

## **CONTRIBUTOS PARA A HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM PORTUGAL**

**DUARTE VILAR**

**DIRECTOR EXECUTIVO DA APF**

**UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA/ CLISSIS**

**Resumo:** Este artigo pretende descrever e analisar o desenvolvimento das políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal nas últimas décadas, localizando os progressos e as dificuldades ainda existentes e colocando a debate algumas questões sobre o futuro próximo destas políticas. Inicia-se com a apresentação e discussão dos conceitos de saúde sexual e reprodutiva, situando a sua construção no contexto dos movimentos sociais em torno das questões da contracepção e da moral sexual que ocorreram ao longo do século passado. Percorre depois as diversas áreas específicas da situação da Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal, identificando actores e momentos chave deste processo e confrontando o conceito de Saúde Sexual e Reprodutiva com a sua tradução em políticas concretas nas últimas quatro décadas da sociedade portuguesa.

**Palavras-chave:** saúde sexual; saúde reprodutiva; políticas sexuais; planeamento familiar; contracepção

### **1. A CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO**

#### **1.1. O QUE É A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009) e a International Planned Parenthood Federation (IPPF, 2009), respectivamente as maiores agências a nível mundial de carácter governamental e não governamental, a “Saúde Reprodutiva é um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou enfermidades, em tudo o que se relaciona com o sistema reprodutivo, as suas funções e processos”.

De acordo com esta definição (que resulta da definição geral de Saúde pela OMS), a Saúde Reprodutiva (SR) implica que as pessoas sejam capazes de ter uma vida sexual saudável e satisfatória, que tenham a capacidade de se reproduzir e a

liberdade suficiente para decidir quando e como o querem fazer. Estão implícitos nesta última condição os direitos dos homens e das mulheres em serem informados e terem acesso a métodos de Planeamento Familiar seguros, eficazes, aceitáveis e exequíveis à sua escolha, assim como a outros métodos da sua escolha para regular a sua fecundidade e que não sejam ilegais. Implica ainda que têm direito ao acesso a serviços e cuidados de saúde apropriados que capacitem as mulheres para a gravidez e o parto e que proporcionem aos casais as melhores oportunidades de terem filhos saudáveis.

Em linha com esta definição, os cuidados de SR são definidos como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e bem-estar reprodutivos através da prevenção e/ou solução de problemas de SR. Inclui também a definição de saúde sexual, cujo propósito é potenciar a vida e as relações pessoais e não só o aconselhamento e cuidados relativos à reprodução e às IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis (IPPF, 2009).

Quanto à Saúde Sexual (SS), ela é definida pela WHO (2009) como um estado de completo bem-estar físico, emocional, mental e social associado à sexualidade e não só a ausência de doença ou enfermidade. A saúde sexual implica uma abordagem respeitosa e positiva da sexualidade e das relações sexuais (sexuadas), assim como a possibilidade de ter experiências sexuais gratificantes e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Para que a Saúde Sexual seja atingida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e satisfeitos.

A Saúde Sexual integra problemas como as IST e SIDA, gravidez não desejada e aborto, cancro e infertilidade resultantes de IST, a violência de género e a emergência dos problemas de disfunções sexuais desde há duas décadas (WHO, 2009).

Vemos assim que os conceitos de saúde sexual e de saúde reprodutiva extravasam largamente a dimensão médica e preventiva a que muitas vezes as questões de saúde aparecem associadas. Envolvem comportamentos individuais, relações, protecção da saúde física e mental e uma clara óptica de direitos individuais e sociais. Centram-se nas práticas, serviços e sistemas de saúde, mas transcendem-nos para incluir questões como o direito à informação e à educação sexual e a garantia nas leis e nas políticas de um conjunto de direitos ligados à fecundidade e à vida e relacionamento sexuais. Partem de lógicas e fenómenos individuais, de campos da chamada vida íntima tais como a fecundidade ou a sexualidade, mas adquirem imediatamente uma dimensão social e política, não fossem aqueles campos objectos fundamentais das construções morais de todas as culturas, de todas as sociedades e de todas as épocas (Weeks, 1989; Giddens, 1992).

Neste sentido, parece-nos pertinente articular estes dois conceitos, do ponto de vista teórico e sobretudo do ponto de vista interventivo. Sexualidade e reprodução não são, evidentemente, sinónimas, mas têm ligações evidentes, de resto explicitadas em cada um dos conceitos. Falar de Saúde Sexual e Reprodutiva é, pois, falar de:

- Identidade sexual, conhecimentos e auto-conhecimento em matéria de sexualidade
- Contracepção e regulação da fecundidade (incluindo aqui a Interrupção Voluntária da Gravidez)
- Pré Concepção, e vigilância da gravidez
- Tratamento da infertilidade e Procriação Medicamente Assistida
- Infecções de transmissão sexual
- Problemas oncológicos ligados ao sistema reprodutivo
- Bem-estar sexual, problemas e dificuldades no desempenho sexual
- Violência e sexualidade
- Direitos sexuais e reprodutivos.

## **1.2. DO “BIRTH CONTROL” AO PLANEAMENTO FAMILIAR**

Os conceitos apresentados são relativamente recentes e foram construídos num processo histórico e social que atravessou todo o século XX e que passaremos a descrever nos seus traços gerais. A Saúde Reprodutiva foi antecedida pelo conceito de planeamento familiar das décadas de 1960 e 1970, o qual tinha já sido uma reformulação de outro conceito mais antigo, o conceito de “birth control” ou controlo da natalidade, mais típico das primeiras décadas do século XX (Vilar, 1986; Kozakiewicks, 1986). A modernidade na Europa, na América do Norte, e, de forma geral, nas sociedades industrializadas, fundou-se em extensas mudanças demográficas, das quais sublinhamos a baixa da natalidade e a redução da dimensão dos agregados familiares (Roussel, 1989). No entanto, e sobretudo por motivos de carácter religioso, as práticas de controlo da natalidade foram durante a maior parte do século XX ilegalizadas e reprimidas (MacLaren, 1997). Estas mudanças foram feitas através de práticas de contracepção rudimentares, sendo a mais popular delas o coito interrompido, além do aborto clandestino na maior parte dos países industrializados até à década de 1960 e 1970 (MacLaren, 1997; Bozon, 2002).

É importante recordar que somente no final da década de 1960 a contracepção foi legalizada em países como a França ou os Estados Unidos (MacLaren, 1997). Em Portugal, a lei nº32171, de 1942, ilegalizou a contracepção até depois do 25 de Abril,

embora a pílula contraceptiva fosse largamente utilizada desde a sua comercialização, mas como método de regulação do ciclo menstrual (Almeida *et al*, 2004).

