



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ: O ACOMPANHAMENTO
SOCIAL NO PROCESSO DE DECISÃO

Por

Catarina Ribeiro da Cunha de Sousa

Faculdade de Ciências Humanas

Setembro 2018



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

**INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ: O ACOMPANHAMENTO
SOCIAL NO PROCESSO DE DECISÃO**

**Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Serviço Social – Empreendedorismo
e Inovação na Economia Social**

Por

Catarina Ribeiro da Cunha de Sousa

Faculdade de Ciências Humanas

Sob orientação de Isabel Vieira

Setembro 2018

Com o apoio de



Resumo

A experiência de uma Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) é vivenciada e sentida por cada mulher de forma única e individual. No entender da investigadora, mais que uma questão médica, a IVG é uma questão social, onde o apoio que é proposto pelo quadro legal (Lei n.º16/2007), pode não responder suficientemente à complexidade da situação. A presente investigação tem como objectivo compreender o significado que as mulheres grávidas em discernimento atribuem ao apoio e suporte sentido ao longo do processo de decisão de uma IVG e, conseqüentemente, perceber qual o papel que o Serviço Social pode desempenhar durante este processo.

Optou-se por realizar uma investigação de natureza metodológica qualitativa, repartida em dois momentos: um estudo exploratório num Hospital Público no distrito de Lisboa, com o objectivo de conhecer a realidade da IVG em contexto hospitalar; um estudo de caso de uma linha telefónica de emergência que pretende apoiar qualquer mulher grávida com dúvidas relativamente à sua gravidez. Foram realizadas entrevistas a seis mulheres que ligaram para essa mesma linha, e a seis profissionais da equipa técnica que atende os telefonemas da linha.

De acordo com os dados recolhidos, considera-se que a decisão de interromper ou prosseguir a gravidez é influenciada por razões sociais, razões pessoais e razões relacionais. No caso de prosseguir a gravidez, os factores de influência prendem-se sobretudo com razões pessoais (expectativas e planos de vida), e no caso de interromper prendem-se maioritariamente com razões sociais (situação laboral e económica). É de notar a ambivalência de sentimentos e emoções vividos pelas mulheres nesta fase, e a solidão sentida pelas mesmas, o que reforça a necessidade de estas serem devidamente apoiadas e acompanhadas. Espera-se que um profissional que acompanhe uma mulher em discernimento crie uma relação empática com a mesma e que tenha como foco aquilo que são os seus desejos e motivações. Propõe-se que este faça eco e repita aquilo que a mulher vai expondo, de forma a que esta se possa ouvir a si própria e chegar à sua própria conclusão. A informação transmitida deve ter em conta o estado emocional da mulher e aquilo que ela está preparada para ouvir.

Palavras-Chave: Interrupção Voluntária da Gravidez; discernimento, acompanhamento, decisão

Abstract

Every woman goes through and feels a Voluntary Termination of Pregnancy (VTP) as a unique and most individual experience. It is the author's view that more than a medical issue, VTP is a social issue where the support provided under the relevant legal framework (Law no.16/2007) may not appropriately answer the complexity of the situation. This survey aims to understand what the advice and support provided throughout a VTP decision process means for pregnant women in discernment and, consequently, understand the role played by the Social Work during that process.

We chose to make a qualitative methodological survey spread across two moments: an exploratory study conducted in a Public Hospital in the district of Lisbon, in order to learn about the VTP reality in a hospital context; a case study of an emergency helpline to support any pregnant woman having second thoughts regarding her pregnancy. We conducted interviews to six women who called the helpline and to six professionals of the technical team answering the helpline.

According to the data collected, the decision to terminate or proceed with the pregnancy is influenced by social, personal and relational reasons. Where the woman decides to go ahead with the pregnancy, the influencing factors relate mostly to personal reasons (life expectations and plans) and, where she decides to terminate the pregnancy, they mostly relate to social reasons (work and economic situation). The ambivalence of feelings and emotions felt by women at this stage should be noted, the same way as the solitude they feel, a fact which strengthens their need of being duly supported and followed up. It is expected that a professional who will follow up a woman in discernment will create an emphatic relationship with her and that his/her focus will be the woman's desires and motivations. It is suggested that he/she will echo and repeat what is stated by the woman, in order to make her hear what she is saying and thereby reach her own conclusion. The information transmitted shall take the woman's emotional condition and what she is prepared to listen into account.

Keywords: Voluntary Termination of Pregnancy; discernment, follow-up, decision

Gostava de agradecer

À professora Isabel Vieira, pela entrega e dedicação desmedida. Obrigada pela forma tão humana com que sempre me tratou, pelo entusiasmo com que agarrou este desafio, pela confiança em mim e por ter sempre acreditado nesta investigação. Obrigada pela partilha e por todos os conhecimentos. Nunca me senti sozinha neste percurso!

A toda a equipa do Apoio à Vida, pela constante disponibilidade, motivação e por acreditarem que seria capaz. Mais que tudo, obrigada pelos exemplos de profissionalismo e pela forma como acolhem, recebem e se dedicam a cada pessoa. Obrigada por me ensinarem a ser melhor assistente social. Obrigada pela alegria no trabalho e pela amizade!

A todas as participantes desta investigação, por terem aberto o seu coração e partilharem comigo as suas histórias. Esta dissertação só faz sentido porque participaram nela.

À Fundação Montepio, pelo apoio dado através da bolsa de estudo.

Ao Salvador, por me ter desafiado a fazer esta investigação e por todas as oportunidades que a mesma trouxe.

Aos meus pais que tanto gosto, pela força, pela motivação e também pela exigência que me faz querer ser melhor.

À Avó Maria, por tornar este sonho possível e pela forma tão querida com que sempre esteve interessada.

Ao Quico, por nunca me ter deixado desistir, por ter sempre acreditado, por toda a ajuda e pela paciência sem fim. Obrigada por no meio desta loucura, me pedires em casamento. Agora sim estamos prontos para casar!

*A todas as mulheres que foram grávidas em discernimento
e que no momento da decisão se sentiram sozinhas.*

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana,
seja apenas outra alma humana.”*

Carl Jung

Índice

Introdução	1
Parte I ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. Gravidez e maternidade	9
1.1. Análise histórica e demográfica	9
1.2. O jogo de forças entre o consciente e o inconsciente	13
1.2.1. A maternidade	14
1.2.2. A gravidez	15
1.2.3. O consciente e o inconsciente, o conflito entre o desejo e a decisão	17
2. A Interrupção Voluntária da Gravidez	23
2.1. Enquadramento legal da IVG em Portugal	24
2.2. Etapas e métodos da IVG	27
2.3. O processo de decisão: factores de influência e sentimentos frequentes	30
2.4. O consentimento informado	38
Parte II O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE	
3. Breve enquadramento histórico	40
4. As funções e competências dos assistentes sociais na área da saúde	44
5. Elementos estruturadores e diferenciadores da acção profissional	49
6. O suporte que o Serviço Social pode prestar no processo de tomada de decisão	54
7. A IVG como caso social em saúde	57
Parte III METODOLOGIA	
8. Objecto de estudo e opções metodológicas	60
9. Estudo exploratório – Hospital Público no Distrito de Lisboa	61
9.1. Entrevistas exploratórias a profissionais de enfermagem	62
9.2. Questionários a mulheres utentes da consulta de IVG - Grupo 1 e Grupo 2	63
9.2.1. Caracterização sociodemográfica das participantes do questionário – Grupo 2	67
9.3. Apresentação e discussão dos dados do estudo exploratório: Análise combinada das respostas aos questionários - Grupo 1 e Grupo 2	69

10. Estudo de caso: IPSS Apoio à Vida - Linha de emergência de apoio a grávidas em discernimento	76
10.1. Caracterização da IPSS Apoio à Vida	76
10.2. Caracterização do programa Linha de emergência de apoio a grávidas em discernimento	77
10.3. Entrevistas semi-estruturadas a profissionais da linha de emergência e a mulheres que foram grávidas em discernimento	78
10.3.1. Caracterização das 6 mulheres que foram grávidas em discernimento	79
10.3.2. Caracterização das 6 profissionais da linha de emergência	80
10.4. Apresentação e discussão dos dados do estudo de caso	81
10.4.1. Análise das entrevistas a 6 mulheres que foram grávidas em discernimento	82
10.4.2. Análise das entrevistas a 6 mulheres que foram grávidas em discernimento	92
Parte IV CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
Bibliografia	109
Apêndices	114

Índice de quadros

Quadro n.º 1: Síntese das diferenças entre a gravidez e a maternidade	17
Quadro n.º 2: Conflitos possíveis entre o consciente e o inconsciente na gravidez	18
Quadro n.º 3: Síntese das motivações conscientes e inconscientes da gravidez	23
Quadro n.º 4: Síntese das etapas e procedimentos de uma IVG por opção da mulher até às 10 semanas	29
Quadro n.º 5: Factores que influenciam a decisão de interromper a gravidez	33
Quadro n.º 6: Razões que influenciam a decisão da mulher grávida em situação de IVG	35
Quadro n.º 7: Cronograma do processo de recolha de dados	61
Quadro n.º 8: Grelha de recolha – questionário de pré-teste do estudo exploratório	65
Quadro n.º 9: Grelha de análise do questionário do estudo exploratório	66
Quadro n.º 10: Síntese dos factores de influência da decisão, de acordo com os dados dos questionários	73

Índice de diagramas

Diagrama n.º 1: Síntese do processo de decisão desde a relação sexual até à decisão final	37
---	----

Índice de apêndices (em CD)

Apêndice A - Questionário aplicado na consulta de IVG de um Hospital Público no Distrito de Lisboa	115
Apêndice B – Transcrição das entrevistas às seis mulheres que foram grávidas em discernimento (MGD)	118
Apêndice C – Grelhas de análise das entrevistas realizadas às mulheres que foram grávidas em discernimento	151
Apêndice D – Grelha de análise por categorias – Entrevistas mulheres que foram grávidas em discernimento	193
Apêndice E – Transcrição das entrevistas às seis profissionais da linha de emergência	223
Apêndice F – Grelhas de análise das entrevistas realizadas às profissionais da linha de emergência	251

Índice de siglas

APF – Associação para o Planeamento da Família

AS – Assistente Social

AV – Apoio à Vida

CPR – Constituição da República Portuguesa

CP – Código Penal

DGS – Direcção Geral da Saúde

DL – Decreto-Lei

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

FFMS – Fundação Francisco Manuel dos Santos

FIAS – Federação Internacional dos Assistentes Sociais

GC – Gestão de Casos

GD – Grávida em Discernimento

IAS – Indexante dos Apoios Sociais

IG – Interrupção da Gravidez

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Insituição Particular de Solidariedade Social

ISF – Índice Sintético de Fecundidade

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

MGD – Mulher Grávida em Discernimento

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

Introdução

O Homem e qualquer outro organismo com vida, tem intrínseco em si o instinto de sobrevivência e de reprodução. Ter um filho é considerado um comportamento normal, biológico e esperado. A parentalidade é geralmente um acontecimento muito desejado, principalmente pelas mulheres. As crianças têm desde cedo o sonho de serem mães ou pais, sendo até uma brincadeira frequente entre elas. A maternidade e a paternidade é algo tradicionalmente expectável na vida de uma pessoa.

Contudo, a existência de uma nova vida pode também ser vista como um problema, um peso que tem de ser retirado. Deste modo, pode ser considerada como uma ameaça por provocar factores que estão intrinsecamente relacionados com a mulher grávida. É esta quem tem o direito de intervir no crescimento e nascimento dessa nova vida (cf. Oliveira et al., 2005). Em Portugal, de acordo com a Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril, a Interrupção Voluntária da Gravidez por opção da mulher, não é punível se for realizada nas primeiras 10 semanas de gravidez (cf. alínea e) do artigo 142.º do Código Penal).

Neste sentido, a maternidade é hoje uma de várias opções para a mulher grávida. Actualmente, com uma correcta utilização dos métodos contraceptivos, as mulheres poderão mais facilmente escolher se querem ter filhos, quantos filhos querem ter, e quando os querem ter. Ademais, para além de poder escolher o momento em que os desejam ter, podem também escolher interromper a gravidez, se esse não for o momento desejado.

A Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) é um tema reconhecido mundialmente como um problema de saúde pública, desde a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994. Este reconhecimento deve-se sobretudo às consequências físicas e psicológicas que a IVG pode provocar, consequências estas que podem ser irreversíveis e que, em muitos casos, podem provocar a morte da mulher (cf. Sell et al., 2015).

Este é um tema que suscita múltiplas questões e muitas perplexidades, às quais é difícil responder com precisão. É um assunto bastante controverso, na medida em que provoca um conflito entre direitos fundamentais e direitos humanos, gerando grandes debates entre posições antagónicas, onde não existem respostas certas. Frequentemente, ouve-se falar nos movimentos *pró-vida* (que defendem a vida e se opõem à IVG) e nos movimentos *pró-*

escolha (que defendem a liberdade de escolha e decisão da mulher face à possibilidade de IVG).

Por outro lado, a expectativa social da maternidade, como algo maravilhoso, ideal e naturalmente esperado por uma mulher (fazendo parte do seu papel ser mãe), tem criado um conflito de dever estabelecido moralmente, no qual as mulheres que optam por interromper a sua gravidez são culpabilizadas e apelidadas de egoístas, frias e por vezes até de criminosas. Estas discussões, juntamente com os argumentos utilizados pelos chamados *movimentos pró-vida*, não têm facilitado a decisão destas mulheres, agravando ainda mais os traumas físicos e/ou emocionais que possam decorrer da experiência da IVG (cf. Sell *et al.*, 2015).

Independentemente do facto da Interrupção Voluntária da Gravidez por opção da mulher, até às 10 semanas, ter sido legalizada em 2007 – nos termos da Lei n.º 16/2007, alínea e) do artigo 142.º do Código Penal – as mulheres que praticam a IVG continuam a sentir-se julgadas e olhadas de lado pela sociedade.

Deste modo, não raras vezes, surgem, perante a Interrupção Voluntária da Gravidez, sentimentos de culpa, vergonha e medo de reprovação. Sentimentos negativos como perda, vazio, dor e mágoa são frequentemente apontados como resultantes da experiência da interrupção voluntária da gravidez e reflectem o estigma social desta prática (Noya e Leal, 1998:432).

Apesar desta referência ser de 1998, altura em que a prática da IVG ainda não era legal em Portugal, a verdade é que estudos efectuados recentemente revelam que estes sentimentos continuam a ser experienciados pelas mulheres. Muitas mulheres afirmam terem sido tratadas sem respeito ao contar que realizaram uma IVG e muitas referem que os próprios profissionais de saúde as olham de forma diferente, como se fossem mulheres menos dignas (cf. Garcia, 2007).

Por outro lado, a IVG é uma experiência que é vivenciada e sentida por cada mulher de forma diferente e que apresenta consequências diversas de mulher para mulher. É por isso fundamental que cada uma perceba o significado que a gravidez tem para si, tendo em conta as suas crenças e valores (Noya e Leal, 1998:432) e os seus projetos de vida. Só mediante uma decisão esclarecida e informada e em condições de discernimento, tão objectivo quanto possível, será possível proporcionar a cada mulher o ambiente adequado para esta compreender se a sua decisão de realizar, ou não, a IVG é uma decisão que ela própria poderá suportar.

Neste sentido, pode-se questionar se as medidas de acompanhamento das mulheres grávidas, dentro das dez semanas (previstas no quadro legal), oferecem as melhores condições de suporte para uma tomada de decisão consciente e informada.

A realização de estudos mais aprofundados e reais sobre as características das mulheres que realizaram uma IVG, as suas condições, motivações e situação, só foi possível após a legalização desta prática. Antes disso, estes estudos encontravam-se restringidos pelas contingências legais e, conseqüentemente, os resultados eram provavelmente enviesados e contaminados pela realidade de censura e punição da altura (cf. Sereno *et al.*, 2012). Contudo, a IVG continua a ser um tema controverso na sociedade, exigindo uma enorme sensibilidade e delicadeza na forma como é abordado.

De acordo com o Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez – Direcção Geral da Saúde, publicado em Dezembro de 2017, relativamente ao ano de 2016 (dados mais actuais), nesse ano realizaram-se em Portugal 15.959 IVG, das quais 15.416 (96,6%) por opção da mulher até às 10 semanas.

De acordo com estes dados, as mulheres que decidiram interromper a gravidez neste período eram na maioria de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos. Mais de metade não vivia em regime de coabitação com o companheiro no momento da IVG e, relativamente à situação laboral, o maior grupo era constituído por trabalhadoras não qualificadas (21,3%), seguido de desempregadas (18,6%) e de estudantes (15,9%).

Relativamente aos companheiros, os dados revelam que a maioria das mulheres (25,1%) desconhecia ou respondeu em branco à situação laboral do pai do bebé. Os trabalhadores não qualificados foram o segundo grupo com maior relevância (16,5%) seguido de agricultores, operários, artífices e outros trabalhos qualificados (14,7%). Quanto ao grau de instrução, a maioria das mulheres concluiu o ensino secundário (39,6%), seguido do 3.º ciclo (25%) e do ensino superior (23,4%). Apenas 0,2% das mulheres não sabia ler nem escrever.

Mais de metade das mulheres já tinha pelo menos 1 filho e 69,9% nunca tinha realizado uma IVG. A região de Lisboa e Vale do Tejo foi a região onde se realizaram mais IVG (55,1%), mas para tal também contribuiu o facto de receber utentes de outras regiões do país. A maioria das mulheres realizou a sua interrupção em unidades oficiais do Serviço Nacional

de Saúde (72,2%) e os meses de maior afluência foram, por ordem decrescente Janeiro, Fevereiro, Março e Maio.

Mais de metade das IVG ocorreram por acesso directo das mulheres à consulta hospitalar (55,7%) e 33,9% ocorreram por referência pelos cuidados de saúde primários. 71,7% das IVG foram realizadas por método medicamentoso e as restantes por método cirúrgico.

Também é de salientar que as unidades do Serviço Nacional de Saúde utilizam preferencialmente o método medicamentoso e as unidades privadas utilizam o método cirúrgico. Por último, importa referir que 94,5% das mulheres, após a IVG escolheram utilizar um método contraceptivo, sendo que dessas, 39,0% escolheram um método contraceptivo de longa duração.

Tendo em conta que em 2016 nasceram 87.126 bebés (cf. Pordata) e foram realizadas 15.959 IG, das quais 15.416 foram por opção da mulher até as 10 semanas, conclui-se que cerca de 14,9% de todas as gravidezes foram interrompidas por opção da mulher, sendo este um número bastante elevado, sobretudo tendo em conta a reduzida taxa de natalidade em Portugal.

É neste âmbito que surge o interesse em compreender o acompanhamento e o suporte que o Serviço Social pode prestar às mulheres grávidas no processo de tomada decisão face a uma Interrupção Voluntária da Gravidez. Considera-se que este é um campo que está, até à data, pouco estudado, e que esta poderá ser uma área privilegiada de intervenção do Serviço Social, por considerarmos que estas mulheres grávidas poderão estar em situação de sofrimento e em risco, vendo-se muitas vezes sós e silenciadas face a uma difícil tomada de decisão.

Neste sentido, o objecto de estudo desta investigação é precisamente as mulheres grávidas em situação de discernimento e tomada de decisão face a uma IVG, dentro do quadro legal, prevendo o suporte profissional necessário para as apoiar no discernimento e na tomada de decisão livre e informada. Situamos a actuação do Serviço Social, dentro do quadro legal, no suporte às mulheres grávidas, em situação de IVG até às 10 semanas, estando por isso a investigação centrada prioritariamente nesta condição, não sendo aprofundadas as características e situações previstas nas outras alíneas do artigo 142.º do Código Penal.

Optou-se por realizar uma investigação de natureza metodológica qualitativa, que tem como ênfase compreender as dimensões, o significado e o impacto de um determinado fenómeno, procurando desenvolver explicações relativas e dar resposta ao mesmo, mais do que verificar hipóteses pré-estabelecidas ou generalizar resultados de grande expressão numérica (cf. Silverman, 1997; Hancock, 2002; Charmaz, 2006; Amaro, 2006). Este é, efectivamente, o objectivo da investigação: compreender o significado que as mulheres grávidas em discernimento atribuem ao apoio e suporte sentido ao longo do processo de decisão de uma IVG e, conseqüentemente, perceber o papel que o Serviço Social pode desempenhar durante este processo.

Deste modo, as questões de investigação que se estabeleceram foram:

- a) Quais os factores de influência e sentimentos frequentes numa mulher no processo de tomada de decisão face a uma IVG?
- b) Qual o suporte afetivo, familiar e social, mobilizado por uma mulher grávida em discernimento, no momento da descoberta da gravidez e no processo de tomada de decisão face à IVG e, posteriormente, no pós-decisão?
- c) De que forma podem ser acompanhadas estas mulheres para que a sua decisão seja tomada de forma livre, consciente e informada?
- d) Qual o suporte que o Serviço Social pode prestar no processo de tomada de decisão (à semelhança do processo de consentimento informado)?

Considerou-se que seria pertinente utilizar uma abordagem que favorecesse um diálogo de cooperação entre o investigador e os sujeitos empíricos, na lógica circular de sair dos dados reais e práticos para a criação e actualização da teoria, renovando-a com esses mesmos dados recolhidos. Neste sentido, a investigação seguiu a estratégia abductiva, que envolve precisamente a *construção de teoria que esteja fundamentada nas actividades do dia a dia e/ou na linguagem e nos sentidos dos actores sociais* (Blaikie, 2000:117). Parte-se do conhecimento e significado que os actores atribuem ao fenómeno investigado para se encontrar conceitos que permitam propor uma teoria enraizada – da empiria para a teoria. No caso desta investigação, pretende-se explorar o modo como as mulheres grávidas em discernimento sentem e vivem o processo de decisão relativo à realização de uma IVG e o significado que atribuem ao suporte sentido nesse processo (seja pelos companheiros, familiares, amigos ou profissionais de saúde) e perceber de que forma o Serviço Social poderá prestar apoio e ajuda nesse processo de discernimento e decisão.

Deste modo, iniciou-se a investigação com um estudo exploratório num Hospital Público no distrito de Lisboa, entre Setembro de 2016 e Março de 2017. Este estudo tinha como objectivo principal compreender a realidade da IVG em contexto hospitalar, nomeadamente perceber junto das mulheres que frequentam a consulta de IVG quais são os motivos que as levam a optar por realizar a IVG e quais as razões que as levariam a prosseguir a gravidez. Deste modo, o estudo ocorreu em dois momentos distintos. Num primeiro momento realizou-se uma entrevista exploratória a duas enfermeiras da consulta de IVG (em Setembro de 2016) e, num segundo momento, foram aplicados 71 questionários a mulheres que participaram na consulta de IVG e que aceitaram participar na investigação, garantido o anonimato e a confidencialidade das mesmas e dos dados recolhidos (entre Dezembro 2016 e Março 2017).

Tendo sido o estudo exploratório bastante enriquecedor, ainda faltavam dados para se conseguir uma melhor compreensão do tema, concretamente o suporte que as mulheres em situação de discernimento face à IVG sentem, e de que forma o Serviço Social poderá ajudar. Neste sentido, o estudo de caso revelou-se como o desenho de pesquisa mais adequado aos objectivos da investigação, uma vez que permite um intenso contacto com o campo empírico. Seleccionou-se como campo de estudo a Instituição Particular de Solidariedade Social “Apoio à Vida”, uma organização de apoio a grávidas e mães sediada em Lisboa, na Freguesia de Alcântara. Salienta-se o facto desta instituição disponibilizar uma linha telefónica de emergência, gratuita e confidencial, que funciona 24h por dia, 365 dias por ano, disponível nacionalmente. Este serviço tem como objectivo apoiar qualquer mulher grávida que tenha dúvidas relativamente à sua gravidez, de modo a que nenhuma mulher se sinta sozinha, desacompanhada ou desinformada, permitindo assim que a sua decisão possa ser tomada de forma livre, consciente, informada e responsável. Assim, entre Setembro de 2017 e Maio de 2018, a investigadora realizou um estudo de caso desta linha, tendo tido a oportunidade de observar o seu funcionamento e de entrevistar tanto as mulheres que recorrem à linha e que pedem apoio, como as profissionais da equipa técnica que atendem a linha e apoiam as mulheres. O desenho metodológico será explicado na parte III da dissertação.

A presente dissertação encontra-se estruturada em quatro partes que traduzem o percurso da investigação realizado. As duas primeiras partes têm uma natureza teórica, enquanto que a terceira parte expõe o desenho metodológico da investigação e apresenta e discute os dados dos dois estudos efectuados – estudo exploratório (entrevista exploratória e questionário às mulheres utentes da consulta de IVG de um hospital público) e estudo de caso da linha de emergência do Apoio à Vida (entrevistas a profissionais da equipa técnica e a mulheres que foram grávidas em discernimento). A dissertação é então composta por 10 capítulos, distribuídos por 4 partes.

A primeira parte diz respeito a um enquadramento teórico, que trata a questão da gravidez e da maternidade, fazendo uma breve análise histórica e demográfica da mesma e apresentando os conflitos que podem existir entre as razões conscientes e inconscientes para engravidar, bem como as razões conscientes e inconscientes que influenciam a decisão de realizar uma IVG. Por outro lado, é também apresentado um enquadramento legal da IVG em Portugal, bem como uma descrição das etapas e métodos da IVG, e ainda os fatores de influência e os sentimentos frequentes no processo de decisão. A questão da importância do consentimento informado e o significado do mesmo é também abordada.

Na segunda parte procurou-se enquadrar o Serviço Social na saúde, compreender quais as funções e as competências dos assistentes sociais nesta área e quais os elementos estruturadores e diferenciadores da acção profissional. Pretende-se perceber qual é o suporte que o Serviço Social pode prestar no processo de tomada de decisão face à IVG e compreender se a IVG poderá ser ou não um caso social em saúde.

A terceira parte da dissertação apresenta o desenho de investigação da mesma, nomeadamente as opções metodológicas tomadas, tanto ao nível do estudo exploratório como ao nível do estudo de caso. O 9º capítulo é referente ao estudo exploratório, onde se encontra descrito o modo como se procederam as investigações, quais as participantes nos dois estudos efectuados, quais as suas características e quais os critérios de selecção da amostra (estudo quantitativo) e do “universo de análise” (estudo qualitativo), bem como a apresentação e a discussão dos resultados. O 10º capítulo refere-se ao estudo de caso da linha de emergência de apoio a grávidas em discernimento, do Apoio à Vida. Neste capítulo encontra-se primeiramente uma breve caracterização da organização, seguida da

caracterização do programa da linha de emergência, e posteriormente caracteriza os dois grupos entrevistados, nomeadamente as seis mulheres que foram grávidas em discernimento e que ligaram para a linha de emergência do Apoio à Vida no momento do discernimento, bem como as seis profissionais da equipa técnica do Apoio à Vida que, diariamente, recebem chamadas de mulheres em discernimento. De seguida apresenta-se e discute-se os resultados do estudo de caso.

A dissertação termina com as considerações finais, onde é realizada uma síntese dos principais conteúdos tratados ao longo da pesquisa, realçando aquilo que pode ser identificado como novidade e descoberta, não só para a investigadora como para a área. Incluem-se também algumas propostas/perspectivas futuras que são fruto da investigação e que se apontam como caminhos possíveis para melhorar o apoio dos profissionais de saúde e acção social, junto das mulheres grávidas em discernimento.

Faz ainda parte da dissertação um conjunto de apêndices, instrumentos de carácter metodológico e que dizem respeito às transcrições das entrevistas e respectivas grelhas de análises por categorias e dimensões. Dada a dimensão dos textos, os mesmos foram colocados em formato digital, sob a forma de um CD.

No final da dissertação encontra-se toda a bibliografia utilizada para a elaboração da mesma.

Parte I - Enquadramento Teórico

1. Gravidez e maternidade

A gravidez e a maternidade são fenómenos essencialmente culturais e não só biológicos, na medida em que quase todas as mulheres podem ter filhos, mas na realidade nem todas os têm. Nos dias que correm, a maternidade é uma de várias opções na vida da mulher, mas nem sempre foi assim. Ao longo dos anos, tem havido uma alteração dos comportamentos da sociedade e a visão da maternidade e a própria noção de filho tem vindo a ser alterada (cf. Almeida, 2009). Ter um filho é considerado de maneira diferente de civilização para civilização. Ser mãe tanto pode ser visto como uma experiência perigosa, como dolorosa, interessante, satisfatória ou importante. A forma de vivenciar esta experiência associa-se não só às características individuais de cada mulher, como também ao contexto cultural em que esta está inserida e, por isso, é uma experiência com significados e consequências diferentes de mulher para mulher (cf. Correia, 1998).

1.1. Análise histórica e demográfica

O final do século XVIII marca a revolução de mentalidades na alteração da imagem de mãe, do seu papel e da sua importância, e nos séculos seguintes estas linhas vão-se tornando cada vez mais marcadas. Nessa altura – século XVIII –, a criança começa a ser considerada como o objecto e valor privilegiado na atenção materna e há uma insistência para que a mulher se sacrifique para a melhor qualidade de vida do seu filho (cf. Correia, 1998). Começam-se a valorizar os laços afectivos, especialmente em torno da figura da mãe, e dá-se um novo sentido à maternidade, que deixa de estar circunscrita aos nove meses da gravidez. Este fenómeno passa a ser alargado para toda a família, e não só para a mulher no período gestacional (cf. Correia, 1998). Nesta altura, a imagem “normal” da mulher relaciona-se com a dedicação e o sacrifício pelos filhos. Esta nova visão teve repercussões em duas frentes: por um lado, possibilitou que muitas mulheres passassem a sentir-se úteis e a viver a maternidade de forma gratificante e alegre; por outro lado, significou também uma pressão ideológica e social para as mulheres que não tinham o desejo e não estavam predispostas a ser mães. Para estas, a maternidade caracterizava-se pelo sentimento de frustração e até de culpabilidade por não se sentirem plenamente realizadas e satisfeitas, contrariamente ao que era esperado (cf. Correia, 1998).

A Primeira Guerra Mundial veio mudar este paradigma. Nesta altura, a mulher teve de começar a ocupar o lugar do homem, que saiu em combate. As mulheres começaram a sentir que podiam fazer mais do que “ser apenas mães” e começaram a dedicar-se a actividades profissionais. Tal facto veio revolucionar a teoria da mãe dedicada e sacrificada (cf. Correia, 1998). Começam a surgir os movimentos feministas (em defesa dos direitos das mulheres) e as mulheres começam a ganhar voz e a recusar a maternidade como sendo a única razão para a sua felicidade e realização. A par da maternidade, começam a ganhar relevo outros projectos e ideais (cf. Correia, 1998).

Actualmente, ter filhos deixou de ser um destino biológico, passando a ser uma opção racional, que pode ser ajustada a um calendário étápico de vida pessoal e conjugal. Tal é possível devido ao acesso aos métodos contraceptivos. A contracepção tornou possível a escolha do número de filhos e da altura do seu nascimento (cf. Almeida, 2009). Enquanto que no século XVIII e XIX, as mulheres tinham uma função materna bem definida, a partir de meados do século XX esses valores sofreram uma reestruturação, passando a maternidade a ser configurada como uma opção da mulher que pode ser adiada, programada e até mesmo descartada (cf. Bortoletto, 1992 cit. por Tachibana *et al.*, 2006). A decisão de ter filhos é algo pensado e repensado e a maternidade ocorre num contexto de projecto, em conjunto com outros projectos pessoais, profissionais, económicos, entre outros. Ao ideal de maternidade, acresce um enorme conjunto de outros ideais igualmente importantes (cf. Correia, 1998).

Esta conjugação da maternidade com outros projectos nem sempre é fácil. Hoje em dia a mulher está envolvida em vários sistemas e, por vezes, torna-se difícil a conciliação entre a maternidade e esses restantes sistemas, principalmente no que toca à conciliação da vida familiar com a vida profissional. Este conflito pode expressar-se de várias formas: tanto se pode sentir no relacionamento com os filhos, como em complicações na vida fértil e, nalguns casos, na rejeição da maternidade (cf. Correia, 1998).

Também o papel dos filhos tem vindo a sofrer alterações. Na década de 50 do século XX, à excepção dos grupos mais favorecidos, a criança era rentabilizada na economia doméstica como mais um braço para o trabalho e para o sustento da família. As crianças estudavam habitualmente até ao 4.º ano, aprendiam a ler, escrever e fazer contas, e de seguida começavam a trabalhar com os pais tanto na actividade agrícola, como a guardar o rebanho,

a trabalhar na fábrica ou mesmo a cuidar dos irmãos. Nesta altura, a criança era encarada como um pequeno adulto. As famílias mais pobres das classes populares recusavam a cultura escolar pois a economia doméstica não dispensava braços para o trabalho (cf. Almeida, 2009). Por outro lado, os filhos eram ainda vistos como um apoio à velhice dos pais. Como a mortalidade infantil era bastante elevada, devido à falta de condições de saúde, nomeadamente condições higiénico-sanitárias (apenas 18% dos nascimentos ocorriam em hospitais), era frequente muitos dos filhos morrerem no primeiro ano de vida. Assim, as famílias optavam por ter vários filhos, de modo a garantir que pelo menos um filho chegava à idade adulta e poderia, mais tarde, tomar conta dos pais (cf. Almeida, 2009).

Por outro lado, o próprio papel económico dos filhos é também diferente (cf. Almeida, 2009). Nos dias que correm, os filhos são uma fonte real de despesa. A escolaridade mínima obrigatória é o 12.º ano. Deste modo, os filhos tornam-se dependentes de família por um período de tempo mais longo e podem ser também considerados um entrave para a evolução profissional dos pais. Estas razões incentivam a limitação dos nascimentos. Muitos pais começam a aspirar o nascimento de um único filho de modo a garantir o investimento máximo na qualidade de vida da criança. De acordo com o Inquérito à Fecundidade, realizado pelo INE em conjunto com a Fundação Francisco Manuel dos Santos (FFMS), é a geração mais jovem quem apresenta mais pessoas sem irmãos, apontando assim para um progressivo aumento das famílias com um único filho (cf. INE e FFMS, 2013).

A diminuição da natalidade é actualmente um dos problemas mais graves em Portugal e em vários países do Mundo, pois dele surgem vários outros problemas. Sem crianças não há futuro e, por isso, por mais recuperado a nível económico que o país possa estar, sem população activa suficiente não haverá crescimento económico. Assim, a realidade presente compromete o futuro, desde a organização social, à economia, até à (in)sustentabilidade do país.

Portugal depara-se com um grave problema demográfico: a substituição de gerações não está assegurada. Para que a substituição de gerações esteja assegurada, cada mulher tem de ter em média 2.1 filhos, isto é, o Índice Sintético de Fecundidade (ISF) desejado teria de ser de 2.1. Este ISF revela-nos o número médio de nados vivos por mulher durante o seu período fértil, sendo este considerado entre os 15 e os 45-50 anos de idade (cf. PORDATA).

Enquanto que há quatro anos nasciam cerca de 100.000 crianças, actualmente nascem menos de 80.000 por ano. Tal facto torna impossível a substituição de gerações e conduz a uma redução significativa da população num horizonte de poucas décadas (cf. Azevedo *et al.*, 2014).

De acordo com os dados da PORDATA, o ISF no ano de 2016 (dados mais recentes) correspondeu a 1,36 indivíduos, encontrando-se em redução acentuada desde os anos 1950. Portugal, na década de 50 do século XX, destacava-se no contexto europeu pela sua elevadíssima taxa de fecundidade. De acordo com os dados recolhidos junto do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 1950, o Índice Sintético de Fecundidade era de 3,2 crianças, um valor bem acima da média europeia. Portugal apresentava uma pirâmide etária rejuvenescida, tanto na base como no topo, na medida em que nasciam muitas crianças, representando 30% da população, e o número de idosos era pouco significativo, representando apenas 8% da população. Por outro lado, a esperança média de vida na altura não chegava aos 60 anos (cf. INE).

Com o avançar do tempo, com o enorme desenvolvimento da medicina, e a melhoria das condições económicas da população em geral, este padrão foi-se alterando. O ISF actual em Portugal mostra que duas pessoas não se substituem. Com a melhoria das condições de vida e com o declínio da fecundidade, a população envelheceu bastante.

Tendo em conta o inquérito realizado pelo INE e pela FFMS em 2013, os níveis de fecundidade desejada, isto é, o desejo íntimo de cada pessoa, dissociados de quaisquer constrangimentos, correspondem a um número médio de filhos mais elevado quer para mulheres quer para homens, e superior ao valor de referência para a substituição de gerações. Deste modo, este valor corresponde a 2,29 filhos para as mulheres entre os 18 e os 49 anos de idade, e de 2,32 filhos para os homens com idades entre os 18 e os 54 anos, o que significa que em média as pessoas desejam ter 2,31 filhos, valor superior ao valor de referência para a substituição de gerações (2,1) (cf. INE e FFMS, 2013).

O mesmo inquérito refere que o número de filhos que as pessoas ainda tencionam ter, independentemente de serem ou não mães e pais, situa-se nos 0,74 filhos. Este valor representa o eventual aumento dos níveis de fecundidade no futuro. Conjugando este valor, com o número de filhos tidos, obtém-se a fecundidade final esperada, que é uma medida global de fecundidade comparável entre gerações. Deste modo, a fecundidade final esperada

corresponde em média a 1,78 filhos, o que possibilita uma leitura mais optimista da recuperação da fecundidade em Portugal (cf. INE e FFMS, 2013).

Comparando o valor da fecundidade final esperada (1,78, no ano de 2013), com o índice sintético de fecundidade actual (1,36, no ano de 2016), conclui-se que as pessoas desejam ter mais filhos que aqueles que realmente têm, o que significa que há constrangimentos que limitam o número de filhos por mulher em idade fértil. Assim, torna-se necessário identificar esses constrangimentos e procurar soluções.

1.1 O jogo de forças entre o consciente e o inconsciente

A gravidez e a maternidade são dois temas discutidos pelas diferentes áreas que se interessam pelo estudo do Homem, sejam elas a Sociologia, a Psicologia, a História, a Antropologia, o Serviço Social, etc. Todas elas dão um contributo e a sua visão sobre o tema, no entanto, a maternidade é um fenómeno demasiado complexo para se compreender à luz de apenas uma destas áreas. Todas elas oferecem elementos explicativos que devem ser tidos em conta na compreensão da dinâmica da maternidade e, por isso, é necessário recorrer aos contributos de cada uma, para se atingir um conhecimento mais profundo, completo e entendido destes fenómenos (cf. Correia, 1998).

Os conceitos de maternidade e de gravidez são frequentemente confundidos e/ou considerados como sinónimos. É essencial compreender que estes dois conceitos traduzem duas realidades bem diferenciadas entre si, tecidas em diferentes imaginários (cf. Leal, 1990). Do ponto de vista físico, é até possível que estas realidades não se cruzem, nomeadamente nos casos das mães adoptivas ou das barrigas de aluguer (cf. Mota, 2011). No caso das mães adoptivas existe o projecto de maternidade sem existir a gravidez e, inversamente, nos casos das barrigas de aluguer existe a gravidez sem que ocorra o projecto e o desejo de maternidade. O facto de uma mulher se encontrar grávida, não assegura necessariamente a posterior realização adaptativa das tarefas maternas (cf. Canavarro, 2006).

Por sua vez, a vivência da maternidade e da gravidez depende não só das características individuais de cada mulher, como também do enquadramento social, cultural, histórico, económico em que estas se encontram. Assim, o seu modo de viver a gravidez e maternidade é influenciado pelas componentes intrínsecas da própria mulher e pela componente cultural, que tem influencia no sentir e no agir da mulher (cf. Correia, 1998).

1.2.1. A maternidade

Para Kitzinger (1978), a maternidade é uma actividade multidimensional que engloba um sistema de valores relacionados com o que é a mulher e o que é o filho. (cf. Kitzinger, 1978 cit. por Correia, 1998). Actualmente, é para a mulher uma de várias opções para a sua realização pessoal. Apesar de muitas vezes confundido, a maternidade não é um acontecimento biológico (a gravidez é) mas uma vivência inscrita numa dinâmica sócio-histórica que envolve vários factores, por exemplo a prestação de cuidados ao filho, o envolvimento afectivo, entre outros (cf. Correia, 1998). Assim, a maternidade é um projecto a longo prazo que ultrapassa a gravidez e que se vai consolidando com a forma como a gravidez é vivida (cf. Rodrigues, 2014). Requer que para além do desejo de engravidar e ter um filho, a mulher deseje ser mãe. Assim, o projecto de maternidade inicia-se ainda antes da mulher estar grávida (cf. Leal, 1990). Estes dois conceitos são bastante confundidos devido à sua estreita relação – a gravidez é considerada uma etapa intermediária e o ponto de viragem para a maternidade, sendo a maternidade considerada uma fase do desenvolvimento do ciclo vital da mulher. Deste modo, a gravidez transcende o momento da concepção, assim como a maternidade transcende o momento do parto (cf. Mota, 2011).

Associado à maternidade, aparece também a ideia do amor maternal. O senso comum diz-nos que o amor maternal é intrínseco à mulher, isto é, que uma mulher nasce feita para ser mãe e que o amor natural está inscrito na profundidade da natureza feminina. Elisabeth Badinter (1980), filósofa e uma das vozes mais importantes no movimento feminista francês, refuta esta ideia. Para a autora, o amor maternal é algo infinitamente complexo e imperfeito e, contrariamente ao que se pensa, não é algo intrínseco às mulheres nem pode ser considerado um instinto. De acordo com a mesma, se observarmos a evolução das actividades maternas, podemos concluir que o interesse e a dedicação das mães relativamente às crianças tanto pode manifestar-se como não. O que determina os papéis de mãe, pai e criança, são as exigências e os valores dominantes de uma sociedade determinada. (cf. Badinter, 1980 cit. por Correia, 1998).

Para a mesma autora, o amor maternal está condicionado por diferentes factores que nada têm a ver com a “boa natureza” ou “boa vontade da mãe”. Assim, o amor maternal depende tanto da história pessoal de cada mulher, como da oportunidade da gravidez, do seu desejo de ser mãe, da relação com o pai, até mesmo de factores sociais, culturais e profissionais (cf. Badinter, 1980 cit. por Correia, 1998).

1.2.2. A gravidez

A gravidez é definida como um período de cerca de 40 semanas, que se inicia no momento da concepção e termina no parto. É uma fase temporalizada onde ocorrem diferentes modificações no corpo da mulher, acompanhadas por vivências psicológicas (cf. Correia, 1998).

É um período que medeia a concepção e o parto, permitindo à mulher a preparação para ser mãe, ligar-se afectivamente à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo membro, incorporar a existência do filho na sua identidade e, simultaneamente, aprender a aceitá-lo como pessoa única, com vida própria (Rodrigues *et al.*, 2014:12).

Durante a gravidez é bastante frequente a mulher grávida fazer uma aproximação emocional à sua mãe, identificando-se com a mesma e sentindo uma união entre as duas. O corpo da mulher revive uma experiência universal que é sentida pela maioria das mulheres que já engravidou (cf. Correia, 1998).

Como referido anteriormente, a gravidez é um período que termina no parto. Este não pode ser visto como um simples acto biológico, mas como uma experiência com múltiplas influências do funcionamento psicológico e sociocultural da mulher (cf. Correia, 1998). O parto é o culminar da gravidez e é o momento em que a identidade da mulher se transforma para mãe (cf. Correia, 1998).

São várias as repostas possíveis perante uma gravidez. É essencial ter em conta que cada uma dessas respostas reflecte experiências de vida e personalidades próprias de cada mulher. A mesma mulher pode viver uma gravidez de uma maneira e mais tarde voltar a engravidar e ser uma experiência vivida de forma diferente.

Para algumas mulheres, a gravidez é um estado altamente desejado que contém gratificações, como por exemplo, a promessa de um filho para criar e educar, uma identificação positiva com a sua mãe ou ainda a construção da sua própria família. No entanto, para outras mulheres, ou ainda para as mesmas, mas num outro “timing”, a gravidez pode ser vista como algo extremamente penoso. Pode ser experienciada como uma invasão do corpo ou pode trazer à tona conflitos e sentimentos relativos a uma mãe desvalorizada e odiada. A gravidez surge muitas vezes como resposta inconsciente a perdas ou a situações stressantes (Noya e Leal, 1998:431).

De acordo com Colman e Colman (1973), a adaptação psicológica à gravidez ocorre em três fases:

- Integração (1.º trimestre) – a mulher tem de aceitar que está grávida
- Diferenciação (2.º trimestre) – a mulher começa a vivenciar a autonomia do feto
- Separação (3.º trimestre) – a mulher começa a antecipar o processo pela qual se vai separar da gravidez (cf. Colman e Colman, 1973 cit. por Justo, 1990).

Tendo em conta que a presente investigação se centra nas mulheres que optam por realizar uma IVG até às 10 semanas, centrar-nos-emos apenas nas características que ocorrem no primeiro trimestre da gravidez.

Este período caracteriza-se por sentimentos de incerteza quanto à realidade da gravidez. É frequente a ambivalência entre a aceitação e a rejeição do bebé que está para nascer, podendo surgir emoções contraditórias de alegria, apreensão e ansiedade (cf. Mendes, 2002 cit. por Mota, 2011). Nesta fase, a mulher deve também começar a mudar os seus hábitos de vida, de modo a preparar-se melhor para o projecto de maternidade e para a chegada do seu novo filho (cf. Rodrigues, 2014; Justo, 1990). Por outro lado, esta altura distingue-se também pelas alterações dos hábitos alimentares, sendo bastante frequente o aparecimento de crises de vómitos e náuseas matinais. Estas crises poderão relacionar-se precisamente com a ambivalência da mãe em relação ao bebé e ao que a maternidade significa. Assim, quanto mais ansiosa e confusa a mulher estiver, maior a probabilidade de ter crises de vómitos e náuseas (cf. Chertock, 1963 cit. por Justo, 1990). O quadro de manifestações somáticas mais comuns neste período inclui o aparecimento de fadiga, cansaço fácil e sonolência, náuseas e vómitos, aumento da frequência urinária, aumento de secreções vaginais, aumento de peso e tensão mamária associada a desconforto (cf. Ziegel e Cranley, 1985; Burroughs, 1995; Knuppel e Drukker, 1996; Reece *et al.*, 1996; cit. por Mota, 2011).

Mota, 2011). Também a nível sexual são sentidas modificações. Neste período, geralmente há uma redução do relacionamento sexual pois a mulher/casal receia que esta actividade possa danificar o feto (cf. Justo, 1990).

Quadro n.º 1: Síntese das diferenças entre a gravidez e a maternidade

Gravidez	Maternidade
Período de aproximadamente 40 semanas com início na concepção e fim no parto	Projecto a longo prazo, para toda a vida
Etapa intermediária	Fase de desenvolvimento do ciclo vital da mulher
Transcende o momento da concepção	Transcende o momento do parto
Desejo de engravidar	Desejo de ser mãe – antes de estar grávida
Acontecimento biológico com influências do funcionamento psicológico e sociocultural	Actividade multidimensional
1.º trimestre – ambivalência, incerteza, mudanças físicas e psicológicas	Uma de várias opções para a realização pessoal da mulher
Realidades distintas	
Do ponto de visto físico podem não se cruzar	

Fonte: Elaboração própria com fundamento em: Leal, 1990; Justo, 1990; Noya e Leal, 1998; Correia, 1998; Mota, 2011; Rodrigues, 2014.

1.2.3. O consciente e o inconsciente, o conflito entre o desejo e a decisão

Como referido anteriormente, nos dias de hoje a maternidade é uma entre várias opções para a realização pessoal das mulheres. Faz parte de um leque variado de projectos que se articulam e conciliam entre si. A mulher tem cada vez mais o poder de decidir o que quer para si e, no que respeita às questões da maternidade, para além de escolher se quer ou não ser mãe, pode ainda escolher o momento em que o quer ser e também o número de filhos que deseja ter. Mas será que todas as mulheres estão suficientemente claras em relação a quais são os seus desejos?

De acordo com Debray (1988), a maioria das mulheres não consegue identificar quais os seus verdadeiros desejos. Tal facto deve-se à diferença entre aquilo que se deseja e aquilo que se procura (cf. Debray, 1988 cit. por Tachibana *et al.*, 2006). Tendo em conta a abordagem psicanalítica, os nossos desejos estão ligados ao inconsciente, enquanto que a procura que fazemos relaciona-se com o consciente. Para Fernandes (1988), se uma gravidez ocorre é porque na mulher existe um desejo inconsciente de ser mãe, ainda que o discurso manifesto pela mesma não seja condizente com essa motivação (cf. Fernandes, 1988 cit. por Tachibana *et al.*, 2006). Tendo em conta que não controlamos o nosso inconsciente, é natural

o surgimento de um conflito entre a vontade consciente de não engravidar e o desejo inconsciente de ser mãe. Por isso, muitas vezes, a mulher acaba mesmo por engravidar, apesar de manifestamente não ser essa a sua intenção. Para Chatel (1995), não existe gravidez que ocorra ao acaso. Nestes casos, a fecundação é o resultado de uma somatização (cf. Chatel, 1995 cit. por Tachibana *et al.*, 2006).

O quadro seguinte apresenta alguns dos vários cenários possíveis numa gravidez, tendo em conta os conflitos entre o consciente e o inconsciente. Escolheram-se apenas os cenários que têm relevância para a investigação, tendo sido excluídos os casos em que a mulher deseja a gravidez tanto a nível consciente como inconsciente, e o resultado ser acordante.

Quadro n.º 2: Conflitos possíveis entre o consciente e o inconsciente na gravidez

Cenário	Consciente	Inconsciente	Resultado
A	Desejar ter um filho	Não desejar ter um filho	Não gravidez
B	Desejar ter um filho	Não desejar ter um filho	Gravidez
C	Não desejar ter um filho	Desejar ter um filho	Gravidez
D	Desejar ter um filho	Desejar ter um filho	Não gravidez

Fonte: elaboração própria com fundamento em Tachibana et al., 2006.

No cenário A) a mulher afirma que deseja ter um filho e tenta mostrar sinais desse desejo mas, no seu íntimo, por razões que às vezes nem a própria é capaz de reconhecer, o seu inconsciente não o quer e, por isso, acaba por não conseguir engravidar.

Por outro lado, e explicando a diferença do cenário A) para o cenário B), há muitas mulheres que engravidam mas que, posteriormente, têm dificuldade em levar a gravidez até ao fim pois inconscientemente não o desejam. Nestes casos, é frequente o corpo rejeitar o bebé, sob a forma de aborto espontâneo. Soifer (1980) chega a afirmar que o psiquismo pode actuar de forma somática, produzindo múltiplos mecanismos para se evitar a concepção, como o vaginismo, as inflamações vaginais e uterinas, o aumento do pH, a patologia ovariana, entre outros (Soifer, 1980 cit. por Tachibana *et al.*, 2006:151). Tal fenómeno não implica que não haja gravidezes que ocorram sem transtornos, apesar de não terem sido desejadas a nível inconsciente.

No cenário C) as mulheres, de forma consciente, não desejam engravidar porque, entre outros motivos, naquele momento não lhes é possível ter um filho, ou porque a sua situação económica não o permite, ou não estão reunidas as condições necessárias ou ainda porque não têm uma relação estável com o eventual pai da criança. Contudo, o seu inconsciente é mais forte que todas as razões racionais e por isso acabam mesmo por engravidar. Para Dolto (1984), uma mulher pode receber um filho sem tê-lo querido conscientemente, pois o apelo do seu corpo, isto é, o seu querer inconsciente de fecundidade, estava inscrito em si mesma sem que esta se desse conta (Dolto, 1984 cit. por Tachibana *et al.*, 2006:151). Nestes casos, apesar de conscientemente ela não querer engravidar, o seu inconsciente leva-a, por exemplo, a não utilizar correctamente os métodos contraceptivos (cf. Langer, 1986 cit. por Tachibana *et al.*, 2006).

No cenário D) a mulher pode ter problemas de fecundidade e não conseguir engravidar. Para Bastos (1995), a vida sexual destas mulheres passa a estar virada para o objectivo único de conseguir engravidar. De acordo com a autora, há uma insuportável ferida narcísica que faz com que estas mulheres se sintam menos mulher, menos capazes, principalmente quando estão diante de outras mulheres com filhos (cf. Bastos, 1995 cit. por Tachibana *et al.*, 2006).

Apesar de geralmente as gravidezes não planeadas no início trazerem sentimentos de rejeição, esta reacção não se perpétua para sempre. Para Maldonado (1988), uma atitude inicial de rejeição pode dar lugar a uma atitude predominante de aceitação, e vice-versa (Maldonado, 1988 cit. por Tachibana *et al.*, 2006:152). De acordo com a autora, para se compreender o sentido e o significado da gravidez para uma mulher, deve-se ter em conta a história pessoal da mesma (história psicosexual, passado da mãe e irmãs, caso existam), o contexto em que surgiu a gravidez (dentro de uma relação estável, qual a idade da mulher, se é a primeira gravidez, etc), o contexto socioeconómico em que a mulher se encontra e, por fim, as características da evolução dessa gravidez (cf. Maldonado, 1988 cit. por Tachibana *et al.*, 2006). Compreende-se então a necessidade de reflexão e de tempo para digerir a notícia de uma gravidez não planeada, uma vez que os primeiros sentimentos e atitudes face à gravidez provavelmente vão-se alterar.

Tachibana *et al.* (2006), realizaram um estudo com uma amostra de 12 mulheres grávidas que viviam a gravidez de forma ambivalente, independentemente de esta ter sido planeada ou não. Os autores tinham como objectivo compreender se a gravidez tinha sido planeada e, caso não tivesse sido, de que forma tinha acontecido; investigar as motivações inconscientes

das gravidezes não planejadas; identificar os motivos conscientes contrários aquela gravidez (cf. Tachibana *et al.*, 2006).

No que diz respeito à ocorrência da gravidez, o estudo concluiu que apesar de nenhuma mulher ter verbalizado o desejo consciente de engravidar, todas elas ao explicar porque é que tinham engravidado, denunciaram o seu desejo inconsciente de querer aquela gravidez. Os principais motivos foram o descuido na utilização dos métodos contraceptivos, tendo todas as mulheres referido que, por iniciativa própria, deixaram de utilizar estes métodos. O esquecimento ou a interrupção da utilização de um método anticoncepcional é considerado como um ato falhado que representa o discurso inconsciente das mulheres (cf. Szejer e Stewart, 1997 cit. por Tachibana *et al.*, 2006). Por outro lado, razões como não suportar uma pílula por ser demasiado forte ou demasiado fraca, reclamar a utilização de um dispositivo intra-uterino (DIU) porque se alega que provoca dores e/ou infecções repetitivas e incomportáveis, entre outras, são consideradas motivações inconscientes do desejo de engravidar (Tachibana *et al.* (2006).

Relativamente às *motivações inconscientes pela gravidez*, o estudo revela que apesar das mulheres não terem expressamente identificado as razões, através dos seus discursos podem-se identificar quatro motivações diferentes: o desejo associado ao relacionamento conjugal, à estrutura familiar, ao estado de saúde e à sexualidade (Tachibana *et al.*, 2006).

De acordo com o estudo supracitado, quatro mulheres mostraram declaradamente que esperavam que a gravidez concretizasse o relacionamento amoroso com os respectivos companheiros e três dessas mulheres estavam a passar pelo processo de separação. Nestes casos, a gravidez surgia não para aprofundar a relação, mas para salvá-la. Segundo Eiras (1983), o nascimento de um filho pode promover uma maior integração e relação entre o casal. Muitas vezes esse filho nasce com o peso de ser uma missão reparadora, independentemente de o conseguir ser (cf. Eiras, 1983; Szejer e Stewart, 1997 cit. por Tachibana *et al.*, 2006).

Por outro lado, observou-se em três mulheres o desejo de resolver um conflito referente aos seus passados através da gravidez. O desejo de maternidade pode estar associado a uma tentativa de repetir alguma vivência infantil não elaborada até então ou de superar alguma frustração infantil sofrida em relação às figuras parentais (cf. Garcia, 2002; Langer, 1986 cit. por Tachibana *et al.*, 2006).

Em contrapartida, cinco mulheres do mesmo estudo mostraram uma relação com os seus estados de saúde. Para estas, a gravidez inconscientemente representaria uma pulsão de vida, revelando às próprias a capacidade de ser mães, de ter uma vida “normal”, funcionando como um atestado de saúde. A maternidade tanto pode ser considerada como um compromisso de ego com as forças instintivas de autoconservação, como com uma experiência narcísica, em que a gravidez seria uma forma de a mulher se fazer reconhecida por ter dado à luz o seu filho (cf. Fernandes, 1988; Dolto, 1984 cit. por Tachibana *et al.*, 2006).

Por último, em duas mulheres percebeu-se que o seu desejo inconsciente de engravidar relacionava-se com a resolução de um conflito sexual anteriormente vivido. Para uma, adolescente, procurava na gravidez o reconhecimento da sua sexualidade e do seu papel enquanto mulher. Para outra, este desejo era precisamente contrário: procurava na gravidez esconder a sua sexualidade, por esta ser vivida para a mulher como uma experiência dolorosa, estando associada a uma violação sexual sofrida no passado. De acordo com Azevedo (2001), algumas mulheres vítimas de violência sexual procuram uma saída através de uma via sublimatória, que lhes trará de novo a sensação de dignidade, de amor e de respeito. Essa via sublimatória traduz-se muitas vezes numa gravidez (cf. Azevedo, 2001 cit. por Tachibana *et al.*, 2006).

No que concerne às *motivações conscientes contrárias à gravidez*, as mulheres apresentaram diferentes discursos pelos quais a gravidez não tinha sido desejada, sendo estes motivos associados à relação conjugal, à estrutura familiar, ao estado de saúde e à carreira profissional.

Quanto aos motivos associados à relação conjugal, três mulheres afirmaram que o facto de não se sentirem apoiadas pelos seus companheiros fazia com que as mesmas não desejassem aquela gravidez. Aceitar uma gravidez varia muito consoante o apoio e o reforço demonstrado pelo ambiente social imediato à mulher, principalmente pela figura do pai do bebé (cf. Soifer, 1980 cit. por Tachibana *et al.*, 2006). Por outro lado, por vezes acontece as mulheres declararem que os companheiros não apoiam a gravidez e até a rejeitam, mas na verdade serem as próprias que inconscientemente têm este sentimento de rejeição. De acordo com Maldonado (1983), como o lado do não desejar a maternidade é tido como errado e inaceitável, muitas mulheres negam esse sentimento em si próprias, projectando-o nos seus companheiros ou familiares (cf. Maldonado, 1983 cit. por Tachibana *et al.*, 2006).

No que se refere ao discurso associado à estrutura familiar, duas mulheres mostraram dificuldades em aceitar a gravidez devido aos conflitos familiares que a gravidez causou. Uma das razões pode ter sido por ambas as participantes serem adolescentes, e a adolescência ser caracterizada como uma fase com ainda pouca autonomia financeira e com pouco amadurecimento emocional para suportar a gravidez sem o apoio dos pais (cf. Tachibana *et al.*, 2006).

Relativamente aos motivos associados ao estado de saúde, seis mulheres apresentaram receio da gravidez devido ao seu estado de saúde ou ao estado de saúde do bebé. Estas mulheres podem ter medo de não conseguir ser o tipo de mãe que idealizaram ou que a sociedade idealizou. Por outro lado, podem também ter medo de não terem a capacidade de gerar uma vida saudável. Este sentimento é normal tendo em conta a perspectiva narcisista da maternidade (cf. Garcia, 2002 cit. por Tachibana *et al.*, 2006).

Por fim, cinco mulheres referiram dificuldades em aceitar a gravidez devido aos seus projectos profissionais. Tendo em conta a perspectiva de Mondardo e Lima (1998), a maternidade exige um compromisso e uma responsabilidade maior que a actividade profissional, por isso torna-se mais intensa e difícil de aceitar. O trabalho a qualquer momento pode ser abandonado e rejeitado, enquanto que a maternidade é um compromisso para a vida. Por outro lado, como se viu anteriormente, a maternidade é cada vez menos a única via para a mulher se sentir plena e realizada, pelo que se torna mais frequente o não desejo da maternidade em detrimento da vida profissional ou de outros projectos (cf. Mondardo e Lima, 1998; Sasson, 1988 cit. por Tachibana *et al.*, 2006; Correia, 1998).

O que se pode concluir deste estudo é que se observou uma associação entre os motivos inconscientes para engravidar e os motivos conscientes para a gravidez não ter sido planeada. Os discursos produzidos por estas mulheres para justificarem a razão pela qual não desejavam a gravidez, estavam directamente relacionados com as motivações detectadas no seu inconsciente para, na verdade, quererem aquela gravidez. Vejamos o exemplo dos discursos associados ao relacionamento conjugal. Conscientemente, as mulheres não desejavam a gravidez pois encontravam-se num momento crítico com o seu companheiro, a sua relação não perspectivava um bom futuro, etc. No seu inconsciente, estas mulheres quiseram engravidar justamente para tentar reconstruir a relação perdida e voltarem a aproximar-se dos seus companheiros (cf. Tachibana *et al.*, 2006).

Quadro n.º 3: Síntese das motivações conscientes e inconscientes da gravidez

Razões conscientes para não querer engravidar	Motivações inconscientes para querer engravidar
Relação conjugal	Relação conjugal
Estrutura familiar	Estrutura familiar
Estado de saúde	Estado de saúde
Carreira profissional	Sexualidade – tornar positiva/afirmar
Conclui-se que há uma associação entre as razões conscientes e as motivações inconscientes das gravidezes não planeadas	

Fonte: Elaboração própria com fundamento em Tachibana *et al.*, 2006.

A associação entre o desejo inconsciente e a motivação consciente demonstra que o aparente conflito entre estas esferas (consciente/inconsciente) não pode ser considerado propriamente um conflito. Na verdade, estas esferas encontram-se intimamente ligadas, o que revela o quanto o mundo psíquico interfere no comportamento do corpo humano (cf. Tachibana *et al.*, 2006).

2. A Interrupção Voluntária da Gravidez

De acordo com a revisão da literatura, uma gravidez pode ser interrompida por duas razões: por uma interrupção espontânea, a que vulgarmente se dá o nome de aborto espontâneo, ou por uma interrupção voluntária, comumente denominada por aborto provocado ou aborto induzido.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define o aborto induzido, o aborto electivo ou a interrupção voluntária da gravidez (IVG) como “a interrupção da gestação antes que o embrião ou feto seja viável, ou seja, capaz de levar uma vida extrauterina independente” (OMS, 1970:6). Para Souza (2011), o aborto provocado ou induzido é o acto de interromper a gestação por motivo externo e intencional, antes da viabilidade extrauterina (cf Souza, 2011 cit. por Sell *et al.*, 2015). De acordo com a Associação para o Planeamento da Família (APF), um aborto consiste na interrupção de uma gravidez com menos de 20-22 semanas de gestação. Esta interrupção pode ocorrer de duas formas distintas: tanto pode ser um aborto espontâneo, como um aborto induzido.

Um aborto espontâneo pode ser causado por diversos factores: cromossómicos (incorrecta replicação dos cromossomas), endócrinos, doenças infecciosas, afecções dismetabólicas, malformações do traco genital, factores imunitários e causas psicológicas. Algumas mulheres sofrem abortos espontâneos recorrentes, isto é, interrupções consecutivas e involuntárias da gravidez. Nestes casos, apesar de nem sempre ser fácil identificar as razões, as causas mais frequentes são os factores ambientais (por exemplo trabalho ou estilo de vida), factores cromossómicos, factores hormonais, malformações, infecções, factores auto-imunitários e causas psíquicas, quando a mulher conscientemente deseja ter um filho, mas inconscientemente recusa-o (cf. Sgreccia, 2006).

Por outro lado, um aborto induzido é um procedimento usado para interromper voluntariamente a gravidez. É geralmente intitulado por Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), e se for realizado precocemente e em serviços de saúde legais e autorizados, é um procedimento seguro que apresenta reduzidos riscos para a mulher (cf. Associação para o Planeamento da Família e Lei n.º16/2008 de 17 de Abril).

2.1. Enquadramento legal da IVG em Portugal

A prática da IVG foi legalizada em Portugal em 2007, com a Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril.

De acordo com a mesma e segundo o artigo 142.º do Código Penal:

1. Não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida quando:
 - a) Constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;
 - b) Se mostrar indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;
 - c) Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada das primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;
 - d) A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas;
 - e) For realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.
- (cf. Artigo 142.º do Código Penal)

Deste modo, até às 10 semanas de gestação, qualquer mulher pode optar livremente por interromper a sua gravidez, desde que esteja comprovado ecograficamente ou por outro meio adequado de acordo com as *leges artis*, que a mesma não excedeu o tempo estipulado. Para tal, esta verificação das circunstâncias tem de ser certificada em atestado médico, escrito e

assinado antes da intervenção por médico diferente daquele por quem, ou sob cuja direcção, a interrupção é realizada (cf. n.º 2 e 7 do artigo 142.º do Código Penal).

De acordo com a Norma n.º 15/2013 de 3 de Outubro, da DGS, o consentimento informado, esclarecido e livre, dado por escrito, é de carácter obrigatório na situação de interrupção voluntária da gravidez (DGS, 2013). A mulher grávida deve assinar um documento e entregá-lo no estabelecimento de saúde até ao momento da intervenção, e sempre após um período de reflexão não inferior a três dias a contar da data da realização da primeira consulta. No caso da grávida ter menos de 16 anos ou ser psiquicamente incapaz, respectiva e sucessivamente, conforme os casos, o consentimento é prestado pelo seu representante legal, por ascendente ou descendente ou, na sua falta, por quaisquer parentes da linha colateral. Em último caso, se não for possível obter o consentimento nos termos dos números anteriores e a efectivação da interrupção da gravidez for urgente, o médico decide em consciência face à situação, socorrendo-se, sempre que possível, do parecer de outro ou outros médicos (cf. n.º 2 a 6 do artigo 142.º do Código Penal).

Relativamente às medidas e apoios sociais que enquadram as mulheres que pretendem realizar uma IVG, conforme a alínea a) do art.º4, DL n.º 113/2011, de 29 de Novembro, as grávidas e parturientes estão isentas do pagamento de taxas moderadoras, desde que apresentem um documento emitido pelos serviços oficiais competentes que confirme a gravidez. Os termos e as condições da apresentação desse documento são definidos pelo conselho directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P (cf. DL n.º 113/2011, de 29 de Novembro).

Em Setembro de 2015, a Lei n.º 134/2015, alterou o DL n.º 113/2011, acrescentando que a alínea a) do artigo 4.º – referente à isenção de taxas moderadoras para as grávidas –, não se aplicava às mulheres que fossem realizar uma interrupção voluntária da gravidez por opção das próprias até às 10 semanas. Contudo, esta Lei foi revogada pela Lei n.º 3/2016, de 29 de Fevereiro, tendo esta última reprimado o artigo 4.º do DL. Neste sentido, actualmente, as mulheres grávidas que decidem fazer uma interrupção voluntária da gravidez até às 10 semanas estão isentas do pagamento das taxas moderadoras.

No que diz respeito aos apoios relativos à segurança social, tendo em consideração o artigo 63º da Constituição da República Portuguesa que consagra que todos os cidadãos têm direito à segurança social, o Decreto-Lei n.º 91/2009 de 9 de Abril estabelece o regime jurídico de

protecção social na parentalidade. Assim, se a mulher estiver enquadrada no sistema previdencial, poderá ter direito ao subsídio por interrupção da gravidez, enquanto que se estiver no subsistema de solidariedade (que se inclui no sistema de protecção social de cidadania), poderá ter direito ao subsídio social por interrupção da gravidez. A atribuição destes subsídios depende da apresentação de certificação médica que indique o período de impedimento para trabalho (cf. DL n.º 91/2009, de 9 de Abril).

O subsídio por interrupção da gravidez abrange as beneficiárias do sistema previdencial, integradas no regime dos trabalhadores por conta de outrem e no regime dos trabalhadores independentes. Este subsídio é concedido nas situações de interrupção de gravidez impeditivas do exercício de actividade laboral, medicamente certificadas, durante um período variável entre 14 e 30 dias. O montante diário do subsídio é calculado pela aplicação de uma percentagem ao valor da remuneração de referência da beneficiária. Este montante é igual a 100% da remuneração de referência, sendo que esta é definida por R/180, em que R representa o total das remunerações registadas nos primeiros seis meses civis que precedem o segundo mês anterior ao da data do facto determinante da protecção – a interrupção voluntária da gravidez. Importa referir que na determinação do total de remunerações registadas, são consideradas as importâncias relativas aos subsídios de férias, de Natal ou outros de natureza análoga (cf. Artigos 27.º, 28.º, 29.º, DL n.º 91/2009, de 9 de Abril).

Por seu lado, o subsídio social por interrupção da gravidez abrange as cidadãs nacionais, estrangeiras, refugiadas e apátridas não abrangidas por qualquer regime de protecção social de enquadramento obrigatório. Este subsídio está subordinado à caracterização do subsídio por interrupção da gravidez (explicado anteriormente), com as devidas adaptações. É concedido a mulheres residentes em território nacional, cujos rendimentos mensais per capita do agregado familiar não ultrapassem 80% do IAS¹ (Indexante dos Apoios Sociais). Por outro lado, a concessão deste subsídio depende ainda do exercício de actividade profissional determinante de enquadramento obrigatório em regime de segurança social ou no seguro social voluntário. Relativamente ao montante diário do subsídio, este é igual a 80% de 1/30 avos do valor do IAS (aproximadamente 11€ por dia).

¹ De acordo com a Portaria 21/2018, publicada no Diário da República no dia 18 de Janeiro de 2018, o valor actual do IAS corresponde a 428,90€.

2.2. Etapas e métodos da IVG

Conforme a Portaria n.º741-A/2007, publicado a 21 de Junho, o processo de realização de uma IVG inicia-se com a primeira consulta, chamada consulta prévia, de carácter obrigatório. Qualquer mulher que esteja grávida nas primeiras 10 semanas e que pretenda interromper a gravidez, deve dirigir-se a um Hospital Público ou a uma Clínica Privada devidamente reconhecida pelas entidades competentes e solicitar a marcação desta consulta.

Caso a mulher decida realizar a IVG num hospital público, deve dirigir-se ao mais perto da sua área de residência. Em todo o caso, devido ao prazo legalmente previsto das 10 semanas, caso não seja possível comparecer no hospital da zona de residência, poderá realizar a IVG noutro hospital. Alguns hospitais permitem a marcação directa da primeira consulta, sem necessidade de passar pelo Centro de Saúde. Noutros casos, é sugerido que a consulta ocorra no Centro de Saúde. Para todos os casos, é dever do estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido garantir em tempo útil a realização da mesma, não devendo decorrer um período superior a cinco dias entre o pedido de marcação e a efectivação da mesma, sem prejuízo do cumprimento dos prazos legais (cf. Portaria n.º741-A/2007, publicado a 21 de Junho).

De acordo com a alínea b) do n.º4 do artigo 142.º do Código Penal, a primeira consulta é destinada a facultar à mulher grávida o acesso à informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável. No âmbito da consulta, o médico ou outro profissional de saúde habilitado, deve prestar todas as informações e os esclarecimentos necessários à mulher grávida ou ao seu representante legal, designadamente sobre:

- a) O tempo da gravidez;
 - b) Os métodos de interrupção adequados ao caso concreto;
 - c) As eventuais consequências para a saúde física e psíquica da mulher;
 - d) As condições de apoio que o Estado pode dar à prossecução da gravidez e à maternidade;
 - e) A existência de um período obrigatório de reflexão;
 - f) A disponibilidade de acompanhamento psicológico e/ou por técnico de serviço social durante o período de reflexão;
 - g) Os métodos contraceptivos
- (cf. Artigo 16.º da Portaria n.º741-A/2007, publicado a 21 de Junho).

Neste sentido, como referido anteriormente, nesta primeira consulta é realizada uma ecografia, precisamente para determinar o tempo de gravidez, podendo também ser solicitada a realização de outros exames se se considerar indicado (por exemplo análises para determinar o tipo de sangue). Nesta consulta é igualmente entregue o Consentimento Livre

e Esclarecido, de modo a que a mulher grávida o possa ler e assinar, se decidir interromper a gravidez. Conforme referido, até ao dia da IVG este Consentimento tem de ser entregue, caso contrário não se poderá proceder a interrupção (cf. Associação para o Planeamento da Família).

Existem dois métodos para realizar uma IVG: o método cirúrgico e o método medicamentoso. Cabe à mulher decidir qual dos dois pretende utilizar, devendo ser aconselhada por um médico de qual o meio mais adequado para a sua situação, mas sendo sua a última decisão. Independentemente do método escolhido, a IVG pode ser realizada em ambulatório, sem ser necessário o internamento da mulher.

De acordo com a APF, o método cirúrgico consiste na aspiração do conteúdo uterino, com uma sonda plástica, sob anestesia geral ou local. A intervenção dura poucos minutos (entre 5 a 20) e a permanência no serviço demora normalmente uma manhã ou uma tarde. Por sua vez, o método medicamentoso consiste na administração de dois fármacos - Mifepristone e Misoprostol - cujo efeito interrompe a gravidez. O primeiro (Mifepristone) é tomado sob a forma de comprimido e actua bloqueando a hormona responsável pela manutenção da gravidez, a progesterona. Deve ser tomado no estabelecimento de saúde, junto de um médico ou enfermeiro. O segundo fármaco (Misoprostol), combinado com o Mifepristone, provoca contrações do útero que causam uma hemorragia e a expulsão do conteúdo uterino. Deve ser tomado entre 36 a 48 horas depois da toma do Mifepristone, podendo ser tomado em casa (cf. Associação para o Planeamento da Família).

Após a primeira consulta, onde são dadas todas as informações acerca dos procedimentos e consequências, apoios e condições, a mulher grávida tem de passar por um período de reflexão não inferior a 3 dias (a contar da data da realização da primeira consulta), podendo ser mais longo se a mulher assim o desejar. Como referido anteriormente, neste período a mulher tem a possibilidade de solicitar o apoio de um psicólogo e/ou de um assistente social. Para tal, os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos devem dispor de serviços de apoio psicológico e de assistência social dirigidos às mulheres grávidas (cf. Artigo 2.º - Consulta, informação e acompanhamento - da Lei n.º16/2007 de 17 de Abril). É essencial que este serviço esteja disponível em tempo útil para as mulheres que o solicitem.

No mínimo, ao fim de 3 dias desde a primeira consulta, é realizada a interrupção. Por outro lado, entre a entrega do documento sobre o Consentimento Livre e Esclarecido para a IVG

e a realização da mesma, não deve decorrer um período superior a cinco dias, salvo se a mulher grávida solicitar um período superior, dentro do prazo legal (cf. Artigo 19.º da Portaria n.º741-A/2007, publicado a 21 de Junho).

Caso a mulher opte por utilizar o método cirúrgico, deve dirigir-se ao estabelecimento de saúde e realizar a intervenção (não tendo de ficar internada). Caso opte pelo método medicamentoso, terá a consulta no estabelecimento de saúde para a primeira administração dos fármacos e de seguida poderá ir para casa, onde passadas 36 a 48 horas fará a segunda administração. Alguns locais preferem que esta toma seja realizada no próprio serviço, de forma vigiada e controlada. Independentemente do método escolhido, ao fim de duas semanas é aconselhado que a mulher tenha uma consulta para verificar se a IVG foi bem sucedida - consulta de controle ou de *follow-up*. A mulher grávida pode fazer-se acompanhar por outra pessoa durante os actos e intervenções regulados pelo presente diploma, desde que seja essa a sua vontade (cf. Artigo 5.º da Portaria n.º741-A/2007, publicado a 21 de Junho).

Por último, após a realização da IVG, é previsto que o estabelecimento onde foi praticada a interrupção encaminhe obrigatoriamente a mulher para uma consulta de planeamento familiar, bem como prescreve à mulher um método contraceptivo, se for adequado (cf. Artigo 19.º da Portaria n.º741-A/2007, publicado a 21 de Junho, e artigo 2.º da Lei n.º16/2007 de 17 de Abril).

Quadro n.º 4: Síntese das etapas e procedimentos de uma IVG por opção da mulher até às 10 semanas

Etapas de uma IVG	Procedimentos
Consulta prévia	Verificação do tempo gravidez Informação métodos e procedimentos
Escolher método	Medicamentoso ou cirúrgico
Período de reflexão: 3 dias	Possibilidade de falar com assistente social e/ou psicólogo
Consulta para realizar a interrupção	IVG de acordo com método cirúrgico ou medicamentoso
Consulta de controlo e follow-up	Verificação do estado de saúde da mulher
Encaminhamento para consulta de planeamento familiar	Consciencialização para uma sexualidade segura e protegida

Fonte: Elaboração própria, com fundamento no disposto na Lei n.º16/2007 de 17 de Abril, e Portaria n.º 741-A/2007.

2.3. O processo de decisão: factores de influência e sentimentos frequentes

A decisão de interromper voluntariamente a gravidez é uma decisão difícil e ambivalente, que envolve sempre muita emoção. Numa perspectiva psicológica, a IVG é uma experiência com importantes implicações e significados emocionais, relacionados com vários factores, nomeadamente as características de personalidade de cada mulher, as suas experiências prévias, as suas relações interpessoais, crenças religiosas, contingências de vida e até o ambiente social, cultural e legal em que cada mulher se encontra inserida (cf. Stotland, 2000 cit. por Sereno *et al.*, 2012).

Embora os estudos referentes às consequências para a mulher da decisão de interromper a gravidez sejam ambivalentes, todos afirmam que podem aparecer consequências psicológicas negativas como resposta emocional a situações de aborto, e que as mesmas podem variar de intensidade e durabilidade conforme um diverso número de condições. Estas dificuldades são maioritariamente sentidas por mulheres que têm uma forte ligação à religião católica, por mulheres que atribuem características humanas ao feto, por mulheres que se envolvem emocionalmente na gravidez e/ou por mulheres que têm atitudes positivas em relação à maternidade (cf. Patrão *et al.*, 2008).

Contudo, apesar de algumas mulheres apresentarem sentimentos de tristeza, mágoa e angústia, alguns autores afirmam que as consequências psicológicas da IVG na maioria dos casos tendem a ser mais positivas do que negativas (cf. Patrão *et al.*, 2008). Estudos referem que a IVG acaba por se tornar uma experiência de crescimento para as mulheres e que trazem consigo sentimentos de alívio e bem-estar. Nesta lógica, a IVG, e a própria gravidez, são consideradas “life events” que se tornam fonte de maturação e crescimento pessoal (cf. Noya e Leal, 1998).

Por outro lado, numa investigação levada a cabo por Coleman *et al.* (2002), o aborto induzido tem riscos significativos de episódios psiquiátricos, tendo esta investigação revelado que num período de 90 dias após a IVG, aproximadamente 63% das mulheres apresentavam

maior probabilidade de receber tratamento psiquiátrico do que as mulheres que prosseguiram com a sua gravidez até ao fim (cf. Coleman *et al.*, 2002 cit. por Patrão *et al.*, 2008).

Apesar das divergências em vários aspectos, é consensual que esta é uma altura em que as mulheres grávidas se encontram mais confusas e emocionalmente expostas. São inúmeros os factores que influenciam a tomada de decisão. De acordo com alguns autores, a atitude da mulher grávida face à decisão de prosseguir ou interromper a gravidez depende, sobretudo, da pressão das normas sociais e das leis, do desejo de estar grávida e das suas crenças e valores relativamente à prática da IVG e/ou à maternidade (cf. Smetana e Adler, 1979 cit. por Sereno *et al.*, 2012).

Para Rivera (1998), os factores que pesam na decisão de prosseguir ou não com uma gravidez podem ir desde as questões de carreira profissional, à estabilidade financeira e de relacionamento, qualidade da relação, dimensão do agregado familiar, idade, religião, opinião que tem em relação à própria interrupção e aos métodos, à representação que a mulher tem do feto até às consequências físicas e psicológicas que esta decisão poderá trazer para si (cf. Rivera, 1998 cit. por Patrão *et al.*, 2008).

