

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

Interrupção Voluntária de Gravidez por opção da mulher no mundo e em Portugal [Voluntary Interruption of Pregnancy for women's choice in the world and in Portugal]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository.
More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy
of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Silva Neves, Joaquim
Publisher	Conselho Nacional de tica para as Ci ncias da Vida
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-06-22 16:39:50
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/226776

INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DE GRAVIDEZ POR OPÇÃO DA MULHER NO MUNDO E EM PORTUGAL

Joaquim Silva Neves

Resumo

O aborto é um dos temas de medicina mais sensíveis sob o ponto de vista ético e moral. A interrupção voluntária de gravidez (IVG) por opção da mulher constitui um direito como ser humano, apesar de originar, quase sempre, ampla discussão social e política. As Nações Unidas reconhecem plenos direitos às mulheres e incentivam a necessidade de promover a redução da morbidade e mortalidade materna.

A prática ilegal da IVG, aumenta o risco de ameaça da vida das mulheres. São bem conhecidos os dados mundiais sobre o aborto clandestino. Por isso, estão a ser desenvolvidos esforços para reduzir a prática ilegal da IVG por opção das mulheres.

A história da legalização da IVG iniciou-se na Rússia em 1920 e prosseguiu na Suécia; Reino Unido; Estados Unidos; e nos principais países considerados desenvolvidos. A restrição da legalização do aborto em países sub-desenvolvidos, particularmente no continente africano, em que se cruzam as necessidades de saúde e as tradições socioculturais, faz com que África seja o lugar mais perigoso para uma mulher recorrer à IVG.

Após a legalização do aborto, instalou-se a questão sobre o aumento da prática da IVG e da sua recorrência. Em todos os países com legalização do aborto, a evolução dos números foi semelhante; nos primeiros anos aumentou e posteriormente estabilizou, com tendências para o seu decréscimo.

A IVG em Portugal é legal desde 1984. A lei tem sido progressivamente adaptada e atualizada. Em 2007 foi contemplada na lei do aborto, a livre opção da mulher interromper a gravidez até as 10 semanas. Desde então, surgiram dúvidas sobre os números reais da IVG, inclusivamente a sensação de que aumentaram as IVG por opção da mulher. Os resultados mostram que aumentaram, como é natural, o número total das IVG legais em Portugal (por opção e outros motivos). Quando é feita a análise exclusiva dos números da IVG por opção da mulher, reparamos o seguinte: dados inferiores à estimativa inicial (20.000 casos/ano), estabilização nos dois últimos anos com o valor inferior em 2010. As taxas associadas ao aborto (taxa de aborto e razão aborto/mulheres em idade fértil) são inferiores às de Espanha e do Reino Unido, sendo similares às dos Países Baixos.

Quanto às recorrências, não existem dados nacionais publicados. Poderá ser precoce analisar as recorrências, pois os resultados reais podem estar em desconformidade com as estimativas empíricas.

A preocupação “major” após a efectividade da IVG é o Planeamento Familiar. A prática da IVG veio mostrar as fragilidades que ainda existem no Planeamento Familiar em Portugal, e a necessidade de refletir sobre este assunto, que já foi considerado em 1998, prioritário para as autoridades em Portugal.

Introdução:

A interrupção voluntária da gravidez (IVG) é um dos grandes temas dos direitos humanos. Em Junho de 2009, no Conselho dos Direitos Humanos das Nações Unidas, aprovou uma resolução que concentrava a necessidade de desenvolver todos os esforços para a prevenção da morbilidade e mortalidade feminina. Os Direitos Humanos das Mulheres devem abranger a vida, saúde, educação, dignidade e informação. Mais ainda, nos objectivos da OMS definidos como MGD 5A (*Millennium Goals Development 5A*) constam a necessidade de reduzir em 25%, a mortalidade materna.

