

PARECER OPP

Projeto de Resolução n.º 28/XIII (PAN)

Acesso à Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)

Parecer OPP - Projeto de Resolução n.º 28/XIII (PAN) – Acesso à Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), publicado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses.

A informação que consta deste documento, elaborado em Março de 2025, e na qual se baseia foi obtida a partir de fontes que os autores consideram fiáveis. Esta publicação ou partes dela podem ser reproduzidas, copiadas ou transmitidas com fins não comerciais, desde que o trabalho seja adequadamente citado, conforme indicado abaixo.

Sugestão de citação: Ordem dos Psicólogos Portugueses (2025). Parecer OPP - Projeto de Resolução n.º 28/XIII (PAN) – Acesso à Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). Lisboa.

Para mais esclarecimentos contacte Ciência e Prática Psicológicas:

andresa.oliveira@ordemdospsicologos.pt

Ordem dos Psicólogos Portugueses Av. Fontes Pereira de Melo 19 D 1050-116 Lisboa T: +351 213 400 250
www.ordemdospsicologos.pt

Parecer OPP

Projeto de Resolução n.º 28/XIII (PAN) – Acesso à Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)

Recomendações para a Acção

- Manter as medidas propostas, **alterando a expressão *Saúde Feminina* e substituindo-a por *Saúde Sexual e Reprodutiva*.**

O presente documento surge na sequência de solicitação de Parecer, por parte da Presidente da Comissão Especializada Permanente de Assuntos Sociais da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores, Exma. Senhora Dr.ª Sandra Costa Dias, a propósito do Projeto de Resolução n.º 28/XIII (PAN) sobre Acesso à Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), de momento em apreciação pela referida Comissão.

No seguimento do compromisso assumido para com a defesa da Saúde Pública e dos direitos fundamentais dos cidadãos e cidadãs, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) congratula-se com a possibilidade de se pronunciar sobre o acesso à interrupção voluntária da gravidez (IVG). Considerando que, além de uma questão médica e jurídica, se trata de uma questão fundamental de Saúde e de direitos humanos, julgamos poder contribuir para este debate através dos *inputs* da Ciência Psicológica, na **garantia do direito *efectivo* ao acesso à IVG e de uma resposta de Saúde justa e equitativa, fundada nos princípios da dignidade e da autonomia e baseada na evidência científica.**

Legalizada em Portugal em 2007, **a IVG representa uma conquista societal no que aos direitos sexuais e reprodutivos, à autonomia sobre o próprio corpo e à igualdade de género diz respeito** – em particular, num cenário onde o número de abortos ilegais ascendia aos 20.000 por ano (Vicente, 2020), implicando um enorme estigma social, riscos sérios para a Saúde e para a própria vida das mulheres e uma elevada taxa de processos criminais contra mulheres e profissionais de Saúde. A ilegalidade do procedimento contribuía ainda para a manutenção de desigualdades entre aquelas que podiam aceder à IVG com segurança, recorrendo ao procedimento em outros países (Espanha, Reino Unido, Holanda), e as mais pobres ou em situação de maior vulnerabilidade, que recorriam a soluções clandestinas e inseguras.

Desde que o procedimento foi legalizado – permitindo que fosse realizado em estabelecimentos de Saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos, garantindo condições seguras e acompanhamento médico adequado e reduzindo drasticamente os riscos associados – **o número de IVGs em Portugal tem vindo a diminuir consistentemente**, embora se registre um ligeiro aumento nos últimos dois anos (DGS, 2024).

Porém, diversos obstáculos persistem ao cumprimento deste direito, o primeiro dos quais relacionado com o próprio prazo. **Portugal continua a ser um dos países europeus com o prazo mais curto para a realização da IVG** (apenas até às 10 semanas de gestação, exceto em situações especiais), enquanto em outros países europeus é comum a permissão até às 12 semanas ou

mais. Dados recentes indicam que, em 2023, mais de 500 portuguesas recorreram a dois estabelecimentos de Saúde em Espanha (onde a IVG é permitida até às 14 semanas), por terem ultrapassado o limite de 10 semanas estabelecido pela legislação portuguesa (Lusa, 2025). Recentemente, o Parlamento debateu várias propostas que visavam alargar o prazo para 12 ou 14 semanas e eliminar o período obrigatório de reflexão, no entanto, todas elas foram rejeitadas, mantendo-se o atual prazo de 10 semanas.