De acordo com um estudo realizado na Maternidade Alfredo da Costa, a 150 mulheres grávidas que decidiram interromper a gravidez, ao abrigo da Lei n.º16/2007, alínea e), as principais motivações que levaram a que estas mulheres interrompessem a sua gravidez foram razões de ordem pessoal, relacional e social, nomeadamente:

a) Razões pessoais

- não se sentirem preparadas para ser mãe;
- o filho não ser desejado;
- não desejar mais filhos ainda pequenos;
- motivações ligadas ao emprego/estudos

b) Razões relacionais

- relação conjugal inconsistente
- falta de um pai para o potencial filho

c) Razões sociais

- instabilidade financeira
- falta de condições (não especificadas)
- sofrer algum tipo de pressão para a realização da IVG. (cf. Sereno *et al.*, 2012).

Já numa maternidade pública no Brasil (Fortaleza-CE), num estudo exploratório a sete mulheres que se encontravam internadas na sequência de uma IVG, as principais razões apontadas para a realização da mesma foram a idade, as condições socioeconómicas, a profissão, a influência de outras pessoas e a pressão familiar e social (cf. Oliveira *et al.*, 2005). Relativamente à idade, algumas destas mulheres sentiam-se muito jovens e consideravam que a gravidez iria trazer mudanças radicais na sua vida, para as quais não estavam preparadas. Por outro lado, as condições socioeconómicas foram um dos factores considerados como mais relevantes e que afectava mais directamente a possibilidade de poder ter um filho ou não, uma vez que sem estas condições, não seria possível criar o filho e proporcionar-lhe tudo o que ele precisa, principalmente nos casos das mães solteiras. A profissão foi também considerada uma causa importante uma vez que a conciliação entre a vida profissional e a vida familiar era bastante difícil. Algumas mulheres revelaram que tinham acabado de ser promovidas no emprego e por isso um filho naquela altura não podia fazer parte dos planos. Por outro lado, a influência de outras pessoas foi referida como um factor decisivo na prática da IVG, principalmente nos casos em que a influência vem de outras mulheres que já realizaram uma interrupção anteriormente. Por último, a pressão familiar está também muito presente no sentido em que várias mulheres são pressionadas para interromper a gravidez, e muitas nem chegam a partilhar, pois sabem que a mesma será rejeitada (cf. Oliveira *et al.*, 2005).

Sell *et al.* (2015), analisaram vários estudos e artigos que identificavam as principais motivações que levam a que as mulheres recorram à IVG, bem como os sentimentos vivenciados pelas mesmas. Deste modo, tendo em conta os vários estudos, concluíram que as motivações mais frequentes para a ocorrência do aborto induzido são: a rejeição da gravidez em si, o aborto como método contraceptivo, a falta de apoio do companheiro, a dificuldade de acesso ao serviço de planeamento familiar ou à contracepção de emergência, os factores socioeconómicos, o medo da reacção dos pais e/ou familiares, a violência doméstica, o estado marital e o desejo de não abandonar os estudos (cf. Sell *et al.*, 2015). Dois dos estudos analisados mostram que a maioria das mulheres que faz uma IVG afirma não ter sido uma gravidez planeada. Apesar de não ter sido planeada, era desejo de várias mulheres continuar com a gravidez, mas por se sentirem pressionadas pelo companheiro ou pela família, acabaram por ceder e proceder à sua interrupção. Estas são muitas vezes vencidas pela opressão e agem mesmo contra a sua vontade (cf. Sell *et al.*, 2015).

Walter Benson Miller (1992, cit. por Noya e Leal, 1998 e por Sereno *et al.*, 2012), desenvolveu um modelo do processo de tomada de decisão da IVG, que se baseia em cinco componentes fundamentais. De acordo com Miller, a decisão de interromper a gravidez é modelada por:

- a) Antecedentes motivacionais da concepção – baixa intencionalidade de gravidez e/ou adoção de medidas anticoncepcionais preventivas de uma gestação;
- b) Atitudes da própria mulher e de familiares em relação à IVG e à maternidade – valores morais e/ou religiosos;
- c) Dificuldades de aceitação de uma gravidez numa determinada fase do ciclo de vida – devido ao número esperado de filhos, ao estatuto marital, à idade, à motivação para a responsabilidade da maternidade;
- d) Constrangimentos legais e relacionais – tempo legalmente definido para a IVG, coerção do parceiro e/ou da família;
- e) Características de personalidade da mulher – independência, autoestima.

Quadro n.º 5: Factores que influenciam a decisão de interromper a gravidez

Estudos realizados	Factores facilitadores da decisão de IVG
Walter Benson Miller, 1992	<p>Antecedentes motivacionais da concepção – baixa intencionalidade de gravidez e/ou adoção de medidas anticoncepcionais preventivas de uma gestação;</p> <p>Atitudes da própria mulher e de familiares em relação à IVG e à maternidade – valores morais e/ou religiosos;</p> <p>Dificuldades de aceitação de uma gravidez numa determinada fase do ciclo de vida – devido ao número esperado de filhos, ao estatuto marital, à idade, à motivação para a responsabilidade da maternidade;</p> <p>Constrangimentos legais e relacionais – tempo legalmente definido para a IVG, coerção do parceiro e/ou da família;</p> <p>Características de personalidade da mulher – independência, autoestima.</p>
Rivera, 1998	<p>Carreira profissional; estabilidade financeira e de relacionamento, qualidade da relação, dimensão do agregado familiar, idade, religião, opinião que tem em relação à própria interrupção e aos métodos, à representação que a mulher tem do feto até às consequências físicas e psicológicas que esta decisão poderá trazer para si</p>

Stotland, 2000	Significados emocionais; características de personalidade; experiências prévias; ambiente social, cultural e legal; relações interpessoais, crenças religiosas; contingências de vida
Oliveira <i>et al.</i> , 2005	Idade, as condições socioeconómicas, a profissão, a influência de outras pessoas e a pressão familiar e social
Sereno <i>et al.</i> , 2012	Razões de instabilidade financeira; falta de condições (não especificadas); motivações ligadas ao emprego/estudos; não desejar mais filhos ainda pequenos; não se sentirem preparadas para ser mãe; relação conjugal inconsistente; falta de um pai para o potencial filho; o filho não é desejado; sofrer algum tipo de pressão para a realização da IVG
Sell <i>et al.</i> , 2015	A rejeição da gravidez em si, o aborto como método contraceptivo, a falta de apoio do companheiro, a dificuldade de acesso ao serviço de planeamento familiar ou à contracepção de emergência, os factores socioeconómicos, o medo da reacção dos pais e/ou familiares, a violência doméstica, o estado marital e o desejo de não abandonar os estudos

Fonte: elaboração própria com fundamento na revisão da literatura

Deste modo, o período de reflexão e o processo de tomada de decisão é geralmente marcado por elevados níveis de stress e de ansiedade e, nalguns casos, depressão (cf. Bradshaw e Slade, 2003). Neste tempo, as principais preocupações das mulheres relacionam-se com o medo da dor, a antecipação de complicações médicas ou o receio de infertilidade futura. Por outro lado, acresce também o facto de algumas mulheres tentarem manter a IVG em segredo ou por sentirem desaprovação ou desagrado por parte das pessoas que lhes são importantes (cf. Lauzon *et al.*, 2000 e Minden e Notman, 1991, cit. por Sereno *et al.*, 2012).

Para além de stressante, este período pode também ser caracterizado por sentimentos de revolta em relação ao companheiro e/ou família pela falta de apoio e suporte (por exemplo no caso da mulher se sentir pressionada para interromper a gravidez ou desencorajada para a prosseguir), por sentimentos de culpa pela concepção inesperada ou até mesmo por a mulher se sentir aliviada por interromper a gravidez e essa sensação de alívio provocar-lhe algum desconforto (cf. Stotland, 2000).

De acordo com vários estudos que exploraram esta questão, os sentimentos mais comuns referidos pelas mulheres foram a culpa, o medo de ser castigada, o medo de morrer, a tensão

e os remorsos (cf. Oliveira *et al.*, 2005; Sell *et al.*, 2015). Em muitos casos, a culpa sentida pelas mulheres não está necessariamente relacionada com a decisão de interromper a gravidez (pois geralmente as mulheres grávidas sentem que essa é a única solução viável) mas com o sentimento de culpa por não terem conseguido levar a diante a gestação. O medo de se sentirem castigadas vem sobretudo de mulheres com crenças religiosas, que sentem a IVG como um pecado aos olhos de Deus e da Igreja Católica, que assume uma posição muito marcada neste tema. O medo de morrer relaciona-se com a preocupação com complicações e consequências físicas da IVG para a mulher, apesar da legalização do aborto ter tornado a prática do mesmo cada vez mais segura. O sentimento de tensão foi também bastante referenciado nos casos das mulheres que se sentiram obrigadas a praticar a IVG e pressionadas para o fazer, tendo algumas delas de manter a gravidez e a interrupção em segredo, sendo um momento altamente tenso e stressante para as mesmas. Por último, os remorsos foram também um sentimento citado pelas mulheres, pois embora a decisão seja consciente, fica o sentimento de perda e de vazio, sendo a tristeza evidenciada de forma clara (cf. Oliveira *et al.*, 2005).

Com menor expressão que os sentimentos expressados anteriormente, mas não menos preocupantes, as mulheres revelaram também sentirem a sensação de abandono, perda da fé, baixa autoestima, hostilidade, raiva, desespero, desamparo, mágoa, desejo de terminar a relação com o companheiro, perda de interesse sexual, incapacidade de perdoar, nervosismo, pesadelos, depressão, sensação de perda, tristeza, solidão, hospitalização desconfortante, desejo de rever projectos de vida, impulsos suicidas e alívio (cf. Sell *et al.*, 2015).

O quadro seguinte apresenta em síntese as razões que condicionam a mulher na tomada de decisão face a uma IVG.

Quadro n.º 6: Razões que influenciam a decisão da mulher grávida em situação de IVG

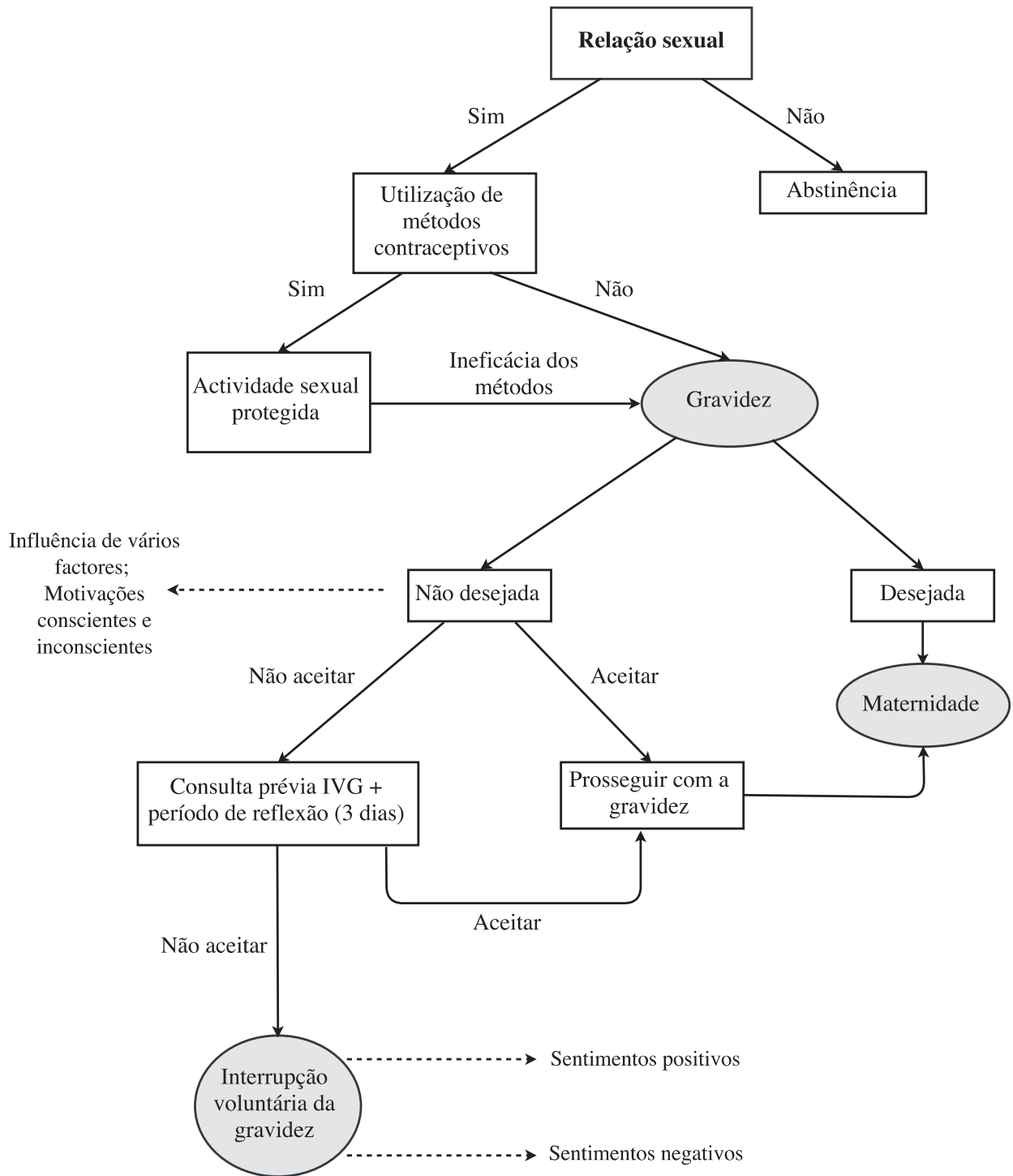
Razões que influenciam a decisão da mulher grávida em situação de IVG
<i>Razões pessoais</i>
A rejeição da gravidez em si; Não se sentirem preparadas para ser mãe; O filho não ser desejado; Significados emocionais; Características de personalidade da mulher – independência, autoestima; Experiências prévias;

<p>Crenças religiosas, opinião que tem em relação à própria interrupção e aos métodos, à representação que a mulher tem do feto até às consequências físicas e psicológicas que esta decisão poderá trazer para si;</p> <p>Atitudes da própria mulher em relação à IVG e à maternidade, valores morais;</p> <p>Antecedentes motivacionais da concepção – baixa intencionalidade de gravidez e/ou adopção de medidas anti-concepcionais preventivas de uma gestação;</p> <p>Dificuldades de aceitação de uma gravidez numa determinada fase do ciclo de vida – devido ao número esperado de filhos, ao estatuto marital, à idade, à motivação para a responsabilidade da maternidade;</p> <p>Motivações ligadas ao emprego/estudos, o desejo de não abandonar os estudos;</p> <p>Constrangimentos legais e relacionais – tempo legalmente definido para a IVG;</p> <p>Dimensão do agregado familiar;</p> <p>Não desejar ter mais filhos ainda pequenos;</p> <p>A dificuldade de acesso ao serviço de planeamento familiar ou à contraceção de emergência</p>
<p><i>Razões relacionais</i></p>
<p>Atitudes de familiares em relação à IVG e à maternidade – valores morais e/ou religiosos;</p> <p>A falta de apoio do companheiro, qualidade da relação, relação conjugal inconsistente, o estado marital;</p> <p>Sofrer algum tipo de pressão para a realização da IVG;</p> <p>A influência de outras pessoas e a pressão familiar e social;</p> <p>O medo da reacção dos pais e/ou familiares;</p> <p>A violência doméstica</p>
<p><i>Razões sociais</i></p>
<p>Os factores socioeconómicos;</p> <p>Falta de estabilidade financeira/ razões de instabilidade financeira;</p> <p>Falta de condições (não especificadas);</p> <p>As condições socioeconómicas e a profissão/carreira profissional</p>

Fonte: elaboração própria com fundamento na revisão da literatura

De seguida apresenta-se um diagrama que sintetiza o processo de decisão pelo qual uma mulher passa, desde o início da relação sexual até ao momento da decisão por IVG ou prosseguir a gravidez/maternidade.

Diagrama n.º 1: Síntese do processo de decisão desde a relação sexual até à decisão final



Fonte: elaboração própria com fundamento na revisão da literatura e enquadramento legal.

2.4. O consentimento informado

Entende-se por consentimento informado a autorização esclarecida prestada pelo utente antes da submissão a determinado ato médico, qualquer ato integrado na prestação de cuidados de saúde, participação em investigação ou ensaio clínico (cf. Entidade Reguladora da Saúde, 2009).

Este consentimento é considerado como uma manifestação do respeito pelo ser humano (independentemente do seu estado de saúde) e pela sua autonomia, uma vez que pretende reflectir não só o direito moral da pessoa à sua integridade corporal, como o direito de autonomia ao participar activamente na tomada de decisão relativa à adesão de alguma terapêutica, reconhecendo-se a capacidade da pessoa em assumir livremente as suas decisões quanto ao que lhe é proposto.

Para tal, a pessoa deve estar integrada no processo de decisão relativo à intervenção que lhe é proposta, havendo uma partilha de conhecimentos e aptidões que lhe permitam decidir entre aceitar ou recusar a proposta que lhe é feita. O foco não é a obtenção de uma assinatura, mas um momento de comunicação efectiva, onde se facultam as ferramentas necessárias para a decisão ser tomada de forma livre, consciente e informada, tendo em conta os princípios basilares da beneficência e a ponderação dos riscos que a intervenção possa trazer.

Este é um processo no qual a relação de confiança deve ser fortemente promovida e que não se deve esgotar no momento da aceitação, mas ao longo de todo o processo, isto é, deve ser encarado como um procedimento contínuo e participado, e não como uma mera assinatura de formulários (cf. ERS, 2009).

O consentimento informado, livre e esclarecido, pode ser expresso de forma verbal oral ou escrita e contém em si, duas noções indissociáveis: a de compreensão e a de autonomia (cf. Norma n.º 15/2013 de 3 de Outubro, da DGS). Conjuntamente, quando assumidas pela pessoa, estas componentes são a garantia de que qualquer decisão assenta nos pressupostos de autorresponsabilização e liberdade de escolha.

De forma a facilitar a compreensão da intervenção que requer o consentimento, deve-se fornecer a informação necessária para o conhecimento do diagnóstico, prognóstico, terapêuticas e os possíveis riscos inerentes, quer a intervenção se realize ou não. A

informação deve ser transmitida numa linguagem compreensível, clara e acessível, baseada no estado da arte e isenta de juízos de valor, qualquer que seja o nível cultural da pessoa, e independentemente de limitações linguísticas ou cognitivas (cf. ERS, 2009; DGS, 2013).

A Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de Junho, que regula o consentimento para a IVG, refere que o consentimento livre e esclarecido para a interrupção da gravidez é prestado pela mulher grávida, ou seu representante nos termos da lei, num documento escrito e normalizado. O consentimento para a IVG caracteriza-se pelos seguintes aspectos:

- Apenas se exige o consentimento da mulher grávida (quando incapaz há lugar a uma decisão de substituição);
- O consentimento deve ser reduzido a escrito;
- Há um período de reflexão de três dias;
- No caso de aborto até às 10 semanas de gravidez, exige-se uma “primeira consulta destinada a facultar à mulher grávida o acesso à informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável (ERS, 2009:90).

Nas situações de IVG por opção da mulher, importa compreender a forma como a pessoa sente e vive o seu problema e avaliar as suas capacidades e competências para tomar uma decisão de modo livre e esclarecido, de acordo com as suas crenças, convicções e opções de vida.

As mudanças na sociedade, o surgimento de novas problemáticas e o desenvolvimento tecnológico e científico verificado na área da saúde, bem como a nova legislação sobre os actos clínicos e a participação dos doentes, trazem novas interpelações para os doentes/utentes e para o Serviço Social. Neste sentido, o consentimento informado torna-se necessário em mais situações, devido ao desenvolvimento e alcance das ciências médicas. Deste modo, o assistente social deve acompanhar o utente no processo da tomada de decisão, de forma a garantir que o doente compreende e está consciente da decisão que está a tomar (cf. Amaro, 2015).

PARTE II – SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

3. Breve enquadramento histórico

De acordo com a Federação Internacional dos Assistentes Sociais (FIAS, 2014), o Serviço Social é uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da pessoa. Como tal, é uma profissão que tem como base o respeito pelo valor intrínseco e pela dignidade de todas as pessoas, bem como o respeito pela diversidade e pela defesa dos direitos humanos e justiça social (cf. FIAS, 2014). O assistente social é o profissional que desempenha o papel de mediação entre o Estado e a sociedade, articulando pessoas, sistemas e contextos para reforçar laços e promover a coesão social.

As mudanças societais e as tendências de transformação dos sistemas de protecção social que as acompanham, trazem consigo novos desafios e novos espaços de actuação para o Serviço Social (Amaro, 2015:142). Temo-nos vindo a deparar com um paradoxo: por um lado as políticas sociais estão a tornar-se cada vez menos universalistas e mais centradas nos problemas, com critérios e níveis de abrangência mais rigorosos, o que faz com que fiquem mais direccionadas para os mais pobres dos pobres; por outro lado, devido aos processos de desafiliação, fragmentação, incerteza e risco, tem-se constatado um aumento potencial daquilo que pode vir a ser o campo de intervenção do Serviço Social. Se surgem novas problemáticas na sociedade ou novos contornos dos problemas já existentes, emergem necessariamente novos campos de actuação para o Serviço Social. Hoje, a actividade profissional do Serviço Social consistente não só na implantação das políticas que dão resposta aos problemas tradicionais da profissão (pobreza, exclusão social,...) como aos problemas gerados pela “nova questão social”, que tem origem na crise de emprego, no crescimento da precariedade no trabalho – fruto das exigências tecnológicas e económicas do capitalismo moderno – e nas formas de individualismo negativo que abrangem novos públicos. Por outra perspectiva, mais do que novos problemas, existem os mesmos problemas mas com outras roupagens - ou são mais complexos, ou os profissionais começam a ter maior consciência e conhecimento da realidade (cf. Granja, 2008; Amaro, 2015).

Os grupos mais desfavorecidos necessitam de uma maior ajuda, mas tal facto não invalida que novos grupos com novas necessidades não possam surgir e precisar também de atenção e apoio. Cada vez mais estamos diante de um campo que ultrapassa o trabalho com as

populações pobres e carenciadas. Contudo, estas novas situações estão a ficar a descoberto e não estão a ser devidamente acompanhadas, não só pela falta de disponibilidade institucional nomeadamente ao nível de recursos e ferramentas, como pela falta de tempo para estudar e conhecer a população e pensar a intervenção, mas principalmente pela falta de reflexividade dos profissionais sobre aquilo que tem vindo a emergir com significância a partir das suas práticas quotidianas e de uma leitura analítica sobre as mudanças na sociedade. Como consequências, estão a abrir-se novos campos ao Serviço Social que não se está a ser capaz de descobrir e chegar, e que são transversais à sociedade, sendo questões estruturais e globais e não específicas de um determinado contexto territorial, político, económico, nacional, ideológico, etc (cf. Amaro, 2015).

Nos dias que correm, alargam-se campos de relação e multiplicam-se os contactos ao mesmo tempo que se encurtam espaços de intercâmbio pessoal e diminui-se o calor das relações, pelo que as pessoas sentem-se sozinhas mesmo no meio da multidão. A par disso, face ao contexto social, económico, político e pessoal, os assistentes sociais utilizam uma intervenção a nível individual, afim de responder aos pedidos e problemas que são diariamente expostos pelas pessoas e famílias acompanhadas (cf. Guerra, 2015).

É essencial que os assistentes sociais conheçam os seus objectos de trabalho, as suas necessidades, os seus contextos, os contornos das suas situações, de modo a que possam relacionar com a realidade social e projectar o trabalho fazendo uso da reflexividade. Por outro lado, este conhecimento da realidade e das populações permite que a relação estabelecida com os utentes seja mais verdadeira e consistente (cf. Castro e Oliveira, 2012). Para Octávia Hill, conhecer as pessoas utilizadoras dos serviços e o seu carácter, melhora a prática dos assistentes sociais (cf. Bowe, 2009 cit. por Pena, 2013). Para estes profissionais, os problemas sociais são sentidos e vividos concretamente por pessoas no dia a dia das suas vidas. São problemas que têm rosto, que pertencem a pessoas e a famílias.

Uma das principais áreas de actuação do Serviço Social, e que representa um dos marcos da origem do mesmo, é a área da saúde. Ao longo do século XX, foi havendo uma evolução da concepção de saúde. Começou a perceber-se que os problemas e as dificuldades sociais estavam subjacentes aos problemas de saúde e que podiam afectar e contribuir negativamente para o enfraquecimento da mesma.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e, não, simplesmente a ausência de doenças ou enfermidades”.

Neste sentido, passou a ser valorizado o lado biopsicossocial, em detrimento de um lado meramente biomédico (cf. Branco e Farçadas, 2012) e substituiu-se uma perspectiva centrada apenas na dimensão física da pessoa, para se começar a considerar e valorizar a contribuição simultânea de factores biológicos, psicológicos e sociais (cf. Lopes, Ribeiro, Espírito Santo, Ferreira e Frederico, 2012).

Tendo em conta que o Serviço Social actua com recurso a diferentes perspectivas teóricas e metodologias e que em cada situação o assistente social baseia a sua intervenção tendo em conta os princípios orientadores da profissão, bem como os conhecimentos teóricos e os instrumentos metodológicos que mais se adequam à situação, importa situar e identificar alguns dos referenciais da atuação profissional.

Uma das abordagens existentes e que se adapta à área da saúde tem por base precisamente a teoria sistémica. Esta abordagem no Serviço Social surge por influência do biólogo Ludwig Bertalanffy, que pretendia chamar a atenção de que a realidade natural funciona sobretudo através de uma lógica sistémica de relações complexas e não simplesmente de relações causais, isto é, relações causa-efeito. O que a teoria dos sistemas vem realçar é que os sistemas naturais são interações complexas que ocorrem em diferentes tipos de sistema (biológicos, físicos e sociais) e que, portanto, não são apenas relações causais, mas relações recursivas, em que as consequências também actuam sobre as causas, os próprios indivíduos actuam sobre o ambiente e este, por sua vez, condiciona a ação humana (cf. Germain e Gitterman, 2008).

O maior foco de atenção dos profissionais, tendo em conta o modelo sistémico, não são os problemas dos indivíduos ou os problemas relativos ao sistema de recursos, mas as interações entre as pessoas, os sistemas de recursos e o contexto ambiental (económico, social, político, cultural, espiritual e simbólico), na medida em que os sistemas e os subsistemas têm relações com o ambiente externo.

Tal como referido anteriormente, ficamos com a ideia de que todas as situações atendidas em contexto hospitalar são casos sociais, uma vez que estão inseridas numa história e

contexto ambiental que influencia, positiva ou negativamente, a sua situação clínica e social (cf. Guerra, 2015).

De acordo com Dhooper (1997),

o Serviço Social surge como um otimizador de serviços e recursos, ao diagnosticar e intervir em problemas psicossociais, evitando que estes se mascarem de problemas físicos ou clínicos (Dhooper, 1997 cit. por Branco e Farçadas, 2012:6).

Por conseguinte, a acção do assistente social implica a realização de um diagnóstico psicossocial da pessoa utente e o tratamento da problemática social que está relacionada com o seu processo de saúde. Deve realizar uma análise dos aspectos e determinantes sociais que envolvem o processo saúde/doença da pessoa, tendo em conta as necessidades básicas de vida, tais como a alimentação, habitação, educação, participação social (cf. Castro e Oliveira, 2012). Este diagnóstico é essencial e permite identificar as verdadeiras necessidades dos utentes, sendo muitas vezes do foro psicossocial, e que acabam por se traduzir em queixas somáticas – o que resulta numa desajustada utilização dos cuidados de saúde.

(...) Poderá assumir-se [o assistente social] como um elemento privilegiado, ao conhecer a população, compreender a incidência dos factores sociais no processo de saúde e doença, e fomentar a articulação de instituições e utilização de recursos no planeamento de actividades em função da natureza dos problemas, contribuindo para o aumento da qualidade de vida das populações (Branco e Farçadas, 2012:8).

Nesta perspectiva, os assistentes sociais passaram a ser integrados nas equipas de saúde, promovendo e consolidando esta abordagem biopsicossocial, e atuando para a percepção da incidência que os factores psicossociais podem ter na saúde e bem-estar das pessoas e da sociedade. Estes factores podem afectar positiva ou negativamente as pessoas, pelo que cabe ao assistente social identificar os mesmos e proceder de forma a promover a saúde e não a doença (cf. Branco e Farçadas, 2012).

A abordagem e intervenção em saúde tem, progressivamente, deixado de se apresentar como domínio exclusivo da profissão médica e, paulatinamente, outros profissionais foram chamados a contribuir para uma abordagem mais global das situações de saúde (Branco e Farçadas, 2012:4).

É neste âmbito que surge o interesse em estudar a Interrupção Voluntária da Gravidez. Este é um campo que está pouco estudado, é uma população à qual se dá pouca voz e poder, mas que é uma decisão que é tomada por mulheres concretas, únicas e especiais, que merecem ser compreendidas e apoiadas no processo de decisão.

4. As funções e competências dos Assistentes Sociais na área da saúde

Ainda que a identidade dos assistentes sociais não possa ser considerada unívoca, unidirecional ou com delimitações precisas, há alguns traços comuns que agregam, fecham e produzem sentimentos de pertença, bem como elementos-chave inerentes à profissão (cf. Amaro, 2015).

A Circular Normativa n.º8, de 16 de Maio de 2002, do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde - Ministério da Saúde, estabelece as funções dos assistentes sociais que se consideram pertinentes no contexto dos serviços de saúde, exercidas nas instituições hospitalares e nos centros de saúde. Assim, aos assistentes sociais da área da saúde cabe:

- Identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, elaborando o respectivo diagnóstico social;
- Proceder ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respectivas famílias, no quadro dos grupos sociais em que se integram, mediante a prévia elaboração de planos de intervenção social;
- Proceder à investigação, estudo e concepção de processos, métodos e técnicas de intervenção social;
- Participar na definição, promoção e concretização das políticas de intervenção social a cargo dos respectivos serviços ou estabelecimentos;
- Definir, elaborar, executar e avaliar programas e projectos de intervenção comunitária na área de influência dos respectivos serviços e estabelecimentos;
- Analisar, seleccionar, elaborar e registar informação no âmbito da sua intervenção profissional e da investigação;
- Assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar, em articulação com os parceiros da comunidade;
- Envolver e orientar utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e procura dos recursos adequados às suas necessidades;
- Articular-se com os restantes profissionais do serviço ou estabelecimento para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados;
- Relatar, informar e acompanhar, sempre que necessário e de forma sistemática, situações sociais problemáticas, em especial as relacionadas com crianças, jovens, idosos, doentes e vítimas de crimes ou de exclusão social (cf. CN n.º8/2002 de 16 de Maio).

Uma questão basilar do espaço do Serviço Social na área da saúde relaciona-se com o acesso à saúde. É função dos assistentes sociais contribuir para a promoção do direito social à saúde para qualquer pessoa, propondo e defendendo “a criação e implementação de estruturas, processos ou práticas profissionais, com vista à satisfação de necessidades e direitos dos cidadãos e utentes” (Branco e Farçadas, 2012:7). Deste modo, o trabalho do assistente social abarca os factores de ordem política, económica e social, exigindo uma consciência que se traduz em acções operativas para a concretização desses direitos (cf. Miotto e Nogueira, 2006 cit. por Castro e Oliveira, 2012). O acesso aos cuidados de saúde pode ser condicionado por dificuldades financeiras, laborais, territoriais, entre outras, e por isso o assistente social pode intervir a um nível mais individual e familiar, com a própria pessoa, ou a nível mais comunitário através da relação com as instituições e a comunidade, ou mesmo através de estudos e pesquisas (cf. Miguel e Bugalho, 2003; Cowles, 2003; Mondragón e Trigueros, 1999 cit. por Branco e Farçadas, 2012).

Branco e Farçadas (2012), apresentam vários papéis do assistente social enquanto profissional numa equipa de saúde, nomeadamente:

- como consultor – dos problemas psicossociais e de recursos da comunidade, que possibilita a partilha de informação e enriquecimento do diagnóstico do utente;

- como promotor da advocacia social – garantir o acesso aos cuidados de saúde, ajudando a ultrapassar obstáculos e barreiras;

- como mobilizador de recursos e mediador entre o utente e os serviços – é ele quem conhece os recursos relevantes para as necessidades do utentes que permitem orientar respostas adequadas aos problemas. O assistente social é aquele que intermedia a articulação entre as equipas de saúde e a comunidade e os seus recursos.

Por sua vez, Zucco e Cavalcanti (2002) defendem que os assistentes sociais que trabalham na área da saúde devem procurar a democratização do sistema de saúde, a realização de acções integradas de prevenção, promover e educar para a saúde e, por fim, aumentar a capacidade de acolhimento e resolução dos serviços para um avanço no acesso aos cuidados de saúde (cf. Zucco e Cavalcanti, 2002 cit. por Castro e Leal, 2012). Compete ao Serviço Social actuar na promoção da saúde, na prestação de cuidados e na reparação, mas igualmente intervir na advocacia, defendendo os direitos dos doentes e exigindo melhores condições e a disponibilização de mais recursos.

Contudo, apesar do Serviço Social estar intimamente ligado à saúde e ter vindo a ganhar um espaço nas equipas de saúde multidisciplinares, ainda se questiona a sua jurisdição neste domínio, bem como o conteúdo da sua acção nas unidades de saúde. Tal facto surge devido à imagem que os assistentes sociais continuam a ter, de carácter pouco preciso, voluntarista e empirista, bem como ao perfil generalista das suas acções (cf. Branco e Farçadas, 2012). Por outro lado, para além do facto de surgirem novas profissões, as profissões já existentes (como a psicologia, sociologia e mesmo enfermagem) desenvolvem novos ramos de actuação e começam a ocupar espaços que são privilegiadamente do serviço social. A isto acrescenta o facto de os recursos económicos serem cada vez mais escassos e de, por isso, as empresas e instituições rentabilizarem ao máximo o capital humano, perdendo assim a especificidade de algumas profissões, nomeadamente o serviço social, sendo premente demonstrar-se a sua utilidade e os domínios onde não pode ser substituído por outras profissões (cf. Amaro, 2015).

A verdade é que o Serviço Social trabalha com contextos e estruturas dicotómicas, tais como vítimas e agressores, serviços centrais e instituições locais, estruturas burocráticas e contextos informais, ao nível das microrelações mas também ao nível macro, estrutural e político. Segundo a perspectiva de Ion e Tricard (1984),

os assistentes sociais estão em todo o lado: no meio rural, nos habitats degradados, nos serviços públicos, ocupam-se das crianças e jovens com problemas ou em risco, dos marginais, dos pobres, dos deficientes mas também das populações ditas normais, em determinado momento do seu percurso de vida, que, por qualquer tipo de fragilidade social, relacional, económica, de saúde, precisam de ter acesso aos recursos sociais. Como dizem os autores referenciados, estes profissionais escutam, observam, investigam, designam os riscos, decidem os recursos, propõem actividades e medidas, apoiam e suportam as populações (Granja, 2008:226).

Há que reconhecer que esta diversidade, ou mesmo dispersão de campos de actuação, coloca dificuldades ao exercício de delimitação do que é específico desta área e de qual é a tipicidade dos seus desempenhos e campos de actuação (cf. Amaro, 2015).

Por outro lado, apesar desta profissão alcançar algum reconhecimento nas unidades de saúde e de se tornar um serviço útil para os utentes e para as próprias unidades, continua a verificar-se o predomínio do modelo biomédico, ficando para segundo plano as restantes acções profissionais (cf. Branco e Farçadas, 2012). Neste sentido, ainda que a concepção holística e biopsicossocial da saúde tenha sido disseminada e se defenda a complementaridade de profissões nos serviços através de equipas multidisciplinares, o Serviço Social continua a ser desviado da centralidade das equipas, ficando para segundo plano (cf. Guadalupe, 2012).

Também o facto de existir uma fraca consagração legal das atribuições do Serviço Social no Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente ao nível da ausência de coordenação técnica e de supervisão, contribui para esta visão redutora e limita das funções e importância do Serviço Social na área da saúde (cf. Branco e Farçadas, 2012).

Ainda assim, alguns autores defendem que apesar do assistente social ainda não ser reconhecido e identificado por contribuir para a produção de um saber específico, é conhecido pelo modo como intervém nas situações sociais e como desempenha as atribuições institucionais e políticas do serviço onde está inserido.

“Não se esperava que os assistentes sociais dominassem os fenómenos e processos sociais e participassem na produção de conhecimentos, mas que agissem e fossem interventores com o conhecimento produzido pelas ciências sociais. O profissional de Serviço Social é, assim, concebido para agir e não para produzir conhecimentos, inserindo-se na divisão do trabalho, que separa produtores do conhecimento e interventores na realidade social” (Martins, 1999:48, cit. por Passarinho, 2008).

Existe alguma dificuldade em definir aquilo que é específico do Serviço Social, talvez por consequência da vasta dispersão de contextos de intervenção em que pode operar, ou pelos diversos objectivos e formas de actuação, ou até devido à variedade de saberes que mobiliza. Amaro (2015), fala mesmo da inespecificidade do que é específico ao assistente social. É certo que o Serviço Social não constitui uma unidade identitária, ele está alicerçado na diversidade de origens e expectativas sociais, comportamentos e preferências teóricas, ideológicas e societárias distintas. Por isso, o Serviço Social é um espaço plural de onde poderão emergir projectos profissionais diferentes. (Almeida, 2013:19).

Efectivamente, ninguém como o assistente social se preocupa, na sua análise dos problemas e na sua intervenção, com a ligação entre o indivíduo e a sociedade, entre o privado e o social (Lecomte, 2000:26 cit. por Amaro, 2015). Um dos aspectos que confere unidade, identidade e especificidade ao Serviço Social é ser a profissão que se ocupa com a facilitação do acesso a bens sociais básicos, sejam eles alimentação, roupa, acesso a cuidados de saúde, habitação, etc, bem como com a promoção da autodeterminação dos destinatários, baseada na dignidade.

Para Parton e O’Byrne, a especialidade dos assistentes sociais prende-se com a habilidade para conhecer os recursos e proporcionar-los aos utentes, bem como negociar com várias pessoas, grupos ou organizações e mobilizar energias, e ainda introduzir novos significados e oportunidades a fim de ajudar na (re)construção de laços sociais. Contudo, na realidade,

os assistentes sociais estão a perder este papel para o de “funcionários organizacionais”, estando focados apenas em funções executores, burocráticas e instrumentais, subaproveitando as suas competências para proporcionar aos utentes um espaço de reflexão e decisão sobre as situação-problema por que estão a passar (cf. Guerra, 2015).

Granja (2008), numa análise comparativa sobre a disciplina profissional e os processos de profissionalização do Serviço Social de três países diferentes (Brasil, Canadá e Portugal), refere precisamente que, actualmente em Portugal, os assistentes sociais estão debaixo de tensões identitárias diversas: deparam-se com problemas ao nível da desregulação não só da própria profissão como dos sistemas sociais com que interagem, uma divisão do trabalho incoerente e com sobreposição de fronteiras com outras profissões, e uma desprofissionalização e riscos de fragilização das competências do Serviço Social com origem na ausência de formas elementares de regulação na formação (cf. Granja, 2008).

Pode dizer-se que a especificidade do trabalho do assistente social é atender às necessidades globais, em contextos concretos do quotidiano, que tanto são marcados por fortes regularidades sociais como estão expostos a variáveis imprevisíveis e difíceis de identificar, que atingem as dinâmicas e os processos de acção. O profissional até pode estar integrado num contexto específico como por exemplo o da saúde (hospital, unidades de saúde) e, por isso, previsivelmente atenderia necessidades específicas da saúde, mas o seu trabalho dirige-se também a outras necessidades e recursos, sejam elas sociais, materiais, culturais, relacionais ou de informação. Neste sentido, o assistente social deve analisar e interpretar o contexto onde a pessoa onde está inserida e a sua envolvente, e avaliar as relações de força, os recursos, as oportunidades e as fragilidades, bem como os factores que estão na origem do problema (cf. Granja, 2008). A capacidade de pensamento complexo, aliada à abordagem integrada e holística e ainda a mediação entre os destinatários e os recursos existentes, tornam a actuação do assistente social ímpar (cf. Amaro, 2015).

Contrapondo a ideia apresentada anteriormente, defendida por Martins (1999), de que o Serviço Social não foi concebido para produzir conhecimentos, na realidade uma das características que torna a profissão do assistente social única é o seu contexto de actuação e a capacidade de produzir conhecimento sobre esse mesmo contexto, geralmente pouco conhecido, uma vez que não há outra profissão cujo trabalho esteja quase exclusivamente localizado nas áreas de negligência e decadência urbana (cf. Amaro, 2015). Neste sentido, é por o assistente social conhecer e compreender estas realidades, que está apto para por agir

nas mesmas, desenvolvendo competências que lhe permitam intervir de forma adequada. Neste sentido, por mais debates e estudos que possam ser feitos, é preciso a experiência dos assistentes sociais neste campo para termos um conhecimento mais profundo e real sobre este tema. Não é possível falar de forma verdadeira sobre um assunto se não o conhecermos devidamente e se não o fundamentarmos teoricamente. É esta articulação entre os saberes de experiência e os conhecimentos teóricos e metodológicos que faz do Serviço Social um saber disciplinar específico.

5. Elementos estruturadores e diferenciadores da acção profissional

Embora o Serviço Social tenha diversos campos de actuação, porta alguns elementos estruturadores para a acção profissional que são transversais a qualquer área de intervenção. São elementos que se destacam por serem imprescindíveis e diferenciadores da intervenção, e por serem ferramentas chave para o sucesso da mesma. Deste modo, destacam-se os seguintes elementos: respeito pelos princípios éticos da profissão; a intervenção ser focada na pessoa; o acompanhamento individualizado e personalizado no estabelecimento de uma relação de confiança; mobilização de redes de suporte e promoção da relação de ajuda; atitude de escuta e empatia; uma relação personalizada e também globalizada: intervém simultaneamente com indivíduos e famílias, grupos e comunidades, organizações e redes, cruzando os níveis micro, meso e macro (cf. Amaro, 2015).

De seguida descreve-se cada uma destas dimensões:

a) Respeito pelos princípios éticos da profissão

A consciência ética é insubstituível na acção do assistente social. Todos os instrumentos e técnicas utilizadas pelo mesmo devem estar articulados aos fundamentos e princípios ético-políticos do Serviço Social, devendo o assistente social agir em conformidade com o Código de Ética adoptado pela FIAS, que define valores éticos e morais quanto ao modo como os assistentes sociais devem agir perante as diversas situações, consagrando os direitos humanos e a justiça social como princípios essenciais para a prática destes profissionais (cf. Lopes, Ribeiro, Espírito Santo, Ferreira e Frederico, 2012; Castro e Oliveira, 2012).

Desta forma, e tendo em conta as normas de Serviço Social para a relação com os utentes, é essencial que os assistentes sociais preservem o direito dos utentes a um relacionamento de confiança, à privacidade e confidencialidade, e ao uso responsável da informação. Para tal,

os utentes deverão ser sempre informados da necessidade, do objectivo e do uso da recolha e da partilha da informação dos dados adquiridos, não devendo nenhuma informação ser cedida sem o conhecimento da pessoa (cf. FIAS, 2004).

Por outro lado, os assistentes sociais devem também reconhecer e respeitar as opções, responsabilidades e diferenças individuais de cada pessoa, apoiando todos de igual maneira, seja quais forem as suas decisões. Um dos princípios do Código de Ética é precisamente o respeito pelo direito à autodeterminação, devendo os assistentes sociais respeitar e promover o direito à liberdade de escolha e tomada de decisão independentemente dos seus valores e opções de vida, desde que não ameacem os direitos e interesses legítimos de terceiros (cf. FIAS, 2004).

b) Intervenção focada na pessoa: o acompanhamento individualizado

Um dos princípios inerentes à prática do assistente social é a intervenção directa junto dos utentes, isto é, a intervenção face a face. Privilegia-se o trabalho individual com a pessoa, sendo função do profissional ter a capacidade de estabelecer uma relação com o utente, nomeadamente através do acompanhamento individual (cf. Branco e Farçadas, 2012).

Alguns autores referem que o acompanhamento individual tem em vista ajudar as pessoas em dificuldade a resolver os problemas gerados por situações de exclusão e visa estabelecer com elas uma relação de escuta, de apoio, de aconselhamento e de entreaajuda, uma relação de solidariedade, de reciprocidade e de empenhamento de uma parte e de outra (Bouquet e Garcette, cit in. Robertis, 2011:151). O assistente social, através deste atendimento individualizado, deve ter a capacidade de construir em conjunto com a pessoa alternativas para solucionar o problema, mediando a pessoa e as suas necessidades e os recursos existentes nos sistemas sociais envolventes (cf. Granja, 2008).

Este tipo de acompanhamento pretende desenvolver capacidades na pessoa, para que a mesma possa fazer face às exigências externas do ambiente. A intervenção de caso (individualizada) reconhece que as pessoas são interdependentes e únicas e, por esse motivo, é essencial um aprofundamento do caso, ao nível da personalidade, motivações, necessidades emocionais, competências de destreza pessoal, isto é, um conhecimento dos factores internos, mas também um conhecimento dos factores externos ao sujeito, analisando a relação do utente com as experiências sociais e os seus sentimentos em relação a essas

experiências. Assim, deve-se aliar a pessoa, a situação e o ambiente numa linha de pensamento holística (cf. Carvalho, 2015). Um dos princípios do Código de Ética é precisamente o de tratar cada pessoa como um todo, devendo os assistentes sociais considerar a totalidade da pessoa, no contexto da família, comunidade, meio social e natural, ou seja, identificar todos os aspetos da sua vida (cf. FIAS, 2004). Para que tal seja possível, uma das especificidades da prática, é a disponibilidade e sensibilidade por parte do assistente social para com o utente na sua globalidade (cf. Branco e Farçadas, 2012).

- c) Estabelecimento de uma relação de confiança: mobilização de redes de suporte e promoção da relação de ajuda

Outro elemento fulcral para a acção dos assistentes sociais e que é eleito como um dos principais aspectos de especificidade do Serviço Social por comparação a outros campos profissionais é a capacidade de relação. Para Florence Hollis (1972), o fundamental numa intervenção é a relação entre o assistente social e o utente (cf. Pena, 2013). A forma como o assistente social trabalha com o utente a partir e na relação, e a forma como se compromete com as suas aspirações e necessidades, distingue a sua intervenção. A relação torna-se parte integrante do processo de intervenção do assistente social e pode-se equacionar a dois níveis: interpessoal e interinstitucional. O assistente social é aquele que trabalha entre pares, entre profissões e em rede, assumindo-se como um articulador (cf. Amaro, 2015).

Uma das abordagens teóricas que valoriza a relação é a perspectiva das forças, que é uma perspectiva que se centra na solução e não no problema, que procura as forças, potencialidades, interesses e conhecimentos da pessoa, e não as suas patologias e fraquezas definidos por outros. Esta perspectiva considera que as pessoas são mais que os problemas que trazem e que possuem conhecimentos, sabedoria, criatividade e resiliência, que devem ser identificados e respeitados, devendo os utentes sentir que os profissionais estão genuinamente interessados em descobrir essas forças, acreditando que a pessoa tem capacidade para ultrapassar a dificuldade que está a viver, merecendo ser respeitada e dignificada (cf. Saleebey, 2009).

Uma das especificidades da própria relação é a relação de ajuda, que se define como

(...) uma situação na qual um dos intervenientes procura promover numa outra parte uma maior precisão, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos latentes internos ao indivíduo (...) isto é, promover na outra pessoa o crescimento, o

desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e maior capacidade de enfrentar a vida (Rogers, 2009:63, cit in. Carvalho, 2015:92).

Assim, a relação de ajuda tem como finalidade aumentar a capacidade relacional das pessoas, tanto ao nível do saber como ao nível do saber fazer, ou seja, da utilização dos conhecimentos na prática. É efectuada entre um profissional e uma pessoa que deseja ser compreendida, para que, através dessa compreensão, seja possível encontrar alternativas para fazer face aos problemas. Criar esta relação exige tempo, dedicação, implicação com a pessoa e o conhecimento das suas relações sociais. A relação de ajuda é crucial, pois o relacionamento é o centro da acção, e o utente o centro da intervenção.

Não há intervenção individualizada sem relação de ajuda, e esta permite conhecer em profundidade as pessoas e, conseqüentemente, o contexto em que se encontram inseridas e as suas relações com o mesmo (cf. Carvalho, 2015). A relação de ajuda pode então ser definida como intencional, recíproca, amigável, confiante e de empowerment, e orienta-se por cinco princípios: adopta uma atitude optimista; foca-se nos recursos da pessoa; colabora com outros utilizadores; promove o empowerment; estabelece ligações entre os utentes e a sociedade, criando comunidades de auto ajuda. Neste sentido, pressupõe empatia, um olhar positivo, autenticidade e respeito, onde a qualidade da relação é o factor diferenciador (cf. Saleebey, 2009). A permanência da relação de ajuda como princípio fundador da identidade do assistente social tem sido uma constante, mesmo depois da prática do Serviço Social se inserir no âmbito das políticas sociais (Passarinho, 2008:27).

d) Atitude de escuta e empatia: perceber o lugar do outro

Em termos processuais, a relação de ajuda exige empatia, escuta, não julgamento, respeito pelos indivíduos e pelo meio em que se inserem (Carvalho, 2015:90). Com vista a construir uma atitude empática, o assistente social deve tornar-se aliado da pessoa e partilhar os sentimentos com a pessoa que os sente, mostrando compreensão dos mesmos e uma aceitação incondicional, mesmo que não concorde com a situação e com as decisões da pessoa. De igual forma, para além de compreender a situação, deve também dar pistas para a pessoa poder sair da situação em que se encontra. Deste modo, combate a “vitimização” da pessoa, que se coloca no papel de vítima, criando um bloqueio em si mesma, focando apenas as situações e aspectos negativos. O processo de ajuda é um processo de mudança a nível racional-emotivo, que implica uma redefinição e percepção distinta, assim como o

desenvolvimento da capacidade de actuação no dito processo para a resolução do seu próprio problema e para a tomada das decisões que sejam necessárias (Urios, 2009:19). É fundamental que o assistente social não entre nesta espiral com a pessoa e que, pelo contrário, a ajude a encontrar factores positivos e potencialidades, ajudando-a a encontrar novos caminhos e soluções.

A linguagem é também apontada como um instrumento básico utilizado pelo assistente social na sua intervenção. É através dela que o profissional consegue estabelecer uma relação de proximidade e de ajuda e realizar acções de “cunho sócio-educativo ou socializadora, voltadas para mudanças na maneira de ser, de sentir, de ver e agir dos indivíduos” (Iamamoto e Carvalho, 1998 cit. por Castro e Oliveira, 2012). A linguagem é então o processo que fortalece a relação.

- e) Uma intervenção tanto personalizada quanto holística: a pessoa, as suas redes sociais e o ambiente

O Serviço Social atua no ajustamento necessário à satisfação das necessidades humanas (procura) e na sua conciliação com as ofertas de bens e serviços por parte das políticas sociais (Almeida, 2013:17). As intervenções sociais são direccionadas para situações particulares e em relação a estas procuram as medidas de política social que melhor se adequam a cada situação, de acordo com as configurações conferidas pelos direitos sociais entendidos para um dado momento e lugar. Mesmo focado nos problemas e nas dificuldades pessoais, para fazer face a situações de doença associadas a condições de carência, o Serviço Social mobiliza os recursos materiais e económicos que se tornam fundamentais para responder não só a uma situação particular, mas também a um coletivo de indivíduos e grupos que se encontram em situações idênticas. O Assistente Social como agente de mudança contribui para a igualdade, equidade e justiça social (cf. Almeida, 2013). Apesar de agir em conformidade com os procedimentos identificados pela instituição, o Assistente Social não deixa de questionar a justeza e aplicabilidade das medidas de política social, elaborando diagnósticos sociais que dão nota das reais necessidades dos cidadãos e evidenciando situações de maior desigualdade. Na relação de ajuda, o Assistente Social estabelece uma relação de empatia, facultando informação, avalia as formas da pessoa sentir e pensar face à sua situação, facilita estímulos e gera alternativas para os problemas e para a mudança de comportamentos, aumenta as possibilidades de resposta mobilizando as redes de

proximidade e as redes de serviços na comunidade, produzindo uma verdadeira complementaridade entre as forças individuais e os recursos coletivos (cf. Almeida, 2013).

6. O suporte que o Serviço Social pode prestar no processo de tomada de decisão

De acordo com vários estudos de diferentes autores sobre a gravidez, o apoio social aumenta as probabilidades de uma transição bem-sucedida para a parentalidade (cf. Pereira, 2001; Sieger e Renk, 2007; Soares *et al.*, 2001 cit. por Canavarro *et al.*, 2012). A percepção do apoio social é vista como uma variável mediadora de extrema importância para o ajustamento socioemocional das grávidas e, no caso do estudo supracitado, das mães adolescentes. Tendo em conta vários autores, uma rede de apoio social protege as grávidas dos riscos associados à maternidade, diminui a ansiedade das mesmas relativamente à gravidez e ao o desempenho de tarefas parentais, e promove níveis mais elevados de responsabilidade, sensibilidade e expressão de afectos relativamente ao futuro filho (cf. Soares *et al.*, 2001; Soares e Jongenelen, 1998 cit. por Canavarro *et al.*, 2012). Neste sentido, o papel de um técnico profissional, como um assistente social, torna-se essencial e poderá causar grandes impactos na decisão da mulher, uma vez que a fará sentir-se mais acompanhada e protegida, mais informada e por isso mais segura da sua decisão.

Para tal, deve existir um espaço onde as mulheres possam em liberdade expressar as suas necessidades, através do processo de diálogo e de escuta entre a grávida e o profissional. Na área da saúde, o acolhimento, a escuta e o vínculo são enfatizados como elementos diferenciadores na relação utente/profissional. Neste sentido, os profissionais devem acolher, escutar e tratar humanamente as grávidas e os seus desejos e inquietações, e estabelecer uma relação de confiança e de apoio com as mesmas. Devem demonstrar a capacidade e a disponibilidade para ouvi-las, estando verdadeiramente atentos à realidade vivida pelas mulheres, valorizando os seus desejos, crenças, medos, esperanças, considerando também todos os factores que as envolvem. O vínculo é a estratégia que estabelece a relação de referência e de confiança, que neste momento da tomada de decisão prefere-se que não seja transferido para outro profissional (cf. Castro e Oliveira, 2012).

Para ter a compreensão da assistência recebida, a mulher grávida precisa de ter clareza do que vai viver, do que lhe é proposto; necessita estar disponível, informada, consciente. Só assim estará em condições de participar, de decidir, de também definir caminhos (Vasconcelos, 1997:146, cit. por Castro e Oliveira, 2012). Este espaço permite que a mulher

seja ouvida e que as suas necessidades e os seus desejos sejam tidos em conta, promovendo-se um processo reflexivo, onde possam surgir novas questões e informações, sendo este um espaço de conhecimento mútuo e de ampliação da consciência (cf. Silva, 2000 cit. por Castro e Oliveira, 2012).

A empatia deve estar presente em todo o processo da intervenção. Este aspecto é fundamental e é talvez o mais importante, pois a mulher grávida tem de sentir que a consulta com o assistente social e/ou psicólogo é um espaço ausente de preconceitos e julgamentos, onde se sinta confortável e à vontade para expor as suas emoções, sentimentos, dúvidas e medos (cf. Patrão *et al.*, 2008). A mulher deve sentir-se compreendida e ver nesta consulta um lugar de procura de sentido e recuperação da esperança, um momento de construção da resiliência e capacidade para lidar com a situação (cf. Howe, 2009). Assume-se que “confiar na relação pode ser difícil para aqueles que estão ansiosos ou zangados, desesperados ou deprimidos” (Howe, 2009:195), pelo que o profissional tem de procurar as capacidades de cada uma destas mulheres e fazê-las acreditar que são mais do que a situação que apresentam, reconhecendo-lhes valor, forças, talentos, experiências, recursos e mostrando os suportes que têm para lidar com a situação. Deste modo, os assistentes sociais e/ou psicólogos têm a possibilidade de alargar o leque de escolhas da mulher, tendo por base os seus recursos internos e externos, de forma a que a mesma possa chegar a decisões mais saudáveis (cf. Howe, 2009; Saleebey, 2009).

Por vezes há uma incapacidade para se dizer o que se quer, muitas vezes porque nem se sabe ao certo o que é, pelo que os profissionais devem ter uma constante atitude de questionamento e observação da linguagem corporal e comportamental da mulher vs aquilo que é dito pela mesma, pois é através do comportamento que se manifesta as preferências da pessoa. Estes profissionais têm de considerar e respeitar a 100% os desejos e aspirações das mulheres, e não podem assumir que o diagnóstico que fazem ou o perfil e as características sociodemográficas da mulher definem as suas possibilidades de escolha. Os profissionais têm de estar completamente livres e abertos e ter em conta as esperanças, visões e valores da cada mulher. Têm de escuta-la, valorizar o que é dito e sentido, ter em conta a sua vontade e reconhecer os seus desejos para o futuro (cf. Pena, 2013).

Uma atitude de abertura e aceitação incondicional destes profissionais é crucial, pois têm de pôr de lado as suas crenças e convicções para poder acompanhar, sem tecer julgamentos, mulheres com diferentes níveis sociais, contextos e histórias de vidas e as mais variadas

razões para colocarem a hipótese de realizar a IVG. É, portanto, da responsabilidade dos técnicos envolvidos neste processo fazer com que as mulheres grávidas se sintam acolhidas, respeitadas e apoiadas. Por outro lado, estes profissionais devem também informar, aconselhar e encaminhar as mulheres quando preciso, fornecendo o suporte adequado, nas mais diversas alterações psicológicas e físicas que possam passar (cf. Patrão *et al.*, 2008).

Para compreender e actuar na magnitude da problemática que gira em torno do aborto, deve-se repensar uma assistência de enfermagem integrada e humanizada (...) para a compreensão dos reais motivos que levam a uma mulher a optar pelo aborto, bem como o sofrimento pelo qual ela passa, além das sequelas deixadas, com o intuito de minimizar a discriminação através da humanização entre as relações sociais e a assistência profissional (Oliveira et al., 2005:29).

O assistente social deve ser alguém que faz chegar a informação às pessoas que precisam de conhece-la, o que faz com que assuma uma abordagem de advocacia. Neste sentido, para além de informar e esclarecer a mulher, a profissional deve também ajudá-la a tomar consciência das decisões que toma e das consequências dessa decisão em relação aos objectivos estabelecidos, tanto positivas como negativas (cf. Pena, 2013).

Tendo em conta a revisão feita por Sell *et al.* (2015) – análise dos vários estudos e artigos que tratam a questão da IVG – todos os estudos enfatizam a importância da comunicação entre os diversos atores sociais, sejam eles a família, os serviços de saúde, o ambiente escolar e comunitário, ou outros espaços de convívio humano onde possam ser exercidos os preceitos de justiça, dignidade e igualdade. Por outro lado, sugerem também que se dê uma maior atenção à mulher nos serviços de saúde, de forma a que se tenha em consideração os aspectos emocionais e a possibilidade de violência sofrida por estas mulheres (cf. Sell *et al.*, 2015).

Uma das competências dos assistentes sociais situa-se ao nível

da construção de relações, do saber ouvir, do desenvolvimento de relações de empatia e da compreensão do outro, mas também da capacidade de perceber as situações na relação com os contextos mais alargados a que pertencem e de estabelecer mediações ou interfaces entre os indivíduos e o meio que os rodeia (Amaro, 2015:136).

Assim, no contexto de uma decisão relativa à realização de uma IVG, o assistente social tem como função construir narrativas e sentidos comuns de acordo com o que é expresso pelas mulheres, explorar e informar sobre os recursos disponíveis e criar oportunidades para as mesmas tomarem a sua decisão da forma consciente, livre e responsável (cf. Amaro, 2015). Procura-se que este seja um espaço transparente, onde as grávidas possam esclarecer todas as suas dúvidas e receber informação de qualidade, que se distinga de uma simples

orientação sobre legislação e atos normativos (cf. Silva, 2000 cit. por Castro e Oliveira, 2012).

7. A IVG como caso social em saúde

Os assistentes sociais devem olhar para as pessoas nas suas vidas concretas e ter em conta o triângulo “pessoa-situação-contexto”, reconhecendo que esta é uma interação complexa, onde a pessoa em situação é formada por vários momentos que agregam factores e pessoas, que têm importância e influenciam a sua vida, não podendo ser analisados individualmente (cf. Guerra, 2015).

De acordo com Guerra (2015), do ponto de vista hospitalar, uma pessoa pode ser considerada como um caso social e como um caso clínico, em que uma condição não implica a outra. Tendo em conta o contexto de saúde, do ponto de vista médico, todas as pessoas acompanhadas no hospital são consideradas casos clínicos, o que não significa que algumas delas não possam ser tornadas/consideradas como casos sociais. Do ponto de vista do Serviço Social, todas as pessoas têm uma componente social, são pessoas com história, com características próprias e singulares, com um contexto social, familiar, estrutural específico, com um estilo de vida que influencia o seu estado de saúde e, por isso, esta dimensão social enquadrada no contexto ambiental, tem de ser tida em consideração na intervenção do Serviço Social na saúde. Deste modo, para os assistentes sociais, todos os casos acompanhados no hospital são casos sociais.

O caso social nasce de qualquer necessidade concreta, de um obstáculo à realização de aspirações pessoais e ao bem-estar, de um desajustamento sócio emocional e está sempre ligado à pessoa e à sua situação social, integrando-as num ambiente económico, político, social e cultural muito vasto (Guerra, 2015:147).

Pode-se concluir que o caso social surge de uma necessidade real da pessoa em situação, que não consegue dar resposta pelos seus meios, ou que tem obstáculos internos ou externos que não a permitem ter uma vida equilibrada, ou até por um acumular de frustrações ou desajustamentos que ameaçam o equilíbrio da pessoa e o seu estado de saúde.

Tendo em conta que existem determinantes e factores sociais que influenciam directamente o estado de saúde das pessoas, a conjugação destes factores é fundamental, a fim de se conseguir determinar o caso social. Quem identifica e analisa o caso social é precisamente o assistente social em contexto de acompanhamento. Nos casos em que não existem recursos necessários para responder às dificuldades ou problemas, e em que geralmente o estado de

saúde das pessoas se agrava, torna-se essencial este acompanhamento do assistente social, de modo a compreender desde o início qual a real situação da pessoa, respondendo assim da forma mais adequada, eficaz e benéfica possível.

Por outro lado, algumas pessoas ficam doentes apenas por motivos sociais, pelo que se torna ainda mais essencial a intervenção do assistente social. Tal facto reforça a ideia de que todas as situações atendidas em contexto hospitalar são casos sociais, uma vez que estão inseridas numa história e contexto, fora do âmbito hospitalar, que influencia positiva ou negativamente a sua situação clínica. Um caso social vai para além do imediato, para além daquilo que é atendido em contexto de consulta médica, pelo que é fundamental a abordagem do Serviço Social para perceber a pessoa e o seu problema num dado contexto e ambiente social (cf. Guerra, 2015).

Existem alguns indicadores de diagnóstico que ajudam a identificar o tipo de situação designada de caso social, tais como problemas relacionados com toxicod dependência, violência doméstica, maus-tratos infantis, mas também problemas mais subtis, como a idade, a patologia, a carência económica, situações de vulnerabilidade relacionadas com o desemprego ou emprego precário, questões relacionadas com as condições habitacionais ou até mesmo relativas aos laços familiares e à rede de suporte das pessoas. Mais do que os indicadores, importa compreender a forma como as pessoas sentem e vivem o problema, de que forma é que este as afecta e que recursos é que a pessoa possui para o resolver (cf. Guerra, 2015).

A intervenção do assistente social nestes casos é essencial, na medida em que uma pessoa que esteja exposta a algum destes indicadores encontra-se em situação de vulnerabilidade social. Como vimos anteriormente, são diversos os factores que colocam a mulher grávida nesta situação de incerteza e vulnerabilidade: factores pessoais, ligados aos desejos e expectativas de vida e de maternidade, às representações do bebé e experiências de IVG, às atitudes morais e valores religiosos e ao estado de saúde; factores relacionais, ligados à relação conjugal e projecto parental e ao suporte percebido por parte das mulheres; factores sociais, ligados aos rendimentos e condições de trabalho. Então não serão as situações das mulheres que optam por fazer uma IVG um caso social?

De acordo com Guerra (2015), mais do que os indicadores de diagnóstico que podem alertar para um caso social, importa compreender a forma como a pessoa sente e vive o seu

problema e avaliar as suas capacidades e competências para tomar uma decisão livre, consciente e informada, de modo a fazer face à situação e assegurar o seu estado de saúde e a continuidade dos cuidados num ambiente sustentável.

Parte III - Metodologia

8. Objeto de estudo e opções metodológicas

Como referido anteriormente, o objecto de estudo desta investigação é precisamente, as mulheres grávidas em situação de discernimento e a tomada de decisão face a uma IVG, dentro do quadro legal, prevendo o suporte profissional que o Serviço Social pode dar na tomada de uma decisão livre, consciente e informada, conforme disposto na Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril.

A presente investigação segue uma abordagem qualitativa uma vez que pretende analisar fenómenos sociais e compreender os significados atribuídos pelas pessoas que sentem e vivem esse mesmo fenómeno. Neste caso, referimos a situação vivenciada pelas mulheres grávidas em discernimento no processo de decisão relativo à realização de uma IVG, nomeadamente o apoio e o suporte percebido. Esta abordagem é particularmente importante para compreender as relações sociais, uma vez que o objecto de estudo não é reduzido a uma simples variável, mas estudado na sua complexidade e inteireza, integrado no seu contexto quotidiano (cf. Flick, 2005), dando voz às pessoas que experienciam uma dada situação.

A metodologia qualitativa implica um intenso contacto com o campo empírico, tendo este sido realizado em duas diferentes etapas: um estudo exploratório e um estudo de caso.

O estudo exploratório decorreu num Hospital Público do distrito de Lisboa, entre Setembro de 2016 e Março de 2017, e consistiu numa entrevista exploratória a duas enfermeiras da consulta de IVG e na aplicação (indirecta) de dois questionários a dois grupos de mulheres utentes da consulta de IVG. O primeiro questionário decorreu em Dezembro de 2016 e teve 31 respostas (Grupo 1). O segundo questionário foi aplicado entre Janeiro e Março de 2017 e obteve 40 respostas (Grupo 2).

O estudo de caso decorreu numa IPSS em Lisboa, denominada Apoio à Vida – Instituição de apoio a grávidas e mães, e decorreu entre Setembro 2017 e Maio 2018, e consistiu na observação directa dos atendimentos sociais, e na realização de entrevistas presenciais a seis profissionais da equipa técnica e também a seis mulheres que passaram pela situação de discernimento face à IVG. Este estudo permitiu uma enorme proximidade entre a

investigadora e o ambiente estudado, uma vez que, para além da observação directa, foi possível fazer uma observação participante e poder experienciar os processos vividos pelos profissionais e pelos próprios actores estudados – mulheres grávidas em discernimento que pediram o apoio da Instituição. De seguida será detalhado a forma como o estudo se desenvolveu.

Quadro n.º7: Cronograma do processo de recolha de dados

Método de investigação	Datas	Procedimentos	Amostra
Estudo exploratório Hospital Público no Distrito de Lisboa	Setembro 2016	Realização de uma entrevista exploratória	2 enfermeiras da consulta de IVG
	Dezembro 2016	Aplicação do questionário ao grupo 1	31 respostas de mulheres que participaram na consulta de IVG
	Janeiro – Março 2017	Aplicação do questionário ao grupo 2	40 respostas de mulheres que participaram na consulta de IVG
Estudo de caso IPSS Apoio à Vida em Lisboa	Setembro 2017 – Maio 2018	Observação participante do funcionamento da linha de emergência	Espaço relacional do acolhimento social e linha telefónica
	Dezembro 2017 – Maio 2018	Realização de 12 entrevistas semi-estruturadas	6 profissionais, membros da equipa técnica que atende as chamadas da linha de emergência; 6 mulheres que foram grávidas em discernimento

9. Estudo Exploratório – Hospital Público no Distrito de Lisboa

O estudo exploratório teve como objectivo compreender a realidade da IVG em contexto hospitalar, procurando-se compreender quais as razões que levam a que uma mulher escolha realizar uma IVG e perceber quais as razões que a levariam a prosseguir a gravidez, bem como o que as levaria a mudar a decisão.

Para tal, optou-se por primeiramente realizar uma entrevista exploratória a duas enfermeiras da consulta de IVG, de um Hospital Público no Distrito de Lisboa, que aceitou colaborar com a investigação. Conforme as informações prestadas pelas enfermeiras, e a percepção

que as mesmas tinham sobre a sensibilidade que as mulheres que frequentam a consulta de IVG teriam para aderir a um eventual questionário, optou-se por, num segundo momento, realizar esse mesmo questionário, direccionado para as mulheres grávidas. Deste modo, o estudo exploratório envolveu dois momentos: uma entrevista exploratória e a aplicação de dois questionários, em dois momentos diferentes e a grupos diferentes, como se poderá ver de seguida.

9.1. Entrevistas exploratórias a profissionais de enfermagem

O primeiro procedimento de aproximação ao campo empírico foi realizado através de uma entrevista exploratória feita a duas enfermeiras da consulta de IVG de um hospital público do distrito de Lisboa, com o objectivo de compreender a realidade da IVG no Hospital. Neste sentido, procurou-se compreender quantas IVG são feitas anualmente no Hospital, que tipo de população frequenta a consulta de IVG, qual o procedimento informativo da equipa de profissionais de saúde e quais as razões que levam as mulheres a decidir realizar a IVG.

De acordo com as entrevistas às enfermeiras, ficámos a saber que, no entender das profissionais, a maioria das gravidezes que chegam à consulta de IVG do Hospital são não planeadas e que as mulheres chegam à consulta encaminhadas pelo Centro de Saúde. Contudo, ultimamente tem aumentado o número de mulheres que chega ao Hospital por iniciativa própria, sem ter passado pelo médico de família do Centro de Saúde. Tal facto deve-se aos tempos de espera da marcação, pelo que é um elemento facilitador dirigir-se directamente ao Hospital, ao invés de procurar o médico de família. Por sua vez, seria mais vantajoso para as mulheres passarem primeiramente pelo Centro de Saúde, uma vez que ficariam automaticamente inscritas e, por isso, seriam contactadas para frequentar as consultas de planeamento familiar, o que no entender das enfermeiras seria bastante benéfico para estas mulheres, já que no Hospital as mulheres não aderem às consultas pós-IVG.

Relativamente à caracterização da população, segundo as enfermeiras não há um perfil-tipo da mulher que frequenta a consulta de IVG, pertencendo as participantes a grupos sociais discrepantes. De acordo com as enfermeiras, esta é uma população desempregada, jovem, com baixa escolaridade e baixos rendimentos. As enfermeiras nunca perguntaram qual o motivo para cada mulher estar a optar pela IVG, mas partilharam que pensam que seja pela dificuldade que sentem em gerir a sua vida. Muitas decidem interromper a gravidez porque foram mães há pouco tempo, outras desistem porque naquele momento não é oportuno.

No que diz respeito aos dados da gravidez, de acordo com as enfermeiras a maioria das mulheres chega à consulta com 7 ou 8 semanas, por isso a aproximar-se do limite do tempo legal. São mulheres que estão pouco atentas aos sinais e que não estavam à espera de engravidar.

No ano de 2015 foram feitas 572 consultas prévias e foram realizadas 462 IVG, havendo uma diferença de mais de 100 casos. Isto pode significar três coisas: ou as mulheres excederam o tempo legal permitido para fazer a IVG; ou afinal não estavam grávidas; ou desistiram, pelo menos naquele momento, da ideia de realizar a IVG. Num mês fazem aproximadamente 60 IVG, sendo que no Verão e na Passagem de Ano são as alturas onde se verifica maior afluência de mulheres na consulta.

Na opinião das enfermeiras, as mulheres que frequentam a consulta antes vinham com um ar constrangido e, hoje em dia, apresentam-se na consulta com um ar mais natural. Algumas das mulheres são repetentes na consulta e recorrem várias vezes à IVG.

9.2. Questionários a mulheres utentes da consulta de IVG

Com o ponto de partida das entrevistas exploratórias, optou-se por realizar um questionário, nesse mesmo Hospital, servindo de pré-teste. Em primeiro lugar, era importante perceber se haveria disponibilidade das mulheres grávidas para responderem ao questionário, o qual tinha como objetivo compreender as razões que levaram a que essas mulheres decidissem fazer a IVG e ainda perceber quais as razões que as levariam a, eventualmente, prosseguir a gravidez.

Relativamente ao tipo de amostragem, por questões logísticas e temporais, utilizou-se a amostragem teórica (a população estudada corresponde às características do objecto de estudo) e, por isso, uma amostra de conveniência e sem representatividade estatística. Realizar um estudo num hospital é um processo complicado e bastante burocrático, devido às restrições éticas e à necessidade de aprovação e autorização das comissões éticas e direcções, o que nem sempre é fácil conseguir no tempo pretendido. De acordo com as metodologias qualitativas, apesar deste tipo de amostragem apresentar pouco rigor estatístico, face à representatividade da população seleccionada, os resultados obtidos não deixam de ser relevantes e de retratar uma parte da realidade (cf. Guerra, 2006).

Os questionários foram aplicados na consulta de IVG, ao longo do mês de Dezembro de 2016, tendo sido propostos pelas enfermeiras, no dia da 2ª consulta da IVG, isto é, no dia da toma da medicação. Todas as mulheres que aceitaram participar assinaram o consentimento livre e informado, tendo sido explicado o objectivo do estudo bem como a questão da confidencialidade e anonimato. Foram recolhidas 31 respostas (grupo 1), o que corresponde a 50% das mulheres que frequentaram a consulta de IVG do Hospital, uma vez que, tendo em conta a informação cedida pelas enfermeiras na entrevista exploratória, em média 60 mulheres acedem mensalmente a essa mesma consulta.

O questionário foi uma ferramenta de estudo, que se mostrou útil, nesta fase exploratória e foi construído com 3 questões (2 fechadas e 1 aberta), nomeadamente:

I - O que a leva a não prosseguir com a gravidez?

II - O que a levaria a prosseguir com a gravidez?

III - O que a poderia fazer mudar de decisão?

(cf Apêndice n.º 1)

A primeira e segunda questão tinham 23 itens fechados, em que a mulher podia assinalar todas as razões com que se identificava, não havendo um limite de itens a assinalar. Estes itens pretendiam avaliar os três factores de influência mais descritos na literatura, designadamente os de ordem pessoal, relacional e social. Neste sentido, foram agrupados em três categorias e cada uma destas dividia-se em subcategorias, conforme se mostra no quadro abaixo apresentada.

Quadro n.º 8: Grelha de recolha – questionário de pré-teste do estudo exploratório

Razões que condicionam a decisão das utentes da consulta de IVG	
Categoria	Subcategoria
Pessoal	Desejo e expetativas relativas à maternidade
	Desejo e expetativas de vida
	Representações do bebé
	Representações/Experiências Aborto
	Atitudes morais e valores religiosos
	Estado de saúde
Relacional	Relação conjugal/ projeto parental
	Suporte familiar
Social	Rendimentos e condições financeiras
	Condições de trabalho e percurso profissional

Fonte: elaboração própria com fundamento na revisão da literatura

Os itens da primeira e segunda questão eram simétricos, pelo que as hipóteses formuladas foram as mesmas tanto para a primeira como a segunda questão (Exemplo: Q1 - O que a leva a não prosseguir com a gravidez? 1 - Não tenho desejo de ser mãe; Q2 - O que a levaria a prosseguir com a gravidez? 1 - Tenho o desejo de ser mãe”).

Optou-se por colocar os itens de forma simétrica uma vez que, de acordo com a literatura, o processo de tomada de decisão em relação à realização de uma IVG é caracterizado pela ambivalência sentida pelas mulheres entre razões conscientes e inconscientes, desejos manifestos e latentes. Por outro lado, o facto de serem os mesmos factores a ser avaliados, permite uma leitura comparativa dos resultados.

A matriz que se apresenta em seguida é a grelha de análise do questionário deste estudo exploratório, realizado na consulta de IVG, num Hospital Público, no distrito de Lisboa. Esta foi construída com fundamento na revisão da literatura e foi completada com os conceitos acrescentados a partir das respostas dadas pelas participantes de acordo com os sentidos e significados atribuídos às suas experiências.

Quadro n.º 9: Grelha de análise do questionário do estudo exploratório

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	SUB-SUB CATEGORIA	QUESTÃO 1	QUESTÃO 2
PESSOAL	Desejo e expectativas relativas à maternidade	Desejo de maternidade	Não tenho desejo de ser mãe.	Tenho o desejo de ser mãe.
		Expetativas quanto ao papel parental	Não me imagino a ser uma boa mãe.	Acreditar que seria uma boa mãe.
	Desejo e expectativas de vida	Planos	Não desejo estar grávida nesta fase.	Desejar estar grávida nesta fase.
			Acho que prosseguir com esta gravidez vai dificultar a concretização dos meus planos a nível académico/ profissional.	Ser possível conciliar a gravidez com os meus planos a nível académico/ profissional.
		Não desejar ter mais filhos	Já tenho filhos e não desejo ter mais agora.	Apesar de já ter filhos, desejar ter mais agora.
	Representações do bebé	Representações do bebé	Acho que o embrião não é um ser humano.	Saber que o embrião é um ser humano.
	Representações/ Experiências Aborto	Representações de aborto	Acho que o aborto é uma experiência que não tem grandes riscos para mim.	Acho que o aborto é uma experiência que pode ter riscos para mim.
		Experiências de aborto	Já realizei um aborto e essa experiência não teve grande impacto sobre mim.	Já ter realizado um aborto e não querer voltar a passar por essa experiência.
	Atitudes morais e valores religiosos	Atitudes morais e valores religiosos	Acho que vou lidar bem com esta decisão.	Achar que não conseguiria lidar bem com a decisão de fazer uma IVG.
			Sou eu que decido o que faço com o meu corpo	Achar que esta decisão não implica apenas o meu corpo.
		Aspetos legais	O facto de ser legal permite-me não prosseguir com a gravidez.	Se não fosse legal, não era capaz de tomar esta decisão.
	Saúde	Situação de saúde ou doença	Estou com um problema de saúde que pode piorar se eu prosseguir com a gravidez.	Sentir-me bem de saúde de forma a poder prosseguir com a gravidez.
	RELACIONAL	Relação conjugal/projeto parental	Qualidade da relação conjugal	A relação com o meu companheiro está numa fase muito difícil.
Reação do companheiro à gravidez			O meu companheiro não aceitou a gravidez.	O meu companheiro ter reagido bem e ter aceite a gravidez.
Suporte percebido do pai do bebé			Não tenho o apoio do pai do bebé.	Ter o apoio do pai do bebé.
Suporte		Suporte percebido da família	Não tenho o apoio da minha família.	Ter o apoio da minha família.
		Suporte percebido da rede de amizades	Não tenho o apoio dos meus amigos.	Ter amigos que me apoiassem.
		Suporte percebido dos serviços da comunidade	Não conheço pessoas que me possam ajudar.	Conhecer pessoas que me pudessem ajudar.
		Suporte percebido dos serviços de saúde	Não senti apoio na atitude dos profissionais de saúde para prosseguir com a gravidez.	Sentir maior apoio na atitude dos profissionais de saúde para prosseguir com a gravidez.
		Influência do suporte	As minhas amigas decidem assim quando não querem ou não podem ter o bebé.	Ter exemplos à minha volta que, na mesma situação, tivessem prosseguido com a gravidez.
		Sofrer algum tipo de pressão para fazer IVG	Sinto-me pressionada por pessoas próximas de mim.	Não sofrer pressão de pessoas próximas.
SOCIAL	Rendimentos e condições de trabalho	Influência da situação laboral	Não tenho as condições de trabalho que me permitam prosseguir com a gravidez.	Ter condições de trabalho que me permitissem prosseguir com a gravidez .
		Influência da situação económica	Não tenho rendimentos suficientes para sustentar a minha família.	Ter rendimentos suficientes para sustentar a minha família.