Existem factos que mostram a IVG como um dilema mesmo a nível mundial: morrem anual e universalmente 67.000 mulheres na sequência de IVG realizada sem condições básicas de higiene sanitária, o que representa 13% da mortalidade materna global; 5.300.000 mulheres podem apresentar complicações agudas ou persistentes numa IVG nas circunstâncias já referidas; 26% da população mundial vive em países onde a prática da IVG é proibida ou apenas recomendada quando existe risco de vida materna, portanto países em que a IVG não é uma opção de escolha. A realização da IVG em condições que não oferecem segurança higiénica constitui uma ameaça para a saúde e sobrevivência da mulher, mas também é um grande problema de saúde pública. Perante tais evidências, é indiscutível a necessidade de, em todo o mundo, ser criada uma estratégia para que a IVG possa ser realizada em condições mínimas de higiene e assim prevenir as consequências citadas anteriormente.

Resumidamente pode-se concluir que a IVG realizada em condições higieno-sanitárias inadequadas, possui como potenciais consequências: causa *major* de mor-

talidade materna; implicações no sistema económico da saúde; interferência na economia familiar. Pode ainda originar estigma, marginalização, discriminação e repercussões psicológicas. Reflecte a necessidade de deslocar ou re-estruturar recursos para promover o planeamento familiar.

Evolução da legalização da IVG no Mundo

É fundamental que na discussão deste tema, estejam presentes profissionais com a informação científica adequada e objectiva, no sentido de poder elaborar uma intervenção mais precisa. A sensibilidade deste tema tende a gerar uma limitada e reduzida discussão do mesmo e por outro lado também limita a difusão da informação.

Iniciemos uma visão global sobre a evolução da legalização da IVG a nível mundial. A Rússia foi o primeiro país a legalizar a IVG em 1920. No entanto, houve um período de latência da implementação da lei até 1936. Nos EUA, o processo iniciou-se em 1973 com a *Roe v. Wade Decision*. No Reino Unido com excepção da Irlanda do Norte, o início foi em 1967 com a publicação do *Abortion Act*, mas com efectividade em 1968. Também na Suécia a legalização foi iniciada com a publicação dum *Abortion Act* em 1938 e a liberalização da IVG em 1975. Em França o processo denominou-se de *Loi Veil* e iniciou-se em 1978, sendo o primeiro país a introduzir a utilização da mifepristona para a intervenção médica na IVG. Quanto à Itália, a legalização iniciou-se em 1978, tratando-se dum tema muito controverso com uma forte contestação da Encíclica Papal através do *Evangelium Vitae*.

Nos antigos países do leste Europeu, a muito reduzida taxa de fertilidade está relacionada com a prática frequente da IVG, de tal forma que nalguns países, sobretudo da Ásia Central, a IVG é reconhecida como um método de contracepção.

No continente africano e em particular na região sub-saariana, existem países com sanções muito pesadas para quem pratica a IVG. Isto deve-se em grande medida às crenças ancestrais e culturais de famílias numerosas neste continente. A mortalidade associada à IVG é muito elevada, correspondendo a 3,9% das causas de morte materna a nível mundial. Estima-se que ocorram anualmente 19.000.000 casos de IVG sem condições higieno-sanitárias. Reconhece-se que 25% das IVG ilegais a nível mundial, ocorrem em África onde apenas 1% das IVG são legais. O indicador de saúde Aborto/Mortalidade é de 680/100.000 actos praticados, uma cifra muito elevada quando comparada com a dos países considerados desenvolvidos – 1/100.000. África é o continente onde existe o maior perigo de morbilidade e mortalidade para uma mulher realizar uma IVG.

No que diz respeito ao período de gestação em que a IVG é legal, os conceitos são dispersos: nos EUA existem um consenso das primeiras semanas da gravidez mas, a lei é variável conforme o estado em que a mulher vive e a discussão centra-se essencialmente em dois pontos – viabilidade fetal às 20-21 semanas e a necessidade de equacionar a utilização dos fundos públicos para a gestação com a duração mais avançada. No Reino Unido existe uma indeterminação sobre a idade gestacional apesar da discussão em 2008 sobre a limitação 22-24 semanas; no entanto não exis-

te nenhuma alteração precisa da lei. Países como a França e a Itália estipularam as 12 semanas de gestação com limite legal e na Suécia o limite corresponde às 18 semanas, se bem que a maior parte da IVG (78%) ocorre à 9ª semana.