Em 1952 é criada em Bombaim, Índia, a IPPF – International Planned Parenthood Federation – que reúne um conjunto de associações designadas de planeamento familiar, algumas das quais estabelecidas ainda na década de 1930 e que tinham em comum o objectivo de divulgar e disseminar o uso de contraceptivos (Potts e Senanayake, 1996).

O conceito de planeamento familiar que surgiu no pós-guerra e deste movimento internacional, procurava uma maior legitimação e aceitação de políticas e abarcava não só o controlo da natalidade fundamentalmente corporizada na vertente contraceptiva, integrando igualmente outras componentes da promoção da saúde da mulher tais como o apoio a casais com problemas de infertilidade. No entanto, este conceito integrava também em muitos países, e ao nível das principais agências internacionais, uma clara componente política de controlo do crescimento demográfico (explosivo) dos países em vias de desenvolvimento. Esta tensão entre uma abordagem mais virada para o bem-estar e direitos individuais, e entre políticas de controlo demográfico, irá marcar os debates nestas áreas, pelo menos até à Conferência Internacional de População e Desenvolvimento realizada pelas Nações Unidas, no Cairo, em 1994 (Vilar, 1994): de um lado, a perspectiva da saúde pública e individual, centrada na resposta aos problemas dos indivíduos (sobretudo das mulheres) e da comunidade, do outro, as macro políticas de desenvolvimento e crescimento económico, em que o crescimento demográfico é uma das variáveis fundamentais a ter em conta.

O conceito de planeamento familiar surgiu com uma forte mas não exclusiva conotação médica. Sendo centrado nas políticas e cuidados de saúde, desde logo é identificado como um instrumento de promoção da qualidade de vida familiar e, desta forma, como um instrumento que permite aos casais planearem a dimensão da sua família de acordo com a sua vontade e os seus recursos (Rebelo, 1987; Kozakiewicks, 1986).

O planeamento familiar (PF) foi também entendido como o meio mais eficaz de lutar contra o fenómeno do aborto clandestino, então ilegal na maioria das sociedades ocidentais, que, na ausência do acesso ao uso de contraceptivos, funcionava como um perigoso meio de controlo da natalidade e de “planeamento familiar” com graves consequências na saúde materna. Em Portugal, em 1975, morriam cerca de 80 mulheres por ano, a maior parte em consequência de abortos clandestinos (Rebelo, 1987).

Finalmente, o espaçamento das gravidezes através da contracepção e o maior acompanhamento das mesmas identificaram o PF como um instrumento de promoção da saúde infantil e, de facto, os ganhos na redução na mortalidade infantil são unanimemente associados aos progressos no uso de contracepção e do acompanhamento médico e hospitalar da gravidez e do parto (Rebelo, 1987).

### **1.3. DO PLANEAMENTO FAMILIAR À SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS**

Mas a institucionalização política e técnica do planeamento familiar decorreu numa época também marcada por importantes conflitos ideológicos e pela emergência de movimentos sociais e culturais que Weeks designa por “momento permissivo” (1989). Estes últimos ressuscitavam, em parte, os movimentos de reforma sexual surgidos na Europa Central nas primeiras décadas do século XX e interrompidos com a ascensão dos regimes totalitários e com a 2ª Guerra Mundial.

Por um lado, a contestação juvenil punha em causa os rígidos padrões morais sobre a sexualidade defendendo o que Coontz (1992) designa como uma cultura dos solteiros, em que a liberdade sexual dos jovens era incluída. Por outro, os movimentos feministas que punham em causa o poder masculino na sexualidade, na conjugalidade, na família e na sociedade, desenvolvendo uma visão feminina e feminista da sexualidade. Por último, os movimentos homossexuais vieram contestar a ligação exclusiva da sexualidade à heterossexualidade (Giddens, 1992).

O renascimento da sexologia, sobretudo nos EUA a partir da segunda metade do século XX, foi outro factor importante para estas transformações através de estudos de natureza sociológica abrangendo milhares de pessoas, como os que foram desenvolvidos por Kinsey, ou outros de natureza experimental, como os estudos do casal Masters and Johnson. Aparentemente, estes abriam novas frentes de investigação científica sobre uma área que até então tinha sido mais objecto da moral, da arte e da literatura (Lopez e Fuertes, 1997).

O discurso técnico, nomeadamente o discurso médico e as práticas de saúde, não ficaram imunes a estas mudanças. Por um lado, desde o início dos movimentos do *birth control* na década de 1930, muitos dos protagonistas identificavam-se com os ideais feministas e com os ideais de reforma sexual; figuras como Margareth Sanger ou Elisa Ottensen-Jensen, fundadoras da IPPF, eram explicitamente feministas e estiveram na origem da Liga Mundial de Reforma Sexual nas décadas de 1920 e 1930 (Matte, 2005). Por outro lado, as legislações e as políticas de muitos Estados começavam a integrar (e a enquadrar) algumas destas reivindicações, como se verá também no caso português (Vilar, 2003). Finalmente, o que também se passava era que muitos profissionais que intervinham na área do chamado “planeamento familiar”

eram confrontados com problemas e necessidades que não se ligavam estritamente ao controlo ou espaçamento dos nascimentos, mas também à vivência da sexualidade e aos problemas vividos nessa área, sobretudo pelas mulheres e pelos jovens, os principais grupos destinatários dessa intervenção.

A exclusão da homossexualidade em 1972 da lista das doenças mentais pela Associação de Psiquiatria Norte Americana, após intensos debates internos, foi dos exemplos mais claros do impacto dos novos movimentos e dos debates sobre a moral sexual no discurso técnico (Moita, 2001).

Neste contexto, o conceito “planeamento familiar” começava a ser um termo cada vez menos adequado. Por um lado era identificado com pessoas adultas e casadas, embora fosse (e continue a ser) um termo popular entre os jovens. Por outro lado estava demasiadamente centrado das questões da fecundidade e da reprodução, quando as questões da contracepção eram abordadas no contexto da vida sexual e não especialmente na área da fecundidade. Por último, ao nível internacional era um termo demasiadamente conotado com as políticas de controlo demográfico implementadas em muitos países pobres da África, Ásia e América Latina durante os anos 1960 e 1970 (Vilar, 1986).

No início dos anos 1980, o Bureau Europeu da Organização Mundial de Saúde começou a utilizar o conceito de Saúde Sexual, aplicando o seu tradicional conceito de Saúde à área da vivência e do relacionamento sexual, integrando um conjunto de preocupações e projectos claramente situados nesta nova área (Vilar, 1986).

A emergência da SIDA no início dos anos 1980 foi outro factor fundamental no processo de construção destes novos conceitos. No entanto, muitas vezes, o termo Saúde Sexual passou a ser usado como sinónimo de combate às infecções sexualmente transmissíveis, entre as quais o HIV (Vilar, 2003).

