

IMPACTOS SOCIOECONÔMICOS DA LEGALIZAÇÃO DO ABORTO: PROJEÇÕES PARA O BRASIL A PARTIR DE EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

Viviane Petinelli

Colaboradora no Instituto de Políticas Governamentais do Brasil – IPG BR

Introdução

O mundo está passando por um dos melhores momentos demográficos de toda a história da humanidade. Isso se deve ao mais importante fenômeno social de mudança de comportamento de massas: a transição demográfica. De modo geral, a transição demográfica caracteriza-se pela queda das taxas de mortalidade e, depois de um certo tempo, das taxas de fecundidade, o que provoca, num primeiro momento, a aceleração da taxa de crescimento populacional e, em seguida, queda nessa taxa e significativa mudança na estrutura etária da pirâmide populacional (Alves, 2008; Carvalho, Wong, Miranda-Ribeiro, 2014; Closs e Schwanke, 2012; Lee, 2003; Lima, 2013; Vasconcelos e Gomes, 2012).

Esse fenômeno teve início no século XIX, com o declínio da mortalidade e o aumento da expectativa de vida média da população mundial, que estava em torno de 30 anos em 1900 e ultrapassou os 60 anos no início do século XXI (Vasconcelos e Gomes, 2012). Concomitantemente, houve a redução da taxa de fecundidade e, conseqüentemente, da taxa de natalidade, em função de profundas mudanças no comportamento dos indivíduos (Alves, 2008; Carvalho, Wong, Miranda-Ribeiro, 2014).

Como corolário, a taxa de crescimento populacional sofreu, inicialmente, significativo crescimento e, no século atual, vem decrescendo paulatinamente. Desde 1800, o tamanho da população mundial já aumentou seis vezes e, em 2100, espera-se que aumente dez vezes. Até lá, estima-se que haverá 50 vezes mais idosos e somente 5 vezes mais crianças, o que corresponderá a 10 idosos por criança (Lee, 2003).

O Brasil e a América Latina encontram-se em uma fase intermediária da transição demográfica, com efeitos positivos tanto em relação aos países desenvolvidos, quanto em relação aos países menos desenvolvidos. Com baixa taxa de mortalidade e de fecundidade e, por conseguinte, de crescimento populacional, o Brasil vive hoje um período de bônus demográfico, caracterizado por uma maior proporção da população em idade ativa (15 a 64 anos) e uma menor proporção dependente (0 a 14 anos e maiores de 65 anos) (Vasconcelos e Gomes, 2012).

Essa janela de oportunidade teve início em 1995 e resultou da combinação de três fatores: baixa taxa de mortalidade, baixa taxa de natalidade e baixa taxa de migração, as quais, em conjunto, reduziram, de modo significativo, a taxa de crescimento populacional. As taxas menores de natalidade e mortalidade diminuíram o peso de crianças e jovens e aumentaram, num primeiro momento, o peso do grupo de adultos e, posteriormente, o peso dos idosos. Desde 1970, a proporção da população dependente tem caído continuamente e a proporção da população em idade ativa (PIA), crescido progressivamente, o que se espera acarretar a sobreposição da PIA em relação à razão de dependência até 2055 (Alves, 2008).

Fruto de diversas transformações estruturais e institucionais ocorridas no plano micro e macro que afetaram as relações entre homens e mulheres de diferentes faixas etárias, essa janela foi gerada sem que houvesse vontade política e interferência de atores governamentais. Particularmente em relação à natalidade, Alves (2004) mostra que a redução da mesma teve início quando a legislação e a ideologia predominante eram implícita ou explicitamente pró-natalistas e se acelerou em um contexto de neutralidade política, isto é, de não-intervenção estatal sobre a dinâmica demográfica.

A despeito disso, a transição demográfica está em curso no Brasil e se vive hoje uma janela de oportunidades única que, se bem aproveitada, produzirá condições altamente favoráveis ao desenvolvimento e crescimento socioeconômico sustentável do país ao possibilitar, dentre outros, redução da pobreza, incremento dos níveis educacionais e ganhos em produtividade.

Ademais, e diante da singularidade da oportunidade demográfica que o Brasil apresenta, cabe aos governantes dedicar atenção especial a toda e qualquer política que afete, direta ou indiretamente, a dinâmica demográfica do país. Ações tomadas sem a devida consideração aos aspectos que interferem e determinam tal dinâmica podem minar os benefícios e encurtar a duração do bônus demográfico, levando ao fechamento precoce da janela de oportunidade que o país tem experimentado nas últimas décadas. Dentre essas políticas, está o aborto voluntário. Descriminalizado, despenalizado e/ou legalizado, o aborto provocado implica redução na taxa de fecundidade e, na devida proporção, na taxa de crescimento populacional. No Brasil, tal efeito encurtaria o período de bônus demográfico e, a médio e longo prazo, mudaria a estrutura etária do país com a diminuição da entrada de jovens no mercado de trabalho e, por conseguinte, da arrecadação do sistema previdenciário. Em um contexto de maior envelhecimento populacional e de aumento da despesa previdenciária com aposentadorias, haveria, cada vez mais, um descompasso entre o número de benefícios e o montante das despesas previdenciárias, e o número de contribuintes e o montante de receitas

previdenciárias. Progressiva e crescentemente, tornar-se-ia necessário elevar a idade mínima para a aposentadoria, bem como redefinir o valor mínimo a ser arrecadado e recebido para assegurar o equilíbrio do sistema.

Somado a essas implicações, no curto prazo, a legalização do aborto provocado eleva, expressivamente, as despesas públicas com o Sistema Único de Saúde. O abortamento consiste em um procedimento caro, que exige adequação de infraestrutura hospitalar e expansão da equipe médica, e, mesmo realizado na legalidade, traz consequências físicas e psicológicas para a mulher, dentre elas, maior incidência de câncer de mama (Beral, 2004; Malec, 2003) e aumento de casos de acompanhamento psiquiátrico (Rue, 2004; Coleman, Reardon e Cogle, 2005) e de hospitalização psiquiátrica (Cogle, 2003) de mulheres que abortaram ao longo da vida.

Tendo essas evidências em vista, este artigo propõe-se a avaliar os efeitos esperados da descriminalização, despenalização e/ou legalização do abortamento voluntário sobre a dinâmica populacional e, por conseguinte, sobre a dinâmica socioeconômica do país. Dado que essa prática não é legalizada no país e não existem estatísticas e parâmetros oficiais para examiná-la, recorre-se às experiências dos países onde o aborto voluntário já é legalizado, descriminalizado ou despenalizado.

Este artigo está dividido em três seções, para além desta introdução. A seguir, descreve-se e se problematiza as implicações demográficas do aborto legalizado a partir de experiências de cinco Nações, a saber, Estados Unidos, Canadá, Reino Unido (Inglaterra, Escócia e País de Gales), Espanha e África do Sul. Os três primeiros países autorizaram o aborto induzido na década de 60 e 70, ao passo que, na Espanha e na África do Sul, a legalização é mais recente, nos anos 80 e 90. Na terceira seção, apresenta-se o contexto demográfico brasileiro e se analisa os efeitos esperados da política pública de aborto legal para o Sistema Único de Saúde e para a Previdência Social. Ao final, são apresentadas as considerações finais deste trabalho.

