (10041), pp. 258-267.

- Shah, Iqbal e Elisabeth Åhman (2010), “Unsafe Abortion in 2008: Global and Regional levels and Trends”, *Reproductive Health Matters*, 18 (36), pp. 90-101.
- Shorter, Edward (1984), *Le corps des femmes*, Paris, Editions du Seuil.
- Shorter, Edward (1995), *A Formação da Família Moderna*, Lisboa, Terramar.
- Sihvo, S., et.al (2003), “Women’s life cycle and abortion decision in unintended pregnancies”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, pp. 601-605, Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732542/pdf/v057p00601.pdf>, consultado em 17 de junho de 2017.
- Singh, Shusheela et.al (2009), *Abortion Worldwide. A Decade of Uneven Progress*, New York, Alan Guttmacher Institute.
- Sobotka, Tomás (2016), “Understanding low fertility: Portugal in a European context” em Vanessa Cunha (Org.) et.al, *A(s) Problemáticas da Natalidade em Portugal – Uma questão Social, Económica e Política*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 49-71.
- Sot, Michel (1992), “A génese do casamento cristão”, Introdução em Georges Duby, *Amor e Sexualidade no Ocidente*, Mem Martins, Terramar, pp. 209-224.
- Stengers, Jean (1971), “Les pratiques anticonceptionnelles dans le mariage au XIXe et XXe siècle. Problèmes humains et attitudes religieuses 2e partie”, *Revue belge de philologie et d’histoire*, 49 (4), pp. 1119-1174.
- Stenvoll, Dag (2007), *Contraception, Abortion and State Socialism: Categories in Birth control Discourses and Policies*, Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.565.4557&rep=rep1&type=pdf>, consultado em 4 de maio de 2017.
- Sundaram, Aparna et.al (2017), “Contraceptive failure in the United States: Estimates from the 2006-2010 National Survey of Family Growth”, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, (49) 1, pp. 7–16 doi: [10.1363/psrh.12017](https://doi.org/10.1363/psrh.12017).
- Tabet, Paola (1998), *La construction sociale de l’inégalité des sexes*, Paris, L’Harmattan.
- Tapales, Athena e Lawrence Finer (2016), “Unintended pregnancy and the changing demography of American women, 1987-2008”, Demographic Research Author manuscript; available in PMC 2016 May 02: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4852306/pdf/nihms-755701.pdf>, consultado em 5 de janeiro de 2017.
- Tavares, Manuela (2003), *Aborto e Contraceção em Portugal*, Lisboa, Livros Horizonte.
- Tavares, Manuela (2007), *A longa luta das mulheres portuguesas pela legalização do aborto*, Disponível em: <http://umar.sc16.co.uk/images/stories/pdf/llmlegalizacaolaborto.pdf>, consultado em 19 de outubro de 2016.
- Telman, Jeremy (1998), “Abortion and Womens’s Legal Personhood in Germany: A Contribution to the Feminist Theory of the State”, *Review of Law & Social Change*, 24 (91), pp. 91-144, Disponível em: http://www.academia.edu/1378119/Abortion_and_Womens_Legal_Personhood_in_Germany_A_Contribution_to_the_Feminist_Theory_of_the_State, consultado em 10 de abril de 2017.
- Thébaud, Françoise (1992), “O medo no Ventre”, Introdução em Georges Duby, *Amor e Sexualidade no Ocidente*, Mem Martins, Terramar, pp. 311-324.
- The Law Library of Congress (2015), *Abortion Legislation in Europe*, Global Legal Research Center, Union Suisse Pour Décriminaliser l’Avortement (USPDA), Statistiques de l’avortement, Suisse et

comparaison internationale: <http://www.svss-uspda.ch/fr/suisse/statistiques.htm>, consultado em 15 de agosto de 2016.

United Nations (1995), *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*, New York, United Nations, 95.XIII.18.

United Nations (2002), *Abortion Policies: A Global Review*, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

United Nations (2004), *World Contraceptive Use 2003*, New York, United Nations - Department of Economic and Social Affairs - Population Division, disponível em <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2003/wcu2003.htm>, consultado em 31 de Julho de 2015.

United Nations (2007), *World Population Policies, Dataset Reproductive Health Family Planning, 2007 Revision*, Disponível em http://esa.un.org/PopPolicy/about_database.aspx, consultado em 14 de Julho de 2015.

United Nations (2009), *World Population Policies, Dataset Reproductive Health Family Planning, 2009 Revision*, Disponível em: http://esa.un.org/PopPolicy/about_database.aspx, consultado em 14 de Julho de 2015.

United Nations (2010), *World Population Policies 2009*, New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

United Nations (2012), *World Contraceptive Use 2012*, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Fertility and Family Planning Section, Disponível em: <http://www.un.org/esa/population/publications/WCU2012/MainFrame.html>, consultado em 31 de Julho de 2015.

United Nations (2013a), *World Population Policies 2013*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml>, consultado em 31 de julho de 2015.

United Nations (2013b), *World Population Policies Database: all variables, 2013 revision*, Disponível em: http://esa.un.org/PopPolicy/wpp_datasets.aspx, consultado em 31 de julho de 2015.

United Nations (2014a), *Abortion Policies and Reproductive Health around the World*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

United Nations (2014b), "Despite overall expansion in the legal grounds for abortion, policies remain restrictive in many countries", *Population Facts*, 1, August.

United Nations (2014c), *Reproductive Health Policies 2014, Wall Chart*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/reproductive-health-policies-2014.shtml>, consultado em 31 de julho de 2015.

United Nations (2014d), *World Fertility Report 2013: Fertility at the Extremes*, New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

United Nations (2015), *World Population Prospects: 2015 Revision*, United Nations, Population Division: <http://esa.un.org/unpd/wpp/> - <http://esa.un.org/unpd/wpp/DVD/>, consultado em 31 de Julho de 2015.