O número de objetores/as de consciência no SNS é também uma incógnita, já que o direito à objeção de consciência por parte dos/as Médicos/as não é regulamentado (logo, não são obrigados/as a dar conhecimento). Muitas das mulheres são encaminhadas pelo SNS para clínicas privadas, sendo que apenas três estão autorizadas a realizar o procedimento, todas na região de Lisboa e Vale do Tejo. Este facto traduz-se em **desigualdades regionais no acesso à IVG** que resultam em obstáculos à equidade no acesso ao procedimento.

Acresce o problema da disponibilidade de profissionais e serviços. **Os tempos de espera entre a consulta prévia e o momento da realização têm vindo a aumentar desde 2020 e não se coadunam com os prazos legalmente fixados.** Os últimos dados disponíveis, de 2022, dão conta de um tempo médio de espera de 6,39 dias (CNECV, 2024; DGS, 2024).

Ora, **a evidência científica demonstra claramente que a negação ou obstaculização do acesso à IVG tem extensas consequências negativas, não apenas para quem a solicita, mas para os/as próprios/as profissionais de Saúde** (Masten et al., 2024).

O *Estudo Turnaway* (Foster, 2020) constitui, a esta data, o estudo de referência sobre os efeitos da negação ou obstaculização da possibilidade de abortar. Nesta investigação, uma equipa multidisciplinar composta por profissionais da Psicologia, Medicina, Enfermagem, Epidemiologia, Demografia, Sociologia, Economia e Saúde Pública acompanhou mil mulheres americanas que realizaram IVG ou às quais a possibilidade foi negada e analisou o impacto de ambas as situações na Saúde Física e Psicológica, situação financeira, vida profissional, relações românticas, conjugalidade e relação com os/as filhos/as. Os resultados mostraram que as mulheres que realizaram uma IVG obtiveram melhores resultados em todas as medidas cinco anos após a realização do procedimento, sendo que a quase totalidade (99%) não mostrou arrependimento pela decisão.

Este estudo, além de apontar um **conjunto de consequências negativas para as mulheres que veem negado o seu direito à IVG**, fornece evidências incontestáveis para refutar a alegação de que a IVG prejudica as mulheres ou impacta negativamente a Saúde Psicológica – sendo este o argumento mais comumente utilizado para negar ou obstaculizar o procedimento, mesmo no âmbito de quadros legais que o garantem. De resto, **mais de 50 anos de investigação comprovam que fazer uma IVG não se associa a problemas de Saúde Psicológica**, porém, **restringir o acesso a procedimentos legais e seguros e legais associa-se a piores resultados de Saúde Física e Psicológica, bem como a um impacto económico negativo** (APA, 2022).

No que concerne aos efeitos na Saúde Psicológica, o **impacto da negação do procedimento** associou-se a mais sintomas de ansiedade e stresse, menor autoestima e menor satisfação com a vida e, com o tempo, mais problemas de Saúde Física (Biggs et al., 2017; Ralph et al., 2019). A

investigação subsequente do grupo responsável pelo estudo revelou ainda que as mulheres a quem o acesso à IVG foi negado têm, por comparação às que realizam a IVG, mais dificuldades financeiras (evidenciadas por menor acesso a crédito bancário, falências, despejos, taxas mais elevadas de pobreza) (Miller et al., 2020). São ainda mais propensas a não ter dinheiro suficiente para cobrir despesas básicas de vida vários anos após o parto (e.g., alimentação, habitação, transportes), a permanecer com parceiros violentos ou a criar os/as filhos/as sozinhas (Foster et al., 2022). O vínculo estabelecido com as crianças tende a ser mais fraco, por comparação com o vínculo estabelecido com as crianças nascidas de gravidez posterior de mulheres que realizaram uma IVG (Foster et al., 2018).