Durante a década de 1990 a nova terminologia vai ganhar força internacional, nomeadamente pela aprovação da Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos pela IPPF (a principal agência internacional de planeamento familiar em que a APF é federada), pela consagração da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, na Conferência Internacional sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995 (IPPF, 2009), e na assembleia da Associação Mundial de Sexologia de Hong Kong em 1996 (WAS, 1996). Assim, os conceitos de saúde sexual e de saúde reprodutiva (ou o conceito de saúde sexual e reprodutiva) são considerados direitos individuais, independentemente da idade, género, orientação sexual, religião ou etnia; não se limitam aos casais casados e heterossexuais; abrangem a fecundidade e a sexualidade; envolvem o acesso à informação e aos serviços de saúde; e implicam

uma abordagem interdisciplinar e não somente médica, representando a consagração, em documentos de política internacional e em orientações técnicas, de um conjunto de temas e expectativas que constituem importantes referências para a produção das políticas sexuais à escala nacional. Alargam também significativamente o campo tradicional de intervenção e comportam um conjunto de novos desafios para os actores que potencialmente podem intervir nesta área. É, no entanto, importante sublinhar que estes conceitos continuam a ter como referência principal a contracepção; as novas áreas surgem como áreas adjacentes à sexualidade humana enquanto contexto mais vasto, onde se vão inscrever um conjunto de conceitos e práticas designados por saúde sexual e reprodutiva.

## **2. A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM PORTUGAL**

### **2.1. AS MUDANÇAS SOCIAIS DA MODERNIDADE COMO PANO DE FUNDO**

O desenvolvimento da Saúde Sexual e Reprodutiva (utilizando pois o novo conceito) em Portugal não pode deixar de ter como pano de fundo as transformações sociais do nosso país nas últimas décadas, tanto no plano macro social da política global, dos direitos humanos e sociais e do desenvolvimento das políticas públicas, como no plano micro social dos valores, estratégias e comportamentos individuais (neste caso na esfera a sexualidade, da conjugalidade e da fecundidade).

Embora de forma mais tardia, a sociedade portuguesa acompanhou as mudanças demográficas que ocorreram nos outros países europeus (mais nítidas nos países da Europa do Sul) e, em geral, de forma diferenciada nos países industrializados, sobretudo a partir da década de 1960 (Almeida e Wall, 1995).

A redução do número de filhos foi vista pelos casais portugueses, em primeiro lugar, como uma estratégia de adaptação aos limitados recursos económicos familiares típicos de um país da chamada periferia do Centro, caracterizado por baixos níveis salariais. De facto, a limitação dos nascimentos e um rígido controlo da fecundidade acompanharam nas últimas décadas o forte envolvimento das mulheres no mercado de trabalho, que, por sua vez, foi uma condição essencial para uma melhoria dos níveis de vida das famílias portuguesas e, em muitos casos, para a passagem de situações de pobreza para condições de vida mais aceitáveis (Wall *et al.*, 2005).

No entanto, não são só factores de ordem económica que estão na base da baixa natalidade. De forma mais acentuada nas últimas décadas emergiram novos padrões culturais, sobretudo em torno da condição feminina (e por tabela da condição masculina), das representações sobre a conjugalidade, a vida sexual e os tipos ideais de família. Segundo o estudo coordenado por Karin Wall (Wall *et al.*, 2005) baseado

numa amostra representativa das mulheres portuguesas em idade fértil, a fórmula “casal e dois filhos” é partilhada por cerca de dois terços das mulheres entrevistadas, como dimensão ideal da prole. Não se trata pois de uma resposta a recursos limitados mas sim um novo padrão cultural sobre a dimensão familiar, interiorizado nas expectativas de vida familiar da maior parte dos casais.

Quanto às mudanças em relação à sexualidade, também acompanhámos o processo de liberalização das atitudes e dos comportamentos e aqui, novamente, como afirma Giddens (1992) e como mostram os resultados do mais recente Inquérito à Fecundidade e à Família (INE, 2001), esta mudança foi bastante mais acentuada nas mulheres do que nos homens. E neste processo de mudança, a dissociação da vida sexual das capacidades procriativas é um dos pilares de base.

## **2.2. QUATRO DÉCADAS DE POLÍTICAS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM PORTUGAL (1967-2008)**

Passaremos agora a descrever esta história da Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal, enumerando os factos e processos que em nossa opinião foram relevantes, procurando identificar neles alguns dos seus actores principais bem como os principais debates morais em que esteve envolvida. Podemos distinguir várias fases na história da saúde sexual e reprodutiva em Portugal.

### **2.2.1. A FASE EMERGENTE (1967-1984)**

Designaremos um primeiro momento como “fase emergente” e que decorre entre 1967 e 1984. O início do planeamento familiar em Portugal tem como referência principal a organização da APF - Associação para o Planeamento da Família -, em 1967, que reúne à sua volta um conjunto de profissionais de saúde que estão na base da criação de diversas consultas nos hospitais de Lisboa, do Porto e de Coimbra, ou que estão ligados à criação do Instituto Maternal, um organismo de Estado vocacionado para a promoção da saúde materna e infantil e onde vão começar a ser organizadas as primeiras consultas fora do contexto hospitalar (Nóbrega, 1997). A Direcção Geral da Saúde, criada em 1973, vai surgir no desenvolvimento do Instituto Maternal (Araújo, 1996).

O nascimento da APF portuguesa em 1967, numa sociedade marcada pela emigração e pelo decréscimo da população (na década de 1960 assistimos mesmo à diminuição da população residente), foi alheia às preocupações anti-natalistas atrás referidas e, desde logo, centrou a sua acção fundamentalmente numa lógica da saúde das mulheres e dos casais.

O 25 de Abril de 1974 veio potenciar este processo que é agora reforçado com as reivindicações das primeiras organizações feministas portuguesas que, entre outras coisas, exigem o aceso pleno à contracepção e a legalização do aborto (Tavares, 2003).

Em Março de 1976, um despacho do Secretário de Estado da Saúde introduz as consultas de planeamento familiar na valência da saúde materna dos centros de saúde da Direcção Geral da Saúde. No preâmbulo deste despacho era referido que se estimava que anualmente eram realizados cerca de 100 mil abortos clandestinos. Neste panorama, o acesso aos métodos contraceptivos era apontado com uma prioridade na saúde em Portugal (Araújo, 1996).

No final da década de 1970, iniciam-se diversos projectos de planeamento familiar apoiados pelo FNUAP – Fundo das Nações Unidas para Actividade da População – e pela Organização Mundial de Saúde, protagonizados pela Direcção Geral da Saúde (formação de profissionais de saúde), pela Comissão da Condição Feminina (CCF), pela APF (projectos de informação e intervenção comunitária) e pelo INE, que vai realizar com este apoio o 1º Inquérito Português à Fecundidade (Araújo, 1996).