United Nations (2016), *World Contraceptive Use 2016*, New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Disponível em:

- <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2016.shtml>, consultado em 11 de maio de 2017.
- Van de Walle, Etienne (1998), "Pour une histoire démographique de l'avortement", *Population*, 53 (1), pp. 273-289.
- Van de Walle, Etienne (1999), "À propos de l'article d'Y. Charbit «Malthus populationniste? Une lecture transdisciplinaire» Malthus et la régulation de la fécondité", *Population*, 54 (6), pp. 1033-1037.
- Van de Walle, Etienne (2005), "Comment prévenait-on les naissances avant le contraception moderne?", *Population et Sociétés*, 418, pp. 1-4, Disponível em: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18730/pop_et_soc_francais_418.fr.pdf, consultado em 13 de setembro de 2016.
- Van de Walle, Etienne e Francine Van de Walle (1972), "Allaitement, stérilité et contraception: les opinions jusqu'au XIXe siècle", *Population*, 27 (4-5), pp. 685-701.
- Van de Walle, Etienne e J.P. Bardet (2000), "À propos de l'article de R. Binion. Marianne au foyer. Révolution politique et transition démographique en France et aux États-Unis", *Population*, 55 (2), pp. 387-394.
- Van Zeller, Maria Luísa (1944), *Debate sobre a proposta de lei relativa ao Estatuto da Assistência Social*, Diário das sessões n.º 63 de 18 de Março, Disponível em: <http://debates.parlamento.pt/catalogo/r2/dan/01/03/02/063/1944-03-17?sft=true#p255>, consultado em 23 de março de 2015.
- Vénard, André e Philippe Ariès (1954), "Deux contributions à l'histoire des pratiques contraceptives: I. Saint François de Sales et Thomas Sanchez. II. Chaucer et Madame de Sévigné", *Population*, 4, pp. 683-698.
- Veyne, Paul (1978), "La famille et l'amour sous le Haut-Empire romain", *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 33 (1), pp. 35-63.
- Veyne, Paul (1992), "As núpcias do casal romano", Introdução em Georges Duby, *Amor e Sexualidade no Ocidente*, Mem Martins, Terramar, pp. 177-190.
- Vilar, Duarte (2002), "Abortion: the Portuguese Case", *Reproductive Health Matters*, 10 (19), pp.156-161 doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(02\)00025-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(02)00025-3).
- Vilar, Duarte (2009), "Contributos para a História das Políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal", *E-cadernos CES*, 04, pp. 7-28.
- Vilar, Duarte (2010), "Contracepção e aborto na paisagem conjugal e sexual contemporânea" em Pedro Moura Ferreira e Manuel Villaverde Cabral (Orgs.), *Sexualidades em Portugal – Comportamentos e Riscos*, Lisboa, Editorial Bizâncio, pp. 289-321.
- Wadhwa, Surinder e Wayne J. Millar (1997), "Marital Status and Abortion", *Health Reports*, 9 (3), pp. 19-26, Disponível em: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/82-003-x1997003-eng.pdf>, consultado em 12 de fevereiro de 2016.
- Westoff, Charles F. (2005), *Recent Trends in Abortion and Contraception in 12 Countries*, DHS Analytical Studies, 8.
- Wrigley, E. A. (1966), "Family Limitation in Pre-Industrial England", *The Economic History Review*, 19 (1), pp. 82-109.
- Wolff, Jacques (1994), *Malthus et les Malthusiens*, Paris, Economica.
- World Health Organization (2011), *Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, Sixth Edition, Geneva, WHO.

World Health Organization (2012a), *Safe Abortion: technical and policy guidance for health systems*, Genebra (2.^a Edição), WHO, Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf, consultado em 7 de setembro de 2015.

World Health Organization (2012b), *Safe and Unsafe Induced Abortion – Global and regional levels in 2008 and trends during 1995-2008*, Information Sheet, Geneva, WHO/RHR/12.02.

World Health Organization (2014), *Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and United Nations Population Division*, Genebra, WHO, Department of Reproductive Health and Research, Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>, consultado em 30 de julho de 2015.

World Health Organization Regional Office for Europe (2005), *Abortion in Europe*, *Entre Nous*, 59, Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/69763/en59.pdf, consultado em 7 de maio de 2017.

OUTRAS FONTES

Eurostat: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE): <https://www.insee.fr/fr/statistiques?debut=0&theme=2>

Institut National d'Études Démographiques (INED): https://www.ined.fr/en/everything_about_population/data/france/abortion-contraception/abortions/

Instituto Nacional de Estatística: https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados

National Institute for Health and Welfare (NIHW-THL): <https://thl.fi/fi/web/thlfi-en/statistics/statistics-by-topic/sexual-and-reproductive-health/abortions/induced-abortions-in-the-nordic-countries>

World Health Organization: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_586-7010-abortions-per-1000-live-births/

Union Suisse Pour Décriminaliser l'Avortement (USPDA): <https://www.svss-uspda.ch/suisse/>

ANEXO A – DADOS EM VALORES ABSOLUTOS POR CLASSES ETÁRIAS DAS MULHERES

Quadro 1.AA – IVG por classes etárias das mulheres, 2008-2013

| Classes etárias | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Totais |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| 10-14 | 88 | 123 | 95 | 80 | 68 | 72 | 526 |
| 15-19 | 2056 | 2258 | 2253 | 2250 | 2020 | 1841 | 12678 |
| 20-24 | 3832 | 4210 | 4324 | 4511 | 4292 | 4105 | 25274 |
| 25-29 | 4016 | 4286 | 4324 | 4337 | 3846 | 3663 | 24472 |
| 30-34 | 3835 | 4035 | 4022 | 4096 | 3773 | 3594 | 23355 |
| 35-39 | 2671 | 2928 | 3146 | 3288 | 3203 | 3099 | 18335 |
| 40-44 | 1162 | 1214 | 1258 | 1241 | 1282 | 1227 | 7384 |
| 45-49 | 109 | 127 | 121 | 111 | 119 | 108 | 695 |
| 50-54 | 0 | 3 | 2 | 3 | 0 | 1 | 9 |
| 55-59 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Totais | 17769 | 19184 | 19546 | 19917 | 18603 | 17710 | 112729 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 2.AA – IVG por estado civil e classes etárias das mulheres, 2008

| 2008 | | | | | | | |
|-----------------|--------------|-------------|-------------|------------|-----------|----------|--------------|
| Classes etárias | Solteira | Casada | Divorciada | Separada | Viúva | Desc. | Totais |
| 10-14 | 87 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 88 |
| 15-19 | 2003 | 50 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2056 |
| 20-24 | 3311 | 444 | 47 | 28 | 2 | 0 | 3832 |
| 25-29 | 2617 | 1033 | 261 | 94 | 9 | 2 | 4016 |
| 30-34 | 1569 | 1651 | 467 | 126 | 20 | 2 | 3835 |
| 35-39 | 662 | 1430 | 475 | 74 | 30 | 0 | 2671 |
| 40-44 | 204 | 710 | 192 | 30 | 25 | 1 | 1162 |
| 45-49 | 12 | 74 | 18 | 1 | 4 | 0 | 109 |
| 50-54 | | | | | | | 0 |
| 55-59 | | | | | | | 0 |
| Totais | 10465 | 5393 | 1462 | 354 | 90 | 5 | 17769 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 3.AA – IVG por estado civil e classes etárias das mulheres, 2009