A investigação mostrou também que as pessoas que enfrentam obstáculos *logísticos* em aceder à IVG (por exemplo, dificuldades ou atrasos no agendamento de consultas) têm mais sintomas de stresse, ansiedade e depressão (Biggs et al., 2020a) do que as que têm acesso *descomplicado* ao procedimento. Já levar uma gravidez indesejada até ao termo na sequência de negação ou obstaculização de acesso à IVG parece aumentar a probabilidade de complicações fatais como eclâmpsia e hemorragia pós-parto (Gerdt et al., 2015), bem como a ocorrência de dores de cabeça crónicas ou enxaquecas, dores nas articulações e hipertensão gestacional (Ralph et al., 2019).

Naturalmente, **os efeitos negativos da negação ou obstaculização do acesso à IVG estendem-se às crianças nascidas de gestações indesejadas**. Estas apresentam piores indicadores de desenvolvimento infantil e têm uma maior probabilidade de viver na pobreza do que as nascidas de uma gravidez subsequente de mulheres que realizaram uma IVG (Foster et al., 2018). Apresentam ainda mais problemas sociais, emocionais e de Saúde Psicológica ao longo da vida e têm maior probabilidade de ser hospitalizadas por problemas psiquiátricos do que crianças cujas gestações foram planeadas (Dagg, 1991; David, 2006).

A negação ou obstaculização do acesso à IVG contribui também para a **manutenção das desigualdades sociais entre quem pode procurar soluções seguras e contingentes e quem tem menos recursos e/ou é mais vulnerável**. Mulheres jovens, que vivem na pobreza, pertencem a minorias étnicas ou sexuais, ou residem em áreas rurais, têm maior probabilidade de ser negativamente afetadas por restrições de acesso à IVG (Redd et al., 2021; Kozhimannil et al., 2022).

Saliente-se que **a evidência científica não apoia a existência de um "período de reflexão" obrigatório para acesso à IVG**. Os estudos mostram que a maioria das pessoas que optam pela IVG já têm uma decisão clara antes de procurar o procedimento, revelando ainda **que não há diferenças significativas na revogação da decisão e no arrependimento entre quem tem acesso imediato à IVG e quem enfrenta atrasos e entraves** (e.g., Foster, 2020).

Finalmente, refira-se ainda que **a negação ou obstaculização do acesso à IVG produz efeitos negativos na Saúde Psicológica dos/as próprios/as profissionais de Saúde**, que relatam maior sofrimento psicológico em situações de entraves ao procedimento (Biggs et al., 2017; Masten et al., 2024).

Naturalmente, pode ser adotado um conjunto de estratégias no sentido da prevenção da necessidade de recorrer à IVG (e.g., Hindin et al., 2016; Nelas & Ferreira, 2022). Em particular, **o aumento da literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva tem-se mostrado eficaz na redução de gravidezes não planeadas** (com consequente impacto na diminuição de pedidos de IVG). Entre as estratégias de aumento da literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva podem elencar-se: a implementação de programas de educação sexual nos currículos escolares (que abordem não apenas aspectos biológicos, mas também emocionais e relacionais); a implementação de ações e programas de promoção de competências socioemocionais (como a assertividade e a autorregulação, que, por sua vez, podem promover comportamentos sexuais responsáveis e a adesão consciente a métodos contraceptivos); a implementação de campanhas de informação e sensibilização (particularmente, sobre contraceção e prevenção de infeções sexualmente transmissíveis) dirigidas a jovens e pessoas adultas; ou a disponibilização de informação específica sobre acesso à IVG em consultas de planeamento familiar, nos serviços de Saúde. Estas iniciativas podem contribuir para um **maior conhecimento sobre os componentes que integram a sexualidade** (e.g., reprodução, contraceção e prática de sexo seguro) e para a **eliminação de barreiras culturais e socioeconómicas**, reduzindo a estigmatização e incentivando comportamentos sexuais responsáveis (em particular, junto de grupos mais vulneráveis, como as pessoas mais jovens ou que vivem em situação de pobreza), para além de promoverem **atitudes sexuais mais positivas, eficazes e promotoras do bem-estar, qualidade de vida e das relações** (APF, 2014; Mota, 2018). Todos estes aspectos são essenciais à minimização da necessidade de recorrer a uma IVG.