Tendo havido uma boa adesão ao preenchimento do questionário, e tendo-se percebido que esta era uma população receptiva à colaboração, percebeu-se que deveríamos melhorar a estrutura do questionário juntando-se alguns dados sociodemográficos, de forma a se poder caracterizar e conhecer as mulheres que recorrem à consulta de IVG.

Assim sendo, num segundo momento, procedeu-se à segunda fase da implementação dos questionários. Neste segundo momento foram recolhidas 40 respostas (grupo 2), tendo os questionários sido implementados entre Janeiro e Março de 2017, na mesma consulta e no mesmo Hospital.

Consideram-se assim dois grupos:

Grupo 1 – 31 mulheres utentes da consulta de IVG do hospital público – questionário realizado em Dezembro de 2016

Grupo 2 – 40 mulheres utentes da consulta de IVG do hospital público – questionário aplicado entre janeiro e Março de 2017.

9.2.1. Caracterização sociodemográfica das participantes do questionário – Grupo 2

De acordo com o anteriormente descrito, consideram-se então os dois grupos:

Grupo 1- 31 mulheres utentes da consulta de IVG - não se recolheram dados sociodemográficos

Grupo 2 - 40 mulheres utentes da consulta de IVG, entre Janeiro e Março de 2017

Responderam ao questionário 2, 40 mulheres que frequentaram a consulta de IVG, entre Janeiro e Março de 2017, num Hospital Público do distrito de Lisboa. Para a caracterização destas mulheres identificou-se: a nacionalidade, a idade, o grau de instrução, a relação com o companheiro e o número de filhos, a experiência de gravidez e de IVG.

a) No que concerne à nacionalidade, a grande maioria (29 participantes) eram mulheres portuguesas, e 5 eram mulheres provenientes da Ucrânia, Angola e Brasil. 6 participantes não responderam.

b) Relativamente às idades, a média de idades destas mulheres ronda os 28 anos, sendo que a mais velha tinha 41 e a mais nova 16. Das 40 mulheres que responderam ao questionário, 23 tinham entre 20 e 35 anos, 3 tinham menos de 20 e 8 tinham mais de 35. 6 mulheres não responderam a esta questão.

c) No que diz respeito ao grau de instrução das mulheres, 13 participantes referiram ter o ensino secundário, 12 referiram ter o 3º ciclo do ensino básico, 5 obtiveram a licenciatura e 2 concluíram os estudos no 1º ciclo. 8 mulheres não responderam à questão.

d) Relativamente à situação face ao mercado de trabalho, mais de metade das mulheres encontravam-se empregadas (21 participantes), seguidas de 8 que se encontravam desempregadas. 4 eram estudantes e 7 mulheres não responderam a esta questão.

e) Quanto ao conhecimento sobre o seu estado de gravidez, a maioria das mulheres (17) descobriu que estava grávida duas semanas antes do momento da realização da IVG. 9 descobriram há mais de 3 semanas e 7 descobriram uma semana antes da IVG. 7 participantes não responderam à questão.

f) No que concerne à relação com o companheiro ou ao facto de terem filhos, 17 mulheres que efectuaram a IVG vivia em regime de coabitação, 14 não vivia e 9 não responderam à questão. Relativamente ao número de filhos anteriores à IVG, 14 das mulheres referiu não ter filhos, 9 já tinha um filho, 7 tinha dois filhos e 4 tinham 3 ou mais. Apenas uma mulher tinha 5 filhos (maior número de filhos). 6 das mulheres não responderam.

g) Relativamente à experiência anterior de uma IVG ou de uma gravidez, entre as mulheres que efectuaram a IVG no momento do preenchimento do questionário, 15 mulheres nunca tinha realizado uma IVG anteriormente, 9 tinham realizado 1 e apenas 1 mulher já tinha realizado duas. 15 mulheres não responderam a esta questão. Esta foi a questão que teve uma maior percentagem de não respostas.

h) Relativamente ao tempo de gestação no momento da realização da IVG, a maioria das mulheres não respondeu a esta questão. Por outro lado, as respostas mostram que 15 participantes estavam entre 6 e 9 semanas quando interromperam a gravidez, 8 estavam de 6 semanas, 5 estavam de 5 semanas e 3 estavam com 10 semanas. Tendo em conta as respostas recolhidas na amostra, conclui-se que em média as mulheres descobriram a gravidez às 5 semanas de gestação, e ao fim de 2 semanas, portanto com 7 semanas de gestação, realizaram a IVG.

Em síntese, sobre a caracterização sociodemográfica:

a) No que concerne à nacionalidade, a grande maioria (72,5% -29-) eram mulheres portuguesas;

b) Relativamente às idades, a média de idades destas mulheres ronda os 28 anos, sendo que a mais velha tinha 41 e a mais nova 16;

c) No que diz respeito ao grau de instrução das mulheres, 32,5% -13- refere ter o ensino secundário, 12,5% -5- obteve a licenciatura e 20% -8- das mulheres não responderam à questão;

d) Relativamente à situação face ao mercado de trabalho, mais de metade das mulheres encontravam-se empregadas (52,5% -21-).

Relativamente aos dados sobre a gravidez e decisão de IVG:

a) Quanto ao conhecimento sobre o seu estado de gravidez, a maioria das mulheres (42,5% -17-) descobriu que estava grávida duas semanas antes do momento da realização da IVG.

b) Relativamente ao tempo de gestação no momento da realização da IVG, a maioria das mulheres não respondeu a esta questão. Por outro lado, as respostas mostram que 20% -8- das mulheres estavam de 6 semanas quando interromperam a gravidez.

c) No que concerne à relação com o companheiro, 42,5% -17- das mulheres que efectuaram a IVG vivia em regime de coabitação, 35% - 14- não vivia e 22,5% -9- não respondeu à questão.

d) Relativamente à experiência anterior de uma IVG ou de uma gravidez, entre as mulheres que efectuaram a IVG no momento do preenchimento do questionário, 37,5% - 15- das mulheres nunca tinha realizado uma IVG anteriormente, 22,5% tinham realizado uma vez anterior; 15 mulheres não responderam à questão.

9.3. Apresentação e discussão dos dados do estudo exploratório: Análise combinada das respostas aos questionários - Grupo 1 e Grupo 2

Na leitura dos resultados dos questionários, agregámos as respostas das participantes do primeiro e segundo questionário.

No que diz respeito às respostas à primeira pergunta do questionário, nomeadamente “o que a leva a não prosseguir com a gravidez?”:

- A resposta que mais mulheres assinalaram foi “Não desejo estar grávida nesta fase” (44 respostas), seguido de “não tenho as condições de trabalho que me permitam prosseguir com a gravidez” (37 respostas).

- Em terceiro lugar assinalaram igualmente “não tenho rendimentos suficientes para sustentar a minha família” e “já tenho filhos e não desejo ter mais agora” (34), seguida de “acho que prosseguir com esta gravidez vai dificultar a concretização dos meus planos a

nível académico/ profissional” (22) e, por último, “a relação com o meu companheiro está numa fase muito difícil” e “acho que vou lidar bem com esta decisão” (10).

- Todas as outras respostas foram selecionadas por um número inferior a 10 mulheres.

A um nível geral, analisando o número absoluto de respostas por categoria, poder-se-ia concluir que os factores pessoais têm maior influência no que diz respeito às razões que levaram as mulheres a decidir interromper a gravidez (137 respostas num total de 252). No entanto, ao fazer uma média ponderada entre o número de respostas selecionadas e o número de itens por categoria, conclui-se que são os factores de ordem social que têm maior destaque (32 respostas por item), seguidos dos factores de ordem pessoal (12) e só depois de os de ordem relacional (9).

Por sua vez, ao fazer uma análise mais abrangente, quando nos ocupamos das sub-categorias de factores que levaram a que as mulheres decidissem não prosseguir com a gravidez, tendo em conta a média ponderada de respostas, notamos que a diferença entre os factores sociais e os factores pessoais é menos acentuada. Os rendimentos e condições de trabalho (35 respostas por item) prevalecem ligeiramente sobre o desejo e expectativas de vida (33 respostas por item), ou seja, a principal razão que as leva a interromper a gravidez é o facto de não terem condições socioeconómicas, seguidas do facto de não desejarem estar grávidas naquele momento e de considerarem que a gravidez dificultará a concretização dos seus planos académicos e/ou profissionais.

Estas respostas poderão indicar-nos a dinâmica existente entre o desejo/expectativas/planos de vida de cada mulher e a realidade onde está inserida, nomeadamente ao nível dos rendimentos e condições de trabalho, isto é, a forma como cada mulher entende que a realidade da sua situação económica e profissional lhe permite ou não concretizar os seus planos. Arriscamos dizer que os factores sociais são o pano de fundo para a construção do desejo, isto é, uma mulher sonha consoante a realidade lhe permite.

Também a influência percebida da relação conjugal e/ou projeto parental de cada mulher pesa na decisão de interromper a gravidez, apesar de com uma preponderância menor. O facto de não sentirem apoio por parte do companheiro e do mesmo não ter aceite a gravidez, influência a que as mesmas optem pela IVG. Por outro lado, de acordo com as respostas, esta decisão prende-se também com atitudes morais, nomeadamente 10 mulheres

identificaram que acham que vão lidar bem com esta decisão e por isso são capazes de a tomar.

Tendo em conta a análise por subcategorias, o que as leva a interromper a gravidez é, por ordem de influência:

- 1º - Rendimentos e condições de trabalho;
- 2º - Desejo e expectativas de vida;
- 3º - Relação conjugal/projecto parental;
- 4º - Atitudes morais e valores religiosos

É de salientar que nenhuma mulher identificou o facto de achar que o embrião não é um ser humano, o que demonstra que as representações do bebé não são uma questão para estas mulheres, nem tão pouco o facto de não terem sentido apoio na atitude dos profissionais de saúde para prosseguir com a gravidez, bem como não terem sentido apoio das redes de amizade.

Uma leitura possível de ser feita, tendo em consideração os resultados e sendo fiel à ordem de itens identificados pelas mulheres, seria:

“não desejo estar grávida nesta fase porque não tenho as condições de trabalho que me permitam prosseguir com a gravidez, não tenho rendimentos suficientes para sustentar a minha família, já tenho filhos e não desejo ter mais agora, acho que prosseguir com esta gravidez vai dificultar a concretização dos meus planos a nível académico/profissional, a relação com o meu companheiro está numa fase muito difícil, e por isso acho que vou lidar bem com esta decisão”.

No que concerne à segunda questão, designadamente “o que a levaria a prosseguir com a gravidez?”, em primeiro lugar é de notar uma clara diluição das respostas, uma vez que não há nenhum item que não tenha sido assinalado. As respostas mais assinaladas foram “ter condições de trabalho que me permitissem prosseguir com a gravidez” e “ter rendimentos suficientes para sustentar a minha família” (32 respostas), ou seja, os rendimentos e condições socioeconómicas como os factores mais determinantes.

A segunda resposta mais identificada nesta questão foi “tenho o desejo de ser mãe” (23 respostas), seguida de “apesar de já ter filhos, desejar ter mais agora” e “ser possível conciliar a gravidez com os meus planos a nível académico/ profissional” (18), o que mostra que o factor do desejo de maternidade se sobrepõe ligeiramente às expectativas de vida. Em quarto lugar assinalaram “desejar estar grávida nesta fase” e “ter o apoio do pai do bebé” (17) e em

quinto lugar “acreditar que seria uma boa mãe” e “acho que o aborto é uma experiência que pode ter riscos para mim” (15). Todas as outras respostas foram selecionadas por um número inferior a 10 mulheres.

Tal como na questão número 1, analisando o número absoluto de respostas por categoria, poder-se-ia concluir que são também os factores pessoais que pesam mais na eventual decisão de prosseguir a gravidez (145 respostas num total de 290). No entanto, tendo em conta a média ponderada, conclui-se que, para uma mulher colocar em hipótese prosseguir com a gravidez, são os factores de ordem social (rendimentos e condições de trabalho) que terão maior importância - 32 respostas por item. Por outro lado, contrariamente à primeira questão - “o que a leva a interromper a gravidez” - , os factores de ordem relacional, nomeadamente a relação conjugal/projecto parental, bem como o suporte sentido, ganham maior relevância, significando que, para estas mulheres, a qualidade da relação, o suporte sentido pelo companheiro e o suporte sentido pelos familiares/amigos/comunidade, são factores que as mesmas dão maior importância para poder prosseguir a gravidez. Significa assim que as suas relações e o suporte que sentem, têm maior influência para prosseguir a gravidez, do que para interromper a mesma, isto é, a relação conjugal e o suporte sentido são vistas como uma força e influenciam positivamente a opção de prosseguir a gravidez.

Analisando ao nível das sub-categorias, tendo em conta a média ponderada, os factores que levariam estas mulheres a prosseguir a gravidez seriam maioritariamente os rendimentos e as condições de trabalho, seguidos do desejo e expectativas relativas à maternidade. Comparando as repostas entre o que as levaria a prosseguir a gravidez e o que as leva a interromper a gravidez, destaca-se de forma evidente o desejo de maternidade (19 respostas por item quando ponderam prosseguir vs 5 respostas quando justificam a interrupção), indicando então os resultados que uma das principais razões que levaria estas mulheres a prosseguir a gravidez é o facto de terem o desejo de ser mãe.

Como terceiro factor surgiu o desejo e expectativas de vida (ser possível conciliar a gravidez com os planos a nível académico/profissional, e desejar estar grávida nesta fase). Também o papel da relação conjugal/projecto parental (apoio do companheiro) ganha importância no projecto a longo prazo, bem como as representações relativas à experiência de IVG como “penso que o aborto pode ter riscos para mim”. De notar ainda que também o papel do suporte ganha importância, no sentido em que várias mulheres identificaram que se tivessem o apoio da família, amigos e comunidade ponderariam prosseguir a gravidez.

Relativamente ao que as levaria a prosseguir a gravidez, de acordo com a análise por subcategorias, influência prioritariamente:

- 1º - Rendimentos e condições de trabalho;
- 2º - Desejo e expectativas relativas à maternidade
- 2º - Desejo e expectativas de vida;
- 3º - Relação conjugal/projecto parental;

Por outro lado, o que passou a ser assinalado e que não tinha sido identificado quando perguntadas sobre o que as levava a interromper a gravidez, foi o facto de prosseguirem a gravidez se sentissem maior apoio dos profissionais saúde e também o facto de saberem que o embrião é um ser humano.

Uma leitura possível de ser feita, tendo em conta os itens identificados pelas mulheres, seria:

“se eu tivesse rendimentos e condições de trabalho que me permitissem prosseguir com a gravidez, como tenho o desejo de ser mãe e apesar de ter filhos desejo ter mais agora, eu prosseguiria a gravidez se fosse possível conciliar a gravidez com os meus planos académicos/profissionais”.

O facto de na segunda pergunta ter havido uma diluição de respostas e de todos os itens terem sido assinalados (enquanto que na primeira questão os itens relativos ao apoio dos profissionais, apoio dos amigos e a questão do embrião como um ser humano não foram assinalados), pode-nos remeter para a ambivalência e para a necessidade que esta situação tem de ser pensada. Ao ponderar prosseguir com a gravidez, estas mulheres identificam mais factores de influência relativamente a interromper a gravidez, sendo estes maioritariamente os rendimentos e condições de trabalho, o desejo de ser mãe, e só em terceiro lugar o projecto de vida (as expectativas, os planos, o já ter filhos e desejar mais, ...).

Quadro n.º 10: Síntese dos factores de influência da decisão, de acordo com os dados dos questionários

Factores de influência	
Interromper a gravidez	Prosseguir a gravidez
Rendimentos e condições de trabalho	Rendimentos e condições de trabalho
Desejo e expectativas de vida	Desejo e expectativas relativas à maternidade

Relação conjugal/projecto parental	Desejo e expectativas de vida
Atitudes morais e valores religiosos	Relação conjugal/projecto parental
Desejo e expectativas relativas à maternidade	Representações do bebé

Fonte: elaboração própria com fundamento nos resultados dos questionários

Pelos dados desta amostra percebemos que há um contrabalanço claro na influência recíproca entre os factores pessoais e os factores sociais, identificando-se a ambivalência dinâmica entre as expectativas e a realidade. O factor de influência mais estável dos resultados são os rendimentos e condições de trabalho: “não tenho rendimentos e condições de trabalho, logo não desejo estar grávida nesta fase”. O que desejamos está obviamente condicionado pela forma como percebemos a realidade. Tal facto confirma a necessidade de mulheres em discernimento sobre a gravidez, saberem que apoios existem, concretamente a nível pessoal, social, jurídico e de inserção profissional.

Por sua vez, o desejo da gravidez é o factor mais instável, daí a falar-se em ambivalência. Como se viu pela segunda pergunta, existe o desejo de maternidade nestas mulheres, mas não nesta fase; em alguns casos sobretudo pelas condicionantes externas, designadamente os rendimentos e condições de trabalho, o percurso profissional ou académico, bem como a relação conjugal.

Por último, não queríamos deixar de referir que o momento da aplicação dos questionários poderá ter enviesado algumas respostas, pois estas mulheres preencheram os questionários no momento da primeira toma da medicação, numa altura vulnerável em que muitas delas poderiam estar a justificar a si próprias a razão da sua decisão.

Em suma, de acordo com as dimensões de análise anteriormente equacionadas, e com a recolha de respostas, considera-se que a decisão de prosseguir ou interromper a gravidez é influenciada por:

a) Razões sociais – a situação laboral e a situação económica são os factores de maior influência na decisão, no sentido em que se as mulheres não tiverem condições de trabalho que permitam prosseguir a gravidez, nem rendimentos suficientes para sustentar a família, a probabilidade de interromper é maior e, caso tenham as condições de trabalho e os rendimentos, mais facilmente prosseguirão com a mesma;

b) Razões pessoais – perante uma gravidez não planeada há um dilema entre a situação de gravidez, as expectativas e os planos de vida de cada mulher, e a realidade onde cada uma está inserida. Ou seja, a decisão de prosseguir ou interromper a gravidez é influenciada pela forma como cada mulher entende que a gravidez vem dificultar ou permitir a concretização dos planos de vida, tendo em conta o contexto e a realidade onde se encontra. Retira-se dos questionários que, apesar de muitas mulheres terem o desejo de ser mães, naquele momento não desejam estar grávidas, porque não têm as condições que lhes permitam concretizar os planos e os desejos de vida que têm;

c) Razões relacionais – a relação conjugal, o projecto parental e o suporte sentido seja através dos familiares, amigos ou profissionais, é importante para as mulheres, mas não é a dimensão prioritária de influência na decisão. Contudo, se o suporte e a reacção do companheiro não for satisfatório, terá uma maior influência para interromper, ao passo que se for satisfatório, não terá a mesma influência para prosseguir.

No que respeita à pergunta aberta, relativa ao que as poderia fazer mudar de decisão, apenas 22 mulheres responderam. O maior número de referências relaciona-se com as condições financeiras e estabilidade profissional; oito participantes afirmaram que neste momento nada as levaria a mudar de ideias; uma respondeu que seria essencial ter uma relação estável com o pai do bebé; outra referiu que seria necessário os próprios pais aceitarem a gravidez; uma admitiu que a relação terminou na sequência de violência doméstica. Duas participantes responderam:

“Ter um trabalho melhor onde tivesse mais rendimentos. O apoio da minha família, amigos, pai da criança é muito importante e uma relação estável ajuda, neste caso não tinha o apoio da minha família, o pai do bebé aceitou a gravidez, mas dizia não querer trabalhar e eu sozinha não iria conseguir prosseguir com a gravidez derivado ao que recebo no meu trabalho que é um part-time e sem ajuda da minha família não ia ter condições, se tivesse o apoio e a ajuda necessária prosseguia com a gravidez, CLARO.”

“O facto de saber que é um ser com vida e que a decisão é péssima e pesa, ter uma filha e saber como é bom as fases deles.” – o peso da experiência de maternidade.

10. Estudo de caso: IPSS Apoio à Vida – Linha telefónica de emergência nacional de apoio a mulheres grávidas em discernimento

10.1. Caracterização da IPSS Apoio à Vida

O campo empírico de observação estabeleceu-se no Apoio à Vida. O Apoio à Vida é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, nascida em 1999, e tem como missão acompanhar mulheres grávidas ou puérperas (e suas famílias) em situação de especial vulnerabilidade social, económica e/ou psicológica. Os seus principais objetivos são ajudar, acolher e formar todas as mulheres grávidas e/ou mães, em que tal situação as impede de assegurarem, sozinhas, o nascimento e educação dos seus filhos (cf. Relatório e Contas 2017, cedido pela Instituição).

A atividade da Instituição rege-se por 3 valores principais:

1. Vida - É sempre possível transformar uma gravidez inesperada numa Vida desejada;
2. Esperança - É sempre possível, mesmo numa situação aparentemente desesperada, construir um futuro com mais Esperança;
3. Trabalho - É sempre possível valorizar e dignificar o Trabalho, por mais simples e elementar que este possa parecer.

O Apoio à Vida trabalha através de 4 valências distintas, nomeadamente:

- a) O Gabinete de Atendimento Externo, onde são recebidos os primeiros pedidos de ajuda e que podem vir de qualquer mulher com dúvidas ou não, sobre a sua gravidez. O apoio prestado é sobretudo ao nível social, psicológico, de procura de emprego e formação;
- b) Um Gabinete de Inserção Profissional, que inclui uma escola de formação – Escola de Talentos - que pretende proporcionar uma formação intensiva com vista a uma integração laboral mais eficaz;
- c) O Programa Vida Nova, que consiste no acompanhamento regular às famílias apoiadas em contexto domiciliário, e tem em vista trabalhar com a família e promover as suas competências parentais e sociais;
- d) A Casa de Santa Isabel, uma casa de acolhimento temporário que pretende dar resposta as mulheres grávidas ou puérperas que se encontrem numa situação de maior vulnerabilidade.

O corpo técnico especializado do Apoio à Vida é constituído por 5 assistentes sociais, 3 psicólogas, 1 técnica de inserção profissional, além de um importante núcleo de voluntários (médicos, enfermeiras, consultores jurídicos, entre outros), distribuídos pelas quatro valências anteriormente apresentadas. Conta ainda com serviços de apoio administrativo e contabilístico, de apoio logístico e de divulgação e angariação de fundos junto de particulares e empresas.

10.2. Caracterização da Linha telefónica de emergência nacional de apoio a mulheres grávidas em discernimento

O Apoio à vida pretende chegar a um número cada vez maior de mulheres com dúvidas e incertezas relativamente à sua gravidez, e de garantir que nenhuma delas se sente sozinha ou que tenha de decidir interromper ou prosseguir a gravidez condicionada pelo medo, desespero ou pressão. Tendo em conta que muitas mulheres que descobrem uma gravidez inesperada se sentem ambivalentes em relação à mesma, a Instituição criou uma linha telefónica de emergência, que funciona de forma gratuita e confidencial, e que está disponível 24 horas por dia, 365 dias por ano.

Esta linha permite estar 100% disponível para apoiar, em tempo útil, as mulheres que se encontram em tempo legal para realizar IVG, dando uma resposta imediata a todas as questões, dúvidas e/ou pedidos de ajuda recebidos por mulheres grávidas. Tal facto possibilita uma actuação descentralizada e oferece um espaço de reflexão a todas as mulheres com dúvidas relativamente à sua gravidez. A linha tem como objetivo esclarecer, informar e apoiar todas as mulheres com dúvidas, de forma a que a sua decisão possa ser tomada de forma livre, consciente e informada.

A equipa técnica do Apoio à Vida oferece também a disponibilidade de resposta presencial no distrito de Lisboa, no máximo em 48 horas. Esta resposta presencial pode ser feita apenas com a pessoa que liga, em casal ou em família, conforme a motivação de quem liga, e pretende apoiar no discernimento e tomada de decisão. Na sequência deste encontro presencial (que pode ser feito no exterior ou através de um atendimento na Instituição), pretende-se apoiar a mulher na construção do seu plano de acção, definidos os próximos passos a curto prazo, e compreendendo de que forma o Apoio à Vida poderá ser útil na sua concretização. Nos casos em que as chamadas são realizadas por alguém fora do distrito de Lisboa e que pretende um encontro presencial, a equipa dispõe de uma rede de outras

instituições e voluntários locais para quem pode encaminhar, que se encontram disponíveis para dar resposta em tempo útil. Por fim, e de acordo com a decisão e o plano de acção definido, caso a pessoa pretenda, existe a possibilidade de acompanhamento na gravidez (se for essa a decisão) ou de encaminhamento e/ou articulação para outro serviço/resposta/organização.

Tendo em conta o objecto de estudo da investigação, considerou-se que, do ponto de vista da compreensão e descoberta, seria adequado e pertinente optar pela realização de um estudo de caso focado na linha de emergência do Apoio à Vida, como forma de explorar aprofundadamente o campo de investigação.

O estudo de caso permite preservar as características holísticas dos acontecimentos (cf. Yin, 2002) e, tendo o Apoio à Vida uma linha de emergência que recebe pedidos de ajuda de mulheres grávidas em discernimento, faria todo o sentido utilizar a linha como meio de investigação, por proporcionar informação muito significativa e privilegiada sobre o suporte sentido pelas mulheres na tomada de decisão e o suporte prestado pelos profissionais nesse mesmo momento.

O estudo de caso utiliza necessariamente diferentes procedimentos, tais como a documentação, o registo em arquivos, as entrevistas, a observação directa, a observação participante e os artefactos físicos. Neste sentido, o investigador não pode utilizar apenas uma fonte de pesquisa (cf. Yin, 2002). Consequentemente, utilizaram-se diversos meios de investigação que se complementaram entre si, nomeadamente a observação directa e observação participante, a análise documental, as entrevistas semi-estruturadas, bem como a informação recolhida segundo diferentes perspectivas dentro e fora da organização). Deste modo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a dois grupos: à equipa técnica que atende os telefonemas da linha de emergência, e a mulheres que foram grávidas em discernimento e ligaram para essa mesma linha a pedir apoio.

10.3. Entrevistas semi-estruturadas a profissionais da linha de emergência e mulheres que foram grávidas em discernimento

Como referido anteriormente, uma das fontes de investigação utilizadas e que permitiu um contacto próximo e significativo com o objecto de estudo, foi a entrevista semi-estruturada. Uma vez que a investigadora pretendia conhecer não só a perspectiva das mulheres grávidas,

como dos profissionais, foram elaborados dois guiões de entrevista, com objectivos e questões diferentes, uma vez que os públicos eram distintos.

Apesar de existir um guião de condução da entrevista, organizado em função desses mesmos objectivos definidos, as entrevistas não seguiram uma ordem rígida, o que permitiu acompanhar os discursos das entrevistadas e ir acrescentando novas perguntas sempre que se tornava pertinente, tendo em conta as informações e os dados que iam sendo recolhidos, mas nunca perdendo o foco e o objectivo das mesmas, adquirindo uma maior riqueza na informação recolhida (cf. Flick, 2005).

Em virtude de a investigadora estar relacionada com a Instituição (na medida em que na sequência deste estudo, surgiu a oportunidade de a própria integrar a equipa do Apoio à Vida, como Assistente Social), e dado que os dois grupos de participantes estão também relacionadas com a Instituição - uma vez que ou são mulheres que num determinado momento pediram ajuda e foram acompanhadas, ou são as próprias profissionais - a relação de confiança estabeleceu-se naturalmente, o que facilitou a condução das entrevistas, tendo havido uma enorme colaboração de ambas as partes. Na realização das entrevistas, houve um cuidado por parte da investigadora para intervir apenas o indispensável, de forma a que as entrevistadas fossem as protagonistas e os seus discursos fossem o mais rico possível, não estando restringidos a perguntas directivas, tendo por isso abertura para respostas livres e pouco influenciadas pelas questões (cf. Guerra, 2006).

Estas entrevistas foram realizadas presencialmente, entre Dezembro 2017 e Maio de 2018, tendo sido necessário adaptar o calendário de pesquisa da investigadora à disponibilidade dos profissionais e das mulheres que aceitaram colaborar neste estudo. Deste modo, foram realizadas 6 entrevistas junto de profissionais, entre os quais 3 assistentes sociais e 3 psicólogas, que fazem acolhimento social através da linha de emergência. Foram, também, realizadas entrevistas a 6 mulheres que ligaram para a linha de emergência no momento de discernimento da gravidez. Dessas mulheres, 5 decidiram prosseguir com a gravidez e têm hoje os seus filhos, e 1 decidiu interromper a gravidez. Todas elas ligaram para a linha de emergência há mais de um ano e foram agora contactadas pela investigadora, pedindo-lhes para colaborarem com este estudo.

10.3.1. Caracterização das seis mulheres grávidas em discernimento

Relativamente às características das participantes que foram grávidas em discernimento,

- a) No que concerne à nacionalidade duas das participantes são portuguesas, uma é são-tomense, uma cabo-verdiana, uma angolana e uma brasileira;
- b) No que diz respeito às idades, situam-se entre os 24 e os 44 anos de idade;
- c) No que respeita ao grau de instrução têm ente o 8º ano e a licenciatura;
- d) Relativamente à situação face ao mercado de trabalho, 4 das entrevistadas estavam empregadas no momento da entrevista e 2 encontravam-se desempregadas;
- e) Nenhuma das participantes coabita com o companheiro;
- f) No que concerne à experiência de maternidade, todas as participantes já tinham pelo menos 1 filho (sendo que o máximo foi 6 filhos);
- g) No que refere à experiência de IVG, 4 das participantes já tinham realizado uma IVG. Das 6 entrevistadas, apenas 1 optou por interromper a gravidez, as outras cinco optaram pela maternidade.

10.3.2. Caraterização das seis profissionais da linha de emergência

Relativamente às características das seis profissionais da linha de emergência,

- a) No que concerne à nacionalidade, todas as profissionais são portuguesas;
- b) No que diz respeito às idades, variam entre os 27 e os 39 anos de idade;
- c) No que respeita ao grau de instrução e formação profissional, apresentam-se os seguintes percursos:
 - Licenciatura em Psicologia - área Clínica, Mestrado em Terapia Familiar e realização de uma especialização em Estudos da Família e Intervenção Familiar - 1º ano do Doutoramento;
 - Mestrado Integrado em Psicologia Clínica Sistémica;
 - Mestrado Integrado em Psicologia Clínica Sistémica;
 - Licenciatura em Serviço Social;
 - Licenciatura em Serviço Social, Mestrado em Política Social, Pós-Graduação em Protecção de Crianças em Perigo e Intervenção Local;
 - Licenciatura em Serviço Social, Pós-Graduação em Ciência do Bebê e da Família, frequência de formação especializada em Intervenção Sistémica e Familiar.
- d) Relativamente ao tempo de serviço no Apoio à Vida, uma das participantes pertence à equipa há 1 ano e 5 meses, duas há 3 anos e 7 meses, uma há 4 anos, uma há 13 anos e uma há 15 anos.

10.4. Apresentação dos dados do Estudo de Caso

O campo empírico de observação estabeleceu-se no Apoio à Vida, em Lisboa. O Apoio à Vida é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, nascida em 1999, que tem como missão acompanhar mulheres grávidas ou puérperas (e suas famílias) em situação de especial vulnerabilidade social, económica e/ou psicológica

Para realizar a análise dos dados, a técnica seleccionada foi a análise de conteúdo, que pretende que o investigador não se limite apenas a uma descrição dos dados, mas a uma compreensão e atribuição de significados e sentidos dos discursos dos participantes (cf. Guerra, 2006).

Em primeiro lugar procedeu-se a uma transcrição integral das entrevistas, com uso dos registos de áudio das mesmas. De seguida, tendo em consideração os objectivos do estudo e as perguntas de investigação, sistematizou-se a informação numa grelha de análise de conteúdo. Foram criadas duas grelhas distintas, uma para as entrevistas das profissionais, e outra para as entrevistas das mulheres que foram grávidas em discernimento.

Uma vez elaboradas as grelhas, construíram-se sinopes, analisando de forma individual cada entrevista, procurando-se identificar categorias, sub-categorias, unidades de registo e unidades contextuais, recorrendo às citações correspondentes. Por fim, criou-se uma nova grelha de análise por categoria, que permitiu uma leitura transversal e holística de cada dimensão, sendo possível analisar e comparar a informação recolhida do geral para o particular. Teve-se sempre em conta a lógica individual de cada participante, onde cada elemento transcrito estava inserido num contexto, existindo por isso uma relação circular entre os dados.

Uma vez que as entrevistas foram bastante ricas e cheias de informação, e tendo em conta tratar-se apenas de uma dissertação, tiveram de ser criados critérios para restringir as dimensões aqui consideradas. Deste modo, optou-se por proceder apenas à análise das categorias que respondem directamente às perguntas de investigação.

10.4.1. Análise das entrevistas a 6 mulheres que foram grávidas em discernimento

As entrevistas às mulheres que foram grávidas em discernimento tinham como objectivo compreender o contexto em que surgiu a gravidez, como foi o momento da descoberta da mesma, com quem partilharam a notícia e qual foi o suporte que sentiram nos diferentes momentos (descoberta da gravidez, discernimento, tomada de decisão, pós decisão), tanto da parte dos companheiros, como dos familiares, amigos e profissionais.

Relativamente aos dados da gravidez, pretendia-se compreender o contexto em que surgiu a gravidez e se a mesma tinha sido uma gravidez planeada ou não. De acordo com as falas das participantes, verificamos que 5 das gravidezes foram não planeadas para aquele momento, apesar de existir o desejo de engravidar e de ser mãe, como se pode ver pelo seguinte excerto:

“Eu queria, mas não era para agora. Eu gostava de ter outro filho, ou seja, tenho 3 e gostava de ter o quarto, mas sim, mas não era para agora tão de repente”. (MGD3)

Este excerto ilustra a dinâmica referida anteriormente, na análise dos questionários, entre as expectativas/desejos de vida e de maternidade, face à realidade onde cada mulher está inserida. Apesar de terem o desejo de ser mãe, tendo em conta a situação em que se encontram (social, pessoal e relacional), as mulheres não desejam esta gravidez, e por isso ponderam realizar a IVG. Esta dinâmica é convergente com a literatura, que identifica que perante uma gravidez não planeada, há uma maior dificuldade de aceitação da mesma naquele momento concreto, devido às expectativas de vida, aos planos, ao número esperado de filhos, ao estatuto marital, à idade, à motivação para a responsabilidade da maternidade, etc (cf. Miller (1992, cit. por Noya e Leal, 1998 e por Sereno et al., 2012).

Por outro lado, uma das mulheres entrevistadas planeou a gravidez para aquele momento, tendo a mesma, portanto, sido querida e desejada, não só pela mulher como pelo companheiro. Pouco tempo depois, o companheiro acabou por rejeitar a gravidez e incentivar a mulher a interromper a mesma, passando a própria mulher a desejar igualmente interromper a gravidez. Esta situação ilustra a ambivalência que é vivida perante a notícia de uma gravidez não desejada face à pressão do companheiro e a importância de uma reflexão ponderada para uma decisão livre, consciente e informada.

No que concerne aos sentimentos vivenciados no momento da descoberta da gravidez, estes foram sobretudo sentimentos negativos e difíceis de lidar, tais como o pânico, o desespero por não estar a contar engravidar naquele momento, a solidão, sentir-se em dificuldade e sem apoio, massacrada pela sociedade por ter engravidado, a sofrer transformações no corpo, perda no tempo e no espaço. Uma das participantes referiu que inicialmente ficou sem reacção e depois foi processando lentamente a informação. Uma das maiores dificuldades que sentiu foi o facto de estar sozinha e não ter ninguém para conversar e partilhar o que estava a passar.

“A minha reacção foi péssima e fiquei perdida no tempo e no espaço. Não sabia se ligava para a pessoa, para o pai da criança neste caso, se ligava para a minha mãe, se ligava para alguém, eu não sabia com quem falar nesse momento. Então fiquei... primeiro chorei, dormi, e quando acordei estava mais calma” (MGD5)

Tendo em conta a literatura, os autores referem a dualidade dos processos conscientes e inconscientes, onde se baralham desejos com juízos de aprovação/reprovação (cf. Tachibana, 2006), mas não falam especificamente dos sentimentos vividos nestes momentos: a descoberta da gravidez, o discernimento, a decisão e o acompanhamento pós decisão, referindo apenas os sentimentos antes e depois da decisão de IVG. O que as entrevistas mostraram foi que o momento da descoberta da gravidez, principalmente de uma gravidez não planeada, é um momento por si só complexo devido não só às transformações físicas, como psicológicas e emocionais que implica, mas também por ser um momento em que as mulheres se confrontam com a realidade e se sentem sozinhas, desamparadas e confusas, como o excerto seguinte demonstra:

Senti-me confusa, acima de tudo confusa, pela situação de já ter uma filha e não ter condições para ter o segundo, são os tais parâmetros. Mas eu acho que no momento em que soube que estava grávida acho que não tive sequer reacção (...) e ao longo do dia e com o ir pensando e ir processando a informação é que fui percebendo o que é que realmente se estava a passar. (MGD6)

Relativamente aos sentimentos vivenciados na fase de discernimento e de tomada de decisão, os seguintes excertos esclarecem de forma clara a ambivalência que é vivida pelas mulheres nesta fase:

“eu estava com a IVG marcada, mas de repente eu ponderava... “eu quero ter”, assim naquela “eu não quero tirar” (...) já quando estava à espera para fazer o exame, já estava toda triste e eu a ver mais mulheres assim ali e eu pensei “cada um é livre de seguir a sua decisão”, mas sempre ficava ali a ver. Então porque é que a gente não preveniu, não é, em vez de estar aqui a vir fazer isso?” (MGD1)

“Eu senti uma consciência dentro de mim, porque é um bebé bom que eu quero tirar vida, por uma coisa de nada”. (MGD2)

Estes excertos ilustram a confusão e a incerteza que é sentida por estas mulheres, o que reforça a necessidade de estas serem devidamente apoiadas, ouvidas, e de terem o máximo de informação, de modo a que possam tomar a sua decisão da forma mais livre e consciente possível. É importante que mulheres nesta situação estejam esclarecidas, e que tenham pensado devidamente na decisão que vão tomar, tendo a consciência que é uma decisão com consequências que as próprias terão de lidar para o resto da vida, quer a decisão seja no sentido de prosseguir, quer seja no sentido de interromper a gravidez.

Por outro lado, algumas mulheres depararam-se como o facto de estarem sozinhas e isso tornar a decisão mais difícil.

“Não foi fácil aceitar esta gravidez sozinha (...) senti-me... não sei... não tenho palavras... não foi fácil para aceitar porque tanto em termos de trabalho, como da minha vida, como de tudo, não era para já. (...) com o tempo fui aceitando a gravidez (...) mas para mim não foi muito fácil não” (MGD3)

No que diz respeito aos factores de influência da decisão, foram apresentadas sobretudo razões pessoais para prosseguir a gravidez, e razões sociais para interromper, embora algumas participantes que ponderassem interromper a gravidez o fizessem devido a razões pessoais relacionadas com o desejo e expectativas de vida, nomeadamente o facto de não ter casa, não ter trabalho fixo, e já ter outros filhos a cargo.

Também o impacto das experiências realizadas anteriormente foi um factor de influência na decisão. Neste caso, umas das participantes tinha já passado por ambas as experiências, isto é, optou por realizar a IVG numa primeira gravidez, mas numa segunda gravidez optou por prosseguir a mesma, tendo por isso também a experiência de ser mãe.

“Aí teve o impacto de não tirar e tirar, já vivi os dois momentos já sei como é que é”
(MGD1).

Por outro lado, o peso da idade e da responsabilidade atribuída surgiu como um factor, na medida em que uma das participantes considerou que no passado realizou uma IVG por ser jovem, imatura, com poucas condições, mas que, actualmente, já era mais madura e, por outro lado, já tinha a experiência de ser mãe, pelo que estes dois factores conjugados tinham uma grande influência na decisão.

Estes são factores que vão de encontro aos apontados na literatura como influenciadores da decisão de realizar IVG, descritos pelos diversos autores apresentados anteriormente e sintetizados no quadro n.º 9. Um dos factores apontados como influenciador da decisão e que os resultados das entrevistas também vêm confirmar é a reacção e a pressão do companheiro (cf. Sell et al., 2015). Também o facto de não haver contacto entre a mulher e o eventual progenitor e de não haver nenhuma relação nem sentimentos, pesou na decisão de interromper a gravidez.

Surgiu também como um factor a vergonha de estar novamente a ponderar realizar uma IVG. Uma das participantes referiu ainda que o facto de ser estrangeira em Portugal, em situação irregular, sem documentos e sem conhecer um hospital, foram algumas das razões para ponderar prosseguir com a gravidez, aliado ao facto de a própria desejar criar o bebé, embora o companheiro não o quisesse.

“Eu disse [ao companheiro] “eu cheguei não tem nem dois meses, eu não conheço Portugal, eu não conheço nenhum hospital nem nenhum sítio daqui, como é que eu vou arrancar a barriga sem documento? Todas as coisas pedem documento”. Uma prima minha disse que também não sabia porque nunca tinha feito isso aqui e disse que não me aconselhava a arrancar. Então pronto. Eu disse-lhe que não, vamos criar o nosso bebé. Ele disse que não. “A minha intenção não era arrancar, mas ele estava a insistir comigo para eu arrancar.”
(MGD2)

Este excerto ilustra a ambivalência e a fragilidade em que mulheres nesta situação se encontram, e também o peso da pressão que os companheiros podem ter nesta decisão. Neste caso, a participante não só sentia não ter as condições para poder interromper a gravidez (por

estar ilegal, sem conhecer o sistema e sem saber o que poderia fazer para realizar a IVG), como tinha o desejo de ter o bebé. Contudo, uma vez que o companheiro rejeitou a gravidez e a pressionou para realizar a IVG, a mesma entrou em discernimento e cedeu à pressão, tendo feito um pedido de ajuda para interromper a gravidez. Tal facto demonstra a ambivalência que é vivida por estas mulheres e a necessidade de se sentirem informadas, escutadas e apoiadas, de forma a que possam tomar a decisão que realmente desejam.

Tendo em conta os factores que influenciaram a decisão e as razões efectivas da mesma, concluiu-se que, de acordo com os relatos das participantes, estas tomaram as suas decisões sobretudo devido ao impacto das experiências prévias (de realização de IVG e de experiência de maternidade), e também pelo facto da própria vida poder estar em risco caso realizassem a IVG, uma vez que tinham ultrapassado o tempo legal permitido para realizar a mesma. Por outro lado, uma das razões que sobressai e que traz novidade face ao que a literatura prevê, é o facto de várias participantes terem referido que uma das razões que as levaram a prosseguir a gravidez foi terem sentido o apoio por parte dos profissionais (sobretudo por médicos, assistentes sociais e psicólogos). O suporte sentido dos profissionais surgiu então como uma força para as mulheres e como algo decisivo para a sua decisão. O facto de se sentirem acompanhadas e esclarecidas, permitiu-lhes tomar a decisão com confiança. Apesar da literatura não evidenciar este tipo de apoio, as mulheres reconhecem que a “ajuda formal” foi um apoio e uma presença num momento difícil para elas.

“Para mim foi fundamental o apoio de pessoas como a minha assistente social, porque deram-me umas palavras, deram-me uma certa luz ao fundo do túnel, de esperança que a minha vida podia mudar no sentido positivo se eu quisesse. Essa dedicação e essas palavras foram muito importantes.” (MGD5)

As participantes evidenciaram que uma mulher grávida em discernimento precisa de ser devidamente apoiada, de forma a que a sua decisão não seja tomada por condições externas e pressões, mas de forma consciente e informada. Ao facultar informação e suporte emocional a estas mulheres, e confrontando-as com as suas forças e fraquezas, permite-se que as pessoas consigam mais facilmente tomar as decisões por si próprias de forma consciente e verdadeira, decidindo aquilo que é melhor para elas e aquilo que realmente desejam. Deste modo estarão mais preparadas para lidar com a decisão.

Também sobressaiu o facto de nenhuma das participantes ter tido a informação que o Hospital disponibiliza o acompanhamento pelo psicólogo e/ou assistente social no período de reflexão caso a mulher deseje. Como se referiu anteriormente, a alínea f) do artigo 16.º da Portaria n.º741-A/2007, publicado a 21 de Junho, prevê que no âmbito da consulta prévia, o médico ou outro profissional de saúde habilitado, preste todas as informações e os esclarecimentos necessários à mulher grávida ou ao seu representante legal relativamente à disponibilidade de acompanhamento psicológico e/ou por técnico de serviço social durante o período de reflexão. As entrevistas vêm demonstrar que tal facto não acontece.

“Eventualmente gostaria de saber a informação, no entanto no meu caso específico eu não iria recorrer, mas gostava de ter sabido que se quisesse teria isso disponível. Até porque procurei fora” (MGD6)

A mesma participante referiu que se sentiu pouco acompanhada a nível emocional e psicológico pelo médico que a recebeu, tendo sentido que foi um processo “mecânico” e burocrático, com pouca empatia por parte do profissional.

“A nível psicológico não senti [suporte]. Houve um cuidado na parte da explicação do processo, foi tudo cuidadoso e o enfermeiro que estive comigo foi excepcional, mas a nível psicológico não houve... não houve. Pura e simplesmente foi uma decisão que eu tomei, cheguei lá deram-me a medicação, explicaram-me tudo aquilo que eu tinha de fazer, ponto.” (MGD6)

Relativamente à pessoa com quem partilharam a notícia da gravidez, tanto partilharam com o companheiro, como com amigas. Uma das participantes preferiu não partilhar com ninguém que estava grávida, por pensar que, tendo em consideração a situação em que se encontrava, aconselhá-la-iam a abortar e, naquele momento, a mulher desejava ver todas as possibilidades e não ficar limitada a apenas uma saída possível, pelo que não contou a ninguém e procurou ajuda na internet.

“Eu tinha quase a total certeza que na hora que eu falasse que eu estava grávida, sozinha, num país, sem família, não estava junto do pai, a primeira coisa que iam falar comigo era para abortar, então isso foi mais complicado, então eu não contei para ninguém, a primeira coisa que eu fiz foi procurar na internet, porque eu pensei “na internet vou ter todas as

possibilidades também e talvez eu pudesse encontrar alguma que se parecesse mais com a minha” (MGD4)

Conforme referido anteriormente, um dos factores frequentes que leva a que uma mulher interrompa a gravidez é o facto de se sentir pressionada, não só pelo companheiro, mas também pela família e/ou amigos, acabando por vezes por agir contra a sua própria vontade e desejo inicial (cf. Sell et al., 2015). Por essa razão, de acordo com Oliveira et al. (2005), muitas mulheres não chegam a partilhar com ninguém que estão grávidas pois sabem que as pessoas à sua volta rejeitarão a gravidez e irão pressionar para que a mulher realize a IVG. O relato expresso anteriormente vem confirmar o que a teoria diz, reforçando a pressão à qual mulheres são submetidas perante uma gravidez não planeada, preferindo por isso manter em segredo a gravidez enquanto passam pelo processo de discernimento.

No mesmo sentido, quando questionadas sobre o suporte que sentiram por parte dos familiares e/ou amigos, as participantes referiram que se sentiram muito sozinhas, com pouco apoio e que as suas redes (famílias, amigos, vizinhos) apenas as apoiariam se elas tomassem a decisão que os próprios queriam, tal como o seguinte excerto ilustra:

“Estava a ver que contar com o mundo fora não ia adiantar nada, porque nesse momento é o pior momento que estás. Ninguém te dá a mão, ninguém te vai correr a mão na cabeça e ninguém te vai ajudar. Podem-te ajudar sim, mas é da maneira que eles querem. Se quem te está a ajudar e está do teu lado quer que tu faças isso, só te vai ajudar se fizeres como eles querem, porque se tu disseres “não, eu vou fazer da minha maneira”, então aí não, já não são amigos mais, já estás sozinha, outra vez.” (MGD1)

Por outro lado, uma das participantes referiu o facto de ter várias pessoas à sua volta a incentivá-la a prosseguir com a gravidez, como se pode verificar já de seguida:

“Muita gente dizia para mim “não faças isso, um dia mais tarde vais-te arrepender, pensa duas vezes antes de fazer porque se realmente veio é porque tinha de vir e é uma bênção de Deus”. Realmente eu ouvia as pessoas mais próximas da minha vida a falarem isso.” (MGD3)

Estes excertos demonstram a necessidade de apoiar estas mulheres, de deixá-las falar e ouvir qual o seu real desejo, de forma a que sejam as próprias a tomar a decisão tendo em conta aquilo que elas acham melhor para si próprias e aquilo que no seu íntimo desejam.

As respostas relativas ao desejo inicial das mulheres e, posteriormente, a sua decisão final, demonstram a ambivalência que é sentida pelas mesmas no processo de tomada de decisão. Apenas uma das entrevistadas soube desde o início que gostaria de prosseguir com a gravidez, tendo levado a mesma até ao fim. As restantes acabaram por mudar a sua decisão, tendo havido quem inicialmente desejasse interromper, mas acabasse por prosseguir com a gravidez, ou quem numa fase inicial desejasse prosseguir a gravidez, contudo acabando por realizar a IVG.

Estes resultados corroboram o que Maldonado (1988, cit. por Tachibana, 2006) defende, que no início de uma gravidez não planeada podem surgir sentimentos de rejeição, mas que estes provavelmente sofrerão uma alteração, podendo levar a uma atitude de aceitação. Tal facto reforça a ideia da necessidade de tempo e de reflexão na tomada de decisão, para que a mesma possa ser tomada de forma consciente, de acordo com o real desejo da mulher.

No que diz respeito ao suporte sentido da parte do companheiro, as participantes demonstraram que se sentiram pouco apoiadas pelos companheiros e que a maioria destes as aconselhou a interromper a gravidez, como se pode confirmar nos seguintes excertos:

““Vamos tirar não é?” Fiquei em choque porque não era a resposta que estava à espera”
(MGD1)

“Fiz teste duas vezes e acusou que estava grávida. Ele disse “vai arrancar”” (MGD2)

“Ele aceitou e primeiro tinha dito que como estava na situação que estava (...) que era para eu interromper a gravidez que ele não ia ser capaz de manobrar essa situação. Mas isso depois ficava ao meu critério” (MGD3)

“Quando eu partilhei foi uma surpresa para ambos, porque ambos não havíamos planeado, e ele também me deu a opção de se eu sabia se podia abortar. (...) ele ficou extremamente nervoso e me deixou falando sozinha e saiu. (...) Disse que não me ajudaria com nada e pelo contrário, colocou-me fora de casa. Até hoje eu tenho zero de apoio” (MGD4)

Por outro lado, duas mulheres referiram que se sentiram apoiadas pelos companheiros, tendo uma das mulheres mencionado que o facto do companheiro ter aceite a gravidez a ajudou a que também ela aceitasse a mesma:

“A primeira reacção dele até foi melhor que a minha (...) eu também estava com receio que ele me falasse noutras coisas, mas não. Então eu pensei “ele é meu filho eu também tenho de aceitar. E um filho é bom”. Então essas palavras dele naquele momento para mim foram boas.” (MGD5)

A outra participante referiu de forma satisfeita que o companheiro lhe deu todo o apoio e que a acompanhou no processo de decisão e pós decisão (neste caso, a realização da IVG):

“No meu caso foi bom, tive um bom feedback, ele deu-me total à vontade para decidir. Deu-me a opinião dele que realmente não era o indicado, no entanto, deu-me todo o apoio e acompanhou-me durante todo o processo, isso foi fantástico, tive sorte.” (MGD6)

No final das entrevistas foi proposto às participantes pensar num conselho que dariam aos profissionais de saúde que, no seu contexto de trabalho, lidem com grávidas em discernimento, para que as mesmas se pudessem sentir mais acolhidas, apoiadas e informadas.

Dos testemunhos das participantes sobressai sobretudo a necessidade de os profissionais criarem uma relação empática com as grávidas e de terem presente o lado humano, tanto dos próprios como das pessoas que acompanham. Aspectos como receber as grávidas com um sorriso, de forma a que as mesmas se possam sentir à vontade para perguntarem o que desejam, partilhar as preocupações e histórias de vida, na medida que querem, foram várias vezes referidos. Também o facto de os profissionais manterem uma escuta activa, atenta e interessada na pessoa que estão a atender, foram referidos – mais do que fazer perguntas, deixar a mulher falar livremente, sem julgamentos e discriminações.

De seguida apresentam-se alguns excertos:

“Acho que um dos fenómenos que todos os Estados se têm deparado e que todos os assistentes sociais devem lutar é por este lado humano. (...) A primeira atitude eu digo sempre assim “um sorriso muda tudo”, porque o facto de me receber com um sorriso,

independentemente de eu trazer um problema, já me deixa tranquila e à vontade para poder expor o que se passa. Porque não expor só pelo rosto que ele lança para ti, tu já ficas intimidada, percebes? Então é importante que os profissionais de saúde quando vão atender alguém, independentemente de saberem o que é que essa pessoa vai trazer, atendam com um sorriso no rosto, para que a pessoa se possa sentir bem para poder falar. Eu posso ter um problema ou uma dor, e pela forma de falar dessa mulher eu vou dizer “não, está tudo bem”, só para sair da tua frente, porque eu estou com medo que você faça algum mal por cima daquilo que eu já estou a sentir, já carrego um fardo, não tens de meter mais um fardo ainda. Então acho que é importante passar amor para essa pessoa, para primeira impressão é fundamental, para a pessoa se poder sentir bem e se poder sentar naquela sala e falar. E segundo é o não discriminação. Não discriminar a pessoa independentemente da sua situação, independentemente da raça, da condição legal da pessoa. Esses dois aspectos mudam muito, mudam mesmo, não tem noção de quanto muda.” (MGD5)

“Dar-lhes apoio, amor, carinho, a atenção que elas precisam, serem chegados a elas durante a gravidez.” (MGD3)

“Eu acho que é sobretudo a questão da relação empática. (...) Dizerem: “Independente da sua escolha, vai ficar tudo bem”. Eu acho que começava por aí, porque não é uma opinião pessoal, independente de a mulher abortar vai ficar tudo bem, se ela quiser ter o filho vai ficar tudo bem, e depois mostrar para ela possibilidades de ser encaminhada. (...) porque a verdade é que a gente está tão, estamos tão transtornadas que entrar com muitas perguntas não é bom. (...) E sair do consultório também com um “adeus, até uma próxima consulta”, que também faz parte porque eu raramente escutava isso.” (MGD4)

“Eu acho que é tentar perceber o que é que se passa na cabeça de uma grávida, e para isso é preciso deixa-la falar, entrar literalmente pela vida dela e tentar perceber o que é que se passa na vida dela e o que ela pensa, porque é uma pessoa. Tanto uma pessoa pode estar sozinha e querer ter o filho, como ter uma família e ter um marido, uma casa e um mundo perfeito e não querer ser mãe. Eu acho que acima de tudo é ter tempo de atenção e paciência, porque não é fácil, mas tentar ajudar a perceber o que se passa para tomar a melhor decisão, porque ter um filho também não é fácil. Em nenhuma das saídas sai facilmente, mas acho que acima de tudo é tempo. Hoje em dia principalmente nos hospitais públicos a correria é tão grande, os próprios médicos fazem tantas horas que já não têm cabeça para tratar as

peças como peças, e acabam por ser um pedaço como um saco de batatas - “Va toma lá a medicação e passa ao próximo” digamos assim.” (MGD6)

Como se verificou, de acordo com as participantes, os principais aspectos a ter em consideração são a construção de uma relação empática, a escuta activa, a não discriminação, a importância do sorriso e, não menos importante, a questão do tempo. Uma das participantes referiu sentir “a correria dos hospitais públicos”, em que os profissionais trabalham demasiado tempo, atendem demasiadas pessoas, e por isso acabam por fazer um trabalho mais mecânico e pouco humano/relacional. No entender da participante, “os próprios médicos fazem tantas horas que já não têm cabeça para tratar as pessoas como pessoas”, e por isso apela a que tenham mais tempo e paciência, para poder dar a atenção que cada pessoa precisa.

10.4.2. Análise das entrevistas a 6 mulheres que foram grávidas em discernimento

Uma vez concluídas as entrevistas às participantes que foram grávidas em discernimento, realizaram-se entrevistas a uma equipa de profissionais (assistentes sociais e psicólogas), que diariamente trabalha precisamente com mulheres nesta situação e que as acompanha primeiramente através de uma linha de emergência, que funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana.

As questões prenderam-se sobretudo com o procedimento instituído, com a identificação das necessidades das mulheres nestas circunstâncias, e com os benefícios que o acompanhamento social pode trazer a estas situações.

De acordo com as profissionais entrevistadas, a descoberta de uma gravidez não planeada e todo o processo de discernimento e tomada de decisão, é um momento complexo, caracterizado por uma ambivalência de sentimentos e emoções. É um período em que as mulheres se sentem muito sós, por vezes em crise e, por isso, têm necessidade de conversar e de se sentirem acompanhadas e informadas.

“Acho que a grande necessidade é poder conversar com alguém e poder expor aquilo que estão a sentir ou poder perguntar a outra pessoa – uma pessoa nova, fora da sua rede - alguma informação. Acho que a principal necessidade é esta, a necessidade de conversar e de se

sentirem acompanhadas e informadas neste caminho. Depois necessidades mais específicas depende imenso do pedido que cada pessoa faz.” (P2)

“A sensação que tenho normalmente é que a primeira coisa que as faz ligar é a aflição. Pode haver razões mais objectivas, mas eu acho que aquilo que as impele a ligar é um número de apoio, porque muitas vezes ligam e não sabem bem o que é que querem e por isso o que as fez ligar eu acho que é sentirem-se aflitas e em crise, que é quando não se sentem com ferramentas necessárias para fazer face aquilo que estão a passar. (...) Eu acho que em primeiro lugar é este movimento de procura de apoio, de amparo, de se sentirem aflitas e quererem ajuda”. (P5)

Conforme os discursos das profissionais, é essencial estar ao lado das mulheres e fazê-las sentir que não estão sozinhas, que há alguém disponível para as ouvir e para se focar apenas nelas, nos seus desejos, nas suas inquietações, alguém que as coloque no centro da questão.

“Aquilo que nós procuramos é estar ao lado das mulheres, fazer-lhes companhia porque muitas vezes sentem-se sós, sentem que estão sozinhas (...) apesar de terem muitas pessoas à volta delas, essas pessoas podem não saber deste problema que elas têm e, portanto, sentem-se sós. Outras vezes sentem-se sós porque contaram a meio mundo e cada pessoa dá a opinião de acordo com os interesses da própria pessoa, ou seja, contou ao namorado “ai vou ter de arranjar um trabalho com mais horas para tomar conta da criança”, então ele ficou preocupado com o problema que ele tem. Contou ao patrão “ai vou ter de arranjar uma substituta quando tiveres o bebé”, então o patrão fica preocupado com o problema que tem. E quem diz estes exemplos diz outros não é, cada pessoa, cada amigo, muitas vezes manifesta-se a pensar no que é que aquilo vai trazer para si próprio e não propriamente naquilo que é o bem da mulher.” (P1)

Este excerto demonstra a pressão externa sentida pelas mulheres por parte dos companheiros/familiares/amigos/colegas de trabalho, e que é feita tendo em conta os interesses de cada pessoa e não os interesses e desejos da mulher grávida. Cada pessoa cinge a sua opinião em relação à gravidez conforme o que essa gravidez convém ou não à própria pessoa, e não conforme aquilo que poderá ser o melhor para a mulher grávida e aquilo que a mesma possa ter como desejos e expectativas. De acordo com as profissionais, esse é precisamente o papel da linha de emergência: o foco é a mulher e aquilo que são os seus

desejos e objectivos. A mulher é o centro da intervenção e merece ser ouvida, escutada, apoiada, informada e acompanhada.

“Nesta altura inicial de ambivalência, elas precisam mais que tudo que pensem nelas enquanto mulheres, enquanto adultas que tinham um plano de vida e surgiu agora um evento inesperado que veio destruir esse plano.” (P4)

Por outro lado, as profissionais caracterizaram esta fase também como um momento emocionalmente confuso, em que por vezes as perguntas feitas pelas mulheres grávidas em discernimento não são concretas e derivam de uma desorganização emocional, sendo por isso necessário fazer contenção.

“É um estado de choque, é um estado de confusão de emoções, é um estado extremo de dúvida em que tudo parece frágil, tudo parece incerto, em que também sentem muito medo e, portanto, a pessoa não consegue organizar os seus pensamentos e, por vezes, toma decisões por impulsividade, por pressões, por juízos de valor que são feitos. E neste momento a pessoa ou prefere estar sozinha, ou é obrigada a estar com pessoas que emitem estes juízos de valor e que a levam a pensar em crenças que não são as suas. E, portanto, ou é isto ou é estar sozinha, porque não encontram ninguém que as oiça simplesmente, que as compreenda, que saiba vê-las além daquilo que a imagem delas transmite, além daquilo que os familiares delas, normalmente os amigos, os companheiros, que já a conhecem..., portanto eu acho que mais que tudo estas mulheres precisam deste apoio, precisam desta pessoa neutra ao seu lado, precisam de se sentir acompanhadas.” (P4)

Nestes casos, a informação que é transmitida deve ter em conta o estado emocional da mulher e aquilo que ela está capaz de compreender naquele momento.

“Eu dou a informação que me é pedida. Eu nunca dou informação que não me é pedida. Portanto pergunto, e se a própria pessoa não sabe o que é que quer saber, então vamos atrás do que ela quer saber.” (P5)

À medida que o acompanhamento vai avançando, a pessoa vai tendo mais perguntas e estas tornam-se mais claras e objectivas e são sobretudo relacionadas com dúvidas de IVG, tempos legais, procedimentos, apoios financeiros, apoios a nível da inserção profissional, bens materiais, questões médicas e questões sociais. Neste sentido, o pedido vai emergindo e vai

sendo possível perceber como é que cada mulher se posiciona face à gravidez e qual o seu desejo de maternidade. Contudo, por vezes estas dúvidas podem não ser explícitas e aparentemente a mulher não ter pedido.

“O pedido diverge muito, às vezes não têm pedido e eu acho que o nosso papel também é ajuda-las a clarificar qual é o pedido que podem ter.” (P5)

“O pedido pode não ser abortar ou prosseguir, mas pode ser “o meu pedido é falar com alguém sobre isto”, por isso isto torna-se no pedido. Não é uma decisão tomada, ou uma decisão já imaginada, mas é o pedido. Uma pessoa quando liga, mesmo que ainda não se tenha apercebido, tem sempre alguma causa por trás, por isso tento chegar a essa causa.” (P2)

O que se procura nestes telefonemas da linha é sobretudo gerar um espaço de apoio à tomada de decisão livre, consciente e informada. Para tal, de acordo com os relatos das profissionais, importa começar por compreender a situação em que a mulher se encontra, compreender se existe o desejo de gravidez e de maternidade, quais os factores que podem influenciar a decisão e quais as motivações intrínsecas e extrínsecas. Procura-se construir um caminho com a mulher, em que esta possa colocar dúvidas, inquietações e perspectivar como poderá ser o futuro prosseguindo ou interrompendo a gravidez, bem como a forma como poderá lidar com a decisão que tomar.

“Quais são os pontos a favor, quais são os pontos contra para cada uma das situações e acima de tudo perceber qual é o desejo de maternidade dela. Ela sempre desejou ser mãe? Porque é que considera interromper a gravidez? É por uma questão interna? Ela nunca quis ser mãe? Ela não quer mesmo ser mãe ou existem questões externas que estão aqui a dificultar esta decisão como por exemplo os problemas no trabalho, os problemas que vão dar com a entidade patronal, ou muitas vezes existe o pai do bebé que não aceita a gravidez e ameaça abandonar a relação, ou até mesmo a família, o peso da família, que quando a mulher vive em casa dos pais está aqui o peso da família, das questões familiares. É um bocadinho por aqui.” (P1)

“Tento perceber porque é que elas se encontram numa situação ambivalente e explorar um bocadinho isso. Porque é que ela se sente dividida? É porque não tem uma relação estável com o pai do bebé, é porque tem medo de contar os pais dela, é porque está desempregada e

já tem mais filhos e acha que este filho não vem no melhor momento e não vai ter capacidade de cuidar dele, pronto, tentar perceber um bocadinho os porquês dela para estar com estas dúvidas. E depois ajuda-la a encontrar as respostas mais acertadas para o caso dela, para que ela possa responder a essas dúvidas que tem e para que possa tomar uma decisão.” (P3)

Como identificado na literatura, sintetizado no quadro XX, e reforçado pela análise das entrevistas às mulheres grávidas em discernimento, os factores sociais, pessoais e relacionais são os factores de maior influência no discernimento. Como se pode verificar, também os relatos das profissionais vieram reforçar o impacto que esses factores, nomeadamente a pressão do companheiro, a pressão dos familiares/amigos, o suporte percebido pelos mesmos, a situação laboral e económica, os desejos e expectativas de vida e de maternidade, têm influência na decisão de realizar ou não a IVG.

O que as profissionais pretendem é criar o tal espaço de apoio à decisão, onde a mulher grávida e as suas dúvidas e motivações sejam o centro da questão, onde não haja pressão e onde a mulher se possa ouvir a ela própria e tomar a decisão que verdadeiramente deseja e sente que será o melhor para a mesma.

“(…) Fazer a mulher perceber que a decisão é dela, dar algumas questões médicas, de saúde e jurídicas, e depois fazer com a mulher um caminho em que a mulher vai reconhecendo como é que poderá ser o futuro prosseguindo com a gravidez e como é que poderá ser não prosseguindo. (...) As mulheres poderem ter um espaço onde possam colocar esta questão: porquê, se há mais opções, se não há, como é que eu vou ficar depois, como é que vai ser depois, quais é que são as consequências (P1)

Como exposto anteriormente pelas profissionais, o processo de tomada de decisão é caracterizado por uma ambivalência de sentimentos e emoções. Esta ambivalência confunde as mulheres grávidas, pelo que a escuta activa torna-se um elemento fundamental. As profissionais ouvirem as motivações intrínsecas e extrínsecas de cada mulher e repetirem aquilo que elas vão dizendo, fazendo eco, ajuda-as a chegar à sua própria resposta, seja para prosseguir ou não. O essencial é dar espaço, ouvir e calmamente repetir.

“(…) Eu vou reflectindo aquilo que ela diz e tentando fazer eco do que ela vai dizendo para ela, quase como se fosse para ela se ouvir a ela própria e ter um espelho em que lhe vai dizendo “Ok, está-me a dizer que tal...”” (P6)

“Portanto nós concentramo-nos nelas, ouvimos as dificuldades que são expressas por elas e sobretudo fazemos eco daquilo que elas dizem e é aí que nós nos colocamos, ou pelo menos - não posso falar por todas as pessoas da minha equipa - mas a minha abordagem é colocar-me numa posição neutra onde eu oiço as motivações intrínsecas e extrínsecas da mulher e coloco-me numa posição neutra e simplesmente faço eco daquilo que ela diz. Ao fazer eco daquilo que ela diz, ela própria vai chegando a uma resposta, à sua resposta verdadeira, sem ser influenciada, porque isso não é justo para ela, mas como esta ambivalência é geral e confunde a pessoa nos seus pensamentos e nas suas emoções, muitas vezes não é fácil chegar à resposta sozinha. Ao ter alguém a repetir aquilo que ela diz, começa a fazer sentido, seja para não prosseguir ou seja para prosseguir com a gravidez.” (P4)

“Eu acho que em primeiro lugar é ouvir, é dar espaço. A pessoa sentir que do outro lado tem alguém com quem possa falar porque eu acho que o grande papel da linha é, no limite, que a mulher se oiça a ela própria, que consiga pensar naquilo que se está a passar com a vida dela. Não quer dizer que seja isso que ela vem à procura, e sobretudo conscientemente, mas eu acho que o papel da linha é muito este, portanto, em primeiro lugar é criar relação e criar este espaço para a pessoa pensar e poder pôr várias hipóteses, maldizer tudo, queixar-se, chorar, o que seja... para poder depois desta reacção emocional então começar a elaborar qualquer coisa mais do ponto de vista intelectual, cognitivo, e então começar a pensar naquilo que quer ou não fazer.” (P5)

Para além da escuta activa, também a questão da neutralidade é um elemento fundamental para o funcionamento deste espaço de apoio à decisão. Este é um espaço que, segundo as profissionais tem de colocar a mulher grávida no centro e onde a decisão final tem de vir exclusivamente das conclusões que a mulher tira sozinha.

“Neste espaço nós estamos aqui só para ela, o nosso compromisso é com ela, nós estamos aqui para ajudá-la a ela, e ela sente que pode estar à vontade, que pode dizer aquilo que pensa, mesmo que não seja moralmente aceitável, porque há muitas questões que na sociedade não são moralmente aceitáveis, mas ela sabe que aqui pode contar connosco e pode desabafar e pode contar as circunstâncias em que se gerou a gravidez e como é que tudo aconteceu.” (P1)

Caso contrário, se tomar a decisão por pressões externas e por decisão de outrem, poderá não conseguir responder ao que lhe é imposto e desta maneira acabará por ser algo ainda mais difícil para o qual poderá não estar preparada. Neste sentido, o profissional tem de adoptar uma postura neutra, que simplesmente as ouve e compreende nas palavras que são ditas.

“Eu tenho de responder da forma mais neutra possível, porque esta mulher está num estado de confusão em que não sabe para que lado há de decidir e quer encontrar uma resposta a todo o custo, mas se for outra pessoa a dar-lhe essa resposta, possivelmente ela não conseguirá viver essa resposta, se não vier mesmo das conclusões que ela tira sozinha. Ela poderá não conseguir responder aquilo que lhe é imposto e isso ainda vai fazer com que ela sofra ainda mais, portanto o nosso papel aqui é simplesmente responder às perguntas que são feitas com a realidade que existe e fazer eco das motivações delas, para que elas consigam responder à conclusão, viver a conclusão que retiram desta situação. (...) Quando estão sozinhas ou quando estão acompanhadas por pessoas que não conseguem transmitir essa neutralidade, há sempre decisões que são tomadas por impulsividade e isso depois traz muitos mais riscos para a sua saúde mental e bem-estar, do que benefícios”. (P4)

Na perspectiva das profissionais, o papel das mesmas passa primeiramente por criar um ambiente acolhedor através da escuta activa e da empatia e estabelecer uma relação com a mulher grávida, e de seguida responder às perguntas colocadas por esta e fazer eco das suas motivações, procurando fazer com que cada mulher se oiça a si própria e consiga pensar na sua vida e na decisão que verdadeiramente quer tomar. De tal modo, é necessário em primeiro lugar criar este espaço neutro de apoio à decisão, para que a pessoa possa ter uma reacção emocional e depois consiga elaborar o que realmente deseja fazer.

“O nosso papel aqui é muito também no sentido de podermos ser um contributo para que a mulher neste processo de decisão não se sinta sozinha e que se sinta acompanhada e o mais possível informada para que possa tomar uma decisão esclarecida e o mais possível consciente.” (P3)

“Acho que o acompanhamento através da linha é importante para que a decisão seja mais livre e consciente porque acho que se for uma gravidez não planeada e não desejada mais facilmente as decisões podem ser não pensadas também, e se mesmo numa gravidez

planeada, quando é real torna-se mesmo quase que assustador de perceber “agora é mesmo”, muito mais duvidoso quando não é planeada e é inesperada.” (P6)

“Acho que só o facto da pessoa se sentir acompanhada, ou às vezes há pessoas que dizem “obrigada, já me fiquei a sentir muito mais calma”, acho que só isso já é logo positivo, ainda antes de pensar numa decisão final, acho que só essa parte já é uma influência mais imediata e positiva.” (P2)

Contudo, de acordo com os relatos das entrevistadas, levantam-se também algumas questões e dilemas éticos no acompanhamento de mulheres grávidas em discernimento. Estas questões prendem-se com a neutralidade, nomeadamente o facto de esta ser difícil de encontrar, sobretudo quando a perspectiva das mulheres é muito diferente da dos profissionais. No entanto, estes são precisamente profissionais e, por isso, têm de ter em consideração os procedimentos e métodos de trabalho. Uma das entrevistadas referiu que à medida que começam a conhecer as mulheres, começam também a criar empatia, e aquilo que parecia uma relação mecânica começa a ser mais suave e a relação com as pessoas começa a surgir de forma natural.

“Às vezes temos de parar e lembrar quais são os procedimentos, este é o nosso trabalho e é assim que nós temos de trabalhar. E depois até nos surpreendemos, porque começamos a conhecer melhor as mulheres, as mulheres começam a abrir mais e aquilo que parecia mecânico e que não havia ali grande empatia e que havia ali uma grande dificuldade de chegar, até se torna mais suave e as coisas até funcionam, surpreendentemente as coisas até funcionam. Mas esta neutralidade é muito difícil de encontrar.” (P1)

Também a questão da dificuldade do distanciamento e do não julgamento é difícil. De acordo com uma das entrevistadas, é importante não criar juízos de valor e sobretudo não devolver a informação com esses juízos, mas da forma mais profissional, correta e neutra possível.

“Muitas vezes quando ainda estou a falar penso “e se fosse eu? Se fosse eu como é que eu iria reagir a uma situação destas?” e, portanto, o que eu tento fazer é “não as condenar”, não julgar, porque às vezes há essa tentação e eu falo por mim, quando eu oiço elas contarem aquilo que se passou, inconscientemente estou a fazer juízos de valor ou estou a pensar, “mas porque é que ela fez assim se já sabia que isto ia acontecer?” ou então porque é que não fez

de outra maneira. E tentar depois na conversa com elas não devolver a informação com juízos de valor, o que não é fácil. Tentar devolver o mais isenta possível.” (P3)

Por sua vez, o facto de por vezes correr-se o risco de influenciar de forma negativa as mulheres foi uma questão apontada. Na perspectiva da entrevistada, as palavras têm de ser bem medidas e utilizadas num contexto favorável, o que é difícil porque num discurso directo, não é possível avaliar cada palavra que será dita e compreender se o receptor, neste caso a mulher grávida em discernimento, estará preparado para ouvir o que temos a dizer, ou será essa a informação que está à espera de receber.

“Eu acho que por vezes podemos correr o risco de influenciar de forma negativa, é preciso ter muito cuidado. As palavras têm de ser muito bem medidas e utilizadas num contexto mais favorável e, muitas vezes, numa conversa é difícil porque nós não estamos a pensar em tudo aquilo que vamos dizer no discurso, é algo que sai de uma forma mais ou menos automática, e às vezes podemos estar a dizer coisas que a outra pessoa não está à espera ou que não compreende da mesma forma que nós pretendemos que a mensagem chegue, e por isso às vezes aquilo que nós temos para dizer e para oferecer pode não ser aquilo que a outra pessoa espera do lado de lá, e então o contributo pode ser negativo. Mas eu acredito que na maioria das vezes é exactamente o contrário.” (P3)

Por fim, a questão da dificuldade em afastar os valores e crenças pessoais e produzir um discurso imparcial também foi apontada. Contudo, com a consciência que é algo que tem de ser respeitado, caso contrário estarão a impor pensamos à outra pessoa. É essencial conseguir manter a neutralidade.

“Nós apesar de sermos técnicos também temos a nossa parte emocional, as nossas crenças, os nossos valores, e isso é muito difícil enquanto profissional de saúde mental, enquanto técnico de outra vertente, por vezes é muito difícil afastarmo-nos das nossas crenças e conseguirmos produzir um discurso completamente imparcial à outra pessoa. Mas eu acho que isso, neste trabalho principalmente, eu acho que é algo que deve ser respeitado. Lá está, como eu lhe disse, deve ser algo que deve ser respeitado, porque se não for respeitado estamos a impor pensamentos à outra pessoa, pensamentos que essa pessoa pode não conseguir lidar de forma saudável.” (P4)

Sintetizando os dados recolhidas nas entrevistas às mulheres grávidas em discernimento, temos:

- Perante uma gravidez não planeada, há uma maior dificuldade de aceitação da mesma devido aos factores pessoais, sociais e relacionais;
- Os sentimentos vivenciados no momento da descoberta da gravidez são sobretudo sentimentos negativos e difíceis de lidar. É um momento complexo, com transformações físicas, psicológicas e emocionais;
- Há uma clara ambivalência de sentimentos e emoções vividos pelas mulheres nesta fase, que reforça a necessidade de estas serem devidamente apoiadas e acompanhadas;
- As mulheres sentem-se sozinhas e com pouco apoio das suas redes;
- O apoio que sentem geralmente é para pressionar para interromper ou é tendo em conta as consequências que a gravidez trará para a vida da outra pessoa;
- Os factores de influência da decisão prendem-se sobretudo com razões pessoais no caso de quem prossegue a gravidez, e razões sociais no caso de quem interrompe;
- As experiências anteriores (tanto de IVG como de maternidade) têm uma grande influência na decisão;
- As mulheres que recorreram à linha de emergência sentiram o apoio por parte dos profissionais como uma força e como algo decisivo, tendo ajudado a que tomassem a decisão com confiança;
- Nenhuma das participantes recebeu a informação que o hospital disponibiliza acompanhamento por assistente social e/ou psicólogo no período de reflexão;
- As participantes propõem que os profissionais tenham em consideração:
 - O estabelecimento de uma relação empática;
 - O lado humano de cada pessoa;
 - A importância do sorriso;
 - A importância da escuta activa;
 - O não julgamento;
 - O tempo – tratar as pessoas como pessoas, e não como processos.

Por sua vez, tendo em conta os dados recolhidos nas entrevistas às profissionais da linha de emergência, de forma a apoiar uma mulher grávida em discernimento o profissional deve ter em consideração:

- Ter como foco a mulher e aquilo que são os seus desejos e motivações;
- Estar ao lado de cada mulher e faze-la sentir que não está sozinha;
- Fazer contenção, por ser um momento naturalmente confuso e de ambivalência de sentimentos e emoções;
- A informação que transmitir deve ter em conta o estado emocional da mulher e aquilo que ela está preparada para ouvir;
- As respostas devem ser claras e objectivas, e devem responder a perguntas claras e concretas;
- Procurar gerar um espaço de apoio à decisão livre, consciente e informada (compreender a situação em que a mulher se encontra, o seu desejo de maternidade, os factores de influência, as motivações intrínsecas e extrínsecas);
- Esclarecer dúvidas e prestar informações, na justa medida das questões colocadas;
- Fazer eco e repetir aquilo que a mulher vai dizendo, de forma a que esta se possa ouvir a si própria e chegar à sua própria conclusão;
- Manter uma postura neutra, sem emitir opiniões pessoais e juízos de valor
- Fazer a mulher perceber que a decisão é dela e que é ela quem lidará com as consequências, pelo que não deve tomar a decisão por pressões externas.

Parte IV - Considerações finais

Anteriormente à legalização da Interrupção Voluntária da Gravidez, surgiram vários estudos sobre as consequências que a realização de uma IVG poderia trazer às mulheres. Os autores e os estudos supracitados na dissertação são referentes a esse período. Contudo, após a legalização da IVG, estes estudos começaram a ser escassos. A partir de 2007, são poucas as investigações sobre as consequências da IVG, bem como sobre o processo de decisão, os respectivos factores de influência e os sentimentos vividos. Passámos de um excesso de informação, a um vazio de informação e interesse.

Uma das dificuldades sentidas na realização da dissertação foi a falta de estudos recentes e, principalmente, a falta de investigações sobre o acompanhamento no processo de decisão de uma IVG. Nunca se tentou compreender se a resposta que a Lei prevê e que os hospitais disponibilizam é suficiente. Nunca se verificou uma tentativa séria de compreender se está a haver uma resposta à dificuldade da situação.

De acordo com os estudos referidos anteriormente e com os resultados da investigação, a decisão de interromper a gravidez é uma decisão muito delicada e extremamente difícil para estas mulheres. Trata-se de um momento de grande tensão nas suas vidas e que é passível de deixar marcas profundas em várias mulheres. É fundamental respeitar a decisão da mulher e compreender que esta pode estar a causar-lhe sofrimento. O estado emocional das mulheres grávidas que optam por realizar uma IVG tem de ser valorizado e requer muita atenção.

A verdade é que a legalização da IVG por opção da mulher até às 10 semanas veio desvalorizar esta questão. Durante muito tempo debateu-se se esta opção devia ser legal ou não, e os principais argumentos discutidos eram a liberdade da mulher, o direito sobre o corpo dela, a questão do feto ser vida ou não, a questão do direito à vida e o direito à liberdade. Mas em que momento é que se falou das questões sociais e emocionais?