| 2009 | | | | | | | |
|-----------------|--------------|-------------|-------------|------------|------------|-----------|--------------|
| Classes etárias | Solteira | Casada | Divorciada | Separada | Viúva | Desc. | Totais |
| 10-14 | 121 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 123 |
| 15-19 | 2204 | 48 | 4 | 0 | 1 | 1 | 2258 |
| 20-24 | 3706 | 411 | 58 | 31 | 3 | 1 | 4210 |
| 25-29 | 2900 | 1055 | 244 | 75 | 8 | 4 | 4286 |
| 30-34 | 1796 | 1598 | 495 | 111 | 31 | 4 | 4035 |
| 35-39 | 814 | 1465 | 519 | 88 | 41 | 1 | 2928 |
| 40-44 | 242 | 671 | 233 | 40 | 28 | 0 | 1214 |
| 45-49 | 23 | 80 | 18 | 3 | 3 | 0 | 127 |
| 50-54 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 55-59 | | | | | | | 0 |
| Totais | 11806 | 5331 | 1573 | 348 | 115 | 11 | 19184 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 4.AA – IVG por estado civil e classes etárias das mulheres, 2010

| 2010 | | | | | | | |
|-----------------|--------------|-------------|-------------|------------|-----------|-----------|--------------|
| Classes etárias | Solteira | Casada | Divorciada | Separada | Viúva | Desc. | Totais |
| 10-14 | 94 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 95 |
| 15-19 | 2213 | 32 | 1 | 0 | 0 | 7 | 2253 |
| 20-24 | 3881 | 361 | 50 | 22 | 2 | 8 | 4324 |
| 25-29 | 3061 | 926 | 258 | 60 | 9 | 10 | 4324 |
| 30-34 | 1912 | 1495 | 479 | 106 | 24 | 6 | 4022 |
| 35-39 | 933 | 1510 | 583 | 85 | 30 | 5 | 3146 |
| 40-44 | 273 | 652 | 276 | 29 | 25 | 3 | 1258 |
| 45-49 | 13 | 77 | 28 | 0 | 3 | 0 | 121 |
| 50-54 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 55-59 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Totais | 12380 | 5057 | 1675 | 302 | 93 | 39 | 19546 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 5.AA – IVG por estado civil e classes etárias das mulheres, 2011

| 2011 | | | | | | | |
|-----------------|--------------|-------------|-------------|------------|-----------|-----------|--------------|
| Classes etárias | Solteira | Casada | Divorciada | Separada | Viúva | Desc. | Totais |
| 10-14 | 80 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 80 |
| 15-19 | 2208 | 27 | 4 | 7 | 0 | 4 | 2250 |
| 20-24 | 4089 | 336 | 53 | 25 | 3 | 5 | 4511 |
| 25-29 | 3179 | 880 | 202 | 62 | 10 | 4 | 4337 |
| 30-34 | 2076 | 1430 | 470 | 93 | 20 | 7 | 4096 |
| 35-39 | 1140 | 1472 | 548 | 91 | 29 | 8 | 3288 |
| 40-44 | 275 | 626 | 283 | 33 | 23 | 1 | 1241 |
| 45-49 | 24 | 58 | 22 | 2 | 4 | 1 | 111 |
| 50-54 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 55-59 | | | | | | | 0 |
| Totais | 13073 | 4830 | 1582 | 313 | 89 | 30 | 19917 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 6.AA – IVG por estado civil e classes etárias das mulheres, 2012

| 2012 | | | | | | | |
|-----------------|--------------|-------------|-------------|------------|-----------|-----------|--------------|
| Classes etárias | Solteira | Casada | Divorciada | Separada | Viúva | Desc. | Totais |
| 10-14 | 67 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 68 |
| 15-19 | 1985 | 28 | 3 | 1 | 0 | 3 | 2020 |
| 20-24 | 3918 | 323 | 27 | 20 | 1 | 3 | 4292 |
| 25-29 | 2874 | 746 | 165 | 49 | 8 | 4 | 3846 |
| 30-34 | 1967 | 1296 | 422 | 73 | 12 | 3 | 3773 |
| 35-39 | 1043 | 1477 | 557 | 77 | 47 | 2 | 3203 |
| 40-44 | 277 | 651 | 304 | 32 | 18 | 0 | 1282 |
| 45-49 | 22 | 66 | 24 | 0 | 7 | 0 | 119 |
| 50-54 | | | | | | | 0 |
| 55-59 | | | | | | | 0 |
| Totais | 12153 | 4588 | 1502 | 252 | 93 | 15 | 18603 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 7.AA – IVG por estado civil e classes etárias das mulheres, 2013

| 2013 | | | | | | | |
|-----------------|--------------|-------------|-------------|------------|-----------|-----------|--------------|
| Classes etárias | Solteira | Casada | Divorciada | Separada | Viúva | Desc. | Totais |
| 10-14 | 71 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 72 |
| 15-19 | 1815 | 25 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1841 |
| 20-24 | 3776 | 284 | 25 | 14 | 2 | 4 | 4105 |
| 25-29 | 2761 | 689 | 150 | 52 | 4 | 7 | 3663 |
| 30-34 | 1969 | 1173 | 367 | 74 | 9 | 2 | 3594 |
| 35-39 | 1124 | 1346 | 500 | 103 | 23 | 3 | 3099 |
| 40-44 | 298 | 616 | 259 | 34 | 18 | 2 | 1227 |
| 45-49 | 17 | 61 | 28 | 2 | 0 | 0 | 108 |
| 50-54 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 55-59 | | | | | | | 0 |
| Totais | 11832 | 4194 | 1330 | 280 | 56 | 18 | 17710 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 8.AA – IVG por situação conjugal e classes etárias das mulheres, 2008

| 2008 | | | | |
|-----------------|-------------|-------------|-----------|--------------|
| Vive em casal | | | | |
| Classes etárias | sim | não | desc. | Total |
| 10-14 | 2 | 86 | 0 | 88 |
| 15-19 | 273 | 1783 | 0 | 2056 |
| 20-24 | 1262 | 2568 | 2 | 3832 |
| 25-29 | 2098 | 1915 | 3 | 4016 |
| 30-34 | 2515 | 1318 | 2 | 3835 |
| 35-39 | 1949 | 719 | 3 | 2671 |
| 40-44 | 904 | 258 | 0 | 1162 |
| 45-49 | 89 | 20 | 0 | 109 |
| 50-54 | | | | 0 |
| 55-59 | | | | 0 |
| Total | 9092 | 8667 | 10 | 17769 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 9.AA – IVG por situação conjugal e classes etárias das mulheres, 2009

| 2009 | | | | |
|-----------------|-------------|-------------|----------|--------------|
| vive em casal | | | | |
| Classes etárias | sim | não | desc. | Total |
| 10-14 | 6 | 117 | 0 | 123 |
| 15-19 | 292 | 1965 | 1 | 2258 |
| 20-24 | 1420 | 2790 | 0 | 4210 |
| 25-29 | 2210 | 2073 | 3 | 4286 |
| 30-34 | 2644 | 1386 | 5 | 4035 |
| 35-39 | 2121 | 807 | 0 | 2928 |
| 40-44 | 938 | 276 | 0 | 1214 |
| 45-49 | 99 | 28 | 0 | 127 |
| 50-54 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| 55-59 | | | | 0 |
| Total | 9732 | 9443 | 9 | 19184 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 10.AA – IVG por situação conjugal e classes etárias das mulheres, 2010