1. Implicações demográficas do aborto legalizado: experiências internacionais

O aborto voluntário passou a ser considerado um instrumento de controle da dinâmica populacional, notadamente, a partir da década de 1960¹. Em um contexto de Guerra Fria, o crescimento populacional tornou-se uma variável politicamente estratégica e o controle da

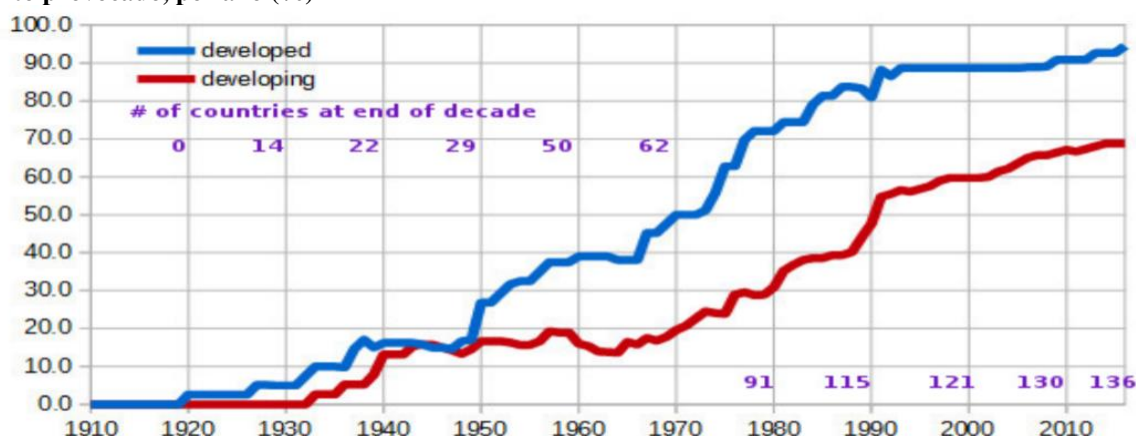
¹ Em 1952, John Rockfeller III, em parceria com outros 26 especialistas em demografia, fundou o *Population Council* (Conselho Populacional) nos Estados Unidos, com o objetivo de propor medidas para as altas taxas de crescimento populacional, sobretudo, dos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (CNBB, 2010).

natalidade passou a fazer parte de pacotes de colaboração econômica, política e militar. Neste sentido, um conjunto de ações e estratégias foi desenvolvido, particularmente, por fundações internacionais, dentre elas, a Fundação Rockefeller e a Fundação Ford, com vistas a promover o controle populacional e, assim, assegurar a paz mundial.

Somado a isto, os anos 60 testemunharam um forte movimento internacional em defesa de direitos civis e contra a guerra, o qual inspirou movimentos feministas a lutar mais ativamente por seus direitos. O rápido crescimento desses movimentos possibilitou a introdução do tema aborto – sob o título de direitos sexuais e reprodutivos – no debate público de diversos países (Alves, 1999).

O discurso em favor da paz mundial, alinhado ao discurso em defesa dos direitos reprodutivos das mulheres, favoreceu a rápida e forte disseminação do discurso pela legalização do aborto, num primeiro momento, nos países desenvolvidos e, em seguida, nos países subdesenvolvidos, dentre eles, o Brasil. O Gráfico 1 mostra o movimento de difusão da legalização do aborto provocado nos países desenvolvidos e em desenvolvimento desde o início do século XX. Como se observa, a legalização atinge, em maior medida, os países desenvolvidos desde a década de 1950. Atualmente, mais de 90% desses países apresentam legislação permissiva ao aborto provocado em qualquer situação, comparativamente a quase 70% dos países em desenvolvimento onde o aborto é legalizado. Em conjunto, cerca de 140 países já autorizaram a realização de aborto voluntário ao redor do mundo.

Gráfico 1: Porcentagem de países independentes desenvolvidos e em desenvolvimento que autorizaram o aborto provocado, por ano (%)



Fonte: Jacobson and Johnston (2017).

Legenda: Linha azul: países desenvolvidos com aborto provocado autorizado (mais de 90% até 2016)

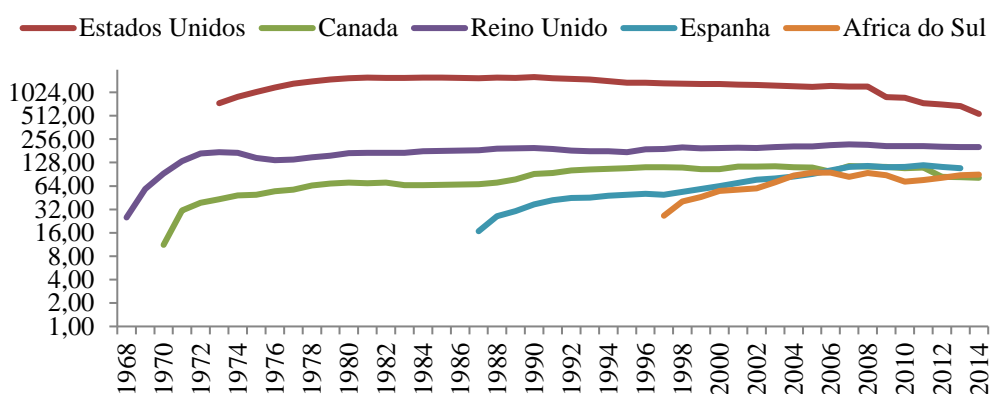
Linha vermelha: países em desenvolvimento com aborto legalizado (69% até 2016)

Dentre os países que legalizaram o aborto provocado, estão os Estados Unidos, a Inglaterra, o Canadá, a Espanha e a África do Sul. Em que pese as particularidades desse processo nesses e nos demais países, de modo semelhante, a legalização do aborto levou ao aumento do número de abortos provocados realizados e teve implicações diretas para a probabilidade de dar a luz em casos de gravidez inesperada², e, conseqüentemente, para a taxa de natalidade e de crescimento populacional do respectivo país. Esses efeitos são discutidos e examinados a seguir.

1.1. Aborto legalizado aumenta o número de abortos provocados:

O primeiro desdobramento direto da legalização do aborto consiste no aumento do número de abortos realizados. O gráfico 2 mostra o total de abortos provocados realizados anualmente nos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Espanha e África do Sul do ano da legalização dessa prática até 2014³. Como se constata, nos Estados Unidos, o número de abortos por ano aumentou de 193.491 (cento e noventa e três mil, quatrocentos e noventa e um) em 1970 para 1.034.170 (hum milhão, 34 mil, cento e setenta) em 1975, dois anos após a decisão da Corte Suprema pela descriminalização desta prática. Ainda hoje, mais de um milhão de abortos são realizados anualmente no país (Guttmacher, 2015).

Gráfico 2: Número de abortos provocados na África do Sul, Canadá, Espanha, Estados Unidos e Reino Unido entre 1968 e 2014 (1.000)



Fonte: Elaboração própria a partir de Johnston (2017).

² Por gravidez inesperada, entende-se a gravidez decorrente de ato sexual consentido por ambos, homem e mulher. A gravidez inesperada difere-se da gravidez indesejada, que resulta de ato sexual forçado sem o consentimento da mulher. No Brasil, o aborto voluntário decorrente de gravidez indesejada já é autorizado por lei.

³ Não existem dados oficiais disponíveis para todos esses países pós-2014. No entanto, por meio de reportagens, observa-se inexpressiva variação no número de abortos provocados nesses países entre 2015 e 2017.

Crescimento semelhante é observado em relação ao Canadá. O número de abortos provocados realizados após 1969, quando o aborto foi permitido nos casos de aprovação de comitê médico, e, após 1988, quando o aborto foi totalmente legalizado, supera, em boa medida, o número de abortos realizados nos anos anteriores. No último caso, o impacto foi ainda mais expressivo. Até 1988, o número de abortos induzidos não ultrapassou 70 mil por ano. Nas duas décadas seguintes à completa legalização do mesmo (1989-2009), esse número aumentou 60%, saindo de 70 mil para mais de 112 mil por ano. Apenas após 2010, o número de abortos provocados retraiu para cerca de 80 mil abortos/ ano, patamar em que se encontra ainda atualmente.

O número de abortos provocados realizados no Reino Unido também aumentou expressivamente após a legalização desse método em 1967. Houve um crescimento de 800% nesse número ao longo de 40 anos, o qual passou de 25 mil em 1968 para cerca de 220 mil abortos induzidos realizados em 2007. Na Espanha e África do Sul, não foi diferente: o número de abortos provocados realizados por ano cresceu mais de 400% do ano em que foi legalizado até 2014, como mostra o gráfico 2.

A experiência de décadas de aborto legalizado nos Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Espanha e África do Sul, dentre outros países com essa política, inclusive, os que recentemente adotaram-na, como o Uruguai⁴, aponta para um aumento significativo no número de abortos provocados após a legalização desse método no respectivo país. Não obstante à diversidade social e cultural e às diferenças em termos de políticas públicas implementadas, a autorização do aborto induzido provocou, em todos eles, acentuado incremento no número de abortos realizados. Mesmo nos países em que houve redução nesse número nos últimos anos, como no caso dos Estados Unidos e Canadá, o número de abortos atual é alto e ultrapassa o de abortos realizados nos primeiros anos após sua legalização.