Na evolução das estatísticas relacionadas com a IVG e nos países desenvolvidos com legislação aprovada a percepção é comum no que se refere à incidência (número de casos novos). Existe tendência para um aumento nos primeiros anos da implementação da lei, e posteriormente uma redução gradual, como por exemplo a nível mundial a incidência da IVG foi de 45,6 milhões em 1995 e em 2003 foi de 41,6 milhões.

IVG em Portugal

No nosso país até 1984 a IVG era ilegal. A aprovação e publicação da Lei 6/84 que excluía da ilicitude a prática da IVG nalguns casos: risco de vida materna (idade gestacional indefinida); risco de implicações psicológicas ou físicas (até as 12 semanas); violação (12 semanas); malformações fetais (16 semanas). Em 1997 com a publicação e aprovação da Lei 90/97 houve o alargamento do prazo para 24 semanas no caso de malformações fetais e para as 16 semanas em caso de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual. O referendo sobre a IVG por opção da mulher em 1998 não teve efeitos vinculativos, mas em Fevereiro de 2007 os 60% de respostas SIM à pergunta referendada, permitiram a elaboração da Lei 16/2007, que alarga a exclusão da ilicitude por opção da mulher, desde que a gravidez não seja superior às 10 semanas. Portanto o que temos assistido em Portugal é um alargamento progressivo da Lei de Ilcitude da IVG. Com este alargamento, Portugal está no sentido dos objectivos da MGD5A para 2015 e da Resolução de 2009 das Nações Unidas.

Análise da estatística da IVG de gravidez por opção da mulher em Portugal

O quadro seguinte mostra a evolução da IVG por opção da mulher no país e na Unidade do Hospital de Santa Maria do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN):

Evolução – anual	2008	2009	2010
Números das IVG por opção da mulher – Nível Nacional	18 014	18 951	18 911
Números das IVG por opção da mulher – CHLN – Unidade do HSM	551	560	541

Este quadro revela a evolução no primeiro trimestre de 2008, 2009, 2010 e 2011 na mesma instituição:

Evolução – 1º trimestre do ano	2008	2009	2010	2011
Números das IVG por opção da mulher – CHLN – Unidade do HSM	142	158	125	145

Este quadro representa a taxa de aborto em duas perspectivas. Resultados a nível nacional e a comparação do mesmo indicador no Reino Unido:

Evolução – anual – Portugal	2008	2009
IVG/1000 Nados vivos	172,2	193,2
IVG/1000 Mulheres em idade fértil (15-44 anos)	8,2	10,1

Evolução – anual – Reino Unido	2008	2009
IVG/1000 Nados vivos	263,34	255,87
IVG/1000 Mulheres em idade fértil (15-44 anos)	17,6	17

Os valores obtidos no Reino Unido são superiores aos resultados nacionais.

Os resultados comparativos com Espanha são superiores aos nacionais: mostram IVG/1.000 nados vivos 222,81 (2008) e IVG/1.000 11,5 (2007).

Recorrência da IVG

Este é um dos temas alvo de maior discussão após a implementação duma estratégia consistente para melhorar as condições duma mulher que por opção pretende uma IVG. Define-se como recorrência da IVG, quando a mulher repete a mesma, num período de 24 meses. Trata-se dum importante aspecto em saúde pública. São conhecidos factores que podem condicionar a recorrência: mais frequentes em mulheres com idade mais avançada na fase reprodutiva, que não vivem em casal, em mulheres com maior vivência sexual e ainda nas de baixo nível sócio-económico. Os hábitos alcoólicos e toxicod dependência aumentam significativamente o risco da repetição da IVG. Aspectos relacionados com condição financeira e repercussões familiares são apontados com causas da repetição da IVG.