Refira-se que **a Saúde Sexual e Reprodutiva não pode ser adequadamente compreendida sem considerar os contextos socio-económico-políticos nos quais as pessoas estão inseridas** – que determinam narrativas dominantes, desigualdades, relações de poder e modelos de comportamento (e.g., Hepworth, 2006), consequentemente alimentando diversas formas de discriminação e estigma. **As evidências mostram que o impacto da IVG se associa ao contexto pessoal e social, não sendo produto do procedimento em si** (Rocca et al., 2020) – por exemplo, no *Estudo Turnaway*, as mulheres que sentiam que seriam menosprezadas por amigos/as, familiares e membros da comunidade se fizessem uma IVG eram muito mais propensas a relatar sofrimento psicológico vários anos depois (Biggs et al., 2020b). Entendimentos *parcelares* da Saúde Sexual e Reprodutiva (i.e., que desconsiderem ou desvalorizem os diversos aspectos que nela influem) podem limitar severamente a forma como intervenções de promoção da literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva são desenvolvidas (Marks et al., 2018). **Qualquer iniciativa desta natureza deve, necessariamente, integrar uma abordagem inclusiva e uma diversidade de focos analíticos e lentes** – nomeadamente, a da Ciência Psicológica.

Porquanto compreendem a influência dos determinantes individuais, sociais, culturais, económicos e políticos do comportamento sexual (e.g., Rohleder & Flowers, 2018), **os/as Psicólogos e Psicólogas** são essenciais ao desenho e implementação destas iniciativas. Possuem as competências necessárias para entender e intervir nos fatores psicológicos e comportamentais implicados no comportamento sexual (Santos & Figueiredo, 2015) e, consequentemente, para implementar ações de desenvolvimento de competências socioemocionais, promoção de atitudes e comportamentos pró-saúde, mudança comportamental e combate ao estigma. A evidência científica sugere também que **o apoio psicológico oferecido a pessoas que procuram a IVG pode desempenhar um papel crucial na**

promoção de decisões informadas, nomeadamente: promovendo a reflexão sobre o ajustamento entre o pedido de IVG e as expectativas da pessoa; informando sobre os potenciais impactos psicológicos do procedimento; apoiando a gestão emocional da situação; incentivando a procura de cuidados de Saúde e contraceção adequados no futuro; prevenindo efeitos psicológicos negativos (Beja, V. & Leal, 2010).

Pelo exposto, **consideramos que as propostas apresentadas no Projeto de Resolução em apreço são adequadas aos problemas identificados**. Efectivamente, de acordo com o relatório mais recente da Direção-Geral da Saúde, **as mulheres do Alentejo e dos Açores são quem mais tem de viajar para outras regiões para conseguir fazer uma IVG**. Em 2023, 158 mulheres com residência nos Açores realizaram IVGs, porém, apenas 9% dos procedimentos foram realizados no arquipélago (DGS, 2024).

No entanto, gostaríamos de ressaltar que **a IVG é um procedimento que se refere a uma dimensão da Saúde que a todos/as os cidadãos e cidadãs diz respeito**. Assim, embora observemos que a utilização da expressão *Saúde Feminina* é deveras útil e pertinente – nomeadamente, em contextos em que se pretende sublinhar a documentada desigualdade de género no acesso à Saúde – julgamos que **a promoção do envolvimento de todos e todas nesta matéria beneficiaria da utilização de uma linguagem de género abrangente**, que sublinhe a transversalidade social da questão. Posto isto, pese embora a negação e a obstaculização do acesso à IVG sejam, também, exemplos da desigualdade de género atrás referida, **sugerimos a substituição da expressão *Saúde Feminina* por *Saúde Sexual e Reprodutiva***, neste contexto específico.