Nesta primeira fase, assistimos a conflitos importantes sobre a questão da contracepção, sobretudo protagonizados por diversos porta-vozes da Igreja e, em termos políticos, pelo CDS. No entanto, esta resistência nunca foi suficientemente forte para travar as políticas públicas nestas matérias. No início dos anos 1980, existiam cerca de 400 consultas de planeamento familiar em Portugal, nos centros de saúde e hospitais.

No entanto, a contracepção e o chamado planeamento familiar eram ainda desconhecidos de uma parte significativa população e, por outro lado, os serviços da Direcção Geral da Saúde representavam uma parte minoritária dos serviços de saúde em Portugal, dado que a maior parte dos serviços de saúde pertencia ao chamado sistema das Caixas de Previdência e não integrava consultas de planeamento familiar. Os dados do 1º Inquérito Português à Fecundidade são ilustrativos da situação que se vivia – o método mais usado pelos casais portugueses era o coito interrompido. Apenas 31% dos casais usava a chamada contracepção moderna. Um estudo da CCF no final dos anos 1970 referia que só cerca de 20% das mulheres conheciam as consultas de planeamento familiar (INE, 1980; Almeida *et al.*, 2004).

Em síntese, nesta primeira fase as políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva focam-se ainda sobretudo no âmbito da Saúde Materna sendo por isso bastante centradas na educação contraceptiva das mulheres e na promoção do acesso à contracepção através de uma primeira oferta de serviços de saúde. Como protagonistas destas políticas, aparecem sobretudo dois organismos públicos – a

Direcção Geral da Saúde e a Comissão da Condição Feminina e, a nível não governamental, a APF e um conjunto de organizações feministas organizadas em torno da CNAC – Campanha Nacional para o Aborto e Contracepção (Tavares, 2003).

### **2.2.2. A FASE DE INSTITUCIONALIZAÇÃO (1984-1998)**

No início dos anos oitenta, esta primeira fase dá lugar à “fase de institucionalização”, que situamos até finais da década de 1990 e que se inicia num momento em que convergem três processos: os primeiros debates parlamentares sobre o aborto, o planeamento familiar e a educação sexual (despoletados em 1982 pela UDP e, em 1983, pelo PCP), a organização do Serviço Nacional de Saúde com a fusão dos diversos serviços de saúde, e o debate sobre o acesso dos jovens à contracepção desencadeado (pela APF) no seguimento de um parecer do Procurador Geral da República que condicionava o acesso dos jovens às consultas de planeamento familiar à autorização expressa dos pais (Peniche, 2007).

A criação do Serviço Nacional de Saúde com a fusão dos serviços da Direcção Geral de Saúde e dos Serviços Médico Sociais vai dotar o país de uma rede de centros de saúde, organizados segundo uma perspectiva de saúde pública. O planeamento familiar é entendido como parte dos cuidados de saúde primários, cujos principais agentes são os médicos de família. Por lei, os métodos contraceptivos são distribuídos gratuitamente nos centros de saúde. Mesmo quando existem rupturas neste fornecimento, a pílula contraceptiva é altamente comparticipada (Araújo, 1996).

Com estas mudanças ao nível das políticas de saúde, o acesso à contracepção generalizou-se, passando a estar disponível não só num conjunto de dispensários e centros de saúde irregularmente distribuídos no território, mas numa rede que se propõe fazer a cobertura universal da população em termos dos cuidados de saúde. Em meados dos anos 1980, o Inquérito Nacional de Saúde de 1987 revelava já mudanças importantes no uso de contracepção, tendo a pílula passado para 1º lugar como método contraceptivo utilizado e o coito interrompido para segundo lugar (Ministério da Saúde, 1988).

A lei 3/84 (aprovada pelo PS, PSD, CP e UDP) e a portaria 52/85 foram marcos essenciais na afirmação da saúde sexual e reprodutiva. Fica clara a definição do que são cuidados de “Planeamento Familiar”, legisla-se pela primeira vez sobre educação sexual nas escolas (embora a regulamentação desta parte da lei nunca viesse a ser feita), e é anulado o parecer que impedia o acesso dos jovens às consultas de Planeamento Familiar. No seguimento deste novos documentos legais que permitem o acesso dos jovens em idade fértil às consultas de planeamento familiar, vamos assistir nos meados doa anos 80 a um importante debate sobre estas alterações legislativas,

em que estruturas com forte influência religiosa (como, por exemplo, a CONFAP) exigem a revogação das mesmas, em nome do controlo e dos direitos parentais. Estas reacções irão sempre constituir uma barreira política importante ao desenvolvimento de políticas de educação sexual nas escolas (Vaz *et al.*, 1996). O facto de esta lei ter sido aprovado por quase todo o espectro político português (à excepção do então CDS) demonstra com clareza os consensos políticos alcançados nas políticas sexuais em Portugal.

Já na questão da Interrupção Voluntária da Gravidez, os debates saldaram-se por uma lei timorata – a Lei 6/84 – que nunca chega a ser regulamentada e que é implementada por cada hospital à sua maneira. Em 1992, no primeiro levantamento sobre a aplicação desta lei feito pela APF constata-se que, desde 1985, os hospitais portugueses realizam apenas algumas dezenas de IVG legais por ano. Ficam claras as dificuldades dos partidos do centro enfrentarem a oposição da Igreja, preferindo que seja mantida uma situação hipócrita em que o aborto é proibido por lei (excepto, agora em três situações bem delimitadas) e é na prática tolerado, à custa de evidentes danos para a saúde física e psíquica da mulher (Peniche, 2007).

A APF vai nesta altura iniciar as primeiras experiências de educação sexual nas escolas e de formação de professores e, por outro lado, vai colaborar no desenvolvimento de serviços para jovens, sobretudo no Porto e na Região Norte (Nóbrega, 1997).

Em 1984, é criada a Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica. No entanto, ela vai funcionar fundamentalmente como uma sociedade científica que agrupa profissionais ligados às poucas consultas hospitalares existentes. Os cuidados ligados à terapia sexual nunca chegaram a ser integrados ou articulados com os cuidados primários de saúde que, na Portaria 52/84 (que regula a Lei 3/84 na área da Saúde), não estão incluídos, havendo apenas referência às questões da “informação sexual” na portaria que regula a Lei 3/84.

Por outro lado, a emergência da SIDA e a criação da Comissão Nacional da Luta Contra as SIDA (CNLCS) vão estar na base da organização de campanhas de prevenção da SIDA e de promoção do uso do preservativo. No entanto, mesmo ao nível do Ministério da Saúde, a SIDA e a Saúde Reprodutiva correspondem a estruturas diferentes e que nunca se articulam. No Ministério da Educação, a prevenção da SIDA vai estar na base da integração da educação sexual no Programa de Promoção e Educação para a Saúde. No entanto, e com esta excepção, não existem ao nível do Sistema Educativo quaisquer políticas coerentes de educação sexual nas escolas (Vilar, 1997).