A Interrupção Voluntária da Gravidez é muito mais que uma questão médica e técnica. Mais que uma questão médica, é uma questão social. É muitas vezes causada e influenciada por condicionantes sociais, e a forma como a mulher lida e vive depois da IVG é também condicionada por esses factores sociais. Assim sendo, como podemos excluir o social nesta questão? Como estamos a proteger e a acompanhar estas mulheres socialmente?

As condições sociais são prioritárias prevalecem sobre as condições clínicas. O processo da Interrupção Voluntária da Gravidez é muito mais do que um processo médico. Não só é preciso “curar”, há também que cuidar da pessoa. É imprescindível que esta se sinta apoiada e acompanhada, e deverá proceder-se a uma análise das suas condições pessoais, relacionais e sociais.

Uma vez que, de acordo com Guerra (2015), o caso social em saúde é identificado como uma situação em que está posta em causa a aplicação e continuação dos cuidados por factores pessoais, sociais ou relacionais – nomeadamente por incapacidade ou por impossibilidade da própria pessoa, ou por ausência da rede de suporte familiar ou informal, ou apenas porque as condições de existência não o permitem – quando ocorrem dois ou mais destes factores, os médicos e enfermeiros sinalizam e identificam como um caso social, que precisa de acompanhamento social. Por sua vez, para os assistentes sociais da saúde, todos os casos de pessoas internadas ou atendidas no hospital são casos sociais, uma vez que estão enquadrados numa visão holística da saúde, que indica o bem-estar físico, psicológico, relacional e ambiental de cada pessoa. Neste entendimento, a IVG é um caso social.

Sendo a IVG um caso social, merecerá ser devidamente acompanhada. O assistente social deve acompanhar cada pessoa de forma a garantir o seu bem-estar e as condições de saúde durante e após o período no Hospital. Conforme referido, a própria legislação prevê um período de reflexão mínimo de 3 dias. A IVG não pode ser realizada sem o Consentimento Livre e Informado da mulher. Tal facto demonstra que esta é uma situação que deve ser devidamente reflectida e que não pode ser tomada de forma impulsiva, podendo trazer consequências para a mulher. De que forma é que estamos a acompanhar devidamente a mulher neste período?

No nosso entendimento, até à data, o apoio que é prestado no âmbito da IVG não responde à complexidade da situação. Conforme vimos anteriormente, este é um momento de tensão para a mulher, em que esta se vê confrontada com vários factores, reacções e sentimentos. O espaço de reflexão pode tornar-se muito solitário e trazer ainda mais questões à mulher. Na perspectiva de Derbay (1988), a maioria das mulheres não percebe os seus reais desejos (cf. Debray, 1988 cit. por Tachibana *et al.*, 2006). Acreditamos que essa é uma das razões pelas quais a tomada de decisão é um processo tão difícil pois, sem saber, as mulheres podem estar a ir contra a própria vontade, guiando-se apenas pelo seu lado racional e consciente.

Se não tiverem o apoio do companheiro, de familiares ou de amigos, em nenhum momento lhes é apresentada uma alternativa ou uma perspectiva positiva. Em nenhum momento estas mulheres são ouvidas e encorajadas, se estiverem predispostas a tal.

Uma das propostas de reflexão prende-se com o acompanhamento por parte do assistente social e/ou psicólogo, em contexto hospitalar, a uma mulher que recorra à consulta de IVG. De acordo com a entrevista exploratória às enfermeiras do Hospital, e de acordo com a própria experiência prática da investigadora no terreno, a maioria das mulheres não solicita o acompanhamento por parte destes técnicos (assistente social e/ou psicólogo).

Na verdade, poucas mulheres recorrem ao acompanhamento pelo assistente social e/ou pelo psicólogo no hospital, mas, como se viu nos relatos das entrevistas às mulheres que foram grávidas em discernimento e que solicitaram o apoio precisamente destes profissionais, através da linha de emergência do Apoio à Vida, o apoio que elas sentiram teve um impacto muito positivo no momento da tomada de decisão, independentemente de terem prosseguido ou não com a gravidez.

Conforme dizia uma das profissionais:

“É um número ínfimo que recorre a nós. A única experiência que nós temos é: quem recorre a este apoio; normalmente, depois gosta de ter tido esse acompanhamento e, por isso, provavelmente quem pede esse acompanhamento no hospital depois fica contente.” (P2)

Então por que razão tão poucas mulheres pedem apoio? Será por vergonha? Uma das razões que pode explicar este “silêncio” é o facto de a questão da decisão da IVG ser algo pouco falado e abordado. A partir do momento em que a Lei n.º16/2007 foi aprovada, e em que deixou de ser punível a realização da IVG por opção da mulher, partiu-se do pressuposto que esta é uma decisão com pouco peso, com pouca importância. Poder-se-ia pensar “se não é punível, então certamente é porque não fará mal e não será difícil”. Mas a verdade é que continua a ser uma decisão difícil e as mulheres continuam a merecer ser devidamente apoiadas e acompanhadas.

Como se viu, este é um período caracterizado por uma ambivalência de sentimentos e de emoções, em que as mulheres estão sujeitas e expostas a pressões, tanto por parte dos companheiros, como dos familiares, amigos, vizinhos, e por vezes até dos profissionais. Não se pode ser indiferente a isto. Este é um momento sensível e invasivo na vida da mulher. Ela

tem de ser devidamente acompanhada e protegida, de forma a conseguir fazer o que realmente deseja e quer decidir. Mas por que razão não solicitam as mulheres este acompanhamento? Fará sentido este acompanhamento estar disponível?

No entender da investigadora, a participação de um assistente social no acompanhamento de um processo de IVG faz todo o sentido e é da maior importância. O assistente social encontra-se numa posição privilegiada, na medida em que tendo um conhecimento aprofundado da população, é ele quem compreende a incidência dos factores sociais no processo de saúde e doença, é ele que está preparado para articular com as instituições e utilizar os recursos em função da natureza dos desafios, contribuindo assim para o aumento da qualidade de vida das pessoas. Dentro do enquadramento legal e do respectivo contexto, aquilo que o Serviço Social pretende fazer é providenciar suporte e orientação a cada mulher, com vista a fortalecer o seu desenvolvimento pessoal, de saúde e bem-estar.

O assistente social pode ajudar cada mulher a perceber as suas reais necessidades. Nalguns casos, as mulheres poderão optar por realizar a IVG, na medida em que, desse modo poderão sentir que têm o problema resolvido. Mas na verdade o problema poderá continuar lá, dado que o problema não estava relacionado com a gravidez, mas com outro factor de nível social, pessoal ou relacional. Consideremos, por exemplo, o caso de uma mulher desempregada. É verdade que a gravidez pode agravar a situação, caso a situação não seja resolvida, mas o problema não é a gravidez. A mulher pode interromper a gravidez, mas vai continuar desempregada. O problema é o desemprego, e não a gravidez. E por vezes fazer a IVG leva a um duplo problema, é que o problema inicial mantém-se (neste caso o desemprego), mas a mulher ganha um novo problema, que neste caso pode ser a sensação de culpa, de perda, de sonho acabado. É por isso essencial que o assistente social ajude cada mulher neste processo, a identificar bem as razões conscientes e inconscientes, as motivações, a perspectivar como se sentirá com a decisão, e a procurar soluções e estratégias para lidar com os desafios que possam surgir.

Por outro lado, podem de igual modo ser suscitadas questões demográficas. Em tempos em que a taxa de natalidade é muito reduzida e que a substituição de gerações não está assegurada, sendo o índice sintético de fecundidade de 1,2 filhos por casal, de que forma estamos a promover a natalidade? Esta questão não pretende penalizar a IVG, apenas reflectir no modo como o acompanhamento no processo de decisão é feito.

Como referido anteriormente, de acordo com o relatório da Fundação Francisco Manuel dos Santos, de 2013, as pessoas desejam ter mais filhos do que aqueles que têm. Se desejam ter mais filhos do que os que têm, então significa que há constrangimentos que as condicionam e que não permitem aos jovens adultos ter o número de filhos que gostariam de ter. Para ajudar as famílias a conseguir ter o número de filhos que gostariam de ter, será necessário tentar reduzir esses mesmos constrangimentos. Estes são os identificados anteriormente, nomeadamente ao nível dos factores pessoais, relacionais e sociais.

Como se constatou, os principais motivos que levam as mulheres a decidir optar pela IVG são primeiramente os factores sociais, concretamente os rendimentos e as condições económicas. É urgente criar alternativas e soluções com vista a reduzir os constrangimentos e para as mulheres e casais poderem tomar a sua decisão tendo em conta os seus desejos, não sendo para esse efeito restringidos por estes mesmos constrangimentos.

O apoio e o suporte na decisão podem também ser importantes para ajudar cada mulher (e sua família) a identificar o verdadeiro desejo, e a definir aquilo que terá de ser feito para que esse desejo possa ser concretizado. Este é um dos papéis importantes dos assistentes sociais - para além de apoiar a decisão, ajudar a estabelecer um projecto de vida e um plano de acção, com objectivos concretos e possíveis, a curto e médio prazo, de forma a que as decisões possam ser tomadas da forma mais informada, consciente, e livre possível. Deste modo, cada pessoa conseguirá suportar as consequências da decisão, uma vez que foi pensada e ponderada com toda a informação e, por isso, com toda a liberdade.

É importante que esta decisão seja tomada pela própria mulher e não pelas pessoas à sua volta, uma vez que é a mulher quem vai ter de lidar com a sua decisão e arcar com as suas consequências, é ela quem vai viver a escolha que fizer, e por isso é uma decisão que merece ser pensada, ponderada e tomada pela mulher, com toda a liberdade, responsabilidade e consciência. É de extrema importância a mulher sentir-se apoiada nesta fase, de modo a poder ouvir-se a si mesma e a conhecer o seu real desejo, tal como Tachibana (2006) descreve (razões conscientes vs motivações inconscientes).

Por último, tendo em consideração o tema da dissertação, nomeadamente o acompanhamento social no processo de decisão de uma IVG, concretamente o papel que o Serviço Social pode ter neste campo, tendo em conta as entrevistas feitas às profissionais do Apoio à Vida, não se verificou nenhuma razão para diferenciar o acompanhamento realizado

pelo assistente social ou pelo psicólogo. No entanto, as profissionais das duas formações reconhecem a mais-valia e a importância de ser uma equipa multidisciplinar, onde as abordagens, o cruzamento dos olhares, as abordagens teóricas e metodológicas e os instrumentos de acolhimento se completam. O ideal é que estejam ambas as partes, tanto o assistente social como o psicólogo, e que esse cruzar de saberes possa melhorar o acompanhamento. Apesar das práticas profissionais não reconhecerem um lugar específico para o Serviço Social, a investigadora, de acordo com a identidade da profissão, acredita que há um lugar concreto onde o Serviço Social tem de estar presente, nomeadamente na mediação entre a mulher e os sistemas onde a mesma está inserida, na medida em que cada um dos outros profissionais trabalha uma parte da pessoa, mas ninguém trabalha o seu todo. Os assistentes sociais advogam essa abordagem holística. Por outro lado, o Serviço Social tem como campo privilegiado de actuação a área da protecção, do risco e da segurança – estas são áreas de actuação, por excelência, do Serviço Social. Podendo a IVG ser uma situação de risco e de grande fragilidade física e emocional, o assistente social é o profissional com a formação específica para este aspecto, não podendo por esse motivo estar ausente. Esta é uma área do Serviço Social na saúde. Esta é uma peça chave da coesão na sociedade.

Bibliografia

Almeida, Ana Nunes de (2009), *Para uma Sociologia da Infância - Jogos de Olhares, Pistas para a Investigação*, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Amaro, Fausto (2006), «Métodos e Técnicas de Investigação Qualitativa», Martins, Manuel Meirinho (org.), *Comunicação e Marketing Político: Contributos Pedagógicos*, vol. 1, Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, pp. 161-176.

Azevedo, Joaquim (coord.) (2014), *Por um Portugal amigo das crianças, das famílias e da natalidade (2015-2035): remover os obstáculos à natalidade desejada*. Lisboa: IFSC - Instituto Francisco Sá Carneiro.

Branco, Francisco e Maria Farçadas (2012), «O Serviço Social nos Cuidados de Saúde Primários: Contexto, Perspectivas e Desafios», Carvalho, Maria Irene (coord.) (2012), *Serviço Social na Saúde*, Lisboa: Pactor, pp. 1-22.

Canavarro, Maria Cristina, Anabela Araújo Pedrosa (2012), «Gravidez e parentalidade na adolescência: perspectivas teóricas», *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*, n.º 2, pp. 34-55.

Carvalho, Maria Irene (2003), *Reflexões sobre a profissão do Serviço Social em contexto hospitalar*, *Intervenção Social*, 28, 2003.

Carvalho, Maria Irene (coord.) (2015), *Serviço Social com Famílias*, Lisboa: Pactor

Carvalho, Maria Irene (coord.) (2015), *Serviço Social: Teorias e Práticas*, Lisboa: Pactor

Castro, Marina Castro e; Lêda Leal de Oliveira (2012), «Serviço Social e Saúde: Os instrumentos e técnicas em questão», *Lusíada. Intervenção Social*, Lisboa, n.º 39 (1º semestre de 2012), pp. 187-202.

Charmaz, Kathy (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.

Correia, Maria (1998), «Sobre a maternidade», *Análise Psicológica*, 3 (XVI), pp. 365-771.

Direcção Geral da Saúde (2017), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez – Dados de 2016*, Lisboa.

Direcção Geral da Saúde (2016), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez – Dados de 2015*, Lisboa.

Direcção Geral da Saúde (2015), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez – Dados de 2014*, Lisboa.

Entidade Reguladora da Saúde (2009), *Consentimento Informado – Relatório Final*, Porto.

Federação Internacional dos Assistentes Sociais, *A Ética no Serviço Social – Princípios e Valores*, adaptado pela assembleia geral da FIAS em Colombo Sirilanka, em Julho, traduzido por Isabel Maria Cabral.

Flick, Uwe (2005), *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*, Lisboa: Monitor.

Garcia, Sara (2007), *Eu abortei: Testemunhos reais de abortos provocados*, Estoril: Príncipia.

Granja, Berta (2008), *Assistente Social - Identidade e Saber*, Dissertação de Doutoramento em Ciências do Serviço Social, Universidade do Porto.

Guadalupe, Sónia (2010), *Intervenção em Rede: Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Guerra, Isabel Carvalho (2002), *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção: o Planeamento em Ciências Sociais*, Cascais: Príncipia.

Guerra, Isabel Carvalho (2006), *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e formas de uso*, Estoril: Príncipia Editora.

Howe, David (2009), *A brief introduction to Social Work Theory*, Londres: Palgrave Macmillan.

Instituto Nacional de Estatística (2011), *Censos 2011 - Resultados definitivos*. Obtido em 2016.

Instituto Nacional de Estatística e Fundação Francisco Manuel dos Santos (2013), *Inquérito à Fecundidade 2013*, Lisboa, Edição 2014.

Justo, João Manuel (1990), «Gravidez e Mecanismos de Defesa: um estudo introdutório», *Análise Psicológica*, 4 (VIII), pp. 371-376.

Mota, Mara (2011), *Representações Sociais da Gravidez: A experiência da maternidade em instituição*, Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Mota, Mara; Mafalda Líbano Monteiro (2014), «Intervenção psicossocial em grupo com grávidas e mães em dificuldade», *Hospitalidade*, 306, Lisboa: Instituto S. João de Deus, pp. 24-30.

Noya, Ana, Isabel Leal (1998), «Interrupção Voluntária da Gravidez: que respostas emocionais? Que discurso psicológico?», *Análise psicológica*, 3 (XVI), pp. 431-439.

Oliveira, Mariza Silva de, Izabel Barbosa, Ana Fernandes (2005), «Razões e sentimentos de mulheres que vivenciaram a prática do aborto», *RENE*, Fortaleza: v.6, n.º3, pp. 23-30.

Passarinho, Isabel (2008), «Assistente social – Percursos e Construção Identitária», *Sísifo*, 6, pp 21-34.

Patrão, Ivone, Gwen King, Miguel Almeida (2008), *Interrupção Voluntária da Gravidez: Intervenção psicológica nas consultas prévia e de controlo*, Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Pena, Maria João (2013), «A relação profissional no quadro da intervenção do assistente social», Lusíada. Intervenção social, Lisboa, n.º41, pp 55-70.

Pereirinha, José António (2008), *Política Social: Fundamentos da Atuação das Políticas Públicas*, Lisboa: Universidade Aberta

Rodrigues, Elisabete Lopes, Joana Tinoco de Faria, Maria Teresa Ribeiro (2014), «Gravidezes inesperadas que se tornam desejadas», *Hospitalidade*, 306, Lisboa: Instituto S. João de Deus, pp. 12-21.

Saleebey, Dennis (2009) (Ed), *The strenghts perspective in Social Work practice*, Boston: Pearson Education.

Sell, Sandra, Evanguelia Santos, Manuela Velho, Alacoque Erdmann, Maria Rodriguez (2015), «Motivos e significados atribuídos pelas mulheres que vivenciaram o aborto induzido: revisão integrativa», *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 49(3), pp. 502-508.

Sereno, Sara, Isabel Leal, João Maroco (2012), «Interrupção Voluntária da Gravidez: ajustamento psicológico no processo de decisão», *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*, n.º 1, pp. 65-81.

Sgreccia, Elio (2006), *Aborto – O ponto de vista da bioética*, Estoril: Princípia.

Silverman, David (1997), *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*, Londres: Sage.

Tachibana, Miriam, Laíse Santos, Cláudia Duarte (2006), «O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada», *Psychê*, X, n.º19, pp. 149-167.

Yin, Robert K. (2002)., *Estudo de caso. Planejamento e Métodos*, Porto Alegre: Bookman.

Associação para o Planeamento da Família

Artigo 142.º do Código Penal

Artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa

Decreto-Lei n.º 91/2009, de 9 de Abril

Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto

Lei n.º 4/2007, de 16 de Janeiro

Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril

Lei n.º 134/2015, de 7 de Setembro

Lei n.º 136/2015, de 7 de Setembro

Portaria n.º 741-A/2007, publicada a 21 de Junho

Portaria n.º 3/2017, publicada a 3 de Janeiro

Apêndices

Apêndice A - Questionário aplicado na consulta de IVG de um Hospital Público no Distrito de Lisboa

Declaração de Consentimento Informado

No âmbito de um estudo sobre os fatores que levam as mulheres a prosseguir ou não prosseguir com a gravidez, desenvolvido por uma instituição de apoio a grávidas – Apoio à Vida, em parceria com uma aluna de Mestrado em Serviço Social da Universidade Católica Portuguesa, vimos pedir que responda de forma verdadeira a este breve questionário. Os dados serão recolhidos de forma anónima e confidencial, e apenas serão utilizados para efeitos de estudo. Lembramos que a participação é totalmente voluntária, podendo recusá-la, se assim o entender.

Obrigada desde já pela disponibilidade e colaboração.

Catarina Sousa
Joana Tinoco de Faria
Mafalda Líbano Monteiro

-
Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este estudo e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Rúbrica: _____

Data ____ / ____ / ____

<u>Dados Sociodemográficos:</u>	
Idade:	Coabita com companheiro: Sim ___ Não ___
Nacionalidade:	Nº filhos:
Habilitações Literárias:	Nº IVG anterior:
Profissão:	Há quanto tempo descobriu a gravidez?
Situação Laboral:	Semanas de gestação:

QUESTIONÁRIO

1. O que a leva a decidir não prosseguir com a gravidez? Por favor, assinale com um X, **TODAS** as suas razões.

Acho que vou lidar bem com esta decisão.	
Sou eu que decido o que faço com o meu corpo	
Não tenho desejo de ser mãe.	
Não me Imagino a ser uma boa mãe.	
Não desejo estar grávida nesta fase.	
Acho que o embrião não é um ser humano.	
Acho que o aborto é uma experiência que não tem grandes riscos para mim.	
Já realizei um aborto e essa experiência não teve grande impacto sobre mim.	
Estou com um problema de saúde que pode piorar se eu prosseguir com a gravidez.	
A relação com o meu companheiro está numa fase muito difícil.	
O meu companheiro não aceitou a gravidez.	
Não tenho o apoio do pai do bebé.	
Não tenho o apoio da minha família.	
Não tenho o apoio dos meus amigos.	
Não conheço pessoas que me possam ajudar.	
Não senti apoio na atitude dos profissionais de saúde para prosseguir com a gravidez.	
Sinto-me pressionada por pessoas próximas de mim.	
Não tenho as condições de trabalho que me permitam prosseguir com a gravidez.	
Não tenho rendimentos suficientes para sustentar a minha família.	
Acho que prosseguir com esta gravidez vai dificultar a concretização dos meus planos a nível académico/ profissional.	
Já tenho filhos e não desejo ter mais agora.	
O facto de ser legal permite-me não prosseguir com a gravidez.	
As minhas amigas decidem assim quando não querem ou não podem ter o bebé.	
Outros:	

2. O que a levaria a decidir prosseguir com a gravidez? Por favor assinale, com um X, **TODAS** as suas razões.

Achar que não conseguiria lidar bem com a decisão de fazer uma IVG.	
Achar que esta decisão não implica apenas o meu corpo.	
Tenho o desejo de ser mãe.	
Acreditar que seria uma boa mãe.	
Desejar estar grávida nesta fase.	

Saber que o embrião é um ser humano.	
Acho que o aborto é uma experiência que pode ter riscos para mim.	
Já ter realizado um aborto e não querer voltar a passar por essa experiência.	
Sentir-me bem de saúde de forma a poder prosseguir com a gravidez.	
A relação com o meu companheiro ser melhor.	
O meu companheiro ter reagido bem e ter aceite a gravidez.	
Ter o apoio do pai do bebé.	
Ter o apoio da minha família.	
Ter amigos que me apoiassem.	
Conhecer pessoas que me pudessem ajudar.	
Sentir maior apoio na atitude dos profissionais de saúde para prosseguir com a gravidez.	
Não sofrer pressão de pessoas próximas.	
Ter condições de trabalho que me permitissem prosseguir com a gravidez .	
Ter rendimentos suficientes para sustentar a minha família.	
Ser possível conciliar a gravidez com os meus planos a nível académico/ profissional.	
Apesar de já ter filhos, desejar ter mais agora.	
Se não fosse legal, não era capaz de tomar esta decisão.	
Ter exemplos à minha volta que, na mesma situação, tivessem prosseguido com a gravidez.	
Outros:	

3. O que a poderia fazer mudar de decisão?

Apêndice B – Transcrição das entrevistas às seis mulheres que foram grávidas em discernimento (MGD)

Entrevista MGD1

Como foi o momento da descoberta da gravidez?

Bom quando eu descobri que estava grávida do segundo não é... pânico total, foi um pânico tipo “o que é que eu vou fazer agora? Ihh com dois filhos, ihh não tenho casa”. Foi um pânico total que eu não sabia onde é que ia meter-me. Depois bora lá enfrentar, logo liguei para o pai deles não é, dos meus filhos, e eu disse “ah estou grávida” e ele assim “vamos tirar não é?”. Entrei mais em pânico ainda porque por ser pai do meu primeiro filho não era a resposta que eu estava à espera, eu estava à espera de uma coisa... talvez ele podia dizer isso de outra forma ou levar essa conversa por outros meios não é, mas ele dizer-me assim logo “ah vamos tirar” logo, fiquei em choque porque não estava à espera, mas pronto, esse daí foi porque tinha mais problemas no meio e aí surgiu isso. Então, caiu o pânico e depois pensar no que é que eu vou fazer, de repente deparei-me que eu estou sozinha, então disse assim “só tenho uma solução: vou tirar. Vou tirar que é o mais fácil. Ah estou a morar na casa da minha mãe, estou com uma criança e ainda é pequenina, não vou conseguir”. Eu pensei tudo, eu não ia conseguir nada e não tinha casa, não tinha trabalho fixo, e o pensamento de tirar veio. Pronto vou tirar é o mais fácil que a gente pensa.

Nessa altura que apoio sentiu?

Nenhum mesmo, nenhum apoio mesmo, na altura dizia “estou grávida” e deparo-me com a atitude dele, que eu não estava à espera.

E depois o que é que fez?

Depois pensei em abortar, procurei a clínica, até cheguei mesmo a marcar a consulta e até fui levar os 150€ para fazer o exame, para saber de quantas semanas estava, se dava para tirar ou não, dava, fiz tudo, ficou marcada a IVG. Mas nessa semana que eu fiquei à espera da IVG, para ser chamada, comecei a pensar e também com o decorrer das coisas que começaram a acontecer, comecei a pensar melhor, mas nesse momento tive de buscar forças onde não tinha que era para pensar em mim e nos meus filhos só, porque estava a ver que contar com o mundo fora não ia adiantar nada, porque nesse momento é o pior momento que estás. Ninguém te dá a mão, ninguém te vai correr a mão na cabeça e ninguém te vai ajudar. Podem-te ajudar sim, mas é assim, é da maneira que eles querem, se quem te está a ajudar e

está do teu lado quer que tu faças isso só vai-te ajudar se fizeres como eles querem porque se tu disseres “ai não, eu vou fazer da minha maneira”, ah não, já não são amigos mais, já estás sozinha, outra vez. Foi aí então que procurei o Apoio à Vida.

Como é que procurou? Porque é que procurou? Que tipo de informação é que foi a procura e porque é que precisou de procurar o Apoio à Vida?

Procurei o Apoio à Vida devido à falta de ajuda que eu previ que eu ia ter, porque eu estava com a IVG marcada mas de repente eu ponderava... “epa eu quero ter”, assim naquela, “opa eu não quero tirar” porque anteriormente, anterior ao meu filho também, eu já tinha feito uma IVG, então essas duas experiências, ter e o não ter, já causam um impacto aí, muito difícil tomar a decisão, quem já passou por isso sabe, então como eu já tinha passado por isso eu disse assim “epa eu não vou tirar o meu filho, eu vou lutar e vou à frente”, e claro sim, posso até ter colhido consequências, mas é a minha luta, eu é que escolhi o meu caminho.

E portanto tinha a consulta marcada de IVG, mas não chegou a ir?

Marquei a consulta sim, fui à consulta, só que eu não cheguei a ir no dia da IVG, porque depois marcaram a IVG mas no decorrer daquela semana eu mudei de ideias. Nem só mudei de ideias, ao chegar mesmo na porta da clínica eu já nem conseguia entrar naquele dia, até fui, até mesmo fui no dia da marcação da IVG, fui e estava mesmo ao pé da porta mas algo me dizia assim “não vai, não vai, não vai” e eu ficava assim “eu vou entrar ou não vou entrar?” Ficava assim tipo uma barata tonta naquela porta “eu vou entrar ou não vou entrar”, até que disse assim “eu vou-me embora”. Fui e daí eu disse assim... nessa altura já tinha procurado ajuda, já estava a contar com o Apoio à Vida e disse assim “como eu já tenho uma ajuda eu vou pegar nessa ajuda e vou aproveitar a ajuda e vou seguir em frente” e disse seja lá o que Deus quiser mas eu não vou tirar!

Sente que essa ajuda foi importante para si para conseguir lidar bem com essa decisão de prosseguir a gravidez?

Foi sim, teve um impacto muito importante porque se calhar se eu não tivesse ligado nesse dia, se eu não tivesse pegado no telefone e lido o depoimento de algumas pessoas que eu estive a ler no telefone, não ajudava nada, já estava preparada, já tinha a consulta marcada mesmo, para ir, mas nesse dia lembro-me bem estava no fim de semana estava muito triste, li e comecei a ler então foi aí que mesmo deu mais um impasse. Fui na consulta já com uma dúvida, mas aquilo já afectou na minha mudança da decisão.

Depois de decidir então prosseguir com a gravidez e não fazer a IVG, qual é que foi o suporte que sentiu? Seja pela sua família, seja pelo pai dos seus filhos, seja pelo centro de saúde, seja pela clínica onde ia fazer a IVG ou o hospital, seja pelo Apoio à Vida... como é que foi o suporte?

Pela clínica já não passei lá mais. Pelo centro de saúde também só comecei a ser seguida depois, com o Dr. João, mas de família eu tive zero, do pai dos meus filhos então é zero à esquerda mesmo, é menos zero, e da família dele pior ainda. Então eu disse assim “estou nessa luta sozinha e com quem me quiser ajudar”. Mas aceitei a ajuda de toda a gente, porque é assim: pedir ajuda não é vergonha, quem dá dá e tu precisas, tu tens de pedir e não é vergonha. Aceitei a ajuda de todos que me quiseram apoiar, mas também tive muita gente que esteve contra, mas nem por isso eu me deixei abalar com isso, estiveram contra, paciência, não é a vida deles, é a minha, a minha é que estava em jogo não era a deles. E tem muita gente que passaram coisas bem piores que estavam aí a opinar a fazer com que eu fizesse ao contrário, enquanto que na vida real, mesmo que tenha sido há 30 anos, passaram pelo mesmo e passaram bem piores, mas na hora não pensam nisso. É assim, mandar boca é fácil, depois esquecem que já passaram pelo mesmo e não... pronto, esquecem.

No momento em que foi à clínica fazer a primeira consulta de IVG, a primeira consulta onde lhe foi dada a informação e onde lhe explicaram o procedimento, lembra-se?

Hmhm.

Sentiu-se esclarecida e informada e sentiu-se bem recebida e acolhida e suportada?

Não é bem um acolhimento porque tipo já era a segunda vez que eu ia nessa clínica, já mais... não sei, dá-te uma vergonha por estares aí ou dá-te... epa eu pelo menos pensei assim “eu vou destruir a vida de um ser, já pela segunda vez pelo menos”, ainda por cima com a idade que eu tinha já pensas um pouco mais que o primeiro, eu o primeiro tinha só 18 anos e eu entrei na clinica saí e não pensei em nada. Já o segundo já tinha 24 anos já são 6 anos basicamente não é, já se pensa de uma maneira diferente, a responsabilidade já é outra, a noção do que é que vais fazer já é outra, então já não entras aí com a mesma perspectiva que se entrasses aí com 18 de certeza, já estas a pensar, já pensas que o ser está vivo, já pensas em inúmeras coisas.

Sente que a idade muda muito a forma como se lida e como se vive isso?

Exactamente, mudou, pelo menos para mim mudou, porque eu lembro com 18 anos eu entrei ali, entrei lá estava feliz, estava sem noção do que é que eu estava a fazer, e saí não senti nada, ainda saí e fui comer porque estava cheia de fome, mas no segundo já entrei lá mesmo... já quando estava à espera para fazer o exame já estava toda triste e eu a ver mais mulheres assim ali e eu pensei “cada um é livre de seguir a sua decisão”, mas sempre ficava ali a ver. Então porque é que a gente não preveniu não é, em vez de estar aqui a vir fazer isso? E aí já penso mais nas coisas.

Qual é que é o apoio que acha que é preciso para uma situação como esta? Para uma mulher que se depara com uma gravidez e que pondera fazer uma IVG, que resposta é que acha que devia existir para que ela se possa sentir mais acompanhada, independentemente da sua decisão, seja ela prosseguir ou interromper a gravidez, que respostas é que esperava ter encontrado ou que respostas é que encontrou e que foram boas, ou que respostas é que encontrou e que foram más?

Independentemente de qualquer situação que tiveres, seja ela muito ruim ou muito boa, se mesmo decidiste tirar ou não, eu na minha opinião se tiveres apoio do pai é muito importante. Faz totalmente diferença, e faz totalmente diferença o modo como ele te transmite essa informação. Se ele te diz assim, e estamos juntos não é, obviamente “olha agora não vai dar... vamos ver... vamos calcular” dá para pensar, mas não quer dizer que é a resposta final da mulher, porque é assim a mulher pode pensar mas a decisão é dela, porque o corpo é dela, ela é que vai saber o que é que ela quer. Nesse momento, ela se encontrar alguém que vê que tem apoio e vê que não está sozinha naquele momento, isso é muito importante, foi isso que eu achei. Agora aquando te deparas com uma situação, o outro vira-te as costas, diz que não tem nada a ver, do tipo... é pânico total “ah estou sozinha” a primeira coisa que vais pensar é isto, “agora estou sozinha, vou-me virar, ainda por cima se tiver mais filhos vou-me virar com os meus filhos”, mais nada, é o que se pensa, mas depois acabei por ver porque é assim se não dá para encontrar no teu cônjuge tens de correr atrás e não há nada que não tem solução, a única coisa que não tem solução é a morte! Não encontras o apoio como imaginavas, imaginavas que o pai do bebé era isso e tal, mas pronto, encontras, agora tens de te apoiar no que tens e mais nada, o mais importante é que tens, vais sempre encontrar alguém para te ajudar.

Relativamente à sua primeira experiência de IVG e à que se concretizou mesmo, qual é que foi o suporte sentido na altura e que tipo de informação é que na altura procurou ou não procurou? Como é que foi essa fase para si?

Eu era muito jovem, muito jovem tinha acabado de fazer 18 anos, ainda estava naquela fase a estudar, e era noites, era sair, era vida de namorado, foi uma coisa que foi mesmo procurei na internet, até porque é assim é como eu disse, teve muita influência o cônjuge e nesse aí, nessa decisão, ele teve maior peso e eu e ele tivemos a falar e ele teve maior peso, mas aí a gente estava a ponderar aquilo, ele também estava em casa da mãe, não trabalhava, era estudante também, embora maior de idade mas era estudante e eu também a mesma coisa, a gente nunca tinha tido um filho, a gente nunca tinha passado por aquilo e eu me deixei levar pela vontade dele, não digo pressão porque eu também estava em acordo, mas porque a gente concordou e eu deixei tomar a posse maioritária, naquela vez eu não dei a voz, e depois lá está eu não estava a pensar como é que era ter um filho, a experiência foi diferente. Já na segunda vez eu engravidei aos 23 não é, eu disse assim “vou ter a minha criança, estou grávida e vou ter.” E foi assim, já foi uma resposta convicta. Já na terceira quase que eu fiz uma IVG já pensei, aí teve o impacto de não tirar e tirar, já vivi os dois momentos já sei como é que é e com a influência da idade, e isso teve um bocado de influência, por isso também mesmo ele tendo dado aí a resposta dele eu disse assim “não, não vou-te enfrentar mas vou tomar a minha decisão” e pronto, é assim, e aí com isso já se pode calcular começam aí bué conflitos não é, na maioria dos casais, quando a mulher tenta enfrentar e eles acham-se “pronto, está-me a enfrentar eu não vou fazer a vontade” é bem do tipo mas pronto...

Ultima pergunta: que indicações é que sugere a um profissional que esteja na consulta onde a mulher recebe informação sobre a IVG e sobre o procedimento? O que é que para si é importante sentir nessa consulta?

Numa consulta com um profissional que... da IVG mesmo?

Sim, neste caso foi a uma clínica privada não foi?

Sim, é uma clínica privada. Bom, vou-te ser sincera, nessa clínica não querem saber de o que é que vai acontecer, principalmente quando a pessoa paga não é... que pronto, não te dão nenhum tipo de feedback nem nada, ainda por cima se tiveres um filho já vão com aquela conversa “ah pois já tens um filho, tens de pensar como deve ser”. Esse feedback não ajuda em nada não é? Eu pelo menos com aquela pressa e com aquele nervosismo eu ia pagar, mas eu sei que eu tinha modo de fazer para não pagar, mas com aquele nervosismo, aquele tudo em cima de mim fui naquela e ainda paguei, então já não esperes que te vão dizer isso não. E nessas clínicas normalmente não te dão essa resposta. Num hospital público eu não sei porque eu fui logo a uma clínica, por isso não sei responder.

Entrevista MGD2

Como é que se sentiu quando descobriu que estava grávida?

Senti o corpo morto, fiquei enjoada. Fui à consulta com o doutor e o doutor disse que o feto estava muito bom e para não arrancar, porque eu pedi ao doutor para arrancar. O doutor disse que era um bom bebé e que não tinha nenhum problema e para não tirar, se eu queria tirar tinha de ir para outro hospital. Então eu achei bem e não tirei. E quando fui para casa e quando a minha tia me perguntou como é que a consulta correu eu disse para a minha tia que o doutor disse que o feto estava muito bom, para não tirar, e ela disse-me “você aqui não pode estar, não pode criar essa barriga aqui”. Eu disse está bem. Fui para a rua, liguei para alguém, alguém disse para não chorar e foi ter comigo acompanhar-me, que ia ligar à Doutora. Então ligou, a Doutora foi ter comigo, disse para eu não chorar, levou-me para um sítio [*casa de acolhimento*] para eu ficar mas eu não gostei e comecei a chorar, a Doutora disse para não chorar que tinha outro sítio e levou-me para esse sítio e eu gostei, por acaso eu gostei. E estou lá até hoje e tenho o meu bebé, nasceu muito bem, sem problemas, saudável. Estou bem.

Quando é que descobriu que estava à espera de bebé?

Eu viajei para Portugal no dia 11 e vim com a menstruação, a menstruação veio dia 10, 11 e 12. Eu comecei a envolver-me com o pai do meu filho dia 13. No mês a seguir a menstruação já não veio. E eu disse a ele logo “eu estou grávida” e ele disse logo “ah não pode, você já fez teste?” eu disse a ele que ainda não e ele disse para eu fazer. Fiz teste duas vezes e acusou que estava grávida. Ele disse “vai arrancar” eu disse “eu cheguei não tem nem dois meses, eu não conheço Portugal, eu não conheço nenhum hospital nem nenhum sítio daqui, como é que eu vou arrancar a barriga sem documento? Todas as coisas pedem documento”. Uma prima minha disse que também não sabia porque nunca tinha feito isso aqui e disse que não me aconselhava a arrancar. Então pronto. Quando a minha prima me levou à doutora e eu fui ao médico, o doutor disse-me que já estava de dois meses e tal e que já não podia arrancar. E ficou assim, e o meu bebé nasceu, está bom e saudável.

Quando o pai do bebé lhe disse para arrancar o bebé, qual era a sua intenção?

A minha intenção não era arrancar o bebé, eu nunca quis porque eu não gosto de arrancar gravidez, eu não gosto. A minha intenção não era arrancar mas ele estava a insistir comigo para eu arrancar. Eu disse-lhe que não, vamos criar o nosso bebé. Ele disse que não. Então eu fui para a consulta e depois eu disse que não ia tirar, disse que não tinha como, o doutor

disse que não ia pôr a minha vida em risco, que era melhor ter o bebé do que pôr a minha vida em risco. E pronto foi o que aconteceu.

E depois disse-lhe que ia continuar com a gravidez?

Disse.

E o que é que ele disse?

Oh ,no dia em que a minha prima tirou uma fotografia à minha barriga e mandou para ele, ele disse “que figura tão triste”.

Aí vocês ainda estavam juntos?

Não, não, não.

Nunca estiveram? Foi só ocasionalmente?

Quando eu vim para aqui foi ocasionalmente, mas lá em S. Tomé vivíamos juntos, mas há muitos anos. Ele era o meu homem lá em S. Tomé mas há muitos anos. Eu vivia com ele, eu tinha a minha casa e ele tinha a casa dele mas ele acompanhava-me na minha casa sempre. Ele dava-me tudo, graças a Deus é um homem que nunca virava as costas para mim. Eu não tenho razão de queixa dele quando eu vivia com ele em S. Tomé. Nunca me pôs com fome.

Ele é o pai dos seus outros filhos?

Não, eu arranquei uma barriga dele em S. Tomé antes de ele vir para Portugal. Eu estava grávida dele e arranquei porque ele mandou, ele tratou dos documentos todos, subiu no avião e veio embora para Portugal. Deixou-me grávida e eu quando descobri que estava grávida tirei porque lá em S. Tomé é a minha terra e eu conheço, não é como aqui. Eu tirei. Depois de 18 anos, porque o outro homem que eu fiquei o nosso filho já tem 16 anos, eu tive esse filho.

Quando eu vim para Portugal nós juntámo-nos e quem me fez vir foi quase ele, porque quando eu estava em S. Tomé nós falávamos no telefone todos os dias e ele perguntou porque é que eu não procurava meio para vir para Portugal, vir conhecer a Europa, ver como é que é, ficar uns 2 ou 3 anos, se gostasse ficava, se não gostasse voltava para a minha terra, porque é muito normal. Então eu disse-lhe que ia pensar mas eu pensei só um mês, rapidamente, eu disse que ia pensar mas eu pensei hoje, amanhã falei com a minha chefe e fizeram um passaporte de serviço e eu vim. E vim e depois acusei esta barriga. Até hoje ele está a reclamar que não é dele, mas é dele.

Lembra-se como é que foi quando tirou a primeira barriga?

Foi há muitos anos, não me lembro.

Não se lembra como é que se sentiu na altura?

Eu senti que já tinha um casal de filhos, com o primeiro pai dos meus filhos. Separei-me desse homem, juntei com este. Fiquei grávida, nós fizemos uma confusão e ele subiu o avião e veio embora. E deixou-me sozinha. E eu disse “eu já estou com dois filhos, não estou a trabalhar, já tenho dois filhos o que é que eu vou dar à criança para comer?”. Eu trabalhava muito mas fazia trabalho doméstico, fazia farinha mandioca, ralava de pé como um homem para pôr no fogo para mexer, fazia isso tudo para pôr na cabeça e vender, e já estou com dois filhos, como é que eu vou criar barriga de outro homem que sobe avião, vai embora e deixa-me aqui? Não, eu vou tirar essa barriga. E foi o que fiz e tirei. Mas Deus disse “a tua coisa está a vir”, que é este meu filho que nasceu! Cheguei só e olha, fiquei com barriga. E agora já tenho este filho bem grande! Eu sempre dizia para ele quando falávamos ao telefone “quando eu chegar a Portugal meu amor, eu vou dar-lhe um filho”. Nós conversávamos assim.

Então estavam mais ou menos a planear?

É. Eu dizia que ia dar um filho logo que chegasse.

E o que é que ele dizia?

Ele ficava só a rir. Porque ele também quase não tem filhos, ele só tem um filho.

E a X queria ter este filho?

Sim porque eu gostava dele. Ele é um homem bom. Ele não é um homem mau, mas ele não sei porque tornou-se, não sei se é Portugal que o tornou uma pessoa má, sei lá, os africanos quando caíem na Europa tornam-se maus. E o mau torna-se bom. Acho eu, não sei, no caso dele tornou-se mau.

Quando decidiu que ia ter o seu filho, disse isso a ele?

Quer dizer, ele nunca mais falou comigo. Eu quando ligo ele não atende, eu não fico a insistir muito com ele. Insisti muito, procurei-lhe muito, mas ele não me deu nenhuma confiança. A minha prima que é muito minha amiga e que nunca me largou desde que eu cheguei, ela uma vez tirou-me uma fotografia e mandou para ele e ele respondeu “que figura tão triste”. E eu

disse “não há hipótese com este homem, eu já não quero nada com esse homem, eu só quero que ele faça o registo do meu bebé e passe uma declaração diante do tribunal para se eu um dia quiser voltar para S. Tomé poder levar o meu bebé sem ter de lhe pedir, não quero ter nada a ver com esse homem, só quero o registo dele para o meu bebé”.

Nessa altura, em que decidiu ter o bebé e prosseguir com a gravidez, qual é que foi o apoio que sentiu?

Apoio?

Sim, que suporte, que pessoas é que sentiu que estavam à sua volta a ajuda-la?

As doutoras daqui e essa minha prima que nunca me largou, só. Foi muito importante, muito bom. No dia em que pari, estive com dor e liguei para ele e ele disse que não queria saber de nada. Ele disse quando o bebé nascer para vesti-lo com um saco, que a roupa dele ia ser de plástico. E eu disse-lhe “você disse-me para vestir o meu bebé de plástico? Credo. Você não regista o bebé?” Ele disse para eu esperar dois meses. Quando o bebé tinha dois meses eu liguei para ele e ele disse para eu esperar até o bebé ter 6 meses ou então para entregar para adopção. Acha que eu vou entregar o meu filho para adopção? Eu sacrifiquei muito. Eu criei 5, consigo criar mais um. Eu consigo! E tenho a minha Fé que vai correr tudo bem. Isso magoou-me muito ele dizer que figura tão triste e para eu dar o meu bebé para adopção. Dói muito.

O que é que sente que foi importante para si na altura em que se sentiu sozinha e sem o apoio dele?

Foi muito importante para mim a pessoa dar-me ajuda. E eu fiquei a gostar, imenso. Eu estava-me a sentir sozinha mas tive 3 pessoas a ajudarem-me, à minha volta, e senti-me mais contente.

Foi uma ajuda importante?

Muito mesmo.

Sentiu-se bem acompanhada no centro de saúde e no hospital?

Sim, o doutor conversava comigo muito bem, acompanhava todas as minhas consultas. Recebeu-me sempre alegre.

Quando disse ao doutor que queria tirar a barriga, como é que sentiu a reacção dele?

Quer dizer, eu senti uma consciência dentro de mim porque é um bebê bom que eu quero tirar vida, por uma coisa de nada

.

Mas ainda que ele tenha dito que não lhe tirava, sentiu-se apoiada por ele ou sentiu-se julgada?

Senti-me apoiada, bem apoiada.

Se pudesse dar um conselho a um profissional, seja uma enfermeira, um médico, uma assistente social, uma psicóloga, que lide com uma pessoa que está a ponderar tirar o bebê ou não, que descobriu há pouco tempo que está grávida e ainda não sabe o que é que vai fazer, que conselho é que dá ao profissional que vai ao encontro dessa pessoa, para que essa pessoa se sinta acolhida e apoiada?

O que eu deixo o apelo é que qualquer mulher como eu, se estiver grávida e estiver de 1 mês ou 2 meses, para não tirar, que Deus vai-lhe dar uma pessoa de boa Fé para ajudar essa pessoa até o bebê nascer. Uma pessoa que acolheu-me, para acolher essa pessoa também. Para essa pessoa ter o apoio que eu tive. Porque nem toda a gente tem o apoio que eu tenho. Às vezes mesmo uma pessoa com trabalho, com casa e carro não tem o apoio que eu tive. O meu primeiro pai nosso são vocês. Vocês são muito boas pessoas comigo e têm feito uma boa obra para mim. Nunca me largaram. Quando cai cama o primeiro pai nosso é por vocês. Qualquer lado que vocês estiverem com o vosso transporte, para Deus ajudar vocês.

Entrevista MGD3

Como é que foi quando descobriu que estava grávida?

Senti-me muito triste, muito debilitada, sem ninguém à minha volta, em baixo. Para mim não foi fácil porque hoje em dia neste momento já tenho 3 filhos, mas não tenho nem mãe nem pai e senti-me sem apoio de ninguém.

A gravidez foi inesperada?

Eu queria, mas não era para agora. Eu gostava de ter outro filho, ou seja, tenho 3 e gostava de ter o quarto, mas sim, mas não era para agora tão de repente.

Quando percebeu que estava grávida que suporte é que sentiu nessa altura? Com quem é que partilhou que estava grávida?

Com duas amigas, com os vizinhos mais próximos que considero como se fossem família. Falei também com a minha médica de família. Quer dizer não falei assim muito, mantive-me em silêncio assim algum tempo e depois houve uma amiga minha que então falou-me no apoio à vida e daí então eu decidi ligar para ter o apoio.

Porque é que decidiu ligar?

Porque... como é que eu hei de explicar. A gravidez não foi aceite não é, e eu queria mesmo abortar na altura. Não queria mesmo ter este filho. Daí então procurar a vossa linha e a vossa ajuda, através de uma amiga.

E procurou com que intuito?

Para fazer o aborto e tirar dúvidas. O que foi falado é que a gente só podia abortar até às 10 semanas e que se passasse mais das 10 semanas que já não se podia abortar. Eu fiquei muito em baixo, muito triste, sempre a chorar, sei que ganhei um bocadinho de depressão porque não foi fácil, mas sei que tinha de me mentalizar que se passasse das 10 semanas eu tinha que aceitar, querendo ou não querendo tinha de aceitar.

Decidiu então ter o bebé porque já tinha passado das 10 semanas?

Sim, realmente já não havia mais nada a fazer. Aconselhei-me com o médico, falei com os médicos, com o Dr. J que foi um grande médico para mim sem dúvida, apoiou-me muito durante a minha gravidez, tenho de lhe agradecer muito.

Então quando decidiu prosseguir com a gravidez, que suporte é que sentiu nessa altura? Seja dos seus vizinhos, das suas amigas, da equipa médica que a acompanhou

Ainda me senti um pouco fraca porque não foi fácil aceitar esta gravidez sozinha, sem mãe, sem pai, tenho a minha filha de 3 anos que está comigo, realmente eu tenho a guarda dela, foi-me dada a mim. Tenho os meus dois filhos mais velhos, um com 12 e outra com 16, só que realmente foram criados praticamente pelo pai, mas senti-me... não sei... não tenho palavras... não foi fácil para aceitar porque tanto em termos de trabalho, como da minha vida, como de tudo, não era para já. Queria, mas não era para já.

Voltando ao momento em que descobriu a gravidez, partilhou com o pai do bebé que estava grávida? Qual foi a reacção dele?

Ele aceitou e primeiro tinha dito que como estava na situação que estava, que ia ser detido, que era para eu interromper a gravidez que ele não ia ser capaz de manobrar essa situação. Mas isso depois ficava ao meu critério, e daí realmente eu também decidi depois, até porque não há contacto comigo e com ele, eu não gosto dele, como eu já tinha dito, não sinto nada por ele, pura e simplesmente só temos um filho em comum e aconteceu. Portanto se tinha de acontecer é porque foi uma bênção de Deus e estou aqui para o que der e vier, porque o meu filho agora para mim é tudo.

Na altura decidiram juntos interromper a gravidez?

Não, não, não. Só eu.

E depois quando decidiu então prosseguir com a gravidez partilhou isso com ele?

Sim, sim, cheguei a partilhar ainda.

E como é que sentiu a reacção do lado dele?

Sim ele ficou super feliz mas disse que não ia poder ajudar porque estava na situação que estava, mas pronto, eu também tive de aceitar uma vez que já não se podia fazer a interrupção da gravidez e pronto, com o tempo fui aceitando mesmo a gravidez, já passava a mão na barriga dava carinho na barriga, quando comecei a sentir os primeiros movimentos do meu filho (*começou a chorar*) fiquei feliz, contente, mas para mim não foi muito fácil não, porque é um filho sim, tem pai, mas eu não sinto nada por ele e não gosto do pai do meu filho, a realidade é essa. Tenho tido agora muita gente à minha volta que me tem ajudado no crescimento do S, em tudo mesmo, não há palavras. Eu pensava que não ia conseguir. Sou muito julgada, sou, em muita coisa, mas todos nós...

Hoje em dia sente-se apoiada e com suporte à sua volta?

Sim, nesta fase agora do meu filho sim, sinto.

Na altura em que pediu ajuda e em que ligou para o Apoio à Vida, a sua decisão tinha sido interromper e foi por isso que ligou, para pedir ajuda, sentiu-se bem acolhida e recebida e apoiada?

Sim, senti um grande apoio, ou seja, como é que eu hei de dizer... aliás desde que eu estou a ser seguida no Apoio à Vida a minha vida mudou completamente, em relação a mim e ao meu filho, e tenho grande apoio da vossa parte.

Alguma vez por a sua primeira intenção ter sido interromper, se sentiu julgada ou tratada de forma diferente por ter essa vontade de interromper a gravidez?

Muita gente dizia para mim “não faças isso, um dia mais tarde vais-te arrepender, pensa duas vezes antes de fazer porque se realmente veio é porque tinha de vir e é uma bênção de Deus”. Realmente eu ouvia as pessoas mais próximas da minha vida a falarem isso.

Quando ligou para o Apoio à Vida sentiu isso da parte do AV?

Senti. Senti, porque começaram-me a dizer para eu pensar bem ao telefone, se não quisesse falar marcaríamos mais tarde para falar ou então para vir a um encontro pessoal para podermos falar, e prontos, eu comecei a ver as coisas de outra maneira.

Mas então nesse momento sentiu-se julgada por estar a querer interromper a gravidez?

Um pouquinho, não muito, mas sim um pouquinho.

Da parte dos profissionais, da sua médica de família e de quem apanhou nessa fase, também sentiu isso ou não?

Não, não senti porque como eu disse eu fui seguida pelo Dr. J e foi um excelente médico e deu-me muito apoio, mentalizou-me com muita coisa que teria de ser feita e que teria de seguir aquele procedimento.

Se a C pudesse dar um conselho a um profissional que se depare com uma mulher que passe por esse discernimento, que se depare com uma gravidez inesperada que não saiba o que é que quer fazer, que conselho é que dá para que esse profissional acolha e apoie essa mulher sem julgamento e de forma mais verdadeira?

É assim... como é que eu vou dizer... ela que oiça realmente o que é que o médico lhe tem para lhe dizer e que, eu falo por mim não é, mas ela que veja o mundo de outra maneira porque é assim agora se eu tivesse abortado, se tivesse seguido com o aborto para a frente, não sei como é que estaria a minha vida mas sei que o meu filho desde que está comigo e desde que eu aceitei esta gravidez mudou muita coisa na minha vida e eu fico feliz por o meu filho estar cá e não ter feito a interrupção da gravidez.

Está-me a dar um conselho para uma mulher! Eu estou a pedir um conselho para o profissional! Se pudesse ensinar com a sua experiência, o que é que dizia a um profissional (por exemplo um médico, uma enfermeira, uma assistente social, uma psicóloga, ...) para que ele possa apoiar melhor uma mulher que passe por essa situação?

Dar-lhes apoio, amor, carinho, a atenção que elas precisam, serem chegados a elas durante a gravidez.

Entrevista MGD4

Como é que foi a descoberta da gravidez?

A primeira questão é que não só eu estava fora de Portugal como eu também estava fora, estava em Espanha apresentando um projecto e estava num grupo de pessoas em que por mais que eu pensasse que eu pudesse contar que seria uma notícia boa, o que é ridículo é que você olha para o lado e você não pode contar com ninguém, porque como eu sou brasileira e no Brasil abortar não é uma opção, abortar é crime, e eu tinha quase a total certeza que na hora que eu falasse que eu estava grávida, sozinha, num país, sem família, não estava junto do pai, a primeira coisa que iam falar comigo era para abortar, então isso foi mais complicado, então eu não contei para ninguém, a primeira coisa que eu fiz foi procurar na internet, porque eu pensei “na internet vou ter todas as possibilidades também e talvez eu pudesse encontrar alguma que se parecesse mais com a minha”. Então isso para mim foi a primeira vista porque não é somente porque eu estou sozinha, porque isso eu descobri depois, é que todas as mulheres, a primeira coisa que vão ter é escutar que o aborto é uma opção.

Quando partilhou com o pai do bebé que estava à espera de bebé, qual é que foi a reacção dele e que suporte é que ele lhe deu?

Quando eu partilhei foi uma surpresa para ambos, porque ambos não havíamos planeado, ele também me deu a opção de se eu sabia se podia abortar, se era uma opção, eu disse que não porque isso para mim nunca foi uma opção e então ele falou que me daria suporte e tudo mais, que isto seria possível, que íamos planear isso de alguma forma que ele não estava a ver uma solução. Ele ficou extremamente nervoso e me deixou falando sozinha e saiu. Pronto, eu entendi naquele momento, mas duas semanas depois é que ele pensou e disse que ia ajudar de alguma forma, porque eu não estava falando de uma questão financeira, que eu acho que ninguém nessa hora pensa que o financeiro é uma questão, mas ele mudou totalmente de ideias e disse que não me ajudaria com nada e pelo contrário, colocou-me fora de casa. Foi isto que aconteceu com a questão do pai. Até hoje eu tenho zero de apoio.

Quando contou aos seus amigos e aos seus familiares, qual é que foi o suporte que sentiu e como foram as reacções deles?

Muitos amigos, a primeira pergunta que todo o mundo faz é “e agora? O que é que você vai fazer?” Agora vou ter o filho, só isso. Quando eu contei para a minha família mesmo, minha família do Brasil que está praticamente toda no Brasil, foi a maior alegria de todos, porque lá sempre foi o ditado “onde come um comem dois, onde comem três comem quatro e assim

vai adiante”. Então a gente sabe que funciona, viver e criar isso aí é certo, eu também venho de uma família de renda super baixa e nem por isso deixei de estudar, eu sou formada, tenho duas formações superiores, viajei posterior, faço tudo o que tenho de fazer independente das condições limitadas dos meus pais, então isso nunca foi uma hipótese pensar “ai eu não tenho condições financeiras”... o que é que é realmente ter condições financeiras? Porque para um milionário nunca está suficiente, ele quer ser bilionário! Então para mim quanto à família ficou tranquilo mas quanto aos amigos aqui sempre foram as maiores preocupações, a primeira pergunta era sempre se vai abortar, se vai ter. Segunda “como é que você vai sustentar”, como se a gente também pudesse prever, o que é uma mentira porque hoje eu posso estar empregado, bem sucedido e amanhã não ter nada, e só depois é que ia falar “ah então que bom não é?”. E o que eu sempre estranhei aqui é que o pessoal sempre falava “que bom”... e eu “e a parte da empolgação? É uma vida, é um filho!”. Então não tem empolgação, aqui em Portugal realmente eu não sei porque é o limite do sentimento das pessoas, porque é que elas são bloqueadas nisto.

Quando se deparou com as reacções das pessoas, com a falta de apoio, com toda a gente a dizer vai abortar, porque é que nessa altura sentiu a necessidade de procurar ajuda na internet?

Porque eu penso que sozinha... eu não sou uma mulher maravilha, e mesmo uma mulher maravilha tem o apoio de todos os outros super homens e de todo o mundo, então eu senti a necessidade de realmente ter alguém que entendesse o que é que é uma mulher em dificuldade, sozinha, e pelos estudos que eu já fiz sobre machismo, paternalismo, eu sabia que ia ser massacrada pela sociedade e, não que a opinião ou a lei importasse, mas de certa forma é não só eu pensar no meu bem estar, mas no bem estar de outra pessoa, que era o meu filho.

Sente que conseguiria ter essa ajuda no centro de saúde e no hospital? Sente que eles estavam preparados para poder apoiar-la a esse nível ou sentiu dificuldade em encontrar e por isso teve de procurar noutro sítio?

Aqui em Portugal, sendo brasileiro, infelizmente eu não gostaria de acreditar que isso é um padrão, mas existe um padrão de discriminação muito forte entre os portugueses, a população portuguesa em geral, homem ou mulher, de qualquer género, contra a mulher brasileira. Então eu fiquei com esse receio de procurar qualquer que seja a ajuda e tendo já históricos que não era bem vista e de novo a brasileira, a mãe solteira que engravidou de um cidadão europeu simplesmente para poder ter visto ou passaporte e ser massacrada num momento de grande fragilidade porque era o momento mais feliz da minha vida – porque eu pessoalmente

e particularmente sempre quis ser mãe, sempre tive esse sonho e falava isso desde os 12 anos. Então quando eu pensei nessa possibilidade de ser massacrada, eu não queria que o meu bebê escutasse isso e eu não sei se eu estava preparada psicologicamente para ouvir isso, e também acreditava que eu não ia encontrar profissionais capacitados, quer seja no posto de saúde, por ter tentado consultar no posto de saúde e ter passado por problemas no posto de saúde, desde a mulher gritar: “Devia ter uma sala exclusiva, só para brasileiro.” Então aí eu falei com ela: “Ai, racismo? Xenofobia?” E ela ainda se pôs assim ao alto, era uma portuguesa, uma velha portuguesa. E então tinha passado por isso, então não queria passar por isso de novo não é? Infelizmente o receio que eu tinha foi o que aconteceu, quando eu já na altura procurei ajuda no posto de saúde, a primeira frase era: “Você não tem direito.” E aí foi onde eu de novo busquei informação na internet e vi lá bem claro os direitos das grávidas em Portugal e no Mundo. Mas em Portugal falava que tinha e tem direito a atendimento gratuito e a todas as consultas e tudo o mais e aos três meses foi uma luta até aos sete para conseguir um atendimento como se deve, porque até então eles falavam que eu não tinha direito, queriam que eu pagasse isso e aquilo. Na altura que eu voltei, quando estava em Barcelona e voltei para Portugal, eu não tinha trabalho, não tinha casa, não tinha nada, eu não poderia me dar ao luxo de gastar 100/200€ em ecografias. E chegando também no hospital, que eu tive uma questão no percurso, uma dificuldade no percurso, tive que ser atendida de emergência e na emergência também me falaram: “Ah, como é que você é uma mãe...” colocaram o meu caso como gravidez de risco, porque era eles escreveram bem claro: gravidez não acompanhada. E não era “não acompanhada” porque eu não queria ser acompanhada, eu queria, quem não queria eram eles. Só que no hospital, claro: “Mas nunca te deram os documentos?”, “Não.”, “Ó gente, mas é só digitar um número.” E ela pôs um Enter assim “Pronto já está.” E aquilo me matou, eu lembro de ter subido um ódio. Chego no centro de saúde, eu entreguei aquele papel para a mulher e ela falou “Ah, é verdade, era só dar um Enter.” E ela esqueceu de tudo aquilo que ela tinha falado, daquelas humilhações todas. Então foi com grande dificuldade. Eu não vi facilidade para uma mulher grávida sozinha no estrangeiro, estrangeira, ter um atendimento como se deve, um suporte como se deve nas unidades públicas, vamos dizer assim. No centro de saúde e no hospital, os dois casos foram dificuldades. Então eu busquei ajuda externa, busquei ajuda de amigos, de amigos médicos que me atenderam mesmo não tendo número de utente, ou mesmo não tendo PB4, mesmo não tendo número de inscrição, porque o PB4 eu tinha, várias coisas eu tinha. Então eles criaram uma dificuldade onde ela não existia. E a mesma coisa aconteceu na Segurança Social. Todos me disseram que eu não tinha direito, quando eu tinha direito e quando eu fiz aquilo na internet eu recebo hoje na mesma como qualquer outra pessoa.

Porque eu tenho direito, não porque eu fiz pela internet e burlei algum sistema. É simplesmente porque eu trabalhei, paguei os meus impostos como qualquer outra cidadão e só não tenho a minha residência também porque o SEF tem uma demanda muito maior do que aquilo que ele consegue atender e é um déficit do governo. E é por isso que eu também não tenho a minha residência, porque eu tenho tudo o que eles pediram e se tenho tudo o que eles pediram então tenho a minha residência. Então eles estão numa roda viva, em relação ao ponto em que estou em termos de documentação e dos lugares públicos e todos eles têm uma opinião para te dar.

Nessa altura quando foi procurar esse apoio fora do hospital e fora do centro de saúde, que tipo de apoio é que estava à procura?

Eu procurei saber principalmente um apoio psicológico, não é? Porque sempre você tem apoio ao imigrante, apoio ao alguma coisa então eu pensei que provavelmente deve ter algum apoio nesse caso, porque como eu tava sem casa, sem trabalho sem nada disso era uma possibilidade até mesmo de pedir para ser enviada de volta, ou todos se juntarem e me pagar a passagem para eu voltar. Então eu busquei uma ajuda e quando busquei ajuda caiu uma ajuda que foi essencial que era um lugar específico para as mulheres grávidas em dificuldades. Foi caiu assim como uma luva não é, a fome com a vontade de comer. E pronto, tive todo o suporte que eu esperei, que eu estava esperando encontrar eu encontrei. Que era um apoio psicológico, social em todos os aspectos, encontros e aí foi o mais engraçado: que o maior suporte que eu tive não foi só nesse lugar, que eu busquei em grupos do Facebook, mulheres mães (porque as mulheres em geral estão-se abrindo hoje no mundo para apoiar umas às outras independentemente das questões de onde vem ou como é) e aí eu descobri vários outros grupos que há: encontros de barriguinha, descobri também que há encontros de grávidas todos os segundos sábados de cada mês no centro de Lisboa ali no Martim Moniz, uma dola que faz esses encontros gratuitos para as pessoas falarem abertamente do seu parto trocaram ideias e conhecimento. Então fui descobrindo vários outros grupos, por fim não queria mais nesses grupos mas nem um deles era pelo governo, o que é triste não é? O maior apoio desses grupos realmente é privado. As pessoas pelas pessoas, pronto o que é fantástico não é, mas não é do governo. Nesses eu fui realmente recebida de braços abertos, sem opinião pessoal, simplesmente com esse suporte.

Qual é que sente que foi as vantagens, as maiores vantagens e benefícios de ter tido esse suporte? Que fizeram diferença na sua vida, que de facto a apoiaram...

Foi... o meu grupo fala assim: quando você tem o conhecimento te liberta. Então para mim buscar esses lugares era ter a certeza que eu não estava sendo enganada, ou estar a ser minimamente enganada que tem de se contar com isso, ou nem é a questão de ser enganada, o profissional de saúde de hoje que eu descobri nesses encontros, eles têm menos informação que as próprias mães. Eles trabalham num sistema quase que máquina, num sistema de produção em série e eles fazem os mesmos actos há vinte/trinta anos porque é um profissional que trabalha naquela instituição há anos e trabalha por inércia: acorda de manhã, vai lá vai tirar os bebés naquelas técnicas de 30 anos atrás, não procurou actualizar-se, o governo também não faz por isso, para que as equipas sejam actualizadas, e eles mantêm-se naquelas... então vira aquele ciclo de eu chegar lá no centro, pelo menos no hospital tive lá falando com a enfermeira e disse existe este, este, este, este e este ponto de apoio, a própria enfermeira não sabia, então uma das maiores dificuldades é isso dos profissionais não é, que não estão actualizados.

O que é que sugere aos profissionais de saúde e os profissionais de primeira linha que se depara com uma mulher que descobriu recentemente que está grávida e é uma gravidez não planeada, o que é a sua sugestão para estes profissionais sejam eles enfermeiros, médicos ou até mesmo assistentes sociais ou psicólogos para que estas mulheres se possam sentir acolhidas e apoiadas?

Eu acho que é sobretudo a questão da relação empática, aliás, nem é só a questão da empatia, mas eu acho que a primeira... no supermercado é muito engraçado, porque nos grandes supermercados você não dá por ela, mas em baixo do caixa onde se passa o produto tem lá um código, uma etiqueta de relacionamento, primeira, segunda, terceira e quarta frase. Primeira frase é bom dia e boa tarde ou boa noite, a segunda frase tem lá qualquer coisa, e a terceira frase te põe a oferecer um produto e a última frase é sempre muito obrigado, adeus e volte sempre. E isso funciona muito bem. Primeira coisa a pessoa já começa conversando com o funcionário e o funcionário não te responde, ele fala “bom dia”. Ele nunca te responde, ele sempre vai começar com bom dia. Eu acho que todos esses profissionais deveriam ter acho que quatro frases. Poderia desenvolver, dava uma tese de mestrado, as quatro frases principais – “Independente da sua escolha, vai ficar tudo bem”. Eu acho que começava por aí, porque não é uma opinião pessoal independente de a mulher se abortar vai ficar tudo bem, se ela quiser ter o filho vai ficar tudo bem e depois mostrar para ela possibilidades de ser encaminhada, dizer: “Olha, não existe instituição pública, mas existem essas privadas.” Fazer uma conexão, uma troca de informação dessas possibilidades para qualquer que seja a mãe. “Está aqui os telefones, é só você ligar” ou um folheto, ou que fique pregado ou qualquer coisa assim do tipo que elas possam... mas a primeira frase eu acho que deveria

ser assim essa: “Olha está tudo bem, independente da sua escolha vai ficar tudo bem. E vamos te orientar.” Porque é a primeira coisa porque a verdade é que a gente está tão, estamos tão transtornados que entrar com muitas perguntas não é bom, então eu acho que poderia começar assim: “Bom dia, boa tarde ou boa noite, olha eu sei que você está aqui porque você está grávida e independente da sua escolha vai ficar tudo bem.” Pronto. E sair do consultório também com um “adeus, até uma próxima consulta”, que também faz parte porque eu raramente escutava isso. Também muito raramente escutava um bom dia, de um funcionário. O record para mim, e foi filmado, foi a minha ecografia que demorou menos de um minuto e meio. Uma ecografia, um atendimento, que dura menos de um minuto e meio. Aquele momento de decisão, de ver o sexo ou isto ou aquilo, ele só ligou a máquina disse “olhe é só técnico, não precisa de saber nada, já sabe que é um menino, está tudo bem, pode ir embora”. Eu tenho isto filmado. É muito muito triste, porque é um ser humano que está vindo.

Entrevista MGD5

Como é que foi o momento da descoberta da gravidez?

O momento da descoberta da gravidez para mim foi desesperante, porque eu não contava, não tinha planeado que seria para este ano, para aquele momento. A minha reacção foi péssima e fiquei perdida no tempo e no espaço. Não sabia se ligava para a pessoa, para o pai da criança neste caso, se ligava para a minha mãe, se ligava para alguém, eu não sabia com quem falar nesse momento. Então fiquei... primeiro chorei, dormi, e quando acordei estava mais calma, peguei no telefone e como tinha uma amiga que estava mais próxima de mim falei com ela, eu disse “olha eu descobri que estou grávida, mas eu não sei o que vou fazer, não sei o que pensar, não sei se pense bem se pense mal”. E esta minha amiga disse-me “um filho é uma bênção, muitas meninas queriam ter um filho e não podem ter e dão esse amor de outra forma, adoptam, etc. Deus te deu essa dádiva, que é um Dom, é uma bênção maior porque ninguém consegue reproduzir um filho a não ser uma mulher. Se o momento não é adequado, faça com que o momento seja adequado. Aceita, agradece, vive a gravidez e esquece o resto. E pronto, vai indo”. Então essas palavras dela deram-me um conforto que me fez sentir bem, me fez sentir tranquila. Só passado uma semana é que falei com o pai do meu filho, disse “olha descobri que estou grávida, como vamos fazer?”. E ele estava longe não é, estava distante como continua até hoje, então isso criou-me um certo desconforto, e tem-me criado até hoje, porque nunca veio, mas pronto tenho conseguido gerir. Para mim foi fundamental o apoio de pessoas como a minha assistente social, porque me deram umas palavras, me deram uma certa luz ao fundo do túnel de esperança que a minha vida podia mudar no sentido positivo se eu quisesse. Essa dedicação e essas palavras foram muito importantes. No meu caso o que mais me fez falta e que me fez sentir muitas vezes triste é que eu não tinha ninguém para quem conversar fisicamente. Todo o mundo que eu queria conversar fisicamente estava longe, está longe, está em Angola. E eu aqui não tinha ninguém, fiquei “vou ligar para quem, vou chorar com quem?” Então foi importante eu conhecer a vossa equipa e ter conhecido a Associação Kamba, que me deram muito apoio, me deram sempre força, disseram para não pensar em coisas negativas, que isso não ia fazer bem a mim e muito menos ao bebé porque o bebé não tem culpa de nada. Se o bebé veio é porque tinha de vir e eu tinha de aceitá-lo e amá-lo. Então essas palavras e esse incentivo criaram-me muito amor e encheram-me de esperança, e eu comecei a ser uma mãe galinha, principalmente quando o tive nos meus braços. Foi muito importante eu passar por estas fases não muito boas, conhecer pessoas como vocês que dão esse apoio psicológico, que dão orientação de como podemos saber os sinais e os sintomas, e isso foi muito fundamental para

eu conseguir criar uma estrutura boa diante a minha gestação. Isso para mim tirou-me um peso de tal maneira que se eu não tivesse tido este apoio eu não ia conseguir gerir a gravidez e não ia ter forma de a levar até ao fim. Talvez ia ter problemas, talvez não, nunca vamos saber, mas sem esse apoio eu não seria a mesma pessoa, a mesma gestante que fui. Então essas palavras de incentivo, de amor e de afecto fizeram com que eu sentisse esta gravidez como a fase mais bonita da minha vida, ainda que do outro lado, do lado do pai, que eu queria muito que ele estivesse a viver esta gravidez comigo, estivesse a partilhar esse momento comigo da dor e não só, mas pronto, não foi assim e então contei com vocês e com este apoio social que me fez sentir enquadrada. Não me senti afastada da sociedade, muito pelo contrário senti-me íntegra, me senti apoiada, me senti como se estivesse num lar, e isso foi fundamental para que eu criasse uma estrutura boa para mim e para o meu filho. Esses momentos para mim foram muito bons e importantes.

Porque é que sentiu necessidade de pedir esse apoio?

Como eu disse, eu sempre me senti muito sozinha. Eu decidi ficar e não regressar para minha terra natal e então nesse momento eu me senti sozinha porque não tinha cá a minha mãe, não tenho ninguém, se eu chorar não tenho ninguém para me passar uma mãozinha ou para gritar comigo “calma, está tudo bem”. Não tinha nenhum familiar ou amigo aqui fisicamente comigo, todo o mundo está distante. Então quando me falaram da assistente social... qual é o papel de uma assistente social? É conversar, é procurar enquadrar as ajudas que forem possíveis, ela vai procurar, vai tentar enquadrar, e então eu disse “pronto, vou tentar também, se não for isso ao menos eu tentei”. E tentei e pronto, a reacção foi boa, foi positiva, superou a minha expectativa por um lado positivo graças a Deus. Então tem sido para mim um alicerce muito bom porque estar grávida, o pai não estar cá, não haver família aqui e tendo, agora que o meu filho veio, a situação fica ainda mais difícil porque tenho de fazer tudo sozinha, tenho de fazer tudo pensando primeiro nele e só depois em mim. Então esse apoio ajuda-me a conseguir gerir esse momento, eu tenho conseguido esse momento de mãe solteira sozinha graças a Deus bem. Eu penso um pouquinho se lá estivesse *[em Angola]* como é que estava, mas também está bem e eu tento pensar pouco nisso, porque estas palavras, as formações que me têm dado nos grupos, o acompanhamento, parece que não mas faz toda a diferença. Pelo menos deixa a minha mente sã, tranquila, consigo ter mais experiência na minha vida. Então esses todos motivos juntos eu pensei “não, eu vou pedir ajuda, bebé que não chora não mama, eu não sou um bebé, mas vou pedir ajuda, então pronto, lá vi o número no centro de saúde, liguei e falámos logo”. Lá vim e prontos, estou aqui até hoje. A minha forma de pensar, que estou num país estrangeiro e ninguém me vai ajudar,

mudou completamente. A gente tem ajuda se quiser ser ajudado também. Eu acho que a minha boa vontade de ser ajudada também contribuiu para que eu fosse bem ajudada e conseguisse seguir o caminho.

Quando contou ao pai do seu bebê que estava grávida, como é que foi a reação dele?

Ele ficou feliz, não é? A primeira reação dele até foi melhor que a minha. Ele disse “uau, vou ser pai, que bom! Nunca tive um filho, vou ter um filho, uau! Mas agora eu estou aqui com esses problemas então como é que eu vou fazer?” eu disse “não sei, sua terra é essa, você está feliz, já me deu a entender que você aceita isso na boa, não foste numa outra ideia” ... que eu também estava com receio que ele me falasse noutras coisas, mas não. “Então ele é meu filho eu também tenho de aceitar. E um filho é bom”. Então essas palavras dele naquele momento para mim foram boas.

Foi importante para si sentir esse suporte?

Foi muito importante, muito importante mesmo. Independentemente da presença física não estar, mas isso foi muito importante para mim, deixou-me mais tranquila ainda e foi mais fácil a aceitação.

Apesar da distância sente que conta com o apoio dele ou hoje em dia ele não é um suporte com que conte?

É assim, eu para não sofrer eu preferi meter na minha cabeça que sou eu e o meu filho. Se ele ligar a saber como é que nós estamos, tudo bem, vou falar, a gente faz vídeo chamadas no whatsapp e eu não quero proibir o meu filho, independentemente de qualquer situação que a gente tenha pessoal, eu não quero dar-lhe o desprazer de não conviver com o pai ainda que seja à distância, de não ouvir a voz, não saber a voz dele. Então para mim isso é o bonito desta relação, enquanto for possível para mim está tudo bem, eu deixo e eu cultivo esse amor dentro dele, falo do pai porque tem de ser assim. Se um dia ele tiver alguma coisa para descobrir ele vai descobrir, mas ele é um bebê, tem de ver o lado bom da vida, então eu deixo e para mim está muito bom. E pronto, a maior dificuldade é como lhe disse, agora piorou ainda mais o meu país, é mandar dinheiro para o estrangeiro, está tudo fechado, a situação piorou ainda mais, então pronto, graças a Deus eu consegui um trabalho então eu estou a contar com aquilo que eu tenho na mão, não com aquilo que está para vir, estou a contar com aquilo que eu tenho. E pronto, vou gerindo assim.

A X é uma mulher estrangeira em Portugal que se deparou com uma gravidez inesperada em Portugal. O que é que sente que é a maior dificuldade para uma pessoa nessas condições, para uma mulher estrangeira num país estrangeiro que está sozinha e que descobre uma gravidez, quais é que sente que são as principais dificuldades e quais é que pensa que poderiam ser os maiores apoios para essas mulheres principalmente nesse momento da descoberta da gravidez, para que ela possa discernir bem o que quer fazer em relação à gravidez. Eles podem até nem existir, mas o que é que acha que seria preciso para que esta mulher pudesse discernir bem esta sua gravidez?

Eu vou falar por mim porque eu senti isso na pele. A primeira dificuldade ao estar num país estrangeiro e ainda por cima com um visto caducado não é, vá digamos que ilegal, começa na saúde. A primeira dificuldade que eu senti foi na saúde, porque não me queriam atender, pediram-me dados que eu não tinha. Eu disse “eu não tenho, não tenho documento, não tenho autorização de residência e estou nessa situação”. Por isso é que infelizmente a minha gravidez foi seguida tardiamente, já tinha praticamente 6 meses da minha gravidez, e fui encontrar o lado solidário de uma da chefe de administração do centro de saúde de X, quando falaram do meu caso fez-me perguntas, explicou a minha situação, disse como é que eu estava e tudo o que passei e ela disse “eu não te vou dizer que não podes ser atendida, tu tens aí um bebé que está a vir, tu vais ser seguida naquilo que a gente puder fazer, vais ter um atendimento para o bebé e tudo mais mas tens de ir rever essa situação do documento.” Se não fosse por ela, eu voltava para casa mais uma vez sem consulta, mas ela deixou-me atender de acordo com o passaporte que eu tinha na altura, lá fizeram uma pré-inscrição, ainda faltavam alguns dados claro, e pronto, fiquei lá dependente, mas não me deixaram de dar assistência. Então se não fosse por ela, eu sei que muita gente está na minha situação ou pior até e não consegue ter acesso à saúde. Se eu já tenho o problema de aceitar a gravidez e quando eu aceito de uma forma esporádico, ou seja, como for, e quem me pode dar aquele subsídio que é para me sentir pelo menos que esse que está a vir vai vir bem, e essa pessoa não me dá, então como é que me vou sentir? Então eu acho que todos os Estados deviam ver isso, independentemente do estado legal da pessoa, é uma vida em causa, se essa vida não vem bem como é que me vou legalizar? Se eu não tiver força e não tiver vida não vou lutar. A pessoa só luta se conseguir respirar, enquanto não tiver respiração não luta. Então acho que um dos fenómenos que acho que todos os Estados se têm deparado e que todos os assistentes sociais devem lutar é por este lado humano. Não é a Lei, nós próprios humanos é que estamos a errar porque nós é que fazemos as leis, nós é que definimos as coisas, e acho que o direito à vida é bom, respeitar esse lado independentemente das suas condições

financeiras, da sua condição de estrangeiro legalizado ou não legalizado, e com isso a gente consegue lutar mais. Se eu não tiver esse apoio eu não consigo ter ambições na vida, eu não consigo lutar. Então a primeira coisa que eu vou pensar se não tiver assistência na saúde é que é mais fácil eu pagar a alguém e fazer uma coisa clandestina que é mais perigoso ainda, podemos morrer os dois. Dar o apoio é melhor. Eu penso que um dia quando concluir a minha licenciatura em direito seria uma boa ajuda, tanto faz para estrangeiro ou não estrangeiro, tanto faz, mas principalmente para os estrangeiros que estão nesta situação não regularizada, acho que um dos benefícios que podiam dar como uma carta boa seria isto, seria o acesso à saúde.

Foi essa a dificuldade que sentiu?

