

**JS****GABINETE DE
ESTUDOS POLÍTICOS**

Diagnóstico sobre implementação da legislação referente à Interrupção Voluntária da Gravidez

Resumo

Em julho de 2013 foram assinalados 6 anos sobre a entrada em vigor da regulamentação da Lei da Interrupção Voluntária da Gravidez. O presente diagnóstico monitoriza a aplicação da legislação aprovada, caracteriza as utentes e os procedimentos utilizados e conclui que o número de IVG em Portugal se encontra abaixo da média europeia, que o número de complicações decorrentes de IVG ilegais se reduziu drasticamente desde 2007, que a proporção de IVG de repetição em Portugal se encontra abaixo dos valores de outros países europeus e que a introdução de pagamento de taxas moderadoras na realização de IVG não se afigura como necessária.

Julho de 2014

1. ENQUADRAMENTO IDEOLÓGICO	3
2. CONTEXTO INTERNACIONAL	4
3. CONTEXTO NACIONAL	5
3.1. Evolução da IGV e caracterização de utentes	5
3.2. Caracterização de procedimentos	10
3.3. IVG de repetição	11
4. CONCLUSÕES	13
5. PROPOSTAS	15

A abordagem da matéria referente à Interrupção Voluntária da Gravidez tem um espaço político bastante reconhecido no seio da Juventude Socialista e que se fundamenta nas seguintes premissas:

a) a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos e das opções inerentes à liberdade individual é uma matéria transversal às ideologias de esquerda, o que se fundamenta no seu caráter mais progressista a nível moral e social;

b) a interrupção voluntária da gravidez é considerada um direito humano da mulher na sequência da 4.ª Conferência das Nações Unidas sobre as Mulheres (Pequim, 1995) que estabeleceu: “Os direitos humanos das mulheres incluem o direito de controlar e decidir livre e responsabilmente sobre todos os assuntos que dizem respeito à sua saúde sexual e reprodutiva...”;

c) PS e JS postulam a defesa dos direitos humanos e da dignidade da pessoa humana (n.os 3 e 13 da Declaração de Princípios do PS e artigo 1.º dos Estatutos da JS).

Foi com base nestes princípios ideológicos que a JS defendeu “um enquadramento legal mais adequado à realidade, contra a hipocrisia, por uma maternidade responsável, pelos direitos da mulher à saúde, à integridade física e à interrupção da gravidez em condições de higiene, segurança e dignidade humana, independentemente da sua condição económica ou social”¹. A JS liderou esta discussão não pela liberalização da prática do aborto mas pela defesa da integridade física da mulher, da sua saúde, dignidade e qualidade de vida e contra os perigos decorrentes da prática de aborto clandestino.

Em julho de 2013 são assinalados 6 anos sobre a entrada em vigor da regulamentação da Lei da Interrupção Voluntária da Gravidez, que veio permitir o acesso a esta prática médica às mulheres que manifestem essa vontade nas primeiras 10 semanas de gravidez. Essa regulamentação concretizou as disposições genéricas que haviam sido aprovadas neste âmbito pela Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, definindo as condições exatas em que se opera o acesso aos serviços médicos do SNS.

Tendo a Juventude Socialista liderado a discussão em torno desta matéria e sendo esta uma das suas mais reconhecidas posições, a responsabilidade política impõe-lhe que continue a acompanhar a questão, sendo pertinente monitorizar a aplicação da legislação e refletindo sobre as falhas e virtualidades da situação atual, com vista a corrigir erros ou aprofundar aspetos positivos, o que se pretende fazer com o diagnóstico que agora se apresenta.

¹ Para além da liderança política e social na discussão referente à despenalização da IVG, foram apresentados os projetos de lei do projeto de lei nº 451/VII, projeto-lei nº 405/IX e projeto de lei nº 19/X.

Nas últimas décadas, o continente Europeu apresentou dois padrões distintos no que respeita à interrupção voluntária da gravidez. Por um lado, os países da Europa ocidental apresentam sistematicamente as mais baixas taxas de aborto enquanto, por outro, os países do leste europeu (Bielorrússia, Bulgária, Eslováquia, Hungria, Polónia, Moldávia, República Checa, Roménia, Rússia e Ucrânia) apresentam as taxas mais elevadas do mundo [1]. Curiosamente, as diferenças têm vindo a reduzir-se devido a uma diminuição importante das taxas de aborto nos países do leste europeu relacionada não apenas com a “ocidentalização” das práticas políticas mas também com a implementação de medidas públicas de incentivo ao uso de métodos mais eficazes de contraceção.

