



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Mobilidade pelo direito ao aborto na União Europeia: o caso da Polónia

Mariana Ferreira dos Santos Sá

Mestrado em Ação Humanitária

Orientadora:

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

Co-Orientadora:

Doutora Violeta Sabina Niego Perestrelo de Alarcão, Investigadora Auxiliar
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2025



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Sociologia

Mobilidade pelo direito ao aborto na União Europeia: o caso da Polónia

Mariana Ferreira dos Santos Sá

Mestrado em Ação Humanitária

Orientadora:

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

Co-Orientadora:

Doutora Violeta Sabina Niego Perestrelo de Alarcão, Investigadora Auxiliar
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2025

Agradecimentos

Esta dissertação só foi possível devido ao incrível acompanhamento e apoio das professoras Dras. Sónia Pintassilgo e Violeta Alarcão, que me motivaram e ajudaram em cada passo da investigação. Agradeço muito terem acreditado em mim e nas minhas capacidades.

Agradeço também à Lia Nogueira que me acompanhou, motivou e apoiou durante todo este mestrado e sempre acreditou que eu o concretizaria.

À minha família e amigos que conviveram comigo durante este tempo e me apoiaram.

Por fim, agradeço a mim mesma pelo meu empenho e persistência mesmo quando não me sentia confiante no que fazia.

Resumo

A dissertação analisa a mobilidade transfronteiriça associada ao acesso ao aborto, com foco no caso da Polónia e no contexto da União Europeia. A Polónia, um dos países europeus com legislação mais restritiva relativamente ao aborto, leva as mulheres a buscar alternativas fora do país para exercer esse direito. Muitas polacas atravessam fronteiras para aceder a serviços de aborto em países vizinhos com legislação mais liberal em matéria de aborto.

O objetivo principal do trabalho é compreender como as mulheres polacas recorrem à mobilidade transnacional para obter cuidados de saúde reprodutiva em contraposição a contextos legais internos hostis e investigar os fatores sociais, políticos e económicos que moldam essas trajetórias.

A investigação apoia-se em dados quantitativos e qualitativos, combinando análise documental baseada em relatórios de organizações internacionais com intervenção na área da interrupção voluntária da gravidez e estudos sobre mobilidade e direitos reprodutivos, complementada por uma entrevista semiestruturada à dirigente de uma associação portuguesa que presta apoio neste processo.

No caso polaco, os resultados evidenciam que o tipo de mobilidade em análise não pode ser reduzido à noção de “turismo abortivo”, tratando-se, antes, de “migração temporária para acesso a um direito fundamental”, conceito que melhor traduz o carácter político, social e económico destes movimentos. A importância das redes transnacionais de apoio que garantem informação, financiamento e acompanhamento logístico reforça esta visão. Os resultados refletem não apenas desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, mas também a disputa em torno da autonomia corporal e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Palavras-chave: Justiça Reprodutiva, Interrupção Voluntária da Gravidez, Direitos Sexuais e Reprodutivos, Mobilidade Transfronteiriça, Migração por Cuidados de Saúde, Redes de Apoio Transnacional

Abstract

The dissertation analyses the cross-border mobility related to access to abortion, focusing on the case of Poland and the broader context of the European Union. Poland, one of the European countries with the most restrictive legislation in terms of abortion, pushes women to seek alternatives outside the country to exercise this right. Many Polish women cross borders to access abortion services in neighbouring countries with more liberal abortion laws.

The main objective of this work is to understand how Polish women resort to transnational mobility to obtain reproductive health care when in hostile legal contexts, and to investigate the social, political, and economic factors that shape these trajectories.

The research relies on both quantitative and qualitative data, combining document analysis based on reports from international organizations involved in voluntary abortion and studies on mobility and reproductive rights, complemented by a semi-structured interview with the director of a Portuguese association that provides support to individuals in this process.

In the Polish case, the findings highlight that the type of mobility under analysis cannot be reduced to the notion of "abortion tourism" but should instead be understood as "temporary migration for access to a fundamental right", a concept that better reflects the political, social, and economic nature of these movements. The importance of transnational support networks that provide information, funding, and logistical assistance further strengthens this perspective. The results reveal not only inequalities in access to health care, but also the ongoing dispute over bodily autonomy and women's sexual and reproductive rights.

Keywords: Reproductive Justice, Voluntary Termination of Pregnancy, Reproductive and Sexual Rights, Cross-border Mobility, Healthcare Migration, Transnational Support Networks

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	iii
Abstract	v
1 INTRODUÇÃO	1
2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1 Conceitos e definições.....	5
2.2 Acesso ao aborto na Polónia	6
2.3 Impacto da COVID-19 no acesso ao aborto.....	7
2.4 Influência da Igreja Católica na saúde reprodutiva	8
2.5 Classificação da mulher e do feto na sociedade polaca.....	8
3 METODOLOGIA	11
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
4.1 Evolução da legislação sobre o aborto na Polónia	15
4.2 Legislação europeia sobre o aborto.....	18
4.3 Acesso ao aborto em caso de gravidez na adolescência.....	20
4.4 Movimentos sociais na questão do aborto na Polónia.....	21
4.5 Ativismo e ajuda humanitária no direito ao aborto	23
4.6 Acesso à Interrupção Voluntária da Gravidez em Portugal	25
4.7 Associações transfronteiriças e nacionais - Como funcionam e de que forma prestam assistência.....	26
4.8 Impacto das associações no acesso ao aborto	27
4.9 Entrevista a uma associação portuguesa de apoio à IVG.....	28
4.9.1 Restrições Legais e Desafios na IVG.....	29
4.9.2 Perfil das Mulheres e Motivações para a IVG	30
4.9.3 Barreiras Atuais e Preocupações	31
4.9.4 Deslocações para IVG e Comparaçāo Europeia.....	31
4.9.5 Ativismo e Desconstrução do Tabu	32
4.10 Acesso ao aborto no estrangeiro – Turismo ou migração temporária?	34

5 CONCLUSÃO	37
BIBLIOGRAFIA.....	39
FONTES.....	43
ANEXO A	45

Índice de tabelas

Tabela 4.1 - Quadro cronológico e contextual da legislação sobre o aborto na Polónia.....	15
---	----

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

Uma das metas da União Europeia (UE) enquanto organização pluriestatal é reduzir as diferenças políticas e culturais, pois estas afetam a partilha de valores e boas relações internacionais e influenciam a vida dos cidadãos dos Estados pertencentes à UE.

No entanto, as leis e os direitos não são iguais em todos os países membros da UE, facto que, em simultâneo, limita e promove a mobilidade. Nesse sentido, na atualidade, é muito comum os cidadãos europeus irem trabalhar ou viver para outro país europeu em estadias de curta ou longa duração. As desigualdades experienciadas nos vários países causam um grande desequilíbrio e incoerência numa visão global, mas permitem a mobilidade aos seus cidadãos para o acesso a direitos negados nos seus países e reconhecidos em outros.

Na Polónia, as mulheres apenas podem recorrer ao aborto quando a vida ou a saúde da mulher está em perigo ou quando a gravidez resulta de uma violação ou incesto. Esta realidade cria nas residentes polacas a necessidade de encontrar alternativas no limite ou fora da legislação atual do país para poderem exercer o seu direito ao aborto, para o que o suporte de organizações não governamentais pode ser decisivo.

Esta dissertação visa analisar o caso da Polónia, enquanto exemplo emblemático de legislação altamente restritiva sobre o aborto na UE, investigando de que forma a limitação quase total deste direito no país pode gerar um fenómeno de migração temporária de mulheres polacas para países vizinhos, com o propósito de realizar a interrupção voluntária da gravidez (IVG). A partir deste estudo de caso, procura-se refletir sobre dinâmicas mais amplas de mobilidade reprodutiva no espaço europeu e os desafios que se colocam ao acesso equitativo aos direitos sexuais e reprodutivos.

Assim, pretende-se responder a duas questões principais. A primeira é: De que forma a legislação restritiva sobre o aborto na Polónia contribui para a migração temporária de mulheres grávidas para países vizinhos onde a IVG é legal? A segunda questão é: De que forma é que fatores como classe social, idade e local de residência condicionam a capacidade destas mulheres de aceder à IVG fora do território polaco, e como é que estas, através das suas práticas, negociam ou reconfiguram esses condicionamentos?

Ao abordar estas questões, a investigação pretende explorar os mecanismos legais, sociais, culturais e de saúde que influenciam o acesso ao aborto, bem como as estratégias utilizadas para contornar as restrições legais e práticas no contexto polaco.

Estas perguntas ganham a sua relevância quando se entende que uma proibição a um direito humano conduzirá a alternativas para garantir o seu alcance. Esta ideia merece ser apresentada e discutida à luz da teoria da ação (Giddens, 1984; Certeau, 1980): Os atores/agentes sociais (neste caso, as mulheres com capacidade reprodutiva) não são passivos diante das restrições impostas pelo sistema social ou legal, antes desenvolvem estratégias e ações para contornar essas limitações. Assim, a proibição de um

direito humano (direito ao aborto) leva inevitavelmente à emergência de práticas alternativas que visam a realização desse direito, demonstrando a capacidade de agência dos indivíduos e a dinâmica entre restrição estrutural e ação individual.

Neste caso concreto da restrição e proibição do direito ao aborto, a alternativa tende a ser a emigração ou migração temporária. A mobilidade na UE permite aos seus cidadãos residirem por vários meses ou anos nos seus países membros, tendo direito a vários benefícios exclusivos para cidadãos da UE, nomeadamente em questões de saúde, através do Cartão Europeu de Seguro de Doença — CESD (Segurança Social, 2022).

Este cartão facilita aos cidadãos da UE o acesso a cuidados médicos enquanto em viagem, situação de trabalho ou estudos (e.g., Erasmus). Porém: “Os cuidados de saúde são prestados aos portadores do CESD nos mesmos moldes que aos beneficiários do sistema de Segurança Social do país onde se encontram, o que significa que esses cuidados podem não ser gratuitos e que pode haver lugar ao pagamento de taxas moderadoras ou de comparticipações (não reembolsáveis)” (Segurança Social, 2022), e “O CESD não constitui uma alternativa a um seguro de viagem, nem abrange as situações em que a pessoa segurada se desloca a outro Estado com o objetivo de receber tratamento médico” (Segurança Social, 2022), sendo este o caso das pessoas que vão da Polónia para os países vizinhos para fazer um aborto (Swash, 2021).

Sendo a mobilidade um dos pilares fundamentais da cidadania da UE, os cidadãos europeus beneficiam do direito à livre circulação e à residência em qualquer Estado-Membro. Esta liberdade, amplamente estudada por autores como Aradau, Huysmans e Squire (2010), não é apenas um direito formal, mas também uma prática que reforça a pertença e a identidade europeias.

Neste contexto, a migração intraeuropeia torna-se uma realidade quotidiana e institucionalmente facilitada, permitindo que cidadãos da UE se desloquem temporariamente para outros países europeus para aceder a serviços de saúde reprodutiva, como a IVG, quando estes lhes são negados no país de origem:

O principal destino das mulheres europeias para a realização de IVG fora do seu país de origem são os Países Baixos. Com a lei menos restritiva da Europa — que permite a interrupção até a 24^a semana de gravidez — o país realizou quase metade (48,15%) de todos os abortos realizados fora do país de residência. (Ascensão, 2025, p.5)

Em contraste, os refugiados — como os sírios que migraram em massa para a Europa entre 2015 e 2016 — enfrentam um conjunto de barreiras legais, administrativas e sociais muito mais complexas. Esta diferença ilustra o conceito de “cidadania diferenciada”, proposto por Yasemin Soysal (1996), segundo o qual o acesso a direitos e liberdades varia significativamente consoante o estatuto jurídico e político dos indivíduos. Assim, enquanto a mobilidade intraeuropeia pode funcionar como uma estratégia de compensação por direitos negados, ela permanece um privilégio exclusivo dos cidadãos da UE.

A mobilidade como forma de acesso a um direito, sendo este especificamente o direito ao aborto, parece não ter sido ainda muito explorada academicamente. Com esta dissertação, procuro contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre como a mobilidade, especificamente no contexto europeu e em articulação com os direitos humanos, tem especial relevo na resposta à negação de direitos a nível nacional. Argumenta-se que a negação do acesso a um direito, a nível nacional, pode ter uma resposta (legalmente enquadrada), no espaço europeu, que não se encontra noutras contextos.

A migração temporária para acesso a um direito fundamental é uma das estratégias, com base nesse enquadramento. Ou seja, encontram-se mecanismos indiretos, por via da legislação europeia e da atuação de organizações não governamentais para assegurar a um nível transnacional o cumprimento do princípio da justiça reprodutiva, não garantido no plano nacional, mesmo implicando custos, em termos de segurança, bem-estar e resultados em saúde. Os custos afetarão de forma mais pronunciada determinados grupos de mulheres, o que constitui também um eixo de análise desta investigação.

Neste trabalho, a metodologia utilizada foi de natureza interpretativista, partindo do pressuposto de que os fenómenos sociais são construídos e interpretados pelos sujeitos, e não apenas observáveis de forma objetiva. Foram analisados dados qualitativos e quantitativos, começando por fazer um enquadramento da legalidade do acesso ao aborto na Polónia e o contexto social, político e legal envolvente do país. De seguida, apresentam-se e são discutidos os resultados resultantes da investigação.

CAPÍTULO 2

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Conceitos e definições

Os principais conceitos teóricos que serão trabalhados nesta dissertação incluem a *justiça reprodutiva* (Hall, Akwatu & Danvers, 2023), que aborda como a liberdade reprodutiva pode ser limitada por fatores legais, sociais e económicos, afetando desproporcionalmente grupos marginalizados. É definido como o “direito à autonomia corporal de cada um, de se reproduzir, de não se reproduzir, e de criar crianças em comunidades seguras e sustentáveis.” (Hyatt, McCoyd & Diaz, 2022).