Nos EUA, após a legalização da IVG, as recorrências foram uma das primeiras preocupações. Estima-se que 40-50% dos abortos são realizados em mulheres com uma IVG anterior. Foi desenvolvido um modelo estatístico, que simulou a taxa de recorrência de 55% nos 30 anos após legalização, mas a taxa actual é de 48%. As mulheres jovens (20-29 anos) têm menos incidência de abortos de repetição.

No Reino Unido, estima-se que 1 em 106 mulheres residentes em Londres recorrem à IVG. Esta taxa é considerada elevada se forem consideradas as de 1/182 (*West Midlands*), 1/219 (*South East Coast*) e 1/301 (*North East Coast*). O grupo etário 20-25 anos é o mais afectado. Estes resultados permitiram que o Governo Britânico indicasse que a partir de 2011, a Educação Sexual passa a ser obrigatória nas Escolas.

As recorrências estão directamente associadas com a estratégia de contracepção após a IVG. Calcula-se que 98% das mulheres que repetem a IVG referem utilizar um método de contracepção. Existe a necessidade de consciencializar as mulheres da importância duma contracepção eficaz após o processo clínico da IVG. A utilização de métodos de contracepção de longa duração (LARC) deve ser enfatizada para minimizar o risco de repetição. Nos EUA estão relatadas evidências sobre a utilização do acetato de medroxiprogesterona após a IVG com resultados significativos na redução da recorrência. Devem ser desenvolvidos todos os esforços para educação

sobre a saúde reprodutiva, aconselhamento sobre a contracepção e melhorar o acesso à contracepção eficaz. O método utilizado para a IVG (medicamentoso ou cirúrgico), não interfere com o risco de recorrência. Existem referências sobre a necessidade de informação e esclarecimento do parceiro sexual.

Em Portugal e após o alargamento da IVG por opção da mulher **não existem dados publicados**. Na consulta de IVG do CHLN – Unidade do HSM, os dados de Julho de 2007 a Março de 2011 estão representados no quadro a seguir:

Evolução	Resultados
Total das IVG	2040
Total das recorrências	77
%	3,7%

Conclusões sobre a IVG por opção da mulher

A IVG por opção da mulher é um dos mais importantes e actuais direitos das mulheres. É um direito reclamado pelo Conselho dos Direitos Humanos das Nações Unidas e ocorre em todo o mundo. As restrições legais para a prática da IVG podem transformar tal opção na acto ilegal, com todas as consequências da prática de aborto ilegal foram anterior e consistentemente elucidadas neste texto.

No que diz respeito a Portugal, a IVG está legislada desde 1984. O seu alargamento e a sua actualização, tem sido realizados de forma progressiva e neste momento contempla **por opção da mulher** e assim, oferecer a oportunidade das mulheres realizarem a sua opção em segurança. Cabe aos profissionais de saúde não perderem esta oportunidade para informação e educação das populações em relação ao planeamento familiar. Com estas medidas, em Portugal estamos a convergir com os objectivos da MGD 5A.

Conforme os objectivos da reunião ICPD (*International Conference for Population Development*) em Cairo no ano de 1994, os profissionais de saúde devem esforçar-se profundamente para: fornecer resposta sólida e eficaz para as necessidades contraceptivas das populações (**planeamento familiar**); estarem preparados para gerir as complicações do aborto ilegal; oferecer todos os cuidados médicos após uma IVG (**planeamento familiar**). Existe em Portugal, legislação para Educação Sexual nos estabelecimentos de ensino básico e secundário, legislação sobre o planeamento familiar dirigida às mulheres em idade reprodutiva, legislação sobre a prática de assistência do planeamento familiar nos locais de trabalho, nas Maternidades, nas instituições onde legalmente é praticada uma IVG.