Por fim, gostaríamos de reforçar o nosso entendimento de que **a negação e obstaculização do acesso à IVG são injustificáveis, num quadro legal onde o direito de acesso ao procedimento está salvaguardado**. Negar e/ou obstaculizar o cumprimento de tal direito (seja por motivos de objeção de consciência, indisponibilidade dos serviços/profissionais, estigma ou burocracia, entre outros entraves) corresponde não apenas a uma violação de preceitos legais estabelecidos, mas de direitos consagrados (o direito à Saúde e à dignidade humana), configurando ainda uma forma de violência de género. Portanto, pese embora a relevância das medidas propostas no Projeto de Resolução, sublinhamos a **incontornabilidade e urgência do combate à negação e obstaculização da IVG**.

Apresentamos ainda a nossa inteira disponibilidade para, sempre que necessário, continuar a contribuir com partilha de informação e conhecimento científico para a reflexão sobre esta e outras matérias, em prol da prestação de cuidados de Saúde justos, equitativos e de qualidade da todos/as os cidadãos e cidadãs.

Referências Bibliográficas

- American Psychological Association. (2022). The Facts About Abortion and Mental Health. *Monitor on Psychology*. <https://shre.ink/b16h>.
- Associação para o Planeamento de Família. (2014). *Sexualidade*. <http://www.apf.pt/sexualidade>.
- Beja, V. & Leal, I. (2010). Abortion counselling according to healthcare providers: A qualitative study in the Lisbon metropolitan area, Portugal. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 15, 326-35. [10.3109/13625187.2010.513213](https://doi.org/10.3109/13625187.2010.513213).
- Biggs, M.A., Upadhyay, U.D., McCulloch, C.E. & Foster, D.G. (2017). Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. *JAMA Psychiatry*, 74(2), 169-178. [10.1001/jamapsychiatry.2016.3478](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3478).
- Biggs, M.A., Kaller, S. & Ralph, L. (2020a). Barriers accessing abortion care and their association with psychological well-being, *Contraception*, 101 (5), 355. <https://shre.ink/b16W>.
- Biggs, M.A., Brown, K. & Foster, D.G. (2020b) Perceived abortion stigma and psychological well-being over five years after receiving or being denied an abortion. *PLoS ONE*, 15(1), e0226417. <https://shre.ink/b14J>.
- Comissão Nacional de Ética da Consciência e Valores (CNECV) (2024). Parecer nº 131/CNECV/2024 sobre o Projeto de Lei n.º 264/XVI que procede à revisão da Lei n.º 16/2007, de 13 de abril, que regula a interrupção voluntária da gravidez [Parecer]. *Comissão Nacional de Ética da Consciência e Valores*. <https://shre.ink/b1yW>.
- Dagg, P.K. (1991). The Psychological Sequelae of Therapeutic Abortion—Denied and Completed. *American Journal of Psychiatry*, 148(5), 578–585. <https://shre.ink/b1O7>.
- David, H.P. (2006). Born Unwanted, 35 years later: The Prague Study. *Reproductive Health Matters*, 14(27), 181–190. <https://shre.ink/b1Oq>.
- Direção-Geral da Saúde. (2024). Relatório de Análise dos Registos da Interrupção da Gravidez de 2023. <https://shre.ink/b1Ft>.
- Foster, D.G., Biggs, M.A., Raifman, S., Gipson, J.D., Kimport, K. & Rocca, C.H. (2018). Comparison of health, development, maternal bonding, and poverty among children born after denial of abortion vs after pregnancies subsequent to an abortion. *JAMA Pediatrics*, 172(11):1053-1060.
- Foster, D.G. (2020). *The Turnaway Study: Ten years, a thousand women, and the consequences of having – or being denied – an abortion*. Simon & Schuster.
- Foster, D.G., Biggs, M.A., Ralph, L., Gerds, C., Roberts, S. & Glymour, M.M. (2022). Socioeconomic outcomes of women who receive and women who are denied wanted abortions in the United States. *American Journal of Public Health*, 112(9), 1290–1296. <https://shre.ink/b1Oe>.
- Gerds, C., Dobkin, L., Foster, D.G. & Schwarz, E.B. (2015). Side effects, physical health consequences, and mortality associated with abortion and birth after an unwanted pregnancy. *Women's Health Issues*, 26(1), 55-59.
- Hepworth, J. (2006), The emergence of critical health psychology: Can it contribute to promoting public health? *Journal of Health Psychology*, 11(3), 331–341.
- Hindin, M.J., Kalamar, A.M., Thompson, T.A. & Upadhyay, U.D. (2016). Interventions to Prevent Unintended and Repeat Pregnancy Among Young People in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of the Published and Gray Literature. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), S8-S15. [10.1016/j.jadohealth.2016.04.021](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.04.021).
- Kozhimannil, K.B., Hassan, A. & Hardeman, R.R. (2022). Abortion access as a racial justice issue. *The New England Journal of Medicine*, 387(17), 1537–1539. <https://shre.ink/b1Ob>.