A maior parte foi esta. Depois o poder interagir com outras pessoas sabendo que estás aqui sozinha, sem falar, sem levar um tapa, sem levar uma agressão verbal também muito difícil. Nem todo o mundo tem uma palavra de amor, uma palavra de afecto, uma palavra de incentivo, que a pessoa se sinta “estou nesta condição, aceito, mas se eu lutar assim eu posso mudar a vida dessa criança, posso mudar a minha vida para daqui a 6 meses, para daqui a 1 ano”. Então é fundamental esse apoio, existir associações que apoiem estas pessoas, que deem formação, que deem orientação, é muito bom. Uma pessoa com uma mente sã, uma mente tranquila, consegue pensar bem consegue dormir bem, consegue agir bem, e consegue fazer coisas boas também. Eu senti estas dificuldades – ter acesso à saúde e interagir com a sociedade.

Se pudesse dar um conselho a um profissional de saúde que se depare com uma mulher que chega à consulta de IVG, a ponderar fazer IVG, em dúvida se quer prosseguir ou interromper a gravidez, que conselho é que dá a esse profissional para que ele seja o mais humano possível, como estava a dizer, e que possa acolher e apoiar essa mulher para que ela possa decidir com toda a liberdade? O que é que aconselha que seja a atitude desse profissional?

A primeira atitude eu digo sempre assim “um sorriso muda tudo”, porque o facto de tu me recebes com um sorriso, independentemente eu trazer um problema, já me deixa tranquila e à vontade para poder expor o que se passa. Porque não expor só pelo rosto que ele lança para ti, tu já ficas intimidada, percebe? Então é importante que os profissionais de saúde quando vão atender alguém, independentemente de saberem o que é que essa pessoa vai trazer, atendam com um sorriso no rosto, para que a pessoa se possa sentir bem para poder falar. Eu posso ter um problema ou uma dor, e pela forma de falar dessa mulher eu vou dizer “não,

está tudo bem”, só para sair da tua frente, porque eu estou com medo que você faça algum mal por cima daquilo que eu já estou a sentir, já carrego um fardo, não tens de meter mais um fardo ainda. Então acho que é importante passar amor para essa pessoa, para primeira impressão é fundamental, para a pessoa se poder sentir bem e se poder sentar naquela sala e falar. E segundo é o não discriminação. Não discriminar a pessoa independentemente da sua situação, independentemente da raça, da condição legal da pessoa. Esses dois aspectos mudam muito, mudam mesmo, não tem noção de quanto muda. Eu quando aquela senhora olhou para mim e me disse que eu ia ser atendida, eu chorei. Eu não chorei por estar desesperada, eu chorei de alegria por saber que alguém tinha coração, alguém não olhou para mim como um documento, com uma cara que não tem documento, olhou para mim como uma pessoa humana que podia ser ela ou outra pessoa que ela conhece naquela situação. Deu-me a mão primeiro, salvou-me a vida, porque eu podia sair dali com uma mente completamente distorcida e frustrada, mas não, eu saí com uma mente com uma luz positiva, com uma energia boa, saí dali e deu-me vontade de saltar e pular. Eu disse ao filho “aqui conseguimos um abrigo, vamos ser atendidos os dois” . Porque a minha saúde dependia também da saúde dele. Então estas coisas pequenas são muito fundamentais, porque a grávida já é um bebé, o sentimento dela tudo para nós nos irrita e nos faz mal, então quanto mais pedras nos atirarem, maior a probabilidade de termos alguma depressão. Quanto mais amor nos darem, mais afecto nos darem, mais atenção nos darem, diminui a chance de entrar em depressão por qualquer motivo que seja.

Entrevista MGD6

Como é que foi o momento da descoberta da gravidez?

Senti-me confusa, acima de tudo confusa, pela situação de já ter uma filha e não ter condições para ter o segundo, são os tais parâmetros. Mas eu acho que no momento em que soube que estava grávida acho que não tive sequer reacção, acho que falei com o meu namorado na altura, como é normal, mas reagi quase como se fosse uma coisa normal e ao longo do dia e com o ir pensando e ir processando a informação é que fui percebendo o que é que realmente se estava a passar.

Com quem é que partilhaste que estavas grávida?

Só com ele.

E como é que sentiste a reacção dele e o suporte dele?

No meu caso foi bom, tive um bom feedback, ele deu-me total à vontade para decidir. Deu-me a opinião dele que realmente não era o indicado, no entanto, deu-me todo o apoio e acompanhou-me durante todo o processo, isso foi fantástico, tive sorte.

Foi um bom apoio?

Foi, foi fantástico.

Nessa altura qual era o desejo inicial, quando descobriste que estavas grávida?

Ter o filho.

Foi nesse momento da descoberta da gravidez que decidiste ligar para o Apoio à Vida?

Eu decidi ligar para o Apoio à Vida inicialmente porque eu não sabia como é que havia de proceder no sentido de fazer a IVG e o meu primeiro contacto foi nesse sentido. Eu já tinha falado com ele, já tínhamos tomado a decisão, era para avançar, mas eu não sabia quais eram os procedimentos, nunca tinha feito. E liguei para o Apoio à Vida para me darem indicações nesse sentido, e depois então tive o acompanhamento.

O que te fez ligar foi a necessidade de informação?

Sim, mas o apoio foi muito bom. Deu jeito.

Sentiste-te apoiada?

Sim.

Nesse momento já tinhas a tua decisão tomada?

Sim.

E foste ao hospital ou centro de saúde?

Fui ao centro de saúde, mandaram-me para urgência do hospital, cheguei à urgência do hospital e a senhora queria-me ver, queria fazer as análises, a rececionista apercebeu-se do que se estava a passar e mandou-me ir embora e fiz então a consulta e depois aí prossegui, mas inicialmente o processo foi mandarem-me para lá horas a fio no Hospital só para me marcarem uma consulta de IVG. Fantástico. Naquele momento é ótimo, tudo o que uma mulher precisa é ver grávidas à volta e eu a pensar naquilo que estava a fazer.

Qual é que foi o suporte que sentiste pelos profissionais de saúde no hospital? Ou não sentiste?

A nível psicológico não senti. Houve um cuidado na parte da explicação do processo, foi tudo cuidadoso e o enfermeiro que esteve comigo foi excepcional, mas a nível psicológico não houve... não houve. Pura e simplesmente foi uma decisão que eu tomei, cheguei lá deram-me a medicação, explicaram-me tudo aquilo que eu tinha de fazer, ponto.

Nessa consulta, na consulta prévia sentiste-te apoiada para poderes tomar a decisão da forma mais informada possível?

Informada sim porque sou mãe, não é a primeira vez que passo por uma gravidez. Mas não apoiada no sentido médico, isso não.

O que é que sentiste que faltava?

A parte psicológica, porque eu acho que é muito importante independentemente da parte de queres ter o filho ou não, eu acho que uma mulher grávida precisa da parte psicológica e, lá está, felizmente eu tive a sorte de ter um namorado que me acompanhou mas há mulheres que não têm e essas mulheres provavelmente, lá está, no sentido de família se não tiverem esse apoio se calhar um médico ou um enfermeiro, se tiver outro tipo de acompanhamento psicológico se calhar é um bocadinho mais fácil lidar com a situação.

Esse enfermeiro disponibilizou o apoio que o hospital poderia dar por uma psicóloga ou por uma assistente social?

Não.

Não te falou disso?

Não.

Deu-te a informação toda e explicou-te bem o procedimento todo, e isso não te deixou dúvidas, mas não te deu a possibilidade de caso quisesse falar com uma psicóloga ou uma assistente social teres à disposição uma no hospital?

Não.

Supostamente é uma das alíneas previstas na lei, é nessa consulta a mulher ser informada de tudo. Ser bem informada sobre os procedimentos para que não fique com dúvidas e saiba exactamente tudo aquilo que vai acontecer, e se quiser poder também falar com um psicólogo ou com um assistente social nesse processo de decisão para que possa estar acompanhada, porque sabemos que é um processo difícil para a mulher, independentemente de ela estar decidida a fazer a IVG não quer dizer que não lhe custe, e portanto a lei prevê que esse apoio possa existir se a mulher quiser, e portanto era suposto nas consultas prévias os enfermeiros dizerem isso. É bom sabermos que isso nem sempre acontece em todos os hospitais e que é preciso tentar alertar para que se diga mais e as mulheres se possam sentir mais apoiadas.

Pois, de facto nunca me falaram disso e eu não sabia, gostava de ter sabido.

Pronto, entretanto, fizeste a IVG. Nesse dia como é que te sentiste e que apoio é que sentiste?

Só tive apoio dele porque mais ninguém sabia. Fiz em casa, não pude dar a parte fraca porque tinha a minha família toda lá em casa nesse dia, nomeadamente a minha filha, eu nunca poderia dar parte fraca de maneira nenhuma e, de certa forma, o eu ter de estar a brincar com ela e o ter de estar a conversar naturalmente ajudou-me um bocadinho a passar. Não senti aquilo sozinha ou isolada, mas é claro que não é propriamente um processo... por muito que eu quisesse estar distraída aquilo estava-me sempre na cabeça e estava-me a moer. Pronto... no fundo tentei agarrar-me foi à parte do “eu não posso, eu não posso, eu não posso, e quando eu puder eu faço”. Foi isso. E o facto dele estar sempre, quer dizer, ele também não teve muita noção do que é que aconteceu. Para ele eu estava doente e nós estávamos a tratar, pronto. E isso também me ajudou, porque se ele tivesse noção da gravidade da questão se calhar tinha sido mais profundo e o facto de eu ser obrigada a levar com naturalidade demais uma coisa que não é natural, de certa forma ajudou-me.

Ele não te deu esse apoio porque também não percebeu que era tao difícil quanto isso, mas tu procuraste esse apoio noutro sítio?

Não, decidi passar sozinha, por opção.

Nessa altura ainda tiveste o apoio do Apoio à Vida?

Sim.

A seguir à IVG?

Sim. A Dra. continuou a entrar em contacto comigo, mas eu deixei de atender o telefone porque... não queria pensar. Mas tive bastante insistência da parte da Dra. Até para perceber como é que estava bem, se eu estava a reagir, isso tive.

E isso foi bom para ti ou sentiste-te pressionada?

Inicialmente foi bom, ajuda a pensar, ajuda a tomar uma decisão o mais correcto possível digamos assim. Depois começou a ser um pouco, senti-me pressionada sim, mas eu acho que isso tem a ver com a personalidade de cada pessoa, se calhar há pessoas que precisam de ter isso. Eu precisei de estar mais sozinha.

Agora que já passou algum tempo, sentes-te bem com a tua decisão?

Sim.

E sentes-te na mesma apoiada e que tens o apoio para continuar a tua vida da forma que queres?

Sim, felizmente sim.

Então agora já que tens a experiência de também seres mãe, podemos falar da experiência de prosseguir com a gravidez?

Sim claro!

Foi uma gravidez planeada ou inesperada?

Foi planeada, mas depois não correu como planeado.

Como é que foi o momento da descoberta da gravidez?

Essa foi fantástica, fiquei em estado de choque, foi a primeira vez que estive grávida, completamente em estado de choque, mas foi fantástico. Passei talvez duas semanas a pensar o que é que se estava a passar comigo, se aquilo era verdade, se não era, foi um sonho digamos assim! Na altura era muito desejado, era muito aquilo que eu queria, portanto, sim. Foi totalmente diferente, são duas coisas muito distintas.

E partilhaste com quem?

Na altura com a família toda, amigos, aí foi com toda a gente.

E como foram as reacções?

Muito boas, todos queriam muito.

E quando a tua filha nasceu, que apoio é que sentiste e principalmente pela parte de quem?

Da minha mãe. Sem dúvida. Lá está, tenho um irmão, cunhada, amigos que nunca deixaram de estar comigo, que me acompanharam em tudo, mas a minha mãe... fantástico. Foi ela que me ensinou a ser mãe.

Hoje em dia sentes que tens o apoio que precisas? Quem é o teu principal suporte?

Continua a ser a minha mãe. Mesmo a nível psicológico é a minha mãe.

O pai da tua filha a partir de que momento é que te deixou de apoiar?

Isso já é um tema um bocadinho complicado.

Então não vamos abordar. Se pudesses dar um conselho aos profissionais de saúde que estão num hospital e se deparam com uma grávida que está em discernimento e que não sabe o que é que quer fazer em relação à gravidez, que conselhos é que tu darias para que eles pudessem acolher e acompanhar essa mulher da forma mais humana possível para que ela pudesse discernir e tomar a sua decisão da forma mais livre possível?

Eu acho que é tentar perceber o que é que se passa na cabeça de uma grávida, e para isso é preciso deixá-la falar, entrar literalmente pela vida dela e tentar perceber o que é que se passa na vida dela e o que ela pensa, porque é uma pessoa. Tanto uma pessoa pode estar sozinha e querer ter o filho, como ter uma família e ter um marido, uma casa e um mundo perfeito e não querer ser mãe. Eu acho que acima de tudo é ter tempo de atenção e paciência, porque

não é fácil, mas tentar ajudar a perceber o que se passa para tomar a melhor decisão, porque ter um filho também não é fácil. Em nenhuma das saídas sai facilmente, mas acho que acima de tudo é tempo. Hoje em dia principalmente nos hospitais públicos a correria é tão grande, os próprios médicos fazem tantas horas que já não têm cabeça para tratar as pessoas como pessoas, e acabam por ser um bocado como um saco de batatas. “Va toma lá a medicação e passa ao próximo” digamos assim. Acho que parte por aí.

Gostavas que no hospital te tivessem disponibilizado esse acompanhamento por uma psicóloga ou uma assistente social?

Eventualmente gostaria de saber a informação, no entanto no meu caso específico eu não iria recorrer, mas gostava de ter sabido que se quisesse teria isso disponível. Até porque procurei fora, exactamente no Apoio à Vida.

Apêndice C – Grelhas de análise das entrevistas realizadas às mulheres que foram grávidas em discernimento

Grelha de análise da entrevista MGD1

Categorias	Sub-Categorias	Unidades de registo	Unidades contextuais
1. A descoberta da gravidez	1.1. Dados da gravidez	Contexto em que surgiu a gravidez Gravidez planeada Gravidez não planeada	
	1.2. Sentimentos vivenciados	Tristeza, solidão, desamparo, corpo morto	Bom quando eu descobri que estava grávida do segundo não é... pânico total, foi um pânico tipo “o que é que eu vou fazer agora? Ihh com dois filhos, ihh não tenho casa”. Foi um pânico total que eu não sabia onde é que ia meter-me. Depois bora lá enfrentar
	1.3. Com quem partilhou a notícia da gravidez	Companheiro Familiares Amigos Vizinhos Ninguém	logo liguei para o pai deles não é, dos meus filhos
	1.4. Suporte sentido pelo companheiro		e eu disse “ah estou grávida” e ele assim “vamos tirar não é?”. Entrei mais em pânico ainda porque por ser pai do meu primeiro filho não era a resposta que eu estava à espera, eu estava à espera de uma coisa... talvez ele podia dizer isso de outra forma ou levar essa conversa por outros meios não é, mas ele dizer-me assim logo “ah vamos tirar” logo, fiquei em choque porque não estava à espera, mas pronto, esse daí foi porque tinha mais problemas no meio e aí surgiu isso.
	1.5. Suporte sentido pelos familiares/amigos		

	1.6. Suporte sentido pelos profissionais de saúde		
	1.7. Desejo inicial	IVG Prosseguir	
2. O discernimento	2.1. Razões para prosseguir com a gravidez	Representações do bebê Experiência de IVG	<p>Não é bem um acolhimento porque tipo já era a segunda vez que eu ia nessa clínica, já mais... não sei, dá-te uma vergonha por estares aí ou dá-te... eu pelo menos pensei assim “eu vou destruir a vida de um ser, já pela segunda vez pelo menos”, ainda por cima com a idade que eu tinha já pensas um pouco mais que o primeiro, eu o primeiro tinha só 18 anos e eu entrei na clinica saí e não pensei em nada. Já o segundo já tinha 24 anos já são 6 anos basicamente não é, já se pensa de uma maneira diferente, a responsabilidade já é outra, a noção do que é que vais fazer já é outra, então já não entras aí com a mesma perspectiva que se entrasses aí com 18 de certeza, já estas a pensar, já pensas que o ser está vivo, já pensas em inúmeras coisas.</p> <p>[Na primeira IVG] eu era muito jovem, muito jovem tinha acabado de fazer 18 anos, ainda estava naquela fase a estudar, e era noites, era sair, era vida de namorado, foi uma coisa que foi mesmo procurei na internet, até porque é assim é como eu disse, teve muita influência o cônjuge e nesse aí, nessa decisão, ele teve maior peso e eu e ele tivemos a falar e ele teve maior peso, mas aí a gente estava a ponderar aquilo, ele também estava em casa da mãe, não trabalhava, era estudante também, embora maior de idade mas era estudante e eu também a mesma coisa, a gente nunca tinha tido um filho, a gente nunca tinha passado por aquilo e eu me deixei levar pela vontade dele, não digo pressão porque eu também estava em acordo, mas porque a gente concordou e eu deixei tomar a posse maioritária, naquela vez eu não dei a voz, e depois lá está eu não estava a pensar como é que era ter um filho, a experiência foi diferente. Já na segunda vez eu engravidei aos 23</p>

			não é, eu disse assim “vou ter a minha criança, estou grávida e vou ter.” E foi assim, já foi uma resposta convicta. Já na terceira quase que eu fiz uma IVG já pensei, aí teve o impacto de não tirar e tirar, já vivi os dois momentos já sei como é que é e com a influência da idade, e isso teve um bocado de influência
	2.2. Razões para realizar a IVG	Pressão do companheiro	Vou tirar que é o mais fácil. Ah estou a morar na casa da minha mãe, estou com uma criança e ainda é pequenina, não vou conseguir”. Eu pensei tudo, eu não ia conseguir nada e não tinha casa, não tinha trabalho fixo, e o pensamento de tirar veio.
	2.3. Sentimentos vivenciados	Pressão Julgamento	Então, caiu o pânico e depois pensar no que é que eu vou fazer, de repente deparei-me que eu estou sozinha, então disse assim “só tenho uma solução: vou tirar. Pronto vou tirar é o mais fácil que a gente pensa. Depois pensei em abortar, procurei a clínica, até cheguei mesmo a marcar a consulta e até fui levar os 150€ para fazer o exame, para saber de quantas semanas estava, se dava para tirar ou não, dava, fiz tudo, ficou marcada a IVG. Mas nessa semana que eu fiquei à espera da IVG, para ser chamada, comecei a pensar e também com o decorrer das coisas que começaram a acontecer, comecei a pensar melhor, mas nesse momento tive de buscar forças onde não tinha que era para pensar em mim e nos meus filhos só porque eu estava com a IVG marcada mas de repente eu ponderava... “epa eu quero ter”, assim naquela, “opa eu não quero tirar” já quando estava à espera para fazer o exame já estava toda triste e eu a ver mais mulheres assim ali e eu pensei “cada um é livre de seguir a sua decisão”, mas sempre ficava ali a ver. Então porque é que a gente não

			preveni não é, em vez de estar aqui a vir fazer isso? E aí já penso mais nas coisas.
	2.4. Suporte sentido pelo companheiro		<p>Nenhum mesmo [apoio sentido pelo companheiro], nenhum apoio mesmo, na altura dizia “estou grávida” e deparo-me com a atitude dele, que eu não estava à espera.</p> <p>por isso também mesmo ele tendo dado aí a resposta dele eu disse assim “não, não vou-te enfrentar mas vou tomar a minha decisão” e pronto, é assim, e aí com isso já se pode calcular começam aí bué conflitos não é, na maioria dos casais, quando a mulher tenta enfrentar e eles acham-se “pronto, está-me a enfrentar eu não vou fazer a vontade” é bem do tipo mas pronto...</p>
	2.5. Suporte sentido pelos familiares/amigos		<p>porque estava a ver que contar com o mundo fora não ia adiantar nada, porque nesse momento é o pior momento que estás. Ninguém te dá a mão, ninguém te vai correr a mão na cabeça e ninguém te vai ajudar. Podem-te ajudar sim, mas é assim, é da maneira que eles querem, se quem te está a ajudar e está do teu lado quer que tu faças isso só vai-te ajudar se fizeres como eles querem porque se tu disseres “ai não, eu vou fazer da minha maneira”, ah não, já não são amigos mais, já estás sozinha, outra vez. Foi aí então que procurei o Apoio à Vida.</p> <p>E tem muita gente que passaram coisas bem piores que estavam aí a opinar a fazer com que eu fizesse ao contrário, enquanto que na vida real, mesmo que tenha sido há 30 anos, passaram pelo mesmo e passaram bem piores, mas na hora não pensam nisso. É assim, mandar boca é fácil, depois esquecem que já passaram pelo mesmo e não... pronto, esquecem.</p>

	2.6. Suporte sentido pelos profissionais de saúde		
3. A tomada de decisão	3.1. Razões da decisão	Ter ultrapassado o tempo legal	<p>porque anteriormente, anterior ao meu filho também, eu já tinha feito uma IVG, então essas duas experiências, ter e o não ter, já causam um impacto aí, muito difícil tomar a decisão, quem já passou por isso sabe, então como eu já tinha passado por isso eu disse assim “epa eu não vou tirar o meu filho, eu vou lutar e vou à frente”, e claro sim, posso até ter colhido consequências, mas é a minha luta, eu é que escolhi o meu caminho.</p> <p>Fui e daí eu disse assim... nessa altura já tinha procurado ajuda, já estava a contar com o Apoio à Vida e disse assim “como eu já tenho uma ajuda eu vou pegar nessa ajuda e vou aproveitar a ajuda e vou seguir em frente” e disse seja lá o que Deus quiser mas eu não vou tirar!</p>
	3.2. Sentimentos vivenciados	Dificuldade em aceitar a gravidez Sentir apoio	Marquei a consulta sim, fui à consulta, só que eu não cheguei a ir no dia da IVG, porque depois marcaram a IVG mas no decorrer daquela semana eu mudei de ideias. Nem só mudei de ideias, ao chegar mesmo na porta da clínica eu já nem conseguia entrar naquele dia, até fui, até mesmo fui no dia da marcação da IVG, fui e estava mesmo ao pé da porta mas algo me dizia assim “não vai, não vai, não vai” e eu ficava assim “eu vou entrar ou não vou entrar?” Ficava assim tipo uma barata tonta naquela porta “eu vou entrar ou não vou entrar”, até que disse assim “eu vou-me embora”.
	3.2. Suporte sentido pelo companheiro		
	3.3. Suporte sentido pelos		

	familiares/amigos		
	3.3. Suporte sentido pelos profissionais de saúde		
4. Pós decisão	4.1. Sentimentos vivenciados		Então eu disse assim “estou nessa luta sozinha e com quem me quiser ajudar”. Mas aceitei a ajuda de toda a gente, porque é assim: pedir ajuda não é vergonha, quem dá dá e tu precisas, tu tens de pedir e não é vergonha
	4.2. Suporte sentido pelo companheiro		do pai dos meus filhos então é zero à esquerda mesmo, é menos zero, e da família dele pior ainda
	4.3. Suporte sentido pelos familiares/amigos		de família eu tive zero Aceitei a ajuda de todos que me quiseram apoiar, mas também tive muita gente que esteve contra, mas nem por isso eu me deixei abalar com isso, estiveram contra, paciência, não é a vida deles, é a minha, a minha é que estava em jogo não era a deles
	4.4. Suporte sentido pelos profissionais de saúde		Pela clínica já não passei lá mais. Pelo centro de saúde também só comecei a ser seguida depois, com o Dr. João
5. O acompanhamento através da linha de emergência do Apoio à Vida	5.1. O pedido	Informações Esclarecimento de dúvidas Sentir apoio	Procurei o Apoio à Vida devido à falta de ajuda que eu previ que eu ia ter
	5.2. Sentimentos vivenciados	Tristeza Depressão	

	5.3. O suporte sentido pela equipa do AV		<p>teve um impacto muito importante porque se calhar se eu não tivesse ligado nesse dia, se eu não tivesse pegado no telefone e lido o depoimento de algumas pessoas que eu estive a ler no telefone, não ajudava nada, já estava preparada, já tinha a consulta marcada mesmo, para ir, mas nesse dia lembro-me bem estava no fim de semana estava muito triste, li e comecei a ler então foi aí que mesmo deu mais um impasse. Fui na consulta já com uma dúvida, mas aquilo já afectou na minha mudança da decisão.</p>
6. Conselhos para um profissional que acompanhe uma mulher em discernimento			<p>Bom, vou-te ser sincera, nessa clínica não querem saber de o que é que vai acontecer, principalmente quando a pessoa paga não é... que pronto, não te dão nenhum tipo de feedback nem nada, ainda por cima se tiveres um filho já vão com aquela conversa “ah pois já tens um filho, tens de pensar como deve ser”. Esse feedback não ajuda em nada não é? Eu pelo menos com aquela pressa e com aquele nervosismo eu ia pagar, mas eu sei que eu tinha modo de fazer para não pagar, mas com aquele nervosismo, aquele tudo em cima de mim fui naquela e ainda paguei, então já não esperes que te vão dizer isso não. E nessas clínicas normalmente não te dão essa resposta. Num hospital público eu não sei porque eu fui logo a uma clínica, por isso não sei responder.</p>

Grelha de análise da entrevista MGD2

Categorias	Sub-Categorias	Unidades de registo	Unidades contextuais
1. A descoberta da gravidez	1.1. Dados da gravidez	Contexto em que surgiu a gravidez Gravidez planeada Gravidez não planeada	Eu dizia que ia dar um filho logo que chegasse a Portugal. Ele ficava só a rir. Porque ele também quase não tem filhos, ele só tem um filho. [Queria ter este filho] porque eu gostava dele. Ele é um homem bom. Ele não é um homem mau, mas ele não sei porque tornou-se
	1.2. Sentimentos vivenciados	Tristeza, solidão, desamparo, corpo morto	Senti o corpo morto, fiquei enjoada
	1.3. Com quem partilhou a notícia da gravidez	Companheiro Familiares Amigos Vizinhos Ninguém	
	1.4. Suporte sentido pelo companheiro		E eu disse a ele logo “eu estou grávida” e ele disse logo “ah não pode, você já fez teste?” eu disse a ele que ainda não e ele disse para eu fazer. Fiz teste duas vezes e acusou que estava grávida. Ele disse “vai arrancar”
	1.5. Suporte sentido pelos familiares/amigos		quando fui para casa e quando a minha tia me perguntou como é que a consulta correu eu disse para a minha tia que o doutor disse que o feto estava muito bom, para não tirar, e ela disse-me “você aqui não pode estar, não pode criar essa barriga aqui”. Fui para a rua, liguei para alguém, alguém disse para não chorar e foi ter comigo acompanhar-me,
	1.6. Suporte sentido pelos profissionais de saúde		Fui à consulta com o doutor e o doutor disse que o feto estava muito bom e para não arrancar, porque eu pedi ao doutor para arrancar. O doutor disse que era um bom bebé e que não tinha nenhum problema e para não

			<p>tirar, se eu queria tirar tinha de ir para outro hospital. Então eu achei bem e não tirei.</p> <p>O doutor disse-me que já estava de dois meses e tal e que já não podia arrancar. E ficou assim, e o meu bebé nasceu, está bom e saudável.</p>
	1.7. Desejo inicial	IVG Prosseguir	A minha intenção não era arrancar o bebé, eu nunca quis porque eu não gosto de arrancar gravidez, eu não gosto.
	1.8. Antecedentes	Número de filhos Experiência de IVG	
2. O discernimento	2.1. Razões para prosseguir com a gravidez	Representações do bebé Experiência de IVG	<p>eu disse “eu cheguei não tem nem dois meses, eu não conheço Portugal, eu não conheço nenhum hospital nem nenhum sítio daqui, como é que eu vou arrancar a barriga sem documento? Todas as coisas pedem documento”. Uma prima minha disse que também não sabia porque nunca tinha feito isso aqui e disse que não me aconselhava a arrancar. Então pronto.</p> <p>Eu disse-lhe que não, vamos criar o nosso bebé. Ele disse que não.</p>
	2.2. Razões para realizar a IVG	Pressão do companheiro	<p>Eu pedi ao doutor para arrancar</p> <p>A minha intenção não era arrancar mas ele estava a insistir comigo para eu arrancar.</p>
	2.3. Sentimentos vivenciados	Pressão Julgamento	Eu senti uma consciência dentro de mim porque é um bebé bom que eu quero tirar vida, por uma coisa de nada.
3. A tomada de decisão	3.1. Razões da decisão	Ter ultrapassado o tempo legal	Então eu fui para a consulta e depois eu disse que não ia tirar, disse que não tinha como, o doutor disse que não ia pôr a minha vida em risco, que

		Aconselhamento médico	era melhor ter o bebê do que pôr a minha vida em risco. E pronto foi o que aconteceu.
	3.2. Sentimentos vivenciados	Dificuldade em aceitar a gravidez Sentir apoio	Foi muito importante para mim a pessoa dar-me ajuda. E eu fiquei a gostar, imenso. Eu estava-me a sentir sozinha mas tive 3 pessoas a ajudarem-me, à minha volta, e senti-me mais contente.
	3.2. Suporte sentido pelo companheiro		No dia em que a minha prima tirou uma fotografia à minha barriga e mandou para ele, ele disse “que figura tão triste”.
	3.3. Suporte sentido pelos familiares/amigos		
	3.3. Suporte sentido pelos profissionais de saúde		Senti-me apoiada, bem apoiada.
4. Pós decisão	4.1. Sentimentos vivenciados		Eu criei 5, consigo criar mais um. Eu consigo! E tenho a minha Fé que vai correr tudo bem. Isso magoou-me muito ele dizer que figura tão triste e para eu dar o meu bebê para adoção. Dói muito. Acha que eu vou entregar o meu filho para adoção? Eu sacrifiquei muito.
	4.2. Suporte sentido pelo companheiro		ele nunca mais falou comigo. Eu quando ligo ele não atende, eu não fico a insistir muito com ele. Insisti muito, procurei-lhe muito, mas ele não me deu nenhuma confiança. ela uma vez tirou-me uma fotografia e mandou para ele e ele respondeu “que figura tão triste”. E eu disse “não há hipótese com este homem, eu já

			<p>não quero nada com esse homem, eu só quero que ele faça o registro do meu bebê e passe uma declaração diante do tribunal para se eu um dia quiser voltar para S. Tomé poder levar o meu bebê sem ter de lhe pedir, não quero ter nada a ver com esse homem, só quero o registro dele para o meu bebê”.</p> <p>No dia em que pari, estive com dor e liguei para ele e ele disse que não queria saber de nada. Ele disse quando o bebê nascer para vesti-lo com um saco, que a roupa dele ia ser de plástico. E eu disse-lhe “você disse-me para vestir o meu bebê de plástico? Credo. Você não regista o bebê?” Ele disse para eu esperar dois meses. Quando o bebê tinha dois meses eu liguei para ele e ele disse para eu esperar até o bebê ter 6 meses ou então para entregar para adoção</p>
	4.3. Suporte sentido pelos familiares/amigos		A minha prima que é muito minha amiga e que nunca me largou desde que eu cheguei
	4.4. Suporte sentido pelos profissionais de saúde		O doutor conversava comigo muito bem, acompanhava todas as minhas consultas. Recebeu-me sempre alegre.
5. O acompanhamento através da linha de emergência do Apoio à Vida	5.1. O pedido	Informações Esclarecimento de dúvidas Sentir apoio	
	5.2. Sentimentos vivenciados	Tristeza Depressão	
	5.3. O suporte sentido pela equipa do AV		Liguei para alguém que disse que ia ligar à Doutora. Então ligou, a Doutora foi ter comigo, disse para eu não chorar, levou-me para um sítio [<i>casa de acolhimento</i>] para eu ficar mas eu não gostei e comecei a chorar, a Doutora

			<p>disse para não chorar que tinha outro sítio e levou-me para esse sítio e eu gostei, por acaso eu gostei. E estou lá até hoje e tenho o meu bebé, nasceu muito bem, sem problemas, saudável. Estou bem.</p> <p>O apoio que eu senti foi das doutoras daqui e essa minha prima que nunca me largou, só. Foi muito importante, muito bom.</p>
6. Conselhos para um profissional que acompanhe uma mulher em discernimento			<p>O que eu deixo o apelo é que qualquer mulher como eu, se estiver grávida e estiver de 1 mês ou 2 meses, para não tirar, que Deus vai-lhe dar uma pessoa de boa Fé para ajudar essa pessoa até o bebé nascer. Uma pessoa que acolheu-me, para acolher essa pessoa também. Para essa pessoa ter o apoio que eu tive. Porque nem toda a gente tem o apoio que eu tenho. Às vezes mesmo uma pessoa com trabalho, com casa e carro não tem o apoio que eu tive. Vocês nunca me largaram.</p>

Grelha de análise da entrevista MGD3

Categorias	Sub-Categorias	Unidades de registo	Unidades contextuais
1. A descoberta da gravidez	1.1. Dados da gravidez	Contexto em que surgiu a gravidez	Eu queria, mas não era para agora. Eu gostava de ter outro filho, ou seja, tenho 3 e gostava de ter o quarto, mas sim, mas não era para agora tão de repente.
	1.2. Sentimentos vivenciados	Tristeza, solidão, desamparo	Senti-me muito triste, muito debilitada, sem ninguém à minha volta, em baixo.
	1.3. Com quem partilhou a notícia da gravidez	Companheiro Familiars Amigos Vizinhos Ninguém	Com duas amigas, com os vizinhos mais próximos que considero como se fossem família. Falei também com a minha médica de família. Quer dizer não falei assim muito, mantive-me em silêncio assim algum tempo e depois houve uma amiga minha que então falou-me no apoio à vida e daí então eu decidi ligar para ter o apoio.
	1.4. Suporte sentido pelo companheiro		Ele aceitou e primeiro tinha dito que como estava na situação que estava, que ia ser detido, que era para eu interromper a gravidez que ele não ia ser capaz de manobrar essa situação. Mas isso depois ficava ao meu critério
	1.5. Suporte sentido pelos familiares/amigos		Para mim não foi fácil porque hoje em dia neste momento já tenho 3 filhos, mas não tenho nem mãe nem pai e senti-me sem apoio de ninguém.
	1.6. Suporte sentido pelos profissionais de saúde		
	1.7. Desejo inicial	IVG Prosseguir	A gravidez não foi aceite não é, e eu queria mesmo abortar na altura.

2. O discernimento	2.1. Razões para prosseguir com a gravidez		
	2.2. Razões para realizar a IVG		porque não há contacto comigo e com ele, eu não gosto dele, como eu já tinha dito, não sinto nada por ele, pura e simplesmente só temos um filho em comum e aconteceu.
	2.3. Sentimentos vivenciados	Pressão Julgamento	Muita gente dizia para mim “não faças isso, um dia mais tarde vais-te arrepender, pensa duas vezes antes de fazer porque se realmente veio é porque tinha de vir e é uma bênção de Deus”. Realmente eu ouvia as pessoas mais próximas da minha vida a falarem isso
3. A tomada de decisão	3.1. Razões da decisão	Não haver alternativa	[Ter o bebé porque] realmente já não havia mais nada a fazer. Aconselhei-me com o médico
	3.2. Sentimentos vivenciados	Dificuldade em aceitar a gravidez	Ainda me senti um pouco fraca porque não foi fácil aceitar esta gravidez sozinha, sem mãe, sem pai senti-me... não sei... não tenho palavras... não foi fácil para aceitar porque tanto em termos de trabalho, como da minha vida, como de tudo, não era para já. Queria, mas não era para já. eu também tive de aceitar uma vez que já não se podia fazer a interrupção da gravidez e pronto, com o tempo fui aceitando mesmo a gravidez, já passava a mão na barriga dava carinho na barriga, quando comecei a sentir os primeiros movimentos do meu filho (<i>começou a chorar</i>) fiquei feliz, contente, mas para mim não foi muito fácil não, porque é um filho

			sim, tem pai, mas eu não sinto nada por ele e não gosto do pai do meu filho, a realidade é essa.
	3.2. Suporte sentido pelo companheiro		ele ficou super feliz mas disse que não ia poder ajudar porque estava na situação que estava
	3.3. Suporte sentido pelos familiares/amigos		
	3.3. Suporte sentido pelos profissionais de saúde		foi um grande médico para mim sem dúvida, apoiou-me muito durante a minha gravidez, tenho de lhe agradecer muito.
4. Pós decisão	4.1. Sentimentos vivenciados		se tinha de acontecer é porque foi uma bênção de Deus e estou aqui para o que der e vier, porque o meu filho agora para mim é tudo. se eu tivesse abortado, se tivesse seguido com o aborto para a frente, não sei como é que estaria a minha vida mas sei que o meu filho desde que está comigo e desde que eu aceitei esta gravidez mudou muita coisa na minha vida e eu fico feliz por o meu filho estar cá e não ter feito a interrupção da gravidez.
	4.2. Suporte sentido pelo companheiro		
	4.3. Suporte sentido pelos familiares/amigos		Tenho tido agora muita gente à minha volta que me tem ajudado no crescimento do S, em tudo mesmo, não há palavras.
	4.4. Suporte sentido pelos		eu fui seguida pelo Dr. J e foi um excelente médico e deu-me muito apoio, mentalizou-me com muita coisa que teria de ser feita e que teria de seguir aquele procedimento.

	profissionais de saúde		
4. O acompanhamento através da linha de emergência do Apoio à Vida	4.1. O pedido	Informações Esclarecimento de dúvidas Sentir apoio	Não queria mesmo ter este filho, daí então procurar a vossa linha e a vossa ajuda para fazer o aborto e tirar dúvidas.
	4.2. Sentimentos vivenciados	Tristeza Depressão	O que foi falado é que a gente só podia abortar até às 10 semanas e que se passasse mais das 10 semanas que já não se podia abortar. Eu fiquei muito em baixo, muito triste, sempre a chorar, sei que ganhei um bocadinho de depressão porque não foi fácil, mas sei que tinha de me mentalizar que se passasse das 10 semanas eu tinha que aceitar, querendo ou não querendo tinha de aceitar.
	4.3. O suporte sentido pela equipa do AV		senti um grande apoio, ou seja, como é que eu hei de dizer... aliás desde que eu estou a ser seguida no Apoio à Vida a minha vida mudou completamente, em relação a mim e ao meu filho, e tenho grande apoio da vossa parte. Senti-me um pouquinho, não muito, mas sim um pouquinho [julgada] porque começaram-me a dizer para eu pensar bem ao telefone, se não quisesse falar marcaríamos mais tarde para falar ou então para vir a um encontro pessoal para podermos falar, e prontos, eu comecei a ver as coisas de outra maneira.
5. Conselhos para um profissional que acompanhe uma mulher em discernimento			Dar-lhes apoio, amor, carinho, a atenção que elas precisam, serem chegados a elas durante a gravidez.

Grelha de análise da entrevista MGD4

Categorias	Sub-Categorias	Unidades de registo	Unidades contextuais
1. A descoberta da gravidez	1.1. Dados da gravidez	Contexto em que surgiu a gravidez Gravidez planeada Gravidez não planeada	A primeira questão é que não só eu estava fora de Portugal como eu também estava fora, estava em Espanha apresentando um projecto
	1.2. Sentimentos vivenciados	Tristeza, solidão, desamparo, corpo morto, pânico, medo do desconhecido	Porque eu penso que sozinha... eu não sou uma mulher maravilha, e mesmo uma mulher maravilha tem o apoio de todos os outros super homens e de todo o mundo, então eu senti a necessidade de realmente ter alguém que entendesse o que é que é uma mulher em dificuldade, sozinha, e pelos estudos que eu já fiz sobre machismo, paternalismo, eu sabia que ia ser massacrada pela sociedade e, não que a opinião ou a lei importasse, mas de certa forma é não só eu pensar no meu bem estar, mas no bem estar de outra pessoa, que era o meu filho.
	1.3. Com quem partilhou a notícia da gravidez	Companheiro Familiars Amigos Vizinhos Ninguém	estava num grupo de pessoas em que por mais que eu pensasse que eu pudesse contar que seria uma notícia boa, o que é ridículo é que você olha para o lado e você não pode contar com ninguém, porque como eu sou brasileira e no Brasil abortar não é uma opção, abortar é crime, e eu tinha quase a total certeza que na hora que eu falasse que eu estava grávida, sozinha, num país, sem família, não estava junto do pai, a primeira coisa que iam falar comigo era para abortar, então isso foi mais complicado, então eu não contei para ninguém, a primeira coisa que eu fiz foi procurar na internet, porque eu pensei “na internet vou ter todas as possibilidades também e talvez eu pudesse encontrar alguma que se parecesse mais com a minha”
	1.4. Suporte sentido pelo companheiro		Quando eu partilhei foi uma surpresa para ambos, porque ambos não havíamos planeado, ele também me deu a opção de se eu sabia se podia abortar, se era uma opção, eu disse que não porque isso para mim nunca foi

			<p>uma opção e então ele falou que me daria suporte e tudo mais, que isto seria possível, que íamos planejar isso de alguma forma que ele não estava a ver uma solução. Ele ficou extremamente nervoso e me deixou falando sozinha e saiu. Pronto, eu entendi naquele momento, mas duas semanas depois é que ele pensou e disse que ia ajudar de alguma forma, porque eu não estava falando de uma questão financeira, que eu acho que ninguém nessa hora pensa que o financeiro é uma questão, mas ele mudou totalmente de ideias e disse que não me ajudaria com nada e pelo contrário, colocou-me fora de casa. Foi isto que aconteceu com a questão do pai. Até hoje eu tenho zero de apoio.</p>
	<p>1.5. Suporte sentido pelos familiares/amigos</p>		<p>Então isso para mim foi a primeira vista porque não é somente porque eu estou sozinha, porque isso eu descobri depois, é que todas as mulheres, a primeira coisa que vão ter é escutar que o aborto é uma opção.</p> <p>Muitos amigos, a primeira pergunta que todo o mundo faz é “e agora? O que é que você vai fazer?” Agora vou ter o filho, só isso. Quando eu contei para a minha família mesmo, minha família do Brasil que está praticamente toda no Brasil, foi a maior alegria de todos, porque lá sempre foi o ditado “onde come um comem dois, onde comem três comem quatro e assim vai adiante”. Então a gente sabe que funciona, viver e criar isso aí é certo, eu também venho de uma família de renda super baixa e nem por isso deixei de estudar, eu sou formada, tenho duas formações superiores, viajei posterior, faço tudo o que tenho de fazer independente das condições limitadas dos meus pais</p> <p>Então para mim quanto à família ficou tranquilo mas quanto aos amigos aqui sempre foram as maiores preocupações, a primeira pergunta era sempre se vai abortar, se vai ter. Segunda “como é que você vai sustentar”, como se a gente também pudesse prever, o que é uma mentira porque hoje eu posso estar empregado, bem sucedido e amanhã não ter nada, e só depois é que ia falar “ah então que bom não é?”. E o que eu sempre estranhei aqui</p>

			é que o pessoal sempre falava “que bom”... e eu “e a parte da empolgação? É uma vida, é um filho!”. Então não tem empolgação, aqui em Portugal realmente eu não sei porque é o limite do sentimento das pessoas, porque é que elas são bloqueadas nisto.
	1.6. Suporte sentido pelos profissionais de saúde		
	1.7. Desejo inicial	IVG Prosseguir	então isso nunca foi uma hipótese pensar “ai eu não tenho condições financeiras”... o que é que é realmente ter condições financeiras? Porque para um milionário nunca está suficiente, ele quer ser bilionário!
2. O discernimento	2.1. Razões para prosseguir com a gravidez	Representações do bebé Experiência de IVG	
	2.2. Razões para realizar a IVG	Pressão do companheiro Ser o mais fácil Já ter filhos Não ter casa Desemprego Sentir não ser capaz	
	2.3. Antecedentes	Número de filhos Experiência de IVG anterior Experiência de ser mãe	

	2.4. Sentimentos vivenciados	Pressão Julgamento Autoconsciência Solidão Sem saída Ambivalência Tristeza	
	2.5. Suporte sentido pelo companheiro		
	2.6. Suporte sentido pelos familiares/amigos		
	2.7. Suporte sentido pelos profissionais de saúde		
3. A tomada de decisão	3.1. Razões da decisão	Ter ultrapassado o tempo legal Experiência anterior de IVG Experiência de ser mãe Ter apoio Aconselhamento médico	

	3.2. Sentimentos vivenciados	Dificuldade em aceitar a gravidez Sentir apoio	
	3.2. Suporte sentido pelo companheiro		
	3.3. Suporte sentido pelos familiares/amigos		
	3.3. Suporte sentido pelos profissionais de saúde		
4. Pós decisão	4.1. Sentimentos vivenciados	Confiança de que vai correr bem Tristeza por rejeição do companheiro	
	4.2. Suporte sentido pelo companheiro		
	4.3. Suporte sentido pelos familiares/amigos		o mais engraçado: que o maior suporte que eu tive não foi só nesse lugar, que eu busquei em grupos do Facebook, mulheres mães (porque as mulheres em geral estão-se abrindo hoje no mundo para apoiar umas às outras independentemente das questões de onde vem ou como é) e aí eu descobri vários outros grupos que há: encontros de barriguinha, descobri também que há encontros de grávidas todos os segundos sábados de cada mês no centro de Lisboa ali no Martim Moniz, uma dola que faz esses encontros gratuitos para as pessoas falarem abertamente do seu parto trocarem ideias e conhecimento. Então fui descobrindo vários outros

			<p>grupos, por fim não queria mais nesses grupos mas nem um deles era pelo governo, o que é triste não é? O maior apoio desses grupos realmente é privado. As pessoas pelas pessoas, pronto o que é fantástico não é, mas não é do governo. Nesses eu fui realmente recebida de braços abertos, sem opinião pessoal, simplesmente com esse suporte.</p>
	4.4. Suporte sentido pelos profissionais de saúde		<p>Aqui em Portugal, sendo brasileiro, infelizmente eu não gostaria de acreditar que isso é um padrão, mas existe um padrão de discriminação muito forte entre os portugueses, a população portuguesa em geral, homem ou mulher, de qualquer gênero, contra a mulher brasileira. Então eu fiquei com esse receio de procurar qualquer que seja a ajuda e tendo já históricos que não era bem vista e de novo a brasileira, a mãe solteira que engravidou de um cidadão europeu simplesmente para poder ter visto ou passaporte e ser massacrada num momento de grande fragilidade porque era o momento mais feliz da minha vida – porque eu pessoalmente e particularmente sempre quis ser mãe, sempre tive esse sonho e falava isso desde os 12 anos. Então quando eu pensei nessa possibilidade de ser massacrada, eu não queria que o meu bebê escutasse isso e eu não sei se eu estava preparada psicologicamente para ouvir isso, e também acreditava que eu não ia encontrar profissionais capacitados, quer seja no posto de saúde, por ter tentado consultar no posto de saúde e ter passado por problemas no posto de saúde, desde a mulher gritar: “Devia ter uma sala exclusiva, só para brasileiro.” Então aí eu falei com ela: “Ai, racismo? Xenofobia?” E ela ainda se pôs assim ao alto, era uma portuguesa, uma velha portuguesa. E então tinha passado por isso, então não queria passar por isso de novo não é? Infelizmente o receio que eu tinha foi o que aconteceu, quando eu já na altura procurei ajuda no posto de saúde, a primeira frase era: “Você não tem direito.” E aí foi onde eu de novo busquei informação na internet e vi lá bem claro os direitos das grávidas em Portugal e no Mundo. Mas em Portugal falava que tinha e tem direito a atendimento gratuito e a todas as consultas e tudo o mais e aos três meses foi uma luta até aos sete para conseguir um atendimento como se deve, porque até então eles falavam que</p>

			<p>eu não tinha direito, queriam que eu pagasse isso e aquilo. Na altura que eu voltei, quando estava em Barcelona e voltei para Portugal, eu não tinha trabalho, não tinha casa, não tinha nada, eu não poderia me dar ao luxo de gastar 100/200€ em ecografias. E chegando também no hospital, que eu tive uma questão no percurso, uma dificuldade no percurso, tive que ser atendida de emergência e na emergência também me falaram: “Ah, como é que você é uma mãe...” colocaram o meu caso como gravidez de risco, porque era eles escreveram bem claro: gravidez não acompanhada. E não era “não acompanhada” porque eu não queria ser acompanhada, eu queria, quem não queria eram eles. Só que no hospital, claro: “Mas nunca te deram os documentos?”, “Não.”, “Ó gente, mas é só digitar um número.” E ela pôs um Enter assim “Pronto já está.” E aquilo me matou, eu lembro de ter subido um ódio. Chego no centro de saúde, eu entreguei aquele papel para a mulher e ela falou “Ah, é verdade, era só dar um Enter.” E ela esqueceu de tudo aquilo que ela tinha falado, daquelas humilhações todas. Então foi com grande dificuldade. Eu não vi facilidade para uma mulher grávida sozinha no estrangeiro, estrangeira, ter um atendimento como se deve, um suporte como se deve nas unidades públicas, vamos dizer assim. No centro de saúde e no hospital, os dois casos foram dificuldades. Então eu busquei ajuda externa, busquei ajuda de amigos, de amigos médicos que me atenderam mesmo não tendo número de utente, ou mesmo não tendo PB4, mesmo não tendo número de inscrição, porque o PB4 eu tinha, várias coisas eu tinha. Então eles criaram uma dificuldade onde ela não existia. E a mesma coisa aconteceu na Segurança Social. Todos me disseram que eu não tinha direito, quando eu tinha direito e quando eu fiz aquilo na internet eu recebo hoje na mesma como qualquer outra pessoa. Porque eu tenho direito, não porque eu fiz pela internet e burlei algum sistema. É simplesmente porque eu trabalhei, paguei os meus impostos como qualquer outra cidadão e só não tenho a minha residência também porque o SEF tem uma demanda muito maior do que aquilo que ele consegue atender e é um déficit do governo. E é por isso que eu também não tenho a minha</p>
--	--	--	---

			<p>residência, porque eu tenho tudo o que eles pediram e se tenho tudo o que eles pediram então tenho a minha residência. Então eles estão numa roda viva, em relação ao ponto em que estou em termos de documentação e dos lugares públicos e todos eles têm uma opinião para te dar.</p> <p>o profissional de saúde de hoje que eu descobri nesses encontros, eles têm menos informação que as próprias mães. Eles trabalham num sistema quase que máquina, num sistema de produção em série e eles fazem os mesmos actos há vinte/trinta anos porque é um profissional que trabalha naquela instituição há anos e trabalha por inércia: acorda de manhã, vai lá vai tirar os bebés naquelas técnicas de 30 anos atrás, não procurou actualizar-se, o governo também não faz por isso, para que as equipas sejam actualizadas, e eles mantêm-se naquelas... então vira aquele ciclo de eu chegar lá no centro, pelo menos no hospital tive lá falando com a enfermeira e disse existe este, este, este, este e este ponto de apoio, a própria enfermeira não sabia, então uma das maiores dificuldades é isso dos profissionais não é, que não estão actualizados.</p>
5. O acompanhamento através da linha de emergência do Apoio à Vida	5.1. O pedido	<p>Informações Esclarecimento de dúvidas Sentir apoio</p>	<p>Eu procurei saber principalmente um apoio psicológico, não é? Porque sempre você tem apoio ao imigrante, apoio ao alguma coisa então eu pensei que provavelmente deve ter algum apoio nesse caso, porque como eu tava sem casa, sem trabalho sem nada disso era uma possibilidade até mesmo de pedir para ser enviada de volta, ou todos se juntarem e me pagar a passagem para eu voltar.</p>
	5.2. Sentimentos vivenciados	<p>Tristeza Depressão</p>	
	5.3. O suporte sentido pela equipa do AV		<p>Então eu busquei uma ajuda e quando busquei ajuda caiu uma ajuda que foi essencial que era um lugar específico para as mulheres grávidas em dificuldades. Foi caiu assim como uma luva não é, a fome com a vontade de comer. E pronto, tive todo o suporte que eu esperei, que eu estava</p>

			<p>esperando encontrar eu encontrei. Que era um apoio psicológico, social em todos os aspectos, encontros</p> <p>Foi... o meu grupo fala assim: quando você tem o conhecimento te liberta. Então para mim buscar esses lugares era ter a certeza que eu não estava sendo enganada, ou estar a ser minimamente enganada que tem de se contar com isso, ou nem é a questão de ser enganada</p>
6. Conselhos para um profissional que acompanhe uma mulher em discernimento			<p>Eu acho que é sobretudo a questão da relação empática, aliás, nem é só a questão da empatia, mas eu acho que a primeira... no supermercado é muito engraçado, porque nos grandes supermercados você não dá por ela, mas em baixo do caixa onde se passa o produto tem lá um código, uma etiqueta de relacionamento, primeira, segunda, terceira e quarta frase. Primeira frase é bom dia e boa tarde ou boa noite, a segunda frase tem lá qualquer coisa, e a terceira frase te põe a oferecer um produto e a última frase é sempre muito obrigado, adeus e volte sempre. E isso funciona muito bem. Primeira coisa a pessoa já começa conversando com o funcionário e o funcionário não te responde, ele fala “bom dia”. Ele nunca te responde, ele sempre vai começar com bom dia. Eu acho que todos esses profissionais deveriam ter acho que quatro frases. Poderia desenvolver, dava uma tese de mestrado, as quatro frases principais – “Independente da sua escolha, vai ficar tudo bem”. Eu acho que começava por aí, porque não é uma opinião pessoal independente de a mulher se abortar vai ficar tudo bem, se ela quiser ter o filho vai ficar tudo bem e depois mostrar para ela possibilidades de ser encaminhada, dizer: “Olha, não existe instituição pública, mas existem essas privadas.” Fazer uma conexão, uma troca de informação dessas possibilidades para qualquer que seja a mãe. “Está aqui os telefones, é só você ligar” ou um folheto, ou que fique pregado ou qualquer coisa assim do tipo que elas possam... mas a primeira frase eu acho que deveria ser assim essa: “Olha está tudo bem, independente da sua escolha vai ficar tudo bem. E vamos te orientar.” Porque é a primeira coisa porque a verdade é que a gente está tão, estamos tão transtornados que entrar com muitas</p>

			<p>perguntas não é bom, então eu acho que poderia começar assim: “Bom dia, boa tarde ou boa noite, olha eu sei que você está aqui porque você está grávida e independente da sua escolha vai ficar tudo bem.” Pronto. E sair do consultório também com um “adeus, até uma próxima consulta”, que também faz parte porque eu raramente escutava isso. Também muito raramente escutava um bom dia, de um funcionário. O record para mim, e foi filmado, foi a minha ecografia que demorou menos de um minuto e meio. Uma ecografia, um atendimento, que dura menos de um minuto e meio. Aquele momento de decisão, de ver o sexo ou isto ou aquilo, ele só ligou a máquina disse “olhe é só técnico, não precisa de saber nada, já sabe que é um menino, está tudo bem, pode ir embora”. Eu tenho isto filmado. É muito muito triste, porque é um ser humano que está vindo.</p>
--	--	--	--

Grelha de análise da entrevista MGD5

Categorias	Sub-Categorias	Unidades de registo	Unidades contextuais
1. A descoberta da gravidez	1.1. Dados da gravidez	Contexto em que surgiu a gravidez Gravidez planeada Gravidez não planeada	não tinha planeado que seria para este ano, para aquele momento
	1.2. Sentimentos vivenciados	Tristeza, solidão, desamparo, corpo morto	O momento da descoberta da gravidez para mim foi desesperante, porque eu não contava A minha reacção foi péssima e fiquei perdida no tempo e no espaço. Não sabia se ligava para a pessoa, para o pai da criança neste caso, se ligava para a minha mãe, se ligava para alguém, eu não sabia com quem falar nesse momento. Então fiquei... primeiro chorei, dormi, e quando acordei estava mais calma No meu caso o que mais me fez falta e que me fez sentir muitas vezes triste é que eu não tinha ninguém para quem conversar fisicamente. Todo o mundo que eu queria conversar fisicamente estava longe, está longe, está em Angola. E eu aqui não tinha ninguém, fiquei “vou ligar para quem, vou chorar com quem?”
	1.3. Com quem partilhou a notícia da gravidez	Companheiro Familiares Amigos Vizinhos Ninguém	peguei no telefone e como tinha uma amiga que estava mais próxima de mim falei com ela, eu disse “olha eu descobri que estou grávida, mas eu não sei o que vou fazer, não sei o que pensar, não sei se pense bem se pense mal”.
	1.4. Suporte sentido pelo companheiro		Só passado uma semana é que falei com o pai do meu filho, disse “olha descobri que estou grávida, como vamos fazer?”. E ele estava longe não é, estava distante como continua até hoje, então isso criou-me um certo

			<p>desconforto, e tem-me criado até hoje, porque nunca veio, mas pronto tenho conseguido gerir.</p> <p>Ele ficou feliz não é? A primeira reacção dele até foi melhor que a minha. Ele disse “uau, vou ser pai, que bom! Nunca tive um filho, vou ter um filho, uau! Mas agora eu estou aqui com esses problemas então como é que eu vou fazer?” eu disse “não sei, sua terra é essa, você está feliz, já me deu a entender que você aceita isso na boa, não foste numa outra ideia”... que eu também estava com receio que ele me falasse noutras coisas mas não. “Então ele é meu filho eu também tenho de aceitar. E um filho é bom”. Então essas palavras dele naquele momento para mim foi bom.</p> <p>Foi muito importante, muito importante mesmo. Independentemente da presença física não estar, mas isso foi muito importante para mim, deixou-me mais tranquila ainda e foi mais fácil a aceitação.</p>
	1.5. Suporte sentido pelos familiares/amigos		<p>E esta minha amiga disse-me “um filho é uma bênção, muitas meninas queriam ter um filho e não podem ter e dão esse amor de outra forma, adoptam, etc. Deus te deu essa dádiva, que é um Dom, é uma bênção maior porque ninguém consegue reproduzir um filho a não ser uma mulher. Se o momento não é adequado, faça com que o momento seja adequado. Aceita, agradece, vive a gravidez e esquece o resto. E pronto, vai indo”. Então essas palavras dela deram-me um conforto que me fez sentir bem, me fez sentir tranquila.</p>
	1.6. Suporte sentido pelos profissionais de saúde		<p>Para mim foi fundamental o apoio de pessoas como a minha assistente social, porque me deram umas palavras, me deram uma certa luz ao fundo do túnel de esperança que a minha vida podia mudar no sentido positivo se eu quisesse. Essa dedicação e essas palavras foram muito importantes.</p>
	1.7. Desejo inicial	IVG Prosseguir	

	1.8. Antecedentes	Número de filhos Experiência de IVG	
2. O discernimento	2.1. Razões para prosseguir com a gravidez	Representações do bebê Experiência de IVG	
	2.2. Razões para realizar a IVG	Pressão do companheiro	
	2.3. Sentimentos vivenciados	Pressão Julgamento	
3. A tomada de decisão	3.1. Razões da decisão	Ter ultrapassado o tempo legal	
	3.2. Sentimentos vivenciados	Dificuldade em aceitar a gravidez Sentir apoio	
	3.2. Suporte sentido pelo companheiro		
	3.3. Suporte sentido pelos familiares/amigos		

	3.3. Suporte sentido pelos profissionais de saúde		
4. Pós decisão	4.1. Sentimentos vivenciados		<p>Como eu disse, eu sempre me senti muito sozinha. Eu decidi ficar e não regressar para minha terra natal e então nesse momento eu me senti sozinha porque não tinha cá a minha mãe, não tenho ninguém, se eu chorar não tenho ninguém para me passar uma mãozinha ou para gritar comigo “calma, está tudo bem”. Não tinha nenhum familiar ou amigo aqui fisicamente comigo, todo o mundo está distante.</p> <p>Lá vim e prontos, estou aqui até hoje. A minha forma de pensar, que estou num país estrangeiro e ninguém me vai ajudar, mudou completamente. A gente tem ajuda se quiser ser ajudado também. Eu acho que a minha boa vontade de ser ajudada também contribuiu para que eu fosse bem ajudada e conseguisse seguir o caminho.</p> <p>E pronto, a maior dificuldade é como lhe disse, agora piorou ainda mais o meu país, é mandar dinheiro para o estrangeiro, está tudo fechado, a situação piorou ainda mais, então pronto, graças a Deus eu consegui um trabalho então eu estou a contar com aquilo que eu tenho na mão, não com aquilo que está para vir, estou a contar com aquilo que eu tenho. E pronto, vou gerindo assim.</p>
	4.2. Suporte sentido pelo companheiro		<p>ainda que do outro lado, do lado do pai, que eu queria muito que ele estivesse a viver esta gravidez comigo, estivesse a partilhar esse momento comigo da dor e não só, mas pronto, não foi assim</p> <p>porque estar grávida, o pai não estar cá, não haver família aqui e tendo, agora que o meu filho veio, a situação fica ainda mais difícil porque tenho de fazer tudo sozinha, tenho de fazer tudo pensando primeiro nele e só depois em mim</p>

			<p>É assim, eu para não sofrer eu preferi meter na minha cabeça que sou eu e o meu filho. Se ele ligar a saber como é que nós estamos, tudo bem, vou falar, a gente faz vídeo chamadas no whatsapp e eu não quero proibir o meu filho, independentemente de qualquer situação que a gente tenha pessoal, eu não quero dar-lhe o desprazer de não conviver com o pai ainda que seja à distância, de não ouvir a voz, não saber a voz dele. Então para mim isso é o bonito desta relação, enquanto for possível para mim está tudo bem, eu deixo e eu cultivo esse amor dentro dele, falo do pai porque tem de ser assim. Se um dia ele tiver alguma coisa para descobrir ele vai descobrir mas ele é um bebé, tem de ver o lado bom da vida, então eu deixo e para mim está muito bom.</p>
	4.3. Suporte sentido pelos familiares/amigos		
	4.4. Suporte sentido pelos profissionais de saúde		<p>A primeira dificuldade ao estar num país estrangeiro e ainda por cima com um visto caducado não é, vá digamos que ilegal, começa na saúde. A primeira dificuldade que eu senti foi na saúde, porque não me queriam atender, pediram-me dados que eu não tinha. Eu disse “eu não tenho, não tenho documento, não tenho autorização de residência e estou nessa situação”. Por isso é que infelizmente a minha gravidez foi seguida tardiamente, já tinha praticamente 6 meses da minha gravidez, e fui encontrar o lado solidário de uma da chefe de administração do centro de saúde de X, quando falaram do meu caso fez-me perguntas, explicou a minha situação, disse como é que eu estava e tudo o que passei e ela disse “eu não te vou dizer que não podes ser atendida, tu tens aí um bebé que está a vir, tu vais ser seguida naquilo que a gente puder fazer, vais ter um atendimento para o bebé e tudo mais mas tens de ir rever essa situação do documento.” Se não fosse por ela, eu voltava para casa mais uma vez sem consulta, mas ela deixou-me atender de acordo com o passaporte que eu</p>

			<p>tinha na altura, lá fizeram uma pré-inscrição, ainda faltavam alguns dados claro, e pronto, fiquei lá dependente, mas não me deixaram de dar assistência. Então se não fosse por ela, eu sei que muita gente está na minha situação ou pior até e não consegue ter acesso à saúde. Se eu já tenho o problema de aceitar a gravidez e quando eu aceito de uma forma esporádico, ou seja, como for, e quem me pode dar aquele subsídio que é para me sentir pelo menos que esse que está a vir vai vir bem, e essa pessoa não me dá, então como é que me vou sentir?</p> <p>Eu quando aquela senhora olhou para mim e me disse que eu ia ser atendida, eu chorei. Eu não chorei por estar desesperada, eu chorei de alegria por saber que alguém tinha coração, alguém não olhou para mim como um documento, com uma cara que não tem documento, olhou para mim como uma pessoa humana que podia ser ela ou outra pessoa que ela conhece naquela situação. Deu-me a mão primeiro, salvou-me a vida, porque eu podia sair dali com uma mente completamente distorcida e frustrada, mas não, eu saí com uma mente com uma luz positiva, com uma energia boa, saí dali e deu-me vontade de saltar e pular. Eu disse ao filho “aqui conseguimos um abrigo, vamos ser atendidos os dois” . Porque a minha saúde dependia também da saúde dele.</p>
5. O acompanhamento através da linha de emergência do Apoio à Vida	5.1. O pedido	Informações Esclarecimento de dúvidas Sentir apoio	Então esses todos motivos juntos eu pensei “não, eu vou pedir ajuda, bebé que não chora não mama, eu não sou um bebé mas vou pedir ajuda, então pronto, lá vi o número no centro de saúde, liguei e falámos logo”.
	5.2. Sentimentos vivenciados	Tristeza Depressão	Então essas palavras de incentivo, de amor e de afecto fizeram com que eu sentisse esta gravidez como a fase mais bonita da minha vida,
	5.3. O suporte sentido pela equipa do AV		Então foi importante eu conhecer a vossa equipa e ter conhecido a Associação Kamba, que me deram muito apoio, me deram sempre força, disseram para não pensar em coisas negativas, que isso não ia fazer bem a mim e muito menos ao bebé porque o bebé não tem culpa de nada. Se o

			<p>bebé veio é porque tinha de vir e eu tinha de aceitá-lo e amá-lo. Então essas palavras e esse incentivo criaram-me muito amor e encheram-me de esperança, e eu comecei a ser uma mãe galinha, principalmente quando o tive nos meus braços. Foi muito importante eu passar por estas fases não muito boas, conhecer pessoas como vocês que dão esse apoio psicológico, que dão orientação de como podemos saber os sinais e os sintomas, e isso foi muito fundamental para eu conseguir criar uma estrutura boa diante a minha gestação. Isso para mim tirou-me um peso de tal maneira que se eu não tivesse tido este apoio eu não ia conseguir gerir a gravidez e não ia ter forma de a levar até ao fim. Talvez ia ter problemas, talvez não, nunca vamos saber, mas sem esse apoio eu não seria a mesma pessoa, a mesma gestante que fui.</p> <p>então contei com vocês e com este apoio social que me fez sentir enquadrada. Não me senti afastada da sociedade, muito pelo contrário senti-me íntegra, me senti apoiada, me senti como se estivesse num lar, e isso foi fundamental para que eu criasse uma estrutura boa para mim e para o meu filho. Esses momentos para mim foram muito bons e importantes.</p> <p>Então quando me falaram da assistente social... qual é o papel de uma assistente social? É conversar, é procurar enquadrar as ajudas que forem possíveis, ela vai procurar, vai tentar enquadrar, e então eu disse “pronto, vou tentar também, se não for isso ao menos eu tentei”. E tentei e pronto, a reacção foi boa, foi positiva, superou a minha expectativa por um lado positivo graças a Deus. Então tem sido para mim um alicerce muito bom</p> <p>Então esse apoio ajuda-me a conseguir gerir esse momento, eu tenho conseguido esse momento de mãe solteira sozinha graças a Deus bem</p> <p>Eu penso um pouquinho se lá estivesse <i>[em Angola]</i> como é que estava, mas também está bem e eu tento pensar pouco nisso, porque estas palavras,</p>
--	--	--	---

			as formações que me têm dado nos grupos, o acompanhamento, parece que não mas faz toda a diferença. Pelo menos deixa a minha mente sã, tranquila, consigo ter mais experiência na minha vida.
6. Conselhos para um profissional que acompanhe uma mulher em discernimento			<p>Então eu acho que todos os Estados deviam ver isso, independentemente do estado legal da pessoa, é uma vida em causa, se essa vida não vem bem como é que me vou legalizar? Se eu não tiver força e não tiver vida não vou lutar. A pessoa só luta se conseguir respirar, enquanto não tiver respiração não luta. Então acho que um dos fenómenos que acho que todos os Estados se têm deparado e que todos os assistentes sociais devem lutar é por este lado humano. Não é a Lei, nós próprios humanos é que estamos a errar porque nós é que fazemos as leis, nós é que definimos as coisas, e acho que o direito à vida é bom, respeitar esse lado independentemente das suas condições financeiras, da sua condição de estrangeiro legalizado ou não legalizado, e com isso a gente consegue lutar mais. Se eu não tiver esse apoio eu não consigo ter ambições na vida, eu não consigo lutar. Então a primeira coisa que eu vou pensar se não tiver assistência na saúde é que é mais fácil eu pagar a alguém e fazer uma coisa clandestina que é mais perigoso ainda, podemos morrer os dois. Dar o apoio é melhor. Eu penso que um dia quando concluir a minha licenciatura em direito seria uma boa ajuda, tanto faz para estrangeiro ou não estrangeiro, tanto faz, mas principalmente para os estrangeiros que estão nesta situação não regularizada, acho que um dos benefícios que podiam dar como uma carta boa seria isto, seria o acesso à saúde.</p> <p>O poder interagir com outras pessoas sabendo que estás aqui sozinha, sem falar, sem levar um tapa, sem levar uma agressão verbal também muito difícil. Nem todo o mundo tem uma palavra de amor, uma palavra de afecto, uma palavra de incentivo, que a pessoa se sinta “estou nesta condição, aceito, mas se eu lutar assim eu posso mudar a vida dessa criança, posso mudar a minha vida para daqui a 6 meses, para daqui a 1 ano”. Então é fundamental esse apoio, existir associações que apoiem</p>

			<p>estas pessoas, que deem formação, que deem orientação, é muito bom. Uma pessoa com uma mente sã, uma mente tranquila, consegue pensar bem consegue dormir bem, consegue agir bem, e consegue fazer coisas boas também. Eu senti estas dificuldades – ter acesso à saúde e interagir com a sociedade.</p> <p>A primeira atitude eu digo sempre assim “um sorriso muda tudo”, porque o facto de tu me recebes com um sorriso, independentemente eu trazer um problema, já me deixa tranquila e à vontade para poder expor o que se passa. Porque não expor só pelo rosto que ele lança para ti, tu já ficas intimidada, percebe? Então é importante que os profissionais de saúde quando vão atender alguém, independentemente de saberem o que é que essa pessoa vai trazer, atendam com um sorriso no rosto, para que a pessoa se possa sentir bem para poder falar. Eu posso ter um problema ou uma dor, e pela forma de falar dessa mulher eu vou dizer “não, está tudo bem”, só para sair da tua frente, porque eu estou com medo que você faça algum mal por cima daquilo que eu já estou a sentir, já carrego um fardo, não tens de meter mais um fardo ainda. Então acho que é importante passar amor para essa pessoa, para primeira impressão é fundamental, para a pessoa se poder sentir bem e se poder sentar naquela sala e falar. E segundo é o não discriminação. Não discriminar a pessoa independentemente da sua situação, independentemente da raça, da condição legal da pessoa. Esses dois aspectos mudam muito, mudam mesmo, não tem noção de quanto muda.</p> <p>Então estas coisas pequenas são muito fundamentais, porque a grávida já é um bebé, o sentimento dela tudo para nós nos irrita e nos faz mal, então quanto mais pedras nos atirarem, maior a probabilidade de termos alguma depressão. Quanto mais amor nos darem, mais afecto nos darem, mais atenção nos darem, diminui a chance de entrar em depressão por qualquer motivo que seja.</p>
--	--	--	--

Grelha de análise da entrevista MGD6

Categorias	Sub-Categorias	Unidades de registo	Unidades contextuais
1. A descoberta da gravidez	1.1. Dados da gravidez	Contexto em que surgiu a gravidez Gravidez planeada Gravidez não planeada	
	1.2. Sentimentos vivenciados	Tristeza, solidão, desamparo, corpo morto	Senti-me confusa, acima de tudo confusa, pela situação de já ter uma filha e não ter condições para ter o segundo, são os tais parâmetros. Mas eu acho que no momento em que soube que estava grávida acho que não tive sequer reacção mas reagi quase como se fosse uma coisa normal e ao longo do dia e com o ir pensando e ir processando a informação é que fui percebendo o que é que realmente se estava a passar.
	1.3. Com quem partilhou a notícia da gravidez	Companheiro Familiares Amigos Vizinhos Ninguém	acho que falei com o meu namorado na altura, como é normal Só partilhei com ele.
	1.4. Suporte sentido pelo companheiro		No meu caso foi bom, tive um bom feedback, ele deu-me total à vontade para decidir. Deu-me a opinião dele que realmente não era o indicado, no entanto, deu-me todo o apoio e acompanhou-me durante todo o processo, isso foi fantástico, tive sorte.
	1.5. Suporte sentido pelos		

	familiares/amigos		
	1.6. Suporte sentido pelos profissionais de saúde		
	1.7. Desejo inicial	IVG Prosseguir	Ter o filho.
	1.8. Antecedentes	Número de filhos Experiência de IVG	
2. O discernimento	2.1. Razões para prosseguir com a gravidez	Representações do bebê Experiência de IVG	
	2.2. Razões para realizar a IVG	Pressão do companheiro	
	2.3. Sentimentos vivenciados	Pressão Julgamento	
	2.4. Suporte sentido pelo companheiro		

	2.5. Suporte sentido pelos familiares/amigos		
	2.6. Suporte sentido pelos profissionais de saúde		<p>Informada sim porque sou mãe, não é a primeira vez que passo por uma gravidez. Mas não apoiada no sentido médico, isso não.</p> <p>A parte psicológica, porque eu acho que é muito importante independentemente da parte de queres ter o filho ou não, eu acho que uma mulher grávida precisa da parte psicológica e, lá está, felizmente eu tive a sorte de ter um namorado que me acompanhou mas há mulheres que não têm e essas mulheres provavelmente, lá está, no sentido de família se não tiverem esse apoio se calhar um médico ou um enfermeiro, se tiver outro tipo de acompanhamento psicológico se calhar é um bocadinho mais fácil lidar com a situação.</p> <p>Não [fui informada que o hospital disponibiliza o apoio dado por um psicólogo ou assistente social caso a mulher queira]. De facto nunca me falaram disso e eu não sabia, gostava de ter sabido.</p> <p>Eventualmente gostaria de saber a informação, no entanto no meu caso específico eu não iria recorrer, mas gostava de ter sabido que se quisesse teria isso disponível. Até porque procurei fora, exactamente no Apoio à Vida.</p>
3. A tomada de decisão	3.1. Razões da decisão	Ter ultrapassado o tempo legal	

	3.2. Sentimentos vivenciados	Dificuldade em aceitar a gravidez Sentir apoio	
	3.2. Suporte sentido pelo companheiro		
	3.3. Suporte sentido pelos familiares/amigos		
	3.3. Suporte sentido pelos profissionais de saúde		<p>Fui ao centro de saúde, mandaram-me para urgência do hospital, cheguei à urgência do hospital e a senhora queria-me ver, queria fazer as análises, a rececionista apercebeu-se do que se estava a passar e mandou-me ir embora e fiz então a consulta e depois aí prossegui, mas inicialmente o processo foi mandarem-me para lá horas a fio no Hospital só para me marcarem uma consulta de IVG. Fantástico. Naquele momento é ótimo, tudo o que uma mulher precisa é ver grávidas à volta e eu a pensar naquilo que estava a fazer.</p> <p>A nível psicológico não senti [suporte]. Houve um cuidado na parte da explicação do processo, foi tudo cuidadoso e o enfermeiro que esteve comigo foi excepcional, mas a nível psicológico não houve... não houve. Pura e simplesmente foi uma decisão que eu tomei, cheguei lá deram-me a medicação, explicaram-me tudo aquilo que eu tinha de fazer, ponto.</p>
4. Pós decisão	4.1. Sentimentos vivenciados		<p>Fiz em casa, não pude dar a parte fraca porque tinha a minha família toda lá em casa nesse dia, nomeadamente a minha filha, eu nunca poderia dar parte fraca de maneira nenhuma e, de certa forma, o eu ter de estar a brincar com ela e o ter de estar a conversar naturalmente ajudou-me um bocadinho a passar. Não senti aquilo sozinha ou isolada, mas é claro que não é propriamente um processo... por muito que eu quisesse estar distraída</p>

			aquilo estava-me sempre na cabeça e estava-me a moer. Pronto... no fundo tentei agarrar-me foi à parte do “eu não posso, eu não posso, eu não posso, e quando eu puder eu faço”. Foi isso.
	4.2. Suporte sentido pelo companheiro		Só tive apoio dele porque mais ninguém sabia E o facto dele estar sempre, quer dizer, ele também não teve muita noção do que é que aconteceu. Para ele eu estava doente e nós estávamos a tratar, pronto. E isso também me ajudou, porque se ele tivesse noção da gravidade da questão se calhar tinha sido mais profundo e o facto de eu ser obrigada a levar com naturalidade demais uma coisa que não é natural, de certa forma ajudou-me.
	4.3. Suporte sentido pelos familiares/amigos		Decidi passar sozinha, por opção.
	4.4. Suporte sentido pelos profissionais de saúde		
5. O acompanhamento através da linha de emergência do Apoio à Vida	5.1. O pedido	Informações Esclarecimento de dúvidas Sentir apoio	Eu decidi ligar para o Apoio à Vida inicialmente porque eu não sabia como é que havia de proceder no sentido de fazer a IVG e o meu primeiro contacto foi nesse sentido. Eu já tinha falado com ele, já tínhamos tomado a decisão, era para avançar, mas eu não sabia quais eram os procedimentos, nunca tinha feito. E liguei para o Apoio à Vida para me darem indicações nesse sentido, e depois então tive o acompanhamento.
	5.2. Sentimentos vivenciados	Tristeza Depressão	

	5.3. O suporte sentido pela equipa do AV		<p>O que me fez ligar foi a necessidade de informação, mas o apoio foi muito bom. Deu jeito.</p> <p>Sim. A Dra. continuou a entrar em contacto comigo, mas eu deixei de atender o telefone porque... não queria pensar. Mas tive bastante insistência da parte da Dra. Até para perceber como é que estava bem, se eu estava a reagir, isso tive.</p> <p>Inicialmente foi bom, ajuda a pensar, ajuda a tomar uma decisão o mais correcto possível digamos assim. Depois começou a ser um pouco, senti-me pressionada sim, mas eu acho que isso tem a ver com a personalidade de cada pessoa, se calhar há pessoas que precisam de ter isso. Eu precisei de estar mais sozinha.</p>
6. Conselhos para um profissional que acompanhe uma mulher em discernimento			<p>Eu acho que é tentar perceber o que é que se passa na cabeça de uma grávida, e para isso é preciso deixa-la falar, entrar literalmente pela vida dela e tentar perceber o que é que se passa na vida dela e o que ela pensa, porque é uma pessoa. Tanto uma pessoa pode estar sozinha e querer ter o filho, como ter uma família e ter um marido, uma casa e um mundo perfeito e não querer ser mãe. Eu acho que acima de tudo é ter tempo de atenção e paciência, porque não é fácil, mas tentar ajudar a perceber o que se passa para tomar a melhor decisão, porque ter um filho também não é fácil. Em nenhuma das saídas sai facilmente, mas acho que acima de tudo é tempo. Hoje em dia principalmente nos hospitais públicos a correria é tão grande, os próprios médicos fazem tantas horas que já não têm cabeça para tratar as pessoas como pessoas, e acabam por ser um bocado como um saco de batatas. “Va toma lá a medicação e passa ao próximo” digamos assim. Acho que parte por aí.</p>

Apêndice D – Grelha de análise por categorias – Entrevistas mulheres que foram grávidas em discernimento

Categoria “A descoberta da gravidez”

Categoria: A descoberta da gravidez		
Sub Categoria: Dados da gravidez		
Unidades de registo	Unidades contextuais	Temas
Contexto em que surgiu a gravidez Gravidez planeada Gravidez não planeada	Eu dizia que ia dar um filho logo que chegasse a Portugal. Ele ficava só a rir. Porque ele também quase não tem filhos, ele só tem um filho. [Queria ter este filho] porque eu gostava dele. Ele é um homem bom. Ele não é um homem mau, mas ele não sei porque tornou-se (MGD2)	Desejava engravidar porque gostava dele
	Eu queria, mas não era para agora. Eu gostava de ter outro filho, ou seja, tenho 3 e gostava de ter o quarto, mas sim, mas não era para agora tão de repente. (MGD3)	“Eu queria, mas não era para agora”
	A primeira questão é que não só eu estava fora de Portugal como eu também estava fora, estava em Espanha apresentando um projecto (MGD4)	A primeira questão foi estar fora de Portugal
	não tinha planeado que seria para este ano, para aquele momento (MGD5)	Não tinha planeado para aquele momento

Sentimentos vivenciados		
Medo Confusão Ambivalência	Bom quando eu descobri que estava grávida do segundo não é... pânico total, foi um pânico tipo “o que é que eu vou fazer agora? Ihh com dois filhos, ihh não tenho casa”. Foi um pânico total que eu não sabia onde é que ia meter-me. Depois bora lá enfrentar (MGD1)	Pânico
	Senti o corpo morto, fiquei enjoada (MGD2)	Transformações no corpo