Em termos legais, o aborto é permitido em todos os países europeus, com exceção de Andorra e Malta, países onde não está proibida a sua realização em quaisquer circunstâncias. Na Polónia e na Irlanda, a interrupção voluntária da gravidez encontra-se severamente limitada, sendo permitida em situações extremamente excecionais. Contudo, iniciou-se recentemente na República da Irlanda o processo de revisão da legislação em vigor com vista a ampliar as condições de realização do aborto legal. Para consulta das características da legislação atualmente em vigor nos países da União Europeia, consultar o quadro comparativo constante como anexo.

De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde, cerca de 90% dos países europeus autorizam o aborto em caso de risco para a saúde materna ou de malformação do embrião/feto, enquanto cerca de 80% autorizam o aborto por dificuldades económicas, sociais e/ou vontade da mulher [1].

Em Portugal, a legislação sobre a interrupção voluntária da gravidez foi alterada, pela última vez, em 2007 na sequência dos resultados de um referendo (ainda que não vinculativo) realizado no mesmo ano. Desde essa data, a Direção Geral de Saúde (DGS) publica, todos os anos, um relatório anual no qual faz uma análise descritiva do número de IVG realizadas em Portugal (todas as IVG são obrigatoriamente declaradas em registo informático à DGS). O presente diagnóstico baseia-se nos dados oficiais divulgados pela DGS.

Deve salientar-se que os relatórios têm sido publicados de forma atempada e apresentam uma importante uniformidade que permite não apenas a sua comparação mas também uma análise temporal da evolução da situação. Ainda assim, verificam-se algumas lacunas importantes em termos de informação disponibilizada, nomeadamente no que respeita a: (1) semana de gestação na qual se realizam as IVGs; (2) tempo de espera para a consulta prévia; (3) tempo entre a consulta prévia e a IVG (relatadas apenas no primeiro relatório, referente ao ano de 2007); (4) o número de mulheres que pedem e obtêm apoio psicológico; (5) e o número de mulheres que desistem de fazer a IVG após a consulta prévia (nunca relatados); (6) acessibilidade à IVG por região; (7) número e localização geográfica dos médicos e enfermeiros objetores de consciência.

Uma vez que o presente diagnóstico se realiza por forma a acompanhar a implementação da Lei n.º16/2007 de 17 de abril, que despenalizou a IVG por opção da mulher, os números apresentados e a análise focar-se-á apenas na IVG por este motivo.

3.1 Evolução da IVG e caracterização de utentes

No que respeita ao número de IVG realizadas, verifica-se que o número total de IVG realizadas em território português tem sofrido aumentos e diminuições desde 2007. Excluindo o primeiro ano, no qual a lei entrou em vigor apenas durante o mês de junho, o número total de IVG variou entre 18.014 em 2008 e 19.802 em 2010; representado, em todos os anos, cerca de 97% de todas as IVG's.

A razão entre o número de IVG e 1.000 mulheres em idade fértil (mulheres entre os 15 e os 49 anos) é o indicador utilizado internacionalmente para analisar as tendências de realização deste ato uma vez que tem em consideração as oscilações na população feminina. O rácio do número de IVG por mulheres em idade fértil também tem sofrido algumas variações (quadro 1). Da análise dos dados resulta que 2008 foi o ano em que este rácio foi menor (6,94 IVG / 1000 mulheres em idade fértil), tendo aumentado para 7,45 em 2009 e mantendo-se relativamente constante até 2012.

3. CONTEXTO NACIONAL

Diagnóstico sobre implementação da legislação referente à Interrupção Voluntária da Gravidez

Quadro 1. Número de IVG por opção da mulher e rácio de IVG por mulheres em idade fértil em Portugal entre 2007 e 2012