Contudo, constatam-se muitas assimetrias na informação, acessibilidade e efectividade do Planeamento Familiar em Portugal com necessidade de alargar em 2007 a lei da IVG para a condição de opção da mulher. Em 1998 o Parlamento Português com o Despacho 12782/98 reforça a necessidade do Planeamento Familiar, tendo sido considerado como tema prioritário. No mesmo ano enfatizou-se a necessidade de criar Equipas Multidisciplinares para o Planeamento Familiar. Em 2011 os dados mostram que 25% das utentes da Consulta de IVG do CHLN – Uni-

dade do HSM, não utilizam, ou utilizaram de forma incorreta a contracepção. Reforça-se a necessidade de repensar as estratégias do Planeamento Familiar em Portugal, sobretudo com esta afirmação:

“O paradigma da Saúde Reprodutiva é ainda hoje, um objectivo difícil ou impossível de concretização, para um grande número de portugueses, mulheres e homens, uma vez que, muitos deles, principalmente os jovens, continuam a não usar qualquer tipo de contracepção aquando das relações sexuais...”

Os números da IVG em Portugal são inferiores à estimativa inicial de 20.000/ano. Confere-se a tendência anual de estabilização do número de IVG por opção das mulheres. As taxas de aborto e a razão aborto/mulheres em idade fértil em Portugal são muito inferiores às do Reino Unido e Espanha e similares aos Países Baixos, sendo estes considerados como uma nação com baixa incidência de IVG.

As recorrências da IVG foram consideradas nos países em que a IVG está legalizada há muito mais tempo. Em Portugal, não existem dados publicados a nível nacional e tais recorrências constituíram 3,7% das IVG desde Julho de 2007 a Março de 2011 na Consulta de IVG do CHLN – Unidade do HSM.

Todas as conclusões nesta área são precoces, podem ser precipitadas e estarem em desconformidade com os resultados reais. Deve-se **evitar a confusão entre IVG por outros motivos e IVG por opção da mulher.**

O esforço a ser desenvolvido em Portugal para a IVG estará de acordo com um dos discursos do Presidente D. Eisenhower:

“Our real problem, then, is not our strength today; it is rather than the vital necessity of action today to ensure our strength tomorrow”

Bibliografia Consultada:

United Nations Website: Millennium Development Goal. Available: <http://www.un.org/millenniumgoals/> Accessed 2007 August 20

World Health Organisation (2004), Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000, 4th Edition. World Health Organisation, Geneva, Switzerland. Available <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591803.pdf> Accessed 2009 July 31

World Bank (2007), HNP Discussion Paper. Population Issues in the 21st Century: The Role of the World Bank. Available: <http://siteresources.Worldbank.org/HEALTH-NUTRITIONANDPOPULATION/Resources/2816271095698140167/PopulationDiscussionPaperApril07Final.pdf>. Accessed 2009 July 31

Grimes DA, Benson J, Singh S, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic, *Lancet* 2006; 368: 1908-1919

Joffe C, Abortion and medicine: A sociopolitical history, in *Management of Unintended and abnormal pregnancy*, Coordenação de Maureen P, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Crenin MD, Oxford, Wiley-Blackwell, 2009, p.3-8

Serbanescu F, Stupp P, Westoff C, Contraception Matters: Two Approaches to Analyzing Evidence of the Abortion Decline in Georgia, *Int Perspect Sex Reprod Health* 2010; 36(2): 99-110

Baggaley R, Burgin J, Campbell OMR, The potential of medical abortion to reduce maternal mortality in Africa: What benefits for Tanzania and Ethiopia? *Plos One* 2010; 5(10): 1-9

Sedgh G, Henshaw S, Sing S, Induced Abortion: estimated rates and trends worldwide, *Lancet* 2007; 370: 1339-1345

Wikipedia website: Abortion in France. Available: http://en.wikipedia.org/wiki/Abortion_in_France/ Accessed 2011 May 15

Bettarini SS, D'Andrea SS Induced Abortion in Italy: Levels, Trends and Characteristics, *Fam Plann Perspect* 1996; 28: 267-271