1.2. Aborto legalizado reduz a taxa de fecundidade e de natalidade:

Uma vez que a legalização do aborto aumenta o número de abortos realizados, é de se esperar que o maior acesso a esse método impacte, em alguma medida, a taxa de fecundidade e de natalidade do país. Em situação de gravidez inesperada e em um quadro de aborto legalizado e disseminado enquanto um método seguro e eficiente, a grávida se veria diante de

⁴ No Uruguai, o número de abortos voluntários cresceu 20% do primeiro para o segundo ano após a legalização dessa prática no país (Fonte: <http://g1.globo.com/mundo/noticia/2015/03/abortos-legalizados-sobem-20-no-uruguai-desistencias-crescem-30.html>)

duas opções: levar a gestação adiante contra sua vontade pessoal ou realizar o procedimento abortivo e não precisar arcar com o ônus da gravidez inesperada: o(a) filho(a) gerado(a). Diante dessas alternativas, a mulher grávida tende a escolher, racionalmente, a segunda opção, isto é, o aborto, provocando o crescimento gradual do número de abortos induzidos realizados de forma legal no país (como visto na seção anterior). Pesquisa recente no Uruguai apontou para essa obviedade: 91% das mulheres que pensavam em abortar decidiam abortar após consultar um médico, num contexto de aborto voluntário já legalizado⁵.

A escolha da mulher entre ter o filho ou abortá-lo consiste em uma escolha em relação ao número de filhos que ela terá até o fim de seu período reprodutivo. Como tal, essa decisão afeta, diretamente, a taxa de fecundidade de uma Nação, que constitui uma estimativa do número médio de filhos por mulher em idade fértil.

Diferentes estudos, conduzidos em distintos países, apontam para esse impacto do aborto provocado na taxa de fecundidade e de natalidade. Levine et al. (1996) compararam a natalidade dos cinco estados norte-americanos que primeiro legalizaram o aborto com a dos demais estados que não o legalizaram até a decisão da Suprema Corte em 1973. Os autores observaram que a taxa de natalidade dos primeiros caiu 8 pontos percentuais logo após a mudança em suas leis. Adolescentes e mulheres com mais de 35 anos, negras e solteiras formavam o grupo com o maior número de abortos induzidos realizados nos cinco estados após a legalização da prática.

Constatações semelhantes foram encontradas por Ananat, Gruber, Levine e Staiger (2009). Esses autores mostraram que os cinco estados onde o aborto foi legalizado em 1970 apresentaram taxa de natalidade 5,7 pontos percentuais menor que os demais estados entre 1971 e 1973. Nos anos seguintes, essa diferença se reduziu até desaparecer entre 1976 e 1979. Após a legalização, o número de crianças nascidas por ano decresceu em todos os estados Norte-Americanos.

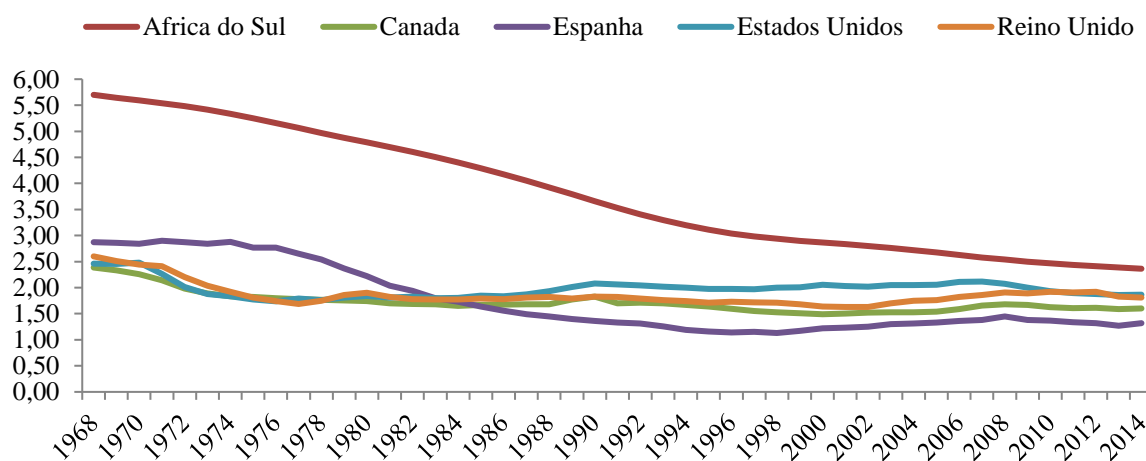
Somado a isto, Ananat, Gruber, Levine e Staiger (2009) apontaram para um aumento médio de 12,9% da taxa de gravidez nos cinco estados que legalizaram o aborto entre 1971 e 1973, a qual não se traduziu em nascimento, mas em aborto. Como decorrência, a proporção de nascimentos nesses estados caiu 18,7% em relação aos demais estados nesse período. Enquanto as taxas de natalidade do conjunto de estados Norte-Americanos convergiram a partir de 1976, maiores taxas de gravidez e menores proporções de nascimentos continuaram sendo observadas nos cinco estados que primeiro legalizaram esse método no país.

⁵ Fonte: <https://www.telesurtv.net/english/news/Legal-Abortions-Rise-by-20-in-Uruguay-20150330-0010.html>

A legalização do aborto tem afetado, ademais, a taxa de fecundidade e de natalidade na Espanha. Desde 1985, quando legalizado, o número de gravidezes que terminam em aborto tem crescido de forma vertiginosa. Enquanto 9,57% de gravidezes terminou em aborto em 1991, cinco anos depois, a porcentagem já era de 12,33% e, uma década depois, em 2006, de 14,67%. Em 2013, uma a cada cinco gravidezes terminou em aborto, contabilizando mais de 100 mil abortos induzidos realizados no país (IPF, 2015). Esse número corresponde a quase metade do déficit de natalidade que o país apresenta. Se o aborto não tivesse sido legalizado, a taxa de fecundidade na Espanha seria próxima de 1,7 filhos por mulher, 30% maior que a taxa atual de 1,27 (ibid, 2015).

O Gráfico 3 apresenta, de forma comparativa, a taxa de fecundidade dos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Espanha e África do Sul. Como se observa, a variação na taxa de fecundidade de Estados Unidos, Canadá e Reino Unido é muito semelhante e foi mais acentuada do final da década de 1960 até o início de 1980, na primeira década de legalização do aborto nessas Nações. Na Espanha e na África do Sul, por sua vez, o declínio mais acentuado na taxa de fecundidade ocorreu mais recentemente, pós-1984 e 1995 respectivamente, quando o aborto provocado foi autorizado nesses países.

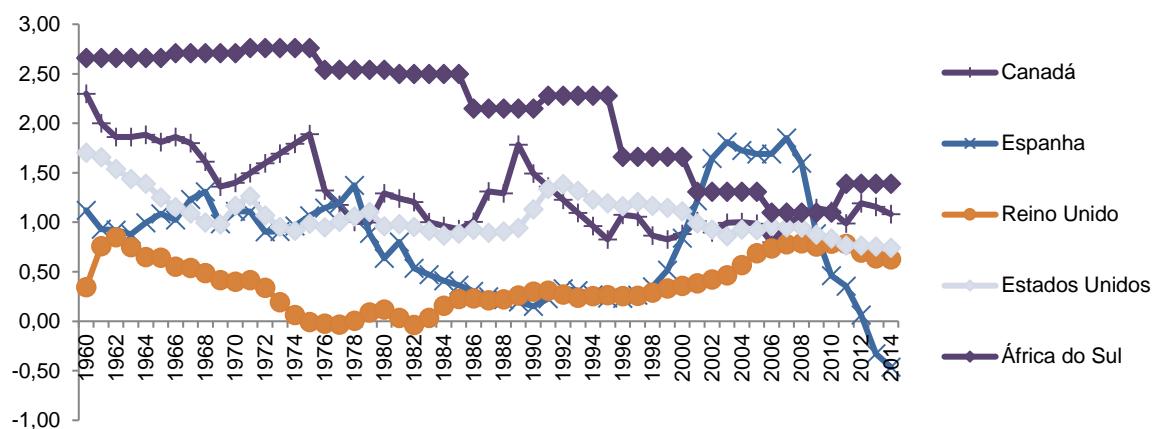
Gráfico 3: Taxa de fecundidade por ano na África do Sul, Canadá, Espanha, Estados Unidos e Reino Unido entre 1968 e 2014 (%)



Fonte: Elaboração própria a partir de The World Bank (2017).

A queda da taxa de fecundidade impactou, em alguma medida, a taxa de crescimento desses países. A redução da taxa de natalidade, mantida constante a taxa de mortalidade e de migração, tem provocado oscilações na taxa de crescimento populacional dos países onde o aborto foi legalizado, como mostra o Gráfico 4 a seguir.

Gráfico 4: Taxa de crescimento populacional da África do Sul, Canadá, Espanha, Reino Unido e Estados Unidos de 1960 a 2014 (%)



Fonte: Elaboração própria a partir de The World Bank (2017).