| 2010 | | | | |
|------------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| vive em casal | | | | |
| Classes etárias | sim | não | desc. | Total |
| 10-14 | 3 | 92 | 0 | 95 |
| 15-19 | 305 | 1946 | 2 | 2253 |
| 20-24 | 1384 | 2933 | 7 | 4324 |
| 25-29 | 2170 | 2148 | 6 | 4324 |
| 30-34 | 2539 | 1478 | 5 | 4022 |
| 35-39 | 2221 | 920 | 5 | 3146 |
| 40-44 | 946 | 311 | 1 | 1258 |
| 45-49 | 99 | 22 | 0 | 121 |
| 50-54 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 55-59 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 9670 | 9850 | 26 | 19546 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 11.AA – IVG por situação conjugal e classes etárias das mulheres, 2011

| 2011 | | | | |
|------------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| vive em casal | | | | |
| Classes etárias | sim | não | desc. | Total |
| 10-14 | 1 | 79 | 0 | 80 |
| 15-19 | 272 | 1971 | 7 | 2250 |
| 20-24 | 1480 | 3023 | 8 | 4511 |
| 25-29 | 2266 | 2065 | 6 | 4337 |
| 30-34 | 2603 | 1483 | 10 | 4096 |
| 35-39 | 2297 | 985 | 6 | 3288 |
| 40-44 | 928 | 311 | 2 | 1241 |
| 45-49 | 83 | 27 | 1 | 111 |
| 50-54 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| 55-59 | | | | 0 |
| Total | 9932 | 9945 | 40 | 19917 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 12.AA – IVG por situação conjugal e classes etárias das mulheres, 2012

| 2012 | | | | |
|------------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| vive em casal | | | | |
| Classes etárias | sim | não | desc. | Total |
| 10-14 | 2 | 66 | 0 | 68 |
| 15-19 | 231 | 1788 | 1 | 2020 |
| 20-24 | 1353 | 2937 | 2 | 4292 |
| 25-29 | 1934 | 1911 | 1 | 3846 |
| 30-34 | 2413 | 1358 | 2 | 3773 |
| 35-39 | 2232 | 970 | 1 | 3203 |
| 40-44 | 933 | 349 | 0 | 1282 |
| 45-49 | 92 | 26 | 1 | 119 |
| 50-54 | | | | 0 |
| 55-59 | | | | 0 |
| Total | 9190 | 9405 | 8 | 18603 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 13.AA – IVG por situação conjugal e classes etárias das mulheres, 2013

| 2013 | | | | |
|-----------------|-------------|-------------|-----------|--------------|
| vive em casal | | | | |
| Classes etárias | sim | não | desc. | Total |
| 10-14 | 3 | 69 | 0 | 72 |
| 15-19 | 223 | 1617 | 1 | 1841 |
| 20-24 | 1242 | 2861 | 2 | 4105 |
| 25-29 | 1858 | 1801 | 4 | 3663 |
| 30-34 | 2238 | 1354 | 2 | 3594 |
| 35-39 | 2112 | 986 | 1 | 3099 |
| 40-44 | 914 | 312 | 1 | 1227 |
| 45-49 | 87 | 21 | 0 | 108 |
| 50-54 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 55-59 | | | | 0 |
| Total | 8677 | 9022 | 11 | 17710 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 14.AA – IVG por classes etárias, mulheres sem filhos, 2008-2013

| 0Filhos | | | | | | | |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Classes etárias | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
| 10-14 | 88 | 120 | 95 | 78 | 68 | 72 | 521 |
| 15-19 | 1845 | 2026 | 1998 | 1999 | 1836 | 1679 | 11383 |
| 20-24 | 2414 | 2592 | 2680 | 2813 | 2725 | 2644 | 15868 |
| 25-29 | 1553 | 1707 | 1666 | 1686 | 1529 | 1396 | 9537 |
| 30-34 | 788 | 796 | 881 | 893 | 871 | 837 | 5066 |
| 35-39 | 267 | 322 | 340 | 405 | 377 | 401 | 2112 |
| 40-44 | 80 | 75 | 83 | 84 | 95 | 99 | 516 |
| 45-49 | 3 | 6 | 6 | 9 | 8 | 3 | 35 |
| 50-54 | | 0 | 0 | 1 | | 0 | 1 |
| 55-59 | | | 0 | | | | 0 |
| Total | 7038 | 7644 | 7749 | 7968 | 7509 | 7131 | 45039 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 15.AA – IVG por classes etárias, mulheres com 1filho, 2008-2013

| 1Filho | | | | | | | |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Classes etárias | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
| 10-14 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3 |
| 15-19 | 203 | 215 | 248 | 232 | 168 | 147 | 1213 |
| 20-24 | 1061 | 1203 | 1278 | 1321 | 1221 | 1123 | 7207 |
| 25-29 | 1424 | 1475 | 1541 | 1513 | 1390 | 1362 | 8705 |
| 30-34 | 1318 | 1445 | 1351 | 1401 | 1304 | 1288 | 8107 |
| 35-39 | 812 | 924 | 923 | 1031 | 1025 | 995 | 5710 |
| 40-44 | 295 | 302 | 314 | 345 | 410 | 382 | 2048 |
| 45-49 | 27 | 29 | 29 | 21 | 34 | 34 | 174 |
| 50-54 | | 2 | 1 | 0 | | 0 | 3 |
| 55-59 | | | 0 | | | | 0 |
| Total | 5140 | 5596 | 5685 | 5866 | 5552 | 5331 | 33170 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 16.AA – IVG por classes etárias, mulheres com 2 filhos, 2008-2013

| 2Filhos | | | | | | | |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Classes etárias | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
| 10-14 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 15-19 | 7 | 17 | 7 | 18 | 13 | 15 | 77 |
| 20-24 | 297 | 356 | 314 | 329 | 303 | 297 | 1896 |
| 25-29 | 794 | 853 | 894 | 901 | 720 | 722 | 4884 |
| 30-34 | 1307 | 1309 | 1295 | 1323 | 1144 | 1080 | 7458 |
| 35-39 | 1109 | 1171 | 1306 | 1262 | 1284 | 1220 | 7352 |
| 40-44 | 550 | 548 | 590 | 546 | 517 | 518 | 3269 |
| 45-49 | 48 | 67 | 53 | 65 | 51 | 44 | 328 |
| 50-54 | | 0 | 1 | 1 | | 1 | 3 |
| 55-59 | | | 1 | | | | 1 |
| Total | 4112 | 4323 | 4461 | 4445 | 4032 | 3897 | 25270 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 17.AA – IVG por classes etárias, mulheres com 3 filhos, 2008-2013