Wikipedia website: Abortion in the United States. Available: http://en.wikipedia.org/wiki/Abortion_in_the_United_States/ Accessed 2011 May 11

Wikipedia website: Abortion Act. Available: http://en.wikipedia.org/wiki/Abortion_Act_1967/ Accessed 2011 May 11

Wikipedia website: Abortion in Sweden. Available: http://en.wikipedia.org/wiki/Abortion_in_Sweden/ Accessed 2011 May 11

APF (2011) Madeira C, Souto E, Malta I, Projeto Opções. Interrupção Voluntária da gravidez no contexto de direitos e saúde sexual e reprodutiva. Countdown 2015 Europe. IOOF European Network. Disponível: <http://www.apf.pt/apf.php/Acesso> 2011 Maio 15

Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez ao abrigo da Lei 16/2007 de 17 de Abril, DGS, Divisão da Saúde Reprodutiva, Lisboa Março de 2011

Westfall JM, Kallail KJ, Repeat abortion and use of primary care health services, *Fam Plann Perspect* 1995; 27: 162-165

The Guardian Website. Abortion: more than 5000 UK women under 20 had repeat termination. Available: <http://www.theguardian.co.uk/society/2009/dec/06/women-under-20-repeat-abortion/> Accessed 2011 May 15

Palanivelu LM, Oswald A, Contraceptive practices in women with repeat termination of pregnancies, *J Obstet Gynaecol* 2007; 27(8): 832-4

Das S, Adegbenro A, Ray S, Amu O, Repeat abortion: facts and issues *J Fam Reprod Health Care* 2009; 35(2): 93-5

Madden T, Westhoff C, Rates of follow-up and repeat pregnancy in 12 months after first-trimester induced abortion *Obstet Gynecol* 2009; 113(3): 663-8

Prager SW, Steinauer JE, Foster DG, Darney PD, Drey EA, Risk factors for repeat elective abortion *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197(6): 575.e1-6. Epub 2007 Sep 29

Garg M, Singh M, Mansour D, Peri-abortion contraceptive care: can we reduced the incidence of repeat abortions? *J Fam Plann Reprod Health Care* 2001; 27(2): 77-80

Niinimäki M, Pouta A, Bloigu A, Glissler M, et al. Frequency and risk factors for repeat abortions after surgical compared with medical termination of pregnancy, *Obstet Gynecol* 2009; 113(4)

Osler M, David HP, Morgall JM, Multiple induced abortions: Danish experience, *Patient Educ Couns* 1997; 31(1): 83-9

Arquivos da Consulta de IVG do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do CHLN – Unidade do HSM

Shah IH, Ahman E, Unsafe abortion: The global public health challenge in *Management of Unintended and abnormal pregnancy*, Coordenação de Maureen P, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Crenin MD, Oxford, Wiley-Blackwell, 2009, p.22

Diário da República – I Série-A Lei nº 120/99 de 11 de Agosto. Disponível em http://www.apf.pt/leis/lei120_99.htm/ Acesso 2008 Março 07

Martins MFSV, Um olhar sobre o Planeamento Familiar no Noroeste Português. Disponível em http://www.ugr.es/adeh/comunicaciones/Martins_M_F.pdf/ Acesso 2011 Maio 15

World Contraception Day 2010. Disponível em http://www.bayer.pt/.../PRT-BHC-2010-0769_10_09_24_World_Contraception_Day.doc/ Acesso 2011 Maio 15

Dias CM, Falcão IM, Falcão JM, Contribuição para o estudo da ocorrência da IVG em Portugal Continental (1993-1997); Estimativas utilizando dados da Rede de Médico Sentinela e dos diagnósticos de altas hospitalares, *Epidemiologia* 2000; 18: 55-63

Ketting E, Visser A, Contraception in Netherlands: the low abortion rate explained, *Patient Educ Couns* 1994; 23(3): 161-171