Como pode ser visto pelo gráfico 4, as curvas que representam a taxa de crescimento dos países onde o aborto foi legalizado têm sofrido fortes variações nos últimos quarenta anos, sobretudo pós-legalização dessa prática no país. Chama atenção a queda ocorrida na África do Sul desde 1995, quando a taxa de crescimento populacional caiu de 2,28 para 1,66 nos cinco anos seguintes, alcançando 1,1% uma década depois, entre 2006 e 2010.

De modo geral, o aborto voluntário legalizado tem impactado consideravelmente a dinâmica demográfica das nações. A Figura 1 abaixo mostra o impacto demográfico estimado do aborto sobre a população total de cada país.

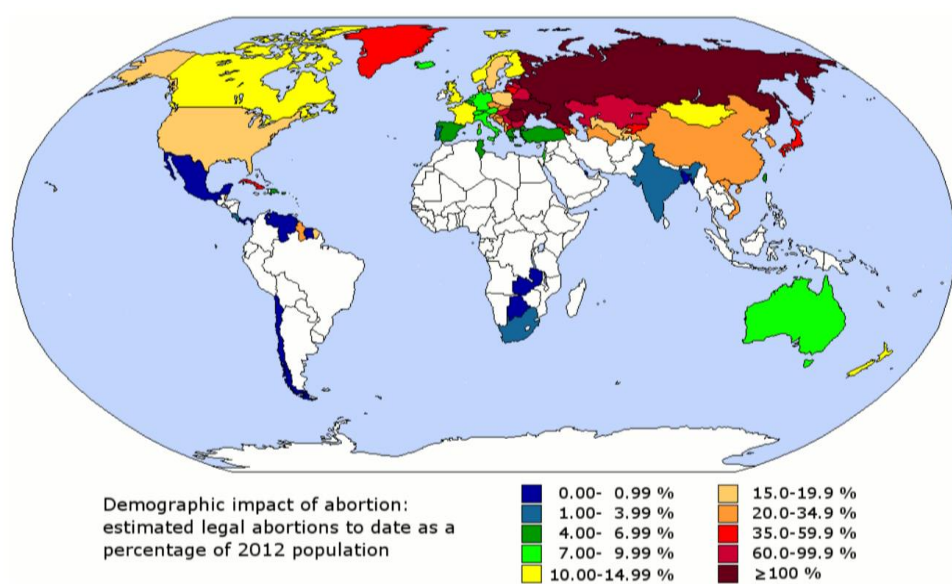


Figura 1: Impacto demográfico esperado do aborto sobre a população (%)

Fonte: Johnston (2012). <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/worldabdemographic.html>.

Disponível

em:

Como se observa pela Figura 1, o impacto estimado do aborto sobre a dinâmica populacional na África do Sul e na Espanha, por exemplo, varia de 1 a 3,99% e de 4 a 6,99%, respectivamente, ao passo que, nos Estados Unidos e na Inglaterra e no Canadá, países que legalizaram o aborto na década de 1970 e 1980, os efeitos são bem mais expressivos: entre 15 e 19,99% para o primeiro e entre 10 e 14,99% para os dois últimos.

Tendo em vista o impacto da legalização do aborto sobre o número de abortos provocados e sobre a taxa de fecundidade e, por conseguinte, de crescimento populacional dos países, importa refletir sobre seus efeitos em relação à política de saúde e à política previdenciária, diretamente afetadas por mudanças na dinâmica populacional. Seria a legalização do aborto uma política populacional adequada para a transição demográfica pela qual o Brasil passa neste momento?

2. Aborto provocado e seus impactos esperados sobre a política de saúde e de previdência social: projeções para o Brasil.

Enquanto um procedimento médico ou um ato que exige algum procedimento médico subsequente, o abortamento envolve diretamente a saúde da mulher e, portanto, o sistema de saúde público e/ou privado de uma Nação. Além disso, uma vez que afeta a taxa de natalidade do país, o abortamento traz implicações imediatas sobre a dinâmica populacional e, a médio e longo prazo, sobre o mercado de trabalho e a política de previdência social. Nas duas seções a seguir, discute-se os efeitos esperados, de curto, médio e longo prazo, da legalização do aborto provocado para a política de saúde e para a política de previdência social no Brasil.

2.1. Aborto provocado e seus impactos esperados no Sistema Único de Saúde (SUS):

A ilegalidade do aborto tem sido apontada enquanto um problema de saúde pública. Realizado de forma clandestina e insegura, o aborto provocaria implicações biopsicossociais nas mulheres, podendo levá-las à morte. Sob essa ótica, a solução estaria na legalização dessa prática de modo a torná-la mais segura e, assim, reduzir o risco de morrer da mulher.

Legalizado, o aborto se tornará um programa da política pública de saúde, que deverá apresentar objetivo, metas, estratégias e rubrica orçamentária própria. Ainda, enquanto uma política pública, o aborto integrará o rol de serviços prestados às cidadãs brasileiras pelo SUS, devendo ser acessado em todo e qualquer hospital da rede pública de forma gratuita. Neste caso, as despesas inerentes a esse procedimento serão custeadas pelo Ministério da Saúde em

parceria com estados e municípios, responsáveis pelos serviços públicos de saúde em cada unidade federativa.

O custo médio do abortamento nos países onde ele é legalizado, em especial, nos Estados Unidos, no Canadá, no Reino Unido, na Espanha e na África do Sul, aqui examinados, é alto e varia dentro de uma faixa semelhante de preços. Nos Estados Unidos, o preço médio de um aborto induzido no primeiro trimestre de gravidez varia de \$ 225 a \$ 750 dólares por procedimento, sendo a média \$ 490 dólares (Roberts et. al., 2014). Semelhantemente, no Canadá, o custo médio por procedimento em clínica privada é de \$ 500 dólares e, na rede pública, de \$ 1.000 dólares (Abortion in Canada, 2015). No Reino Unido, na Espanha e na África do Sul, por sua vez, paga-se, por procedimento, entre \$ 1 mil e \$ 2 mil na moeda local (Libras, Euro e Rand, respectivamente) (Mail Online, 2012; La Razón, 2014).

Diante desses custos do abortamento a nível mundial, pode-se inferir que, no Brasil semelhantemente, o procedimento custará, em média, R\$ 500,00 (quinhentos reais). Se considerarmos esse custo unitário e o número estimado de 1 milhão de abortos clandestinos por ano no país⁶, o custo inicial com aborto poderá chegar a R\$ 500 milhões em um ano. Como a legalização do aborto provoca elevação do número de abortos realizados, esse custo tenderá a se elevar ano após ano até se estabilizar décadas depois.

Em 2017, o Ministério da Saúde destinou mais de R\$ 69 bilhões para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), que é o gestor financeiro dos recursos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) na esfera federal⁷. Os recursos do FNS financiam as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, de seus órgãos e entidades da administração direta e indireta, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, a fim de que realizem, de forma descentralizada, ações e serviços de saúde, bem como investimentos na rede de serviços e na cobertura assistencial e hospitalar, no âmbito do SUS (Brasil, 2018a).

Dos 69 bilhões destinados exclusivamente aos serviços do SUS, cerca de R\$ 17 bilhões foi destinado para os programas de Atenção Básica, dentre eles, os voltados para a assistência à mulher gestante⁸. Desses, pouco mais de 80 milhões, o que representa apenas 0,005% do total destinado para os programas de Atenção Básica, voltava-se para ações de atenção à

⁶ Dados não-oficiais, levantados por organizações da sociedade civil, sugerem uma média de 1 milhão de abortos clandestinos anualmente no país (Fonte: <https://www.terra.com.br/noticias/brasil/com-1-milhao-de-abortos-por-ano-mulheres-pobres-ficam-a-margem-da-lei,0401571f0cd21410VgnVCM5000009ccceb0aRCRD.html>). Além disso, Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), realizada em 2010 pela Anis - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, mostra que, aos 40 anos, uma em cada cinco mulheres já fez ao menos um aborto.

⁷ Dados disponíveis em <https://consultafns.saude.gov.br/#/comparativo>.

⁸ Dados disponíveis em <https://consultafns.saude.gov.br/#/comparativo>.

saúde da mulher gestante, dentre elas, o Programa Rede Cegonha, principal ação governamental nesse sentido⁹. O programa Rede Cegonha tem como público-alvo mais de 60 milhões de brasileiras em idade fértil, abrangendo assistência obstétrica às mulheres – com foco na gravidez, no parto e pós-parto – e ao público infantil (ibid, 2018a; Brasil, 2018b).