| 3Filhos | | | | | | | |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Classes etárias | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
| 10-14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15-19 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 |
| 20-24 | 54 | 53 | 48 | 42 | 34 | 36 | 267 |
| 25-29 | 190 | 204 | 185 | 179 | 166 | 155 | 1079 |
| 30-34 | 304 | 341 | 373 | 357 | 338 | 295 | 2008 |
| 35-39 | 344 | 363 | 404 | 420 | 380 | 356 | 2267 |
| 40-44 | 158 | 192 | 184 | 178 | 175 | 172 | 1059 |
| 45-49 | 19 | 14 | 16 | 13 | 12 | 15 | 89 |
| 50-54 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| 55-59 | | | 0 | | | | 0 |
| Total | 1069 | 1167 | 1210 | 1190 | 1107 | 1029 | 6772 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 18.AA – IVG por classes etárias, mulheres com 4 e +filhos, 2008-2013

| 4Filhos e + | | | | | | | |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Classes etárias | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
| 10-14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15-19 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 20-24 | 6 | 6 | 4 | 6 | 9 | 5 | 36 |
| 25-29 | 55 | 47 | 38 | 58 | 41 | 28 | 267 |
| 30-34 | 118 | 144 | 122 | 122 | 116 | 94 | 716 |
| 35-39 | 139 | 148 | 173 | 170 | 137 | 127 | 894 |
| 40-44 | 79 | 97 | 87 | 88 | 85 | 56 | 492 |
| 45-49 | 12 | 11 | 17 | 3 | 14 | 12 | 69 |
| 50-54 | | 1 | 0 | 1 | | 0 | 2 |
| 55-59 | | | 0 | | | | 0 |
| Total | 410 | 454 | 441 | 448 | 403 | 322 | 2478 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 19.AA – IVG por nível de escolaridade e classes etárias das mulheres, 2008

| 2008 | | | | | | | | | |
|-----------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|-----------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------|--------------|
| Classes etárias | Ensino Básico 1º ciclo | Ensino Básico 2º ciclo | Ensino Básico 3º ciclo | Ensino Secundário | Ensino Superior | Sabe ler sem ter frequent. a escola | Não sabe ler nem escrever | Desc. | Total |
| 10-14 | 11 | 59 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 88 |
| 15-19 | 111 | 516 | 824 | 595 | 0 | 5 | 3 | 2 | 2056 |
| 20-24 | 170 | 619 | 1036 | 1511 | 470 | 9 | 11 | 6 | 3832 |
| 25-29 | 193 | 601 | 964 | 1410 | 813 | 14 | 14 | 7 | 4016 |
| 30-34 | 284 | 617 | 793 | 1136 | 966 | 20 | 14 | 5 | 3835 |
| 35-39 | 308 | 475 | 522 | 701 | 632 | 14 | 18 | 1 | 2671 |
| 40-44 | 206 | 189 | 231 | 283 | 242 | 3 | 7 | 1 | 1162 |
| 45-49 | 27 | 17 | 26 | 27 | 11 | 0 | 1 | 0 | 109 |
| 50-54 | | | | | | | | | 0 |
| 55-59 | | | | | | | | | 0 |
| Total | 1310 | 3093 | 4414 | 5663 | 3134 | 65 | 68 | 22 | 17769 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 20.AA – IVG por nível de escolaridade e classes etárias das mulheres, 2009

| 2009 | | | | | | | | | |
|-----------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|-----------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------|--------------|
| Classes etárias | Ensino Básico 1º ciclo | Ensino Básico 2º ciclo | Ensino Básico 3º ciclo | Ensino Secundário | Ensino Superior | Sabe ler sem ter frequent. a escola | Não sabe ler nem escrever | Desc. | Total |
| 10-14 | 15 | 79 | 27 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 123 |
| 15-19 | 79 | 514 | 1003 | 651 | 0 | 3 | 4 | 4 | 2258 |
| 20-24 | 129 | 605 | 1237 | 1754 | 467 | 3 | 8 | 7 | 4210 |
| 25-29 | 170 | 588 | 1080 | 1464 | 969 | 6 | 8 | 1 | 4286 |
| 30-34 | 275 | 581 | 853 | 1264 | 1022 | 15 | 17 | 8 | 4035 |
| 35-39 | 283 | 456 | 599 | 819 | 746 | 11 | 12 | 2 | 2928 |
| 40-44 | 185 | 212 | 257 | 282 | 262 | 9 | 5 | 2 | 1214 |
| 45-49 | 34 | 19 | 25 | 15 | 32 | 1 | 0 | 1 | 127 |
| 50-54 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 55-59 | | | | | | | | | 0 |
| Total | 1172 | 3054 | 5082 | 6249 | 3498 | 49 | 55 | 25 | 19184 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 21.AA – IVG por nível de escolaridade e classes etárias das mulheres, 2010

| 2010 | | | | | | | | | |
|-----------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|-----------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------|--------------|
| Classes etárias | Ensino Básico 1º ciclo | Ensino Básico 2º ciclo | Ensino Básico 3º ciclo | Ensino Secundário | Ensino Superior | Sabe ler sem ter frequent. a escola | Não sabe ler nem escrever | Desc. | Total |
| 10-14 | 10 | 57 | 28 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 95 |
| 15-19 | 49 | 473 | 1041 | 685 | 0 | 2 | 3 | 0 | 2253 |
| 20-24 | 103 | 570 | 1321 | 1830 | 475 | 6 | 11 | 8 | 4324 |
| 25-29 | 132 | 540 | 1095 | 1546 | 984 | 8 | 10 | 9 | 4324 |
| 30-34 | 215 | 560 | 831 | 1328 | 1064 | 12 | 6 | 6 | 4022 |
| 35-39 | 277 | 450 | 628 | 925 | 837 | 9 | 16 | 4 | 3146 |
| 40-44 | 179 | 195 | 244 | 339 | 288 | 4 | 7 | 2 | 1258 |
| 45-49 | 33 | 21 | 23 | 22 | 22 | 0 | 0 | 0 | 121 |
| 50-54 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 55-59 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 999 | 2866 | 5211 | 6675 | 3672 | 41 | 53 | 29 | 19546 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 22.AA – IVG por nível de escolaridade e classes etárias das mulheres, 2011