Em síntese, esta segunda fase centra-se sobretudo na generalização do acesso à contraceção e nos debates sobre as questões da sexualidade juvenil e das políticas de educação sexual, tendo como actores fundamentais o próprio parlamento e organizações não governamentais que se posicionam num sentido mais liberal ou mais conservador sobre as políticas relacionadas com a sexualidade juvenil. A emergência da SIDA alarga o discurso público da saúde reprodutiva (Saúde Materna) para a saúde sexual centrada na prevenção da SIDA. Assim mesmo, esta nova abordagem permitiu falar em questões até então silenciadas, tais como a diversidade de comportamentos sexuais, o que permite, pela primeira vez, integrar estes aspectos nas políticas públicas de saúde (Vilar, 2003). Por último, referiremos a entrada em cena de um novo actor, o Ministério da Educação e o sistema educativo que, por via da educação para a saúde vão promover acções e programas de educação sexual, ainda que não de forma generalizada.

### **2.2.3. A FASE DE REAVALIAÇÃO E QUESTIONAMENTO (DE 1997 AO PRESENTE)**

Na segunda metade dos anos 1990, desenrolaram-se novos debates sobre a despenalização do aborto, tendo como pano de fundo a mudança da maioria política do PSD para o PS e como antecedentes o trabalho que um conjunto de organizações não governamentais tinha desenvolvido desde 1991 (Tavares, 2003). Em 1997 e 1998 a AR debate a IVG a pedido da mulher. Em 1998, um acordo político entre Guterres e Rebelo de Sousa desautoriza a AR e promove um referendo com os resultados conhecidos, adiando por quase dez o acesso a cuidados de aborto legal e seguro (Peniche, 2007; Vilar, 2002). Apenas algumas pequenas (mas importantes) modificações foram feitas à legislação sobre IVG, sobretudo nos casos em que se verificasse malformação fetal. No entanto, todo o quadro principal do aborto clandestino se manteve (APF, 2006).

Em 1999, a Assembleia da República aprovou (por iniciativa do Partido Comunista Português - PCP) a lei 120/99 já sob o novo conceito de saúde reprodutiva, o qual foi regulamentado pelo Decreto-Lei (DL) 259/2000, entrando-se numa terceira fase, em que actualmente vivemos e que designaremos por “fase de reavaliação e questionamento”.

É mais uma vez, tal como na década anterior, o debate sobre a questão do aborto clandestino que faz avançar a Saúde Sexual e Reprodutiva. Em Outubro de 1998, após a derrota do SIM à despenalização no primeiro referendo sobre o aborto, o Governo tinha elaborado o (primeiro) Plano Interministerial para a Educação Sexual e o Planeamento Familiar. Pela primeira vez, diversos ministérios – Saúde, Educação, Justiça, Solidariedade Social e Secretaria de Estado da Juventude – listam um

conjunto de acções a serem realizadas por um período de 5 anos e são indicadas metas quantificadas a atingir (APF, 1999). Essas acções englobam, entre outras, a actividade tradicional dos centros de saúde no fornecimento da contracepção e outros serviços de SSR, englobam a generalização da educação sexual nas escolas, o trabalho com a população reclusa, as linhas telefónicas de ajuda para os jovens e o trabalho com grupos socialmente vulneráveis, nomeadamente a população abrangida pelo então designado Rendimento Mínimo Garantido.

Em Junho de 1998, a linha telefónica de ajuda “Sexualidade em Linha”, promovida pelo IPJ em parceria com a APF, inicia as suas actividades atendendo por ano milhares de chamadas de jovens de todo o país (Gil, 2008).

Entre 2000 e 2002 assiste-se a um desenvolvimento da educação sexual nas escolas e, em Outubro de 2000, o Ministério da Educação publica as “Linhas Orientadoras para a Educação Sexual em Meio Escolar” as quais são também subscritas pelo Ministério da Saúde e pela APF (este documento tinha sido um produto de um projecto experimental de educação sexual levado a cabo – por proposta da APF – por estas 3 instituições entre 1995 e 1998) (ME *et al.*, 2000).

Em 2000, é publicado o Inquérito à Fecundidade e à Família realizado em 1997. Os dados revelam uma situação muito diferente em relação aos últimos dados conhecidos (de 1987): mais de 80% das mulheres em idade fértil usam algum método contraceptivo. Destas, mais de 60% usam a pílula. O coito interrompido aparece agora em 4º lugar, usado por cerca de 5% dos casais (INE, 2001). Em 2001, a Assembleia da República autoriza a venda da pílula do dia seguinte sem necessidade de receita médica (APF, 2002).

A vitória da coligação PSD/PP, em 2002, vai interromper alguns destes desenvolvimentos. Mais uma vez, os serviços de saúde não são afectados, mas o processo de desenvolvimento da educação sexual nas escolas é interrompido com o desmantelamento da rede de promoção da saúde do Ministério da Educação, a Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde (CCPES - organismo do ME responsável pelo desenvolvimento de programas de Educação para a Saúde).

Nos últimos dez anos, a questão do aborto ilegal tem sido central nos debates na área da saúde sexual e reprodutiva. Os julgamentos da Maia (2001-2002), de Aveiro (2003-2007), de Setúbal (2003-2006) e de Lisboa (2004) revelaram, como nunca antes tinha acontecido, o rosto do aborto ilegal, o sofrimento a ele associado e o carácter indigno e absurdo da lei (Alves, 2001; Peniche 2007).

Os resultados de 1998 (em que a diferença entre o NÃO à despenalização e o SIM à despenalização foi de pouco mais de 1% dos votos) tinham revelado uma

sociedade em parte dividida e noutra parte, e por razões várias, não interessada em pronunciar-se.

O debate continuava assim em aberto e, em 11 de Fevereiro de 2007, ao fim de trinta anos de luta pelo direito ao aborto legal e seguro, e após uma intensa mobilização de apoiantes e opositores, a IVG a pedido da mulher foi finalmente apoiada por quase 60% dos eleitores e permitida por lei até às 10 semanas.

A nova legislação foi aprovada pela Assembleia da República menos de um mês após o referendo de Fevereiro de 2007 e entrou em vigor em 15 de Julho de 2007, sendo que os primeiros dados apontam para um recurso ao aborto inferior às expectativas e na ordem dos 18 mil abortos por ano (DGS, 2008).