O investimento em atendimento de qualidade à mulher grávida pelo SUS, mesmo em proporções tão inexpressivas diante do universo de recursos repassados a essa política, possibilitou que, de 1990 a 2012, a razão da mortalidade materna caísse 57%, passando de 143,2 mortes por 100 mil nascidos vivos para 61,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos no país. Somente em 2014, no âmbito do Programa Rede Cegonha, foram realizadas mais de 20 milhões de consultas à gestante, o que corresponde a uma ampliação de 105% em relação a 2003 (Brasil, 2018c).

Enquanto um serviço de atendimento à mulher grávida, o aborto integrará o Programa Rede Cegonha, se legalizado. No entanto, somente esse serviço poderá custar, aos cofres públicos, 3% do total do orçamento da Atenção Básica (R\$ 500 milhões estimados num total de R\$ 17 bilhões), o que corresponde a um gasto quase 7 vezes superior que o destinado a todas as ações do Programa Rede Cegonha (R\$ 500 milhões, comparados aos R\$ 80 milhões destinados ao Rede Cegonha em 2017). Cerca de 3% dos recursos da Atenção Básica serão utilizados para atender possivelmente 1 milhão de mulheres, que representam pouco mais de 1,6% do total de mulheres em idade fértil, que compõem o público-alvo do programa (em 2015, correspondiam a 61 milhões de mulheres).

Somado ao alto custo para sua realização, a legalização do aborto não necessariamente assegurará atendimento gratuito a todas as mulheres ou se tornará um serviço coberto por planos de saúde privados. Os Estados Unidos consistem um exemplo emblemático a este respeito. Três anos após a legalização do aborto no país, o Congresso Norte-Americano aprovou a emenda Hyde que excluiu a realização do aborto pelo Medicaid, destinado à população de baixa renda. A maioria dos estados seguiu a decisão da Casa e restringiu os gastos públicos com o procedimento, de modo que, em 2015, apenas 17 estados financiavam o aborto para mulheres de baixa renda em qualquer situação. Os demais 32 estados financiavam o procedimento apenas nos casos excepcionais de risco de morrer da mulher e do bebê, estupro e incesto (ACLU, 2015).

Ademais, a legalização do aborto eleva os custos com a saúde pública de forma indireta ao aumentar a incidência de doenças como câncer de mama e doenças psicossomáticas. Nos

⁹ Dados disponíveis em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_rag_2017.pdf.

Estados Unidos, 17 entre 23 estudos publicados no *Journal of Epidemiology and Community Health* (Jornal de Epidemiologia e Saúde Comunitária) até 1996 constataram número maior de câncer de mama entre mulheres que abortaram. Estas apresentavam, em média, 30% maiores chances de desenvolvê-lo, comparativamente às mulheres que não passaram por esse procedimento (Brind, 2002).

Outra pesquisa com mais de 50.000 pacientes do Programa Medicaid, atendidas na Califórnia entre 1989 e 1994, mostrou que mulheres que abortaram tinham 2,6 vezes mais internações psiquiátricas nos primeiros 90 dias após a gravidez do que as mulheres que dão a luz. Somado a isto, mulheres submetidas a procedimentos abortivos apresentaram 17% mais problemas mentais nos quatro anos seguintes à gravidez do que as mulheres que tiveram o filho (Wvforlife, 2006).

A experiência dos países onde o aborto foi legalizado mostra, portanto, um descompasso entre o objetivo da legalização desse procedimento, isto é, segurança e acessibilidade da mulher ao aborto, e a realidade dessa prática para as mulheres, mesmo após décadas dessa política. A legalização do aborto eleva significativamente os custos com saúde pública, sem, contudo, garantir que as mulheres realizem o procedimento de forma segura e não sofram com as consequências físicas e psicológicas que o abortamento provoca.

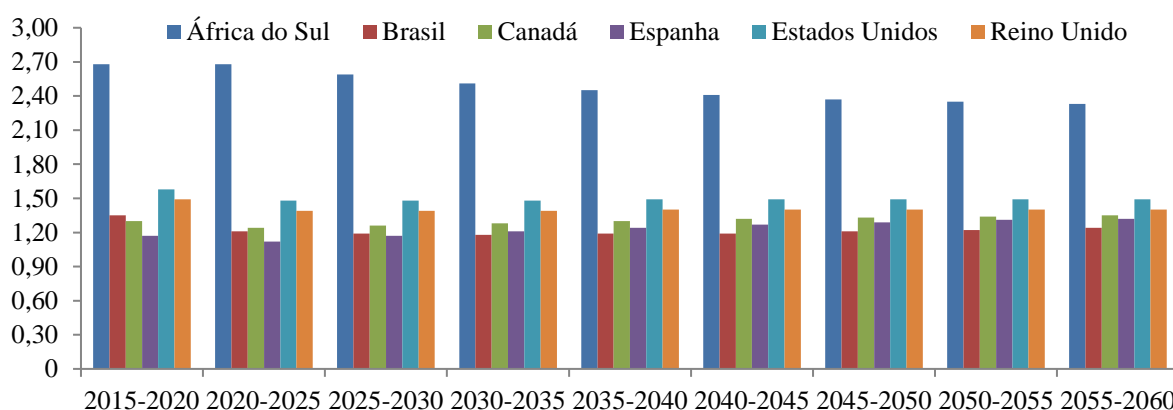
Assim é de se esperar no Brasil. Em que pese os avanços já alcançados no âmbito do SUS, sabe-se que o sistema ainda apresenta expressivas limitações estruturais e carência de recursos humanos, sobretudo nos municípios de pequeno porte, que impedem a universalização da prestação dos serviços públicos de saúde. Dessa forma, o acréscimo de mais um serviço, o procedimento abortivo, não só tenderá a aprofundar essas deficiências a custos muito elevados, como enfrentará os mesmos gargalos já existentes. Como resultado, a mulher permanecerá enquanto a principal vítima do aborto provocado.

2.2. Aborto provocado e seus impactos esperados na Previdência Social:

O Brasil encontra-se em uma fase intermediária da transição demográfica, caracterizada pela diminuição da taxa de mortalidade e da taxa de natalidade e consequente aumento da expectativa de vida. Diferentemente de outros países onde o aborto é legalizado, no Brasil, a queda da taxa de fecundidade aconteceu de forma natural, sem a intervenção do Estado por meio de políticas de controle populacional. Como desdobramento, a taxa de crescimento populacional também tem gradualmente decrescido ao longo do tempo (Alves, 2000).

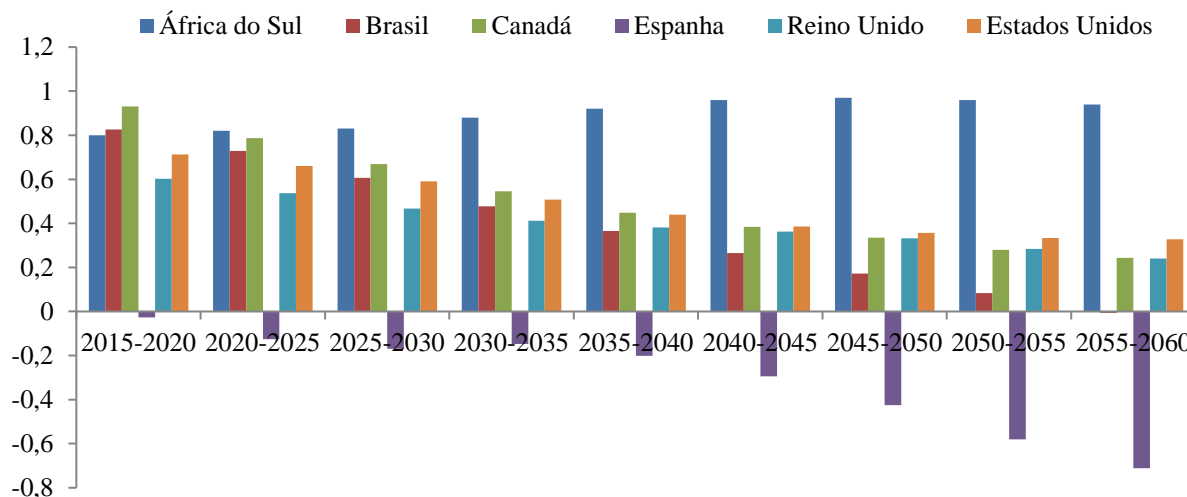
O gráfico 5 e 6 mostram, de forma comparativa, a trajetória esperada da taxa de fecundidade e de crescimento, respectivamente, para o Brasil, Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Espanha e África do Sul de 2015 a 2060. Consta-se que o Brasil apresentará taxa de fecundidade e de crescimento inferior a dos países desenvolvidos nas próximas décadas, sem a necessidade de qualquer intervenção na dinâmica populacional.