O *aberto* pode ser espontâneo ou induzido. O aborto espontâneo consiste na interrupção de uma gravidez devido a uma ocorrência accidental ou natural. O aborto induzido é um procedimento usado para interromper uma gravidez, também denominado Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) (Associação para o Planeamento da Família, n.d.). Este será analisado como um direito fundamental, integrante dos direitos das mulheres e da liberdade individual, contrastando com a sua criminalização em determinados Estados-Membros da UE, onde não é reconhecido como tal.

O *biopoder* é um conceito criado por Michel Foucault que diz ser próprio de uma sociedade liberal: “l’ensemble des mécanismes par lesquels ce qui, dans l’espèce humaine, constitue ses traits biologiques fondamentaux va pouvoir entrer à l’intérieur d’une politique, d’une stratégie politique, d’une stratégie générale du pouvoir (...).” (Foucault, 2004, p.3). Define-se então, pela gestão biológica de uma população, da qual engloba todos os campos da vida. Por sua vez, a *biopolítica* “tem como (...) objeto a população de homens viventes e os fenômenos naturais a ela subjacentes. Regula e intervém sobre taxas de natalidade, fluxos de migração, epidemias, longevidade.” (Furtado & Camilo, 2016, p.37). São, portanto, as leis e outros mecanismos sociais ou legais que visam controlar os corpos da população.

A *mobilidade europeia* será analisada como um instrumento de construção da identidade europeia e como mecanismo que permite aos cidadãos da UE aceder a oportunidades — incluindo serviços de saúde reprodutiva — noutros países.

Neste contexto, será analisada a *migração temporária*, migração para uma motivação e/ou finalidade específica com a intenção de que posteriormente haja um regresso ao país de origem ou movimento subsequente (European Migration Network, n.d.).

Por fim, serão discutidos os *direitos humanos na UE*, nomeadamente a Carta Europeia de Direitos Humanos que atualmente não integra o aborto e, portanto, não o classifica como um direito humano (Council of Europe, 1950).

Com este suporte conceptual, procuro entender a forma como o aborto é visto na UE em contraste com a perspetiva polaca e a evolução desta no tempo, para além de analisar os estudos já feitos sobre a mobilidade para o seu acesso.

2.2 Acesso ao aborto na Polónia

A discussão sobre saúde reprodutiva na Polónia inicia-se no período após a Segunda Guerra Mundial, no qual houve discussões sobre as questões éticas e legais que envolvem as indicações para a interrupção da gravidez, os riscos associados e a dinâmica entre profissionais de saúde e pacientes. As bases das atuais políticas contra o aborto e o papel central dos médicos nas decisões relacionadas com a interrupção da gravidez definem-se nesta altura.

Durante o período pós-guerra, autoridades e profissionais de saúde começaram a formular e a estabelecer políticas sobre o aborto, considerando as condições de saúde da mulher e as circunstâncias da gravidez. Os médicos na Polónia sentiam pressão devido a considerações políticas e religiosas, e dilemas éticos, legais e pessoais que moldavam as suas práticas em relação ao aborto (Ignaciuk, 2021). Mais tarde, o período comunista e a posterior transição democrática demonstraram grandes contrastes na legislação e no acesso ao aborto:

(...) post-socialist abortion history in Poland, which, unlike other countries in East Central Europe, most of which maintained the liberal abortion laws enacted during the second half of the 1950s, radically restricted abortion access during its democratic transition, an issue that continues to generate heated debates and controversies. (Ignaciuk, 2021, p.2)

Esta mudança na legislação sobre o aborto pode ser explicada através da teoria do biopoder e da biopolítica de Michel Foucault (2004). O biopoder constitui uma forma de poder que se exerce sobre a vida, não apenas reprimindo, mas regulando e administrando a existência biológica das populações (Foucault, 2004). Restringir o acesso ao aborto é uma estratégia biopolítica, que impõe controlo direto sobre os corpos das mulheres e sobre a reprodução. A biopolítica manifesta-se aqui não apenas como técnica de governação, mas como forma de instituir um ideal nacional e moral da vida, reforçando um modelo de sociedade no qual a função reprodutiva da mulher é centralizada e controlada pelo Estado.

Os quase 40 anos de legalização do aborto sob regime comunista desde 1956 a 1992, tiveram por base a necessidade e a instrumentalização, e não o conceito de direito a este ou de autodeterminação dos seus corpos, e, portanto, Nowicka (2007) teoriza que não foi algo pelo que as mulheres tenham lutado para alcançar. A necessidade de legalização suportava-se no facto de várias mulheres morrerem por causa de abortos clandestinos perigosos, levando à implementação de uma lei para salvar as vidas das mulheres. No entanto, com a posterior ilegalização não foi registada uma subida na mortalidade da gestante, devido ao facto de os abortos clandestinos serem agora feitos por médicos e profissionais de saúde com maior segurança (Nowicka, 2007).

Esta forma de ver os direitos das mulheres estava fundamentada pela ideia de o comunismo ser um regime de promoção da igualdade de género, onde não haveria necessidade de haver movimentos feministas (Nowicka, 2007). Neste sentido, foi mais fácil retirar este direito, visto que não havia um movimento feminista organizado para lutar para o manter:

Since the fall of communism, women have lost the benefits of equal pay for equal work, maternity, and childcare. The loss of maternity and childcare benefits forces women to assume a primary role in the home because childcare services are insufficient and domestic services are expensive. This perpetuates the traditional stereotype of a woman as mother and wife. (Czerwinski, 2004, p.672)

O acesso desigual ao aborto constitui um problema tanto a nível nacional como internacional, no qual grávidas menores de idade, de classes sociais mais baixas, migrantes, e residentes em regiões com menos acesso a clínicas ou hospitais, têm mais dificuldade a realizar um aborto devido às barreiras institucionais, económicas, sociais e regionais com que se deparam (Cullen & Korolczuk, 2019). Nos resultados desta dissertação, serão analisados de que forma é que estes obstáculos têm impactos práticos no acesso efetivo ao aborto.

2.3 Impacto da COVID-19 no acesso ao aborto

A nível europeu, o acesso ao aborto foi condicionado em 2020 pela pandemia da COVID-19, internamente, através de quarentenas nos Estados-membros e, externamente, na mobilidade dentro da UE: “Em 2019, houve 5892 abortos realizados por mulheres europeias num país diferente daquele onde vivem. No ano seguinte, com o surgimento da pandemia, o número caiu para 4718” (Ascensão, 2025).

Durante a pandemia, muitos serviços de saúde foram redirecionados para o tratamento de COVID-19, o que afetou a disponibilidade de cuidados de saúde não relacionados com a pandemia, incluindo o aborto: “The family-planning organization Marie Stopes International estimates that there could be up to 2.7 million additional unsafe abortions performed as a consequence of COVID-19” (Bojovic, Stanisljevic & Giunti, 2021, p.1).

As residentes na Polónia que faziam a viagem para países vizinhos para realizar um aborto viram-se sem opções de atravessar a fronteira e residentes noutros países europeus que, em situação normal, têm acesso ao aborto viram-se também sem muitas opções: “According to the report, over 5.633 static and mobile clinics, and community-based care outlets across 64 countries were closed because of COVID-19 restrictions, directly affecting access to abortion.” (Bojovic et al., 2021, p.1).

Alguns países adotaram a telemedicina para facilitar o acesso ao aborto de forma remota: “telemedicine is being used for counselling, distributing abortion medication prescriptions, and guidance on the abortion process” (Bojovic et al., 2021, p.2) Desta forma, as gestantes podiam ter consultas e ser acompanhadas, tendo em alguns países sido possibilitada a ida a uma farmácia para aviar a receita de comprimidos abortivos ou recebê-los em casa por correio de forma a poderem autoadministrar.

Na Polónia, o acesso ao aborto foi quase completamente restringido e não foi classificado como cuidado de saúde essencial, tendo alguns serviços de saúde decidido suspender os serviços abortivos durante a quarentena ou cancelar procedimentos já planeados devido a problemas de saúde relativos à COVID-19 vistos como mais urgentes. A retórica do ministro da saúde encorajava as mulheres a usar o

tempo em quarentena para reconsiderar a sua decisão em abortar e consultar psicólogos (Bojovic et al., 2021, p.5).

2.4 Influência da Igreja Católica na saúde reprodutiva

Para melhor entender de que forma a Polónia luta pelo direito ao aborto contra as pressões internas antiaborto, é necessário falar da forte influência da Igreja Católica, que exerce um grande poder na política pública e na promoção de uma cultura conservadora, impactando no alcance dos direitos reprodutivos.

As tensões entre os movimentos pelos direitos das mulheres e as pressões religiosas e políticas na Polónia, contribuem para compreender as dificuldades de acesso ao aborto em contextos conservadores. A resistência dos movimentos feministas, que emergiram após a lei de 1993 na Polónia, faz-se através da luta por mudanças legislativas e pela ampliação do acesso ao aborto, mas enfrenta grandes obstáculos políticos e legais. O impacto social e económico da legislação atual faz com que mulheres de classes sociais mais baixas tenham maiores dificuldades para aceder a serviços seguros de aborto.

Na Polónia, o culto à Santa Maria tem uma presença muito forte. Nesse contexto, foi criada uma derivação em Santa Pole, um símbolo que representa a mulher polaca antes de mais como mãe, e essa maternidade é vista como um ato heroico e patriótico. Qualquer tentativa das mulheres polacas de se libertarem desta visão associada a um nível moral a que são obrigadas a tentar manter, é visto como uma traição à nação e à igreja (Nowicka, 2007).

A razão de controlo político e religioso sobre os corpos pode ser lida à luz da história política e das várias perdas de independência da Polónia, e de como era através da reprodução e transmissão da língua e tradições polacas e da religião católica no seio familiar que se mantinha um espírito de revolta e preservação da identidade nacional (Nowicka, 2007, p.12). Por outro lado, as mulheres são também frequentemente penalizadas pela gravidez, alvo de críticas que associam a gestação à promiscuidade e à necessidade de sofrimento durante o parto (Nowicka, 2007, p.12). Neste enquadramento, o aborto é representado como uma saída fácil ao “castigo” que se considera merecido por terem ousado reivindicar o direito ao prazer sexual.

2.5 Classificação da mulher e do feto na sociedade polaca

A sociedade polaca sustenta valores tradicionais que privilegiam a família, a comunidade e a sociedade em detrimento do indivíduo, classificando as mulheres como figuras abnegadas cujo principal objetivo é reproduzir e servir os outros. Neste contexto, as mulheres são frequentemente privadas de agência própria e vistas como agentes passivos, a quem a lei é imposta sem consulta:

Women are minimized for many obvious reasons, including the fact that Poland, like most societies, is patriarchal. Women's reproductive functions are not seen as an individual issue but actually constitute the basis for their subordination – since women's reproduction contributes

to the growth of the community, the community has assumed the authority to control it. (Nowicka, 2007, p.11)

A ótica da necessidade no regime comunista para o direito ao aborto, implica também a sua condicionalidade, pois a retórica era que se a vida da mulher não está em risco e existem outros meios de prevenir uma gravidez, como por exemplo através de contraceptivos, este direito seria questionável. A ótica do direito demonstra, pelo contrário, que, se uma mulher pretende abortar, ela está no seu direito, pois esta detém autodeterminação sobre o seu corpo (Nowicka, 2007).

Enquanto as mulheres perdem, gradualmente, mais direitos sobre o seu corpo, observa-se a crescente construção do feto como uma identidade política separada da sua gestante, começando a ter mais direitos do que a mulher que o carrega (Nowicka, 2007, p.16). A retórica antiaborto assenta, então, na articulação do feto como uma criança não nascida, personificada e humanizada ao atribuir-lhe emoções e características humanas, como a capacidade de chorar, de sofrer, de sentir dor e de comunicar. (Koralewska & Zielińska, 2022, p.5).

Esta retórica é apoiada e cientificamente fundada através de médicos e profissionais de saúde antiaborto, e depois propagada pelos media da direita na Polónia, que, ao perpetuarem essa mensagem, contribuem para a manutenção da legislação em vigor e para a polarização do debate público sobre o aborto. A perspetiva é então alterada, no sentido de o aborto ser visto como um assassinio e morte de um ser humano (Koralewska & Zielińska, 2022).

Deste princípio evoluiu a conceptualização do aborto como não sendo só a limitação do direito à vida de uma pessoa, mas também de discriminação, ao alegar que abortar fetos com malformações era uma forma de eugenia, ou um feto concebido na prática de um crime estaria a ser discriminado por causa das circunstâncias de como foi gerado (Koralewska & Zielińska, 2022, p.6).

É acrescentada ainda uma outra perspetiva religiosa influenciada pela Igreja Católica, que acredita que a conceção é sagrada e que uma alma é alocada a um feto no momento da sua criação. Esta crença defende que não é só imoral, de acordo com os padrões humanos, abortar uma vida, como também é profano a um nível espiritual. O corpo da mulher pode ser visto como sendo, então, reduzido ao papel de uma incubadora, que tem a obrigação de nutrir e fazer crescer uma nova “pessoa” até ao seu nascimento e consequente emancipação, como humano com plenos direitos. Nesse sentido, é retirado à mulher o controlo sobre o seu próprio corpo, tornando este um corpo público sujeito a monitorização, crítica e proteção (Koralewska & Zielińska, 2022, p.6).

A conceção negativa do aborto utiliza a ideia de "proteger as mulheres" para justificar a restrição do aborto, argumentando que afeta negativamente a saúde psicológica e mental da gestante, classificando-o como um trauma vindouro. Esta retórica dificulta o avanço de políticas progressistas sobre os direitos reprodutivos (Koralewska & Zielińska, 2022).

Este trabalho tem como objetivo analisar o acesso ao aborto na Polónia enquanto exemplo emblemático no contexto da UE, identificando os principais fatores legais, sociais e culturais que condicionam o exercício deste direito. Para esse fim, pretende-se identificar de que forma fatores como

a classe social, a idade e o local de residência podem afetar o acesso a este direito, e compreender de que forma a legislação altamente restritiva, as influências religiosas e os valores tradicionais moldam as políticas públicas e afetam a vida das mulheres polacas.