Assistimos a um forte envolvimento do Ministério da Saúde, através da Direcção Geral da Saúde, que em apenas dois meses tratou de regulamentar até ao pormenor a nova legislação e, com a mesma rapidez, envolveu os serviços de Saúde na implementação da lei, criou uma rede de referência sobre IVG que integra cerca de 40 dos 51 hospitais da rede obstétrica nacional e abordou claramente os casos de objecção de consciência. Teoricamente, todas as mulheres portuguesas que necessitarem têm acesso a serviços de IVG em hospitais públicos, algumas clínicas privadas e em alguns centros de saúde, onde podem realizar a IVG gratuitamente, de forma segura e medicamente acompanhada. Em minha opinião, o inesperado envolvimento dos hospitais na aplicação da lei (previam-se dificuldades bastante maiores) revela que existiam já extensas necessidades profissionais não resolvidas: por outras palavras, os profissionais eram confrontados com o problema do aborto e não podiam agir e, por isso, quando o puderam fazer, envolveram-se activamente (DGS, 2008).

Em síntese, nesta última fase, são novamente os debates em torno do aborto que estão em causa, sendo agora protagonizados não só pelos grupos e partidos políticos, mas por movimentos de opinião que se constituem na chamada sociedade civil. Outras questões da saúde sexual e reprodutiva – a contracepção, a sexualidade dos jovens e a educação sexual são evocadas nestes contextos e tornam-se por isso objecto de novos enquadramentos legais e de novas políticas no contexto da educação, da juventude e da saúde.

### **3. UM BALANÇO**

Tendo como base os conceitos de saúde sexual e de saúde reprodutiva, ou de saúde sexual e reprodutiva, procurámos reconstruir os debates e os actores nas últimas décadas da sociedade portuguesa, bem como as políticas que se foram desenhando e produzindo nestas matérias. Iremos agora, em jeito de balanço, procurar perceber em

que medida a amplitude daqueles conceitos se concretizou nas políticas produzidas e implementadas.

Em Agosto de 2007, foram divulgados os últimos dados disponíveis sobre uso de contraceptivos a partir do 4º Inquérito Nacional de Saúde, que abrangeu mais de 20 mil participantes. Estes dados revelam que 86,7% das mulheres em idade fértil, não grávidas nem à espera de engravidar e com actividade sexual usam algum método contraceptivo. Não existem grandes diferenças por região, mas é na Madeira que o uso de contraceptivos é mais alto (89%). São as camadas mais jovens que menos usam a contracepção (chegando aos 35% de não uso da região Norte). São as mulheres menos escolarizadas que menos usam a contracepção (chegando aos 24% do não uso). A pílula é usada por cerca de 69% das utilizadoras de contracepção, a seguir aparece o preservativo com 13%, o DIU com 8,4%, a laqueação de trompas com 5,9% e só depois o coito interrompido, referido por 4% das mulheres. A vasectomia é apenas referida por 0,2% dos respondentes. Cerca de 22% não faz vigilância periódica (59% nos centros de saúde, 8% nos hospitais e 37% no sector privado) (Dias, 2007).

Ou seja, temos um padrão de uso muito elevado (mesmo assim, há 13% que não usam e estão em risco contraceptivo), fortemente centrado na pílula (somos, depois da Holanda, o país europeu com maior uso de pílula) e com um baixíssimo envolvimento masculino. É também interessante constatar que, num país com um peso significativo da Igreja Católica, só 0,4% das mulheres usam os métodos por ela defendidos. Outro campo em que se obtiveram evidentes melhorias foi no acompanhamento da gravidez, que é praticamente universal.

Já na questão do tratamento da infertilidade (que afecta entre 10 e 15% dos casais), só este ano o Ministério da Saúde irá participar nos tratamentos. De facto, este é um campo da SSR que o Estado não tem apoiado. Os tratamentos de infertilidade têm sido sobretudo suportados pelos casais e, se necessário, só uma pequena parte tem, de facto, acesso aos cuidados de procriação medicamente assistida (APF, 2009).

Outro dos campos da SSR que não tem tido o necessário desenvolvimento é o do apoio às pessoas com dificuldades e disfunções sexuais. Segundo um estudo realizado pela Sociedade Portuguesa de Andrologia em 2005, 8,5% das mulheres e homens estudados declaram-se insatisfeitos com a sua vida sexual. Quase 5% dos homens têm problemas de disfunção eréctil, 8,5% de ejaculação precoce e cerca de 19% das mulheres declaravam sofrer de algum problema grave na sua vida sexual relacionado com as diversas fases da resposta sexual – desejo, excitação/lubrificação, orgasmo e dor (SPA, 2005). As consultas de sexologia existem

somente nos hospitais centrais de Lisboa, Coimbra e Porto e, claro, no sector privado. A única linha telefónica de ajuda que existia neste campo era financiada pela indústria farmacêutica e fechou recentemente por falta de apoios.

Em termos das infecções sexualmente transmissíveis são muito escassos os dados existentes e, à excepção da SIDA, este tipo de problemas não tem sido objecto de campanhas junto do grande público, embora se saiba que se tem verificado o aumento de algumas IST nos últimos anos. Mas, mais uma vez, a prevenção das IST, nomeadamente da SIDA, não tem sido feita de forma articulada com os programas e serviços de saúde reprodutiva (Azevedo, 2008).

Quanto à situação da educação sexual nas escolas, no seguimento das propostas do Grupo de Trabalho em Educação Sexual nomeado pela Ministra da Educação em Junho de 2005, a educação sexual surge agora como uma componente de uma área mais vasta – a Promoção da Saúde – e cada escola está obrigada a organizar este tipo de programas e a nomear um professor coordenador responsável pelo seu desenvolvimento. Em estudo recente da APF e do ICS (APF-ICS 2008), ficou evidenciado que se muitos jovens afirmam ter já abordado diversos temas de sexualidade em contexto escolar, os conhecimentos dos jovens em temas como a contracepção ou as IST continuam longe de ser satisfatórios. Por outro lado, uma parte dos jovens revela não ter abordado estes temas nas escolas. Pelo que, se houve alguns progressos evidentes e maior envolvimento das escolas nesta área, não existe ainda um acesso universal dos jovens a programas de educação sexual nas escolas.

Por outro lado um estudo recente da DECO mostrou as dificuldades que persistem no acesso dos jovens às consultas de planeamento familiar. Segundo a Direcção Geral da Saúde, um pouco mais de metade dos centros de saúde têm consultas e programas especificamente dirigidos a jovens (DECO Proteste, 2007).

Em resumo, o desenvolvimento de programas na área da SSR em Portugal centrou-se sobretudo no acesso à contracepção e na vigilância da gravidez, tendo-se aí registado progressos evidentes e rápidos, mesmo numa óptica comparativa aos outros países da UE. O Estado, através do Serviço Nacional de Saúde foi, de longe, o actor principal neste processo, ainda que parte do uso de contracepção, nomeadamente da pílula, seja feito sem vigilância médica, ou seja, por automedicação das mulheres.