Gráfico 5: Taxa de fecundidade estimada para Brasil, Canadá, Espanha, Estados Unidos, Reino Unido e África do Sul de 2015 a 2060 (Número de filhos por mulher)



Fonte: formulação própria a partir de dados das Nações Unidas. Disponível em: <<http://data.un.org/>>

Gráfico 6: Taxa de crescimento populacional estimada de 2015 a 2060, mantida constante a taxa de fecundidade (%)

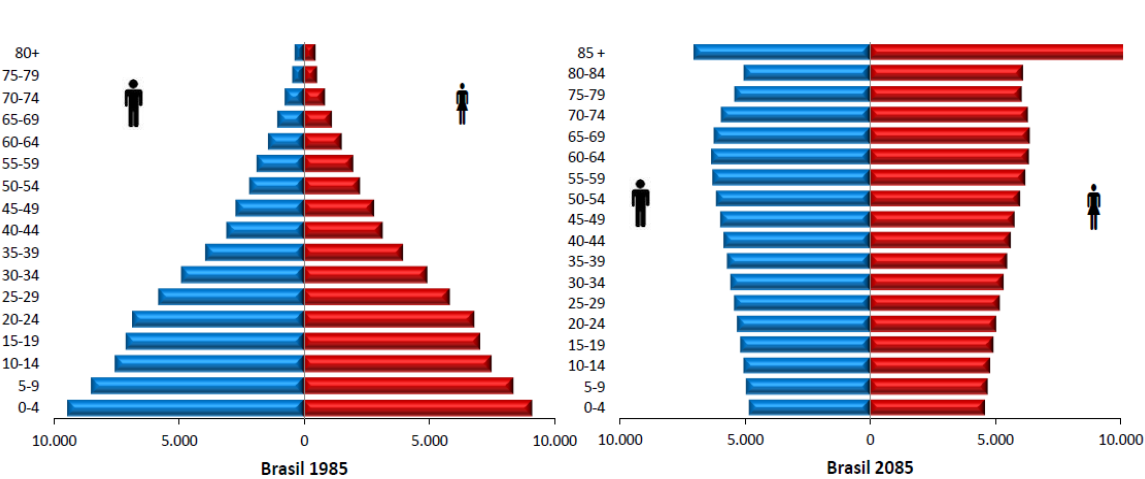


Fonte: formulação própria a partir de dados das Nações Unidas. Disponível em: <<http://data.un.org/>>

O processo de transição demográfica no Brasil tem gerado mudanças no tamanho das diversas coortes etárias e no peso proporcional dos diversos grupos de idade no conjunto da população. A pirâmide etária tem paulatinamente deixado de ser predominantemente jovem

em decorrência do processo de queda das taxas de fecundidade e se tornando cada vez mais envelhecida (Alves, 2008). Como pode ser visto pelo Gráfico 7, a queda contínua da taxa de fecundidade fará com que a pirâmide etária do ano 2085 apresente os 5 grupos etários mais velhos com percentagens maiores que os 5 grupos etários mais jovens.

Gráfico 7: Pirâmide etária brasileira em 1985 e em 2085



Fonte: ONU (2017)¹⁰

A reestruturação etária da população impacta, por sua vez, as relações de dependência entre as crianças e adolescentes (coortes de 0 a 14 anos), a população em idade ativa (coortes de 15 a 64 anos) e os idosos (acima de 65 anos). Em contextos de transição demográfica, como o vivenciado pelo Brasil, a redução acentuada da taxa de natalidade, em um quadro de baixa taxa de mortalidade, diminui o peso da população dependente, notadamente do grupo de crianças e adolescentes, e aumenta o peso relativo da PIA. Como decorrência, a razão de dependência demográfica, definida como a soma da população dependente, dividida pela PIA, vem caindo continuamente desde 1970 e chegará ao nível de 50 dependentes para cada 100 indivíduos em idade ativa no período de 2010 a 2030.

O declínio da taxa de crescimento natural, somado à nova estrutura etária da população, abriu uma janela de oportunidade demográfica para o Brasil. O bônus demográfico, como é denominado, caracteriza-se pela maior proporção de pessoas em idade ativa relativamente à população dependente. O bônus teve início em 1995 e irá até 2055, perfazendo um período de 60 anos. Em 2025, ele começará a se fechar, notadamente em decorrência do aumento expressivo da população de idosos, até perder todas as vantagens a partir de 2055.

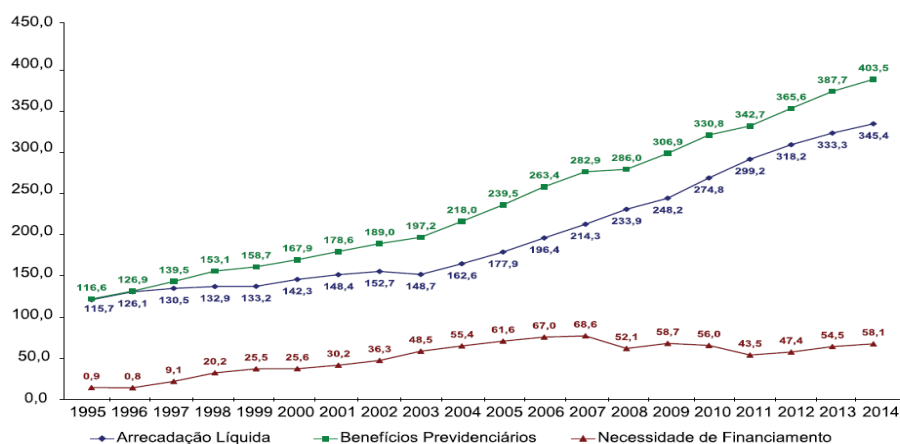
¹⁰ ONU, Organização das Nações Unidas. **Revision of World Population Prospects**. Disponível em: <<http://esa.un.org/unpd/wpp/>>. Acesso: 13 julho, 2017.

O bônus demográfico consiste no momento ideal para se alcançar o status de nação desenvolvida, com alto padrão de qualidade de vida. Para tanto, as políticas públicas devem criar acesso universal à educação, à saúde e ao emprego, para que a produção e a produtividade do trabalho possam impulsionar o desenvolvimento e garantir uma sociedade com níveis elevados de bem-estar. O aumento da proporção de pessoas em idade de trabalhar e menores razões de dependência, com um número crescente de homens e mulheres com maior escolaridade e no mercado de trabalho, podem se transformar em padrão de vida mais elevado e em aumento do capital social.

Por outro lado, se nada for feito para aproveitar o bônus, a baixa taxa de fecundidade, somada ao envelhecimento acentuado da população brasileira, afetará, a médio e longo prazo, a PIA, o mercado de trabalho e, conseqüentemente, a previdência social. Atualmente, mesmo em um contexto de bônus demográfico, caracterizado por uma proporção maior da população em idade ativa, o crescimento do número de benefícios ativos tem superado o de contribuições ao Regime Geral da Previdência Social, salvo para a coorte de 45 a 54 anos (Lima, 2013).

O ritmo lento de expansão da arrecadação devido à incapacidade de absorção de mão-de-obra e à informalidade no mercado de trabalho, somado ao rápido crescimento das despesas com benefícios do RGPS, tem gerado saldos previdenciários crescentemente negativos desde 1995. Como mostra o Gráfico 8, não obstante o aumento progressivo da arrecadação líquida em relação ao PIB, a elevação das despesas previdenciárias com benefícios ativos tem superado a arrecadação líquida, o que tem gerado déficit previdenciário nos últimos vinte anos (Brasil, 2015).