Para além disso, é feita uma análise de como estas variáveis criam uma migração temporária de mulheres grávidas para países europeus vizinhos onde a IVG é legal. O estudo procura refletir sobre as consequências destas restrições para a saúde, a autonomia e os direitos das mulheres, bem como discutir possíveis caminhos para a promoção de uma abordagem mais inclusiva e baseada nos direitos humanos. Para responder a estas questões, recorre-se a uma abordagem metodológica que será detalhada na seção seguinte.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

O presente trabalho tem como principal objetivo analisar a mobilidade europeia para acesso ao aborto na Polónia, considerando os constrangimentos legais, sociais e políticos que condicionam a autonomia reprodutiva das mulheres. Procura-se compreender de que modo os enquadramentos normativos, os discursos sociais e religiosos e as dinâmicas de estigmatização moldam o acesso à interrupção voluntária da gravidez (IVG) e contribuem para a deslocação transnacional em busca de cuidados de saúde reprodutiva. De forma mais específica, pretende-se identificar os mecanismos que dificultam o acesso ao aborto seguro no contexto polaco, explorar o papel das redes de apoio e organizações feministas na mitigação dessas barreiras e refletir sobre as implicações desta mobilidade para a autonomia corporal, os direitos humanos e a justiça reprodutiva.

No trabalho decorrente desta dissertação foi utilizado o paradigma interpretativista. Este analisa as múltiplas realidades, sujeitando-as a interpretações contextuais. Considera a realidade como relativa e subjetiva. Ou seja, o resultado da investigação é uma interpretação que parte de diversas perspetivas acerca do objeto de estudo, tendo como objetivo compreender e/ou interpretar através da indução e de dados qualitativos e quantitativos (Bhattacherjee, 2012).

Escolhi esta metodologia pois considero que a diferença da realidade no acesso ao aborto na Polónia comparado aos restantes países membros da UE, requer uma análise que relativize e interprete o porquê de isto acontecer, tendo também em conta quais são as pessoas que mais procuram e requerem acesso a diferentes formas e tipos de intervenções ou ajudas através da mobilização de recursos e do contacto com associações tendo em conta a sua localização regional no país e no continente, a sua idade, a sua classe social e os custos associados à realização do aborto (custos com deslocações, medicação, acompanhamento médico).

O presente estudo adota uma abordagem de estudo de caso sobre as políticas restritivas ao aborto na Polónia. O foco centra-se na análise de três períodos distintos: o contexto anterior à aprovação das leis de 2020, quando o acesso ao aborto era menos restrito; o período da pandemia de COVID-19, que implicou muitas restrições à mobilidade transfronteiriça e, consequentemente, ao acesso a serviços de aborto no estrangeiro; e o período pós-2020, marcado por um aumento da procura por parte das mulheres polacas junto de instituições e organizações de apoio. O objetivo é compreender como as mudanças legislativas e contextuais influenciaram o acesso ao aborto e as estratégias adotadas pelas mulheres para contornar as restrições impostas.

Escolhi este caso em específico pois a Polónia é um dos países, juntamente com Malta, que só permite o aborto em termos muito restritivos (Center for Reproductive Rights, 2020). É também, no entanto, um país ao qual várias instituições prestam auxílio às residentes que procuram acesso ao aborto. Estas organizações oferecem auxílio financeiro, informações, apoio psicológico, apoio à mobilidade, e acesso a comprimidos para a IVG.

Para esse efeito, escolhi uma abordagem qualitativa e quantitativa. Na vertente quantitativa, recorri a dados estatísticos para poder compreender melhor a dimensão de quem procurava este tipo de ajuda e de que formas. Utilizei dados estatísticos de organizações, associações e instituições que quantificaram e disponibilizaram publicamente esses dados, considerados fontes primárias para a compreensão das estratégias de apoio transfronteiriço à IVG. A associação polaca Abortion Dream Team disponibiliza no seu site informações, relatórios e dados estatísticos (Abortion Dream Team, n.d.).

Em termos qualitativos, foi feita uma análise da legislação sobre o aborto na Polónia, na UE e em Portugal. Esta foi possível através de documentos legais, artigos científicos e acontecimentos ligados ao objeto de estudo, recolhendo dados e relatos de eventos já disponíveis publicamente. Os dados foram recolhidos com base na organização da UE e nas leis presentes na Polónia e em Portugal. Subsequentemente, foi criado um quadro cronológico e contextual da legislação sobre o aborto na Polónia.

Foi investigado como o acesso ao aborto é afetado em casos de gravidez na adolescência na Polónia e na UE. Também foram verificados protestos e mobilização da população como forma de ativismo em resposta aos limites ao aborto (e.g., os discursos e os atores) e de revolta em torno da realidade legislativa. Foi também estudada a reação e a atuação por parte dos profissionais de saúde face à legislação sobre o aborto ao longo das suas diferentes fases.

Houve também um grande foco nas associações nacionais e transnacionais dedicadas a possibilitar o acesso ao aborto a quem não o tem. As que serviram de referência foram a Abortion Without Borders, a Associação Escolha, Women on Waves e Women on Web.

Foram igualmente previstas entrevistas direcionadas a pessoas pertencentes às instituições de apoio e a grávidas que recorriam à sua ajuda. Foi desenvolvido um guião de entrevista igual para todas as instituições, que visava entender a esfera de ação que estas conseguem ter num território inóspito à sua existência e trabalho, e como ultrapassam esses obstáculos.

Nesse sentido, durante dois meses foram efetuadas diversas tentativas de contactar várias associações que atuavam com requerentes da Polónia, nomeadamente a Ciocia Czesia, a Abortion Dream Team, a Federa e a Kobiety w Sieci. Apesar de ter obtido uma resposta da Kobiety w Sieci, cuja responsável não teve disponibilidade para participar. Consequentemente, procurei contactar associações e instituições portuguesas como a Associação Escolha e a Associação para o Planeamento da Família (APF), com atuação na área dos direitos reprodutivos.

Recebi uma resposta positiva e realizei uma entrevista com a dirigente da Associação Escolha. A entrevista foi previamente gravada e transcrita de forma literal (*verbatim*), preservando integralmente as falas da participante. Posteriormente, os dados foram submetidos a uma análise de conteúdo temática, conforme proposto por Bardin (2011), visando a identificação de categorias emergentes e a interpretação dos significados subjacentes às narrativas. Procurou-se, assim, reconhecer nas respostas os conceitos fundamentais do trabalho e as respetivas dimensões de análise, de forma a obter resultados relevantes para o cumprimento dos objetivos definidos.

O guião original de entrevista, disponível em anexo, procurava compreender a necessidade de existir uma associação dedicada à IVG em Portugal; identificar as restrições ainda existentes no acesso a este direito em território nacional; obter uma perspetiva pessoal e direta através do contacto de associações que apoiam gestantes no terreno; mapear as ações de sensibilização e ativismo realizadas; identificar que tipo de apoio é prestado às gestantes; avaliar a dimensão e alcance desse apoio a nível nacional e internacional; verificar se existe contacto entre associações de diferentes países relacionadas com o direito ao aborto; analisar a existência de receção ou encaminhamento de migrantes entre estas associações.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados juntamente com a sua discussão, de modo a permitir uma análise integrada e contextualizada dos dados. Será apresentada informação de forma cronológica e contextual, que condensa a evolução legislativa sobre o aborto na Polónia, no período de 1932 a 2020. Segue-se a análise da legislação sobre o aborto na Polónia, onde também foi estudada a reação e a atuação por parte dos profissionais de saúde à lei sobre o aborto durante as diferentes fases. De seguida, explicita-se a evolução da legislação sobre o aborto na UE, seguida de uma breve exposição sobre o acesso ao aborto na adolescência.

Prosseguimos, depois, com a análise dos movimentos sociais para a defesa do aborto na Polónia e a luta contra as instituições religiosas e polacas que faziam propaganda contra o aborto. De seguida, faz-se uma exposição ao atual acesso à interrupção voluntária da gravidez (IVG) em Portugal. Depois, elucida-se também sobre organizações nacionais e transnacionais que praticam ativismo e que criaram associações de apoio à realização do aborto. Explicita-se como funcionam, de que forma prestam assistência e o impacto que tiveram. Foram também analisados dados estatísticos a partir de um relatório da associação polaca Abortion Dream Team.

Por fim, é analisada a entrevista a uma associação portuguesa de apoio à IVG, a Associação Escolha, e discutido o conceito de turismo de aborto.

4.1 Evolução da legislação sobre o aborto na Polónia

O quadro seguinte está organizado em colunas verticais que indicam a data, o conteúdo legislativo e o contexto sociopolítico e cultural de cada fase analisada. O quadro engloba a legislação sobre o aborto na Polónia desde 1932 até 2020.

Tabela 4.1 - *Quadro cronológico e contextual da legislação sobre o aborto na Polónia*

Data	Legislação	Contexto sociopolítico e cultural
1932	Aborto legalizado em casos de risco para a saúde ou crime	Espelhava legislação dos passados poderes de participação
1942-1945	Lei Nazi permite aborto em qualquer circunstância quando pedido pela gestante	Ocupação Nazi
1947	Aborto proibido (haviam perdido muita população na guerra)	Novo regime comunista

1956	Aborto legalizado em caso de risco para a saúde, crime e circunstâncias de vida difíceis (razões terapêuticas ou sociais)	Ocupação pela URSS. Incluído devido a tendências regionais e procura local
1993	Aborto legal, até às 12 semanas de gravidez, em caso de risco para a saúde, crime, ou havendo a probabilidade de o feto sofrer de uma doença incurável	Transição democrática. Pressão religiosa e moral
1996	Aborto legal, até às 12 semanas de gravidez, em caso de risco para a saúde, crime, havendo a probabilidade de o feto sofrer de uma doença incurável, e circunstâncias de vida difíceis (razões terapêuticas ou sociais)	Governo esquerdistas no poder
1997	A lei de 1996 foi declarada ato inconstitucional, regressando-se à de 1993	Pressão religiosa e moral (começa-se a procurar acesso ao aborto fora da Polónia)
2020	Proibido em caso de anomalias fetais	Pandemia (restrição na mobilidade europeia e no acesso a clínicas)

Fonte: Elaboração própria.

A primeira lei para a legalização do aborto na Polónia foi instaurada em 1932: “Abortion for medical and criminal reasons was first legalized in Poland in 1932. In 1956, in response to regional trends and local demand, state-socialist authorities added another indication: ‘difficult life circumstances’ (Ignaciuk, 2021, p.8). Durante a ocupação nazi de 1942 a 1945, o aborto foi permitido quando solicitado, como instrumento eugenético para dizimar ainda mais as populações sob controlo do regime (Hunt, 1999). A lei de 1956 garantia acesso ao aborto com base em razões terapêuticas ou sociais, de forma gratuita, em hospitais públicos. Ao longo dos anos, foram adicionadas provisões à lei de 1956 que iam dificultando o acesso das mulheres ao aborto e na sua relação com os médicos que o realizavam.

Foi através do biopoder e das medidas biopolíticas tomadas, que o governo polaco, juntamente com a igreja católica, conseguiu implementar cada vez mais restrições ao longo das décadas, após a queda do comunismo, contrariando a ideia de igualdade de género característica da ideologia comunista (Foucault, 2004).

Foi este escalar que levou, em 1993, ao *Act on Family Planning, Human Embryo Protection and Conditions for Legal Pregnancy Termination*, também conhecida como o “Anti-Abortion Act”, que restringiu o aborto a ser apenas realizado através do sistema de saúde público quando: a vida ou saúde da grávida se encontrava em risco; havia a probabilidade de o feto sofrer de uma doença incurável; ou havia a suspeita de que a gravidez resultasse de um ato criminoso (Girard & Nowicka, 2002).

O ato ilegal de abortar um feto antes da confirmação da viabilidade determinava uma pena de 3 anos a quem fazia o procedimento. Se este for realizado após viabilidade, a pena subia para 8 anos. Não havia, no entanto, repercussões legais para grávidas que recorriam ao aborto. Esta lei foi um passo no processo de democratização e afastamento do período comunista, e pretendia renovar os valores polacos tradicionais e reaproximar-se da igreja católica. (Girard & Nowicka, 2002).

A lei foi aprovada pelo parlamento polaco após uma campanha feita pela Igreja Católica Romana liderada pelo papa João Paulo II, apoiada por conservadores e profissionais de saúde: “In implementing the law, physicians, particularly gynecologists, have played the role of gatekeepers who deny abortion even to women who are entitled to it. At the same time many gynecologists provide so-called “underground abortions” in their private clinics” (Nowicka, 2007, p.5).

A recusa de acesso ao aborto a gestantes que, nos termos da legislação vigente, tinham direito a esse procedimento, resultou em mortes evitáveis: “In one case, a woman with an artificial heart valve died after being forced to give birth against her and her husband's will.” (Czerwinski, 2004, p.671). Para além disso, a lei antiaborto de 1993 violava o artigo 38º da constituição polaca (Trybunał Konstytucyjny, n.d.) que visa: “Article 38 guarantees the protection of life of every human. Ironically, because the Polish Tribunal interpreted Article 38 as prohibiting abortion, this Article now fails to protect a woman's life when she is denied a necessary abortion.” (Czerwinski, 2004, p.671).

No entanto, houve resistência: “It took the anti-abortion movement four years to succeed in having a law passed; several previous bills were rejected by the Parliament due to strong opposition from a few women's organisations.” (Girard e Nowicka, 2002).

Em 1996 este ato foi brevemente liberalizado, ao incluir outra vez o aborto por circunstâncias de vida difíceis, por um governo esquerdista eleito em 1994 (Bucholc, 2022), mas, em 1997, o Tribunal Constitucional Polaco tomou uma decisão histórica que restringiu ainda mais o acesso ao aborto no país, declarando-o um ato inconstitucional devido à pressão política e religiosa da Igreja Católica, revertendo o que o governo havia feito. Esta decisão teve um impacto negativo significativo sobre a saúde e os direitos das mulheres, forçando-as a recorrer a abortos ilegais ou a viajar para outros países da UE em busca de serviços seguros: “Demographic data suggest that 80,000 to 200,000 clandestine abortions are currently being performed every year in Poland, with an estimated birth to abortion ratio of 2:1”. (Girard e Nowicka, 2002).