	Senti-me muito triste, muito debilitada, sem ninguém à minha volta, em baixo. (MGD3)	Tristeza
	Porque eu penso que sozinha... eu não sou uma mulher maravilha, e mesmo uma mulher maravilha tem o apoio de todos os outros super homens e de todo o mundo, então eu senti a necessidade de realmente ter alguém que entendesse o que é que é uma mulher em dificuldade, sozinha, e pelos estudos que eu já fiz sobre machismo, paternalismo, eu sabia que ia ser massacrada pela sociedade e, não que a opinião ou a lei importasse, mas de certa forma é não só eu pensar no meu bem estar, mas no bem estar de outra pessoa, que era o meu filho. (MGD4)	Sozinha e em dificuldade e sem apoio Massacrada pela sociedade
	<p>O momento da descoberta da gravidez para mim foi desesperante, porque eu não contava</p> <p>A minha reacção foi péssima e fiquei perdida no tempo e no espaço. Não sabia se ligava para a pessoa, para o pai da criança neste caso, se ligava para a minha mãe, se ligava para alguém, eu não sabia com quem falar nesse momento. Então fiquei... primeiro chorei, dormi, e quando acordei estava mais calma</p> <p>No meu caso o que mais me fez falta e que me fez sentir muitas vezes triste é que eu não tinha ninguém para quem conversar fisicamente. Todo o mundo que eu queria conversar fisicamente estava longe, está longe, está em Angola. E eu aqui não tinha ninguém, fiquei “vou ligar para quem, vou chorar com quem?” (MGD5)</p>	<p>Estar desesperada porque não contava</p> <p>Estar perdida no tempo e no espaço</p> <p>Estar sozinha e não ter ninguém para conversar e partilhar</p>
	<p>Senti-me confusa, acima de tudo confusa, pela situação de já ter uma filha e não ter condições para ter o segundo, são os tais parâmetros. Mas eu acho que no momento em que soube que estava grávida acho que não tive sequer reacção</p> <p>mas reagi quase como se fosse uma coisa normal e ao longo do dia e com o ir pensando e ir processando a informação é que fui percebendo o que é que realmente se estava a passar. (MGD6)</p>	<p>Ficar sem reacção</p> <p>Processar lentamente a informação</p>

Com quem partilhou a notícia da gravidez		
Companheiro	logo liguei para o pai deles não é, dos meus filhos (MGD1)	Ligar ao pai do bebé
Familiares		
Amigos	Com duas amigas, com os vizinhos mais próximos que considero como se fossem família. Falei também com a minha médica de família. Quer dizer não falei assim muito, mantive-me em silêncio assim algum tempo e depois houve uma amiga minha que então falou-me no apoio à vida e daí então eu decidi ligar para ter o apoio. (MGD3)	Ligar a amigas ou vizinhos Ligar à médica Ligar ao AV
Vizinhos		
Médico de família	estava num grupo de pessoas em que por mais que eu pensasse que eu pudesse contar que seria uma notícia boa, o que é ridículo é que você olha para o lado e você não pode contar com ninguém, porque como eu sou brasileira e no Brasil abortar não é uma opção, abortar é crime, e eu tinha quase a total certeza que na hora que eu falasse que eu estava grávida, sozinha, num país, sem família, não estava junto do pai, a primeira coisa que iam falar comigo era para abortar, então isso foi mais complicado, então eu não contei para ninguém, a primeira coisa que eu fiz foi procurar na internet, porque eu pensei “na internet vou ter todas as possibilidades também e talvez eu pudesse encontrar alguma que se parecesse mais com a minha” (MGD4)	Consultar a internet Medo de dizer aos amigos
Ninguém	peguei no telefone e como tinha uma amiga que estava mais próxima de mim falei com ela, eu disse “olha eu descobri que estou grávida, mas eu não sei o que vou fazer, não sei o que pensar, não sei se pense bem se pense mal”. (MGD5)	Ligar a uma amiga
	acho que falei com o meu namorado na altura, como é normal Só partilhei com ele. (MGD6)	Ligar ao namorado
Suporte sentido do companheiro		
	e eu disse “ah estou grávida” e ele assim “vamos tirar não é?”. Entrei mais em pânico ainda porque por ser pai do meu primeiro filho não era a resposta que eu estava à espera, eu estava à espera de	“Vamos tirar não é?” Fiquei

	<p>uma coisa... talvez ele podia dizer isso de outra forma ou levar essa conversa por outros meios não é, mas ele dizer-me assim logo “ah vamos tirar” logo, fiquei em choque porque não estava à espera, mas pronto, esse daí foi porque tinha mais problemas no meio e aí surgiu isso. (MGD1)</p>	<p>em choque porque não era a resposta que estava à espera</p>
	<p>E eu disse a ele logo “eu estou grávida” e ele disse logo “ah não pode, você já fez teste?” eu disse a ele que ainda não e ele disse para eu fazer. Fiz teste duas vezes e acusou que estava grávida. Ele disse “vai arrancar” (MGD2)</p>	<p>Ele disse “vai arrancar”</p>
	<p>Ele aceitou e primeiro tinha dito que como estava na situação que estava, que ia ser detido, que era para eu interromper a gravidez que ele não ia ser capaz de manobrar essa situação. Mas isso depois ficava ao meu critério (MGD3)</p>	<p>Ele aceitou mas depois disse para interromper mas que ficava ao meu critério</p>
	<p>Quando eu partilhei foi uma surpresa para ambos, porque ambos não havíamos planeado, ele também me deu a opção de se eu sabia se podia abortar, se era uma opção, eu disse que não porque isso para mim nunca foi uma opção e então ele falou que me daria suporte e tudo mais, que isto seria possível, que íamos planear isso de alguma forma que ele não estava a ver uma solução. Ele ficou extremamente nervoso e me deixou falando sozinha e saiu. Pronto, eu entendi naquele momento, mas duas semanas depois é que ele pensou e disse que ia ajudar de alguma forma, porque eu não estava falando de uma questão financeira, que eu acho que ninguém nessa hora pensa que o financeiro é uma questão, mas ele mudou totalmente de ideias e disse que não me ajudaria com nada e pelo contrário, colocou-me fora de casa. Foi isto que aconteceu com a questão do pai. Até hoje eu tenho zero de apoio. (MGD4)</p>	<p>Ele ficou extremamente nervoso e me deixou falando sozinha e saiu.</p> <p>disse que não me ajudaria com nada e pelo contrário, colocou-me fora de casa.</p> <p>Até hoje eu tenho zero de apoio</p>

	<p>Só passado uma semana é que falei com o pai do meu filho, disse “olha descobri que estou grávida, como vamos fazer?”. E ele estava longe não é, estava distante como continua até hoje, então isso criou-me um certo desconforto, e tem-me criado até hoje, porque nunca veio, mas pronto tenho conseguido gerir.</p> <p>Ele ficou feliz não é? A primeira reacção dele até foi melhor que a minha. Ele disse “uau, vou ser pai, que bom! Nunca tive um filho, vou ter um filho, uau! Mas agora eu estou aqui com esses problemas então como é que eu vou fazer?” eu disse “não sei, sua terra é essa, você está feliz, já me deu a entender que você aceita isso na boa, não foste numa outra ideia”... que eu também estava com receio que ele me falasse noutras coisas mas não. “Então ele é meu filho eu também tenho de aceitar. E um filho é bom”. Então essas palavras dele naquele momento para mim foi bom.</p> <p>Foi muito importante, muito importante mesmo. Independentemente da presença física não estar, mas isso foi muito importante para mim, deixou-me mais tranquila ainda e foi mais fácil a aceitação. (MGD5)</p>	<p>A primeira reacção dele até foi melhor que a minha.</p> <p>“Então ele é meu filho eu também tenho de aceitar. E um filho é bom”. Então essas palavras dele naquele momento para mim foi bom.</p> <p>Ele ter aceite a gravidez tornou mais fácil a própria aceitar</p>
	<p>No meu caso foi bom, tive um bom feedback, ele deu-me total à vontade para decidir. Deu-me a opinião dele que realmente não era o indicado, no entanto, deu-me todo o apoio e acompanhou-me durante todo o processo, isso foi fantástico, tive sorte. (MGD6)</p>	<p>Deu a opinião dele de que prosseguir não era o indicado, mas deixou-a tomar a decisão e acompanhou-a no processo da interrupção</p>

Suporte sentido dos familiares/amigos		
	<p>porque estava a ver que contar com o mundo fora não ia adiantar nada, porque nesse momento é o pior momento que estás. Ninguém te dá a mão, ninguém te vai correr a mão na cabeça e ninguém te vai ajudar. Podem-te ajudar sim, mas é assim, é da maneira que eles querem, se quem te está a ajudar e está do teu lado quer que tu faças isso só vai-te ajudar se fizeres como eles querem porque se tu disseres “ai não, eu vou fazer da minha maneira”, ah não, já não são amigos mais, já estás sozinha, outra vez. Foi aí então que procurei o Apoio à Vida.</p> <p>E tem muita gente que passaram coisas bem piores que estavam aí a opinar a fazer com que eu fizesse ao contrário, enquanto que na vida real, mesmo que tenha sido há 30 anos, passaram pelo mesmo e passaram bem piores, mas na hora não pensam nisso. É assim, mandar boca é fácil, depois esquecem que já passaram pelo mesmo e não... pronto, esquecem. (MGD1)</p>	<p>Ninguém te vai ajudar</p> <p>Para te ajudarem é da maneira que eles querem</p>
	<p>quando fui para casa e quando a minha tia me perguntou como é que a consulta correu eu disse para a minha tia que o doutor disse que o feto estava muito bom, para não tirar, e ela disse-me “você aqui não pode estar, não pode criar essa barriga aqui”.</p> <p>Fui para a rua, liguei para alguém, alguém disse para não chorar e foi ter comigo acompanhar-me (MGD2)</p>	<p>A minha tia pôs-me fora de casa</p>
	<p>Para mim não foi fácil porque hoje em dia neste momento já tenho 3 filhos, mas não tenho nem mãe nem pai e senti-me sem apoio de ninguém. (MDG3)</p>	<p>Sozinha e sem apoio de ninguém</p>
	<p>Então isso para mim foi a primeira vista porque não é somente porque eu estou sozinha, porque isso eu descobri depois, é que todas as mulheres, a primeira coisa que vão ter é escutar que o aborto é uma opção.</p> <p>Muitos amigos, a primeira pergunta que todo o mundo faz é “e agora? O que é que você vai fazer?” Agora vou ter o filho, só isso. Quando eu contei para a minha família mesmo, minha família do Brasil</p>	<p>A família apoiava e aceitava mas os amigos queriam saber se iria abortar</p>

	<p>que está praticamente toda no Brasil, foi a maior alegria de todos, porque lá sempre foi o ditado “onde come um comem dois, onde comem três comem quatro e assim vai adiante”. Então a gente sabe que funciona, viver e criar isso aí é certo, eu também venho de uma família de renda super baixa e nem por isso deixei de estudar, eu sou formada, tenho duas formações superiores, viajei posterior, faço tudo o que tenho de fazer independente das condições limitadas dos meus pais</p> <p>Então para mim quanto à família ficou tranquilo mas quanto aos amigos aqui sempre foram as maiores preocupações, a primeira pergunta era sempre se vai abortar, se vai ter. Segunda “como é que você vai sustentar”, como se a gente também pudesse prever, o que é uma mentira porque hoje eu posso estar empregado, bem sucedido e amanhã não ter nada, e só depois é que ia falar “ah então que bom não é?”. E o que eu sempre estranhei aqui é que o pessoal sempre falava “que bom”... e eu “e a parte da empolgação? É uma vida, é um filho!”. Então não tem empolgação, aqui em Portugal realmente eu não sei porque é o limite do sentimento das pessoas, porque é que elas são bloqueadas nisto. (MGD4)</p>	<p>A primeira pergunta era sempre se vai abortar, se vai ter. Segunda “como é que você vai sustentar”,</p>
	<p>E esta minha amiga disse-me “um filho é uma bênção, muitas meninas queriam ter um filho e não podem ter e dão esse amor de outra forma, adoptam, etc. Deus te deu essa dádiva, que é um Dom, é uma bênção maior porque ninguém consegue reproduzir um filho a não ser uma mulher. Se o momento não é adequado, faça com que o momento seja adequado. Aceita, agradece, vive a gravidez e esquece o resto. E pronto, vai indo”. Então essas palavras dela deram-me um conforto que me fez sentir bem, me fez sentir tranquila. (MGD5)</p>	<p>Apoio da amiga deu conforto e tranquilidade para prosseguir a gravidez</p>
<p>Suporte dos sentido profissionais</p>		
	<p>Fui à consulta com o doutor e o doutor disse que o feto estava muito bom e para não arrancar, porque eu pedi ao doutor para arrancar. O doutor disse que era um bom bebé e que não tinha nenhum problema e para não tirar, se eu queria tirar tinha de ir para outro hospital. Então eu achei bem e não tirei.</p>	<p>Suporte do profissional foi decisivo para prosseguir</p>

	O doutor disse-me que já estava de dois meses e tal e que já não podia arrancar. E ficou assim, e o meu bebé nasceu, está bom e saudável. (MGD2)	com a gravidez
	Para mim foi fundamental o apoio de pessoas como a minha assistente social, porque me deram umas palavras, me deram uma certa luz ao fundo do túnel de esperança que a minha vida podia mudar no sentido positivo se eu quisesse. Essa dedicação e essas palavras foram muito importantes. (MGD5)	Suporte da assistente social deu-lhe esperança e força

Desejo inicial		
IVG Prosseguir	A minha intenção não era arrancar o bebé, eu nunca quis porque eu não gosto de arrancar gravidez, eu não gosto. (MGD2)	Prosseguir, numa grande ambivalência – acabou por prosseguir
	A gravidez não foi aceite não é, e eu queria mesmo abortar na altura. (MGD3)	Interromper (mas acabou por prosseguir)
	então isso nunca foi uma hipótese pensar “ai eu não tenho condições financeiras”... o que é que é realmente ter condições financeiras? Porque para um milionário nunca está suficiente, ele quer ser bilionário! (MGD4)	Prosseguir
	Ter o filho. (MGD6)	Prosseguir (mas acabou por interromper a gravidez)

Categoria “O discernimento”

Categoria: O discernimento		
Sub Categoria: Razões para prosseguir com a gravidez		
Unidades de registo	Unidades contextuais	Temas
<p>Representações do bebé Experiência de IVG Sexualidade Relação conjugal Estrutura familiar Saúde Ciclo de vida</p>	<p>Não é bem um acolhimento porque tipo já era a segunda vez que eu ia nessa clínica, já mais... não sei, dá-te uma vergonha por estares aí ou dá-te... eu pelo menos pensei assim “eu vou destruir a vida de um ser, já pela segunda vez pelo menos”, ainda por cima com a idade que eu tinha já pensas um pouco mais que o primeiro, eu o primeiro tinha só 18 anos e eu entrei na clínica saí e não pensei em nada. Já o segundo já tinha 24 anos já são 6 anos basicamente não é, já se pensa de uma maneira diferente, a responsabilidade já é outra, a noção do que é que vais fazer já é outra, então já não entras aí com a mesma perspectiva que se entrasses aí com 18 de certeza, já estas a pensar, já pensas que o ser está vivo, já pensas em inúmeras coisas.</p> <p>[Na primeira IVG] eu era muito jovem, muito jovem tinha acabado de fazer 18 anos, ainda estava naquela fase a estudar, e era noites, era sair, era vida de namorado, foi uma coisa que foi mesmo procurei na internet, até porque é assim é como eu disse, teve muita influência o cônjuge e nesse aí, nessa decisão, ele teve maior peso e eu e ele tivemos a falar e ele teve maior peso, mas aí a gente estava a ponderar aquilo, ele também estava em casa da mãe, não trabalhava, era estudante também, embora maior de idade mas era estudante e eu também a mesma coisa, a gente nunca tinha tido um filho, a gente nunca tinha passado por aquilo e eu me deixei levar pela vontade dele, não digo pressão porque eu também estava em acordo, mas porque a gente concordou e eu deixei tomar a posse maioritária, naquela vez eu não dei a voz, e depois lá está eu não estava a pensar como é que era ter um filho, a experiência foi diferente. Já na segunda vez eu engravidei aos 23 não é, eu disse assim “vou ter a minha criança, estou grávida e vou ter.” E foi assim, já foi uma resposta convicta. Já na terceira quase que eu fiz uma IVG já pensei, aí teve o impacto de não tirar e tirar, já vivi os dois momentos já sei como é que é e com a influência da idade, e isso teve um bocado de influência (MGD1)</p>	<p>Vergonha de estar a ponderar fazer IVG pela segunda vez O pesa da idade e da responsabilidade atribuída O impacto de ambas as experiências anteriormente: fazer IVG e ser mãe. “já vivi os dois momentos já sei como é que é”</p>

	<p>eu disse “eu cheguei não tem nem dois meses, eu não conheço Portugal, eu não conheço nenhum hospital nem nenhum sítio daqui, como é que eu vou arrancar a barriga sem documento? Todas as coisas pedem documento”. Uma prima minha disse que também não sabia porque nunca tinha feito isso aqui e disse que não me aconselhava a arrancar. Então pronto.</p> <p>Eu disse-lhe que não, vamos criar o nosso bebé. Ele disse que não. (MGD2)</p>	<p>Ser estrangeira e sem documentos, não conhecer nenhum hospital</p> <p>A ambivalência “Eu disse-lhe que não, vamos criar o nosso bebé. Ele disse que não.”</p>
--	---	--

Razões para realizar a IVG		
Pressão do companheiro Pressão da família Situação socioeconómica Relação conjugal Estrutura familiar Vida profissional Estado de saúde	<p>Vou tirar que é o mais fácil. Ah estou a morar na casa da minha mãe, estou com uma criança e ainda é pequenina, não vou conseguir”. Eu pensei tudo, eu não ia conseguir nada e não tinha casa, não tinha trabalho fixo, e o pensamento de tirar veio. (MDG1)</p>	<p>Interromper ser o mais fácil por não ter casa, não ter trabalho fixo, já ter outro filho</p>
	<p>Eu pedi ao doutor para arrancar</p> <p>A minha intenção não era arrancar mas ele [companheiro] estava a insistir comigo para eu arrancar. (MGD2)</p>	<p>“A minha intenção não era arrancar mas ele [companheiro] estava a insistir comigo para eu arrancar”</p>

	porque não há contacto comigo e com ele, eu não gosto dele, como eu já tinha dito, não sinto nada por ele, pura e simplesmente só temos um filho em comum e aconteceu. (MGD3)	Não haver contacto entre ela e o pai do bebé
--	---	--

Sentimentos vivenciados		
Ambivalência Pressão Julgamento Culpa Medo Alívio	<p>Então, caiu o pânico e depois pensar no que é que eu vou fazer, de repente deparei-me que eu estou sozinha, então disse assim “só tenho uma solução: vou tirar.</p> <p>Pronto vou tirar é o mais fácil que a gente pensa.</p> <p>Depois pensei em abortar, procurei a clínica, até cheguei mesmo a marcar a consulta e até fui levar os 150€ para fazer o exame, para saber de quantas semanas estava, se dava para tirar ou não, dava, fiz tudo, ficou marcada a IVG. Mas nessa semana que eu fiquei à espera da IVG, para ser chamada, comecei a pensar e também com o decorrer das coisas que começaram a acontecer, comecei a pensar melhor, mas nesse momento tive de buscar forças onde não tinha que era para pensar em mim e nos meus filhos só</p> <p>porque eu estava com a IVG marcada mas de repente eu ponderava... “epa eu quero ter”, assim naquela, “opa eu não quero tirar”</p> <p>já quando estava à espera para fazer o exame já estava toda triste e eu a ver mais mulheres assim ali e eu pensei “cada um é livre de seguir a sua decisão”, mas sempre ficava ali a ver. Então porque é que a gente não preveniu não é, em vez de estar aqui a vir fazer isso? E aí já penso mais nas coisas. (MGD1)</p>	<p>de repente deparei-me que eu estou sozinha</p> <p>eu estava com a IVG marcada mas de repente eu ponderava... “epa eu quero ter”, assim naquela, “opa eu não quero tirar”</p> <p>Então porque é que a gente não preveniu não é, em vez de estar aqui a vir fazer isso?</p>
	Eu senti uma consciência dentro de mim porque é um bebé bom que eu quero tirar vida, por uma coisa de nada. (MGD2)	Senti uma consciência dentro de mim

Suporte sentido do companheiro		
	<p>Nenhum mesmo [apoio sentido pelo companheiro], nenhum apoio mesmo, na altura dizia “estou grávida” e deparo-me com a atitude dele, que eu não estava à espera. por isso também mesmo ele tendo dado aí a resposta dele eu disse assim “não, não vou-te enfrentar mas vou tomar a minha decisão” e pronto, é assim, e aí com isso já se pode calcular começam aí bué conflitos não é, na maioria dos casais, quando a mulher tenta enfrentar e eles acham-se “pronto, está-me a enfrentar eu não vou fazer a vontade” é bem do tipo mas pronto... (MGD1)</p>	<p>Nenhum mesmo “na maioria dos casais, quando a mulher tenta enfrentar e eles acham-se “pronto, está-me a enfrentar eu não vou fazer a vontade””</p>
Suporte sentido da família/amigos		
	<p>porque estava a ver que contar com o mundo fora não ia adiantar nada, porque nesse momento é o pior momento que estás. Ninguém te dá a mão, ninguém te vai correr a mão na cabeça e ninguém te vai ajudar. Podem-te ajudar sim, mas é assim, é da maneira que eles querem, se quem te está a ajudar e está do teu lado quer que tu faças isso só vai-te ajudar se fizeres como eles querem porque se tu disseres “ai não, eu vou fazer da minha maneira”, ah não, já não são amigos mais, já estás sozinha, outra vez. Foi aí então que procurei o Apoio à Vida.</p> <p>E tem muita gente que passaram coisas bem piores que estavam aí a opinar a fazer com que eu fizesse ao contrário, enquanto que na vida real, mesmo que tenha sido há 30 anos, passaram pelo mesmo e passaram bem piores, mas na hora não pensam nisso. É assim, mandar boca é fácil, depois esquecem que já passaram pelo mesmo e não... pronto, esquecem. (MGD1)</p>	<p>Ninguém te vai ajudar. Podem ajudar mas é da maneira que eles querem, se o que queres é contrário ao que eles querem já não ajudam</p>

	Muita gente dizia para mim “não faças isso, um dia mais tarde vais-te arrepender, pensa duas vezes antes de fazer porque se realmente veio é porque tinha de vir e é uma bênção de Deus”. Realmente eu ouvia as pessoas mais próximas da minha vida a falarem isso (MGD3)	Muita gente dizia para mim “não faças isso, um dia mais tarde vais-te arrepender”
--	---	---

Suporte sentido dos profissionais		
	<p>[Senti-me] informada porque sou mãe, não é a primeira vez que passo por uma gravidez. Mas não apoiada no sentido médico, isso não.</p> <p>A parte psicológica, porque eu acho que é muito importante independentemente da parte de queres ter o filho ou não, eu acho que uma mulher grávida precisa da parte psicológica e, lá está, felizmente eu tive a sorte de ter um namorado que me acompanhou mas há mulheres que não têm e essas mulheres provavelmente, lá está, no sentido de família se não tiverem esse apoio se calhar um médico ou um enfermeiro, se tiver outro tipo de acompanhamento psicológico se calhar é um bocadinho mais fácil lidar com a situação.</p> <p>Não [fui informada que o hospital disponibiliza o apoio dado por um psicólogo ou assistente social caso a mulher queira]. De facto nunca me falaram disso e eu não sabia, gostava de ter sabido.</p> <p>Eventualmente gostaria de saber a informação, no entanto no meu caso específico eu não iria recorrer, mas gostava de ter sabido que se quisesse teria isso disponível. Até porque procurei fora, exactamente no Apoio à Vida. (MGD6)</p>	<p>Não se sentiu apoiada pelo médico.</p> <p>“eu acho que uma mulher grávida precisa da parte psicológica”</p> <p>Eventualmente gostaria de saber a informação, no entanto no meu caso específico eu não iria recorrer, mas gostava de ter sabido que se quisesse teria</p>

		isso disponível. Até porque procurei fora
--	--	---

Categoria “A tomada de decisão”

Categoria: A tomada de decisão		
Sub Categoria: Razões da decisão		
Unidades de registo	Unidades contextuais	Temas
Ter ultrapassado o tempo legal Aconselhamento médico	<p>porque anteriormente, anterior ao meu filho também, eu já tinha feito uma IVG, então essas duas experiências, ter e o não ter, já causam um impacto aí, muito difícil tomar a decisão, quem já passou por isso sabe, então como eu já tinha passado por isso eu disse assim “epa eu não vou tirar o meu filho, eu vou lutar e vou à frente”, e claro sim, posso até ter colhido consequências, mas é a minha luta, eu é que escolhi o meu caminho.</p> <p>Fui e daí eu disse assim... nessa altura já tinha procurado ajuda, já estava a contar com o Apoio à Vida e disse assim “como eu já tenho uma ajuda eu vou pegar nessa ajuda e vou aproveitar a ajuda e vou seguir em frente” e disse seja lá o que Deus quiser, mas eu não vou tirar! (MGD1)</p>	<p>O impacto das experiências anteriores (ter feito IVG e ser mãe)</p> <p>Sentir apoio</p>
	Então eu fui para a consulta e depois eu disse que não ia tirar, disse que não tinha como, o doutor disse que não ia pôr a minha vida em risco, que era melhor ter o bebé do que pôr a minha vida em risco. E pronto foi o que aconteceu. (MGD2)	A própria vida estar em risco caso fizesse IVG
	[Ter o bebé porque] realmente já não havia mais nada a fazer. Aconselhei-me com o médico (MGD3)	Aconselhamento pelo médico – ter ultrapassado o prazo legal

Sentimentos vivenciados		
Dificuldade em aceitar a gravidez Sentir apoio	Marquei a consulta sim, fui à consulta, só que eu não cheguei a ir no dia da IVG, porque depois marcaram a IVG mas no decorrer daquela semana eu mudei de ideias. Nem só mudei de ideias, ao chegar mesmo na porta da clínica eu já nem conseguia entrar naquele dia, até	Sentimento de confusão e ambivalência

	<p>fui, até mesmo fui no dia da marcação da IVG, fui e estava mesmo ao pé da porta mas algo me dizia assim “não vai, não vai, não vai” e eu ficava assim “eu vou entrar ou não vou entrar?” Ficava assim tipo uma barata tonta naquela porta “eu vou entrar ou não vou entrar”, até que disse assim “eu vou-me embora”. (MGD1)</p>	<p>– “eu ficava assim “eu vou entrar ou não vou entrar?””</p>
	<p>Foi muito importante para mim a pessoa dar-me ajuda. E eu fiquei a gostar, imenso. Eu estava-me a sentir sozinha mas tive 3 pessoas a ajudarem-me, à minha volta, e senti-me mais contente. (MGD2)</p>	<p>Foi muito importante sentir apoio, sentiu-se mais contente</p>
	<p>Ainda me senti um pouco fraca porque não foi fácil aceitar esta gravidez sozinha, sem mãe, sem pai</p> <p>senti-me... não sei... não tenho palavras... não foi fácil para aceitar porque tanto em termos de trabalho, como da minha vida, como de tudo, não era para já. Queria, mas não era para já.</p> <p>eu também tive de aceitar uma vez que já não se podia fazer a interrupção da gravidez e pronto, com o tempo fui aceitando mesmo a gravidez, já passava a mão na barriga dava carinho na barriga, quando comecei a sentir os primeiros movimentos do meu filho (<i>começou a chorar</i>) fiquei feliz, contente, mas para mim não foi muito fácil não, porque é um filho sim, tem pai, mas eu não sinto nada por ele e não gosto do pai do meu filho, a realidade é essa. (MGD3)</p>	<p>“não foi fácil aceitar esta gravidez sozinha (...) senti-me... não sei... não tenho palavras... não foi fácil para aceitar porque tanto em termos de trabalho, como da minha vida, como de tudo, não era para já (...) com o tempo fui aceitando a gravidez</p>

Suporte sentido pelo companheiro		
	No dia em que a minha prima tirou uma fotografia à minha barriga e mandou para ele, ele disse “que figura tão triste”. (MGD2)	ele disse “que figura tão triste”.
	ele ficou super feliz mas disse que não ia poder ajudar porque estava na situação que estava (MGD3)	ele ficou super feliz mas disse que não ia poder

Suporte sentido pelos familiares/amigos		

Suporte sentido pelos profissionais de saúde		
	Senti-me apoiada, bem apoiada. (MGD2)	Bem apoiada
	foi um grande médico para mim sem dúvida, apoiou-me muito durante a minha gravidez, tenho de lhe agradecer muito. (MGD3)	Foi um grande médico, apoiou-me muito
	Fui ao centro de saúde, mandaram-me para urgência do hospital, cheguei à urgência do hospital e a senhora queria-me ver, queria fazer as análises, a recepcionista apercebeu-se do que se estava a passar e mandou-me ir embora e fiz então a consulta e depois aí prossegui, mas inicialmente o processo foi mandarem-me para lá horas a fio no Hospital só para me marcarem uma consulta de IVG. Fantástico. Naquele momento é ótimo, tudo o que uma mulher precisa é ver grávidas à volta e eu a pensar naquilo que estava a fazer.	A nível psicológico não senti [suporte]. Houve um cuidado na parte da

	<p>A nível psicológico não senti [suporte]. Houve um cuidado na parte da explicação do processo, foi tudo cuidadoso e o enfermeiro que esteve comigo foi excepcional, mas a nível psicológico não houve... não houve. Pura e simplesmente foi uma decisão que eu tomei, cheguei lá deram-me a medicação, explicaram-me tudo aquilo que eu tinha de fazer, ponto. (MGD6)</p>	<p>explicação do processo, foi tudo cuidadoso e o enfermeiro que esteve comigo foi excepcional, mas a nível psicológico não houve... não houve.</p>
--	---	---

Categoria “O acompanhamento através da linha de emergência do Apoio à Vida”

Categoria: O acompanhamento através da linha de emergência do Apoio à Vida		
Sub Categoria: O pedido		
Unidades de registo	Unidades contextuais	Temas
Informações Esclarecimento de dúvidas Sentir apoio	Procurei o Apoio à Vida devido à falta de ajuda que eu previ que eu ia ter (MGD1)	Procurou apoio porque previu que não ia ter ajuda
	Não queria mesmo ter este filho, daí então procurar a vossa linha e a vossa ajuda para fazer o aborto e tirar dúvidas. (MGD3)	Procurou para fazer a IVG e esclarecer dúvidas
	Eu procurei saber principalmente um apoio psicológico, não é? Porque sempre você tem apoio ao imigrante, apoio em alguma coisa então eu pensei que provavelmente deve ter algum apoio nesse caso, porque como eu estava sem casa, sem trabalho sem nada disso era uma possibilidade até mesmo de pedir para ser enviada de volta, ou todos se juntarem e me pagar a passagem para eu voltar. (MGD4)	Procurei principalmente apoio psicológico
	Então esses todos motivos juntos eu pensei “não, eu vou pedir ajuda, bebé que não chora não mama, eu não sou um bebé mas vou pedir ajuda, então pronto, lá vi o número no centro de saúde, liguei e falámos logo”. (MGD5)	Por todos os motivos juntos pensei “eu vou pedir ajuda”
	Eu decidi ligar para o Apoio à Vida inicialmente porque eu não sabia como é que havia de proceder no sentido de fazer a IVG e o meu primeiro contacto foi nesse sentido. Eu já tinha falado com ele, já tínhamos tomado a decisão, era para avançar, mas eu não sabia quais eram os procedimentos, nunca tinha feito. E liguei para o Apoio à Vida para me darem indicações nesse sentido, e depois então tive o acompanhamento. (MGD6)	Esclarecimento de dúvidas em relação ao processo de IVG (onde se dirigir, procedimentos)

Sentimentos vivenciados		
Tristeza Depressão	O que foi falado é que a gente só podia abortar até às 10 semanas e que se passasse mais das 10 semanas que já não se podia abortar. Eu fiquei muito em baixo, muito triste, sempre a chorar, sei que ganhei um bocadinho de depressão porque não foi fácil, mas sei que tinha de me mentalizar que se passasse das 10 semanas eu tinha que aceitar, querendo ou não querendo tinha de aceitar. (MGD3)	Com as informações legais (ter ultrapassado o tempo legal para IVG) ficou “muito em baixo, muito triste, sempre a chorar”
	Então essas palavras de incentivo, de amor e de afecto fizeram com que eu sentisse esta gravidez como a fase mais bonita da minha vida (MGD5)	Essas palavras de incentivo, de amor e de afecto fizeram com que eu sentisse esta gravidez como a fase mais bonita da minha vida
O suporte sentido pela equipa do AV		
	teve um impacto muito importante porque se calhar se eu não tivesse ligado nesse dia, se eu não tivesse pegado no telefone e lido o depoimento de algumas pessoas que eu estive a ler no telefone, não ajudava nada, já estava preparada, já tinha a consulta marcada mesmo, para ir, mas nesse dia lembro-me bem estava no fim de semana estava muito triste, li e comecei a ler então foi aí que mesmo deu mais um	A importância de ler o testemunho de outras mulheres em

	<p>impasse. Fui na consulta já com uma dúvida, mas aquilo já afectou na minha mudança da decisão. (MGD1)</p> <p>Liguei para alguém que disse que ia ligar à Doutora. Então liguei, a Doutora foi ter comigo, disse para eu não chorar, levou-me para um sítio [<i>casa de acolhimento</i>] para eu ficar mas eu não gostei e comecei a chorar, a Doutora disse para não chorar que tinha outro sítio e levou-me para esse sítio e eu gostei, por acaso eu gostei. E estou lá até hoje e tenho o meu bebé, nasceu muito bem, sem problemas, saudável. Estou bem.</p> <p>O apoio que eu senti foi das doutoras daqui e essa minha prima que nunca me largou, só. Foi muito importante, muito bom. (MGD2)</p>	<p>situação parecida</p> <p>“Liguei e a Dra. Foi ter comigo, disse para não chorar e levou-me para um sítio para eu ficar”</p> <p>“O apoio que eu senti (...) foi muito importante, muito bom.”</p>
	<p>senti um grande apoio, ou seja, como é que eu hei de dizer... aliás desde que eu estou a ser seguida no Apoio à Vida a minha vida mudou completamente, em relação a mim e ao meu filho, e tenho grande apoio da vossa parte.</p> <p>Senti-me um pouquinho, não muito, mas sim um pouquinho [julgada] porque começaram-me a dizer para eu pensar bem ao telefone, se não quisesse falar marcaríamos mais tarde para falar ou então para vir a um encontro pessoal para podermos falar, e prontos, eu comecei a ver as coisas de outra maneira. (MGD3)</p>	<p>Senti um grande apoio. (...) desde que eu estou a ser seguida no Apoio à Vida a minha vida mudou completamente</p>
	<p>Então eu busquei uma ajuda e quando busquei ajuda caiu uma ajuda que foi essencial que era um lugar específico para as mulheres grávidas em dificuldades. Foi assim como uma luva não é, a fome</p>	<p>tive todo o suporte que eu esperei (...)</p>

	<p>com a vontade de comer. E pronto, tive todo o suporte que eu esperei, que eu estava esperando encontrar eu encontrei. Que era um apoio psicológico, social em todos os aspectos, encontros</p> <p>Foi... o meu grupo fala assim: quando você tem o conhecimento te liberta. Então para mim buscar esses lugares era ter a certeza que eu não estava sendo enganada, ou estar a ser minimamente enganada que tem de se contar com isso, ou nem é a questão de ser enganada (MGD4)</p>	<p>que era um apoio psicológico, social em todos os aspectos, encontros “para mim buscar esses lugares era ter a certeza que eu não estava sendo enganada”</p>
	<p>Então foi importante eu conhecer a vossa equipa e ter conhecido a Associação Kamba, que me deram muito apoio, me deram sempre força, disseram para não pensar em coisas negativas, que isso não ia fazer bem a mim e muito menos ao bebé porque o bebé não tem culpa de nada. Se o bebé veio é porque tinha de vir e eu tinha de aceitá-lo e amá-lo. Então essas palavras e esse incentivo criaram-me muito amor e encheram-me de esperança, e eu comecei a ser uma mãe galinha, principalmente quando o tive nos meus braços. Foi muito importante eu passar por estas fases não muito boas, conhecer pessoas como vocês que dão esse apoio psicológico, que dão orientação de como podemos saber os sinais e os sintomas, e isso foi muito fundamental para eu conseguir criar uma estrutura boa diante a minha gestação. Isso para mim tirou-me um peso de tal maneira que se eu não tivesse tido este apoio eu não ia conseguir gerir a gravidez e não ia ter forma de a levar até ao fim. Talvez ia ter problemas, talvez não, nunca vamos saber, mas sem esse apoio eu não seria a mesma pessoa, a mesma gestante que fui.</p> <p>Então contei com vocês e com este apoio social que me fez sentir enquadrada. Não me senti afastada da sociedade, muito pelo contrário senti-me íntegra, me senti apoiada, me senti como se estivesse num lar, e isso foi fundamental para que eu criasse uma estrutura boa para mim e para o meu filho. Esses momentos para mim foram muito bons e importantes.</p>	<p>essas palavras e esse incentivo criaram-me muito amor e encheram-me de esperança</p> <p>Foi muito importante eu passar por estas fases não muito boas</p> <p>se eu não tivesse tido este apoio eu</p>

	<p>Então quando me falaram da assistente social... qual é o papel de uma assistente social? É conversar, é procurar enquadrar as ajudas que forem possíveis, ela vai procurar, vai tentar enquadrar, e então eu disse “pronto, vou tentar também, se não for isso ao menos eu tentei”. E tentei e pronto, a reacção foi boa, foi positiva, superou a minha expectativa por um lado positivo graças a Deus. Então tem sido para mim um alicerce muito bom</p> <p>Então esse apoio ajuda-me a conseguir gerir esse momento, eu tenho conseguido esse momento de mãe solteira sozinha graças a Deus bem</p> <p>Eu penso um pouquinho se lá estivesse [<i>em Angola</i>] como é que estava, mas também está bem e eu tento pensar pouco nisso, porque estas palavras, as formações que me têm dado nos grupos, o acompanhamento, parece que não mas faz toda a diferença. Pelo menos deixa a minha mente sã, tranquila, consigo ter mais experiência na minha vida. (MGD5)</p>	<p>não ia conseguir gerir a gravidez e não ia ter forma de a levar até ao fim (...) sem esse apoio eu não seria a mesma pessoa</p> <p>“este apoio social que me fez sentir enquadrada. Não me senti afastada da sociedade, muito pelo contrário senti-me íntegra, me senti apoiada, me senti como se estivesse num lar, e isso foi fundamental para que eu criasse uma estrutura boa para mim e</p>
--	--	---

		para o meu filho”
	<p>O que me fez ligar foi a necessidade de informação, mas o apoio foi muito bom. Deu jeito.</p> <p>Sim. A Dra. continuou a entrar em contacto comigo, mas eu deixei de atender o telefone porque... não queria pensar. Mas tive bastante insistência da parte da Dra. Até para perceber como é que estava bem, se eu estava a reagir, isso tive.</p> <p>Inicialmente foi bom, ajuda a pensar, ajuda a tomar uma decisão o mais correcto possível digamos assim. Depois começou a ser um pouco, senti-me pressionada sim, mas eu acho que isso tem a ver com a personalidade de cada pessoa, se calhar há pessoas que precisam de ter isso. Eu precisei de estar mais sozinha. (MGD6)</p>	<p>A Dra. continuou a entrar em contacto comigo, mas eu deixei de atender o telefone porque... não queria pensar.</p> <p>Inicialmente foi bom, ajuda a pensar, ajuda a tomar uma decisão o mais correcto possível digamos assim. Depois começou a ser um pouco, senti-me pressionada sim, mas eu acho que isso tem a ver com a personalidade</p>

		de cada pessoa, se calhar há pessoas que precisam de ter isso. Eu precisei de estar mais sozinha.
--	--	---

Categoria “Conselhos para os profissionais de saúde”

Categoria: Conselhos para um profissional que acompanhe uma mulher em discernimento		
Unidades de registo	Unidades contextuais	Temas
	<p>Bom, vou-te ser sincera, nessa clínica não querem saber de o que é que vai acontecer, principalmente quando a pessoa paga não é... que pronto, não te dão nenhum tipo de feedback nem nada, ainda por cima se tiveres um filho já vão com aquela conversa “ah pois já tens um filho, tens de pensar como deve ser”. Esse feedback não ajuda em nada não é? Eu pelo menos com aquela pressa e com aquele nervosismo eu ia pagar, mas eu sei que eu tinha modo de fazer para não pagar, mas com aquele nervosismo, aquele tudo em cima de mim fui naquela e ainda paguei, então já não esperes que te vão dizer isso não. E nessas clínicas normalmente não te dão essa resposta. Num hospital público eu não sei porque eu fui logo a uma clínica, por isso não sei responder. (MGD1)</p>	<p>já vão com aquela conversa “ah pois já tens um filho, tens de pensar como deve ser”. Esse feedback não ajuda em nada não é?</p>
	<p>O que eu deixo o apelo é que qualquer mulher como eu, se estiver grávida e estiver de 1 mês ou 2 meses, para não tirar, que Deus vai-lhe dar uma pessoa de boa Fé para ajudar essa pessoa até o bebé nascer. Uma pessoa que acolheu-me, para acolher essa pessoa também. Para essa pessoa ter o apoio que eu tive. Porque nem toda a gente tem o apoio que eu tenho. Às vezes mesmo uma pessoa com trabalho, com casa e carro não tem o apoio que eu tive. Vocês nunca me largaram. (MGD2)</p>	<p>Acolher a pessoa e não a largar</p>
	<p>Dar-lhes apoio, amor, carinho, a atenção que elas precisam, serem chegados a elas durante a gravidez. (MGD3)</p>	<p>Dar-lhes apoio, amor, carinho, a atenção que elas precisam, serem chegados a elas durante a gravidez</p>

	<p>Eu acho que é sobretudo a questão da relação empática, aliás, nem é só a questão da empatia, mas eu acho que a primeira... no supermercado é muito engraçado, porque nos grandes supermercados você não dá por ela, mas em baixo do caixa onde se passa o produto tem lá um código, uma etiqueta de relacionamento, primeira, segunda, terceira e quarta frase. Primeira frase é bom dia e boa tarde ou boa noite, a segunda frase tem lá qualquer coisa, e a terceira frase te põe a oferecer um produto e a última frase é sempre muito obrigado, adeus e volte sempre. E isso funciona muito bem. Primeira coisa a pessoa já começa conversando com o funcionário e o funcionário não te responde, ele fala “bom dia”. Ele nunca te responde, ele sempre vai começar com bom dia. Eu acho que todos esses profissionais deveriam ter acho que quatro frases. Poderia desenvolver, dava uma tese de mestrado, as quatro frases principais – “Independente da sua escolha, vai ficar tudo bem”. Eu acho que começava por aí, porque não é uma opinião pessoal independente de a mulher se abortar vai ficar tudo bem, se ela quiser ter o filho vai ficar tudo bem e depois mostrar para ela possibilidades de ser encaminhada, dizer: “Olha, não existe instituição pública, mas existem essas privadas.” Fazer uma conexão, uma troca de informação dessas possibilidades para qualquer que seja a mãe. “Está aqui os telefones, é só você ligar” ou um folheto, ou que fique pregado ou qualquer coisa assim do tipo que elas possam... mas a primeira frase eu acho que deveria ser assim essa: “Olha está tudo bem, independente da sua escolha vai ficar tudo bem. E vamos te orientar.” Porque é a primeira coisa porque a verdade é que a gente está tão, estamos tão transtornados que entrar com muitas perguntas não é bom, então eu acho que poderia começar assim: “Bom dia, boa tarde ou boa noite, olha eu sei que você está aqui porque você está grávida e independente da sua escolha vai ficar tudo bem.” Pronto. E sair do consultório também com um “adeus, até uma próxima consulta”, que também faz parte porque eu raramente escutava isso. Também muito raramente escutava um bom dia, de um funcionário. O record para mim, e foi filmado, foi a minha ecografia que demorou menos de um minuto e meio. Uma ecografia, um atendimento, que dura menos de um minuto e meio. Aquele momento de decisão, de ver o sexo ou isto ou aquilo, ele só ligou a máquina disse “olhe é só técnico, não precisa de saber nada, já sabe que é um menino, está tudo bem, pode ir embora”. Eu tenho isto filmado. É muito muito triste, porque é um ser humano que está vindo. (MGD4)</p>	<p>sobretudo a questão da relação empática</p> <p>Dizerem: “Independente da sua escolha, vai ficar tudo bem”. Eu acho que começava por aí, porque não é uma opinião pessoal, independente de a mulher abortar vai ficar tudo bem, se ela quiser ter o filho vai ficar tudo bem e depois mostrar para ela possibilidades de ser encaminhada. (...) Porque é</p>
--	--	--

		<p>a primeira coisa porque a verdade é que a gente está tão, estamos tão transtornados que entrar com muitas perguntas não é bom. (...)E sair do consultório também com um “adeus, até uma próxima consulta”, que também faz parte porque eu raramente escutava isso.</p>
	<p>Então eu acho que todos os Estados deviam ver isso, independentemente do estado legal da pessoa, é uma vida em causa, se essa vida não vem bem como é que me vou legalizar? Se eu não tiver força e não tiver vida não vou lutar. A pessoa só luta se conseguir respirar, enquanto não tiver respiração não luta. Então acho que um dos fenómenos que acho que todos os Estados se têm deparado e que todos os assistentes sociais devem lutar é por este lado humano. Não é a Lei, nós próprios humanos é que estamos a errar porque nós é que fazemos as leis, nós é que definimos as coisas, e acho que o direito à vida é bom, respeitar esse lado independentemente das suas condições financeiras, da sua condição de estrangeiro legalizado ou não legalizado, e com isso a gente consegue lutar mais. Se eu não tiver esse</p>	<p>acho que um dos fenómenos que acho que todos os Estados se têm deparado e que todos os assistentes</p>

	<p>apoio eu não consigo ter ambições na vida, eu não consigo lutar. Então a primeira coisa que eu vou pensar se não tiver assistência na saúde é que é mais fácil eu pagar a alguém e fazer uma coisa clandestina que é mais perigoso ainda, podemos morrer os dois. Dar o apoio é melhor. Eu penso que um dia quando concluir a minha licenciatura em direito seria uma boa ajuda, tanto faz para estrangeiro ou não estrangeiro, tanto faz, mas principalmente para os estrangeiros que estão nesta situação não regularizada, acho que um dos benefícios que podiam dar como uma carta boa seria isto, seria o acesso à saúde.</p> <p>O poder interagir com outras pessoas sabendo que estás aqui sozinha, sem falar, sem levar um tapa, sem levar uma agressão verbal também muito difícil. Nem todo o mundo tem uma palavra de amor, uma palavra de afecto, uma palavra de incentivo, que a pessoa se sinta “estou nesta condição, aceito, mas se eu lutar assim eu posso mudar a vida dessa criança, posso mudar a minha vida para daqui a 6 meses, para daqui a 1 ano”. Então é fundamental esse apoio, existir associações que apoiem estas pessoas, que deem formação, que deem orientação, é muito bom. Uma pessoa com uma mente sã, uma mente tranquila, consegue pensar bem consegue dormir bem, consegue agir bem, e consegue fazer coisas boas também. Eu senti estas dificuldades – ter acesso à saúde e interagir com a sociedade.</p> <p>A primeira atitude eu digo sempre assim “um sorriso muda tudo”, porque o facto de tu me recebes com um sorriso, independentemente eu trazer um problema, já me deixa tranquila e à vontade para poder expor o que se passa. Porque não expor só pelo rosto que ele lança para ti, tu já ficas intimidada, percebe? Então é importante que os profissionais de saúde quando vão atender alguém, independentemente de saberem o que é que essa pessoa vai trazer, atendam com um sorriso no rosto, para que a pessoa se possa sentir bem para poder falar. Eu posso ter um problema ou uma dor, e pela forma de falar dessa mulher eu vou dizer “não, está tudo bem”, só para sair da tua frente, porque eu estou com medo que você faça algum mal por cima daquilo que eu já estou a sentir, já carrego um fardo, não tens de meter mais um fardo ainda. Então acho que é importante passar amor para essa pessoa, para primeira impressão é fundamental, para a pessoa se poder sentir bem e se poder sentar naquela sala e falar. E segundo é o não discriminação. Não discriminar a pessoa independentemente da sua</p>	<p>sociais devem lutar é por este lado humano.</p>
--	---	--

	<p>situação, independentemente da raça, da condição legal da pessoa. Esses dois aspectos mudam muito, mudam mesmo, não tem noção de quanto muda.</p> <p>Então estas coisas pequenas são muito fundamentais, porque a grávida já é um bebê, o sentimento dela tudo para nós nos irrita e nos faz mal, então quanto mais pedras nos atirarem, maior a probabilidade de termos alguma depressão. Quanto mais amor nos darem, mais afecto nos darem, mais atenção nos darem, diminui a chance de entrar em depressão por qualquer motivo que seja.(MGD5)</p>	
	<p>Eu acho que é tentar perceber o que é que se passa na cabeça de uma grávida, e para isso é preciso deixa-la falar, entrar literalmente pela vida dela e tentar perceber o que é que se passa na vida dela e o que ela pensa, porque é uma pessoa. Tanto uma pessoa pode estar sozinha e querer ter o filho, como ter uma família e ter um marido, uma casa e um mundo perfeito e não querer ser mãe. Eu acho que acima de tudo é ter tempo de atenção e paciência, porque não é fácil, mas tentar ajudar a perceber o que se passa para tomar a melhor decisão, porque ter um filho também não é fácil. Em nenhuma das saídas sai facilmente, mas acho que acima de tudo é tempo. Hoje em dia principalmente nos hospitais públicos a correria é tão grande, os próprios médicos fazem tantas horas que já não têm cabeça para tratar as pessoas como pessoas, e acabam por ser um bocado como um saco de batatas - “Va toma lá a medicação e passa ao próximo” digamos assim. Acho que parte por aí. (MGD6)</p>	

Apêndice E – Transcrição das entrevistas às seis profissionais da linha de emergência

Entrevista P1

Qual o procedimento informativo num telefonema da linha?

Inicialmente atendemos o telefone e percebemos, tentamos perceber, quem é que está do outro lado, qual é o tipo de pedido, e, portanto, qual é o tipo de pedido, se se trata de uma pessoa grávida, algum familiar, se não se trata de uma gravidez porque há pessoas que ligam com as mais diversas dúvidas, às vezes nem tem nada a ver com gravidez não é, que é o nosso foco, o nosso foco de intervenção. Depois, se está grávida, de quanto tempo é que está grávida, portanto recolher algumas informações sobre o tempo de gravidez, sobre a pessoa que nos liga, a grávida, que idade é que tem, o que é que pretende fazer com a gravidez, como é que se sente e qual é o sue pedido, se é uma questão médica de saúde, se é uma dúvida social, se necessita de ajudas e se trata de uma gravidez em discernimento, ou seja, se está a discernir entre prosseguir ou não com a gravidez, se precisa ed acolhimento, isto são mais coisas sociais não é, se precisa de acolhimento, se tem onde ficar, se não tem, se está a viver numa situação de violência domestica, portanto tentamos chegar ao pedido, ou qual é o pedido que ela nos traz, porque é que nos ligou, porque é que pede ajuda. Depois disto vamos fazendo algumas perguntas para tentar caracterizar ao nível social, psicossocial, a grávida, e é casada, com quem e que vive, como e q a família reagiu à gravidez, no caso de se tratar de uma grávida, como é q ela se posiciona, perante a família, perante a gravidez, quais são os seus desejos, os desejos internos, trabalha, não trabalha que actividade profissional é que faz, quais são os planos para o futuro.

E em que medida e como é que dá a informação, conforme aquilo que elas vão expondo, ou se calhar, primeiro, qual é que acha que é a sua percepção daquilo que são as necessidades destas mulheres, como é que elas a expressam e depois que informação é que lhes vai dando e como é que a informação vai sendo posta à medida que as mulheres vão falando?

Vou dando a informação tendo como ponto principal aquilo que eu percebo que é o estado emocional da pessoa que nos liga, se a pessoa que nos liga está emocionalmente muito frágil, eu vou dando informações muito básicas, vou centrando em respostas muito básicas, curtas, questões muito concretas sobre imagine, tempos para fazer IVG ou instituições que a podem ajudar no local onde ela reside, ou às vezes questionam uma possível retirada, será que me vão tirar o bebé, portanto eu tento responder, dar respostas claras, concretas a perguntas também concretas. Quando as perguntas não são concretas e já passam para um, e nós conseguimos perceber que têm a ver com um desequilíbrio, desorganização emocional que a pessoa está a viver naquele momento, então aí o que nós procuramos é conter, fazer contenção, é no fundo, o primeiro telefonema é para recolher poucas informações, perceber assim de uma forma genérica qual é a situação, qual é o pedido e conter a pessoa, não queremos que a pessoa desabe e conte a vida toda pq também não temos a possibilidade de em tempo útil depois conseguir organizar a pessoa, a pessoa não está ali à nossa frente, não a conhecemos de lado nenhum, não há nenhuma relação física, fisicamente não nos conhecemos, e portanto é eu estabelecer relação, conter a pessoa, retirar algumas informações e também dar algumas informações muito básicas. E depois, mais para a frente, se possível marcar um atendimento ou ir ao encontro da pessoa e aí então podemos começar a ter uma conversa mais abrangente, mais profunda, sobre o projecto de vida da pessoa e sobre os problemas que as preocupam, fazer um levantamento dos problemas que ela nos trás e de como poderá soluçiona-los.

E acha que esse ir ao encontro da pessoa e ter uma relação mais cara a cara, considera que é uma vantagem para estas mulheres nessa situação e porque é que, pela resposta que deu, acho que prefere esse encontro presencial ou acha mais vantajoso, perceber porquê, e perceber que benefícios é que isto traz para a mulher ou para a relação que estabelece com ela, porque é que é preferencial ter esse relacionamento cara a cara? Se acha preferencial, pode não achar, ou pode ver vantagens e desvantagens nele.

Inicialmente, quando entrei no AV isto já era um dado que as minhas colegas que têm 10 anos de experiência me transmitiram. O encontro presencial cria uma relação de maior confiança entre a utente e o técnico. Depois, com a experiência fui-me apercebendo que quando é possível realmente trás mais benefícios, porque nós após cada caso que vamos acompanhando fazemos sempre uma reflexão e é muito bom podermos ter uma grelha em que vamos colocando o que é que correu bem, os pontos positivos, o que é que podíamos melhorar. Isto obriga-nos a melhorar a nossa intervenção e eu começo-me a aperceber que realmente nos casos em que nós conseguimos dar uma resposta em tempo record, atendemos um telefonema num dia, no outro dia estamos a encontrar-nos com a pessoa, porque a pessoa está em crise, é uma intervenção na crise, e a pessoa está ansiosa e precisa de contenção. Nós não podemos ir atrás da ansiedade da pessoa e ficarmos nós também ansiosos, mas a pessoa realmente precisa de contenção. A contenção ao telefone funciona, mas funciona num primeiro atendimento e num segundo, mas quer dizer, a pessoa depois não vê, não vê realmente na vida dela, não se concretiza na vida dela, fisicamente, essa ajuda, existe uma voz do outro lado da linha, eu sei lá o que existe mais, não é? E isso, o facto da pessoa sentir que nós, para já, mobilizámo-nos para ir ao encontro dela quando ela precisava, não é dali a uma semana ou dali a um mês, quando as coisas já... já não vai ser preciso é no dia a seguir nós combinamos e estamos lá, e cumprimos. Isto faz toda a diferença, é a rapidez da resposta. A pessoa está em crise, precisa de ajuda, nós rapidamente estamos lá e acompanhamos. O estar ao pé da pessoa e fazer companhia e ouvir a pessoa, também podemos fazer por telefone, mas realmente a experiência que tenho é que há um olhar, a empatia que se transmite com o olhar, com a posição corporal, enriquece a comunicação, não é? Aquilo que é a comunicação verbal, através da via telefónica é muito mais enriquecido quando presencialmente podemos olhar para a pessoa, quando tudo aquilo que nós comunicamos é muito mais enriquecido presencialmente e dos casos em que vamos depois fazer a reflexão sobre como correu, o que é que podia ter corrido melhor, o que é que correu bem, sinto é uma das coisas em que normalmente os casos em que a mãe continuou a ser acompanhada por nós, nos casos em que tivemos mais sucesso, isto aconteceu.

Quando as mulheres ligam e ainda não sabem, ainda não têm definido qual é a decisão que querem tomar e por isso encontram-se numa situação ambivalente, que resposta é que pode dar, que respostas é que podem haver, ou qual é a informação que transmite nessas situações porque o pedido delas não é claro e por isso qual é que é a informação e como é que ela é transmitida às mulheres nessas situações?

Via telefónica? Na linha?

Sim

Em primeiro lugar é preciso perceber qual é o tempo de gestação. A primeira informação é: a mulher é que decide, a decisão é da mulher. Procuo deixar bem claro que nós estamos aqui para ajudar a mulher a decidir por ela própria aquilo que quer para a sua vida, aquilo que a poderá tornar mais realizada, mais feliz no futuro. Isto aqui é ponto assente. E por isso podemos esclarecer, dar alguns esclarecimentos, nós não somos especialistas, mas daquilo que sabemos a nível médico sobre a gravidez dela, a nível jurídico, até que ponto é que é possível ou não fazer IVG de acordo com o tempo de gestação que ela tem e de acordo com as razões que a levam a ponderar a IVG, porque se for até as 10 semanas é por opção da

mulher, se for até as 12 semanas é por risco para a mulher, portanto cada alínea da lei que contempla a exclusão da ilicitude de aborto tem de ser vista de acordo com a situação que a mulher apresenta.

Portanto, fazer a mulher perceber que a decisão é dela, dar algumas questões médicas, de saúde e jurídicas, e depois fazer com a mulher um caminho em que a mulher vai reconhecendo como é que poderá ser o futuro prosseguindo com a gravidez e como é que poderá ser não prosseguindo.

Quais são os pontos a favor, quais são os pontos contra, para cada uma das situações e acima de tudo perceber qual é o desejo de maternidade dela. Ela sempre desejou ser mãe? Porque é que considera interromper a gravidez? É por uma questão interna? Ela nunca quis ser mãe? Ela não quer mesmo ser mãe ou existem questões externas que estão aqui a dificultar esta decisão como por exemplo os problemas no trabalho, os problemas que vão dar com a entidade patronal, ou muitas vezes existe o pai do bebé que não aceita a gravidez e ameaça abandonar a relação, ou até mesmo a família, o peso da família, que quando a mulher vive em casa dos pais está aqui o peso da família, das questões familiares. É um bocadinho por aqui.

E acha que a informação que dá ou que o acompanhamento que o acompanhamento que as mulheres sentem nesta fase podem influenciar ou influenciam a sua decisão? Se influencia é de forma negativa, é de forma positiva, pode pressioná-las, ou não é uma pressão, mas uma ajuda?

Acho que sim, acho que o acompanhamento influencia tal como nos vários campos da nossa vida nós não somos ilhas isoladas portanto as vivências que vamos tendo com as outras pessoas, às vezes só até o observar, às vezes nem precisamos de estar na situação, basta observar uma situação e nós aprendemos, nós tiramos conclusões, porque nós somos seres com capacidade de reflectir sobre isso e de nos colocarmos no lugar e de percebermos como é que eu faria, mas ela fez assim, será que eu sou diferente, será que eu sou igual, e por isso todas as interações que as pessoas têm influenciam-se mutuamente, as mulheres também me influenciam a mim na minha vida pessoal porque aprendo muita coisa, porque vejo muita coisa e aprendo a ser mais tolerante, aprendo e cresço também e a dar valor a coisas que se calhar não dava. Por isso existe influência claro. Agora se é negativa ou positiva, do meu ponto de vista é positiva. Aquilo que nós procuramos é estar ao lado das mulheres, fazer-lhes companhia porque muitas vezes sentem-se sós, sentem que estão sozinhas, que à volta delas se geram, quando as pessoas sabem... muitas vezes sentem-se sós porque não contam a ninguém que estão grávidas e, portanto, estão sós, apesar de terem muitas pessoas à volta delas não sabem deste problema que elas têm e, portanto, sentem-se sós. Outras vezes sentem-se sós porque contaram a meio mundo e cada pessoa dá a opinião de acordo com os interesses da própria pessoa, ou seja, contou ao namorado “aí vou ter de arranjar um trabalho com mais horas para tomar conta da criança”, então ele ficou preocupado com o problema que ele tem. Contou ao patrão “aí vou ter de arranjar uma substituta quando tiveres o bebé”, então o patrão fica preocupado com o problema que tem, e a mulher muitas vezes, e quem diz estes exemplos diz outros não é, cada pessoa, cada amigo, cada pessoa muitas vezes manifesta-se a pensar no que é que aquilo vai trazer para si próprio e não propriamente naquilo que é o bem da mulher. E aqui neste espaço nós estamos aqui só para ela, o nosso compromisso é com ela, nós estamos aqui para ajudá-la a ela, e ela sente que pode estar à vontade, que pode dizer aquilo que pensa, mesmo que não seja moralmente aceitável porque há muitas questões que na sociedade não são moralmente aceitáveis, mas ela sabe que aqui pode contar connosco e pode desabafar e pode contar as circunstâncias em que se gerou a gravidez e como é que tudo aconteceu. E isto faz a diferença depois na decisão da mulher, a mulher toma a decisão acompanhada, sente que não está sozinha, que estamos a apoiá-las, mas que estamos também a dizer a verdade, que não estamos a dizer como é que nós vimos

as possibilidades do desenrolar deste caso, portanto não estamos aqui a XXX e a dizer que vai correr tudo bem e a tapar o sol com a peneira como se costuma dizer. Nós estamos com verdade no caminho, a mostrar as várias opções, quais são as mais positivas, as menos positivas, mas acompanha-la na decisão que ela quer tomar

E esse acompanhamento permite à mulher tomar uma decisão mais livre, informada e consciente daquilo que ela quer?

Sim porque é como lhe digo, tem um espaço neutro em que há influência, sim, mas é um espaço em que ela pode ser ela, em que pode colocar-se ela no centro e pensar nela e no futuro dela e por isso a decisão é dela.

E como é que se consegue que esse espaço seja neutro? Como é que respondendo às questões que nos são colocadas ou aquelas que achamos pertinentes para que a mulher possa decidir de forma livre e informada, como é que respondendo a tudo aquilo que nos é pedido conseguimos manter uma posição neutra, sem passar uma posição pessoal?

É muito difícil, é muito difícil. Eu muitas vezes, as nossas convicções pessoais vêm ao de cima é muito difícil quando as pessoas que estão à nossa frente têm uma perspectiva de vida muito diferente da nossa é muito difícil nós olharmos para aquela mulher e calçarmos os sapatos dela. Em todo o caso, nós temos, e eu pelo menos tenho interiorizado toda a conversa e tudo aquilo que temos de fazer. Se não sai automaticamente, vinda do coração, isto sai mecanicamente porque é esta a actividade profissional em que eu estou e, portanto, tal como as pessoas que trabalham numa fábrica ou num sítio em que a actividade é muito mais física, como embalar e pesar bananas, a pessoa embala e pesa bananas. A pessoa pode embalar e pesar bananas com toda a convicção ou pode simplesmente fazê-lo porque tem de fazer. E às vezes temos que nos lembrar e temos que nos lembrar quais são os procedimentos, este é o nosso trabalho e é assim que nós temos de trabalhar. E depois até nos surpreendemos, porque começamos a conhecer melhor as mulheres, as mulheres começam a abrir mais e aquilo que parecia mecânico e que não havia ali grande empatia e que havia ali uma grande dificuldade de chegar, até se torna mais suave e as coisas até funcionam, surpreendentemente as coisas até funcionam. Mas esta neutralidade é muito difícil de encontrar, mas há uma coisa que acontece na grande maioria dos casos mesmo, mesmo, mesmo. Agora de repente não me estou a lembrar de nenhum caso em que não tivesse acontecido. Que é, o desejo de maternidade das mulheres. Por mais que, porque estamos aqui a falar de neutralidade e porque eu acredito que ser mãe vale sempre a pena, foi um dos nossos slogans. Ser mãe vale sempre a pena, normalmente as mulheres têm o desejo de ser mãe e prosseguir com a gravidez. Seja porque inconscientemente engravidaram para compensar um buraco emocional que tinham e, portanto, é a única coisa que têm delas e que vão amar e que vão ser amadas é aquele bebé, mesmo que conscientemente não se apercebiam disso, parece-me que inconscientemente muitas vezes é isso que acontece. Vem ao de cima. Ou seja, para prender um homem, ou seja, por outra razão qualquer que não seja simplesmente engravidar porque quiseram, porque muitas das gravidezes que nos aparecem são gravidezes indesejadas e, portanto, há sempre que ter isto em conta. Quando nos perguntamos se alguma vez quis ser mãe, como é que se imagina como mãe, quando nós começamos a fazer perguntas sobre a maternidade, mesmo que dissessem: “Ai não, eu nunca pensei ser mãe” depois acabam sempre por dizer: “Pois, mas eu até gosto muito de crianças, eu já cuidei dos meus sobrinhos” ou “até que ser mãe podia não ser muito mau”, quer dizer, depois quando nós começamos a falar do assunto há sempre alguma afinidade que elas têm com o tema, e por isso, esta neutralidade acaba por ser um bocadinho ajudada porque a própria natureza das mulheres, a própria natureza humana, no meu caso que tenho esta sensibilidade para a

maternidade, a própria natureza humana, a biologia, acaba por ajudar um pouco. E sai mesmo das mulheres, este desejo de maternidade sai mesmo delas. E vemos que na maior parte dos casos, as mulheres que optam por IVG optam por razões externas. Aquilo que eu observo é que a grande maioria, mesmo a grande maioria das mulheres que optaram por IVG's optaram por razões externas. Não me lembro agora, não quer dizer que não exista, eu simplesmente agora não me lembro, teria de ir ver os processos todos, mas eu não me lembro de uma mulher que tenha optado por uma IVG por: "Eu não quero ser mãe, eu não quero este bebé, nunca quis, não quero mesmo ser mãe." Existem razões de pressão da família, o trabalho, sentir-se insegura, sentir-se com medo que o bebé seja retirado, sei lá, uma série de questões. Mas não por questões internas, dizer "Eu não quero mesmo ser mãe." Isso eu não, neste momento, eu não me recordo de nenhuma que tivesse dito isso.

Acha que, em contexto hospitalar ou de centro de saúde, na consulta em que a mulher faz o pedido de IVG, acha que seria vantajoso para elas, ou benéfico para elas e para a decisão delas poderem ter este acompanhamento que a nós nos é pedido através da linha, mas ser proposto à mulher, ou fazer parte do processo de realização de uma IVG, ou de fazer parte da caminhada, haver este acompanhamento social ou psicológico como parte do processo de decisão para as mulheres.

Eu acho que era importantíssimo. É importantíssimo. E de resto, existem outras intervenções médicas que também requerem o acompanhamento psicológico, existem outras intervenções, mesmo não sendo relacionadas com obstetrícia, não é? De, sei lá, agora... a pessoa fazer uma operação estética. Há muitas intervenções que requerem um acompanhamento psicológico e por isso, porque não? Porque isto mexe muito, isto não é apenas um acto médico, se fosse um acto médico não seria feito o referendo, não seria adicionado esta linha por opção da mulher. É porque isto também é uma opção, é uma questão muito pessoal que mexe com os indivíduos e com as famílias e com toda a sociedade. E por isso ter acompanhamento acho importantíssimo, as mulheres poderem ter um espaço onde possam colocar esta questão: porquê, se há mais opções, se não há, como é que eu vou ficar depois, como é que vai ser depois, quais é que são as consequências. Agora, se nestes moldes de acompanhante psicológico ou acompanhante social, uma assistente social, eu não sei se isto seria, se as mulheres aceitariam isto, porque muitas, existe ainda muita relutância em pedir apoio a uma psicóloga, e também a uma assistente social. E também existem muitas mulheres que ponderam IVG não por uma questão económica, e hoje em dia o serviço ainda está, infelizmente, porque o serviço social não é, não pode ser apenas assistencialista, o assistente social não é só para resolver problemas económicos, mas hoje em dia está muito ligado, as mentalidades estão muito ligadas a isso. Vou à assistente social só se tiver problemas económicos, vou à psicóloga se tiver problemas psicológicos. E, portanto, depois aqui no meio, um momento frágil de maior fragilidade, uma grande decisão em que eu podia ter um técnico independente, de fora, que não é da minha família, que está de fora e que me possa ajudar a fazer este caminho a pessoa pode-se retrair um pouco. Eu acho que se calhar este acompanhamento poderia ser um técnico, simplesmente um técnico de acompanhamento nestes casos. Agora especificamente, atendimento de serviço social ou atendimento de psicologia, eu acho que isto não iria resultar muito, na prática não iria resultar muito porque as pessoas não se identificam e não iriam pedir, como não pedem. E depois há a questão das clínicas privadas. Uma pessoa vai a uma clínica privada, como por exemplo a Clínica dos Arcos, em que há um psicólogo que já faz, que faz este acompanhamento. Que liberdade tem um psicólogo para estar a fazer, para estar numa clínica que lucra em fazer IVG's, portanto o lucro da clínica, o trabalho da clínica é fazer IVG's, muito mais que atendimentos de psicologia, mais de noventa por cento da actividade da clínica é fazer IVG's. Que liberdade tem, eu não sei se isto até é eticamente é correcto, estar uma pessoa vai ao psicólogo para decidir, para a ajudar a discernir. Que liberdade é que há para a pessoa dizer:

“Olhe não quero.” Se as cinco mil pessoas que vão à Clínica dos Arcos passassem pelo psicólogo, vamos supor, que isto não acontece, mas se as cinco mil pessoas fossem lá e dissessem: “Olhe, afinal decidi que não quero fazer IVG”. Eu acho que o psicólogo ia ser demitido no mês a seguir. Ao fim do ano: “Olhe, temos zero IVG’s, não temos dinheiro para lhe pagar o ordenado, portanto vai para a rua o senhor e todas as pessoas que trabalham aqui porque nós não temos IVG’s para fazer.” Por isso acho que é preciso muito cuidado com isto, com os interesses que há depois também ligados a este mundo, porque isto no fundo é um serviço que dá dinheiro, é um negócio também. É uma fonte de lucro também.

Sendo assistente social quais é que acha que são as vantagens do acompanhamento social nesta fase? Achas que o acompanhamento por uma psicóloga e por uma assistente social é igual nesta fase ou há diferenças, há vantagens e desvantagens entre um e outro?

Bom, devido à formação que cada uma tem, o olhar do psicólogo é sempre diferente do olhar do assistente social. No entanto aqui na linha, o primeiro atendimento na linha e o primeiro encontro com a pessoa são fases muito iniciais e por isso eu parece-me que este acompanhamento do discernimento e da contenção pode ser feito perfeitamente por uma assistente social ou por uma psicóloga. No fundo é um técnico da intervenção social que está a intervir. Depois mais para a frente existem casos em que, pelas características, faz mais sentido que seja a psicóloga, tem mesmo de iniciar o acompanhamento psicológico e então faz sentido que seja a continuar, ou a continuar com o caso, ou no caso de ser a assistente social a receber na linha a encaminhar para a colega psicóloga. Ou então pode ser um caso em que faz sentido o acompanhamento social, a nível psicológico não precise de atendimento e mantém com a assistente social, não vejo porque não.

Pode relatar-me uma situação em que o acompanhamento nesta fase de decisão a tenha marcado de forma positiva e depois uma que a tenha marcado de forma negativa. O acompanhamento.

Que me tenha marcado a mim de forma...?

Uma situação que se lembre, que lhe tenha ficado presente, em que ache que o acompanhamento marcou de forma positiva e outra situação em que ache que o acompanhamento marcou de forma negativa.

A mim?

À mulher.

De forma positiva? Mas queres que eu descreva a situação?

Pode ser.

De forma positiva tenho várias. Mas posso falar assim rapidamente assim de um caso em que fui eu que atendi na linha, primeiro dia, há um ano atrás exactamente. Ela tinha, a jovem tinha uma interrupção da gravidez marcada para dali a dois ou três dias. Marcámos um encontro para o dia a seguir se não me engano, para o dia a seguir. Fui ao encontro dela, conversámos, tinha, estava muito só. Tinha falado com a família, com o pai do bebé. O pai do bebé disse: “Olha, aconselho-te a interromper a gravidez, mando-te já o dinheiro, porque eu também tenho outra relação aqui onde estou”; não se encontrava no mesmo país que ela;” e ela também está grávida e também vai ter um bebé.” E, portanto, esta mulher soube no momento em que soube que estava grávida, uma gravidez indesejada, soube também que o companheiro tinha outra mulher grávida. E a família também não apoiava, a família também não queria, ela estava em casa da mãe, já com várias pessoas, e, portanto, isto era um caso internamente ela queria prosseguir, externamente tinha aqui muitos obstáculos porque havia

muitas condicionantes. Havia o abandono, uma relação que terminou, esta gravidez veio despoletar isto tudo, uma relação que terminou e um conflito familiar dentro de casa. Esta mulher para prosseguir com a gravidez acabou por ser acolhida na nossa casa porque não tinha para onde ir e, portanto, era uma opção que tinha de tomar: ou prosseguia com a gravidez, fora de casa da família, ou interrompia a gravidez para manter o namorado e a família. Ela optou por prosseguir com a gravidez porque a relação com o namorado já estava interrompida, ela tinha um filho dele, mas quer dizer já estava interrompida porque já se tinha gerado um problema e teve muita coragem. Saiu de casa, foi acolhida. Esteve pouco tempo acolhida, entretanto conseguiu ir para casa de uma pessoa conhecida, o bebé já nasceu, conseguiu um trabalho, conseguiu organizar-se, estão os dois bebés na cresce e ela está muito feliz, muito agradecida. Sinto-a muito feliz mesmo. Vai-me ligando de vez em quando a dizer: “Está tudo bem, estou ótima, muito obrigada, foi um grande apoio” e por isso acho que a mim marca-me positivamente quando tudo está bem, quando termina bem. Se está bem, se ela está bem, se ela está feliz com a decisão que tomou e melhorou, quer dizer a vida dela deu uma volta gigante. Ela antes de engravidar desta gravidez indesejada estava a viver em casa da mãe, uma situação que ela não gostava, queria sair de casa mas não tinha como, não tinha coragem porque não conseguia manter-se sozinha e o que é certo é que durante estes meses, durante um ano que até é pouco tempo para a mudança que foi, ela conseguiu sair de casa, pagar as contas dela e neste momento está na sua casa, tem a sua casa, os seus filhos, paga as suas contas tem o seu trabalho e portanto aqui a gravidez até lhe veio trazer muito mais do que o que ela já tinha, veio ajudar a cumprir o plano dela que era sair de casa da mãe e tornar-se independente.

E uma situação em que o acompanhamento tenha marcado de forma negativa a mulher.

Lembro-me de uma mulher que nos procurou já grávida de 14 semanas, em que nos relatou que estava a ser ajudada por um amigo, inclusive este amigo era bastante persuasivo e bastante controlador e manipulador, ela já não se sentia nada confortável com esta relação que ela tinha com ele que ela chamava de amizade já tinha aqui algum contorno de envolvimento sexual e, portanto, isso depende do que cada um chama, mas não era bem uma amizade no sentido do que nós chamamos amizade. E ela diz-nos que está grávida, que já tinha vindo grávida do Brasil, o filho era do padastro, tinha sido um abuso, portanto não foi bem violação, mas ela foi abusada sexualmente e pronto esta gravidez tinha resultado disto e ela sentia-se muito confusa. Por um lado, não queria, não queria, porque referia-se ao embrião como um ser humano. Não queria fazer IVG, mas sentia-se muito sozinha, tinha alguma pressão por parte deste amigo e também a parte económica, não sabia como é que havia de depois de criar esta criança, de enfrentar a família cá em Portugal de mais uma criança, mas uma boca para alimentar. Ela estava ilegal, portanto estava aqui numa situação de grande vulnerabilidade. Estava ilegal, a nível económico não tinha meio, não tinha trabalho, não tinha meio de subsistência, tinha a pressão deste amigo que a queria ajudar a toda a força a interromper a gravidez e no fundo era alguém que ela tinha próximo dela, era a companhia que ela poderia ter. Lá no fundo não queria, dizia que não queria, mas acabou por interromper a gravidez às 15 semanas e ligou-nos depois a relatar, a dizer que estava muito infeliz, estava muito chocada porque no hospital quando optaram por fazer uma gravidez medicamentosa e no hospital quando houve a expulsão do embrião, do feto, neste caso já é feto, estava no limite das 16 semanas, foi antes, foi quinze semanas e alguns dias. Quando se deu a expulsão ela observou e realmente percebeu que tinha uma forma humana e, portanto, isso chocou-a muito. Ela muito muito muito machucada, muito magoada, muito traumatizada e nós propomos, como a todas as mulheres dissemos que continuaríamos a acompanhar, poderíamos dar apoio psicológico, dar apoio para procurar trabalho, mas ela acabou por não aceitar apoio psicológico porque não queria, também de certa forma esta

casa há aqui muitos bebês, porque nós também temos as mulheres que prosseguem com a gravidez e por isso vêm com os bebês e eu tentei escolher aqui um dia e uma hora em que não existia este rebuliço dos bebês e das mães para ela poder estar mais calma e eu poder fazer o acompanhamento mas ela acabou por não querer, não queria mexer no assunto, queria sofrer simplesmente e sem mexer no assunto e não aceitou e por isso eu acho que isto a magoa muito, a machuca muita, a deixou muito, nem sequer aceitou depois o acompanhamento psicológico e pronto, nós respeitamos.

Entrevista P2

Qual é o procedimento informativo num telefonema da linha?

A primeira coisa é saber os dados pessoais da pessoa, saber de onde vem, de que zona do país é que está a ligar, que idade tem, se está grávida, porque às vezes ligam pessoas que não estão grávidas, e de quanto tempo está. Por isso primeiro é fazer uma triagem da situação da pessoa no momento em relação à gravidez e à zona geográfica. E depois tentar, se estiver grávida, tentar perceber porque é que está a ligar, o que é que procura, o que é que quer, quais são as intenções dela ao ligar para nós. No caso de ser de fora é só tentar recolher as informações básicas e saber se gostava de estar presencialmente com alguém, para não estarmos a insistir muito e a ir muito fundo na informação para depois não ter de estar a repetir tudo a outra pessoa, e se aceitar então é só recolher as informações básicas para encaminhar para alguém que esteja mais perto, para a pessoa poder estar presencialmente. Se não, é começar a recolher outras informações, se já fez outras consultas, se não fez, o que é que está a pensar. Depois depende muito do pedido da pessoa poder fazer mais perguntas. E normalmente propomos sempre um encontro presencial, se a pessoa quiser podemos ir ter com ela, marcamos um encontro e pronto, as informações pessoais, quem é que sabe da gravidez, a quem é que já contou, o que é que está a sentir, o que é que pensa sobre isso, o que é que já lhe disseram sobre isso.

O que é que sentes que são as necessidades destas mulheres, quando elas ligam?

Primeiro para ligarem para uma linha que não conhecem, porque é raro alguém já ter conhecido a linha ou já conhecer o Apoio à Vida, acho que a grande necessidade é poder conversar com alguém e poder expor aquilo que estão a sentir ou poder perguntar a outra pessoa nova, fora da sua rede, alguma informação. Acho que a principal necessidade é esta, a necessidade de conversar e de se sentirem acompanhadas e informadas neste caminho. Depois necessidades mais específicas depende imenso do pedido que cada pessoa faz.

Quando elas não têm pedido e estão numa situação ambivalente, que informação é que dás?