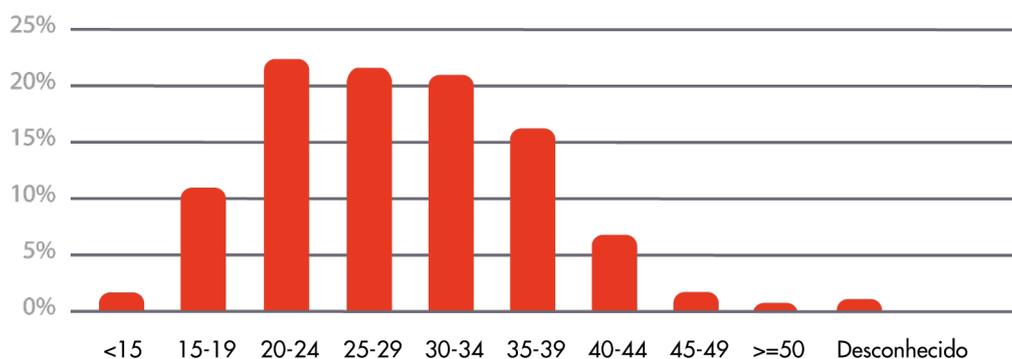
Ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Número de IVG	8,193	18,014	19,222	18,991	19,802	18,408
Rácio IVG / 1000 mulheres em idade fértil	3,14	6,94	7,45	7,41	7,85	7,25

Notas: em 2007 a lei apenas foi regulamentada em julho; a base populacional para o cálculo do rácio de 2012 é a mesma que em 2011 (dados dos Censos), uma vez que ainda não estão disponíveis estimativas populacionais para este último ano. Mulheres em idade fértil: população do sexo feminino residente em Portugal entre os 14 e os 49 anos.

Qualquer comparação entre os indicadores nacionais e internacionais deverá incidir sobre a IVG por todas as causas, uma vez que os números dos outros países não apresentam isoladamente os valores relativos à IVG por opção da mulher. Assim, é interessante notar que Portugal se encontra entre os países com valores mais baixos, apresentando cerca de 7,46 IVG por 1000 mulheres em idade fértil, comparativamente com uma média europeia de 10 por 1000 em 2008 [2].

A análise da IVG em função do grupo etário demonstra que os grupos que mais recorrem à IVG estão localizados entre os 20 e 34 anos, representando, em todos os anos, mais de 60% de todas as IVG (figura 1). Verifica-se que a IVG em raparigas e mulheres com menos de 20 anos tem tido uma tendência decrescente desde 2010, representando em 2012 11,23% de todas as IVG.

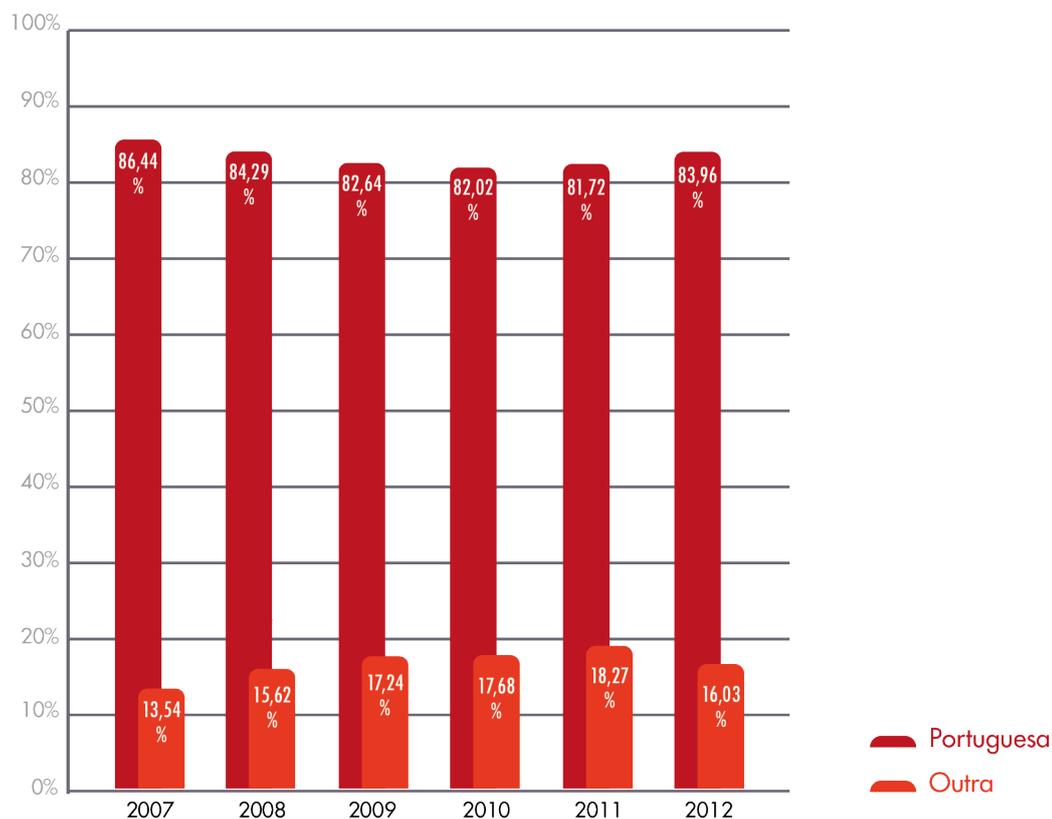
Figura 1. Distribuição da proporção de IVG por opção da mulher por grupo etário entre 2007 e 2012