O número de abortos não diminuiu, mas o preço dos abortos clandestinos aumentou, afetando de forma desproporcional as gestantes de classe mais baixa e as que não viviam em grandes cidades. Houve

uma forte resistência por parte de movimentos feministas e organizações de direitos humanos à decisão que consideraram ser uma violação dos direitos das mulheres (Girard & Nowicka, 2002).

A Federação Polaca para Mulheres e Planeamento Familiar, que foi criada em 1992, e atualmente é composta por nove organizações não-governamentais, foi um dos atores disruptivos e vocalmente opostos às leis restritivas. Em 2001, organizaram um tribunal onde várias mulheres testemunharam sobre como a restrição da lei as tinha afetado, procurando informar a população em geral, antes das eleições nacionais, de como esta lei estava a afetar a vida das mulheres e, em certos casos, a provocar a sua morte: “In the year 2000, only 151 legal abortions were performed in Poland's public hospitals, compared to 105,333 in 1988, the year before the anti-abortion debate first started” (Girard & Nowicka, 2002).

No entanto, a lei não se alterou e, em 2020, o Tribunal constitucional polaco restringiu ainda mais o acesso ao aborto, ao proibi-lo em casos de anomalias fetais. Esta alteração na lei representou um retrocesso nas conquistas de direitos das mulheres e na proteção da sua autonomia reprodutiva. A lei também teve implicações para a saúde pública, considerando os riscos que as mulheres correm ao recorrer a abortos ilegais ou clandestinos, e a resistência crescente dos movimentos feministas e defensores dos direitos humanos a essas políticas (Bucholc, 2022).

O sistema jurídico polaco tem seguido uma tendência conservadora devido a uma mudança de orientação política desde 2015, que consiste em reduzir a importância da lei internacional e da jurisprudência dos Direitos Humanos, o que levou ao começo de uma limitação no reconhecimento dos direitos fundamentais das mulheres à saúde e ao controlo sobre os seus corpos (Bucholc, 2022).

O acesso à justiça reprodutiva pela população polaca tem sido, portanto, limitado, tendo o governo polaco estabelecido limites legais, sociais e económicos que restringem o direito à autonomia corporal de corpos com possibilidade de engravidar, afetando desproporcionalmente grupos marginalizados e pessoas com menos possibilidades de poder contornar as leis restritivas (Hall, Akwatu & Danvers, 2023).

4.2 Legislação europeia sobre o aborto

Na lei europeia, o estatuto do aborto não é assegurado como direito na Convenção Europeia sobre Direitos Humanos de 1950 (Council of Europe, 1950). Para tal, teria de ser determinado pela jurisprudência do Tribunal Europeu de Direitos Humanos. No dia 24 de novembro de 2021, o Tribunal Constitucional Polaco declarou o artigo 6 (Direito a um processo equitativo) da Convenção Europeia sobre os Direitos Humanos como inconstitucional, iniciando a tendência de se posicionar contra a lei internacional sobre direitos humanos. Nesse diferendo, a Polónia já perdeu vários casos no Tribunal Europeu dos Direitos Humanos por não permitir o acesso ao aborto (Bucholc, 2022, p.79).

Os direitos reprodutivos foram instrumentalizados nos movimentos antigénero, que mostram a sua oposição aos direitos LGBT e de igualdade de género através de uma retórica sobre a ideologia de género, que, no processo de desdemocratização e retrocessos na lei polaca, afetaram os direitos

reprodutivos (Berthet, 2022). O tema do acesso ao aborto de forma segura e legal foi politizado e discutido internamente de forma não vinculativa na UE, a partir da resolução Van Lancker de 2002 e do relatório Estrela de 2013.

A adotada resolução de 2002 foi o primeiro texto parlamentar a defender o direito ao aborto na UE e incluía tanto provisões progressistas como conservadoras, especificamente o acesso ao aborto de forma segura e legal enquanto realçava os riscos de saúde físicos e psicológicos, supostamente envolvidos no processo abortivo (Berthet, 2022). A resolução de 2013 foi rejeitada em plenário e nunca foi adotada. O texto era progressista e baseava-se no direito enquanto enfatizava o papel da UE nas áreas da saúde pública e não-discriminação. Argumentava que o acesso a serviços abortivos de alta qualidade, como direito humano e preocupação de saúde pública, deviam ser legais, seguros e acessíveis a todas, inclusive mulheres não-residentes (Berthet, 2022).

Havia duas forças políticas em jogo, enquanto um lado defendia o direito reprodutivo como parte do direito da mulher à autodeterminação, o outro focava-se no direito do não-nascido, o direito da objeção de consciência e a defesa da soberania dos Estados-membros. Depois de ter sido enviado para revisão, outros dois relatórios foram preparados pela oposição, um realçando a competência dos Estados-membros no assunto e outro que era anti escolha, sendo que o primeiro haveria de ser adotado em vez do relatório Estrela (Berthet, 2022).

Em 2020, o MPE Matić apresentou um relatório que começava por mencionar o contexto histórico e legislativo internacional sobre o aborto, de forma cronológica, explicitando depois as áreas de intervenção que este relatório pretendia cobrir ao criar um consenso sobre a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos na UE e defini-los como pilares de igualdade de género, democracia e a eliminação de violência baseada no género. É explicitado neste relatório que obrigar as pessoas a continuar uma gravidez até ao fim contra a sua vontade constituía uma violação dos direitos humanos e uma forma de violência baseada no género (European Parliament, 2020, p.7).

Também este relatório foi alvo de pedidos de revisão que incluíam preocupações sobre o estatuto de imigração e desigualdades na classe social, pedidos de ação direta por parte da UE, a suavização da linguagem e a ênfase no princípio subsidiário, a eliminação de todas as referências à igualdade de género e direitos da mulher, razões científicas dúbias e foco nos direitos de um feto não nascido (Berthet, 2022). No entanto, a versão revista não incluiu a retórica anti género e, em maio de 2021, a resolução foi adotada sendo depois incluída no calendário para o debate e voto em plenário.

Dois textos alternativos foram postos a votação. O primeiro remetia para a ideia do texto alternativo ao relatório Estrela, realçando a soberania dos Estados-membros na legislação sobre o aborto, para além de realçar que o direito ao aborto não é um direito reconhecido internacionalmente e que os profissionais de saúde têm o direito à objeção de consciência (European Parliament, 2021a, p.2). O segundo texto afirma que o aborto e as leis de saúde e direitos sexuais e reprodutivos são baseados na legislação nacional, focando-se na prevenção do aborto para evitar o seu uso como método contraceptivo (Berthet, 2022).

Em junho de 2021, o Parlamento Europeu passou a resolução sem grandes alterações ao relatório original, definindo-se o aborto seguro e legal como um serviço essencial e reconhecendo a influência e o papel de instituições antiaborto sobre leis nacionais e políticas públicas com iniciativas retrógradas em diversos Estados-membros (Berthet, 2022). Encorajava também Estados-membros a descriminalizar o aborto e a remover obstáculos a abortos legais como a objeção de consciência e reafirmou que a negação do direito ao aborto era uma forma de violação de género. Por fim, concluiu que a pandemia COVID-19 confirmou a importância de reconhecer o aborto como procedimento médico urgente (Berthet, 2022, p.9).

A complexidade das políticas sobre o aborto no contexto da UE e a dinâmica interna do Parlamento Europeu, permitiram, ainda assim, que diferentes partidos políticos e grupos ideológicos interpretassem os valores europeus de forma a chegar a um balanço positivo na questão do aborto com a resolução Matić (Berthet, 2022). Embora os valores europeus sejam uma construção moral ambígua e contestável, foi através de maioria que os Estados estabeleceram que restrições ao aborto eram uma ameaça à união da UE, tendo como consequência, no entanto, a de considerar os Estados contra o acesso ao aborto como atrasados. Esta resolução e o próprio Matić, sofreram também da pressão de um forte lobby por parte de ativistas e instituições antiaborto (Berthet, 2022, p.10).

Esta resolução e a sua adoção foram uma resposta à adoção da lei de 2020 por parte da Polónia. Outras organizações internacionais, como a ONU, já se pronunciaram a favor do aborto e criticaram a Polónia e outros países pela sua legislação restritiva. No entanto, têm menos poder político e mecanismos para fazer mudança na legislação de um país, do que a UE, com os seus Estados-membros.

4.3 Acesso ao aborto em caso de gravidez na adolescência

A questão da gravidez indesejada na adolescência é interligada com as políticas de aborto e serviços de saúde reprodutiva na UE. O impacto da legislação sobre a gravidez adolescente num determinado país permite verificar como a legislação quanto ao aborto influencia a taxa de gravidez na adolescência. O acesso universal à educação para a sexualidade e aos métodos contraceptivos constitui um elemento fundamental na prevenção do crescimento deste fenómeno, além de também promover a autonomia corporal e a tomada de decisões informadas.

Os dados analisados mostram que a questão da gravidez indesejada na adolescência está fortemente interligada com as políticas de aborto e o acesso a serviços de saúde reprodutiva na UE. A literatura sugere que o impacto da legislação influencia diretamente a taxa de gravidez adolescente, uma vez que limita ou facilita o acesso a contraceção e à IVG (Part, Moreau, Donati, Gissler, Fronteira, Karro, & REPROSTAT group, 2013).

A maior parte das gravidezes na adolescência não são planeadas, o que leva a uma maior procura ao aborto quando estas acontecem. O acesso a serviços de saúde e direitos sexuais e reprodutivos consiste em cinco elementos: geográficos, económicos, administrativos, cognitivos e acessibilidade psicossocial (Part et al, 2013).

A maior percentagem de gravidez na adolescência foi detetada na Europa do Leste. Em 2009, foram registados 20451 nascimentos por adolescentes e nenhum aborto, sendo necessário consentimento parental até aos 18 anos para o realizar. O número elevado de gravidezes na Europa do Leste pode ser consequência da forma como a educação sexual é ensinada e da necessidade de autorização parental: “Sex education has been replaced in schools by “family life education” which exhorts young people to remain sexually abstinent until marriage, while perpetuating myths and misconceptions related to gender, sexuality and family planning” (Girard & Nowicka, 2002).

Em Portugal, se a gestante tiver menos de 16 anos é necessária autorização parental para interromper a gravidez (*Código Penal*, Art. 142.º, n.º 5, Portugal, 2024). Os dados mais recentes indicam uma diminuição progressiva das IVG realizadas em adolescentes:

Em 2023, foram realizadas 52 interrupções da gravidez neste estabelecimento de saúde, um número semelhante ao de 2016 (53), mas longe das 82 interrupções de gravidez registadas em 2011. Os procedimentos realizados em adolescentes representaram entre 8,1 e 15% de todas as interrupções voluntárias de gravidez até às 10 semanas. A idade mínima foi de 13 anos e a média de 18 anos. 22,6% das IVG foram realizadas a adolescentes com idade até aos 16 anos. (Amnistia Internacional – Portugal, 2025b, p.31)

A grande maioria destas adolescentes era portuguesa, podendo registar-se que, devido aos maiores obstáculos que gestantes adolescentes enfrentam (como a necessidade da autorização parental), a mobilidade não é uma opção para ter acesso ao aborto: “A grande maioria (85,9%) era de nacionalidade portuguesa e, entre os estrangeiros, a maioria era oriunda dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).” (Amnistia Internacional – Portugal, 2025b, p.31).

Verifica-se então, que a falta de acesso a serviços de IVG e a educação sexual, afeta ainda mais as adolescentes, que, para além de terem todos os obstáculos que uma adulta enfrenta, também precisam do consentimento parental para poderem realizar um aborto, algo que tentam evitar de forma a “contornar os requisitos de autorização dos pais/esposos para evitar violência antecipada, coerção reprodutiva e desarmonia familiar.” (World Health Organization, 2022, Seção 3.3.2, pp. 42–44).

Assim, este fenómeno revela desigualdades etárias no acesso ao aborto, destacando como as adolescentes enfrentam uma dupla barreira: além das restrições comuns a todas as mulheres, estão sujeitas a controlos adicionais sobre o seu corpo e decisões reprodutivas, perpetuando formas de violência estrutural de género no seio familiar para além do governamental.

4.4 Movimentos sociais na questão do aborto na Polónia

Os movimentos sociais e feministas têm desafiado o estigma associado ao aborto, onde procuram que não seja visto como algo moralmente mau, mas sim como uma questão de saúde pública e autonomia das mulheres. A análise revelou que os movimentos sociais e feministas têm desempenhado um papel central no combate ao estigma associado ao aborto.

Estes movimentos procuram deslocar o enquadramento moral da prática para uma perspetiva de saúde pública e de autonomia das mulheres. O estigma, no entanto, continua a incidir de forma desproporcional sobre grupos marginalizados, incluindo mulheres pobres, migrantes e minorias étnicas e raciais, para quem o acesso a cuidados reprodutivos se torna ainda mais difícil:

Marginalised and disadvantaged women are in the main subjected to societal stigmatisation, which is exacerbated when they seek abortion care. Stigmatisation of abortion builds on these forms of inequality, while at the same time using them to maintain abortion stigma. This strategy has important implications for the (lack of) access to reproductive health care that disproportionately affects the most marginalised, including the poor, ethnic, racial minorities and migrants. (Cullen & Korolczuk, 2019, p.8)

Inclusive, as dinâmicas sociais, políticas e religiosas moldam a percepção pública e as políticas em torno do aborto, e criam os obstáculos enfrentados pelos movimentos que tentam vencer o estigma e conquistar mudanças legislativas. O feminismo e o multiculturalismo são frequentemente assumidos como conceitos que põem em causa a estrutura tradicional e conservadora. Por isso, é necessário enquadrar o feminismo e a sua reivindicação ao aborto no contexto cultural e social de cada país:

(...) the proponents of reproductive rights need to convince the public that abortion is not an exception and “women who abort” are not a separate category, but are “normal women”, accessing regular forms of health care and worthy of respect and love. (Cullen & Korolczuk, 2019, p.12)

Estes resultados confirmam que o estigma do aborto não se trata apenas de uma questão moral ou individual, mas está inserido em sistemas de desigualdade estrutural (Cullen & Korolczuk, 2019). Como assinalam as autoras, o estigma funciona como um mecanismo de exclusão que reforça desigualdades sociais já existentes e legitima a negação de cuidados de saúde reprodutiva. É importante então, apresentar o aborto não como uma exceção, mas como um direito de saúde reprodutiva ao qual qualquer pessoa pode ter de recorrer ao longo da sua vida.