Primeiro tento sempre chegar a um pedido, porque o pedido pode não ser abortar ou prosseguir, mas pode ser “o meu pedido é falar com alguém sobre isto”, por isso isto torna-se no pedido. Não é uma decisão tomada, ou uma decisão já imaginada, mas é o pedido. Uma pessoa quando liga, mesmo que ainda não se tenha apercebido, tem sempre alguma causa por trás, por isso tento chegar a essa causa. Se ainda assim continuar confuso tento explicar um bocadinho aquilo que nós fazemos, o que é que faz o Apoio à Vida, quem é que eu sou, de que forma é que eu poderia ajuda-la, e perceber se alguma destas formas é útil aquilo que ela está a passar nesta altura.

Sentes que a informação que dás pode influenciar a decisão das mulheres? E se influenciar é positivamente ou negativamente?

Sim, acho que tudo o que nós dizemos pode influenciar, tudo o que eu digo, tudo o que o médico diz, tudo o que a amiga diz, tudo o que o pai diz, tudo o que a mãe diz, tudo o que alguém diz pode sempre influenciar. Há umas que sabemos, outras que nunca vamos saber. Mas acho que sim, acho que qualquer coisa que eu diga pode sempre influenciar alguém. Posso dizer com esse objectivo ou não, mas acho que pode sempre influenciar. Se pode ter influências positivas... eu espero que sim! Acho que só o facto da pessoa sentir acompanhada, ou às vezes há pessoas que dizem “obrigada, já me fiquei a sentir muito mais calma”, acho que só isso já é logo positivo, ainda antes de pensar numa decisão final, acho que só essa parte já é uma influência mais imediata e positiva.

Quais é que são as vantagens e desvantagens do acompanhamento por telefone face ao acompanhamento presencial?

Vantagens é a pessoa poder-se sentir anónima e fala connosco e não tem de dar uma cara. Às vezes há pessoas que não dizem logo à partida o nome, não querem dizer e depois só no fim do telefonema é que dizem. Por isso acho que as vantagens são: falar com alguém que não conhecemos e que provavelmente nunca vamos ver a cara, por isso manter o anonimato. Outra vantagem é o estar 24 horas disponível, por isso num momento de crise a pessoa pode ligar - o encontro presencial depois tem de ser marcado e não é imediato quando eu preciso naquele momento. Por isso acho que é o facto de ser imediato e o facto de poder ser anónimo se a pessoa quiser. E ser alguém externo que não conhece a pessoa e de a pessoa se poder sentir mais livre de dizer tudo a alguém que não, que ainda não a conhece. Por isso é mais fácil dizermos isso do zero a quem não conhecemos. As desvantagens do atendimento telefónico são, bem há coisas que são vantagens que se tornam desvantagens. O facto de ser curto, não consegue ser muito grande, é mais fácil esconder alguma parte de emoção, é mais fácil esconder aquilo que a pessoa está a sentir por isso isto são desvantagens para o nosso acompanhamento, é mais difícil para nós percebermos o que é que a pessoa está a sentir, perceber tudo o que é linguagem corporal que é importantíssimo e é comunicação também, e não conseguimos perceber. É mais difícil criar empatia e relação com a pessoa só pelo telefone, é possível, mas é mais difícil e menos imediato. Pronto, acho que é menos pessoal e é mais curto e é mais fácil de a pessoa, se quiser - isto pode ser uma vantagem para as pessoas - as pessoas podem desligar a qualquer momento e não quer ouvir mais ou não quer saber – para nós é mais fácil perder a pessoa.

Achas que faria sentido, que seria útil para as mulheres, elas poderem ter este acompanhamento social ou psicológico, psicossocial em contexto hospitalar? Ou seja, no dia em que elas vão à consulta poderem falar com algum técnico da área social sobre isto? Que as pudesse ajudar neste sentido.

Sim, acho que podia ser muito útil. Tenho medo sinceramente de quem é que estaria à frente, porque é impossível sermos neutros – já aceitei isso – e por isso acho que depende muito da informação que é dada. Acho que hoje em dia se tem tanto cuidado a não... existe tanto cuidado para não influenciar que às vezes nem se fala e nem se dá oportunidade para as pessoas poderem falar, ou tentar quase obrigar as pessoas a terem esse espaço, existe tantos cuidados que às tantas somos proibidos de fazer propostas às pessoas. Mas sim claramente acho que se houvesse um espaço onde a pessoa fosse... um procedimento onde a pessoa da consulta passa directamente para esta conversa para perceber as motivações, o que é que a está a fazer tomar aquela decisão, o que é que... pensar nos prós e contras, sempre num ambiente confidencial, isso acho que era importantíssimo. Mas se houvesse alguém capaz de fazer esse trabalho de prós e contras com uma pessoa acho que era óptimo. Acho que depende sempre de quem é que seria essa pessoa, de quem estaria à frente.

E achas que seria uma assistente social ou uma psicóloga ou neste momento ainda não tem de se tornar tão específico?

Acho que não tem de se tornar tão específico, no limite uma enfermeira. Acho que não tem de ser obrigatório ser... pronto, há pessoas que não acham. Eu acho que tem mais a ver com, neste caso, com o conhecimento e a sensibilidade não só com a formação de base, mas como se fosse uma assistente social que trabalha com sem-abrigos não faz sentido nenhum, não é? Claro que uma psicóloga vai ter sempre muito mais formação de base para lidar com as emoções das pessoas, com os processos internos e se calhar uma assistente social vai ter muito mais sensibilidade para a rede de suporte, para as influências, para os apoios a que tem direito... o óbvio seria isto. Mas acho que também se pode... acho que tem mais a ver

com o resto da formação da pessoa: outras formações que tenha feito, a experiência de trabalho, a formação humana que acho que nisto tem muito a haver também. Acho que não tem só a haver com a formação de base. Também tem, mas não tem só a haver. E depois depende de caso para caso, não é? Se calhar há uma pessoa que precisaria de mais ajuda para olhar para os seus processos internos, para as suas emoções para os seus sentimentos, para a forma como olha para isso tudo e se calhar há outra que é mais pragmática e precisa de mais ajuda para fazer um plano, um projecto do que é que quer fazer, dum plano a curto prazo...

Última pergunta: nós sabemos que a lei prevê que esse acompanhamento possa estar disponível se as mulheres quiserem, mas na prática elas não aderem muito a esse acompanhamento no hospital e não recorrem à assistente social ou à psicóloga, mas depois na nossa experiência elas ligam para a nossa linha e acabam por ter esse apoio através da linha e às vezes torna-se mesmo presencial. Porque é que achas que isto acontece e o que é que sugeririas para que elas pudessem aderir no hospital, ou é assim mesmo elas nunca vão aderir no hospital?

É assim, se formos ver os números nacionais as que recorrem a nós também é um número ínfimo. Por isso se calhar até é o mesmo número que recorre no hospital, mas tendo em conta os números nacionais que existem naturalmente vão dizer que quase ninguém recorre. Também não acho que seja: não recorrem ao hospital, mas recorrem a nós. É um número ínfimo que recorre a nós. A única experiência que nós temos é: quem recorre a este apoio, normalmente depois gosta de ter tido esse acompanhamento e por isso provavelmente quem pede esse acompanhamento no hospital depois fica contente. O que é que a pergunta era? Porque é isto acontece?

Porque é que elas não aderem no hospital. Ou a nós também.

Pois, no hospital ou a nós. No hospital, quando a proposta lhes é feita – que não sei se é feita em todos os lados, já ouvi pessoas a dizer que não lhes foi feita a proposta ou que não foi muito explícita – o facto de ainda ter de marcar para lá voltar acho que dificulta, e quando uma pessoa pede IVG, à partida não quer falar sobre isso. E por isso ou está numa situação interiormente tão aflita ou tão confusa que chega até nós e no fundo que procura essa ajuda, ou então é porque a decisão não está muito tomada. Agora quando uma pessoa vai à consulta, mesmo que sinta que é difícil, o que eu acho é que não devem querer falar sobre isso ou devem querer evitar falar sobre isso para não voltarem atrás na decisão ou para tentar não sofrer ou para tentar evitar algum sofrimento possível.

Entrevista P3

Qual é o procedimento informativo num telefonema da linha?

Quando uma mulher liga para o nosso numero de apoio a primeira coisa que eu faço é perguntar o nome e de onde é que ela está a ligar para perceber se é da zona de Lisboa ou se é de fora, e se for de fora para tentar encaminhar para uma instituição que faça mais ou menos o mesmo que nós, o mais próximo possível da zona dela. Depois tento perceber se ela está grávida, de quantas semanas, o que é que ela já fez, se fez uma ecografia, antes de tudo se confirmou que estava grávida, se fez o teste, se já fez uma ecografia para saber o número de semanas exactas, se já foi ao médico. Pronto, muitas vezes isto não é pergunta-resposta porque quando pergunto uma coisa ela acaba por responder às perguntas que eu pensava fazer a seguir. Depois outra pergunta que eu normalmente costumo fazer logo de início é a quem é que ela já disse que estava grávida, muitas vezes ela acaba também por ir dizendo, por exemplo associado ao facto do pai do bebé não estar com ela ou estar com ela e os pais dela não apoiarem, pronto a conversa vai-se desenrolando desta forma. Ao mesmo tempo que ela vai respondendo a estas perguntas o pedido também vai emergindo, e à medida que o pedido vai emergindo vai sendo possível perceber como é que ela se posiciona face à gravidez, e portanto ela pode ligar está grávida, assustada, não sabe que apoios é que existem e portanto o pedido está um bocadinho centrado nisso, está com dificuldades, está sozinha, mas quer ter o seu bebé e ainda não contou a ninguém por exemplo, ou quer ter o bebé mas acha que vai ser difícil e sente muitas necessidades por variadas razões, ou então pode ser um pedido contrário. Está grávida, está assustada e está a passar por uma série de dificuldades, mas considera que o melhor é não ter o bebé. Pronto, à medida que ela vai contando a sua história vai sendo possível perceber qual é que é o desejo dela face a esta gravidez, e depois um bocadinho de acordo com o desejo dela vou procurando também responder e dar as informações concretas que ela pede, sempre que é possível, para que ela possa o mais possível estar informada e tomar uma decisão, ao mesmo tempo que explico o apoio que nós damos aqui na instituição.

E quando elas não têm definido ainda o que é que querem, encontram-se numa situação ambivalente, que informação é que dá?

Tento perceber porque é que elas se encontram numa situação ambivalente e explorar um bocadinho isso. Porque é que ela se sente dividida. É porque não tem uma relação estável com o pai do bebé, é porque tem medo de contar os pais dela, é porque está desempregada e já tem mais filhos e acha que este filho não vem no melhor momento e não vai ter capacidade de cuidar dele, pronto, tentar perceber um bocadinho os porquês dela para estar com estas dúvidas. E depois ajuda-la a encontrar as respostas mais acertadas para o caso dela, para que ela possa responder a essas dúvidas que tem e para que possa tomar uma decisão.

E como é que isso na prática se faz? Ajudar a encontrar as respostas mais acertadas para ela?

Então, de acordo com as dificuldades que ela vai apresentando, tentando responder também um bocadinho tendo em conta aqui a nossa experiência e os apoios que nós podemos dar, com coisas concretas. Por exemplo ela diz que não contou ainda à família ou que tem medo, eu tento perceber porque é que ela ainda não contou e porque é que tem medo, qual é que é a relação que tem com a família, porque é que tem esse medo, é porque acha que a mãe vai pôr fora de casa, ou porque acha que a mãe não a vai apoiar, pronto, tentar perceber um bocadinho... em relação ao pai do bebé por exemplo se ela diz que tem dúvidas se vai ter o bebé ou não porque não está com o pai do bebé, normalmente eu pergunto “mas se tivesse o seu bebé tem a certeza que o pai do seu bebé ia ficar consigo?”, fazer um bocadinho a pergunta

inversa para a pôr a pensar se ela tem a certeza que a relação está garantida, quer tenha bebé ou não tenha bebé, porque isso não depende de um bebé como é óbvio. Pronto, é um bocadinho por aqui! Ou tem um problema de saúde e acha que pode pôr em risco a sua vida, ou não tem a certeza se o bebé está bem, oferecer também apoio, a possibilidade de ela confirmar se está tudo bem com ela e com o seu bebé, encaminhando para os cuidados de saúde.

Acha que esse acompanhamento pode influenciar a decisão destas mulheres? E se achar que sim acha que é uma influência positiva ou negativa?

Eu acho que sim, eu acho que influencia de uma forma determinante. Eu quero acreditar que de uma forma positiva, eu acho que é isso que nós tentamos aqui fazer, se bem que eu acho que por vezes podemos correr o risco de influenciar de forma negativa, é preciso ter muito cuidado, as palavras têm de ser muito bem medidas e utilizadas num contexto mais favorável, e muitas vezes numa conversa normal é difícil porque nós não estamos a pensar, tudo aquilo que nós dizemos num discurso não está a ser pensado não é, sai de uma forma mais ou menos automática, e às vezes podemos estar a dizer coisas que a outra pessoa não está à espera ou que não compreende da mesma forma que nós pretendemos que a mensagem chegue, e por isso às vezes aquilo que nós temos para dizer e para oferecer pode não ser aquilo que a outra pessoa espera do lado de lá e então o contributo pode ser negativo. Mas eu acredito que na maioria das vezes é exactamente o contrário, e o nosso papel aqui é muito também no sentido de podermos ser um contributo para que a mulher neste processo de decisão não se sinta sozinha e que se sinta acompanhada e o mais possível informada para que possa tomar uma decisão esclarecida e o mais possível consciente.

Quais é que são as principais dificuldades e dilemas éticos que surgem nestes telefonemas?

A primeira dificuldade que me surge tem a ver com o facto de não haver um contacto directo não é. Se por um lado o contacto telefónico acaba por ser um bocado impessoal e se calhar por isso é que muitas mulheres nos procuram porque não há o cara a cara e talvez seja mais fácil falar sobre um assunto que é tão delicado ao telefone com uma pessoa que não se conhece – para nós dificulta um bocado depois o apoio seguinte, porque enquanto tentamos promover um contacto pessoal e ir ao encontro da pessoa, pronto, darmos esse passo seguinte para que apoio depois possa ser mais sustentado, muitas vezes do lado de lá há essa dificuldade não é, a pessoa não deixa. Ou quando tentamos ligar uma segunda vez já não nos atendem, ou o telefone não funciona, pronto há assim alguns constrangimentos associados ao facto de ser um contacto telefónico. Por isso o primeiro contacto é mesmo determinante e temos de apostar todos os nossos créditos nesse primeiro contacto porque não sabemos se vamos ter um seguinte ou se vamos conseguir passar para um contacto pessoal. Em relação aos dilemas éticos também e colocam uma série de dilemas porque as histórias que as mulheres nos procuram são muito variadas e muitas vezes, falando agora da minha experiência pessoal, eu acho que fico a pensar depois de falar com elas e muitas vezes quando ainda estou a falar penso “e se fosse eu? Se fosse eu como é que eu iria reagir a uma situação destas e, portanto, o que eu tento fazer é “não as condenar”, não julgar, porque às vezes há essa tentação e eu faço por mim, quando eu oiço elas contarem aquilo que se passou, inconscientemente estou a fazer juízos de valor ou estou a pensar, “mas porque é que ela fez assim se já sabia que isto ia acontecer?” ou então porque é que não fez de outra maneira. E tentar depois na conversa com elas não devolver a informação com juízos de valor, o que não é fácil. Tentar devolver o mais isenta possível. Eu acho que isso, não sei se se pode chamar um dilema ético, mas acho que se calhar é mesmo uma questão mais difícil, que é tentar ser imparcial mas ao mesmo tempo continuar a ser uma ouvinte e passar a mensagem de que podemos ser um apoio.

Há bocadinho estava a falar das vantagens e desvantagens do acompanhamento ser por telefone. Gostava também de perguntar as desvantagens que o acompanhamento por telefone tem em relação ao presencial e o que é que seria mais vantajoso para estas mulheres?

Eu acho que, numa situação tao delicada e tao pessoal como é uma gravidez, e como a maioria das mulheres que nos contactam para a linha acabam por confirmar que a gravidez não foi planeada ou muitas vezes não é desejada, se calhar o contacto telefónico acontecer em primeiro lugar é capaz de ser mais vantajoso pensando no ponto de vista delas, e por isso nós é que temos de nos ajustar e tentar dar o máximo para ir ao encontro das necessidades delas e estarmos cada vez mais preparadas pra poder responder. Por outro lado, eu acho que o nosso apoio só pode vir a ter algum sucesso, se é que podemos chamar sucesso, se conseguirmos avançar para além do primeiro contacto. Porque a resposta não pode ser só uma resposta à pergunta que ela nos está a fazer ou á dúvida que ela nos está a pôr – tem de se concretizar de alguma forma. Elas têm de conseguir ver alguma coisa de concreto naquilo que nós dizemos, se não é como se não acontecesse, parece que não é realidade, e por isso se ela me diz que tem uma dúvida concreta em relação a um apoio social, eu sugiro que ela veja o documento X do site X, ou então eu posso pedir-lhe um contacto para enviar-lhe por email. Concretizar aquilo que ela me está a dizer. Ou se ela me diz que não consegue fazer uma ecografia porque no centro de saúde demoram 2 meses a marcar, eu vou tentar marcar uma ecografia mais cedo para que ela possa o mais rápido possível perceber que é possível fazer uma ecografia o quanto antes, para o mais rápido possível poder tomar a decisão. Ou seja, ela me diz que está sozinha, que não tem com quem falar, que não se sente bem, e eu tento ir ao encontro dela, pronto, da melhor forma, ou tento que ela venha ao meu encontro aqui na instituição para que possa haver esse contacto pessoal o mais rápido possível. Por outro lado, se ela quiser manter o contacto por telefone eu também respeito, isso às vezes também acontece.

Que vantagens é que vê em se conseguir passar para o acompanhamento presencial?

Eu acho que é uma grande mudança porque a pessoa consegue olhar cara a cara, uma na outra, consegue observar a linguagem gestual que também muitas vezes passa em simultâneo com o discurso, tem muito impacto. E nós também temos a ganhar com isso porque nós também podemos transmitir mais segurança, mais empatia com a pessoa, portanto “as cartas que nós podemos jogar” num contacto pessoal só nos tem a beneficiar.

Acha que era vantajoso para uma mulher que esteja neste discernimento, o hospital oferecer este apoio?

Eu acho que sim, porque muitas delas muitas vezes só precisam de falar, só precisam de desabafar, de contar a sua história. Às vezes é só mesmo isso. E numa consulta médica pode não haver lugar a que isso aconteça porque pode não haver tempo, não haver disponibilidade do médico, e, portanto, se calhar num hospital haveria muito a ganhar para estas mulheres se, depois da consulta e depois da notícia da gravidez elas pudessem ter alguém com quem falar pessoalmente se elas quisessem, para poder contar a história.

E acha que seria mais vantajoso ser uma assistente social ou uma psicóloga?

Eu acho que idealmente seria uma equipa composta pelas duas, tendo em conta que o óptimo é inimigo do bom não é! Porque a psicóloga teme instrumentos e domina técnicas que o Serviço Social não tem, e o Serviço Social o mesmo face à Psicologia. Por isso eu acho que uma se complementa a outra. Se pensarmos do ponto de vista do isolamento, de mulheres que estão deprimidas, que têm perturbações, se calhar eu diria a psicologia, mas se forem situações de dificuldades económicas, de dúvidas, de esclarecimentos, de questões mais

burocráticas, talvez o Serviço Social pudesse dar uma resposta mais acertada. Mas acho que qualquer uma das técnicas pode estar bem preparada. Idealmente uma equipa composta pelas duas.

A Lei prevê que o hospital disponibiliza uma psicóloga e/ou uma assistente social caso a mulher queira falar, mas na prática vemos que elas não fazem muito isso mas depois recorrem por exemplo a linhas como a do apoio à vida. Porque é que acha que isto acontece e o que é que se poderia sugerir para que elas aderissem mais a este acompanhamento?

Eu acho que aquilo que seria suposto os hospitais fazerem, deveriam à partida fazerem, não é, informar sobre os apoios que existem e encaminhar, sempre. E depois compete às instituições dar essa resposta. Porque é que elas nos contactam a nós ou a outras linhas depois da consulta? Muito provavelmente porque ainda restam dúvidas ou porque elas sentem essa dificuldade, e refugiam-se na internet na tentativa de encontrar uma resposta e por aí chegam até nós, porque ainda há mais qualquer coisa para resolver, a situação não está ainda finalizada. É como quando nós vamos ao médico e dão-nos um diagnóstico. Depois muitas vezes vamos pesquisar no Google o que é que aquilo quer dizer, como é que se pode tratar, etc. Muito provavelmente o pensamento destas mulheres também há de ser este – pesquisar que ajudas é que existem, onde é que me posso dirigir, e quando encontram uma linha de telefone gratuita e anónima, então nem hesitam não é, contactam mais que não seja para saber a que é que esta linha responde, como é que lhes pode ajudar.

Entrevista P4

Entrevista Psicóloga 1 – Apoio à Vida

Qual é o procedimento informativo num telefonema da linha?

Nós quando atendemos uma chamada normalmente a pessoa começa logo a expressar a sua situação e as suas necessidades. Começa por dizer o que se passa, normalmente é que está grávida, e, portanto, continua a explicar em que medida é que se situa perante este evento que pode ser esperado ou pode ser inesperado, muitas vezes é inesperado e depois expressa as suas dificuldades e a partir daí vamos tentar informar tendo em conta o que lhes é urgente neste momento. Portanto o mais comum, que temos recebido, por vezes é: estou grávida, é inesperado e agora não tenho rendimentos, não tenho trabalho, o meu companheiro não aceita, a minha família não aceita e, portanto, o que estas pessoas pedem mais frequentemente é apoios financeiros, apoio na inserção profissional, apoio nos bens materiais para conseguirem ter as condições básicas para poder prosseguir com a gravidez... Isto é o mais frequente das chamadas que nos chegam e, portanto, a partir das dificuldades que são expressas nós tentamos responder tendo em conta os recursos que temos e aquilo que a pessoa necessita com maior urgência.

Como é que respondem quando uma mulher não tem definido qual é que é o seu desejo e, portanto, quando ainda está numa situação ambivalente e não está claro se quer prosseguir ou se quer interromper a gravidez?

Portanto, quando estamos numa situação de dúvida, nós ouvimos esta dúvida e mais do que ouvir, nós fazemos eco daquilo que a pessoa nos diz. Normalmente uma gravidez não esperada e que não é planeada causa sempre muita ambivalência na pessoa, portanto é um estado de choque inicial, é a dúvida inicial se vai ser capaz ou não de cumprir com este papel materno, se vai ser capaz ou não tendo em conta os exemplos que tem na sua vida, se vai conseguir reproduzi-los de forma igual ou diferente. Existe sempre esta dúvida inicial, esta ambivalência muito grande, e nós tentamos compreender, porque muitas das vezes estas pessoas procuram-nos porque não têm quem as compreenda, e o que fazemos é ouvi-las, fazê-las sentir-se compreendidas, porque muitas vezes o primeiro impulso das pessoas que as rodeiam é pensar no bebé e elas precisam, nesta altura inicial de ambivalência, precisam mais que tudo que pensem nelas enquanto mulheres, enquanto adultas que tinham um plano de vida e surgiu agora um evento inesperado que veio destruir esse plano. Portanto nós concentramo-nos nelas, ouvimos as dificuldades que são expressas por elas e sobretudo fazemos eco daquilo que elas dizem e é aí que nós nos colocamos, ou pelo menos - não posso falar por todas as pessoas da minha equipa - mas a minha abordagem é colocar-me numa posição neutra onde eu oiço as motivações intrínsecas e extrínsecas da mulher e coloco-me numa posição neutra e simplesmente faço eco daquilo que ela diz. Ao fazer eco daquilo que ela diz, ela própria vai chegando a uma resposta, à sua resposta verdadeira, sem ser influenciada porque isso não é justo para ela, mas como esta ambivalência é geral e confunde a pessoa nos seus pensamentos e nas suas emoções, muitas vezes não é fácil chegar à resposta sozinha e ao ter alguém a repetir aquilo que ela diz começa a fazer sentido, seja para não prosseguir ou seja para prosseguir com a gravidez

E como é que consegue manter uma posição neutra e dar informação neutra conforme aquilo que elas vão expondo, não sei se estou a ser confusa. Como é que a informação que passa consegue ser neutra, mas responder aos desejos delas e às dúvidas delas, e ainda assim responder tudo de forma verdadeira e sem mostrar uma posição?

Depende daquilo que é questionado, não é? Se elas me perguntam qual é o tempo legal para realizar uma IVG, eu vou responder o tempo legal, em Portugal é 10 semanas e explico-lhe

a lei, tal como está escrita. E se ela me perguntar que recursos é que posso obter destas instituições de apoio a grávidas, eu vou-lhe responder os recursos que nós temos, os apoios que nós temos, as casas de acolhimento, as condições que nós temos para conseguir ajudá-las naquilo que é essencial, não a longo prazo por vezes, mas naquilo que é mais urgente e no básico que é necessário para prosseguir uma gravidez, nós conseguimos apoiar. Se elas perguntam em relação à família, em relação ao conjugue, eu não posso responder por elas, isso é uma coisa que tem de ser trabalhada com elas, tem de ser trabalhada com a família, tem de ser trabalhada com o conjugue, não posso responder-lhes a uma coisa que só depende delas e das pessoas que fazem parte da sua rede. Eu tenho de responder da forma mais neutra possível, porque esta mulher está num estado de confusão em que não sabe para que lado há de decidir e quer encontrar uma resposta a todo o custo, mas se for outra pessoa a dar-lhe essa resposta, possivelmente ela não conseguirá viver essa resposta, se não vier mesmo das conclusões que ela tira sozinha. Ela poderá não conseguir responder aquilo que lhe é imposto e isso ainda vai fazer com que ela sofra ainda mais, portanto o nosso papel aqui é simplesmente responder às perguntas que são feitas com a realidade que existe e fazer eco das motivações delas, para que elas consigam responder à conclusão, viver a conclusão que retiram desta situação.

O que lhe ia perguntar a seguir era como é que informação ia sendo acrescentada à medida que ia falando com a pessoa. Se vai respondendo apenas aquilo que ela pede e pergunta, ou acrescenta informação que ache útil e pertinente, ou como é que esta informação vai sendo fundamentada e acrescentada na conversa?

Bem, nós fazemos também um plano, não é? No início de qualquer acompanhamento tentamos fazer um plano de intervenção com a pessoa. Portanto planeamos qual vai ser o primeiro passo, quais vão ser os passos seguintes, e a partir daí vamos construindo um projecto de vida com essa pessoa. E claro que quando a decisão dessa pessoa já está tomada, a partir daí nós também sentimo-nos à vontade, uma vez que a pessoa já tomou a decisão que queria, a decisão que lhe é verdadeira, aí sentimo-nos à vontade para acrescentar informação que seja útil a esse projecto de vida, que lhe venha trazer mais benefícios a esse projecto de vida, como apoios, por exemplo uma pessoa que não quer prosseguir com a gravidez, que já tomou essa decisão, então vamos tentar dar-lhe todos os recursos que ela precisa, estou a pensar por exemplo em acompanhamento psicológico, para reorganizar as emoções que advém do luto desta perda, deste vazio emocional que ela irá sentir posteriormente e tentamos acompanhá-la tendo em conta aquilo que ela também for expressando que necessita. Se uma pessoa quer prosseguir com a gravidez e já tomou essa decisão, mas necessita daqui de vários apoios, nós também vamos informa-la de todos os apoios que existem. Agora eu acho que é tudo... também vamo-nos guiando... nós não podemos impor nada à pessoa, não é? Nós fazemos um plano de intervenção, o primeiro passo é pensar no que é que esta pessoa quer, o que é que esta pessoa necessita, quais são as motivações que conduzem esta pessoa. E a partir daí, a partir do momento que chegamos a uma conclusão, então, delineamos os passos seguintes para tentar que esta pessoa, que esta mulher, tenha um projecto de vida que lhe traga mais bem-estar, que seja um processo de construção pessoal e que possa reorganizar-se para viver uma vida inserida na comunidade tal como ela deseja.

E acha que nesta fase ainda de tomada de decisão, acha que este acompanhamento, através do telefone, pode influenciar a decisão da grávida? E se influenciar de que maneira é que pode influenciar?

Bem, eu acho que, lá está, eu acho que depende muito. Porque nós apesar de sermos técnicos também temos a nossa parte emocional, as nossas crenças, os nossos valores, e isso é muito difícil enquanto profissional de saúde mental, enquanto técnico de outra vertente, por vezes

é muito difícil afastarmo-nos das nossas crenças e conseguirmos produzir um discurso completamente imparcial à outra pessoa. Mas eu acho que isso, neste trabalho principalmente, eu acho que é algo que deve ser respeitado. Lá está, como eu lhe disse, deve ser algo que deve ser respeitado, porque se não for respeitado estamos a impor pensamentos à outra pessoa, pensamentos que essa pessoa pode não conseguir lidar de forma saudável. Portanto, numa chamada, o procedimento que nós temos normalmente é... uma chamada, pronto, não é o mesmo acompanhamento compreensivo, afectivo, não tem o mesmo acolhimento que um encontro pessoal e nós achamos que um encontro pessoal, a pessoa não só conhecemos melhor, a pessoa também cria uma maior aliança connosco e também há toda uma maior naturalidade no discurso que é feito. E portanto o procedimento natural é tentar marcar um encontro pessoal com esta pessoa ao telefone, principalmente em casos de ambivalência, e pronto, e depois a partir daí, se conseguirmos esse encontro então continuamos da forma como já lhe expliquei, se não conseguirmos esse encontro, tentamos então fazer o mesmo procedimento por telefone, apesar de não ser o ideal, mas a partir daí vamos ouvi-la da mesma maneira, vamos compreendê-la da mesma maneira, vamos tentar procurar as motivações que a conduzem, os motivos para prosseguir, os motivos para não prosseguir e a partir daí vamos esperar que ela própria chegue à sua própria conclusão, à conclusão verdadeira, que a sua vida lhe diz naquele momento.

Acha que esse acompanhamento nesta fase é importante para a pessoa e pode ajuda-la a decidir de forma mais consciente e informada?

Sim, acho que sim porque tal como eu já disse é um estado de choque, é um estado de confusão de emoções, é um estado extremo de dúvida em que tudo parece frágil, tudo parece incerto, também sentimos muito medo e portanto a pessoa não consegue organizar os seus pensamentos e por vezes toma decisões por impulsividade, por pressões, por juízos de valor que são feitos e neste momento a pessoa ou prefere estar sozinha ou é obrigada a estar com pessoas que emitem estes juízos de valor e que a levam a pensar em crenças que não são as suas e portanto ou é isto ou é estar sozinha, porque não encontram ninguém que as ouça simplesmente, que as compreenda, que saiba vê-las além daquilo que a imagem delas transmite, além daquilo que os familiares delas, normalmente os amigos, os companheiros, que já a conhecem por.. é uma pessoa neutra que simplesmente as ouve e compreende nas palavras que são ditas e portanto eu acho que mais que tudo estas mulheres precisam deste apoio, precisam desta pessoa neutra ao seu lado, precisam de se sentir acompanhadas, porque não sentindo acompanhadas ou tendo a companhia que não é a mais benéfica, vão tomar decisões de forma impulsiva por descargo de consciência, numa necessidade urgente de sentir alguma espécie de alívio, e não vai ser aquilo que lhes vão trazer mais benefícios, que lhes vão trazer mais bem estar, não vai ser aquilo que elas vão conseguir lidar saudavelmente depois da decisão já estar tomada, e portanto.. e isso acontece-nos imenso, temos inúmeros casos em que muitas vezes elas por exemplo querem... é de uma forma ou de outra... ou querem prosseguir a gravidez mas não podem porque o companheiro ou um familiar, que é um figura de referência não possibilita essa opção, ou não querem prosseguir com a gravidez mas da mesma forma têm um companheiro ou um familiar que não possibilita essa opção, portanto é de uma forma ou de outra, há sempre... quando estão sozinhas ou quando estão acompanhadas por pessoas que não conseguem transmitir essa neutralidade, há sempre decisões que são tomadas por impulsividade e isso depois traz muitos mais riscos para a sua saúde mental e bem estar do que benefícios.

Pode-me relatar uma situação que a tenha marcado de forma positiva, em que o acompanhamento tenha marcado de forma positiva, e depois uma de forma negativa sff?

Ok. Posso transformar as duas numa?

Hmhm

Ok, então uma adolescente veio ter connosco, pediu-nos ajuda, tinha uma relação de namoro há poucos anos julgo, agora já não me lembro muito bem, mas tinha uma relação de há poucos anos, um namoro de adolescência, que é muito frequente também e que temos sentido que as adolescentes quando surge uma gravidez inesperada desejam mais vezes prosseguir do que terminar essa gravidez, talvez pela fantasia da adolescência de serem capazes de tudo, de quererem perdurar a relação, o namoro que têm, de querer tornar-se adultas o mais cedo possível.. pronto, mas temos sentido que é mais frequente esta decisão de prosseguir entre adolescentes do que terminar. E pronto, esta adolescente veio ter connosco, pediu-nos ajuda porque tinha então este namoro, o namorado aceita a gravidez mas a família é muito autoritária e não poderá saber desta gravidez porque vão reagir mal e a adolescente acreditava que iria ser posta na rua e que não iria ter o apoio dos pais, e portanto estando numa fase de adolescência e a estudar, sem trabalho, sem rendimentos, preocupava-a muito a possibilidade de prosseguir com a gravidez porque ficaria muito frágil, numa situação muito frágil, o namorado já era mais velho já tinha trabalho mas também estudava ainda, e portanto não tinha forma de possibilitar rendimentos para ambos, para os 3 neste caso. Pronto, eram estas as motivações dela, e nós ouvimos, compreendemos, perguntou-nos quais eram os apoios que existiam à maternidade e nós explicámos, explicámos os recursos que tínhamos cá, explicámos os recursos que existiam noutras instituições, mesmo outras entidades, enfim... respondemos às necessidades todas que foram expostas, e pronto, e esta adolescente então tomou a decisão juntamente com o namorado de prosseguir com a gravidez, de enfrentar os pais e prosseguir com a gravidez. Pronto isto foi bastante positivo não é, porque se não tivesse estado ninguém lá com ela a ouvi-la, mesmo ela tendo o namorado de acordo com ela, mesmo assim ela não conseguiu reunir todas as forças possíveis para tomar esta decisão que era o que ela mais queria, tinha mesmo este desejo de maternidade bem vincado, e connosco, com a informação que nós demos, que foi aquela informação que ela pediu, ela tomou essa decisão de prosseguir, juntamente com o namorado, acreditando também que se alguma coisa viesse a piorar a situação também podia contar com a nossa casa de acolhimento, enfim, com os recursos que nós temos. Então, depois de tomada essa decisão começámos a delinear então um projecto de vida, começámos a delinear um plano, para pensar nos passos seguintes, o que é que seria necessário então para prosseguir a gravidez, o que é que seria necessário para receber este bebé... pronto, tudo o que é o natural nesta fase e viemos uns tempos, umas semanas depois, viemos a saber que esta adolescente perdeu o bebé... e portanto... foi um aborto espontâneo, esta adolescente já tinha tudo encaminhado, já tinha, pronto, via-se, observava-se mesmo que já tinham sido feitas mudanças a nível físico e a nível psicológico.. esta adolescente já tinha incorporado o ser mãe, já falava bastante do filho, fisicamente já se notava imenso a barriga, pronto, houve uma série de mudanças que talvez aceleraram com esta tomada de decisão e pronto, e depois então aconteceu o aborto espontâneo que destruiu completamente a adolescente, deixando-a completamente desorganizada, fragilizada, com um vazio enorme, e pronto, e nós também tentámos claro, falámos de como podíamos ajudá-la, do acompanhamento psicológico, acompanhamento também com o namorado caso ela sentisse essa necessidade e tentámos acompanhá-la o máximo possível até conseguirmos ajudá-la a reorganizar-se e a construir um novo significado para este papel materno, um novo significado para o seu projecto de vida, portanto encontrar forças novas para conseguir pensar em objectivos que a fizessem mover e que a fizessem ter esperança novamente e pronto.. foi uma situação que de facto no início deixou-nos muito felizes porque sentimos que era a decisão mais verdadeira para ela e que era este desejo que ela queria e depois... claro, a natureza intrometeu-se, e não sei se motivado pelo stress, pela idade, se por outras condições biológicas não sei, mas de facto foi o que aconteceu e portanto esta adolescente hoje continua com o papel de maternidade bem

preservado, com este desejo ainda muito à superfície mas pronto, tem outros objectivos agora, objectivos profissionais, objectivos pessoais e quer seguir um plano até ter condições que a façam desejar então passar à fase seguinte.

Só mesmo para acabar, consegue-se lembrar de uma situação que o acompanhamento nesta fase de decisão, sinta que tenha prejudicado a decisão da mulher e que não tenha sido benéfico para a mesma ter sido acompanhada.

Alguma situação em que a nossa intervenção não tenha sido benéfica para a mulher?

Hmhm, que não tenha corrido tão bem, o que é que mudavam...

Acho que a única coisa que me lembro é... que são os casos mais difíceis, que é quando temos mulheres a pedir-nos ajuda para prosseguir com a gravidez mas estas mulheres normalmente dependem dos companheiros ou dependem de familiares que não aceitam a gravidez e que pressionam e conseguem obriga-las a realizar o aborto e eu acho que nessas intervenções que são as mais difíceis porque vemos claramente a frustração presente nestas mulheres, a luta, o conflito interno que existe dentro delas por não poderem prosseguir com os seus desejos porque são ameaçadas, são pressionadas e perdem muito daquilo que têm se tomarem a decisão que desejam, e nós estamos aqui às vezes por vezes sinto que nós, portanto, fazemos tal como já disse, ouvimos, compreendemos, ajudamos com os recursos que temos e damos esperança a estas mulheres porque acreditamos que elas devem tomar a decisão que merecem e que desejam e depois são pressionadas de tal forma que acabam por tomar a decisão contrária. Tenho mesmo situações em que a mulher me dizia eu quero ter este filho, é a minha última possibilidade de ser mãe, mas não posso porque se tiver este filho perco o meu marido, eu perco o meu outro filho, eu perco a minha casa, eu perco o meu carro, eu perco tudo. E é muito difícil fazer este equilíbrio que é nós queremos ajudar estas mulheres, queremos mostrar-lhes os recursos que temos, queremos dar-lhes esperanças, queremos responder às necessidades delas, e depois elas são pressionadas de tal forma que pela necessidade urgente de sentirem este alívio, saírem desta pressão externa que lhes é imposta, tomam a decisão de abortar e... e não sei até que ponto é que dar-lhes esta esperança ou tentarmos ajuda-la, tentarmos capacita-la na tomada de decisão é benéfico para elas porque elas depois de facto é que depois por vezes tomam a decisão contrária e sofrem imenso com isso e depois afastam-nos, porque viram que connosco era o caminho que elas queriam, que era prosseguir com a gravidez, connosco era esse caminho de esperança, e portanto elas tomaram a decisão contrária e por isso elas afastam-nos porque não se querem lembrar desse caminho de esperança que já tiveram à sua frente e sofrem imenso com isso e portanto é difícil equilibrar a nossa intervenção nesse sentido.

Estava a falar disso de nós sermos o caminho de esperança para essas mulheres. Como é que, tentando sempre ao máximo a neutralidade, como é que conseguimos manter uma posição neutra e então não sermos consideradas um caminho de esperança, mas só um caminho se calhar de verdade, onde elas possam de facto pensar, mas sem sentirem uma tendência para algum lado, como é que podemos tentar ser o mais neutras possíveis e não passar um lado melhor para as mulheres?

Pois eu quando digo... exactamente é porque... eu estava a falar nestas situações em que elas sofrem de pressões externas, é porque nós não impomos este caminho de esperança, elas é que trazem este caminho de verdade... elas é que chegam a esta conclusão connosco porque elas não se podem virar para o companheiro que não aceita a gravidez ou para os pais que dependem e não pode virar-se para eles, para figuras de referência, para figuras de autoridade ou que possuem todos os rendimentos dos quais elas subsistem, não podem virar-se para eles e dizer eu quero ter este filho, porque eles não aceitam, e connosco, como nós mostramos essa neutralidade, como nós as colocamos à vontade para se expressarem da maneira como

quiserem, elas dizem-nos isso a nós. Conosco elas conseguem dizer eu quero ter este filho ou eu não quero ter este filho... conseguem dizer-nos isto, e portanto se elas tomam uma decisão contrária aquela que elas querem, elas afastam-nos porque conosco elas conseguiram ver o caminho que elas queriam, conseguiram ver a sua verdade e com os outros não conseguiram e portanto se tomam uma decisão que não era aquela decisão que elas queriam tomar, que conosco conseguiram ver essa possibilidade, elas afastam-se para não sofrerem ainda mais com isso e aí é que é difícil porque nós queremos continuar a acompanhá-las, queremos ajudá-las... se é uma maternidade que é sofrida, se elas tomam a decisão de prosseguir com a gravidez e não querem prosseguir com a gravidez mas tomam essa decisão por alguma pressão externa, nós queremos ajudá-las durante a gravidez, queremos tentar compreendê-las, tentar responder às necessidades que elas põem durante a gravidez, todas as suas dúvidas, toda a sua ambivalência, ou se elas querem prosseguir com a gravidez e tomam a decisão de não prosseguir e fazem um aborto nós queremos ajudá-las a lidar com esse luto, com essa perda, mas elas afastam-nos porque conosco elas vieram a sua verdade e agora, depois de uma decisão errada, não é uma verdade que elas querem voltar a ver, porque vão sofrer ainda mais se voltarem a vê-la.

Entrevista P5

Qual é o procedimento informativo num telefonema da linha?

Quando uma mulher liga a ideia é perceber em primeiro lugar de onde é que nos está a ligar, como é que soube do nosso número, eu normalmente pergunto se quer dizer o nome e acho que fazemos mais ou menos assim, pela ideia de tratar pelo nome, e depois consoante isto, consoante se estiver a ligar de uma zona próxima de nós ou que nós possamos vir a responder eventualmente presencialmente, mantenho a conversa, se não pergunto obviamente se está grávida, de quanto tempo e depois aí começo (se não for desta zona), começo a preparar a conversa no sentido de encaminhar, e no encaminhamento pergunto se a pessoa está disponível para ser contactada em vez de dar o número de um serviço, às vezes a pessoa prefere ligar e aí dou o número do serviço. Se não sei um serviço e preciso de ir saber, digo que vou saber e explico a importância de haver um contacto presencial e da pessoa se sentir apoiada mais efectivamente. E se for cá? Se for cá depende imenso do estado emocional da pessoa, porque pode ligar e estar desesperada e só querer falar, falar, falar, e aí é mais difícil de direccionar a conversa, mas tento perceber em primeiro lugar os dados da gravidez, perceber em que ponto é que está, há quanto tempo é que soube, para perceber também se ainda está na reacção de choque ou se já sabe há mais tempo e continua em choque, depois ir pela lógica e perceber se já sabe alguém, como é que é com a rede, quem sabe o que é que diz, o que é que não diz, e ela, qual é que é a reacção dela, razões para um lado, razões para outro e perceber também qual é que é o espaço que ela tem para querer pensar sobre o assunto. Acho que a diferença é se alguém quer uma solução mais imediata, quer uma informação e pronto, e aí tento abrir espaço, mas às vezes não dá.

E qual é que é a percepção das necessidades das mulheres quando ligam para a linha? O que é que as faz ligar?

A sensação que tenho normalmente é a primeira coisa é aflição. Pode haver razões mais objectivas, mas eu acho que aquilo que as impele a ligar é um número de apoio, porque muitas vezes às vezes ligam e não sabem bem o que é que querem e por isso o que as fez ligar eu acho que é sentirem-se aflitas e em crise, que é quando não se sentem com ferramentas necessárias para fazer face aquilo que estão a passar. Portanto eu diria que é isso em primeira mão. Depois que o pedido diverge muito, às vezes não têm pedido e eu acho que o nosso papel também é ajuda-las a clarificar qual é o pedido que podem ter, por isso eu acho que em primeiro lugar é este movimento de procura de apoio, de amparo, de me sentir aflita.

Se uma mulher não sabe o que quer fazer, não tem claro se quer prosseguir com a gravidez ou não, que tipo de informação é que dás?

Eu acho que em primeiro lugar é ouvir, é dar espaço. A pessoa sentir que do outro lado tem alguém com quem possa falar porque eu acho que o grande papel da linha é no limite que a mulher se oiça a ela própria, que consiga pensar naquilo que se está a passar com a vida dela. Não quer dizer que seja isso que ela vem à procura, e sobretudo conscientemente, mas eu acho que o papel da linha é muito este, portanto, eu primeiro lugar é criar relação e criar este espaço para a pessoa pensar e poder pôr várias hipóteses, maldizer tudo, queixar-se, chorar, o que seja... para poder depois desta reacção emocional então começar a elaborar qualquer coisa mais do ponto de vista intelectual, cognitivo, então começar a pensar aquilo que quer ou não fazer. Eu acho que é aqui que muitas vezes as perdemos, porque é isso, porque mesmo que não seja consciente, há uma decisão de não pensar, porque é uma decisão demasiado difícil e é preciso ter alguma estrutura para enfrentar a decisão que se tem para tomar.

Que tipo de informação é que dão quando ela não tem claro se quer prosseguir ou não com a gravidez?

Vou virar o bico ao prego. Eu dou a informação que me é pedida. Eu nunca dou informação que não me é pedida. Portanto pergunto se a própria pessoa não sabe o que é que quer saber, então vamos atrás do que ela quer saber. E, portanto, não, não dou mesmo. Estou a pensar se dou, mas acho que não dou. Pronto. Acho que isto depois tem a haver um bocadinho com a forma de cada uma fazer. Agora, o que é que é mais comum pedirem? Eu acho que imensas dúvidas, pelo menos na linha, imensas dúvidas de saúde ou mesmo que já saibam que estão grávidas coisas concretas de me sinto assim ou assado, ou será que estou mesmo grávida ou não estou, ou fiz o teste, mas o teste pode dar falso ou o resultado por não ser fiável... Portanto muito ligado se calhar ainda ao físico e se calhar nesta etapa também se é nesta altura “Se calhar não é verdade”. Se calhar numa procura de confirmação de pode não ser verdade. Portanto por aí é ajudar a esclarecer estas dúvidas mais concretas no que toca a gravidez, ao teste, ao tempo que poderia eventualmente estar de gravidez, quais é que são... o que é que poderá ou não fazer a seguir, quais é que são as alternativas que tem, se já foi ao médico se não foi, se quer ir, se não quer, se quer fazer outro teste de gravidez, se não quer. Pronto. Portanto eu acho que é muito estas primeiras. Depois vou um bocado atrás. Eu acho que as pessoas sinceramente... Estas dúvidas mais práticas, quando é mesmo um discernimento, não é tanto dúvidas práticas que têm, elas querem é que alguém lhes resolva o problema, estão aflitas e, portanto, não há nestes casos... é a aflição que as leva a ligar e não é tanto... e no fundo se calhar têm a esperança ainda de poder não ser verdade. Mas depois estou a pensar que nunca dei muita informação e sobretudo num primeiro telefonema, porque na verdade não era tanto isso que era pedido. Às vezes pode acontecer, mas normalmente não são discernimentos. Ou é uma pessoa que já está a ponderar prosseguir e precisa de uma ajuda só para perceber o contrato de trabalho, “Ah e tal e não sei quê” – mas isso normalmente são as mais decididas. As que estão muito na dúvida eu acho que não têm muitas perguntas objectivas. Pronto. Por isso dou a informação que me vão pendido. E depois à medida que o processo vai avançando a pessoa vai tendo mais perguntas e se calhar mais objectivas e aí depois podemos dar mais: dos apoios, das alternativas que existem, de como é que é o aborto e como é que não é, de quais é que são os procedimentos, quais é que são os timings, até quando é que têm e não têm, pronto, aí já é mais objectivo. Mas eu diria que os primeiros telefonemas não é tanto isso.

Então respondes a aquilo que te é pedido e não ao que achas que possa ser pertinente para que a decisão delas seja mais informada.

Sim. Sim. Sim.

E achas que esse acompanhamento e esse apoio que damos na linha para elas torna essa decisão mais consciente, mais informada, mais em liberdade? Ou achas que até pode condicionar ou achas que influencia a decisão?

Acho que depende da forma como é feito, não é? Eu acho que a informação dada quando é pedida pode aumentar a liberdade. Porque eu desinformada a minha liberdade está mais condicionada pela desinformação. Pronto. Eu acredito que pode ser uma ajuda, isso acho que sim. A informação pode ser uma ajuda. Agora obviamente que a informação não é uma opinião, isso é diferente, e às vezes isso é difícil de distinguir. Acho que hoje em dia fazemos isto de uma forma bem diferente, mas porque normalmente não nos ligam a perguntar a opinião. Ligam-nos eventualmente a fazer algumas perguntas ou então a quererem desabafar. Por isso eu acredito que as ajude e que possa influenciar as decisões dar as informações que possam ser pedidas. Pela própria pessoa. Ajudá-la a fazer esse caminho, porque também à medida que a pessoa vai amadurecendo nesse processo também vai precisando de informação diferente.

Vês alguma vantagem que esse acompanhamento seja presencial em relação a ser por telefone? Quais é que são as vantagens de ser por telefone e as desvantagens? Vantagens e desvantagens de um e outro e se pudesses escolher, qual é que tu escolherias?

É engraçada a pergunta. Eu diria sempre fui muito mais a favor do presencial. Pela questão da relação. A qualidade da relação, o facto da relação poder ser mais completa, ter mais dados para poder ser mais completa em termos de relação humana. Se bem que acho que hoje em dia, o contacto telefónico tem mais potencial que nós se calhar não exploramos tanto. Porque eu acho que a vantagem do telefone também é esse anonimato de alguma forma. E eu acho que para a mulher, eu acho que é sentido como uma vantagem e o presencial retira-lhe isso. E, portanto, se calhar, pois, se calhar o presencial faz sentido se calhar até um bocadinho mais à frente, não é? Se mantivesse a relação um bocadinho mais consistente para por o presencial. Mas ao mesmo tempo quando estamos a lidar com uma situação de emergência é um bocado difícil de medir o que é que pode ser melhor. Portanto eu diria que acho que as duas se complementam, não consigo escolher uma sinceramente. Acho que o telefónico pode ser muito bom para uma pessoa em crise saber que há alguém do lado de lá. E depois para o acompanhamento, o apoio na crise se calhar telefónico, o acompanhamento, se a pessoa quiser, presencial.

Achas que era uma vantagem para essas mulheres que o próprio hospital ou centro de saúde onde elas vão fazer a primeira consulta – onde recebem a informação, onde fazem a ecografia, onde falam com o médico – seria uma vantagem elas poderem ter isso, isso fazer parte do processo? Ou seja, elas poderem falar com um psicólogo, com um assistente social, com alguém que as pudesse ajudar neste discernimento?

Importantíssimo. Eu acho importantíssimo. Mas acho que não é bem-visto isso porque não há, às vezes eu não quero mesmo pensar, e, portanto, quem é o Estado no limite para me obrigar a fazer uma coisa que eu não quero? E fazer isso parte do protocolo, quando às vezes estas decisões não são muito pensadas. Às vezes até são, mas acho que é uma, eu diria que pela nossa experiência, é um bocadinho fuga para a frente, não é? É uma decisão tão difícil, é uma altura tão difícil, a pessoa está em crise e quer é resolver o problema. Mas pronto, por isso mesmo eu acho essencial. Acho que seria mesmo uma coisa boa, ter alguém disponível, com quem conversar, acho que podia ser uma coisa boa. Não sei se teria muito adesão, porque é o que se vê. As pessoas não marcam para ir ao assistente social ou ao psicólogo. Acho que o facto de ser no mesmo dia pode ser uma coisa boa, porque já está ali e a pessoa está mais a quente com o assunto e se calhar até está mais disponível para falar. Não sei, acho que pode ser uma coisa boa.

E achas que seria com uma psicóloga, com uma assistente social, ou seja, ser diferente, ser com uma psicóloga ou com uma assistente social, ou achas que nesta fase é um bocadinho irrelevante qual é a área, desde que seja uma pessoa da área social. O que é que tu achas que era – assim pensando no ponto de vista das mulheres – o que é que para elas seria mais vantajoso, ou que é que para elas seria mais importante nesta fase e se há distinção na profissão.

Pois. Eu sinceramente acho que há. Estava a pensar. Se for uma pessoa que não tenha nenhum problema a nível social, ser uma psicóloga pode ser mais abrangente. Por outro lado, também há preconceitos em relação a ser psicóloga. Portanto, pois, no limite se calhar não interessaria tanto saber a área da pessoa. Não sei, não sei. Aquilo que vemos muito supostamente ainda está muito em cima das condições económicas, as razões para a IVG ainda estão muito marcadas por esta questão económica, social, barra barra. Portanto se calhar por aí podia ser uma assistente social. Mas qualquer uma delas tem uma conotação,

portanto fica difícil de distinguir, de decidir quem é que poderia ser. Mas acho que duas pessoas não dava, acho que é um bocado violento. Quanto muito dar a escolha à pessoa. “Olhe gostaria de falar com uma assistente social ou com uma psicóloga?” E se houvesse esta ajuda concreta, a pessoa decidia o que é que lhe fazia mais sentido. Mas pronto, acho que é uma decisão tão íntima, que é difícil uma pessoa expor-se. Acho que é o problema desta questão.

Lembras-te de alguma situação em que o acompanhamento nesta fase de discernimento tenha sido benéfico para a mulher e de alguma que tenha prejudicado a mulher? Em que sintas que tenha sido pior para ela?

Que tenha sido pior para ela só se nós tivéssemos um feedback negativo que não temos. E não é porque se calhar eles não existam, mas não nos deram. Porque até pode ser, não é? A pessoa pode-se ter sentido questionada, isso acho perfeitamente possível de ter acontecido. Porque às vezes nós não queremos mesmo questionar-nos e quando não é esse o pedido, temos de ter muito cuidado até onde é que a pessoa quer ir. No limite estamos sempre a jogar com a liberdade do outro. Por isso é um bocado difícil, o feedback positivo é mais fácil de nos terem dado, não é? Acho que não é justo dizer que não há, porque acho que pode ter havido, mas eu não sei. Pronto. E sinceramente há coisas que vejo perfeitamente que podia ter feito de outra forma, ou que fiz mal mesmo, ou que avancei antes da pessoa estar preparada... sobretudo, acho que o maior desafio ou se calhar assim os meus maiores erros a lidar com estas situações é nós termos às vezes mais pressa que a pessoa. Queremos resolver a questão, porque o sofrimento da pessoa é difícil de acompanhar e de tolerar e, portanto, temos pressa. E acho que por aí é sempre o grande desafio destas situações. Uma situação que tenha corrido, ou que ache que possa ter sido benéfico para a pessoa. As que me tocam mais hoje em dia, e por isso também estão mais vivas porque é mais recente, são aquelas que se permitem mesmo pensar e amadurecer o assunto. Eu acho que é duma coragem, quer dizer, humanamente é mesmo bonito de ver, porque é mesmo difícil, é uma decisão mesmo difícil. E por isso estou-me a lembrar de um caso concreto, se calhar por outras questões até podiam não ser muito económicas, mas tudo o resto ia pouco para este, ou seja não só era inesperado, como o plano de vida não tinha nada a haver com isto nesta fase, como... estou a pensar qual das situações escolho como... escolho como... quer dizer a relação até existia mas o namorado em causa não queria mesmo que ela prosseguisse, e portanto mesmo para a carreira seria péssimo seria muito arriscado dos dois, não estavam em fase, a família estava contra também prosseguir a gravidez, e portanto só se ela fosse maluca. E aquilo que eu acho que ajudou é exatamente isso que eu dizia no principio, que é quando a pessoa quer pensar é ter alguém disponível para poder conversar sobre isso, sobre aquilo em que está a pensar. A forma como as decisões são, o amadurecimento das nossas decisões é a maior beleza do acompanhamento das mulheres nesta fase. Ver esse amadurecimento. Porque é mesmo diferente no principio aquilo que eu penso fazer, a meio o que é que eu penso fazer e no fim o que é que eu decido fazer. E dar-mo-nos este tempo que foi isso que eu assisti, acho que a paz depois com a decisão e a tranquilidade é muito maior e depois também assistimos ao crescimento da pessoa. Por isso eu acho mesmo que pode ser uma ajuda.

Entrevista P6

Qual é o procedimento informativo no funcionamento da linha?

Primeiro tento perceber o que é que a mulher quer, e se é um pedido de ajuda perceber se é para ela, se está grávida ou se não está grávida. Tento perceber como é que ela soube da linha, para perceber o que é que devo ou não dizer-lhe que podemos ou não fazer por ela, e depois tento perceber em que fase é que ela está em relação à gravidez, se é não saber nada, se quer abortar, se não sabe onde se dirigir e quer saber onde é que tem de ir, ou se está desesperada... pronto, tento saber em que fase é que ela está face à gravidez, se foi notícia recente ou se já está a integrar e como é que ela se posiciona com a notícia.

Se ela não souber onde é que se posiciona e se não tiver definido se quer prosseguir com a gravidez ou se quer interromper a gravidez e ainda está numa situação ambivalente, que informação é que lhe dás e como é que é o apoio nesses casos em que não têm definido o que é que querem?

À partida quando eu lhe pergunto o que é que ela quer ao ligar para a linha percebo mais ou menos o pedido dela, se for ambíguo pergunto-lhe o que é que ela achava que era melhor nesta fase, e se o problema for a reacção tento explorar a reacção dela, das outras pessoas, o que é que ela sente em relação a isso, o que é que já lhe passou pela cabeça.

E como é que vais acrescentando a informação na conversa? Vais acrescentado conforme ela te pergunta e no fundo só respondes aquilo que ela te pergunta ou vais acrescentando conforme achas que pode ser importante para ela ou que pode ser pertinente mesmo que ela não tenha perguntado? Vais-lhe dando mais dados do que aquilo que ela vai pedindo porque achas que pode ser importante para ela, ou respondes exclusivamente ao que ela pergunta? Como é que fazes essa gestão?

Pois, isso é uma forma que eu acho de não sermos neutros, que é, se ela estiver mesmo em dúvida e o problema dela for uma questão de não saber ainda se quer prosseguir ou se não quer prosseguir, eu vou reflectindo aquilo que ela diz e tentando fazer eco do que ela vai dizendo para ela, quase como se fosse para ela se ouvir a ela própria e ter tipo um espelho em que lhe vai dizendo “Ok, está-me a dizer que tal...” Se ela já estiver inclinada para o prosseguir e o problema for não ter apoio ou dificuldades económicas, aí eu acho que é uma forma de não sermos neutros, mas de lhe dizer o que fazemos e um caso parecido com o dela que tipo de apoio é que poderia ter da nossa parte. Apoio específico à maternidade e não ao discernimento. Que apoio podemos dar se a decisão for prosseguir com a gravidez e a decisão estar a pender para esse lado.

Tu achas que este acompanhamento pode influenciar a decisão delas?

Sim.

E é uma influencia negativa, positiva?

Eu acho sempre que é positiva, ainda que a decisão seja não prosseguir com a gravidez, até porque acompanhei muito poucas e uma que acompanhei e que abortou disse-me que o eu falar com ela tinha sido muito importante e que já a tinha ajudado muito, e o meu entender foi “se abortaste eu acho que não te consegui ajudar”, mas ela ainda assim disse que a ajudei, portanto eu acho sempre que é positivo ainda que a decisão seja abortar.

E achas que para elas este acompanhamento é importante para que a decisão seja mais livre e informada e consciente?

Sim, sim porque acho que se for uma gravidez não planeada e não desejada mais facilmente as decisões podem ser não pensadas também, e se mesmo numa gravidez planeada, quando

é real torna-se mesmo quase que assustador de perceber “agora é mesmo”, muito mais duvidoso quando não é planeada e é inesperada.

Na linha o contacto é por telefone. Achas que seria mais vantajoso ser presencial? Quais é que são as vantagens e desvantagens do acompanhamento por telefone e presencial?

Eu acho que é uma vantagem o primeiro ser por telefone porque é mais fácil a pessoa ligar de qualquer sítio a qualquer hora, porque não tem o estigma de ir a um sítio que é de apoio a grávidas quando ela não quer estar grávida, ou que ainda que ela queira estar grávida ter de assumir isso numa altura em que ainda nem acredita nisso e não integrou ainda a notícia, por isso acho que o primeiro contacto é melhor ser por telefone.

E vantagens e desvantagens do contacto presencial? Se este acompanhamento fosse presencial, se por exemplo fosse: elas tinham de se dirigir cá, ou o hospital propunha... Que viessem directamente aqui?

Sim. Ou mesmo se não fossemos nós. Pensando agora não concretamente na linha, mas se o hospital onde elas vão ter a primeira consulta de IVG para saber mais dados, para confirmar se estão grávidas, ou então uma consulta onde elas vão confirmar se estão grávidas ou não, e pode não ser da IVG. Onde elas fazem o teste e descobrem que estão grávidas e ainda não sabem bem o que é que querem fazer.

Sim.

Se existisse um espaço físico onde elas no próprio hospital se pudessem dirigir, tu achas que isso seria bom para elas ou mais vale haver este distanciamento e dar-se uma linha, mesmo que seja o próprio hospital a dar uma linha de apoio que seja por telefone, portanto, o que é que seria mais vantajoso para as mulheres?

Acho que depois de já estarem no hospital poderia ser uma vantagem haver lá o gabinete físico, ou o sítio físico, até porque no hospital seria um sítio mais neutro. Embora, à partida fosse no sítio de obstetrícia e de ginecologia e obstetrícia, portanto não é totalmente neutro. Mas seria mais neutro do que um... do que aqui que está mais evidente o apoio à maternidade.

E achas que há alguma diferença esse primeiro contacto delas ser feito com uma psicóloga ou assistente social? Ou achas que nesta fase é indiferente desde que seja alguém do acompanhamento social, sem ir tanto pela profissão?

Não tenho bem a certeza porque acho que o mais importante é a forma como falamos e a mensagem que... acho que é mesmo isso, a forma como comunicamos e o que pode ferir ou não a forma como elas recebem a mensagem. Acho que o ser psicóloga ajuda pelo treino que temos até aqui de como falar de como escutar de como não sei quê. Mas não acho que seja exclusivo ou que seja pior só por não ser psicóloga ou não. Mas acho que ajuda, mas não é essencial acho eu.

Da tua experiência, ainda que seja pouca é a que tens e já é, consegues pensar em algum caso em que sintas que o acompanhamento que deste pela linha foi vantajoso para a mulher, foi benéfico para ela, e algum que aches que tenha sido pior para a mulher, que tenha... que ou não a tenha ajudado ou que a tenha prejudicado ter esse acompanhamento?

Aquele que eu estava a falar de que a rapariga abortou, acho que foi benéfico porque depois mantive o contacto. Nunca chegou a ser presencial, foi sempre telefónico e depois por mensagens do whatsapp, por isso foi sempre benéfico porque houve até um ela enviar-me uma fotografia da filha e percebi que foi uma forma de dizer: “Eu estou a perceber onde

queres chegar e estou-te a mostrar o meu lado.” Por isso essa acho que foi vantajoso e foi essa que me disse que tinha sido positivo. Ainda que tenha decidido abortar. E porque provavelmente a fez pensar nas coisas boas que ela já tinha e podia continuar ou não, nomeadamente o apoio do companheiro que ela teve, pelo que diz, mesmo no processo de aborto. E uma em que não tenha tido efeito ou tenha sido prejudicial: telefónico não me lembro, mas lembro-me de uma que foi telefónico só ela pediu para vir cá... pediu já não me lembro, sei ela disse logo que podia vir cá, ela veio cá, saiu daqui e eu achei pelas palavras dela que ela disse que queria ter, que estava já a ficar também mais velha e podia não ter outra oportunidade e etc. E queria mesmo ter. Ela saiu daqui e eu pensei que eu não tinha feito quase nada porque ela tinha dito tudo, e depois não voltou a atender o telefone e quando atendia dizia: “Ah agora não posso e desligava.” Eu não sei se para essa pode ter sido... eu não sei se foi pior, mas pelo menos tornou o audível o verdadeiro desejo dela que era ter. E ela depois pode ter abortado. Portanto não sei se aí o tornar visível que o que ela queria era ter e o que ela decidiu foi abortar senão pode ter sido um factor de depois de desenvolvimento de síndrome pós-aborto ou alguma coisa do género porque ela teve consciência... Embora eu tenha sentido que não foi preciso dizer quase nada, e até ter sentido quando ela se foi embora que eu não tinha feito quase nada e que não tinha muitas dúvidas que ela ia prosseguir e acho que deve ter abortado porque senão nos contactos ela...

Apêndice F – Grelhas de análise das entrevistas realizadas às profissionais da linha de emergência

Grelha de análise da entrevista P1

Categorias	Sub-Categorias	Unidades de registo	Unidades contextuais
1. O procedimento instituído	1.1. Identificar a pessoa	Género, idade, escolaridade, profissão, agregado familiar, relação conjugal, n.º de filhos, condições existenciais e socioeconómicas	<p>Inicialmente atendemos o telefone e tentamos perceber quem é que está do outro lado, qual é o tipo de pedido, se se trata de uma pessoa grávida, algum familiar, se não se trata de uma gravidez porque há pessoas que ligam com as mais diversas dúvidas, às vezes nem tem nada a ver com gravidez não é, que é o nosso foco de intervenção. Depois, se está grávida, de quanto tempo é que está grávida, portanto recolher algumas informações sobre o tempo de gravidez, sobre a pessoa que nos liga, a grávida, que idade é que tem</p> <p>Depois disto vamos fazendo algumas perguntas para tentar caracterizar ao nível social, psicossocial, a grávida, e é casada, com quem e que vive, como e q a família reagiu à gravidez, no caso de se tratar de uma grávida, como é q ela se posiciona, perante a família, perante a gravidez, quais são os seus desejos, os desejos internos, trabalha, não trabalha que actividade profissional é que faz, quais são os planos para o futuro.</p> <p>Em primeiro lugar é preciso perceber qual é o tempo de gestação.</p> <p>No fundo, o primeiro telefonema é para recolher poucas informações, perceber assim de uma forma genérica qual é a situação, qual é o pedido e conter a pessoa, não queremos que a pessoa desabe e conte a vida toda</p>
	1.2. Identificar o pedido	De informação, esclarecimento de dúvidas De orientação para respostas De suporte emocional	O que é que pretende fazer com a gravidez, como é que se sente e qual é o seu pedido, se é uma questão médica de saúde, se é uma dúvida social, se necessita de ajudas e se trata de uma gravidez em discernimento, ou seja, se está a discernir entre prosseguir ou não com a gravidez, se precisa ed acolhimento, isto são mais coisas sociais não é, se precisa de acolhimento, se tem onde ficar, se não tem, se está a viver numa situação de

		De ajuda material	violência domestica, portanto tentamos chegar ao pedido, ou qual é o pedido que ela nos traz, porque é que nos ligou, porque é que pede ajuda.
	1.3. Criar empatia	Sorrir, moderar a voz Adequar a linguagem Respeitar silêncios Receber e dar feedback Manter contacto e mostrar disponibilidade	portanto é eu estabelecer relação, conter a pessoa, retirar algumas informações e também dar algumas informações muito básicas.
	1.4. Gerar um espaço de apoio à decisão	Escuta activa Funcionar em espelho Devolver interrogações Citar passagens Identificar emoções Mostrar neutralidade	<p>Portanto, fazer a mulher perceber que a decisão é dela, dar algumas questões médicas, de saúde e jurídicas, e depois fazer com a mulher um caminho em que a mulher vai reconhecendo como é que poderá ser o futuro prosseguindo com a gravidez e como é que poderá ser não prosseguindo.</p> <p>tem um espaço neutro em que há influência, sim, mas é um espaço em que ela pode ser ela, em que pode colocar-se ela no centro e pensar nela e no futuro dela e por isso a decisão é dela.</p> <p>as mulheres poderem ter um espaço onde possam colocar esta questão: porquê, se há mais opções, se não há, como é que eu vou ficar depois, como é que vai ser depois, quais é que são as consequências</p> <p>Quais são os pontos a favor, quais são os pontos contra, para cada uma das situações e acima de tudo perceber qual é o desejo de maternidade dela. Ela sempre desejou ser mãe? Pqq considera interromper a gravidez? É por uma questão interna? Ela nunca quis ser mãe? Ela não quer mesmo ser mãe ou existem questões externas que estão aqui a dificultar esta decisão como por exemplo os problemas no trabalho, os problemas que vão dar com a entidade patronal, ou muitas vezes existe o pai do bebé que não aceita a gravidez e ameaça abandonar a relação, ou até mesmo a família, o peso da família, que quando a mulher vive em casa dos pais está aqui o peso da família, das questões familiares. É um bocadinho por aqui.</p>

	1.5. Prestar informações e esclarecer dúvidas	Sobre IVG e Sobre apoios à gravidez Respostas institucionais Quadro legal Outras	<p>Vou dando a informação tendo como ponto principal aquilo que eu percebo que é o estado emocional da pessoa que nos liga, se a pessoa que nos liga está emocionalmente muito frágil, eu vou dando informações muito básicas, vou centrando em respostas muito básicas, curtas, questões muito concretas sobre imagine, tempos para fazer IVG ou instituições que a podem ajudar no local onde ela reside, ou às vezes questionam uma possível retirada, será que me vão tirar o bebé, portanto eu tento responder, dar respostas claras, concretas a perguntas também concretas</p> <p>A primeira informação é: a mulher é que decide, a decisão é da mulher. Procuo deixar bem claro que nós estamos aqui para ajudar a mulher a decidir por ela própria aquilo que quer para a sua vida, aquilo que a poderá tornar mais realizada, mais feliz no futuro. Isto aqui é ponto assente. E por isso podemos esclarecer, dar alguns esclarecimentos, nós não somos especialistas, mas daquilo que sabemos a nível médico sobre a gravidez dela, a nível jurídico, até que ponto é que é possível ou não fazer IVG de acordo com o tempo de gestação que ela tem e de acordo com as razões que a levam a ponderar a IVG, porque se for até as 10 semanas é por opção da mulher, se for até as 12 semanas é por risco para a mulher, portanto cada alínea da lei que contempla a exclusão da ilicitude de aborto tem de ser vista de acordo com a situação que a mulher apresenta.</p>
	1.6. Limites e barreiras do procedimento		<p>porque também não temos a possibilidade de em tempo útil depois conseguir organizar a pessoa, a pessoa não está ali à nossa frente, não a conhecemos de lado nenhum, não há nenhuma relação física, fisicamente não nos conhecemos</p> <p>A contenção ao telefone funciona mas funciona num primeiro atendimento e num segundo, mas quer dizer, a pessoa depois não vê, não vê realmente na vida dela, não se concretiza na vida dela, fisicamente, essa ajuda, existe uma voz do outro lado da linha, eu sei lá o que existe mais, não é?</p>
	1.7. Vantagens e potencialidades do procedimento		

	1.8. Questões éticas Dilemas éticos		<p>muitas vezes, as nossas convicções pessoais vêm ao de cima é muito difícil quando as pessoas que estão à nossa frente têm uma perspectiva de vida muito diferente da nossa é muito difícil nós olharmos para aquela mulher e calçarmos os sapatos dela. Em todo o caso nós temos, e eu pelo menos tenho, interiorizado toda a conversa e tudo aquilo que temos de fazer. Se não sai automaticamente, vinda do coração, isto sai mecanicamente porque é esta a actividade profissional em que eu estou.</p> <p>às vezes temos que nos lembrar e temos que nos lembrar quais são os procedimentos, este é o nosso trabalho e é assim que nós temos de trabalhar. E depois até nos surpreendemos, porque começamos a conhecer melhor as mulheres, as mulheres começam a abrir mais e aquilo que parecia mecânico e que não havia ali grande empatia e que havia ali uma grande dificuldade de chegar, até se torna mais suave e as coisas até funcionam, surpreendentemente as coisas até funcionam. Mas esta neutralidade é muito difícil de encontrar</p>
2. Identificar as necessidades das mulheres	2.1. Informação	Sobre IVG e Sobre apoios à gravidez Respostas institucionais Quadro legal outras	
	2.2. Suporte emocional	Identificar sentimentos Contenção emocional Suporte ao discernimento Sentir confiança e partilhar sentimentos e emoções Suporte à decisão individual	<p>Quando as perguntas não são concretas e já passam para um, e nós conseguimos perceber que têm a ver com um desequilíbrio, desorganização emocional que a pessoa está a viver naquele momento, então aí o que nós procuramos é conter, fazer contenção</p> <p>Aquilo que nós procuramos é estar ao lado das mulheres, fazer-lhes companhia porque muitas vezes sentem-se sós, sentem que estão sozinhas, que à volta delas se geram, quando as pessoas sabem... muitas vezes sentem-se sós porque não contam a ninguém que estão grávidas e portanto estão sós, apesar de terem muitas pessoas à volta delas não sabem deste problema que elas têm e portanto sentem-se sós. Outras vezes sentem-se sós porque contaram a meio mundo e cada pessoa dá a opinião de acordo com os interesses da própria pessoa, ou seja, contou ao namorado “ai vou ter</p>

			de arranjar um trabalho com mais horas para tomar conta da criança”, então ele ficou preocupado com o problema que ele tem. Contou ao patrão “ai vou ter de arranjar uma substituta quando tiveres o bebé”, então o patrão fica preocupado com o problema que tem, e a mulher muitas vezes, e quem diz estes exemplos diz outros não é, cada pessoa, cada amigo, cada pessoa muitas vezes manifesta-se a pensar no que é que aquilo vai trazer para si próprio e não propriamente naquilo que é o bem da mulher.
	2.3. Apoios socioeconómicos	Pecuniário Material Alojamento outro	
	2.4 Indecisões e dilemas	<i>Decir prosseguir e depois aborta</i> <i>Pressões externas</i> <i>Individualismo das pessoas próximas</i>	
3. O acompanhamento social, benefícios para as mulheres, na opinião das profissionais	3.1. Melhorar a informação (questões legais, recursos, apoios)		
	3.2. Suporte emocional		
	3.3. Suporte à tomada de uma decisão livre		
	3.4. Sentir-se apoiada e escutada		E aqui neste espaço nós estamos aqui só para ela, o nosso compromisso é com ela, nós estamos aqui para ajudá-la a ela, e ela sente que pode estar à vontade, que pode dizer aquilo que pensa, mesmo que não seja moralmente aceitável porque há muitas questões

			<p>que na sociedade não são moralmente aceitáveis mas ela sabe que aqui pode contar connosco e pode desabafar e pode contar as circunstâncias em que se gerou a gravidez e como é que tudo aconteceu. E isto faz a diferença depois na decisão da mulher, a mulher toma a decisão acompanhada, sente que não está sozinha, que estamos a apoiá-las mas que estamos também a dizer a verdade, que não estamos a dizer como é que nós vimos as possibilidades do desenrolar deste caso, portanto não estamos aqui a XXX e a dizer que vai correr tudo bem e a tapar o sol com a peneira como se costuma dizer. Nós estamos com verdade no caminho, a mostrar as várias opções, quais são as mais positivas, as menos positivas mas acompanha-la na decisão que ela quer tomar</p> <p>eu começo-me a aperceber que realmente nos casos em que nós conseguimos dar uma resposta em tempo record, atendemos um telefonema num dia, no outro dia estamos a encontrar-nos com a pessoa, porque a pessoa está em crise, é uma intervenção na crise, e a pessoa está ansiosa e precisa de contenção. Nós não podemos ir atrás da ansiedade da pessoa e ficarmos nós também ansiosos, mas a pessoa realmente precisa de contenção. E isso, o facto da pessoa sentir que nós, para já, mobilizámo-nos para ir ao encontro dela quando ela precisava, não é dali a uma semana ou dali a um mês, quando as coisas já.. já não vai ser preciso é no dia a seguir nós combinamos e estamos lá, e cumprimos. Isto faz toda a diferença, é a rapidez da resposta. A pessoa está em crise, precisa de ajuda, nós rapidamente estamos lá e acompanhamos</p>
	<p>3.5 Continuidade do acompanhame nto num encontro presencial</p>		<p>depois, mais para a frente, se possível marcar uma atendimento ou ir ao encontro da pessoa e aí então podemos começar a ter uma conversa mais abrangente, mais profunda, sobre o projecto de vida da pessoa e sobre os problemas que as preocupam, fazer um levantamento dos problemas que ela nos trás e de como poderá solucioná-los.</p>

			<p>O encontro presencial cria uma relação de maior confiança entre a utente e o técnico. Com a experiência fui-me apercebendo que quando é possível realmente trás mais benefícios</p> <p>O estar ao pé da pessoa e fazer companhia e ouvir a pessoa, também podemos fazer por telefone mas realmente a experiência que tenho é que há um olhar, a empatia que se transmite com o olhar, com a posição corporal, enriquece a comunicação, não é? Aquilo que é a comunicação verbal, através da via telefónica é muito mais enriquecido quando presencialmente podemos olhar para a pessoa, quando tudo aquilo que nós comunicamos é muito mais enriquecido presencialmente e dos casos em que vamos depois fazer a reflexão sobre como correu, o que é que podia ter corrido melhor, o que é que correu bem, sinto é uma das coisas em que normalmente os casos em que a mãe continuou a ser acompanhada por nós, nos casos em que tivemos mais sucesso, isto aconteceu.</p>
	3.6 Construção do plano de intervenção e PV		
4. As especificidades disciplinares do profissional de atendimento	O psicólogo ou o AS no atendimento 1.ª vez		<p>Eu acho que era importantíssimo. É importantíssimo. E de resto, existem outras intervenções médicas que também requerem o acompanhamento psicológico, existem outras intervenções, mesmo não sendo relacionadas com obstetrícia não é? De, sei lá, agora... a pessoa fazer uma operação estética. Há muitas intervenções que requerem um acompanhamento psicológico e por isso, porque não? Porque isto mexe muito, isto não é apenas um acto médico, se fosse um acto médico não seria feito o referendo, não seria adicionado esta linha por opção da mulher. É porque isto também é uma opção, é uma questão muito pessoal que mexe com os indivíduos e com as famílias e com toda a sociedade. E por isso ter acompanhamento acho importantíssimo, as mulheres</p>

		<p>poderem ter um espaço onde possam colocar esta questão: porquê, se há mais opções, se não há, como é que eu vou ficar depois, como é que vai ser depois, quais é que são as consequências. Agora, se nestes moldes de acompanhante psicológico ou acompanhante social, uma assistente social, eu não sei se isto seria, se as mulheres aceitariam isto, porque muitas, existe ainda muita relutância em pedir apoio a uma psicóloga, e também a uma assistente social. E também existem muitas mulheres que ponderam IVG não por uma questão económica, e hoje em dia o serviço ainda está, infelizmente, porque o serviço social não é, não pode ser apenas assistencialista, o assistente social não é só para resolver problemas económicos, mas hoje em dia está muito ligado, as mentalidades estão muito ligadas a isso. Vou à assistente social só se tiver problemas económicos, vou à psicóloga se tiver problemas psicológicos. E portanto, depois aqui no meio, um momento frágil de maior fragilidade, uma grande decisão em que eu podia ter um técnico independente, de fora, que não é da minha família, que está de fora e que me possa ajudar a fazer este caminho a pessoa pode-se retrair um pouco. Eu acho que se calhar este acompanhamento poderia ser um técnico, simplesmente um técnico de acompanhamento nestes casos. Agora especificamente, atendimento de serviço social ou atendimento de psicologia, eu acho que isto não iria resultar muito, na prática não iria resultar muito porque as pessoas não se identificam e não iriam pedir, como não pedem. E depois há a questão das clínicas privadas. Uma pessoa vai a uma clínica privada, como por exemplo a Clínica dos Arcos, em que há um psicólogo que já faz, que faz este acompanhamento. Que liberdade tem um psicólogo para estar a fazer, para estar numa clínica que lucra em fazer IVG's, portanto o lucro da clínica, o trabalho da clínica é fazer IVG's, muito mais que atendimentos de psicologia, mais de noventa por cento da actividade da clínica é fazer IVG's. Que liberdade tem, eu não sei se isto até é eticamente é correcto, estar uma pessoa vai ao psicólogo para decidir, para a ajudar a discernir. Que liberdade é que há para a pessoa dizer: "Olhe não quero." Se as cinco mil pessoas que vão à Clínica dos Arcos passassem pelo psicólogo, vamos supor, que isto não acontece, mas se as cinco mil pessoas fossem lá e dissessem: "Olhe, afinal decidi que não quero fazer IVG". Eu acho que o psicólogo</p>
--	--	--

		<p>ia ser demitido no mês a seguir. Ao fim do ano: “Olhe, temos zero IVG’s, não temos dinheiro para lhe pagar o ordenado, portanto vai para a rua o senhor e todas as pessoas que trabalham aqui porque nós não temos IVG’s para fazer.” Por isso acho que é preciso muito cuidado com isto, com os interesses que há depois também ligados a este mundo, porque isto no fundo é um serviço que dá dinheiro, é um negócio também. É uma fonte de lucro também.</p> <p>Bom, devido à formação que cada uma tem, o olhar do psicólogo é sempre diferente do olhar do assistente social. No entanto aqui na linha, o primeiro atendimento na linha e o primeiro encontro com a pessoa são fases muito iniciais e por isso eu parece-me que este acompanhamento do discernimento e da contenção pode ser feito perfeitamente por uma assistente social ou por uma psicóloga. No fundo é um técnico da intervenção social que está a intervir.</p>
	O psicólogo ou o AS no acompanhamento da situação	Depois mais para a frente existem casos em que, pelas características, faz mais sentido que seja a psicóloga, tem mesmo de iniciar o acompanhamento psicológico e então faz sentido que seja a continuar, ou a continuar com o caso, ou no caso de ser a assistente social a receber na linha a encaminhar para a colega psicóloga. Ou então pode ser um caso em que faz sentido o acompanhamento social, a nível psicológico não precise de atendimento e mantém com a assistente social, não vejo porque não.
	A reunião da equipa interdisciplinar	porque nós após cada caso que vamos acompanhando fazemos sempre uma reflexão e é muito bom podermos ter uma grelha em que vamos colocando o que é que correu bem, os pontos positivos, o que é que podíamos melhorar. Isto obriga-nos a melhorar a nossa intervenção
5. Incertezas e dúvidas dos profissionais de atendimento	Orientar ou escutar? Contrariar ou aceitar?	acho que o acompanhamento influencia tal como nos vários campos da nossa vida nós não somos ilhas isoladas portanto as vivências que vamos tendo com as outras pessoas, às vezes só até o observar, às vezes nem precisamos de estar na situação, basta observar uma situação e nós aprendemos, nós tiramos conclusões, porque nós somos seres com capacidade de reflectir sobre isso e de nos colocarmos no lugar e de percebermos como é que eu faria, mas ela fez assim, será que eu sou diferente, será que eu sou igual, e por isso todas as interações que as pessoas têm influenciam-se mutuamente, as mulheres também me influenciam a mim na minha vida pessoal

			porque aprendo muita coisa, porque vejo muita coisa e aprendo a ser mais tolerante, aprendo e cresço também e a dar valor a coisas que se calhar não dava. Por isso existe influência claro. Agora se é negativa ou positiva, do meu ponto de vista é positiva.
	Dilemas ético Prosseguir ou interromper a gravidez?		