3. CONTEXTO NACIONAL

Na análise da IVG por nacionalidade verifica-se que a proporção de mulheres que recorrem à IVG de nacionalidade não portuguesa se tem mantido relativamente inalterada ao longo dos últimos anos (entre 15,62 e 18,3%) (figura 2).

Figura 2. Proporção de IVG, por ano, entre 2007 e 2012, por nacionalidade da mulher (portuguesa ou não portuguesa)



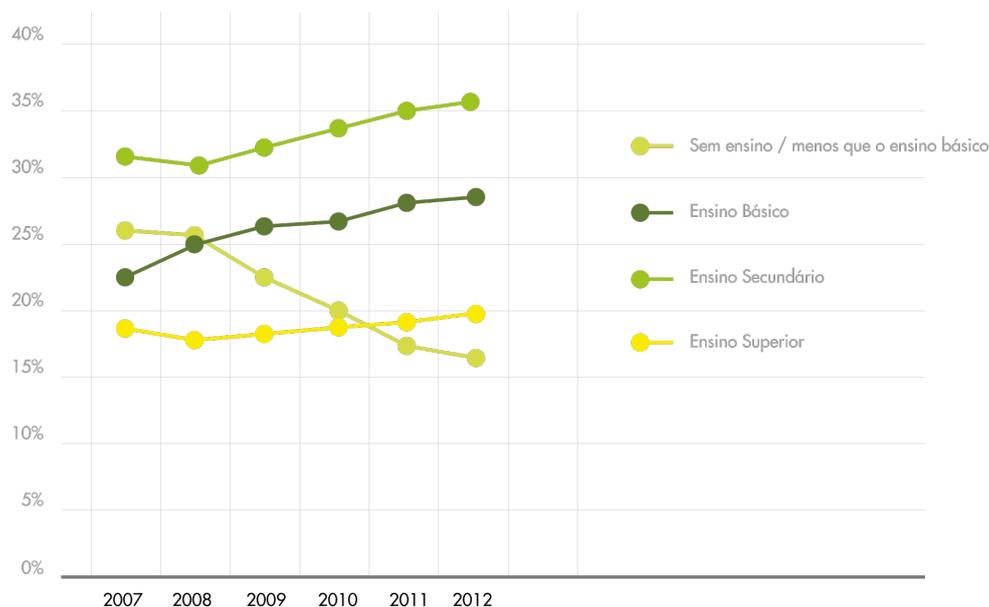
3. CONTEXTO NACIONAL

Quando se analisa o número de filhos, constata-se que a maioria das mulheres que recorrem à IVG (cerca de 40%) não tinham filhos, cerca de 29% já tinham um filho, entre 21 e 24% tinham dois filhos, cerca de 6% tinham três filhos e cerca de 2% tinham quatro ou mais filhos. Esta distribuição tem sofrido poucas alterações ao longo dos anos.

Em relação ao grau de instrução, verifica-se que a maioria tem o ensino secundário completo, o segundo maior grupo tem o ensino básico completo, cerca de 20% tem ensino superior completo e, desde 2007 até 2012, a proporção de mulheres com grau de instrução mais baixo (sem instrução alguma ou sem o ensino básico completo) diminuiu substancialmente de 26 para 16% (Figura 3).

A análise da situação laboral demonstra que, pela primeira vez em 2012, a situação laboral mais frequente entre as mulheres que recorreram à IVG era “desempregada” (22,7%). A categoria “estudante” também tem sido das mais frequentes, com 16,8% em 2012. As categorias “agricultoras, operárias, artífices e outras trabalhadoras qualificadas” e “trabalhadoras não qualificadas” são as duas outras principais categorias profissionais, com 16,29 e 16,99% em 2012, respetivamente (Quadro 2).