PARECER OPP – Projeto de Resolução n.º 28/XIII (PAN) – Acesso à Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)

- Lusa (2025). Clínicas de Vigo e Badajoz realizaram 530 abortos a residentes em Portugal em 2023. *PÚBLICO*. <https://shre.ink/bm6W>
- Marks, D.F., Murray, M. & Estacio, E.V. (2018) *Health Psychology. Theory, Research & Practice (5th edition)*. London: SAGE.
- Masten, M., Campbell, O., Horvath, S. & Zahedi-Spung, L. (2024). Abortion and Mental Health and Wellbeing: A Contemporary Review of Literature. *Current Psychiatry Reports*, 26(12), 877-884. [10.1007/s11920-024-01557-6](https://doi.org/10.1007/s11920-024-01557-6).
- Miller, S., Wherry, L.R. & Foster, D.G. (2020) The Economic consequences of being denied an abortion. January 2020. *The National Bureau of Economic Research*, NBER Working Paper, 26662.
- Mota, P. J. S. F. (2018). *Competências Emocionais e Literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva nos Estudantes do Ensino Secundário* [Relatório final de mestrado]. Repositório Aberto do Instituto Politécnico de Viseu. <https://shre.ink/b1OD>.
- Nelas, P. & Ferreira, M. (2022). Construção e Validação da Escala de Literacia em Saúde Sexual e Reprodutiva. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 113-124.
- Ralph, L.J., Schwarz, E.B., Grossman, D. & Foster, D.G. (2019). Self-reported physical health of women who did and did not terminate pregnancy after seeking abortion services: A cohort study *Annals of Internal Medicine*, 171(4), 238–247. <https://shre.ink/b1Or>.
- Redd, S.K., Rice, W.S., Aswani, M.S., et al. (2021) Racial/ethnic and education inequities in restrictive abortion policy variation and adverse birth outcomes in the United States. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1139. <https://shre.ink/b1Op>.
- Rocca, C.H., Samari, G., Foster, D.G., Gould, H. & Kimport, K. (2020). Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. *Social Science & Medicine*, 248, 112704. <https://shre.ink/b16i>.
- Rohleder, P. & Flowers P. (2018). Towards a psychology of sexual health. *Journal of Health Psychology*, 23(2), 143-147. [10.1177/1359105317750162](https://doi.org/10.1177/1359105317750162).
- Santos, M. J., & Figueiredo, A. (2015). Contraceção na adolescência: Aconselhamento e linhas de orientação. *Revista Eletrónica de Educação e Psicologia*, 2(3), 62-75. <https://shre.ink/b1OW>.
- Vicente, L. F. (2020). Aborto por opção da mulher: a experiência portuguesa da implementação da Rede Nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(1), e00036219. <https://shre.ink/b1Od>.



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

www.ordemdospsicologos.pt
www.recursos.ordemdospsicologos.pt/repositorio
www.eusinto.me