| 2011 | | | | | | | | | |
|-----------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|-----------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------|--------------|
| Classes etárias | Ensino Básico 1º ciclo | Ensino Básico 2º ciclo | Ensino Básico 3º ciclo | Ensino Secundário | Ensino Superior | Sabe ler sem ter frequent. a escola | Não sabe ler nem escrever | Desc. | Total |
| 10-14 | 8 | 52 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 80 |
| 15-19 | 64 | 420 | 1075 | 678 | 0 | 4 | 5 | 4 | 2250 |
| 20-24 | 105 | 530 | 1396 | 1966 | 494 | 9 | 5 | 6 | 4511 |
| 25-29 | 105 | 497 | 1166 | 1615 | 926 | 5 | 17 | 6 | 4337 |
| 30-34 | 147 | 454 | 930 | 1406 | 1135 | 10 | 6 | 8 | 4096 |
| 35-39 | 195 | 444 | 700 | 986 | 927 | 8 | 17 | 11 | 3288 |
| 40-44 | 134 | 198 | 260 | 330 | 303 | 6 | 10 | 0 | 1241 |
| 45-49 | 16 | 14 | 29 | 23 | 28 | 1 | 0 | 0 | 111 |
| 50-54 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 55-59 | | | | | | | | | 0 |
| Total | 776 | 2610 | 5576 | 7004 | 3813 | 43 | 60 | 35 | 19917 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 23.AA – IVG por nível de escolaridade e classes etárias das mulheres, 2012

| 2012 | | | | | | | | | |
|-----------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|-----------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------|--------------|
| Classes etárias | Ensino Básico 1º ciclo | Ensino Básico 2º ciclo | Ensino Básico 3º ciclo | Ensino Secundário | Ensino Superior | Sabe ler sem ter frequent. a escola | Não sabe ler nem escrever | Desc. | Total |
| 10-14 | 9 | 44 | 14 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 68 |
| 15-19 | 45 | 363 | 988 | 618 | 0 | 1 | 4 | 1 | 2020 |
| 20-24 | 100 | 433 | 1375 | 1920 | 449 | 7 | 7 | 1 | 4292 |
| 25-29 | 106 | 399 | 1024 | 1403 | 890 | 11 | 12 | 1 | 3846 |
| 30-34 | 136 | 406 | 873 | 1305 | 1024 | 6 | 18 | 5 | 3773 |
| 35-39 | 187 | 396 | 689 | 956 | 945 | 9 | 15 | 6 | 3203 |
| 40-44 | 109 | 182 | 270 | 365 | 344 | 6 | 2 | 4 | 1282 |
| 45-49 | 15 | 23 | 21 | 26 | 30 | 3 | 1 | 0 | 119 |
| 50-54 | | | | | | | | | 0 |
| 55-59 | | | | | | | | | 0 |
| Total | 707 | 2246 | 5254 | 6593 | 3682 | 44 | 59 | 18 | 18603 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 24.AA – IVG por nível de escolaridade e classes etárias das mulheres, 2013

| 2013 | | | | | | | | | |
|-----------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|-----------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------|--------------|
| Classes etárias | Ensino Básico 1º ciclo | Ensino Básico 2º ciclo | Ensino Básico 3º ciclo | Ensino Secundário | Ensino Superior | Sabe ler sem ter frequent. a escola | Não sabe ler nem escrever | Desc. | Total |
| 10-14 | 6 | 52 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 72 |
| 15-19 | 30 | 311 | 939 | 557 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1841 |
| 20-24 | 74 | 356 | 1304 | 1875 | 478 | 8 | 9 | 1 | 4105 |
| 25-29 | 91 | 364 | 1058 | 1326 | 801 | 7 | 10 | 6 | 3663 |
| 30-34 | 92 | 337 | 875 | 1217 | 1038 | 7 | 17 | 11 | 3594 |
| 35-39 | 144 | 345 | 626 | 1010 | 945 | 6 | 9 | 14 | 3099 |
| 40-44 | 93 | 142 | 269 | 352 | 363 | 2 | 4 | 2 | 1227 |
| 45-49 | 17 | 14 | 25 | 21 | 30 | 1 | 0 | 0 | 108 |
| 50-54 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 55-59 | | | | | | | | | 0 |
| Total | 547 | 1921 | 5110 | 6358 | 3655 | 33 | 50 | 36 | 17710 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 25.AA – IVG por situação laboral e classes etárias das mulheres, 2008

| 2008 | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------------|--|--|---------------------------------|--|---|---|---------------------------------|-------------|-------------|-----------|--------------|
| Classes etárias | Trabalhad. ã qualif. | Agricultores Operários Artífices e outros Trabalhad. ã qualif. | Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio | Forças militares e militarizad. | Pessoal Administ. Serviços e Similares | Quadros Superiores da Administ. Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa | Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas | Trabalho doméstico ã remunerado | Estudante | Desempreg. | Desc. | Total |
| 10-14 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 82 | 0 | 5 | 88 |
| 15-19 | 255 | 141 | 7 | 7 | 27 | 0 | 0 | 36 | 1266 | 309 | 8 | 2056 |
| 20-24 | 878 | 623 | 128 | 44 | 268 | 8 | 66 | 91 | 968 | 752 | 6 | 3832 |
| 25-29 | 883 | 784 | 353 | 32 | 528 | 50 | 244 | 134 | 323 | 675 | 10 | 4016 |
| 30-34 | 815 | 681 | 471 | 13 | 639 | 76 | 342 | 148 | 83 | 562 | 5 | 3835 |
| 35-39 | 546 | 538 | 349 | 3 | 415 | 58 | 232 | 121 | 34 | 367 | 8 | 2671 |
| 40-44 | 252 | 217 | 125 | 2 | 210 | 31 | 110 | 78 | 4 | 132 | 1 | 1162 |
| 45-49 | 30 | 16 | 7 | 2 | 20 | 1 | 7 | 14 | 0 | 12 | 0 | 109 |
| 50-54 | | | | | | | | | | | | 0 |
| 55-59 | | | | | | | | | | | | 0 |
| Total | 3659 | 3001 | 1440 | 103 | 2107 | 224 | 1001 | 622 | 2760 | 2809 | 43 | 17769 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 26.AA – IVG por situação laboral e classes etárias das mulheres, 2009

| 2009 | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------------|--|--|---------------------------------|--|---|---|---------------------------------|-------------|-------------|-----------|--------------|
| Classes etárias | Trabalhad. ã qualif. | Agricultores Operários Artífices e outros Trabalhad. ã qualif. | Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio | Forças militares e militarizad. | Pessoal Administ. Serviços e Similares | Quadros Superiores da Administ. Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa | Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas | Trabalho doméstico ã remunerado | Estudante | Desempreg. | Desc. | Total |
| 10-14 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 115 | 0 | 3 | 123 |
| 15-19 | 221 | 126 | 5 | 8 | 36 | 0 | 0 | 29 | 1520 | 310 | 3 | 2258 |
| 20-24 | 865 | 622 | 152 | 43 | 285 | 12 | 77 | 78 | 1185 | 877 | 14 | 4210 |
| 25-29 | 895 | 760 | 410 | 28 | 553 | 35 | 281 | 123 | 414 | 778 | 9 | 4286 |
| 30-34 | 778 | 750 | 435 | 12 | 617 | 78 | 371 | 138 | 132 | 715 | 9 | 4035 |
| 35-39 | 578 | 544 | 380 | 9 | 495 | 71 | 252 | 122 | 50 | 423 | 4 | 2928 |
| 40-44 | 255 | 236 | 146 | 5 | 179 | 24 | 109 | 79 | 14 | 159 | 8 | 1214 |
| 45-49 | 26 | 17 | 9 | 0 | 19 | 5 | 16 | 13 | 2 | 19 | 1 | 127 |
| 50-54 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 55-59 | | | | | | | | | | | | 0 |
| Total | 3621 | 3060 | 1537 | 105 | 2184 | 225 | 1106 | 582 | 3432 | 3281 | 51 | 19184 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 27.AA – IVG por situação laboral e classes etárias das mulheres, 2010