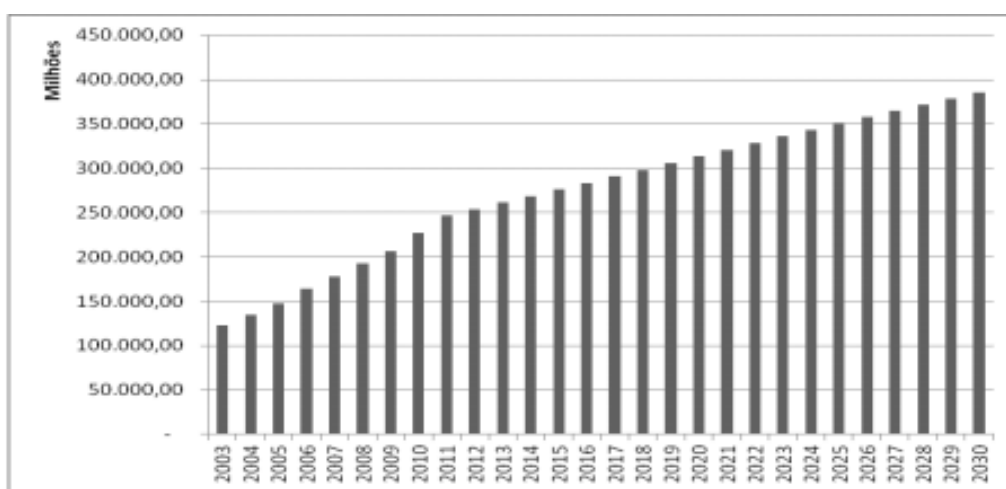
Gráfico 8: Arrecadação Líquida, da Despesa com Benefícios Previdenciários e do Déficit Previdenciário (janeiro a dezembro – 1995 a 2014) – Em R\$ bilhões de dezembro de 2014 (INPC)



Fonte: Brasil (2015).

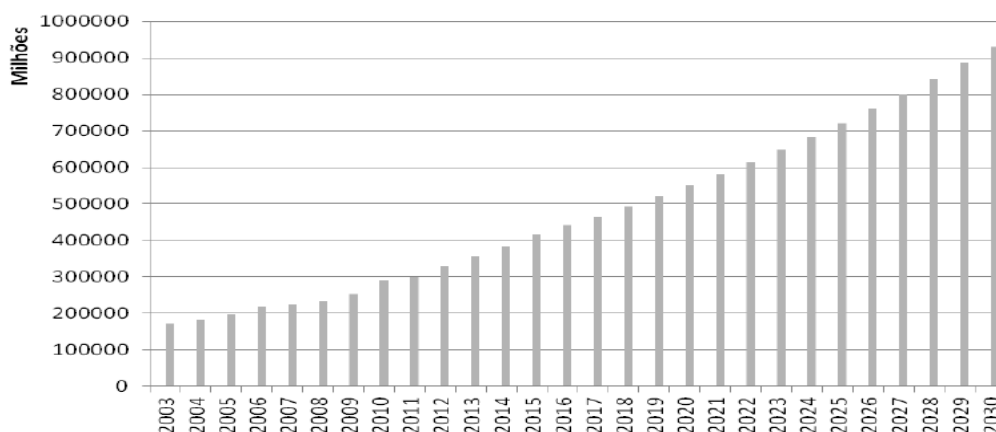
A médio e longo prazo, mantida constante a dinâmica populacional e as regras do regime previdenciário, estima-se que a arrecadação triplicará em três décadas, chegando a cerca de R\$ 400.000,00 (quatrocentos milhões) em 2030 (Gráfico 9), mas as despesas previdenciárias multiplicar-se-ão quase 5 vezes no mesmo período, passando de aproximadamente R\$ 200.000,00 (duzentos milhões) em 2003 para mais de R\$ 900.000,00 (novecentos milhões) em 2030 (Gráfico 10) (Lima, 2013).

Gráfico 9: Evolução da receita a partir da razão demográfica e do crescimento esperado da produtividade entre 2003 e 2030.



Fonte: Lima (2013).

Gráfico 10: Evolução da despesa a partir da razão demográfica e do reajuste ponderado entre 2003 e 2030.

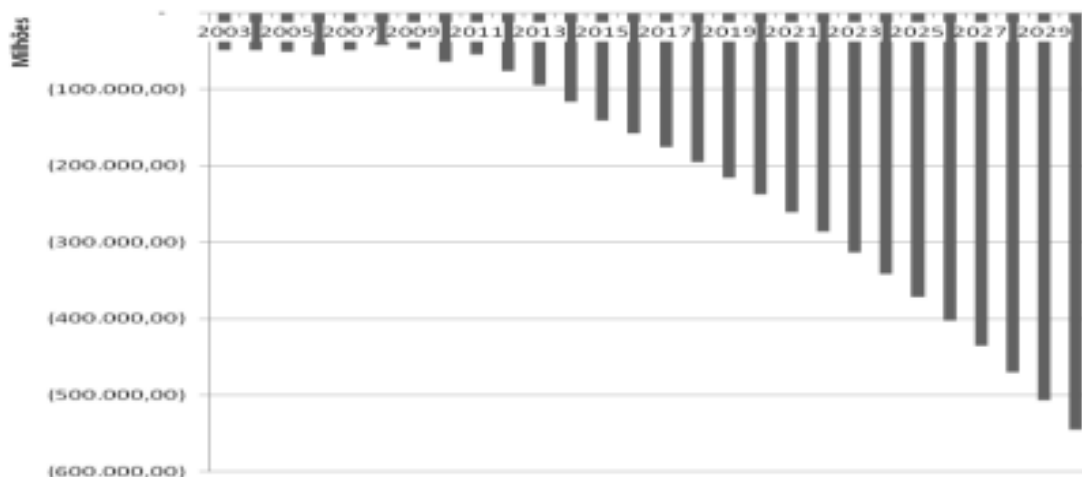


Fonte: Lima (2013).

Como resultado, o saldo previdenciário deficitário continuará a trajetória de crescimento progressivo iniciado em 1995, como se constata pelo Gráfico 11. O saldo previdenciário

torna-se, ano após ano, mais negativo, devido ao envelhecimento acentuado da população em um quadro de baixa taxa de natalidade e de crescimento populacional.

Gráfico 11: Evolução do resultado previdenciário total entre 2003 e 2030.



Fonte: Lima (2013).

A transição demográfica no Brasil tem afetado as contas da Previdência Social e assim o fará, de forma ainda mais acentuada, até 2030, caso não haja intervenção governamental nesse sentido. A baixa taxa de crescimento populacional, resultante de baixas taxas de mortalidade, natalidade e migração, somada ao rápido envelhecimento populacional, gerará despesas cada vez maiores e, assim, déficits crescentes nas contas previdenciárias.

Este não é o momento, portanto, de se interferir e encurtar o bônus demográfico; pelo contrário, é o momento ideal para se investir em produtividade e em emprego e se promover uma reforma no regime previdenciário que absorva as mudanças na dinâmica populacional do país. É tempo de se aproveitar a janela de oportunidade demográfica pelo qual o Brasil passa e a partir da qual o país pode se tornar uma nação desenvolvida.

Considerações Finais

Enquanto um procedimento que reduz a taxa de fecundidade e de natalidade de uma Nação, o aborto modifica, a médio e longo prazo, a estrutura etária da população, o que, por seu turno, traz implicações para as políticas públicas, em especial, para a política de saúde e de Previdência Social.

Em relação à primeira, esse artigo mostrou, por estimativa, que a política de aborto poderá custar, aos cofres públicos, 3% do total do orçamento da Atenção Básica de Saúde, o que corresponde a um gasto quase 7 vezes superior ao do Programa Rede Cegonha, que compreende as principais ações de atenção à mulher grávida. Além disso, a legalização do aborto aumenta os custos com a saúde pública de forma indireta ao aumentar a incidência de doenças como câncer de mama e doenças psicossomáticas nas mulheres que abortam.

Some-se a isto os impactos orçamentários do aborto para o sistema previdenciário. Ao atingir negativamente a taxa de fecundidade da nação e em um contexto de baixa taxa já alcançada, a legalização do aborto será acompanhada de uma redução mais expressiva da PIA, a médio e longo prazo. O declínio da população jovem, somado ao envelhecimento populacional, afetará de forma acentuada a participação dos grupos de idade na arrecadação da receita previdenciária ao longo dos anos. Os contribuintes atuais serão sustentados por uma massa de contribuintes muito menor no futuro, o que trará um descompasso entre o número de benefícios e o montante das despesas previdenciárias e o número de contribuintes e o montante de receitas previdenciárias.

Diante dessas constatações, observa-se que a legalização do aborto impactará negativamente a dinâmica populacional e, por conseguinte, a política de saúde e de previdência social do país. No momento, o Brasil não precisa controlar, nem interferir na taxa de fecundidade, o que necessariamente aconteceria com o aborto legalizado. A solução estaria em investir mais e melhor nos programas de atenção à saúde da mulher gestante de modo a reduzir o número de gravidezes inesperadas e, nessa situação, o número de abortos e de mortes maternas por ele provocadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abortion in Canada. Disponível em: <<http://abortionincanada.ca/funding/>>. Acesso em 14 de Outubro, 2015.