Em 2015, na Polónia, grupos antiaborto e fundamentalistas religiosos fizeram uma campanha para banir o aborto totalmente e punir legalmente qualquer mulher ou profissional de saúde que realizasse o procedimento com uma pena de até 5 anos de prisão. Colocava também a possibilidade de punir abortos espontâneos e riscos acrescidos para mulheres com uma gravidez perigosa, estipulando que a pessoa responsável pela morte fetal fosse condenada a 3 anos de prisão (Cullen & Korolczuk, 2019).

Em oposição a esta lei, várias ONG para mulheres, grupos feministas radicais e outros movimentos feministas juntaram-se em protestos, lobbies e disseminação de informação:

The campaign culminated in so called Black Monday, organised by a new network called the Polish Women’s Strike on the 3rd of October 2016, when over 140,000 women and men marched on the streets of 140 cities and villages all over Poland. (Cullen & Korolczuk, 2019, p.11)

Estes protestos levaram à rejeição desta lei em 2016 e à mudança da perspetiva quanto ao aborto pelos cidadãos polacos. A luta deste movimento não era para liberalizar o aborto, mas sim para impedir mais restrições.

No entanto, como vimos anteriormente, em 2020 a lei haveria de ser mais restritiva, ao impedir o acesso ao aborto em caso de malformações fetais. Esta restrição tem maior relevância tendo em conta que na campanha contra esta proposta de lei, foi usado o caso Bogdan Chazan, um médico ginecologista que identificou um feto como tendo várias malformações e sendo inviável, mas prolongou no tempo a realização de mais testes ou procedimentos, levando a gestante a ter de dar à luz às 24 semanas, com forte impacto para a mulher e o seu parceiro (Cullen & Korolczuk, 2019).

Em síntese, os direitos reprodutivos têm sido negligenciados pelos governos e instituições a nível nacional e internacional: “Despite the fact that some of the most prominent international organisations such as the WHO, the UN, and the EU support women’s right to reproductive justice, they lack the necessary mechanisms to ensure these rights.” (Moll & Brett, 2023). A luta pelos direitos das mulheres está relacionada com esta falta de ação, pois as mulheres ainda não desfrutam dos mesmos direitos que os homens na sua vida profissional e pessoal, e a sua capacidade de autodeterminação vê-se constantemente ameaçada quando os instrumentos legais não reforçam ou criam leis para alcançar este objetivo. No entanto, é necessário destacar a crescente mobilização social, especialmente entre os jovens, em defesa dos direitos das mulheres, incluindo os reprodutivos. (Moll & Brett, 2023).

Neste sentido, a luta feminista pelo direito ao aborto deve ser sempre entendida no contexto cultural e social de cada país. Como lembra Yuval-Davis (1997), as disputas em torno do controlo dos corpos das mulheres estão intrinsecamente ligadas a noções de identidade nacional, religião e tradição. Assim, reconhecer o aborto como prática normalizada de saúde e não como ameaça cultural é essencial para a efetiva promoção da igualdade de género e da justiça reprodutiva.

4.5 Ativismo e ajuda humanitária no direito ao aborto

Devido à dificuldade de as mulheres assegurarem e defenderem o seu direito ao aborto no seu país, várias associações, organizações e grupos ativistas surgiram ao longo do tempo de forma a criar mecanismos e redes de apoio para garantir o acesso ao aborto a todas as pessoas que o desejam.

A Polónia é um dos poucos países europeus onde há mais pessoas a realizar abortos no exterior e fora do sistema nacional de saúde do que dentro (Ascensão, 2025). Foi feita uma sondagem orientada para residentes polacas que tivessem feito um aborto no estrangeiro, tendo os resultados revelado que estas normalmente tinham um estatuto socioeconómico elevado, tinham idades próximas dos 30 anos, habilitações académicas elevadas e encontravam-se ativas no mercado de trabalho. Também foi registado que a maior parte viajava dentro da UE, especialmente para a Alemanha, para realizar o procedimento, sendo que, na maioria dos casos, foi algo que só foi necessário fazer uma vez (Hirvonen, 2017).

A razão de escolherem sair do seu país era pela segurança sentida quando comparado a fazer o procedimento de forma clandestina na Polónia. Estavam também cientes das restrições no tempo para fazer o procedimento, e tinham pressa em poder realizá-lo dentro do tempo permitido. Os critérios de seleção do país pretendido fundamentavam-se na acessibilidade do serviço, como obter uma consulta o mais cedo possível, e a prestabilidade do pessoal (Hirvonen, 2017).

É importante realçar que, mesmo na UE, não são só as polacas que procuram realizar um aborto fora do seu país de origem. Francesas e portuguesas têm recorrido a Espanha pela proximidade geográfica e legislação abrangente, que permite abortar até às 22 semanas de gestação (em caso de anomalia fetal ou risco para a gestante), e 14 em caso de IVG (Hirvonen, 2017, p.13). Com efeito, em França, dependendo do método escolhido, só é permitido o recurso à IVG até às 7 semanas por via medicamentosa, e 14 por via instrumental (Ameli, 2025) e, em Portugal, até às 10 semanas.

A Women on Waves é uma organização dos Países Baixos que faz várias ações de forma a disponibilizar e informar sobre o acesso ao aborto:

Our better known campaigns involve sea voyages or drones and robots to countries where abortions are illegal, but we also develop art projects, engage in legal actions, give sexual education and medical knowledge workshops, and help women with the course of their abortions via the internet. (Women on Waves, n.d.a)

A organização tentou realizar uma ação em Portugal em 2002, mas o governo português não permitiu a sua entrada: “(...) um navio da “Women on Waves”, uma organização que tem como objetivo promover o aborto seguro em países onde este é ilegal, foi impedido de entrar em águas nacionais.” (Amnistia Internacional – Portugal, 2025b, p.10). De acordo com a síntese feita pela Amnistia Internacional Portugal do processo Women on Waves v Portugal julgado pelo Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (TEDH), foi determinado que:

(...) o Governo português violou o direito à liberdade de expressão (artigo 10.º) e o direito à liberdade de reunião (artigo 11.º) ao impedir o navio Borndiep de entrar em águas portuguesas. O navio era utilizado pela organização “Women on Waves” para informar as mulheres sobre os seus direitos reprodutivos e o aborto. O TEDH considerou que as ações do governo “não respondiam a uma necessidade social premente” e não podiam ser consideradas “necessárias numa sociedade democrática. (Amnistia Internacional – Portugal, 2025b, p.10)

No ano seguinte, em 2003, uma embarcação das Women on Waves atracou num porto polaco e foi atacada por protestantes polacos: “The ship was greeted by a large group of supporters and some protesters from the political party League of Polish Families (LPR) who threw eggs and red paint at the supporters and the ship” (Women on Waves, n.d.a).

A organização permaneceu durante duas semanas e foi contactada por centenas de pessoas a pedir ajuda através de uma linha telefónica. As gestantes estavam dispostas a vir de longe para poderem obter os serviços a bordo da embarcação:

We were able to deal with the protests and we developed strategies to protect the privacy of the women that sought our help. The ship was able to sail out to international waters 3 times and our medical staff provided the abortion pill to 10 women. (Women on Waves, n.d.a)

A presença da embarcação conseguiu alterar a percepção pública sobre o aborto na Polónia, como foi possível verificar através de uma sondagem feita depois de ter partido da Polónia. 65% da população polaca apoiava a presença da Women on Waves e 61% da população queria que o aborto fosse liberalizado (Women on Waves n.d.a).

4.6 Acesso à Interrupção Voluntária da Gravidez em Portugal

Antes de 2007 houve duas alturas em que a legislação se alterou quanto ao aborto:

Em 1984 houve a primeira grande alteração legislativa, que permitiu a interrupção da gravidez em casos de perigo para a vida da mulher, de danos graves e duradouros para a saúde física e mental da mulher, ou em casos de malformação fetal ou quando a gravidez resultasse de um crime contra a liberdade e autodeterminação sexual. Em 1997, foi alargado o prazo de interrupção da gravidez em caso de malformação fetal e de crime contra a liberdade sexual e a autodeterminação, até às primeiras 24 semanas de gravidez e 16 semanas de gravidez, respetivamente. (Amnistia Internacional – Portugal, 2025b, p.10)

A lei que despenalizou a IVG até às 10 semanas em Portugal, entrou em vigor em abril de 2007. No entanto, ainda há várias barreiras que permitem o total acesso à IVG. Desde logo, a falta de acesso igual a nível regional:

em maio de 2025, não existia nem na Ilha do Faial, nem na Ilha Terceira, nos Açores, estabelecimentos de saúde que realizassem IVG, obrigando as pessoas que optem por interromper a gravidez a voar mais de 1 500 quilómetros para fazerem um aborto. (Amnistia Internacional – Portugal, 2025a)

Portugal tem também um dos limites legais mais curtos na Europa: “Portugal, juntamente com a Croácia, o Montenegro, a Sérvia, a Bósnia-Herzegovina, a Eslovénia e a Turquia, tem atualmente o limite mais curto da Europa para a realização de uma interrupção voluntária da gravidez: 10 semanas.” (Amnistia Internacional – Portugal, 2025a). Para além disso, o período de reflexão obrigatório de pelo menos três dias e a objeção de consciência dos profissionais de saúde são os grandes obstáculos em obter o acesso à IVG em território nacional.

Adicionalmente, de acordo com a Amnistia Internacional – Portugal (2025a), o número de denúncias de alegados “crimes de aborto” e a existência de 33 condenações em tribunais de 1ª instância é preocupante. A atual lei tem também um efeito desproporcional nas minorias:

Aqueles que já são marginalizados são desproporcionalmente afetados por estas leis e barreiras. Entre eles contam-se pessoas com rendimentos fixos ou baixos, refugiados e migrantes, adolescentes, mulheres e raparigas lésbicas e bissexuais, pessoas transgénero e não-binárias, bem como outras minorias. (Amnistia Internacional – Portugal, 2025b, p.7)

Os dados recolhidos num relatório sobre a IVG em Portugal apontam para a ocorrência de migrações temporárias das gestantes portuguesas para Espanha: “Os dados recolhidos pela Amnistia Internacional apontam que todas estas barreiras podem estar a contribuir para que, desde 2019, mais de 2 500 grávidas residentes em Portugal tivessem de atravessar a fronteira em busca de uma solução em Espanha.” (Amnistia Internacional – Portugal, 2025a).

Este é o segundo trajeto mais comum na Europa de gestantes a atravessar a fronteira para ter acesso ao aborto. A Espanha permite abortar até à 14^a semana comparada às 10 de Portugal: “Na primeira, Andaluzia, 68,33% das mulheres portuguesas que fizeram abortos estavam grávidas de mais de 10 semanas de gestação. Na segunda região, Catalunha, a percentagem sobe para 70,59%” (Ascensão, 2025).

4.7 Associações transfronteiriças e nacionais - Como funcionam e de que forma prestam assistência

A facilidade na mobilidade europeia é o que permite as associações trabalharem transnacionalmente na ajuda ao acesso ao aborto no continente europeu. O livre trânsito de mercadorias e indivíduos permite o envio de comprimidos abortivos por correio ou a passagem pelas fronteiras nacionais de gestantes que pretendem abortar: “O fenómeno não deve ser subestimado: todos os anos, mais de 5 mil mulheres atravessam as fronteiras dos países de origem devido às dificuldades que enfrentam no acesso ao aborto” (Ascensão, 2025).

A Abortion Without Borders começou a sua atividade em 11 de dezembro de 2019 e inclui 9 instituições de vários países europeus dedicados a dar informação, apoio e recursos a gestantes provenientes da Polónia que precisam de realizar um aborto, na Polónia, através comprimidos abortivos, ou no estrangeiro. A iniciativa funciona à base de doações de pessoas individuais e angariações de fundos através das instituições parceiras para cobrir os custos na prestação de apoio às gestantes que as procuram (Abortion without Borders, n.d.).

Após o deflagrar da guerra na Ucrânia, agora também prestam assistência a gestantes provindas do território ucraniano:

A Abortion Without Borders afirma ter ajudado pelo menos 4500 pessoas da Ucrânia a ter acesso à IVG, seja no país ou noutras, desde o início da guerra. Só uma minoria (cerca de 60 mulheres) cruzou a fronteira. Durante o primeiro ano da guerra, a Women Help Women forneceu 40 mil caixas de comprimidos abortivos ao país. (Ascensão, 2025)

Ao contactar esta iniciativa, a primeira resposta é dada pela Kobiety W Sieci, que reencaminha os pedidos para uma rede transnacional de organizações — Abortion Dream Team, Women Help Women, Ciocia Basia, Ciocia Czesia, Ciocia Wienia, Abortion Network Amsterdam e Abortion Support Network (Abortion Without Borders, n.d.). Esta estrutura descentralizada revela uma diversidade de serviços e uma rede cuidadosamente articulada de resistência transfronteiriça à restrição do aborto. A multiplicidade de apoios logísticos, linguísticos, financeiros e emocionais expõe o colapso do Estado

em garantir direitos reprodutivos básicos, enquanto sublinha a emergência de práticas solidárias que operam à margem, mas em confronto direto com a legislação repressiva.

A disseminação dos comprimidos abortivos, particularmente através da Women Help Women, exemplifica essa resistência ao tornar o acesso ao aborto medicamentoso não apenas viável, mas também seguro e discreto, mesmo em países onde é criminalizado. Ao oferecer instruções médicas precisas, apoio contínuo e uma estrutura baseada em doações, esta prática desloca o centro de poder decisório do Estado para o indivíduo, questionando a legitimidade do monopólio estatal sobre os corpos gestantes. Esta estratégia não é apenas uma solução emergencial, mas uma forma de subversão política, onde a acessibilidade e a autodeterminação tornam-se formas explícitas de contestação (Abortion Without Borders, 2025).