Figura 3. Proporção de mulheres que recorreram à IVG de acordo com o nível de instrução, por ano, de 2007 a 2012



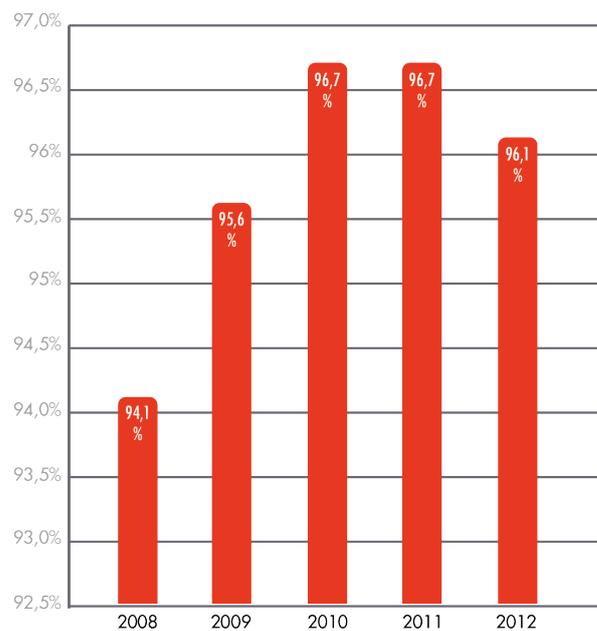
3. CONTEXTO NACIONAL

No que respeita à contraceção pós IVG, verifica-se que no período compreendido entre 2008 e 2012, o número de mulheres que escolheram depois de recorrer à IVG um método contraceptivo variou entre 94 e 97% (Figura 4). É de notar uma tendência global crescente desta proporção, tendo estabilizado nos 96% em 2012.

Quadro 2. Proporção de IVG de acordo com a situação laboral da mulher, por ano, entre 2007 e 2012

Situação Laboral	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	1,59%	1,27%	1,18%	1,00%	0,87%	0,84%
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	7,22%	5,68%	5,78%	6,90%	7,98%	7,65%
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	7,94%	8,06%	8,00%	7,96%	6,89%	6,71%
Pessoal Administrativo, Serviços e similares	12,20%	11,84%	11,38%	10,54%	9,84%	8,89%
Agricultores, Operários, Artífices e outros Trabalhadores Qualificados	16,83%	16,86%	15,94%	16,33%	19,02%	16,29%
Forças militares e militarizadas	0,49%	0,58%	0,56%	0,72%	0,71%	0,60%
Trabalhadores não qualificados	19,93%	20,61%	18,88%	18,89%	15,51%	16,99%
Trabalho doméstico não remunerado	3,70%	3,51%	3,02%	0,23%	2,43%	2,17%
Estudante	14,92%	15,54%	17,85%	17,28%	16,87%	16,80%
Desempregado	14,54%	15,84%	17,16%	17,19%	19,44%	22,70%
Desconhecido	0,64%	0,21%	0,25%	2,94%	0,43%	0,34%

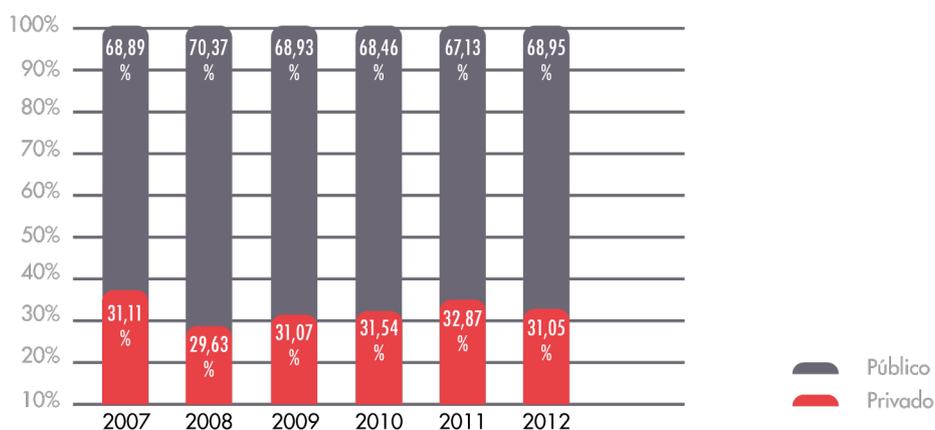
Figura 4. Proporção de mulheres que, após a IVG, escolheram um método contraceptivo, por ano, entre 2008 e 2012



3.2. Caracterização de procedimentos

No que respeita à proporção de IVG por setor (público / privado), os dados demonstram uma certa estabilidade com cerca de 2/3 das IVG's a realizarem-se no setor público (figura 5).