Todas as outras áreas de trabalho incluídas no conceito de SSR foram bastante menos desenvolvidas e, embora o discurso técnico, legal e político use frequentemente o conceito de Saúde Sexual e Reprodutiva, não tem existido nenhuma instância de articulação entre diversos programas. O caso mais flagrante é a ausência

completa de articulação entre os programas de saúde reprodutiva e a prevenção do VIH/SIDA.

Na linha do que é também afirmado por Jeffrey Weeks na sua obra *Sex, Politics and Society* (1989), este processo foi sempre marcado por intensos debates morais e políticos: a contracepção nos anos 1960 e 1970, a sexualidade juvenil nos anos 1980 (e seguintes) e o aborto legal e seguro, que percorre todo este período. É neste confronto ideológico e político que se vão produzindo e implementando, ou não, as políticas de saúde sexual e reprodutiva. A saúde das mulheres no contexto das mudanças da sua condição foi sempre o objecto central destes debates e destas mudanças. A questão da sexualidade juvenil tem sempre como pano de fundo questões como os elevados níveis de gravidez e de maternidade na adolescência. Mas subjaz sempre a esta questão uma outra – a aceitação ou a condenação moral da vivência da sexualidade nos jovens.

No entanto, nestas quatro décadas, o balanço é, mesmo assim, claramente positivo em termos dos direitos alcançados e dos progressos efectivos em termos de ganhos de saúde e de ganhos de autonomia e de empoderamento pessoal, sobretudo através do acesso à contracepção como instrumento de controlo da fecundidade (e por isso, de controlo do próprio percurso de vida). A reivindicação das décadas de 1960 e 1970 em torno do acesso à contracepção e ao “Planeamento Familiar” foi rapidamente incorporada em algumas políticas estatais que, de forma continuada e ainda que não isenta de falhas, foram proporcionando um acesso praticamente universal e uma ampla prevalência do uso de métodos contraceptivos.

O debate sobre as questões do aborto não está, de forma alguma, fechado na sociedade portuguesa: por um lado, os seus opositores são activos na exigência da revogação da legislação alcançada em 1984, 1997 e 2007. Por outro, está ainda por fazer a avaliação da implementação do novo quadro legal aprovado em 2007.

As questões da sexualidade juvenil foram e continuam a ser objecto de confrontos ideológicos e políticos, macro e micro sociais. Existe neste momento um quadro legislativo e normativo claramente permissivo em torno das políticas de saúde sexual e reprodutiva para jovens, persistindo barreiras no topo e nas estruturas intermédias e de base do sistema educativo.

#### **4. NOVOS DESAFIOS**

Finalmente, o que é que está hoje na ordem do dia na SSR? Persistem as velhas questões, nomeadamente a do acesso à contracepção pelas camadas mais jovens e pelos grupos de maior vulnerabilidade social, tais como as populações em situação de

pobreza ou as comunidades migrantes, nomeadamente as de chegada mais recente a Portugal.

É também importante reforçar a educação contraceptiva das pessoas já utilizadoras de contraceção, no sentido de reforçar a sua capacidade de escolha (será que um padrão contraceptivo tão centrado na pílula não poderá ser um indicador de escolhas limitadas?) e de melhorar a qualidade do uso dos métodos contraceptivos e da contraceção de emergência. As falhas no uso dos métodos são responsáveis por uma parte significativa das gravidezes não desejadas. No estudo da APF sobre a situação do aborto em Portugal, uma em cada cinco mulheres que tinha abortado estava a usar contraceção (APF, 2006).

Todavia, continua a existir um vasto campo de trabalho e um grande desafio que é o desafio da educação sexual e, em particular, da educação sexual em meio escolar. Trata-se tão só de integrar a sexualidade como uma componente da vida, da biologia e das relações humanas nos currículos escolares e noutros contextos de vida juvenil. Trata-se de abrir as escolas, as salas de aula e os manuais escolares a um tema que só por preconceito não é abordado.

Uma das questões fundamentais é a da articulação das diversas áreas da Saúde Sexual e Reprodutiva e da construção de políticas efectivas nas áreas até agora menos desenvolvidas tais como as questões da infertilidade e das dificuldades sexuais.

Um outro desafio é a construção de estratégias de abordagem dos problemas e necessidades dos homens, dado que, até agora, a quase totalidade dos programas foram dirigidos às mulheres. O que coloca a necessidade mais global de um aprofundamento das questões de Género nas políticas e nas práticas desenvolvidas nestas áreas.

Vivemos num país que detém um vasto e positivo capital histórico e político no campo das lutas em torno das questões ligadas aos direitos sexuais e reprodutivos, sobretudo nas últimas quatro décadas. E este capital histórico e político enquadra-se no conjunto mais vasto de mudanças sociais e políticas, na conquista e no aprofundamento da democracia e dos direitos humanos e mais especificamente dos direitos das mulheres e dos jovens. No plano estrito dos direitos sexuais, há grupos ainda discriminados na lei e na comunidade e, neste contexto, a questão dos direitos das pessoas homossexuais são uma pedra de toque e um campo emergente de afirmação, de acção e de debate público. As questões da diversidade moral, do direito à diferença e da igualdade de direitos continuam, pois, na ordem do dia.

Por último, mesmo os direitos adquiridos devem ser sempre objecto de vigilância e acompanhamento, especialmente numa sociedade tradicionalmente marcada por

lacunas no campo da avaliação e acompanhamento das políticas e legislações definidas.

## Cronologia

- 1967 – Criação da APF
- 1973 – Criação da Comissão da Condição Feminina
- 1973 – Criação da Direcção Geral da Saúde
- 1976 – Constituição e criação das consultas de planeamento familiar
- 1978 – Início dos projectos apoiados pelo FNUAP e pela OMS
- 1978 – Campanha Nacional pelo Aborto e Contracepção
- 1981/82 – Campanha da APF pelo Direito dos jovens à contracepção
- 1983/84 – Lei 3/84 4/84 e 6/84
- 1983 – Criação do Serviço Nacional de Saúde
- 1984 – Criação da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica
- 1985 – Portaria 52/85
- 1985 – Criação da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA
- 1985 – Criação do Programa de Promoção e Educação para a Saúde (M. Educação)
- 1985 – Criação da Comissão Nacional de Saúde da Mulher
- 1991 – Criação do Movimento de Opinião para o Debate do Aborto em Portugal
- 1995 – Projecto experimental de educação sexual nas escolas APF/ME/MS
- 1995 – Criação da ILGA Portugal
- 1997 – Debate parlamentar sobre IVG – alterações parciais à Lei 6/84
- 1998 – Debate parlamentar sobre IVG
- 1998 – Referendo sobre IVG
- 1998 – Criação pelo IPJ da Sexualidade em Linha e dos GAJs
- 1998 – Programa Interministerial de PF e Educação Sexual
- 1999 – Aprovação da Lei 120/99
- 2000 – DL 259/2000
- 2000 – Linhas Orientadoras da Educação Sexual em Meio Escolar
- 2001 – Lei 12/2001 – Contracepção de Emergência
- 2005 – Criação do GTES (Grupo de Trabalho para a Educação Sexual)
- 2006 – Lei 32/2006 – Procriação Medicamente Assistida
- 2007 – Referendo sobre IVG
- 2007 – Aprovação e regulamentação da lei da IVG
- 2007 – Programa de Saúde Reprodutiva