Organizações como a Women on Waves e Women on Web, ambas fundadas pela médica Rebecca Gomperts, ampliam esse confronto ao Estado através de ações tecnopolíticas. A Women on Waves foi fundada em 1999 e trabalha com organizações locais para que as gestantes possam ter acesso ao aborto e à informação. As suas campanhas são feitas através de viagens marítimas, drones, robôs e através da disseminação de informação e formação como forma de combate à violência institucional que impede o exercício pleno dos direitos sexuais e reprodutivos (Women on Waves, n.d.b.). Está registada como uma organização de caridade sob a lei dos Países Baixos, e consegue agir sob a proteção desta e depois levar as gestantes para águas internacionais de forma a proceder ao aborto, rompendo simbolicamente com as fronteiras nacionais e legais que delimitam o acesso ao aborto, desafiando as formas tradicionais de soberania: “Women on Waves is a mobile abortion clinic that enters ports in countries that prohibit abortion, boards women, and sails to international waters where physicians perform abortions.” (Czerwinski, 2004, p.653).

A Women on Web fundada em 2005, oferece aborto por telemedicina, o que democratiza ainda mais esse acesso, expandindo-o para mais de 100.000 pessoas em quase 200 países. Ambas as iniciativas incorporam uma lógica de desobediência civil estruturada, tecnologicamente mediada, e globalmente conectada (Women on Web, n.d.).

Em suma, estas associações operam como agentes políticos que desafiam diretamente os regimes de desdemocratização sexual e reprodutiva.

4.8 Impacto das associações no acesso ao aborto

A Abortion Without Borders em 2020 havia sido contactada por 31,790 pessoas polacas (5,237 em 2019), e foram gastos 248,440€ em comprimidos abortivos, intervenções em clínicas abortivas, viagens, alojamento, e testes COVID (78,453€ em 2019). Foi providenciada ajuda a 1,186 pessoas a viajar para outros países para realizar um aborto numa clínica ou hospital. (262 em 2019) (Abortion without Borders, n.d.). Em 2024 o gasto total foi de 2,069,995.10 PLN (492,445.45 €) (Abortion Without Borders, 2025).

Em janeiro de 2025, foi disponibilizado um relatório com as estatísticas do ano de 2024. Foram apoiadas 47,000 pessoas no acesso ao cuidado no aborto, sendo que a esmagadora maioria, 45,850, abortaram sozinhas através de comprimidos abortivos, e apenas 1,147 pessoas viajaram e abortaram no estrangeiro. Os países para onde viajaram foram os Países Baixos, a Bélgica, a França, a Áustria, a Chéquia, a Inglaterra e o México. Neste período apenas 1,7% dos abortos foram realizados através do Estado polaco (780 abortos em hospitais polacos), contrastando com 98,3% dos abortos que foram feitos através do apoio da AWB (Abortion Without Borders, 2025).

Em 8 de março de 2024, a Abortion Dream Team sediada na Polónia abriu o primeiro centro polaco dedicado ao aborto – AboTak. Nesse centro, é oferecida prestação de cuidados abortivos de forma segura, legal e com compaixão. Ajudam a agendar um aborto, informam sobre métodos seguros de como interromper uma gravidez, e disponibilizam testes de gravidez grátis. Vendem também kits abortivos para realizar abortos medicamentosos em casa, dos quais o lucro é redirecionado para ajudar a realizar abortos. No entanto, desde a sua abertura que a AboTak tem sido alvo de ataques e assédio: barulho ensurcedor durante horas, destruição de propriedade e vandalismo e dois ataques com ácido butírico (AboTak & Aborcjny Dream Team, 2025).

4.9 Entrevista a uma associação portuguesa de apoio à IVG

O objetivo desta entrevista era o de entender a necessidade de existir uma associação dedicada à IVG em Portugal, onde, atualmente, é legal realizar um aborto dentro das 10 semanas de gestação, e perceber quais as restrições ainda presentes no acesso a este direito em território nacional. O contacto privilegiado com as pessoas associadas a trabalhar no terreno que apoiam diretamente as gestantes que procuram a sua ajuda, oferece também uma perspetiva mais pessoal e direta para entender a realidade de quem passa por este processo. E, através disso, é possível verificar quais são as ações de sensibilização e ativismo realizadas e que tipo de apoio é prestado às gestantes, verificando a sua dimensão e alcance a nível nacional e internacional. Para além disso, era também importante verificar se havia contacto transnacional entre as associações destinadas à temática da IVG e do aborto, e se havia alguma receção ou encaminhamento de migrantes entre elas. Nesse sentido, foi realizada uma entrevista semi-diretiva com a responsável pela Associação Escolha, associação criada em maio de 2024.

A associação tinha 10 meses de existência na altura da entrevista, e é composta pela sua fundadora, a participante entrevistada neste estudo, a quem se juntava uma designer, uma pessoa para a comunicação, outra para assessoria e contabilidades, outra para apoio de produção, uma consultora e várias pessoas em regime de voluntariado, distribuídas pelo país. Nestes 10 meses aconselharam e acompanharam dezenas de mulheres e uma pessoa que não se identifica como mulher. Na ótica da entrevistada, o que falta agora é financiamento para poderem expandir a equipa, para poderem atuar em várias frentes, e ter mais voluntárias e mais pessoas pagas a representar em diferentes partes do país, especialmente nas ilhas.

4.9.1 Restrições Legais e Desafios na IVG

A lei portuguesa que rege a IVG é considerada muito restritiva, exigindo a aprovação de dois médicos e estabelecendo um limite de 10 semanas de gestação, tornando-se crime após 10 semanas e 6 dias. Esta rigidez leva muitas mulheres a procurar o procedimento em países vizinhos, como a Espanha, onde o prazo é de 14 semanas, evidenciando que Portugal não é um exemplo na Europa neste aspeto. A lei protege menores e vítimas de abuso, e os hospitais geralmente não impõem entraves nestes casos.

A criação da Associação Escolha surgiu então, como resposta direta a uma lacuna institucional no apoio à realização da IVG. As restrições identificadas na lei em vigor reduzem a efetividade do direito, confirmando que este continua a ser um direito formal mais do que real (Pinto, 2010; Corrêa & Petchesky, 1994):

A lei é super restritiva, a lei, que é importante que todas as mulheres e pessoas tanto entendam, a lei foi criada numa altura em que havia uma pressão europeia e internacional no caminho de dar essa liberdade e nós seguimos esse caminho, mas a lei tem restrições muito claras, nomeadamente o facto de terem de ser 2 médicos (...). (Associação Escolha, entrevista pessoal, 2025)

A sua resposta revela como Portugal tem barreiras legais e institucionais (como o facto de serem precisos dois médicos para poder realizar uma IVG, a objeção de consciência que em alguns contextos é assumida coletivamente por hospitais inteiros, e o período de reflexão de 3 dias) apesar da legalização da IVG em Portugal desde 2007. Permanecem ainda restrições legais, institucionais e sociais que dificultam o livre acesso a este direito.

A percepção da entrevistada sobre a não obrigatoriedade do apoio psicológico revela uma crítica implícita à forma como certos dispositivos de cuidado podem ser instrumentalizados para exercer controlo sobre a decisão reprodutiva, pois esse apoio pode ser utilizado como um impedimento e uma tentativa de invalidação da decisão de realizar uma IVG. Assim, nesta ótica, a ausência de obrigatoriedade não representa uma falha institucional, mas antes uma salvaguarda da autonomia reprodutiva.

Estas afirmações apontam para a existência de uma diferença entre o direito formal e o direito real em matéria de saúde sexual e reprodutiva (Pinto, 2010), sendo que as condições referidas constituem exemplos do que Corrêa & Petchesky (1994) descrevem como restrições indiretas, formas de limitação que, sem revogar o direito, reduzem a sua aplicabilidade prática. A existência da associação torna-se assim necessária no apoio ao acesso efetivo e humanizado, procurando informar e desestigmatizar através de ações e trabalho de terreno.

4.9.2 Perfil das Mulheres e Motivações para a IVG

O perfil das mulheres que procuram apoio na associação contraria estereótipos sociais frequentemente associados à IVG. A associação não trabalha com gestantes menores ou vítimas de crime sexual, e caso sejam contactadas por alguma pessoa nessa condição, encaminham-na para o hospital:

Portanto, por lei, se tu sofrestes algum tipo de abuso ou és menor, a lei protege-te. E os hospitais não colocam esse travão. É uma questão de... não é isso que a associação está a defender. A associação está a defender o livre-arbítrio. (Associação Escolha, entrevista pessoal, 2025)

A entrevistada estabelece uma distinção significativa entre os chamados casos extremos que tendem a ser protegidos pela lei, e o caso da IVG por decisão autónoma. Segundo a sua perspetiva, a resistência social à IVG, decorre da intolerância face à ideia de que a mulher possa exercer liberdade plena sobre o seu corpo e capacidade reprodutiva. A associação, ao posicionar-se não na defesa de casos de menores ou de crime sexual, mas sim na defesa da liberdade de escolha, afirma uma postura política que desafia a lógica paternalista do reconhecimento condicional dos direitos reprodutivos.

A maioria das mulheres que procuram a IVG são adultas, entre 28 e 38 anos, e encontram-se em relações estáveis. A decisão de fazer uma IVG frequentemente não se deve a casos extremos, mas sim a uma escolha de vida, onde a gravidez não se encaixa no momento certo da relação ou da vida, como no caso de mulheres que já têm filhos e não desejam ter mais. A associação defende o livre-arbítrio da mulher nesta decisão.

Mulheres adultas entre os 28 e os 38. E, maioritariamente, em relações. Não são casos extremos de, sei lá, uma noite que não usei preservativo. Leva-se muito essa ideia (...) Muitas vezes é em relações. A maior parte das vezes são relações. E aquela criança, aquele filho, aquele adulto, aquela pessoa, não vem numa altura certa. Ou vem muito cedo na relação, ou vem muito tarde. Muitas mulheres que já tiveram filhos e não querem ter mais. Portanto, é uma escolha de vida para muita gente. Fazer uma IVG em determinada altura da vida em que não queres ter um filho. (Associação Escolha, entrevista pessoal, 2025)

As razões da gravidez são normalmente por uma falha no preservativo ou na toma da pílula, não em caso de encontros casuais desprotegidos. E a escolha de fazer uma IVG é tomada por diversas razões, por não ser a altura certa ou por já ter tido filhos e não querer mais. A decisão pela IVG, portanto, não se associa a irresponsabilidade, mas antes ao exercício da autonomia reprodutiva (Cook & Dickens, 2003), sendo influenciada por fatores relacionados com planeamento familiar, condições socioeconómicas e escolhas de vida. Este resultado corrobora outras investigações a nível internacional que demonstram que a IVG é muitas vezes parte integrante da vida reprodutiva das mulheres, e não um evento marginal ou excepcional (Sedgh et al., 2016).

4.9.3 Barreiras Atuais e Preocupações

Recentemente, tem-se observado um aumento de entraves para imigrantes que procuram a IVG em hospitais públicos, com a cobrança de preços elevados, o que as leva a reconsiderar o procedimento. Esta situação é motivo de grande preocupação. A dificuldade de acesso e os atrasos no processo levam muitas mulheres, especialmente de regiões como Algarve ou Alentejo, a preferir ir diretamente para Espanha, se tiverem condições financeiras.

De há uns tempos para cá, e também acho que politicamente foi nesse caminho, antes, por exemplo, hospitais como Santa Maria não colocavam entraves a pessoas imigrantes quando fossem pedir para fazer. Hoje em dia já começam a colocar. Já mandam o preço, ou seja, se não pagares isto não o fazes aqui. Se tu não és deste país e te colocam entraves e te colocam preços altíssimos, obviamente vão-te levar a pensar se queres mesmo fazer aquilo ou não. E nós estamos muito preocupadas com isso. (Associação Escolha, entrevista pessoal, 2025)

As gestantes imigrantes enfrentam obstáculos adicionais no acesso à IVG, nomeadamente a exigência de pagamentos elevados em hospitais públicos. Esta realidade pode ser interpretada à luz do conceito de cidadania reprodutiva (Yuval-Davis, 1997), na medida em que o acesso ao direito à IVG não é garantido de forma igualitária, mas condicionado pelo estatuto legal e social das pessoas.

No entanto, na entrevista foi referido que não há estrangeiros de países onde o aborto se encontra restrito ou proibido a vir realizar uma IVG em Portugal, pois dizem que a legislação portuguesa é uma das mais restritas na Europa:

Vão aos países vizinhos, não vêm à ponta da Europa. Em Espanha, por exemplo, são 14 semanas, dá-te muito mais tempo, aqui são 10. Portanto, nós não somos exemplo para ninguém na Europa. (Associação Escolha, entrevista pessoal, 2025)

4.9.4 Deslocações para IVG e Comparação Europeia

Devido às restrições e ao curto prazo de 10 semanas em Portugal, muitas mulheres são forçadas a procurar a IVG noutros países. Em Espanha, por exemplo, o limite é de 14 semanas, oferecendo mais tempo. Pessoas do Algarve ou Alentejo, regiões com maiores dificuldades de acesso, frequentemente preferem ir diretamente para Espanha. Aconselha-se, quando possível financeiramente, recorrer ao privado em Portugal ou viajar para o estrangeiro, especialmente se o processo estiver a ser atrasado. Portugal não é considerado um exemplo na Europa em termos de acesso à IVG.

Aliás, de acordo com uma reportagem do Expresso (Ascensão, 2025), Portugal é o segundo país onde mais mulheres saem para ir realizar a sua IVG no estrangeiro por causa do impedimento das 10 semanas ou por haver hospitais inteiros que não fazem o procedimento, o que realça a insuficiência da legislação portuguesa à luz dos padrões europeus.