Figura 5. Proporção de IVG de acordo com o setor do sistema de saúde (público ou privado), por ano, entre 2007 e 2012



3.3. IVG de repetição

Um dos pontos mais sensíveis e que merece maior atenção diz respeito às IVG's de repetição. Verifica-se que a proporção de mulheres que recorrem à IVG tendo já realizado pelo menos uma IVG registado um aumento, considerando os 20,8% indicados em 2007 comparativamente com os 26,1% em 2012. Deve salientar-se que este aumento no número e na proporção de IVG de repetição foi também observado noutros países após a despenalização da IVG – após um aumento inicial, esta proporção tende a atingir um plateau e ficar relativamente constante daí em diante. Este efeito deve-se, provavelmente, a dois principais fatores: (1) uma adaptação social que deixa as mulheres mais confortáveis em admitir que já realizaram uma

3. CONTEXTO NACIONAL

IVG antes (conforto que podia não existir nos primeiros anos da lei) e (2) evidentemente, a despenalização em si, permite que haja mais mulheres que já tenham recorrido a uma IVG.

Deve salientar-se que a proporção de IVG de repetição em Portugal (26% em 2012) encontra-se claramente abaixo dos valores de outros países europeus (cerca de 30% na Itália[2], Finlândia[2], França[2], Reino Unido[3] e Espanha[2], 39% na Suécia[4], quase 50% na Hungria[2] e 62% na Estónia[2])

Por fim, importa lançar um olhar sobre a questão das taxas moderadoras na execução da IVG. De acordo com a legislação em vigor, a IVG está isenta do pagamento de taxas moderadoras, havendo alguns grupos que advogam a introdução de pagamentos para a realização deste ato.

A análise da experiência dos EUA antes e depois da introdução de pagamentos para as IVG levou a uma diminuição do número de IVG a curto prazo [5]; no entanto, não houve evidência de um aumento dos procedimentos ilegais como consequência da introdução destes pagamentos. No caso de Portugal, será importante considerar que mais de 50% da população portuguesa se encontra isenta [6] e que as taxas moderadoras têm um valor máximo fixado em 50€. Assim, e tendo em conta que uma IVG cirúrgica ilegal custa mais de 300€ [7] e uma IVG medicamentosa ilegal custa cerca de 40€ [8], é de esperar uma manutenção do número global de IVG e é de considerar o risco de haver um aumento do número de IVG medicamentosas ilegais.

Da análise dos dados conhecidos resulta que:

1. Os números da IVG em Portugal não são preocupantes, encontrando-se abaixo dos números previstos antes da alteração legislativa, com baixas proporções de IVG por mulher em idade fértil e de IVG de repetição no contexto internacional.
2. A grande maioria das mulheres escolhe um método contraceptivo depois da IVG, o que se constitui como um importante fator na diminuição/estabilização do número global de IVG realizadas.
3. A maior parte das mulheres que recorrem à IVG são desempregadas, estudantes ou trabalhadoras não qualificadas, o que se constituiu como uma matéria de interesse para exploração, análise e reflexão futuras. Pode antever-se que a falta de condições económicas para educar uma criança, a falta de informação sobre métodos contraceptivos e a reduzida acessibilidade aos cuidados de saúde são fatores que contribuem para esta situação.
4. Ainda existem mulheres com necessidade de recorrer ao hospital por complicações decorrentes de IVG realizadas em contexto ilegal. A informação disponibilizada pela DGS é escassa e não permite avaliar com exatidão os determinantes destas situações nem explorar se se verificaram problemas de acessibilidade aos cuidados de saúde ou se o aumento do prazo legal para realização da IVG poderia reduzir estes números.
5. O método preferencialmente utilizado nos setores público e privado é substancialmente diferente, sendo necessária mais informação para compreender os motivos que justificam esta disparidade (se as mulheres que recorrem ao setor privado são muito diferentes das mulheres que recorrem ao setor público e se esta diferença justifica a proporção diametralmente oposta na proporção de IVG cirúrgicas entre um setor e outro; se as mulheres que recorrem ao privado têm, por exemplo, um tempo gestacional mais avançado, justificando uma maior proporção de procedimentos; ou se o direito da mulher à escolha do tipo de procedimento para a IVG não estará a ser observado em muitas instituições públicas, uma situação que foi apontada no relatório da IGAS já mencionado).