## Duarte Vilar

Licenciado e doutorado em Sociologia pelo ISCTE, concilia a sua actividade de Director Executivo da APF – Associação para o Planeamento da Família, com a actividade docente em Serviço Social na Universidade Lusíada de Lisboa. Tem também participado regularmente em diversos projectos de investigação nas áreas da Sexualidade e da Saúde Sexual e Reprodutiva. Contacto: [duartevilar@apf.pt](mailto:duartevilar@apf.pt)

## Referências Bibliográficas

- Almeida, Ana *et al.* (2004), *Fecundidade e Contracepção*. Lisboa: ICS.
- Alves, Maria José (2001), “Escrevo no Rescaldo da Sentença do Tribunal da Maia”, *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 32, 1-2.
- APF (1999), *Relatório de Actividades de 1998*. Lisboa: APF.
- APF (2002), *Relatório de Actividades de 2001*. Lisboa: APF.
- APF (2006), *A Situação do Aborto em Portugal*. Lisboa: APF.
- APF-ICS (2008), *A Educação sexual dos Jovens Portugueses: Conhecimentos e Fontes*. Lisboa: APF.
- Araújo, Maria Purificação (1996), “A situação do planeamento familiar em Portugal”, *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 9/10, 17-19.
- Associação Portuguesa de Fertilidade (2009), “O que é a infertilidade”. Acedido a 8/06/2009, [www.apfertilidade.org/manualparte-id-1.html](http://www.apfertilidade.org/manualparte-id-1.html).
- Azevedo, Jacinta (2008), “Infecções Sexualmente Transmissíveis”, *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 50/51, 43-45.
- Bozon, Michel (2002), *Sociologie de la sexualité*. Paris: Nathan/VUEF.
- Coontz, Stephanie (1992), *The Way We Never Were*. New York: Basic Books.
- DECO Proteste (2007), “Portas Fechadas em Metade dos Serviços”, *Teste Saúde*, 67, 9-13.
- D.G.SAÚDE (2008), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez ao Abrigo da Lei 16/2007 de 17 de Abril*. Lisboa: DGS.
- Dias, Carlos (2007), “Utilização de métodos Contraceptivos pela População Portuguesa - 4º Inquérito Nacional de Saúde”. Comunicação apresentada em Setembro de 2007 no colóquio promovido pela APF).
- Giddens, Anthony (1992), *The Transformation of Intimacy*. Cambridge: Polity Press.
- Gil, Sandra (2008), “10 Anos da Sexualidade em Linha”, *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 50/51, 55-56.
- INE (1980), *Inquérito Português à Fecundidade*. Lisboa: INE.
- INE (2001), *Inquérito à Fecundidade e à Família*. Lisboa: INE.
- IPPF (2009), “Reproductive Health”. Acedido a 16/03/2009, [www.ippf.org/en/Resources/Glossary.htm?g=R](http://www.ippf.org/en/Resources/Glossary.htm?g=R).

- Kozakiewicks, Mikotaj (1986), "The Terminology of Planned Parenthood", in Philip Meredith e Lyn Thomas (org.), *Planned Parenthood in Europe – A Human Rights Perspective*. New Hampshire: IPPF Europe Region, 13-19
- Lopez, Félix e Fuertes, António (1997), *Aproximaciones al Estudio de la Sexualidad*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- MacLaren, Angus (1997), *História da Contraceção*. Lisboa: Terramar.
- Matte, Nicholas (2005), "International Sexology and Sexual Reform in Europe, 1987-1933", *CBMH/BCHM*, 22(2), 253-270.
- Ministério da Saúde/DEPS (1987), *Inquérito Nacional de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Moita, Gabriela (1997), "Um pouco da história do planeamento familiar", *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 13/14, 15-18.
- Moita, Gabriela (2001), *A Homossexualidade na Prática Clínica – Dissertação de Doutoramento*. Porto: Edição da autora.
- Nóbrega, João (1997), "Planeamento Familiar - um Conceito Subversivo", *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 13/14, 11-14
- Peniche, Andrea (2007), *Elas Somos Nós – O Direito ao Aborto como Reivindicação Democrática e Cidadã*. Porto: Afrontamento.
- Potts, Malcom e Senanayake, Pramilla (1996), *Slide Atlas of Contraception*. Oxford: Taylor and Francis.
- Rebelo, David (1987), "O Movimento do Planeamento Familiar", in Júlio Silveira Nunes *et al.* (org.), *Sexologia em Portugal. Volume II*. Lisboa: Texto Editora, 103-107
- Roussel, Louis (1989), *La Famille Incertaine*, Paris: O.Jacob.
- SPA (2005), *EPISEX- pt – Epidemiologia das Disfunções Sexuais em Portugal Continental*. Lisboa: SPA.
- Tavares, Manuela (2003), *Aborto e Contraceção em Portugal*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Vaz, Júlio Machado *et al.* (1996), *A Educação Sexual na Escola*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Vilar, Duarte (1986), "O Estado das Coisas", *Planeamento Familiar*, 36, 8-16.
- Vilar, Duarte (1994), "A polémica do Cairo: uma perspectiva comparada", *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 3, 8-12.
- Vilar, Duarte (2002), "Abortion: the Portuguese Case", *Reproductive Health Matters*, 10(19), 156-161.
- Vilar, Duarte (2003), *Falar Disso*. Porto: Afrontamento.
- Wall, Karin (org.) (2005), *Famílias em Portugal*. Lisboa: ICS.
- WAS (1996), "Declaration of Sexual Rights". Acedido a 16/03/2009, [www.worldsexology.org/about\\_sexualrights.asp](http://www.worldsexology.org/about_sexualrights.asp).
- Weeks, Jeffrey (1989), *Sex, Politics and Society*. Nova Iorque: Longman.
- WHO (2009), "Sexual Health". Acedido a 16/03/2009, [www.who.int/reproductivehealth/index.htm](http://www.who.int/reproductivehealth/index.htm).