Nós somos o segundo país onde mais mulheres saem para ir fazer fora por causa dos impedimentos às 10 semanas, ou não conseguirem fazer, porque há hospitais inteiros que não

fazem. Portanto, é ao contrário. Nós também fazemos parte do... Apesar de ser por lei e haver, obviamente, espaço para fazeres aqui, não é como na Polónia, ou outros sítios onde não se pode, mas é tão restritivo que obriga mulheres a sair do país para ir fazer. (Associação Escolha, entrevista pessoal, 2025)

A criação da Associação Escolha aconteceu através de um levantamento de condições que existiam em outros países e não em Portugal. No entanto, esta associação não tem nenhuma cooperação formal com outras instituições europeias semelhantes, tendo sido explicado que as iniciativas europeias que procuram lutar por uma legislação europeia a favor da IVG não funcionam devido à disparidade das leis entre os países europeus, e, portanto, preferem focar-se em agir localmente. No entanto, é mantido um contacto informal e há conhecimento das ações umas das outras. Esta limitação reflete a heterogeneidade legislativa europeia em matéria de acesso ao aborto, mas também pode ser vista como uma oportunidade perdida para fortalecer a solidariedade transnacional feminista, visto que, segundo Motta (2013), a construção de redes feministas transnacionais é fundamental para ampliar o impacto das lutas reprodutivas.

Caso a gestante que peça ajuda à Associação Escolha já esteja fora do enquadramento legal, de forma a proceder à IVG, a associação encaminha para países vizinhos e informa onde a pessoa poderia ainda ter acesso a este serviço. Pois como é sublinhado pela entrevistada, o aborto e a compra de comprimidos abortivos é crime em Portugal e uma pessoa pode ser condenada por este:

E tens mesmo de ir porque 10 semanas não é nada e a partir das 10 semanas e 6 dias é crime. E essa é a grande motivação para as pessoas saírem do país. Tanto que nós aconselhamos sempre, ou entendemos como é que a pessoa está a nível financeiro, se está num sítio em que estão a atrasar o processo mais vale ir ao privado se tiver possibilidades. Pode não ter. Mas há muitas pessoas do Algarve ou do Alentejo por exemplo, que são sítios muito difíceis, que preferem ir a Espanha logo. (Associação Escolha, entrevista pessoal, 2025)

Alternativamente, caso tenham começado o processo em Portugal, mas este esteja a ser arrastado para que fique fora do tempo legal, a associação sugere ir ao privado ou a simplesmente ir a Espanha, como muitas pessoas nos contextos alentejano e algarvio acabam por escolher fazer até como primeira opção.

4.9.5 Ativismo e Desconstrução do Tabu

Existe um trabalho de sensibilização e ativismo significativo por parte da associação para desmistificar a IVG, que ainda é um tema tabu e pouco falado. O objetivo é desconstruir a ideia de que a IVG deve ser um trauma, escondida ou motivo de vergonha. Este ativismo inclui ações de lobby para que mais hospitais ofereçam o procedimento, especialmente em regiões onde o acesso é difícil, como as ilhas. A discussão sobre saúde reprodutiva da mulher raramente inclui a IVG, focando-se em doenças ou parto, e a intenção é introduzir este diálogo, preparando as mulheres tanto para a maternidade quanto para a opção de não serem mães.

A associação atua a nível nacional e regional, destacando que nas ilhas este problema do acesso à IVG é exacerbado. A desigualdade territorial no acesso à IVG é devida à escassez de hospitais que realizam o procedimento em regiões periféricas e insulares, o que obriga muitas mulheres a deslocar-se longas distâncias ou recorrer ao setor privado, o que pode ser impeditivo em termos financeiros. Verificou-se uma situação semelhante em Itália, onde a objeção de consciência generalizada criou desigualdades regionais significativas (De Zordo & Mishtal, 2011).

A sua atuação tem quatro frentes: é dado apoio antes da IVG, com informações sobre o procedimento e sobre a lei em vigor, encaminhando depois para alguma clínica ou hospital que as possa receber; é dado apoio durante a IVG, ao acompanhar às consultas e ao procedimento em si, pois acreditam que ter alguém, especialmente uma mulher, a apoiar muito é fundamental. Também é oferecido apoio psicológico especializado, até a pessoas que contactem por causa de uma IVG que já foi feita há muito tempo, mas com a qual não ficaram bem resolvidas.

Fazem também trabalho ativista e de desestigmatização ao trazer este tópico para a televisão e para as redes sociais, procurando retirar o tabu:

Mas também fazemos um trabalho ativista muito importante. Porque isto é um tema que é extremamente desconhecido. Não é falado. É um tabu ainda em muitos sítios. E nós desconstruímos essa ideia de que fazer uma IVG tem de ser um trauma. Tem de ser escondido. Tem de ser tabu. E um trabalho nesse ativismo, não só de lobby, obviamente, para mudar hospitais que não façam e passem a fazer, como estamos a fazer nas ilhas. (Associação Escolha, entrevista pessoal, 2025)

É também feito lobby com hospitais que não fazem o procedimento para poderem começar a fazer, e ir às escolas pois acreditam que devia ser ensinado na educação sexual não só o que é um preservativo e como o usar, mas também o que é uma IVG e a mensagem de que quem não quiser prosseguir com uma gravidez não é obrigada a tal.

O trabalho desenvolvido na comunicação social, em escolas e nas redes sociais contribui para desconstruir a visão de que a IVG é necessariamente traumática ou vergonhosa. Segundo Kumar, Hessini, & Mitchell (2009), o estigma associado ao aborto constitui uma das principais barreiras à sua normalização social e ao bem-estar psicológico das mulheres. Neste sentido, a atuação da Associação Escolha reflete uma prática de resistência cultural e de promoção da saúde reprodutiva como parte dos direitos humanos das mulheres (World Health Organization [WHO], 2012).

Ao trazer a temática da IVG para a esfera pública, realçam também a importância da desestigmatização e do diálogo para garantir que o direito não é retirado; é de evidenciar a dimensão do problema e a ilegalidade da objeção de consciência por parte de um hospital inteiro; e de entender que o aborto é um crime e que o que se está a passar em Portugal acerca deste tema é violência de género:

Quando falas da saúde reprodutiva da mulher e sexual reprodutiva, nunca falas da IVG. Falas das doenças, falas das HPVs, falas do parto, da violência obstétrica. Mas parece que IVG é uma

coisa que não está lá. Nunca nos é falada, até passares por uma. E nós queremos introduzir esse diálogo. Quando se fala de uma coisa... Quando te prepara para ser mãe, também tem de te preparar para se não quiseres ser mãe. Que era uma coisa que há 20 anos se calhar não se colocava desta forma. (Associação Escolha, entrevista pessoal, 2025)

Para além das ações referidas acima, na associação promovem também rodas de conversa presenciais por todo o país, onde a fundadora e outras pessoas que trabalham para a associação partilham a sua própria experiência e participam desta. Partilham histórias e casos pessoais nas redes sociais e notam que isso tem um impacto profundo nas pessoas que procuram falar com outras que tenham passado pelo mesmo. Têm também ambição de começar a produzir *lives*, *podcasts* e conversas mais específicas, para poderem abranger um público maior.

As ações de sensibilização são muito importantes, pois a garantia efetiva do direito ao aborto exige não apenas legislação adequada, mas também políticas públicas inclusivas e transformações sociais mais profundas (Cook & Erdman, 2006). Estas práticas, ao enquadrar a IVG como parte integrante da saúde reprodutiva, alinharam-se com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (2012) e refletem a defesa da IVG como direito humano fundamental (Cook & Dickens, 2003).

4.10 Acesso ao aborto no estrangeiro – Turismo ou migração temporária?

No presente trabalho, opta-se pela utilização do conceito de migração temporária para acesso a um direito fundamental, em detrimento das noções de turismo abortivo ou turismo médico. Tal escolha decorre do entendimento de que estas últimas categorias não captam a dimensão política do aborto, nem as suas implicações sociais e jurídicas.

O aborto, longe de ser um procedimento exclusivamente médico, constitui um ato político regulado por instituições legais e atravessado por relações de poder que incidem sobre os corpos, sobretudo os corpos femininos (Foucault, 1999). A sua proibição e controlo normativo inscrevem-se, portanto, num processo mais amplo de regulação da reprodução e do papel social da mulher, sustentado por discursos religiosos, morais e jurídicos (Corrêa & Petchesky, 1994; Yuval-Davis, 1997).

Ao contrário do chamado turismo médico, que geralmente se refere a deslocações voluntárias em busca de melhores serviços, preços mais acessíveis ou tratamentos especializados (Connell, 2016), a migração relacionada com a IVG não pode ser reduzida a uma questão de acesso a cuidados de saúde. Tal como argumenta Inhorn e Patrizio (2009), o turismo médico tende a mascarar as dimensões estruturais e políticas do acesso à saúde, obscurecendo fatores económicos e contextos sociopolíticos que moldam a experiência dos indivíduos.

No caso específico da IVG, a mobilidade transfronteiriça não resulta apenas de uma procura individual e voluntária, mas de restrições legais e institucionais que obrigam as pessoas a deslocar-se para garantir o exercício de um direito sexual e reprodutivo fundamental (Cook & Erdman, 2006; WHO, 2012).

Cohen (2014) identifica três categorias de turismo médico: (1) procedimentos legais tanto no país de origem como no de destino, como as cirurgias estéticas; (2) procedimentos ilegais no país de origem, mas legais no de destino, onde se incluem o chamado “turismo abortivo”, o suicídio assistido e a terapia com células estaminais (Hirvonen, 2017); e (3) procedimentos ilegais em ambos os contextos, como o turismo de transplante de órgãos.

A análise da segunda categoria reforça a perspetiva de que práticas como a IVG envolvem um controlo direto sobre o corpo e a vida dos indivíduos, constituindo-se como um ato político de autodeterminação. Neste sentido, reduzir tais movimentos transfronteiriços à noção de turismo é problemático, pois este termo carrega uma conotação de leveza e de atividade de lazer, apagando o peso político, económico e social subjacente a estas deslocações (Motta, 2013).

Assim, a proposta de conceptualizar estes fluxos como migração temporária para acesso a um direito fundamental revela-se mais adequada. O conceito de migração, ao contrário do de turismo, comporta uma carga política e socioeconómica que permite captar a gravidade destas deslocações, situando-as no campo da luta pelo reconhecimento e efetivação dos direitos reprodutivos (Kumar, Hessini & Mitchell, 2009).

CAPÍTULO 5

CONCLUSÃO

A análise desenvolvida nesta dissertação permitiu compreender a complexidade da mobilidade transfronteiriça para acesso ao aborto na Polónia. Num país em que a legislação sobre o aborto é uma das mais restritivas da Europa, as gestantes vêem-se frequentemente obrigadas a deslocar-se para países vizinhos com enquadramentos legais mais liberais em matéria de aborto, como a Alemanha, a Chéquia ou os Países Baixos. Este fenómeno confirma que, apesar da existência de normas internacionais e europeias que reconhecem os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos fundamentais (WHO, 2012; Petchesky, 2003), a sua concretização continua a depender fortemente do contexto nacional.

A ausência do direito ao aborto na Polónia conduz então a uma migração temporária das suas residentes para países vizinhos onde o regime legal permite o acesso ao aborto em condições mais amplas. Além disso, foi possível verificar que a classe social, o local de residência, a idade e a condição de imigrante das gestantes também influenciam o acesso ao aborto.

A identificação do papel das redes transnacionais de apoio, compostas por associações, ativistas e plataformas digitais que fornecem informação, apoio logístico e até financiamento às gestantes, revela a sua importância na facilitação desta migração temporária. Estas redes revelam-se fundamentais para colmatar as falhas dos sistemas nacionais de saúde e para garantir que, mesmo perante restrições legais severas, existe um suporte concreto e solidário que possibilita o acesso à interrupção voluntária da gravidez (IVG) em condições de maior segurança.

Ao comparar a realidade polaca com a portuguesa, e através dos dados recolhidos na entrevista à dirigente da Associação Escolha, foi possível verificar que mesmo em países onde é permitida a IVG como em Portugal, ainda há várias restrições e obstáculos a enfrentar em termos de desigualdade de acesso a serviços.

Os resultados da entrevista permitiram destacar cinco dimensões de análise:

Acesso desigual: maior dificuldade nas regiões periféricas e insulares, que obriga muitas mulheres a deslocar-se a Espanha, onde a IVG é permitida até às 14 semanas (De Zordo & Mishtal, 2011). Para além disso, as barreiras impostas por hospitais também dificultam (custos, nacionalidade).

Restrições legais e institucionais: hospitais inteiros que se recusam a realizar o procedimento, prolongando processos até ser ultrapassado o prazo legal, o que gera um risco de criminalização. Lei restritiva com requisitos específicos (2 médicos). Pressão europeia e internacional para maior liberdade. Proteção legal para casos de abuso ou menoridade.

Estigma e tabu: persistência de estigmas que associam a IVG à irresponsabilidade ou ao trauma, reforçando tabus e dificultando o diálogo sobre a educação sexual e reprodutiva (Kumar et al., 2009). A associação lida com pessoas com trauma e necessidade de sigilo de forma a proteger os seus dados e identidade.

Diversidade de perfis: A maior parte das requerentes são mulheres adultas em relacionamentos. Não são apenas casos extremos ou de "descuido". Esta é uma decisão de vida para muitas mulheres.

Ativismo e advocacy: Fazem um trabalho de desconstrução do estigma, fazem lobby para ampliar o acesso em hospitais e sublinham a importância do diálogo e da visibilidade do tema na esfera pública.

A entrevista permitiu entender como as restrições legais num país podem influenciar a migração temporária das suas residentes para outros países, pois embora Portugal tenha menos restrições do que a Polónia, é verificado o mesmo efeito de mobilidade para poder aceder ao aborto noutro país mais liberal. Para além disso, também esclareceu como variáveis demográficas como a classe social, a idade e o local de residência podem afetar o acesso ao aborto numa esfera nacional e transnacional.

Por fim, os resultados da entrevista permitiram compreender a dimensão do apoio prestado e os limites do enquadramento legal. Apesar de ter apenas 10 meses de atividade, a associação já apoiou dezenas de pessoas, demonstrando que a procura por este tipo de apoio é significativa. A sua intervenção responde não apenas a uma necessidade prática, mas também a uma necessidade política e social de desestigmatização, introduzindo o debate sobre a IVG na esfera pública e questionando a sua invisibilidade dentro da saúde sexual e reprodutiva em Portugal.