6. O pagamento de taxas moderadoras na realização de IVG não se afigura como necessário uma vez que:
 - a) uma IVG ilegal medicamentosa pode ter um custo semelhante ao que as taxas moderadoras poderiam custar para uma IVG, pelo que poderia verificar-se um aumento do número de IVG ilegal, realizada em contexto de maior insegurança e sujeita a um número superior de complicações que seriam posteriormente assumidas pelo SNS;
 - b) a maioria das mulheres que recorrem à IVG são desempregadas ou com empregos pouco diferenciados, pelo que se tratam de pessoas particularmente vulneráveis aos co-pagamentos e que, no contexto atual, estariam isentas desse pagamento;
 - c) as taxas moderadoras para a IVG de repetição, tratando-se de uma medida punitiva e moralizadora, são inaceitáveis no contexto do Serviço Nacional de Saúde;

7. Os relatórios publicados pela DGS, apesar de em geral se apresentarem adequados, poderiam ser melhorados nomeadamente no que respeita à inclusão de dados sobre:
 - a) a semana de gestação em que são realizadas a maioria das IVG. Tendo Portugal um dos prazos mais curtos da Europa, seria interessante verificar a pertinência de um alargamento do mesmo;
 - b) o tempo de espera para as consultas prévias, principalmente tendo em conta o prazo apertado para a realização da IVG;
 - c) as complicações por IVG, fundamentalmente de forma a poder compará-los com os números anteriores à alteração legislativa e de forma a monitorizar o recurso aos procedimentos ilegais e inseguros;

Com base no exposto, propõe-se que sejam defendidas as seguintes posições:

1. Apoio à continuação da monitorização anual da IVG, com a melhoria do conteúdo dos relatórios da DGS nomeadamente no que respeita à inclusão de dados sobre a semana de gestação de realização da IVG e tempo de espera para consultas prévias, o que permitirá uma melhor avaliação da evolução da IVG e uma maior deteção dos problemas relacionados com a mesma. A grande maioria das mulheres escolhe um método contraceptivo depois da IVG, o que se constitui como um importante fator na diminuição/estabilização do número global de IVG realizadas.
2. Exigência da atualização da monitorização das complicações relacionadas com IVG, nomeadamente no que respeita à comparação das complicações da IVG realizadas em serviços de saúde com as IVG realizadas em contexto ilegal.
3. Exigência da conceção de um estudo detalhado que permita perceber os determinantes que perpetuam a procura de procedimentos ilegais por parte das mulheres.
4. Fortalecimento dos programas de educação e de promoção da saúde sexual e reprodutiva feminina e masculina, com garantia de existência de serviços de informação e disponibilização contraceptiva variada e de boa qualidade, de modo a que a IVG possa existir apenas como solução de último recurso.
5. Proposta de desenvolvimento de um relatório de análise por parte da DGS ou IGAS que proceda à análise das diferenças entre o setor público e o setor privado, verifique se está a ser respeitado o direito da mulher à participação na escolha do método utilizado, se está a ser garantida uma correta informação e acessibilidade a todos os tipos de tratamento e se estão assegurados os recursos indispensáveis à sua realização.
6. Defesa da continuação da isenção do pagamento de taxas moderadoras para a IVG em todas as situações (incluindo repetições).

- [1] <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/activities/abortion/facts-and-figures-about-abortion-in-the-european-region>
- [2] The reproductive health report: The state of sexual and reproductive health within the European Union. The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception. 2011;16 Suppl 1:S1-70. Epub 2011/09/09.
- [3] UK National Statistics. Abortion Statistics, England and Wales: 2011. London: 2012.
- [4] Makenzius M, Tyden T, Darj E, Larsson M. Repeat induced abortion - a matter of individual behaviour or societal factors? A cross-sectional study among Swedish women. The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception. 2011;16(5):369-77. Epub 2011/07/23.
- [5] Henshaw SK, Joyce TJ, Dennis A, Finer LB, Blanchard K. Restrictions on Medicaid Funding for Abortions: A Literature Review. New York: Guttmacher Institute, 2009.
- [6] Barros PP. Health policy reform in tough times: the case of Portugal. Health Policy. 2012;106(1):17-22. Epub 2012/05/11.
- [7] Ramos R. Médico propõe aborto ilegal num hospital público. Nunes P. ed. Lisboa: Rádio e Televisão de Portugal; 2012 p. 2:25.
- [8] Ferreira, Carlos. 2004. Comprámos a Pílula Abortiva. Correio da Manhã. Disponível em: <http://www.cmjornal.xl.pt/detalhe/noticias/nacional/portugal/compramos-pilula-abortiva>
- [9] Federação Internacional de Planeamento Familiar. "Abortion: Legislation in Europe" 10a edição, maio de 2012. Disponível em: <http://www.ippfen.org/en/Resources/Publications/Abortion+legislation+in+Europe.htm>