ACLU, American Civil Liberty Union. Disponível em: <<https://www.aclu.org/public-funding-abortion>>. Acesso em 14 de Outubro, 2015.

AGI, Guttmacher Institute (2015). Fact Sheet. Induced abortion in the United States. Disponível em: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_induced_abortion.html. Acesso em 15 de Outubro, 2015.

Alves, José Augusto Lindgren (1999). **A declaração dos direitos humanos na pós-modernidade**. Os direitos humanos e o direito internacional. Rio de Janeiro: Renovar, p.139-166.

- Alves, José Eustáquio Diniz (2000). **Mitos e realidade da dinâmica populacional**. Encontro Nacional de Estudos Populacionais 12: 1-24.
- _____ (2004a). As políticas populacionais e os direitos reprodutivos: "o choque de civilizações" versus progressos civilizatórios. In: CAETANO, A.J., ALVES, J.E.D. e CORRÊA, S. (Orgs.), **Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil**. Campinas: Abep e UNFPA, 2004, p. 21-47.
- _____ (2004b). **Questões demográficas: fecundidade e gênero**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Textos para discussão 9.
- _____ (2008). **A transição demográfica e a janela de oportunidade**. São Paulo: Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial.
- Ananat, Elizabeth Oltmans; Gruber, Jonathan; Levine, Phillip B.; Staiger, Douglas. **Abortion and selection**. The Review of Economics and Statistics, February 2009, 91(1): 124–136.
- Beral, V. et. al. (2004). **Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Câncer**. Lancet, 363:1007-1016.
- Brasil, Ministério da Previdência Social (2015). **Informe de Previdência Social 2015**. Brasília: Secretaria de Políticas de Previdência Social.
- Brasil, Controladoria-Geral da União (2018a). **Portal da Transparência**. Governo Federal. disponível em: <http://www.portaldatransparencia.gov.br/PortalComprasDiretasOEOrgaoSubordinado.asp?Ano=2014&CodigoOS=36000>>. Acesso em 02 de julho, 2018.
- Brasil, Ministério da Saúde (2018b). **Saúde com Transparência**. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/portalthransparencia/index.jsf>>. Acesso em 2 de julho, 2018.
- Brasil, Ministério da Saúde (2018c). **Blog da Saúde**. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/promocao-da-saude/50090-sus-tera-mes-de-atencao-especial-a-saude-da-mulher-no-campo>>. Acesso em 02 de julho, 2018.
- Brind, Joel (2002). **Latest Web Page from the National Cancer Institute**. A well cooked bowl of factoids. Disponível em: < www.RFMNEWS.com>. Acesso em 14 de Outubro, 2015.
- Caetano, M. (2006) **Determinantes da Sustentabilidade e do Custo Previdenciário: Aspectos Conceituais e Comparações Internacionais**. IPEA, Texto para discussão nº 1226.
- Caetano, M. e Miranda, R. (2007). **Comparativo Internacional para a Previdência Social**. IPEA, Texto para discussão nº 1302.
- Carvalho, J.A.M.; Paiva, P.T.A.; Sawyer, D. R. (1981). **A recente queda da fecundidade no Brasil: evidências e interpretação**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG. (Monografia, 12).
- Carvalho, Angelita Alves de; Wong, Laura L R.; Miranda-Ribeiro, Paula (2014). **Discrepância de fecundidade e sua relação com variáveis sociodemográficas: Uma análise para o Brasil em 1996 e 2006**.

- Coleman, P. K., Reardon, D. C., & Cogle, J. (2005). **Substance use among pregnant women in the context of previous reproductive loss and desire for current pregnancy.** *British Journal of Health Psychology*, 10, 255-268.
- Cogle, J., Coleman, P. K., Reardon, D. C. (2003). **Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort.** *Med Sci Monit.* Apr 9(4): 105-12.
- Closs, Vera Elizabeth; Schwanke, Carla Helena Augustin (2012). **A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010.** *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, vol.15, n.3.
- Mail Online (2012). **NHS spends £1m a week on repeat abortions: Single women using terminations 'as another form of contraceptive'.** 13 May. Disponível em: <<http://www.dailymail.co.uk/news/article-2143936/NHS-spends-1m-week-repeat-abortions-Single-women-using-terminations-form-contraceptive.html>>. Acesso em 15 de Outubro, 2015.
- Malec, K. (2003). **The Abortion-Breast Cancer Link: How Politics Trumped Science and Informed Consent.** *Journal of American Physician and Surgeons*, 8(2):41-45.
- Macmahon, B. et al (1993). *Bull Wld Health Org.*, 43: 209-21.
- Faria, V.E. (1989). **Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos.** São Paulo, ANPOCS, 1989.
- Giambiagi, F., Zylberstajn, H., Afonso, L.E., Souza, A. P., Zylberstajn, E. (2007). **Impacto das reformas paramétricas na previdência social brasileira: simulações alternativas.** *Pesq Plan Econ.*, 37(2): 175-220.
- Gonzalez, Carolina A. Guidotti; Aidar, Tirza (2014). **Envelhecimento e arranjos unipessoais na população brasileira de distintas gerações.**
- Gruber, Jonathan; Phillip B. Levine; Douglas Staiger (1999). **Abortion Legalization and Child Living Circumstances: Who Is the 'Marginal Child'?** *Quarterly Journal of Economics* 114:1, 263–292.
- IPF, Instituto de Política Familiar (2015). **El Aborto en Espana (1985-2013).** Disponível em: www.ipfe.org. Acesso em 15 de Outubro, 2015.
- Jacobson, Thomas W; Johnston, Robert (2017). **Abortion Worldwide Report: 100 countries, 1 century, 1 billion babies.** Washington: Family Research Council.
- Jones, Rachel K.; Upadhyay, Ushma D.; Weitz, Tracy A. (2013). **At What Cost? Payment for Abortion Care by U.S. Women.** *Women's Health Issues* 23-3, e173–e178.
- La Razón, Periódico (2014). **El gasto público en abortos supera los 20 millones al año.** Versión: 28 de enero. Disponível: <http://www.larazon.es/sociedad/el-gasto-publico-en-abortos-supera-los-20-millones-al-ano-HD5270797#.Ttt1kl4aAXt5MKX>. Acesso em 15 de Outubro, 2015.
- Lee, Ronald (2003). **The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change.** *Journal of Economic Perspectives—Volume 17, Number 4—Fall 2003—Pages 167–190.*

- Levine, Phillip B., Amy B. Trainor; David J. Zimmerman (1996). **The Effects of Medicaid Abortion Funding Restrictions on Abortions, Pregnancies, and Births.** Journal of Health Economics, XV, 555-578.
- Lima, Diana Vaz de (2013). **A dinâmica demográfica e a sustentabilidade do modelo de financiamento do Regime Geral de Previdência Social.** Tese de doutorado, apresentada junto à Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – FACE – da Universidade de Brasília. Brasília: UnB.
- Maria, Pier Francesco (2014). **A transição da fecundidade e da escolaridade nas famílias pobres brasileiras: evidências a partir das PNADs 1978 a 2012.**
- Merrick, T.; Berquó, E. (1983). **The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility.** Washington, National Academy.
- Roberts, Sarah C.M.; Gould, Heather; Kimport, Katrina; Weitz, Tracy A.; Foster, Diana Greene (2014). **Out-of-Pocket Costs and Insurance Coverage for Abortion in the United States.** Women's Health Issues 24-2, e211–e218.
- Rue, V. (1994). **Post-abortion Trauma.** Lewisville, Texas: Life Dynamics.
- Tafner, P. (2007). **Simulando o desempenho do sistema previdenciário e seus efeitos sobre pobreza sob mudanças nas regras de pensão e aposentadoria.** Texto para discussão, n.º 1264, IPEA.
- The World Bank. Data Bank. World Development Indicators. Disponível em: <<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&series=SP.DYN.TFRT.IN&country=OSS,USA#>>. Acesso: 12 julho, 2017.
- Vasconcelos, Ana Maria Nogales; Gomes, Marília Miranda Forte (2012). **Transição demográfica: a experiência brasileira.** Revista Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 21(4):539-548, out-dez.
- Wvforlife, West Virginians for Life (2006). **Abortion's Psycho-Social Consequences.** Washington DC: National Right to Life Educational Trust Fund. Disponível em: <<http://wvforlife.org>>. Acesso em 14 de Outubro, 2015.