| 2010 | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------------|--|--|---------------------------------|--|---|---|---------------------------------|-------------|-------------|-----------|--------------|
| Classes etárias | Trabalhad. ñ qualif. | Agricultores Operários Artífices e outros Trabalhad. ñ qualif. | Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio | Forças militares e militarizad. | Pessoal Administ. Serviços e Similares | Quadros Superiores da Administ. Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa | Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas | Trabalho doméstico ñ remunerado | Estudante | Desempreg. | Desc. | Total |
| 10-14 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 90 | 0 | 2 | 95 |
| 15-19 | 226 | 136 | 5 | 15 | 29 | 0 | 0 | 28 | 1511 | 298 | 5 | 2253 |
| 20-24 | 924 | 718 | 136 | 61 | 253 | 14 | 71 | 77 | 1205 | 849 | 16 | 4324 |
| 25-29 | 912 | 772 | 399 | 35 | 500 | 34 | 314 | 92 | 396 | 851 | 19 | 4324 |
| 30-34 | 769 | 749 | 487 | 9 | 599 | 54 | 417 | 120 | 122 | 685 | 11 | 4022 |
| 35-39 | 587 | 569 | 380 | 15 | 450 | 61 | 393 | 108 | 60 | 514 | 9 | 3146 |
| 40-44 | 250 | 251 | 139 | 6 | 201 | 28 | 132 | 77 | 12 | 161 | 1 | 1258 |
| 45-49 | 26 | 31 | 6 | 0 | 15 | 4 | 15 | 8 | 2 | 14 | 0 | 121 |
| 50-54 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 55-59 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 3696 | 3228 | 1553 | 141 | 2047 | 195 | 1342 | 511 | 3398 | 3372 | 63 | 19546 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 28.AA – IVG por situação laboral e classes etárias das mulheres, 2011

| 2011 | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------------|--|--|---------------------------------|--|---|---|---------------------------------|-------------|-------------|-----------|--------------|
| Classes etárias | Trabalhad. ñ qualif. | Agricultores Operários Artífices e outros Trabalhad. ñ qualif. | Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio | Forças militares e militarizad. | Pessoal Administ. Serviços e Similares | Quadros Superiores da Administ. Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa | Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas | Trabalho doméstico ñ remunerado | Estudante | Desempreg. | Desc. | Total |
| 10-14 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 74 | 0 | 1 | 80 |
| 15-19 | 164 | 150 | 9 | 11 | 16 | 0 | 0 | 25 | 1515 | 352 | 8 | 2250 |
| 20-24 | 779 | 886 | 111 | 49 | 249 | 6 | 80 | 71 | 1220 | 1041 | 19 | 4511 |
| 25-29 | 761 | 972 | 320 | 34 | 469 | 37 | 322 | 83 | 372 | 944 | 23 | 4337 |
| 30-34 | 670 | 833 | 427 | 22 | 568 | 47 | 520 | 110 | 114 | 766 | 19 | 4096 |
| 35-39 | 499 | 651 | 379 | 23 | 485 | 56 | 456 | 121 | 45 | 557 | 16 | 3288 |
| 40-44 | 215 | 264 | 124 | 3 | 159 | 26 | 183 | 60 | 13 | 192 | 2 | 1241 |
| 45-49 | 9 | 22 | 10 | 0 | 16 | 1 | 20 | 13 | 1 | 19 | 0 | 111 |
| 50-54 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| 55-59 | | | | | | | | | | | | 0 |
| Total | 3100 | 3780 | 1380 | 142 | 1962 | 173 | 1581 | 485 | 3355 | 3871 | 88 | 19917 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 29.AA – IVG por situação laboral e classes etárias das mulheres, 2012

| 2012 | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------------|--|--|---------------------------------|--|---|--|---------------------------------|-------------|-------------|-----------|--------------|
| Classes etárias | Trabalhad. ã qualif. | Agricultores Operários Artífices e outros Trabalhad. ã qualif. | Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio | Forças militares e militarizad. | Pessoal Administ. Serviços e Similares | Quadros Superiores da Administ. Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa | Especialistas das Profissões e Científicas | Trabalho doméstico ã remunerado | Estudante | Desempreg. | Desc. | Total |
| 10-14 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 66 | 0 | 1 | 68 |
| 15-19 | 130 | 104 | 7 | 2 | 20 | 0 | 29 | 1398 | 325 | 5 | 5 | 2020 |
| 20-24 | 783 | 669 | 107 | 42 | 191 | 5 | 60 | 51 | 1216 | 1157 | 11 | 4292 |
| 25-29 | 772 | 721 | 278 | 33 | 343 | 15 | 308 | 74 | 306 | 983 | 13 | 3846 |
| 30-34 | 695 | 727 | 372 | 24 | 444 | 45 | 438 | 87 | 88 | 838 | 15 | 3773 |
| 35-39 | 562 | 555 | 351 | 5 | 452 | 59 | 426 | 91 | 34 | 652 | 16 | 3203 |
| 40-44 | 212 | 223 | 140 | 5 | 182 | 27 | 175 | 61 | 10 | 244 | 3 | 1282 |
| 45-49 | 22 | 18 | 10 | 0 | 20 | 4 | 15 | 8 | 1 | 21 | 0 | 119 |
| 50-54 | | | | | | | | | | | | 0 |
| 55-59 | | | | | | | | | | | | 0 |
| Total | 3176 | 3018 | 1265 | 111 | 1652 | 155 | 1422 | 401 | 3119 | 4220 | 64 | 18603 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 30.AA – IVG por situação laboral e classes etárias das mulheres, 2013