Conclui-se, portanto, que o caso polaco e também o português evidenciam a necessidade urgente da UE apoiar as organizações existentes que apoiam as gestantes, e promover e apoiar campanhas de ativismo que lutem para assegurar a todas as europeias o acesso igualitário e seguro à IVG, independentemente do país onde residem. Sem esse posicionamento, perpetuam-se desigualdades territoriais e sociais que obrigam à mobilidade e colocam em causa os princípios de justiça reprodutiva e de direitos humanos que a UE afirma defender.

Esta investigação reforça a importância de considerar o aborto não apenas como um procedimento médico, mas como um direito reprodutivo e um campo de disputa política. A mobilidade torna-se, assim, não apenas um meio de garantir acesso a cuidados de saúde, mas também um ato político de resistência face ao controlo exercido sobre os corpos das mulheres (Foucault, 1999; Yuval-Davis, 1997). Reconhecer as dinâmicas de mobilidade como parte integrante desta disputa permite compreender melhor os desafios atuais e pensar estratégias de ação e políticas públicas que promovam uma efetiva igualdade no exercício da autonomia reprodutiva.

Os resultados da investigação demonstraram que as deslocações transfronteiriças não podem ser reduzidas ao conceito de turismo abortivo, expressão que trivializa as implicações políticas, sociais e económicas do fenómeno. Antes, devem ser entendidas como migração temporária para acesso a um direito fundamental, um enquadramento que enfatiza o peso das desigualdades estruturais e da luta pela autonomia reprodutiva.

BIBLIOGRAFIA

- Ameli. (2025). Interruption volontaire de grossesse (IVG): Délais et consultations préalables. L'Assurance Maladie. <https://www.ameli.fr/assure/sante/devenir-parent/grossesse/ivg/ivg-delais-france>
- Amnistia Internacional – Portugal. (2025a). Assegurar o acesso pleno à IVG para todos em Portugal [Página de petição]. Recuperado em 29 de agosto de 2025, de <https://www.amnistia.pt/peticao/acesso-pleno-ivg/>
- Amnistia Internacional – Portugal. (2025b, junho). Uma opção sem escolha: Interrupção voluntária da gravidez em Portugal (Relatório, 36 p.). https://www.amnistia.pt/wp-content/uploads/2025/06/AI_Relatorio_PT_IVG.pdf
- Aradau, C., Huysmans, J., & Squire, V. (2010). Acts of European citizenship: A political sociology of mobility. *Journal of Common Market Studies*, 48(4), 945–965. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5965.2010.02081.x>
- Ascensão, J. (2025, 7 de abril). Investigação: Mais de 5 mil mulheres atravessam fronteiras na Europa para abortar, Portugal regista o segundo maior fluxo. Expresso. Recuperado em 11 de setembro de 2025, de <https://expresso.pt/investigacao/2025-04-07-investigacao-mais-de-5-mil-mulheres-atravessam-fronteiras-na-europa-para-abortar-portugal-regista-o-segundo-maior-fluxo-47f46e1b>
- Associação para o Planeamento da Família. (n.d.). Aborto e interrupção da gravidez. APF. Recuperado em 29 de agosto de 2025, de <https://apf.pt/informacao-tematica/aborto-e-interrupcao-da-gravidez/>
- Bardin, L. (2011). Análise de conteúdo (Edição revista e atualizada). Edições 70. <https://ia802902.us.archive.org/8/items/bardin-laurence-analise-de-contenido/bardin-laurence-analise-de-contenido.pdf>
- Berthet, V. (2022). United in crisis: Abortion politics in the European Parliament and political groups' disputes over EU values. *Journal of Common Market Studies*, 60(6), 1511–1528. <https://doi.org/10.1111/jcms.13378>
- Bhattacherjee, A. (2012). Social science research: Principles, methods, and practices (2nd ed.). Open University Press, University of South Florida. https://digitalcommons.usf.edu/oa_textbooks/3
- Bojovic, N., Stanisljevic, J., & Giunti, G. (2021). The impact of COVID-19 on abortion access: Insights from the European Union and the United Kingdom. *Health Policy*, 125(7), 841–858. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.05.005>
- Bucholc, M. (2022). Abortion law and human rights in Poland: The closing of the jurisprudential horizon. *Hague Journal on the Rule of Law*, 14(1), 73–99. <https://doi.org/10.1007/s40803-022-00167-9>
- Center for Reproductive Rights. (2020). European abortion laws: A comparative overview. Center for Reproductive Rights. <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/European-abortion-law-a-comparative-review.pdf>
- Certeau, M. de. (1984). The practice of everyday life. University of California Press.
- Cohen, I. G. (2014). Patients with passports: Medical tourism, law and ethics. Oxford University Press.
- Cook, R. J., & Dickens, B. M. (2003). Human rights dynamics of abortion law reform. *Human Rights Quarterly*, 25(1), 1–59. <https://doi.org/10.1353/hrq.2003.0012>
- Cook, R. J., & Erdman, J. N. (2006). The human rights case for access to abortion in Northern Ireland. *Reproductive Health Matters*, 14(27), 85–90. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(06\)27234-3](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(06)27234-3)

- Corrêa, S., & Petchesky, R. (1994). Reproductive and sexual rights: A feminist perspective. In G. Sen, A. Germain, & L. C. Chen (Eds.), *Population policies reconsidered: Health, empowerment, and rights* (pp. 107–123). Harvard University Press.
- Cullen, P., & Korolczuk, E. (2019). Challenging abortion stigma: Framing abortion in Ireland and Poland. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(3), 6–19. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1686197>
- Czerwinski, A. (2004). Sex, politics, and religion: The clash between Poland and the European Union over abortion. *Denver Journal of International Law and Policy*, 32(4), 653–678. <https://digitalcommons.du.edu/djilp/vol32/iss4/6>
- De Zordo, S., & Mishtal, J. (2011). Physicians and abortion: Provision, political participation and conflicts on the ground—The cases of Brazil and Poland. *Women's Health Issues*, 21(3, Suppl.), S32–S36. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.02.014>
- European Migration Network. (n.d.). Migration and home affairs: EMN asylum and migration glossary. European Commission. https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary/glossary/temporary-migration_en?prefLang=pt
- Foucault, M. (1999). História da sexualidade I: A vontade de saber (M. T. Albuquerque & J. A. Guilhon Albuquerque, Trad.). Edições Graal. (Obra original publicada em 1976)
- Foucault, M. (2004). Sécurité, territoire, population: Cours au Collège de France, 1977–1978 (M. Senellart, Ed.). Gallimard / Seuil
- Furtado, R. N., & Camilo, J. A. de O. (2016). O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. *Revista Subjetividades*, 16(3), 34–44. <https://doi.org/10.5020/23590777.16.3.34-44>
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*. Polity Press
- Girard, F., & Nowicka, W. (2002). Clear and compelling evidence: The Polish Tribunal on abortion rights. *Reproductive Health Matters*, 10(19), 22–30. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(02\)00023-X](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(02)00023-X)
- Hall, B., Akwatu, C., & Danvers, A. A. (2023). Reproductive justice as a framework for abortion care. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 66(4), 655–664. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000811>
- Hirvonen, E. (2017). Polish abortion tourism (Master's thesis, Laurea University of Applied Sciences). Laurea University of Applied Sciences. https://www.theses.fi/bitstream/handle/10024/138222/thesis_Ewa_Hirvonen.pdf?sequence=1
- Hunt, J. (1999). Out of respect for life: Nazi abortion policy in the eastern occupied territories. *Journal of Genocide Research*, 1(3), 379–385. <https://doi.org/10.1080/14623529908413967>
- Hyatt, E. G., McCoyd, J. L. M., & Diaz, M. F. (2022). From abortion rights to reproductive justice: A call to action. *Affilia*, 37(2), 194–203. <https://doi.org/10.1177/08861099221077153>
- Ignaciuk, A. (2021). In sickness and in health: Expert discussions on abortion indications, risks, and patient–doctor relationships in postwar Poland. *Bulletin of the History of Medicine*, 95(1), 83–112. <https://doi.org/10.1353/bhm.2021.0003>
- Inhorn, M. C., & Patrizio, P. (2009). Rethinking reproductive “tourism” as reproductive “exile.” *Fertility and Sterility*, 92(3), 904–906. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.01.055>
- Koralewska, I., & Zielińska, K. (2022). ‘Defending the unborn’, ‘protecting women’ and ‘preserving culture and nation’: Anti-abortion discourse in the Polish right-wing press. *Culture, Health & Sexuality*, 24(5), 673–687. <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1878559>

- Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. M. H. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), 625–639. <https://doi.org/10.1080/13691050902842741>
- Moll, A. G., & Brett, L. (2023, 13 de abril). Abortion in Poland. European Student Think Tank. Recuperado em 12 de junho de 2023, de <https://esthinktank.com/2023/04/13/abortion-in-poland/>
- Motta, S. C. (2013). We are the ones we have been waiting for: The feminisation of resistance in Venezuela. *Latin American Perspectives*, 40(4), 35–54. <https://doi.org/10.1177/0094582X13485706>
- Nowicka, W. (2007). The struggle for abortion rights in Poland. In R. Parker, R. Petchesky, & R. S. Sember (Eds.), *SexPolitics: Reports from the front lines* (pp. 167–196). Sexuality Policy Watch. https://sxpolitics.org/spwprojects/frontlines/book/pdf/capitulo5_poland.pdf
- Part, K., Moreau, C., Donati, S., Gissler, M., Fronteira, I., Karro, H., & REPROSTAT group. (2013). Teenage pregnancies in the European Union in the context of legislation and youth sexual and reproductive health services. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 92(11), 1301–1313. <https://doi.org/10.1111/aogs.12253>
- Pinto, T. C. (2010). Direitos reprodutivos em Portugal: Entre a lei e a realidade. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 62, 53–74. <https://doi.org/10.7458/SPP2010623804>
- Sedgh, G., Bearak, J., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Ganatra, B., Rossier, C., Gerdts, C., Tuncalp, O., Johnson, B. R., Filippi, V., & Alkema, L. (2016). Abortion incidence between 1990 and 2014: Global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*, 388(10041), 258–267. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30380-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30380-4)
- Segurança Social. (2022). Cartão europeu de seguro de doença. <https://www.seg-social.pt/pedido-cartao-europeu-seguro-doenca>
- Soysal, Y. N. (1996). Changing citizenship in Europe. In D. Cesarani & M. Fulbrook (Eds.), *Citizenship, nationality and migration in Europe* (pp. 17–29). Routledge
- Swash, R. (2021, October 22). More than 30,000 Polish women sought illegal or foreign abortions since law change last year. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/global-development/2021/oct/22/more-than-30000-polish-women-sought-or-foreign-abortions-since-law-change-last-year>
- Women on Waves. (n.d.-a). What was the effect... <https://www.womenonwaves.org/en/page/530/what-was-the-effect>
- Women on Waves. (n.d.-b). Who are we? <https://www.womenonwaves.org/en/page/650/who-are-we>
- Women on Web. (n.d.). Sobre o Women on Web. <https://www.womenonweb.org/pt/women-on-web/>
- World Health Organization. (2012). Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems (2nd ed.). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70914>
- World Health Organization. (2022). Abortion care guideline (Secção 3.3.2, pp. 42–44). Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/349316>
- Yuval-Davis, N. (1997). Gender and nation. Sage.

FONTES

Abortion Dream Team. (n.d.). *Aborcja bez granic: Najnowsze dane z 2021–2022*. Recuperado em 12 de junho de 2023, de <https://aborcyjnydreamteam.pl/aborcja-bez-granic-najnowsze-dane-z-2021-2022/>

Abortion Without Borders. (2025). Abortion Without Borders report: Abortion reality 2024. https://adt.pl/news/assets/pdf/raport_ABG_2024_ENG.pdf

Abortion Without Borders. (n.d.). Abortion Without Borders. Recuperado em 12 de junho de 2023, de <https://abortion.eu/>

AboTak & Aborcyjny Dream Team. (2025). AboTak. <https://abotak.org/>

Council of Europe. (1950). European Convention on Human Rights. https://www.echr.coe.int/documents/convention_eng.pdf

European Parliament. (2020, October 27). FEMM draft report. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/commissions/femm/projet_rapport/2020/660070/FEMM_PR\(2020\)660070_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/commissions/femm/projet_rapport/2020/660070/FEMM_PR(2020)660070_EN.pdf)

European Parliament. (2021a, June 21). Amendment 1. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2021-0169-AM-001-001_EN.pdf

Portugal. (2024). Código Penal (Art. 142.º, n.º 5). Diário da República. Lei n.º 16/2007 | DR

Trybunał Konstytucyjny. (n.d.). The Constitution of the Republic of Poland. <https://trybunal.gov.pl/en/about-the-tribunal/legal-basis/the-constitution-of-the-republic-of-poland>

ANEXO A
GUIÃO DE ENTREVISTA

Sobre a associação:

1. Como identificaram que fazia falta uma associação de apoio à IVG em Portugal?
2. O aborto está previsto pela lei na atual legislação portuguesa. Sentem que ainda há restrições que devem ser combatidas?
3. O apoio psicológico antes da IVG é algo previsto na lei, mas não o apoio após. Que tipo de apoio psicológico a vossa associação presta?
4. Em casos de gravidez de menores, quais são os mecanismos que a vossa associação tem para ajudar a fazer a ponte com os tutores legais?
5. No caso de gravidez por consequência de um crime, qual é o procedimento no apoio à gestante caso queira contactar as autoridades?
6. Qual é a demográfica que mais vos contacta para apoio?
7. Atuam a nível nacional ou regional? Quais são as ações que realizam?
8. Prestam apoio a imigrantes ou gestantes de outros países?

Sobre a rede associativa europeia:

1. Têm contacto ou acordos estabelecidos com outras associações semelhantes na Europa?
2. Caso a lei portuguesa não o permita, encaminham a gestante para outro país de forma a poder proceder à IVG?

Perguntas acrescentadas no final da entrevista:

1. Qual é a dimensão da associação neste momento? Quantas pessoas trabalham para a associação?
2. Há mais alguma coisa que queira acrescentar?
3. Há alguma tentativa de fazer uma roda de mulheres?