ANEXO. Legislação sobre Interrupção Voluntária da Gravidez na Europa: Quadro Comparativo

Situações e período gestacional previstos na lei para interromper uma gravidez																	
	Por opção da mulher	PG	Crimes contra autodeterminação sexual	PG	Perigo de vida para a mulher	PG	Anomalias fetais	PG	Problemas físicos ou mentais da mulher	PG	Razões sociais	PG	Menor idade/imaturidade da mulher	PG	Autorização para menores	Aconselhamento obrigatório	Período de reflexão obrigatório
Alemanha	Sim	12	Sim	12	Sim	∞	Sim	∞	Sim	∞	Sim	∞	Não	∞	s/i	Sim	Sim
Áustria	Sim	12	s/i		Sim	27	Sim	27	Sim	27	Não	27	Sim	27	Não	s/i	s/i
Bulgária	Sim	12	s/i		Sim	∞	Sim	∞	Sim	∞	Não	∞	Não	∞	Não	Sim	Sim
Bélgica	Sim	12	s/i		Sim	∞	Sim	∞	Sim	20	Não	20	Não	∞	Sim	Sim	s/i
Chipre *	Não		Sim	∞	Sim	∞	Sim	∞	Sim	∞	Sim	∞	Não	∞	s/i	Não	Não
Dinamarca	Sim	12	Sim	27	Sim	27	Sim	27	Sim	27	Não	27	Sim	27	Sim	Não	s/i
Eslováquia	Sim	12	s/i		Sim	∞	Sim	∞	Sim	∞	Não	∞	Não	∞	Sim	Sim	Sim
Espanha	Sim	14	s/i		s/i		Sim	∞	Sim	22	Não	22	Não	∞	Não	s/i	s/i
Estónia	Sim	11	s/i		s/i		Sim	21	Sim	21	Não	21	Sim	21	Sim	Sim	Não
Finlândia *	Não		Sim	12	Sim	∞	Sim	24	Sim	20	Sim	12	Sim	20	Não	Sim	s/i
França	Sim	12	s/i		Sim	∞	Sim	∞	Sim	∞	Não	∞	Não	∞	Não	s/i	Sim
Grécia	Sim	12	Sim	19	Sim	∞	Sim	∞	Sim	∞	Não	∞	Não	∞	Sim	s/i	s/i
Holanda	Sim	13	s/i		Sim	∞	Sim	∞	Sim	∞	Não	∞	Não	∞	Sim	Não	Sim
Hungria	Sim	12	Sim	12	Sim	∞	Sim	∞	Sim	12	Não	12	Sim	18	Sim	Sim	Sim
Irlanda	Não		Não		Sim	∞	Não		Não		Não		Não		s/i	s/i	s/i
Letónia	Sim	12	Sim	12	Sim	22	Sim	22	Sim	22	Não	22	Não		Sim	Sim	Sim
Lituânia	Sim	12	s/i		Sim	22	Sim	22	Sim	22	Não	22	Não		Sim	Sim	Não
Polónia	Não		Sim	∞	Sim	∞	Sim	∞	Sim	∞	Não	∞	Não		s/i	s/i	s/i
Portugal	Sim	10	Sim	16	Sim	∞	Sim	24	Sim	12	Não	12	Não		Sim	Sim	Sim
Reino Unido *	Não		s/i		Sim	∞	Sim	∞	Sim	∞	Não	∞	Não		s/i	s/i	s/i
República Checa	Sim	12	Sim	12	Sim	∞	Sim	∞	Sim	12	Não	12	Não		Sim	Sim	s/i
Roménia	Sim	14	s/i		Sim	∞	Não		Sim	∞	Não	∞	Não		Sim	s/i	s/i
Suécia	Sim	18	s/i		Sim	22	Sim	22	Sim	22	Não	22	Não		s/i	s/i	s/i

Fonte: Federação Internacional de Planeamento Familiar [9]. Notas: inclui informação sobre todos os Estados Membro da União Europeia excepto Croácia, Eslovénia, Itália, Luxemburgo e Malta.

Legenda: "PG" período gestacional (em semanas); "s/i" sem informação; "∞" sem limite gestacional; "d" dias; "s" semanas

* Países em que a lei não estipula claramente que é permitida a IVG por opção da mulher mas que têm leis que permitem a interrupção por diversas razões.