| 2013 | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------------|--|--|---------------------------------|--|---|--|---------------------------------|-------------|-------------|-----------|--------------|
| Classes etárias | Trabalhad. ã qualif. | Agricultores Operários Artífices e outros Trabalhad. ã qualif. | Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio | Forças militares e militarizad. | Pessoal Administ. Serviços e Similares | Quadros Superiores da Administ. Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa | Especialistas das Profissões e Científicas | Trabalho doméstico ã remunerado | Estudante | Desempreg. | Desc. | Total |
| 10-14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 70 | 0 | 1 | 72 |
| 15-19 | 106 | 57 | 4 | 0 | 14 | 0 | 21 | 1364 | 271 | 4 | 4 | 1841 |
| 20-24 | 738 | 550 | 82 | 30 | 161 | 7 | 56 | 61 | 1201 | 1199 | 20 | 4105 |
| 25-29 | 796 | 672 | 240 | 25 | 323 | 19 | 244 | 65 | 301 | 965 | 13 | 3663 |
| 30-34 | 642 | 581 | 354 | 17 | 493 | 35 | 387 | 79 | 106 | 887 | 13 | 3594 |
| 35-39 | 566 | 503 | 334 | 17 | 423 | 59 | 407 | 89 | 30 | 658 | 13 | 3099 |
| 40-44 | 229 | 209 | 144 | 5 | 157 | 22 | 184 | 42 | 6 | 220 | 9 | 1227 |
| 45-49 | 27 | 21 | 9 | 0 | 14 | 3 | 15 | 4 | 0 | 15 | 0 | 108 |
| 50-54 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 55-59 | | | | | | | | | | | | 0 |
| Total | 3104 | 2594 | 1167 | 94 | 1585 | 145 | 1293 | 362 | 3078 | 4215 | 73 | 17710 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 31.AA – IVG por classes etárias, mulheres de nacionalidade portuguesas, 2008-2013

| Mulheres Portuguesas | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Classes etárias | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
| 10-14 | 81 | 109 | 87 | 72 | 57 | 68 | 474 |
| 15-19 | 1751 | 1922 | 1868 | 1873 | 1753 | 1580 | 10747 |
| 20-24 | 3141 | 3374 | 3433 | 3523 | 3455 | 3305 | 20231 |
| 25-29 | 3258 | 3444 | 3463 | 3490 | 3161 | 2999 | 19815 |
| 30-34 | 3242 | 3322 | 3298 | 3355 | 3142 | 3031 | 19390 |
| 35-39 | 2337 | 2489 | 2674 | 2765 | 2806 | 2689 | 15760 |
| 40-44 | 1054 | 1074 | 1115 | 1090 | 1154 | 1091 | 6578 |
| 45-49 | 102 | 114 | 112 | 106 | 110 | 94 | 638 |
| 50-54 | | 2 | 2 | 2 | | 1 | 7 |
| Total | 14966 | 15850 | 16052 | 16276 | 15638 | 14858 | 93640 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Quadro 32.AA – IVG por classes etárias, mulheres de nacionalidade estrangeira, 2008-2013

| Mulheres Estrangeiras | | | | | | | |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Classes etárias | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Total |
| 10-14 | 7 | 14 | 8 | 8 | 11 | 4 | 52 |
| 15-19 | 305 | 336 | 385 | 377 | 267 | 261 | 1931 |
| 20-24 | 690 | 836 | 891 | 988 | 837 | 800 | 5042 |
| 25-29 | 758 | 841 | 861 | 846 | 684 | 664 | 4654 |
| 30-34 | 592 | 712 | 724 | 740 | 631 | 563 | 3962 |
| 35-39 | 333 | 439 | 472 | 523 | 397 | 410 | 2574 |
| 40-44 | 108 | 140 | 143 | 151 | 128 | 136 | 806 |
| 45-49 | 7 | 13 | 9 | 5 | 9 | 14 | 57 |
| 50-54 | | 1 | | 1 | | | 2 |
| 55-59 | | | 1 | | | | 1 |
| Total | 2800 | 3332 | 3494 | 3639 | 2964 | 2852 | 19081 |

Fonte: DGS -Base de Dados IVG (14 de julho de 2015).

Nota: O total das mulheres por classes etárias e nacionalidade é de 112721, dado que faltam 8 mulheres que não apresentaram registo da sua nacionalidade.

ANEXO B – QUALIDADE DOS DADOS

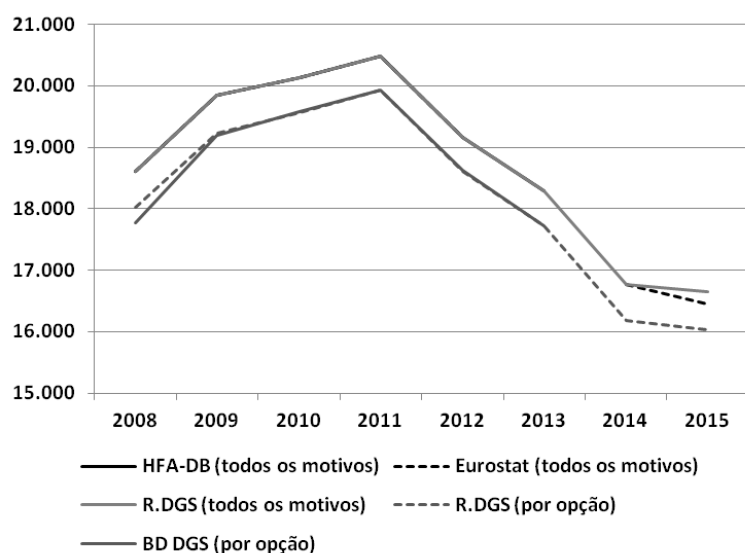
Quadro 1.AB – Aborto induzido por várias fontes, Portugal, 2008-15 (valores absolutos)

| Fontes (a) | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | Data/ref |
|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|
| HFA-DB (todos os motivos) | 18.607 | 19.848 | 20.137 | 20.480 | 19.156 | 18.281 | | | 06-Abr-17 |
| Eurostat (todos os motivos) | 18.607 | 19.848 | 20.137 | 20.480 | 19.156 | | 16.762 | 16.454 | 22-Set-16 |
| R.DGS (todos os motivos) | 18.607 | 19.848 | 20.137 | 20.480 | 19.156 | 18.281 | 16.762 | 16.652 | (b) |
| R.DGS (por opção) | 18.014 | 19.222 | 19.560 | 19.921 | 18.615 | 17.728 | 16.180 | 16.028 | (b) |
| BD DGS (por opção) | 17.778 | 19.192 | 19.570 | 19.931 | 18.617 | 17.728 | | | 14-Jul-15 |

Fontes: (a) Eurostat (2017); HFA-DB (2016); DGS (2010;2011;2012;2013;2014;2015;2016;2017)

(b) 2008 (8 de março de 2010); 2009 (7 de março de 2011); 2010 (29 de março de 2012); 2011(25 de março de 2013); 2012 (13 de março de 2014); 2013 (14 de abril de 2015); 2014 (22 de abril de 2016); 2015 (8 de maio de 2017)

Figura 1.AB – Aborto induzido por várias fontes, Portugal, 2008-15 (valores absolutos)



ANEXO C – INQUÉRITO REGISTO DA INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