Grelha de análise da entrevista P2

Categorias	Sub-Categorias	Unidades de registo	Unidades contextuais
1. O procedimento instituído	1.1. Identificar a pessoa	Género, idade, escolaridade, profissão, agregado familiar, relação conjugal, n.º de filhos, condições existenciais e socioeconómicas	A primeira coisa é saber os dados pessoais da pessoa, saber de onde vem, de que zona do país é que está a ligar, que idade tem, se está grávida, porque às vezes ligam pessoas que não estão grávidas, e de quanto tempo está. Por isso primeiro é fazer uma triagem da situação da pessoa no momento em relação à gravidez e à zona geográfica.
	1.2. Identificar o pedido	De informação, esclarecimento de dúvidas De orientação para respostas De suporte emocional De ajuda material	<p>E depois tentar, se estiver grávida, tentar perceber porque é que está a ligar, o que é que procura, o que é que quer, quais são as intenções dela ao ligar para nós. No caso de ser de fora é só tentar recolher as informações básicas e saber se gostava de estar presencialmente com alguém, para não estarmos a insistir muito e a ir muito fundo na informação para depois não ter de estar a repetir tudo a outra pessoa, e se aceitar então é só recolher as informações básicas para encaminhar para alguém que esteja mais perto, para a pessoa poder estar presencialmente. Se não, é começar a recolher outras informações, se já fez outras consultas, se não fez, o que é que está a pensar. Depois depende muito do pedido da pessoa poder fazer mais perguntas.</p> <p>Primeiro tento sempre chegar a um pedido, porque o pedido pode não ser abortar ou prosseguir mas pode ser “o meu pedido é falar com alguém sobre isto”, por isso isto torna-se no pedido. Não é uma decisão tomada, ou uma decisão já imaginada, mas é o pedido. Uma pessoa quando liga, mesmo que ainda não se tenha apercebido, tem sempre alguma causa por trás, por isso tento chegar a essa causa. Se ainda assim continuar confuso tento explicar um bocadinho aquilo que nós fazemos, o que é faz o Apoio à Vida, quem é que eu sou, de que forma é que eu poderia ajuda-la, e perceber se alguma destas formas é útil aquilo que ela está a passar nesta altura.</p>

1.3. Criar empatia	Sorrir, moderar a voz Adequar a linguagem Respeitar silêncios Receber e dar feedback Manter contacto e mostrar disponibilidade	
1.4. Gerar um espaço de apoio à decisão	Escuta activa Funcionar em espelho Devolver interrogações Citar passagens Identificar emoções Mostrar neutralidade	
1.5. Prestar informações e esclarecer dúvidas	Sobre IVG e Sobre apoios à gravidez Respostas institucionais Quadro legal Outras	
1.6. Limites e barreiras do procedimento		As desvantagens do atendimento telefónico são, bem há coisas que são vantagens que se tornam desvantagens. O facto de ser curto, não consegue ser muito grande, é mais fácil esconder alguma parte de emoção, é mais fácil esconder aquilo que a pessoa está a sentir por isso isto são desvantagens para o nosso acompanhamento, é mais difícil para nós percebermos o que é que a pessoa está a sentir, perceber tudo o que é linguagem corporal que é importantíssimo e é comunicação também, e não conseguimos perceber. É mais difícil criar empatia e relação com a pessoa só pelo telefone, é possível mas é mais difícil e menos imediato. Pronto, acho que é menos pessoal e é mais curto e é mais fácil de a pessoa, se quiser - isto pode ser uma vantagem para as pessoas - as pessoas podem desligar a qualquer momento e não quer ouvir mais ou não quer saber – para nós é mais fácil perder a pessoa.
1.7. Vantagens e		Vantagens é a pessoa poder-se sentir anónima e fala connosco e não tem de dar uma cara. As vezes há pessoas que não dizem logo à partida o nome, não querem dizer e

	potencialidade s do procedimento		depois só no fim do telefonema é que dizem. Por isso acho que as vantagens são: falar com alguém que não conhecemos e que provavelmente nunca vamos ver a cara, por isso manter o anonimato. Outra vantagem é o estar 24 horas disponível, por isso num momento de crise a pessoa pode ligar - o encontro presencial depois tem de ser marcado e não é imediato quando eu preciso naquele momento. Por isso acho que é o facto de ser imediato e o facto de poder ser anónimo se a pessoa quiser. E ser alguém externo que não conhece a pessoa e de a pessoa se poder sentir mais livre de dizer tudo a alguém que não, que ainda não a conhece. Por isso é mais fácil dizermos isso do zero a quem não conhecemos.
	1.8. Questões éticas Dilemas éticos		
2. Identificar as necessidades das mulheres	2.1. Informação	Sobre IVG e Sobre apoios à gravidez Respostas institucionais Quadro legal outras	Primeiro para ligarem para uma linha que não conhecem, porque é raro alguém já ter conhecido a linha ou já conhecer o Apoio à Vida, acho que a grande necessidade é poder conversar com alguém e poder expor aquilo que estão a sentir ou poder perguntar a outra pessoa nova, fora da sua rede, alguma informação. Acho que a principal necessidade é esta, a necessidade de conversar e de se sentirem acompanhadas e informadas neste caminho. Depois necessidades mais específicas depende imenso do pedido que cada pessoa faz.
	2.2. Suporte emocional	Identificar sentimentos Contenção emocional Suporte ao discernimento Sentir confiança e partilhar sentimentos e emoções Suporte à decisão individual	

	2.3. Apoios socioeconómicos	Pecuniário Material Alojamento outro	
	2.4 Indecisões e dilemas	<i>Decir prosseguir e depois aborta</i> <i>Pressões externas</i> <i>Individualismo das pessoas próximas</i>	
3. O acompanhamento social, benefícios para as mulheres, na opinião das profissionais	3.1. Melhorar a informação (questões legais, recursos, apoios)		
	3.2. Suporte emocional		
	3.3. Suporte à tomada de uma decisão livre		Mas sim claramente acho que se houvesse um espaço onde a pessoa fosse... um procedimento onde a pessoa da consulta passa directamente para esta conversa para perceber as motivações, o que é que a está a fazer tomar aquela decisão, o que é que... pensar nos prós e contras, sempre num ambiente confidencial, isso acho que era importantíssimo. Mas se houvesse alguém capaz de fazer esse trabalho de prós e contras com uma pessoa acho que era óptimo. Acho que depende sempre de quem é que seria essa pessoa, de quem estaria à frente.
	3.4. Sentir-se apoiada e escutada		Acho que só o facto da pessoa sentir acompanhada, ou às vezes há pessoas que dizem “obrigada, já me fiquei a sentir muito mais calma”, acho que só isso já é logo positivo, ainda antes de pensar numa decisão final, acho que só essa parte já é uma influência mais imediata e positiva.

			<p>É assim, se formos ver os números nacionais as que recorrem a nós também é um número ínfimo. Por isso se calhar até é o mesmo número que recorre no hospital, mas tendo em conta os números nacionais que existem naturalmente vão dizer que quase ninguém recorre. Também não acho que seja: não recorrem ao hospital, mas recorrem a nós. É um número ínfimo que recorre a nós. A única experiência que nós temos é: quem recorre a este apoio, normalmente depois gosta de ter tido esse acompanhamento e por isso provavelmente quem pede esse acompanhamento no hospital depois fica contente.</p>
	3.5 Continuidade do acompanhamento num encontro presencial		<p>normalmente propomos sempre um encontro presencial, se a pessoa quiser podemos ir ter com ela, marcamos um encontro e pronto, as informações pessoais, quem é que sabe da gravidez, a quem é que já contou, o que é que está a sentir, o que é que pensa sobre isso, o que é que já lhe disseram sobre isso.</p>
	3.6 Construção do plano de intervenção e PV		
4. As especificidades disciplinares do profissional de atendimento	O psicólogo ou o AS no atendimento 1.ª vez		<p>Acho que não tem de se tornar tão específico, no limite uma enfermeira. Acho que não tem de ser obrigatório ser... pronto, há pessoas que não acham. Eu acho que tem mais a ver com, neste caso, com o conhecimento e a sensibilidade não só com a formação de base mas com, se fosse uma assistente social que trabalha com sem-abrigos não faz sentido nenhum, não é? Claro que uma psicóloga vai ter sempre muito mais formação de base para lidar com as emoções das pessoas, com os processos internos e se calhar uma assistente social vai ter muito mais sensibilidade para a rede de suporte, para as influências, para os apoios a que tem direito... o óbvio seria isto. Mas acho que também se pode... acho que tem mais a ver com o resto da formação da pessoa: outras formações que tenha feito, a experiência de trabalho, a formação humana que acho que nisto tem muito a haver também. Acho que não tem só a haver com a formação de base. Também</p>

			tem, mas não tem só a haver. E depois depende de caso para caso, não é? Se calhar há uma pessoa que precisaria de mais ajuda para olhar para os seus processos internos, para as suas emoções para os seus sentimentos, para a forma como olha para isso tudo e se calhar há outra que é mais pragmática e precisa de mais ajuda para fazer um plano, um projecto do que é que quer fazer, dum plano a curto prazo...
	O psicólogo ou o AS no acompanhamento da situação		
	A reunião da equipa interdisciplinar		
5. Incertezas e dúvidas dos profissionais de atendimento	Orientar ou escutar? Contrariar ou aceitar?		<p>Sim, acho que tudo o que nós dizemos pode influenciar, tudo o que eu digo, tudo o que o médico diz, tudo o que a amiga diz, tudo o que o pai diz, tudo o que a mãe diz, tudo o que alguém diz pode sempre influenciar. Há umas que sabemos, outras que nunca vamos saber. Mas acho que sim, acho que qualquer coisa que eu diga pode sempre influenciar alguém. Posso dizer com esse objectivo ou não, mas acho que pode sempre influenciar. Se pode ter influências positivas... eu espero que sim!</p> <p>Sim, acho que podia ser muito útil. Tenho medo sinceramente de quem é que estaria à frente, porque é impossível sermos neutros – já aceitei isso – e por isso acho que depende muito da informação que é dada. Acho que hoje em dia se tem tanto cuidado a não... existe tanto cuidado para não influenciar que às vezes nem se fala e nem se dá oportunidade para as pessoas poderem falar, ou tentar quase obrigar as pessoas a terem esse espaço, existe tantos cuidados que às tantas somos proibidos de fazer propostas às pessoas.</p> <p>No hospital, quando a proposta lhes é feita – que não sei se é feita em todos os lados, já ouvi pessoas a dizer que não lhes foi feita a proposta ou que não foi muito explícita</p>

			<p>– o facto de ainda ter de marcar para lá voltar acho que dificulta, e quando uma pessoa pede IVG, à partida não quer falar sobre isso. E por isso ou está numa situação interiormente tão aflita ou tão confusa que chega até nós e no fundo que procura essa ajuda, ou então é porque a decisão não está muito tomada. Agora quando uma pessoa vai à consulta, mesmo que sinta que é difícil, o que eu acho é que não devem querer falar sobre isso ou devem querer evitar falar sobre isso para não voltarem atrás na decisão ou para tentar não sofrer ou para tentar evitar algum sofrimento possível.</p>
	Dilemas ético Prosseguir ou interromper a gravidez?		

Grelha de análise da entrevista P3

Categorias	Sub-Categorias	Unidades de registo	Unidades contextuais
1. O procedimento instituído	1.1. Identificar a pessoa	Género, idade, escolaridade, profissão, agregado familiar, relação conjugal, n.º de filhos, condições existenciais e socioeconómicas	Quando uma mulher liga para o nosso numero de apoio a primeira coisa que eu faço é perguntar o nome e de onde é que ela está a ligar para perceber se é da zona de Lisboa ou se é de fora, e se for de fora para tentar encaminhar para uma instituição que faça mais ou menos o mesmo que nós, o mais próximo possível da zona dela. Depois tento perceber se ela está grávida, de quantas semanas, o que é que ela já fez, se fez uma ecografia, antes de tudo se confirmou que estava grávida, se fez o teste, se já fez uma ecografia para saber o número de semanas exactas, se já foi ao médico. Pronto, muitas vezes isto não é pergunta-resposta porque quando pergunto uma coisa ela acaba por responder às perguntas que eu pensava fazer a seguir. Depois outra pergunta que eu normalmente costumo fazer logo de início é a quem é que ela já disse que estava grávida, muitas vezes ela acaba também por ir dizendo, por exemplo associado ao facto do pai do bebé não estar com ela ou estar com ela e os pais dela não apoiarem, pronto a conversa vai-se desenrolando desta forma.
	1.2. Identificar o pedido	De informação, esclarecimento de dúvidas De orientação para respostas De suporte emocional De ajuda material	Ao mesmo tempo que ela vai respondendo a estas perguntas o pedido também vai emergindo, e à medida que o pedido vai emergindo vi sendo possível perceber como é que ela se posiciona face à gravidez, e portanto ela pode ligar está grávida, assustada, não sabe que apoios é que existem e portanto o pedido está um bocadinho centrado nisso, está com dificuldades, está sozinha, mas quer ter o seu bebé e ainda não contou a ninguém por exemplo, ou quer ter o bebé mas acha que vai ser difícil e sente muitas necessidades por variadas razões, ou então pode ser um pedido contrário. Está grávida, está assustada e está a passar por uma série de dificuldades, mas considera que o melhor é não ter o bebé. Pronto, à medida que ela vai contando a sua história vai sendo possível perceber qual é que é o desejo dela face a esta gravidez, e depois um bocadinho de acordo com o desejo dela vou procurando também responder e dar as informações concretas que ela pede, sempre que é possível, para que ela possa o mais possível estar informada e tomar uma decisão, ao mesmo tempo que explico o apoio que nós damos aqui na instituição.

	1.3. Criar empatia	Sorrir, moderar a voz Adequar a linguagem Respeitar silêncios Receber e dar feedback Manter contacto e mostrar disponibilidade	
	1.4. Gerar um espaço de apoio à decisão	Escuta activa Funcionar em espelho Devolver interrogações Citar passagens Identificar emoções Mostrar neutralidade	Tento perceber porque é que elas se encontram numa situação ambivalente e explorar um bocadinho isso. Porque é que ela se sente dividida. É porque não tem uma relação estável com o pai do bebé, é porque tem medo de contar os pais dela, é porque está desempregada e já tem mais filhos e acha que este filho não vem no melhor momento e não vai ter capacidade de cuidar dele, pronto, tentar perceber um bocadinho os porquês dela para estar com estas dúvidas. E depois ajuda-la a encontrar as respostas mais acertadas para o caso dela, para que ela possa responder a essas dúvidas que tem e para que possa tomar uma decisão.
	1.5. Prestar informações e esclarecer dúvidas	Sobre IVG e Sobre apoios à gravidez Respostas institucionais Quadro legal Outras	de acordo com as dificuldades que ela vai apresentando, tentando responder também um bocadinho tendo em conta aqui a nossa experiência e os apoios que nós podemos dar, com coisas concretas. Por exemplo ela diz que não contou ainda à família ou que tem medo, eu tento perceber porque é que ela ainda não contou e porque é que tem medo, qual é que é a relação que tem com a família, porque é que tem esse medo, é porque acha que a mãe vai pôr fora de casa, ou porque acha que a mãe não a vai apoiar, pronto, tentar perceber um bocadinho... em relação ao pai do bebé por exemplo se ela diz que tem dúvidas se vai ter o bebé ou não porque não está com o pai do bebé, normalmente eu pergunto “mas se tivesse o seu bebé tem a certeza que o pai do seu bebé ia ficar consigo?”, fazer um bocado a pergunta inversa para a pôr a pensar se ela tem a certeza que a relação está garantida, quer tenha bebé ou não tenha bebé, porque isso não depende de um bebé como é óbvio. Pronto, é um bocadinho por aqui! Ou tem um problema de saúde e acha que pode pôr em risco a sua vida, ou não tem a certeza se o bebé está bem, oferecer também apoio, a possibilidade de ela confirmar se está tudo bem com ela e com o seu bebé, encaminhando para os cuidados de saúde.

	1.6. Limites e barreiras do procedimento		<p>A primeira dificuldade que me surge tem a ver com o facto de não haver um contacto directo não é. Se por um lado o contacto telefónico acaba por ser um bocado impessoal e se calhar por isso é que muitas mulheres nos procuram porque não há o cara a cara e talvez seja mais fácil falar sobre um assunto que é tão delicado ao telefone com uma pessoa que não se conhece – para nós dificulta um bocado depois o apoio seguinte, porque enquanto tentamos promover um contacto pessoal e ir ao encontro da pessoa, pronto, darmos esse passo seguinte para que apoio depois possa ser mais sustentado, muitas vezes do lado de lá há essa dificuldade não é, a pessoa não deixa. Ou quando tentamos ligar uma segunda vez já não nos atendem, ou o telefone não funciona, pronto há assim alguns constrangimentos associados ao facto de ser um contacto telefónico.</p> <p>o primeiro contacto é mesmo determinante e temos de apostar todos os nossos créditos nesse primeiro contacto porque não sabemos se vamos ter um seguinte ou se vamos conseguir passar para um contacto pessoal.</p>
	1.7. Vantagens e potencialidades do procedimento		<p>Eu acho que, numa situação tao delicada e tao pessoal como é uma gravidez, e como a maioria das mulheres que nos contactam para a linha acabam por confirmar que a gravidez não foi planeada ou muitas vezes não é desejada, se calhar o contacto telefónico acontecer em primeiro lugar é capaz de ser mais vantajoso pensando no ponto de vista delas, e por isso nós é que temos de nos ajustar e tentar dar o máximo para ir ao encontro das necessidades delas e estarmos cada vez mais preparadas pra poder responder.</p>
	1.8. Questões éticas Dilemas éticos		<p>as histórias que as mulheres nos procuram são muito variadas e muitas vezes, falando agora da minha experiência pessoal, eu acho que fico a pensar depois de falar com elas e muitas vezes quando ainda estou a falar penso “e se fosse eu? Se fosse eu como é que eu iria reagir a uma situação destas e, portanto, o que eu tento fazer é “não as condenar”, não julgar, porque às vezes há essa tentação e eu faço por mim, quando eu oiço elas contarem aquilo que se passou, inconscientemente estou a fazer juízos de valor ou estou a pensar “mas porque é que ela fez assim se já sabia que isto ia acontecer?” ou então porque é que não fez de outra maneira. E tentar depois na conversa com elas não</p>

			<p>devolver a informação com juízos de valor, o que não é fácil. Tentar devolver o mais isenta possível. Eu acho que isso, não sei se se pode chamar um dilema ético mas acho que se calhar é mesmo uma questão mais difícil, que é tentar ser imparcial mas ao mesmo tempo continuar a ser uma ouvinte e passar a mensagem de que podemos ser um apoio.</p> <p>Eu acho que sim, eu acho que [o acompanhamento dado pela linha de emergência do AV] influencia de uma forma determinante. Eu quero acreditar que de uma forma positiva, eu acho que é isso que nós tentamos aqui fazer, se bem que eu acho que por vezes podemos correr o risco de influenciar de forma negativa, é preciso ter muito cuidado, as palavras têm de ser muito bem medidas e utilizadas num contexto mais favorável, e muitas vezes numa conversa normal é difícil porque nós não estamos a pensar, tudo aquilo que nós dizemos num discurso não está a ser pensado não é, sai de uma forma mais ou menos automática, e às vezes podemos estar a dizer coisas que a outra pessoa não está à espera ou que não compreende da mesma forma que nós pretendemos que a mensagem chegue, e por isso às vezes aquilo que nós temos para dizer e para oferecer pode não ser aquilo que a outra pessoa espera do lado de lá e então o contributo pode ser negativo. Mas eu acredito que na maioria das vezes é exactamente o contrário,</p>
2. Identificar as necessidades das mulheres	2.1. Informação	Sobre IVG e Sobre apoios à gravidez Respostas institucionais Quadro legal outras	
	2.2. Suporte emocional	Identificar sentimentos Contenção emocional Suporte ao discernimento Sentir confiança e partilhar sentimentos e emoções	

		Suporte à decisão individual	
	2.3. Apoios socioeconómicos	Pecuniário Material Alojamento outro	
	2.4 Indecisões e dilemas	<i>Decir prosseguir e depois aborta</i> <i>Pressões externas</i> <i>Individualismo das pessoas próximas</i>	
3. O acompanhamento social, benefícios para as mulheres, na opinião das profissionais	3.1. Melhorar a informação (questões legais, recursos, apoios)		<p>se ela me diz que tem uma dúvida concreta em relação a um apoio social, eu sugiro que ela veja o documento X do site X, ou então eu posso pedir-lhe um contacto para enviar-lhe por email. Concretizar aquilo que ela me está a dizer. Ou se ela me diz que não consegue fazer uma ecografia porque no centro de saúde demoram 2 meses a marcar, eu vou tentar marcar uma ecografia mais cedo para que ela possa o mais rápido possível perceber que é possível fazer uma ecografia o quanto antes, para o mais rápido possível poder tomar a decisão.</p> <p>Eu acho que aquilo que seria suposto os hospitais fazerem, deveriam à partida fazerem, não é, informar sobre os apoios que existem e encaminhar, sempre. E depois compete às instituições dar essa resposta. Porque é que elas nos contactam a nós ou a outras linhas depois da consulta? Muito provavelmente porque ainda restam dúvidas ou porque elas sentem essa dificuldade, e refugiam-se na internet na tentativa de encontrar uma resposta e por aí chegam até nós, porque ainda há mais qualquer coisa para resolver, a situação não está ainda finalizada. É como quando nós vamos ao médico e dão-nos um</p>

		diagnóstico. Depois muitas vezes vamos pesquisar no Google o que é que aquilo quer dizer, como é que se pode tratar, etc. Muito provavelmente o pensamento destas mulheres também há de ser este – pesquisar que ajudas é que existem, onde é que me posso dirigir, e quando encontram uma linha de telefone gratuita e anónima, então nem hesitam não é, contactam mais que não seja para saber a que é que esta linha responde, como é que lhes pode ajudar.
	3.2. Suporte emocional	
	3.3. Suporte à tomada de uma decisão livre	o nosso papel aqui é muito também no sentido de podermos ser um contributo para que a mulher neste processo de decisão não se sinta sozinha e que se sinta acompanhada e o mais possível informada para que possa tomar uma decisão esclarecida e o mais possível consciente.
	3.4. Sentir-se apoiada e escutada	<p>Ou seja ela me diz que está sozinha, que não tem com quem falar, que não se sente bem, e eu tento ir ao encontro dela, pronto, da melhor forma, ou tento que ela venha ao meu encontro aqui na instituição para que possa haver esse contacto pessoal o mais rápido possível. Por outro lado se ela quiser manter o contacto por telefone eu também respeito, isso às vezes também acontece.</p> <p>Eu acho que sim, porque muitas delas muitas vezes só precisam de falar, só precisam de desabafar, de contar a sua história. Às vezes é só mesmo isso. E numa consulta médica pode não haver lugar a que isso aconteça porque pode não haver tempo, não haver disponibilidade do médico, e, portanto, se calhar num hospital haveria muito a ganhar para estas mulheres se, depois da consulta e depois da notícia da gravidez elas pudessem ter alguém com quem falar pessoalmente se elas quisessem, para poder contar a história.</p>
	3.5 Continuidade do acompanhamento	Por outro lado eu acho que o nosso apoio só pode vir a ter algum sucesso, se é que podemos chamar sucesso, se conseguirmos avançar para além do primeiro contacto. Porque a resposta não pode ser só uma resposta à pergunta que ela nos está a fazer ou á dúvida que ela nos está a pôr – tem de se concretizar de alguma forma. Elas têm de

	nto num encontro presencial		<p>conseguir ver alguma coisa de concreto naquilo que nós dizemos, se não é como se não acontecesse, parece que não é realidade</p> <p>Eu acho que é uma grande mudança porque a pessoa consegue olhar cara a cara, uma na outra, consegue observar a linguagem gestual que também muitas vezes passa em simultâneo com o discurso, tem muito impacto. E nós também temos a ganhar com isso porque nós também podemos transmitir mais segurança, mais empatia com a pessoa, portanto “as cartas que nós podemos jogar” num contacto pessoal só nos tem a beneficiar.</p>
	3.6 Construção do plano de intervenção e PV		
4. As especificidades disciplinares do profissional de atendimento	O psicólogo ou o AS no atendimento 1.ª vez		<p>Eu acho que idealmente seria uma equipa composta pelas duas, tendo em conta que o óptimo é inimigo do bom não é! Porque a psicóloga teme instrumentos e domina técnicas que o Serviço Social não tem, e o Serviço Social o mesmo face à Psicologia. Por isso eu acho que uma se complementa a outra. Se pensarmos do ponto de vista do isolamento, de mulheres que estão deprimidas, que têm perturbações, se calhar eu diria a psicologia, mas se forem situações de dificuldades económicas, de dúvidas, de esclarecimentos, de questões mais burocráticas, talvez o Serviço Social pudesse dar uma resposta mais acertada. Mas acho que qualquer uma das técnicas pode estar bem preparada. Idealmente uma equipa composta pelas duas.</p>
	O psicólogo ou o AS no acompanhamento da situação		

	A reunião da equipa interdisciplinar		
5.Incertezas e dúvidas dos profissionais de atendimento	Orientar ou escutar? Contrariar ou aceitar?		
	Dilemas ético Prosseguir ou interromper a gravidez?		

Grelha de análise da entrevista P4

Categorias	Sub-Categorias	Unidades de registo	Unidades contextuais
1. O procedimento instituído	1.1. Identificar a pessoa	Género, idade, escolaridade, profissão, agregado familiar, relação conjugal, n.º de filhos, condições existenciais e socioeconómicas	Nós quando atendemos uma chamada normalmente a pessoa começa logo a expressar a sua situação e as suas necessidades. Começa por dizer o que se passa, normalmente é que está grávida, e portanto continua a explicar em que medida é que se situa perante este evento que pode ser esperado ou pode ser inesperado, muitas vezes é inesperado
	1.2. Identificar o pedido	De informação, esclarecimento de dúvidas De orientação para respostas De suporte emocional De ajuda material	e depois expressa as suas dificuldades Portanto o mais comum, que temos recebido, por vezes é: estou grávida, é inesperado e agora não tenho rendimentos, não tenho trabalho, o meu companheiro não aceita, a minha família não aceita
	1.3. Criar empatia	Sorrir, moderar a voz Adequar a linguagem Respeitar silêncios Receber e dar feedback Manter contacto e mostrar disponibilidade	e nós tentamos compreender, porque muitas das vezes estas pessoas procuram-nos porque não têm quem as compreenda, e o que fazemos é ouvi-las, faze-las sentir-se compreendidas, porque muitas vezes o primeiro impulso das pessoas que as rodeiam é pensar no bebé é uma pessoa neutra que simplesmente as ouve e compreende nas palavras que são ditas
	1.4. Gerar um espaço de apoio à decisão	Escuta activa Funcionar em espelho Devolver interrogações Citar passagens Identificar emoções Mostrar neutralidade	Portanto, quando estamos numa situação de dúvida, nós ouvimos esta dúvida e mais do que ouvir, nós fazemos eco daquilo que a pessoa nos diz Portanto nós concentramo-nos nelas, ouvimos as dificuldades que são expressas por elas e sobretudo fazemos eco daquilo que elas dizem e é aí que nós nos colocamos, ou pelo menos - não posso falar por todas as pessoas da minha equipa - mas a minha abordagem é colocar-me numa posição neutra onde eu oiço as motivações intrínsecas e extrínsecas da mulher e coloco-me numa posição neutra e simplesmente faço eco

		<p>daquilo que ela diz. Ao fazer eco daquilo que ela diz, ela própria vai chegando a uma resposta, à sua resposta verdadeira, sem ser influenciada porque isso não é justo para ela, mas como esta ambivalência é geral e confunde a pessoa nos seus pensamentos e nas suas emoções, muitas vezes não é fácil chegar à resposta sozinha e ao ter alguém a repetir aquilo que ela diz começa a fazer sentido, seja para não prosseguir ou seja para prosseguir com a gravidez</p> <p>Eu tenho de responder da forma mais neutra possível, porque esta mulher está num estado de confusão em que não sabe para que lado há de decidir e quer encontrar uma resposta a todo o custo, mas se for outra pessoa a dar-lhe essa resposta, possivelmente ela não conseguirá viver essa resposta, se não vier mesmo das conclusões que ela tira sozinha. Ela poderá não conseguir responder aquilo que lhe é imposto e isso ainda vai fazer com que ela sofra ainda mais, portanto o nosso papel aqui é simplesmente responder às perguntas que são feitas com a realidade que existe e fazer eco das motivações delas, para que elas consigam responder à conclusão, viver a conclusão que retiram desta situação.</p>
1.5. Prestar informações e esclarecer dúvidas	<p>Sobre IVG e</p> <p>Sobre apoios à gravidez</p> <p>Respostas institucionais</p> <p>Quadro legal</p> <p>Outras</p>	<p>e a partir daí vamos tentar informar tento em conta o que lhes é urgente neste momento.</p> <p>e portanto a partir das dificuldades que são expressas nós tentamos responder tendo em conta os recursos que temos e aquilo que a pessoa necessita com maior urgência.</p> <p>Se elas me perguntam qual é o tempo legal para realizar uma IVG, eu vou responder o tempo legal, em Portugal é 10 semanas e explico-lhe a lei, tal como está escrita. E se ela me perguntar que recursos é que posso obter destas instituições de apoio a grávidas, eu vou-lhe responder os recursos que nós temos, os apoios que nós temos, as casas de acolhimento, as condições que nós temos para conseguir ajuda-las naquilo que é essencial, não a longo prazo por vezes, mas naquilo que é mais urgente e no básico que é necessário para prosseguir uma gravidez, nós conseguimos apoiar. Se elas perguntam em relação à família, em relação ao conjugue, eu não posso responder por elas, isso é uma coisa que tem de ser trabalhada com elas, tem de ser trabalhada com a família, tem</p>

			<p>de ser trabalhada com o conjugue, não posso responder-lhes a uma coisa que só depende delas e das pessoas que fazem parte da sua rede</p> <p>Se uma pessoa quer prosseguir com a gravidez e já tomou essa decisão, mas necessita daqui de vários apoios, nós também vamos informa-la de todos os apoios que existem.</p>
	1.6. Limites e barreiras do procedimento		<p>uma chamada, pronto, não é o mesmo acompanhamento compreensivo, afectivo, não tem o mesmo acolhimento que um encontro pessoal e nós achamos que um encontro pessoal, a pessoa não só conhecemos melhor, a pessoa também cria uma maior aliança connosco e também há toda uma maior naturalidade no discurso que é feito.</p>
	1.7. Vantagens e potencialidades do procedimento		
	1.8. Questões éticas Dilemas éticos		<p>nós apesar de sermos técnicos também temos a nossa parte emocional, as nossas crenças, os nossos valores, e isso é muito difícil enquanto profissional de saúde mental, enquanto técnico de outra vertente, por vezes é muito difícil afastarmo-nos das nossas crenças e conseguirmos produzir um discurso completamente imparcial à outra pessoa. Mas eu acho que isso, neste trabalho principalmente, eu acho que é algo que deve ser respeitado. Lá está, como eu lhe disse, deve ser algo que deve ser respeitado, porque se não for respeitado estamos a impor pensamentos à outra pessoa, pensamentos que essa pessoa pode não conseguir lidar de forma saudável.</p>

2. Identificar as necessidades das mulheres	2.1. Informação	Sobre IVG e Sobre apoios à gravidez Respostas institucionais Quadro legal outras	
	2.2. Suporte emocional	Identificar sentimentos Contenção emocional Suporte ao discernimento Sentir confiança e partilhar sentimentos e emoções Suporte à decisão individual	<p>Normalmente uma gravidez não esperada e que não é planeada causa sempre muita ambivalência na pessoa, portanto é um estado de choque inicial, é a dúvida inicial se vai ser capaz ou não de cumprir com este papel materno, se vai ser capaz ou não tento em conta os exemplos que tem na sua vida, se vai conseguir reproduzi-los de forma igual ou diferente. Existe sempre esta dúvida inicial, esta ambivalência muito grande. Portanto nós concentramo-nos nelas</p> <p>elas precisam, nesta altura inicial de ambivalência, precisam mais que tudo que pensem nelas enquanto mulheres, enquanto adultas que tinham um plano de vida e surgiu agora um evento inesperado que veio destruir esse plano.</p> <p>estado de choque, é um estado de confusão de emoções, é um estado extremo de dúvida em que tudo parece frágil, tudo parece incerto, também sentimos muito medo e portanto a pessoa não consegue organizar os seus pensamentos e por vezes toma decisões por impulsividade, por pressões, por juízos de valor que são feitos e neste momento a pessoa ou prefere estar sozinha ou é obrigada a estar com pessoas que emitem estes juízos de valor e que a levam a pensar em crenças que não são as suas e portanto ou é isto ou é estar sozinha, porque não encontram ninguém que as oiça simplesmente, que as compreenda, que saiba vê-las além daquilo que a imagem delas transmite, além daquilo que os familiares delas, normalmente os amigos, os companheiros, que já a conhecem por</p> <p>e portanto eu acho que mais que tudo estas mulheres precisam deste apoio, precisam desta pessoa neutra ao seu lado, precisam de se sentir acompanhadas</p>

	2.3. Apoios socioeconómicos	Pecuniário Material Alojamento outro	e portanto o que estas pessoas pedem mais frequentemente é apoios financeiros, apoio na inserção profissional, apoio nos bens materiais para conseguirem ter as condições básicas para poder prosseguir com a gravidez... Isto é o mais frequente das chamadas que nos chegam
	2.4 Indecisões e dilemas	<i>Decir prosseguir e depois aborta</i> <i>Pressões externas</i> <i>Individualismo das pessoas próximas</i>	isso acontece-nos imenso, temos inúmeros casos em que muitas vezes elas por exemplo querem.. é de uma forma ou de outra... ou querem prosseguir a gravidez mas não podem porque o companheiro ou um familiar, que é um figura de referência não possibilita essa opção, ou não querem prosseguir com a gravidez mas da mesma forma têm um companheiro ou um familiar que não possibilita essa opção, portanto é de uma forma ou de outra, há sempre..
3. O acompanhamento social, benefícios para as mulheres, na opinião das profissionais	3.1. Melhorar a informação (questões legais, recursos, apoios)		claro que quando a decisão dessa pessoa já está tomada, a partir daí nós também sentimo-nos à vontade, uma vez que a pessoa já tomou a decisão que queria, a decisão que lhe é verdadeira, aí sentimo-nos à vontade para acrescentar informação que seja útil a esse projecto de vida, que lhe venha trazer mais benefícios a esse projecto de vida, como apoios, por exemplo uma pessoa que não quer prosseguir com a gravidez, que já tomou essa decisão, então vamos tentar dar-lhe todos os recursos que ela precisa, estou a pensar por exemplo em acompanhamento psicológico, para reorganizar as emoções que advém do luto desta perda, deste vazio emocional que ela irá sentir posteriormente e tentamos acompanhá-la tendo em conta aquilo que ela também for expressando que necessita.
	3.2. Suporte emocional		
	3.3. Suporte à tomada de uma decisão livre		porque não sentindo acompanhadas ou tendo a companhia que não é a mais benéfica, vão tomar decisões de forma impulsiva por descargo de consciência, numa necessidade urgente de sentir alguma espécie de alívio, e não vai ser aquilo que lhes vão trazer mais benefícios, que lhes vão trazer mais bem estar, não vai ser aquilo que elas vão conseguir lidar saudavelmente depois da decisão já estar tomada quando estão sozinhas ou quando estão acompanhadas por pessoas que não conseguem transmitir essa neutralidade, há sempre decisões que são tomadas por

			impulsividade e isso depois traz muitos mais riscos para a sua saúde mental e bem estar do que benefícios.
	3.4. Sentir-se apoiada e escutada		
	3.5 Continuidade do acompanhamento num encontro presencial		E portanto o procedimento natural é tentar marcar um encontro pessoal com esta pessoa ao telefone, principalmente em casos de ambivalência, e pronto, e depois a partir daí, se conseguirmos esse encontro então continuamos da forma como já lhe expliquei, se não conseguirmos esse encontro, tentamos então fazer o mesmo procedimento por telefone, apesar de não ser o ideal, mas a partir daí vamos ouvi-la da mesma maneira, vamos compreendê-la da mesma maneira, vamos tentar procurar as motivações que a conduzem, os motivos para prosseguir, os motivos para não prosseguir e a partir daí vamos esperar que ela própria chegue à sua própria conclusão, à conclusão verdadeira, que a sua vida lhe diz naquele momento
	3.6 Construção do plano de intervenção e PV		Bem, nós fazemos também um plano, não é? No início de qualquer acompanhamento tentamos fazer um plano de intervenção com a pessoa. Portanto planeamos qual vai ser o primeiro passo, quais vão ser os passos seguintes, e a partir daí vamos construindo um projecto de vida com essa pessoa. Agora eu acho que é tudo... também vamo-nos guiando... nós não podemos impor nada à pessoa não é? Nós fazemos um plano de intervenção, o primeiro passo é pensar no que é que esta pessoa quer, o que é que esta pessoa necessita, quais são as motivações que conduzem esta pessoa. E a partir daí, a partir do momento que chegamos a uma conclusão, então, delineamos os passos seguintes para tentar que esta pessoa, que esta mulher, tenha um projecto de vida que lhe traga mais bem estar, que seja um processo de construção pessoal e que possa reorganizar-se para viver uma vida inserida na comunidade tal como ela deseja.
4. As especificidades disciplinares do	O psicólogo ou o AS no atendimento 1.ª vez		

profissional de atendimento			
	O psicólogo ou o AS no acompanhamento da situação		
	A reunião da equipa interdisciplinar		
5. Incertezas e dúvidas dos profissionais de atendimento	Orientar ou escutar? Contrariar ou aceitar?		eu estava a falar nestas situações em que elas sofrem de pressões externas, é porque nós não impomos este caminho de esperança, elas é que trazem este caminho de verdade.. elas é que chegam a esta conclusão connosco porque elas não se podem virar para o companheiro que não aceita a gravidez ou para os pais que dependem e não pode virar-se para eles, para figuras de referência, para figuras de autoridade ou que possuem todos os rendimentos dos quais elas subsistem, não podem virar-se para eles e dizer eu quero ter este filho, porque eles não aceitam, e connosco, como nós mostramos essa neutralidade, como nós as colocamos à vontade para se expressarem da maneira como quiserem, elas dizem-nos isso a nós. Connosco elas conseguem dizer eu quero ter este filho ou eu não quero ter este filho.. conseguem dizer-nos isto, e portanto se elas tomam uma decisão contrária aquela que elas querem, elas afastam-nos porque connosco elas conseguiram ver o caminho que elas queriam, conseguiram ver a sua verdade e com os outros não conseguiram e portanto se tomam uma decisão que não era aquela decisão que elas queriam tomar, que connosco conseguiram ver essa possibilidade, elas afastam-se para não sofrerem ainda mais com isso e aí é que é difícil porque nós queremos continuar a acompanhá-las, queremos ajudá-las... se é uma maternidade que é sofrida, se elas tomam a decisão de prosseguir com a gravidez e não querem prosseguir com a gravidez mas tomam essa decisão por alguma pressão externa, nós queremos ajudá-las durante a gravidez, queremos tentar compreendê-las, tentar responder às necessidades que elas põem durante a gravidez, todas as suas dúvidas, toda a sua ambivalência, ou se elas querem prosseguir com a gravidez e tomam a decisão de não prosseguir e fazem um aborto nós queremos ajudá-las a lidar com esse luto, com essa

			<p>perda, mas elas afastam-nos porque conosco elas viam a sua verdade e agora, depois de uma decisão errada, não é uma verdade que elas querem voltar a ver, porque vão sofrer ainda mais se voltarem a vê-la.</p>
	<p>Dilemas éticos em relação à liberdade de escolha</p>		<p>que são os casos mais difíceis, que é quando temos mulheres a pedir-nos ajuda para prosseguir com a gravidez mas estas mulheres normalmente dependem dos companheiros ou dependem de familiares que não aceitam a gravidez e que pressionam e conseguem obriga-las a realizar o aborto e eu acho que nessas intervenções que são as mais difíceis porque vemos claramente a frustração presente nestas mulheres, a luta, o conflito interno que existe dentro delas por não poderem prosseguir com os seus desejos porque são ameaçadas, são pressionadas e perdem muito daquilo que têm se tomarem a decisão que desejam, e nós estamos aqui às vezes por vezes sinto que nós, portanto, fazemos tal como já disse, ouvimos, compreendemos, ajudamos com os recursos que temos e damos esperança a estas mulheres porque acreditamos que elas devem tomar a decisão que merecem e que desejam e depois são pressionadas de tal forma que acabam por tomar a decisão contrária. Tenho mesmo situações em que a mulher dizia-me eu quero ter este filho, é a minha última possibilidade de ser mãe, mas não posso porque se tiver este filho perco o meu marido, eu perco o meu outro filho, eu perco a minha casa, eu perco o meu carro, eu perco tudo. E é muito difícil fazer este equilíbrio que é nós queremos ajudar estas mulheres, queremos mostrar-lhes os recursos que temos, queremos dar-lhes esperanças, queremos responder às necessidades delas, e depois elas são pressionadas de tal forma que pela necessidade urgente de sentirem este alívio, saírem desta pressão externa que lhes é imposta, tomam a decisão de abortar e.. e não sei até que ponto é que dar-lhes esta esperança ou tentarmos ajuda-la, tentarmos capacita-la na tomada de decisão é benéfico para elas porque elas depois de facto é que depois por vezes tomam a decisão contrária e sofrem imenso com isso e depois afastam-nos, porque viram que conosco era o caminho que elas queriam, que era prosseguir com a gravidez, conosco era esse caminho de esperança, e portanto elas tomaram a decisão contrária e por isso elas afastam-nos porque não se querem lembrar desse caminho de esperança que já tiveram à sua frente e sofrem imenso com isso e portanto é difícil equilibrar a nossa intervenção nesse sentido.</p>

--	--	--	--

Grelha de análise da entrevista P5

Categorias	Sub-Categorias	Unidades de registo	Unidades contextuais
1. O procedimento instituído	1.1. Identificar a pessoa	Género, idade, escolaridade, profissão, agregado familiar, relação conjugal, n.º de filhos, condições existenciais e socioeconómicas	Quando uma mulher liga a ideia é perceber em primeiro lugar de onde é que nos está a ligar, como é que soube do nosso número, eu normalmente pergunto se quer dizer o nome e acho que fazemos mais ou menos assim, pela ideia de tratar pelo nome, e depois consoante isto, consoante se estiver a ligar de uma zona próxima de nós ou que nós possamos vir a responder eventualmente presencialmente, mantenho a conversa, se não pergunto obviamente se está grávida, de quanto tempo e depois aí começo (se não for desta zona), começo a preparar a conversa no sentido de encaminhar, e no encaminhamento pergunto se a pessoa está disponível para ser contactada em vez de dar o número de um serviço, às vezes a pessoa prefere ligar e aí dou o número do serviço.
	1.2. Identificar o pedido	De informação, esclarecimento de dúvidas De orientação para respostas De suporte emocional De ajuda material	<p>Se for cá depende imenso do estado emocional da pessoa, porque pode ligar e estar desesperada e só querer falar, falar, falar, e aí é mais difícil de direcionar a conversa, mas tento perceber em primeiro lugar os dados da gravidez, perceber em que ponto é que está, há quanto tempo é que soube, para perceber também se ainda está na reacção de choque ou se já sabe há mais tempo e continua em choque, depois ir pela lógica e perceber se já sabe alguém, como é que é com a rede, quem sabe o que é que diz, o que é que não diz, e ela, qual é que é a reacção dela, razões para um lado, razões para outro e perceber também qual é que é o espaço que ela tem para querer pensar sobre o assunto. Acho que a diferença é se alguém quer uma solução mais imediata, quer uma informação e pronto, e aí tento abrir espaço mas às vezes não dá.</p> <p>O pedido diverge muito, às vezes não têm pedido e eu acho que o nosso papel também é ajuda-las a clarificar qual é o pedido que podem ter</p> <p>Eu acho que as pessoas sinceramente... Estas dúvidas mais práticas, quando é mesmo um discernimento, não é tanto dúvidas práticas que têm, elas querem é que alguém lhes resolva o problema, estão aflitas e portanto não há nestes casos... é a aflição que as leva</p>

			a ligar e não é tanto... e no fundo se calhar têm a esperança ainda de poder não ser verdade. Mas depois estou a pensar que nunca dei muita informação e sobretudo num primeiro telefonema, porque na verdade não era tanto isso que era pedido. Às vezes pode acontecer, mas normalmente não são discernimentos. Ou é uma pessoa que já está a ponderar prosseguir e precisa de uma ajuda só para perceber o contrato de trabalho, mas isso normalmente são as mais decididas. As que estão muito na dúvida eu acho que não têm muitas perguntas objectivas.
1.3. Criar empatia	Sorrir, moderar a voz Adequar a linguagem Respeitar silêncios Receber e dar feedback Manter contacto e mostrar disponibilidade		
1.4. Gerar um espaço de apoio à decisão	Escuta activa Funcionar em espelho Devolver interrogações Citar passagens Identificar emoções Mostrar neutralidade		Eu acho que em primeiro lugar é ouvir, é dar espaço. A pessoa sentir que do outro lado tem alguém com quem possa falar porque eu acho que o grande papel da linha é no limite que a mulher se oiça a ela própria, que consiga pensar naquilo que se está a passar com a vida dela. Não quer dizer que seja isso que ela vem à procura, e sobretudo conscientemente, mas eu acho que o papel da linha é muito este, portanto, eu primeiro lugar é criar relação e criar este espaço para a pessoa pensar e poder pôr várias hipóteses, maldizer tudo, queixar-se, chorar, o que seja... para poder depois desta reacção emocional então começar a elaborar qualquer coisa mais do ponto de vista intelectual, cognitivo, então começar a pensar aquilo que quer ou não fazer. Eu acho que é aqui que muitas vezes as perdemos, porque é isso, porque mesmo que não seja consciente, há uma decisão de não pensar, porque é uma decisão demasiado difícil e é preciso ter alguma estrutura para enfrentar a decisão que se tem para tomar.
1.5. Prestar informações e esclarecer dúvidas	Sobre IVG e Sobre apoios à gravidez Respostas institucionais Quadro legal Outras		Eu dou a informação que me é pedida. Eu nunca dou informação que não me é pedida. Portanto pergunto se a própria pessoa não sabe o que é que quer saber, então vamos atrás do que ela quer saber.

			<p>Por isso dou a informação que me vão pendido. E depois à medida que o processo vai avançando a pessoa vai tendo mais perguntas e se calhar mais objectivas e aí depois podemos dar mais: dos apoios, das alternativas que existem, de como é que é o aborto e como é que não é, de quais é que são os procedimentos, quais é que são os timings, até quando é que têm e não têm, pronto, aí já é mais objectivo.</p>
	1.6. Limites e barreiras do procedimento		<p>Explico a importância de haver um contacto presencial e da pessoa se sentir apoiada mais efectivamente.</p> <p>Obviamente que a informação não é uma opinião, isso é diferente, e às vezes isso é difícil de distinguir.</p> <p>Eu diria sempre fui muito mais a favor do presencial. Pela questão da relação. A qualidade da relação, o facto da relação poder ser mais completa, ter mais dados para poder ser mais completa em termos de relação humana.</p>
	1.7. Vantagens e potencialidades do procedimento		<p>Eu acho que a informação dada quando é pedida pode aumentar a liberdade. Porque eu desinformada a minha liberdade está mais condicionada pela desinformação. Pronto. Eu acredito que pode ser uma ajuda, isso acho que sim. A informação pode ser uma ajuda</p> <p>Acho que hoje em dia, o contacto telefónico tem mais potencial que nós se calhar não exploramos tanto. Porque eu acho que a vantagem do telefone também é esse anonimato de alguma forma. E eu acho que para a mulher, eu acho que é sentido como uma vantagem e o presencial retira-lhe isso.</p> <p>E aquilo que eu acho que ajudou é exactamente isso que eu dizia no principio, que é quando a pessoa quer pensar é ter alguém disponível para poder conversar sobre isso, sobre aquilo em que está a pensar</p>
	1.8. Questões éticas Dilemas éticos		

2. Identificar as necessidades das mulheres	2.1. Informação	Sobre IVG e Sobre apoios à gravidez Respostas institucionais Quadro legal outras	Eu acho que imensas dúvidas, pelo menos na linha, imensas dúvidas de saúde ou mesmo que já saibam que estão grávidas coisas concretas de me sinto assim ou assado, ou será que estou mesmo grávida ou não estou, ou fiz o teste mas o teste pode dar falso ou o resultado por não ser fiável... Portanto muito ligado se calhar ainda ao físico e se calhar nesta etapa também se é nesta altura “Se calhar não é verdade”. Se calhar numa procura de confirmação de pode não ser verdade. Portanto por aí é ajudar a esclarecer estas dúvidas mais concretas no que toca a gravidez, ao teste, ao tempo que poderia eventualmente estar de gravidez, quais é que são... o que é que poderá ou não fazer a seguir, quais é que são as alternativas que tem, se já foi ao médico se não foi, se quer ir, se não quer, se quer fazer outro teste de gravidez, se não quer.
	2.2. Suporte emocional	Identificar sentimentos Contenção emocional Suporte ao discernimento Sentir confiança e partilhar sentimentos e emoções Suporte à decisão individual	A sensação que tenho normalmente é a primeira coisa é aflição. Pode haver razões mais objectivas mas eu acho que aquilo que as impele a ligar é um número de apoio, porque muitas vezes às vezes ligam e não sabem bem o que é que querem e por isso o que as fez ligar eu acho que é sentirem-se aflitas e em crise, que é quando não se sentem com ferramentas necessárias para fazer face aquilo que estão a passar. Portanto eu diria que é isso em primeira mão. Eu acho que em primeiro lugar é este movimento de procura de apoio, de amparo, de me sentir aflita.
	2.3. Apoios socioeconómicos	Pecuniário Material Alojamento outro	
	2.4 Indecisões e dilemas	<i>Decidir prosseguir e depois aborta</i> <i>Pressões externas</i> <i>Individualismo das pessoas próximas</i>	
3. O acompanhamento	3.1. Melhorar a informação		Acho que hoje em dia fazemos isto de uma forma bem diferente, mas porque normalmente não nos ligam a perguntar a opinião. Ligam-nos eventualmente a fazer

social, benefícios para as mulheres, na opinião das profissionais	(questões legais, recursos, apoios)		algumas perguntas ou então a quererem desabafar. Por isso eu acredito que as ajude e que possa influenciar as decisões dar as informações que possam ser pedidas. Pela própria pessoa. Ajudá-la a fazer esse caminho, porque também à medida que a pessoa vai amadurecendo nesse processo também vai precisando de informação diferente.
	3.2. Suporte emocional		
	3.3. Suporte à tomada de uma decisão livre		A forma como as decisões são, o amadurecimento das nossas decisões é a maior beleza do acompanhamento das mulheres nesta fase. Ver esse amadurecimento. Porque é mesmo diferente no principio aquilo que eu penso fazer, a meio o que é que eu penso fazer e no fim o que é que eu decido fazer. E dar-mos este tempo que foi isso que eu assisti, acho que a paz depois com a decisão e a tranquilidade é muito maior e depois também assistimos ao crescimento da pessoa. Por isso eu acho mesmo que pode ser uma ajuda.
	3.4. Sentir-se apoiada e escutada		
	3.5 Continuidade do acompanhamento num encontro presencial		o presencial faz sentido se calhar até um bocadinho mais à frente, não é? Se mantivesse a relação um bocadinho mais consistente para por o presencial. Mas ao mesmo tempo quando estamos a lidar com uma situação de emergência é um bocado difícil de medir o que é que pode ser melhor. Portanto eu diria que acho que as duas se complementam, não consigo escolher uma sinceramente. Acho que o telefónico pode ser muito bom para uma pessoa em crise saber que há alguém do lado de lá. E depois para o acompanhamento, o apoio na crise se calhar telefónico, o acompanhamento, se a pessoa quiser, presencial.
	3.6 Construção do plano de intervenção e PV		
4. As especificidades	O psicólogo ou o AS no		Eu acho importantíssimo. Mas acho que não é bem-visto isso porque não há, às vezes eu não quero mesmo pensar, e portanto quem é o Estado no limite para me obrigar a

disciplinares do profissional de atendimento	atendimento 1.ª vez		<p>fazer uma coisa que eu não quero? E fazer isso parte do protocolo, quando às vezes estas decisões não são muito pensadas. Às vezes até são, mas acho que é uma, eu diria que pela nossa experiência, é um bocadinho fuga para a frente não é? É uma decisão tão difícil, é uma altura tão difícil, a pessoa está em crise e quer é resolver o problema. Mas pronto, por isso mesmo eu acho essencial. Acho que seria mesmo uma coisa boa, ter alguém disponível, com quem conversar, acho que podia ser uma coisa boa. Não sei se teria muito adesão, porque é o que se vê. As pessoas não marcam para ir ao assistente social ou ao psicólogo. Acho que o facto de ser no mesmo dia pode ser uma coisa boa, porque já está ali e a pessoa está mais a quente com o assunto e se calhar até está mais disponível para falar. Não sei, acho que pode ser uma coisa boa.</p> <p>Eu sinceramente acho que há. Estava a pensar. Se for uma pessoa que não tenha nenhum problema a nível social, ser uma psicóloga pode ser mais abrangente. Por outro lado também há preconceitos em relação a ser psicóloga. Portanto, pois, no limite se calhar não interessaria tanto saber a área da pessoa. Não sei, não sei. Aquilo que vemos muito supostamente ainda está muito em cima das condições económicas, as razões para a IVG ainda estão muito marcadas por esta questão económica, social, barra barra. Portanto se calhar por aí podia ser uma assistente social. Mas qualquer uma delas tem uma conotação, portanto fica difícil de distinguir, de decidir quem é que poderia ser. Mas acho que duas pessoas não dava, acho que é um bocado violento. Quanto muito dar a escolha à pessoa. “Olhe gostaria de falar com uma assistente social ou com uma psicóloga?” E se houvesse esta ajuda concreta, a pessoa decidia o que é que lhe fazia mais sentido. Mas pronto, acho que é uma decisão tão íntima, que é difícil uma pessoa expor-se. Acho que é o problema desta questão.</p>
	O psicólogo ou o AS no acompanhamento da situação		

	A reunião da equipa interdisciplinar		
5. Incertezas e dúvidas dos profissionais de atendimento	Orientar ou escutar? Contrariar ou aceitar?		A pessoa pode-se ter sentido questionada, isso acho perfeitamente possível de ter acontecido. Porque às vezes nós não queremos mesmo questionar-nos e quando não é esse o pedido, temos de ter muito cuidado até onde é que a pessoa quer ir. No limite estamos sempre a jogar com a liberdade do outro.
	Dilemas ético Prosseguir ou interromper a gravidez?		sinceramente há coisas que vejo perfeitamente que podia ter feito de outra forma, ou que fiz mal mesmo, ou que avancei antes da pessoa estar preparada... sobretudo, acho que o maior desafio ou se calhar assim os meus maiores erros a lidar com estas situações é nós termos às vezes mais pressa que a pessoa. Queremos resolver a questão, porque o sofrimento da pessoa é difícil de acompanhar e de tolerar e, portanto, temos pressa. E acho que por aí é sempre o grande desafio destas situações.

Grelha de análise da entrevista P6

Categorias	Sub-Categorias	Unidades de registo	Unidades contextuais
1. O procedimento instituído	1.1. Identificar a pessoa	Género, idade, escolaridade, profissão, agregado familiar, relação conjugal, n.º de filhos, condições existenciais e socioeconómicas	Tento perceber como é que ela soube da linha, para perceber o que é que devo ou não dizer-lhe que podemos ou não fazer por ela e depois tento perceber em que fase é que ela está em relação à gravidez, se é não saber nada, se quer abortar, se não sabe onde se dirigir e quer saber onde é que tem de ir, ou se está desesperada... pronto, tento saber em que fase é que ela está face à gravidez, se foi notícia recente ou se já está a integrar e como é que ela se posiciona com a notícia.
	1.2. Identificar o pedido	De informação, esclarecimento de dúvidas De orientação para respostas De suporte emocional De ajuda material	Primeiro tento perceber o que é que a mulher quer, e se é um pedido de ajuda perceber se é para ela, se está grávida ou se não está grávida. À partida quando eu lhe pergunto o que é que ela quer ao ligar para a linha percebo mais ou menos o pedido dela, se for ambíguo pergunto-lhe o que é que ela achava que era melhor nesta fase, e se o problema for a reacção tento explorar a reacção dela, das outras pessoas, o que é que ela sente em relação a isso, o que é que já lhe passou pela cabeça.
	1.3. Criar empatia	Sorrir, moderar a voz Adequar a linguagem Respeitar silêncios Receber e dar feedback Manter contacto e mostrar disponibilidade	
	1.4. Gerar um espaço de apoio à decisão	Escuta activa Funcionar em espelho Devolver interrogações Citar passagens	Se ela estiver mesmo em dúvida e o problema dela for uma questão de não saber ainda se quer prosseguir ou se não quer prosseguir, eu vou reflectindo aquilo que ela diz e tentando fazer eco do que ela vai dizendo para ela, quase como se fosse para ela se

		Identificar emoções Mostrar neutralidade	ouvir a ela própria e ter tipo um espelho em que lhe vai dizendo “Ok, está-me a dizer que tal...”
	1.5. Prestar informações e esclarecer dúvidas	Sobre IVG e Sobre apoios à gravidez Respostas institucionais Quadro legal Outras	Se ela já estiver inclinada para o prosseguir e o problema for não ter apoio ou dificuldades económicas, aí eu acho que é uma forma de não sermos neutros mas de lhe dizer o que fazemos e um caso parecido com o dela que tipo de apoio é que poderia ter da nossa parte. Apoio específico à maternidade e não ao discernimento. Que apoio podemos dar se a decisão for prosseguir com a gravidez e a decisão estar a pender para esse lado.
	1.6. Limites e barreiras do procedimento		
	1.7. Vantagens e potencialidades do procedimento		Eu acho que é uma vantagem o primeiro ser por telefone porque é mais fácil a pessoa ligar de qualquer sítio a qualquer hora, porque não tem o estigma de ir a um sítio que é de apoio a grávidas quando ela não quer estar grávida, ou que ainda que ela queira estar grávida ter de assumir isso numa altura em que ainda nem acredita nisso e não integrou ainda a notícia, por isso acho que o primeiro contacto é melhor ser por telefone.
	1.8. Questões éticas Dilemas éticos		
2. Identificar as necessidades das mulheres	2.1. Informação	Sobre IVG e Sobre apoios à gravidez Respostas institucionais Quadro legal outras	

	2.2. Suporte emocional	Identificar sentimentos Contenção emocional Suporte ao discernimento Sentir confiança e partilhar sentimentos e emoções Suporte à decisão individual	
	2.3. Apoios socioeconómicos	Pecuniário Material Alojamento outro	
	2.4 Indecisões e dilemas	<i>Decir prosseguir e depois aborta</i> <i>Pressões externas</i> <i>Individualismo das pessoas próximas</i>	
3. O acompanhamento social, benefícios para as mulheres, na opinião das profissionais	3.1. Melhorar a informação (questões legais, recursos, apoios)		
	3.2. Suporte emocional		
	3.3. Suporte à tomada de uma decisão livre		Acho que o acompanhamento através da linha é importante para que a decisão seja mais livre e consciente porque acho que se for uma gravidez não planeada e não desejada mais facilmente as decisões podem ser não pensadas também, e se mesmo numa gravidez planeada, quando é real torna-se mesmo quase que assustador de

			perceber “agora é mesmo”, muito mais duvidoso quando não é planeada e é inesperada.
	3.4. Sentir-se apoiada e escutada		Eu acho sempre que é positiva, ainda que a decisão seja não prosseguir com a gravidez, até porque acompanhei muito poucas e uma que acompanhei e que abortou disse-me que o eu falar com ela tinha sido muito importante e que já a tinha ajudado muito, e o meu entender foi “se abortaste eu acho que não te consegui ajudar” mas ela ainda assim disse que a ajudei portanto eu acho sempre que é positivo ainda que a decisão seja abortar.
	3.5 Continuidade do acompanhamento num encontro presencial		Acho que depois de já estarem no hospital poderia ser uma vantagem haver lá o gabinete físico, ou o sítio físico, até porque no hospital seria um sitio mais neutro. Embora, à partida fosse no sítio de obstetrícia e de ginecologia e obstetrícia portanto não é totalmente neutro. Mas seria mais neutro do que um... do que aqui que está mais evidente o apoio à maternidade.
	3.6 Construção do plano de intervenção e PV		
4. As especificidades disciplinares do profissional de atendimento	O psicólogo ou o AS no atendimento 1.ª vez		Não tenho a certeza se tem algum especificidade porque acho que o mais importante é a forma como falamos e a mensagem que... Acho que é mesmo isso, a forma como comunicamos e o que pode ferir ou não a forma como elas recebem a mensagem. Acho que o ser psicóloga ajuda pelo treino que temos até aqui de como falar de como escutar de como não sei quê. Mas não acho que seja exclusivo ou que seja pior só por não ser psicóloga ou não. Mas acho que ajuda mas não é essencial acho eu.
	O psicólogo ou o AS no		

	acompanhamento da situação		
	A reunião da equipa interdisciplinar		
5. Incertezas e dúvidas dos profissionais de atendimento	Orientar ou escutar? Contrariar ou aceitar?		
	Dilemas ético Prosseguir ou interromper a gravidez?		

Apêndice G – Grelha de análise por categorias – Entrevistas profissionais da linha de emergência

Procedimento instituído

Categoria: O procedimento instituído		
Sub Categoria: Identificar a pessoa		
Unidades de registo	Unidades contextuais	Temas
Género, idade, escolaridade, profissão, agregado familiar, relação conjugal, n.º de filhos, condições existenciais e socioeconómicas	<p>Inicialmente atendemos o telefone e tentamos perceber quem é que está do outro lado, qual é o tipo de pedido, se se trata de uma pessoa grávida, algum familiar, se não se trata de uma gravidez porque há pessoas que ligam com as mais diversas dúvidas, às vezes nem tem nada a ver com gravidez não é, que é o nosso foco de intervenção. Depois, se está grávida, de quanto tempo é que está grávida, portanto recolher algumas informações sobre o tempo de gravidez, sobre a pessoa que nos liga, a grávida, que idade é que tem</p> <p>Depois disto vamos fazendo algumas perguntas para tentar caracterizar ao nível social, psicossocial, a grávida, e é casada, com quem e que vive, como e q a família reagiu à gravidez, no caso de se tratar de uma grávida, como é q ela se posiciona, perante a família, perante a gravidez, quais são os seus desejos, os desejos internos, trabalha, não trabalha que actividade profissional é que faz, quais são os planos para o futuro.</p> <p>Em primeiro lugar é preciso perceber qual é o tempo de gestação.</p> <p>No fundo, o primeiro telefonema é para recolher poucas informações, perceber assim de uma forma genérica qual é a situação, qual é o pedido e conter a pessoa, não queremos que a pessoa desabe e conte a vida toda (P1)</p>	<p>Qual o tipo de pedido</p> <p>Dados pessoais, sociais e da gravidez</p> <p>Como reagiu à notícia da gravidez e como se posiciona</p> <p>Recolher poucas informações e conter a pessoa, não queremos que a pessoa desabe e conte a vida toda</p>
	<p>A primeira coisa é saber os dados pessoais da pessoa, saber de onde vem, de que zona do país é que está a ligar, que idade tem, se está grávida, porque às vezes ligam pessoas que não estão grávidas, e de quanto tempo está. Por isso primeiro é fazer uma triagem da situação da pessoa no momento em relação à gravidez e à zona geográfica. (P2)</p>	<p>Zona geográfica, dados pessoais, dados gravidez, como se</p>

		posiciona em relação à gravidez
	Quando uma mulher liga para o nosso numero de apoio a primeira coisa que eu faço é perguntar o nome e de onde é que ela está a ligar para perceber se é da zona de Lisboa ou se é de fora, e se for de fora para tentar encaminhar para uma instituição que faça mais ou menos o mesmo que nós, o mais próximo possível da zona dela. Depois tento perceber se ela está grávida, de quantas semanas, o que é que ela já fez, se fez uma ecografia, antes de tudo se confirmou que estava grávida, se fez o teste, se já fez uma ecografia para saber o número de semanas exactas, se já foi ao médico. Pronto, muitas vezes isto não é pergunta-resposta porque quando pergunto uma coisa ela acaba por responder às perguntas que eu pensava fazer a seguir. Depois outra pergunta que eu normalmente costumo fazer logo de início é a quem é que ela já disse que estava grávida, muitas vezes ela acaba também por ir dizendo, por exemplo associado ao facto do pai do bebé não estar com ela ou estar com ela e os pais dela não apoiarem, pronto a conversa vai-se desenrolando desta forma. (P3)	Zona geográfica, dados pessoais, dados da gravidez
	Nós quando atendemos uma chamada normalmente a pessoa começa logo a expressar a sua situação e as suas necessidades. Começa por dizer o que se passa, normalmente é que está grávida, e portanto continua a explicar em que medida é que se situa perante este evento que pode ser esperado ou pode ser inesperado, muitas vezes é inesperado (P4)	A pessoa, a situação e as necessidades Gravidez esperada e inesperada
	Quando uma mulher liga a ideia é perceber em primeiro lugar de onde é que nos está a ligar, como é que soube do nosso número, eu normalmente pergunto se quer dizer o nome e acho que fazemos mais ou menos assim, pela ideia de tratar pelo nome, e depois consoante isto, consoante se estiver a ligar de uma zona próxima de nós ou que nós possamos vir a responder eventualmente presencialmente, mantenho a conversa, se não pergunto obviamente se está grávida, de quanto tempo e depois aí começo (se não for desta zona), começo a preparar a conversa no sentido de encaminhar, e no encaminhamento pergunto se a pessoa está disponível para ser contactada em vez de dar o número de um serviço, às vezes a pessoa prefere ligar e aí dou o número do serviço. (P5)	De onde está a ligar? Como soube da AV? Gravidez e tempo de gestação Encaminhar

		Pedir um contacto
	<p>Tento perceber como é que ela soube da linha, para perceber o que é que devo ou não dizer-lhe que podemos ou não fazer por ela</p> <p>e depois tento perceber em que fase é que ela está em relação à gravidez, se é não saber nada, se quer abortar, se não sabe onde se dirigir e quer saber onde é que tem de ir, ou se está desesperada... pronto, tento saber em que fase é que ela está face à gravidez, se foi notícia recente ou se já está a integrar e como é que ela se posiciona com a notícia. (P6)</p>	<p>Como teve conhecimento da linha? O que podemos fazer por ela?</p> <p>Em que fase está face à gravidez</p>

Identificar o pedido		
<p>De informação, esclarecimento de dúvidas</p> <p>De orientação para respostas</p> <p>De suporte emocional</p> <p>De ajuda material</p>	<p>O que é que pretende fazer com a gravidez, como é que se sente e qual é o seu pedido, se é uma questão médica de saúde, se é uma dúvida social, se necessita de ajudas e se trata de uma gravidez em discernimento, ou seja, se está a discernir entre prosseguir ou não com a gravidez, se precisa de acolhimento, isto são mais coisas sociais não é, se precisa de acolhimento, se tem onde ficar, se não tem, se está a viver numa situação de violência domestica, portanto tentamos chegar ao pedido, ou qual é o pedido que ela nos traz, porque é que nos ligou, porque é que pede ajuda. (P1)</p>	<p>Questão médica, social, discernimento em relação à gravidez, se precisa de acolhimento. Tentamos chegar ao pedido</p>
	<p>E depois tentar, se estiver grávida, tentar perceber porque é que está a ligar, o que é que procura, o que é que quer, quais são as intenções dela ao ligar para nós. No caso de ser de fora é só tentar recolher as informações básicas e saber se gostava de estar presencialmente com alguém, para não estarmos a insistir muito e a ir muito fundo na informação para depois não ter de estar a repetir tudo a outra pessoa, e se aceitar então é só recolher as informações básicas para encaminhar para alguém que esteja mais perto, para a pessoa poder estar presencialmente. Se não, é começar a recolher outras informações, se já fez outras consultas, se não fez, o que é que está a pensar. Depois depende muito do pedido da pessoa poder fazer mais perguntas.</p>	<p>Identificar porque é que está a ligar e o que procura</p> <p>Se ligar de fora de Lisboa recolher informações básicas para</p>

	<p>Primeiro tento sempre chegar a um pedido, porque o pedido pode não ser abortar ou prosseguir mas pode ser “o meu pedido é falar com alguém sobre isto”, por isso isto torna-se no pedido. Não é uma decisão tomada, ou uma decisão já imaginada, mas é o pedido. Uma pessoa quando liga, mesmo que ainda não se tenha apercebido, tem sempre alguma causa por trás, por isso tento chegar a essa causa. Se ainda assim continuar confuso tento explicar um bocadinho aquilo que nós fazemos, o que é faz o Apoio à Vida, quem é que eu sou, de que forma é que eu poderia ajuda-la, e perceber se alguma destas formas é útil aquilo que ela está a passar nesta altura. (P2)</p>	<p>encaminhar caso a pessoa queira</p> <p>Chegar a um pedido. “Uma pessoa quando liga, mesmo que ainda não se tenha apercebido, tem sempre alguma causa por trás, por isso tento chegar a essa causa”</p>
	<p>Ao mesmo tempo que ela vai respondendo a estas perguntas o pedido também vai emergindo, e à medida que o pedido vai emergindo vai sendo possível perceber como é que ela se posiciona face à gravidez, e portanto ela pode ligar está grávida, assustada, não sabe que apoios é que existem e portanto o pedido está um bocadinho centrado nisso, está com dificuldades, está sozinha, mas quer ter o seu bebé e ainda não contou a ninguém por exemplo, ou quer ter o bebé mas acha que vai ser difícil e sente muitas necessidades por variadas razões, ou então pode ser um pedido contrário. Está grávida, está assustada e está a passar por uma série de dificuldades, mas considera que o melhor é não ter o bebé. Pronto, à medida que ela vai contando a sua história vai sendo possível perceber qual é que é o desejo dela face a esta gravidez, e depois um bocadinho de acordo com o desejo dela vou procurando também responder e dar as informações concretas que ela pede, sempre que é possível, para que ela possa o mais possível estar informada e tomar uma decisão, ao mesmo tempo que explico o apoio que nós damos aqui na instituição. (P3)</p>	<p>O pedido vai emergindo conforme ela vai respondendo às perguntas</p> <p>Saber que apoios existem, como pode contar que está grávida, quer ter o bebé mas acha difícil, acha que o melhor é interromper a gravidez</p>

		De acordo com o desejo dar informações concretas
	<p>e depois expressa as suas dificuldades</p> <p>Portanto o mais comum, que temos recebido, por vezes é: estou grávida, é inesperado e agora não tenho rendimentos, não tenho trabalho, o meu companheiro não aceita, a minha família não aceita (P4)</p>	<p>Situação pessoal e social dificuldades</p> <p>Gravidez esperada ou inesperada, Companheiro aceita ou não, Suporte familiar sim ou não, Condição económica</p>
	<p>Se for cá depende imenso do estado emocional da pessoa, porque pode ligar e estar desesperada e só querer falar, falar, falar, e aí é mais difícil de direccionar a conversa, mas tento perceber em primeiro lugar os dados da gravidez, perceber em que ponto é que está, há quanto tempo é que soube, para perceber também se ainda está na reacção de choque ou se já sabe há mais tempo e continua em choque, depois ir pela lógica e perceber se já sabe alguém, como é que é com a rede, quem sabe o que é que diz, o que é que não diz, e ela, qual é que é a reacção dela, razões para um lado, razões para outro e perceber também qual é que é o espaço que ela tem para querer pensar sobre o assunto. Acho que a diferença é se alguém quer uma solução mais imediata, quer uma informação e pronto, e aí tento abrir espaço mas às vezes não dá.</p> <p>O pedido diverge muito, às vezes não têm pedido e eu acho que o nosso papel também é ajuda-las a clarificar qual é o pedido que podem ter</p>	<p>Depende do estado emocional</p> <p>Dados da gravidez</p> <p>Familiares e tipo de apoio, sim ou não</p>

	<p>Eu acho que as pessoas sinceramente... Estas dúvidas mais práticas, quando é mesmo um discernimento, não é tanto dúvidas práticas que têm, elas querem é que alguém lhes resolva o problema, estão aflitas e portanto não há nestes casos... é a aflição que as leva a ligar e não é tanto... e no fundo se calhar têm a esperança ainda de poder não ser verdade. Mas depois estou a pensar que nunca dei muita informação e sobretudo num primeiro telefonema, porque na verdade não era tanto isso que era pedido. Às vezes pode acontecer, mas normalmente não são discernimentos. Ou é uma pessoa que já está a ponderar prosseguir e precisa de uma ajuda só para perceber o contrato de trabalho, mas isso normalmente são as mais decididas. As que estão muito na dúvida eu acho que não têm muitas perguntas objectivas. (P5)</p>	<p>As vezes não há pedido!</p> <p>Querem que alguém lhes resolva o problema</p> <p>Estão aflitas</p>
	<p>Primeiro tento perceber o que é que a mulher quer, e se é um pedido de ajuda perceber se é para ela, se está grávida ou se não está grávida.</p> <p>À partida quando eu lhe pergunto o que é que ela quer ao ligar para a linha percebo mais ou menos o pedido dela, se for ambíguo pergunto-lhe o que é que ela achava que era melhor nesta fase, e se o problema for a reacção tento explorar a reacção dela, das outras pessoas, o que é que ela sente em relação a isso, o que é que já lhe passou pela cabeça. (P6)</p>	<p>Saber o que a mulher quer</p> <p>Em fase da gravidez está</p> <p>Saber o que ela sente e o que ela pensa</p>

Criar empatia		
<p>Sorrir, moderar a voz Adequar a linguagem Respeitar silêncios Receber e dar feedback</p>	<p>portanto é eu estabelecer relação, conter a pessoa, retirar algumas informações e também dar algumas informações muito básicas. (P1)</p>	<p>Estabelecer relação, conter, retirar e dar informação básicas</p>
<p>Manter contacto e mostrar disponibilidade</p>	<p>e nós tentamos compreender, porque muitas das vezes estas pessoas procuram-nos porque não têm quem as compreenda, e o que fazemos é ouvi-las, faze-las sentir-se compreendidas, porque muitas vezes o primeiro impulso das pessoas que as rodeiam é pensar no bebé</p>	<p>Compreender Ouvir</p>

	é uma pessoa neutra que simplesmente as ouve e compreende nas palavras que são ditas (P4)	Sentirem-se compreendidas
Gerar um espaço de apoio à decisão		
<p>Escuta activa</p> <p>Funcionar em espelho</p> <p>Devolver interrogações</p> <p>Citar passagens</p> <p>Identificar emoções</p> <p>Mostrar neutralidade</p>	<p>Portanto, fazer a mulher perceber que a decisão é dela, dar algumas questões médicas, de saúde e jurídicas, e depois fazer com a mulher um caminho em que a mulher vai reconhecendo como é que poderá ser o futuro prosseguindo com a gravidez e como é que poderá ser não prosseguindo.</p> <p>tem um espaço neutro em que há influência, sim, mas é um espaço em que ela pode ser ela, em que pode colocar-se ela no centro e pensar nela e no futuro dela e por isso a decisão é dela.</p> <p>as mulheres poderem ter um espaço onde possam colocar esta questão: porquê, se há mais opções, se não há, como é que eu vou ficar depois, como é que vai ser depois, quais é que são as consequências</p> <p>Quais são os pontos a favor, quais são os pontos contra, para cada uma das situações e acima de tudo perceber qual é o desejo de maternidade dela. Ela sempre desejou ser mãe? Pqq considera interromper a gravidez? É por uma questão interna? Ela nunca quis ser mãe? Ela não quer mesmo ser mãe ou existem questões externas que estão aqui a dificultar esta decisão como por exemplo os problemas no trabalho, os problemas que vão dar com a entidade patronal, ou muitas vezes existe o pai do bebé que não aceita a gravidez e ameaça abandonar a relação, ou até mesmo a família, o peso da família, que quando a mulher vive em casa dos pais está aqui o peso da família, das questões familiares. É um bocadinho por aqui. (P1)</p>	<p>Fazer a mulher perceber que a decisão é dela</p> <p>Dar informações</p> <p>Fazer um caminho em que a pessoa reconhece como poderá ser o futuro prosseguindo vs interrompendo a gravidez</p> <p>Espaço neutro – mulher no centro, onde pode colocar questões e pensar em alternativas/ Consequências</p> <p>Perceber qual o desejo de maternidade da</p>

		mulher – factores que podem influenciar a decisão
	Tento perceber porque é que elas se encontram numa situação ambivalente e explorar um bocadinho isso. Porque é que ela se sente dividida. É porque não tem uma relação estável com o pai do bebé, é porque tem medo de contar os pais dela, é porque está desempregada e já tem mais filhos e acha que este filho não vem no melhor momento e não vai ter capacidade de cuidar dele, pronto, tentar perceber um bocadinho os porquês dela para estar com estas dúvidas. E depois ajuda-la a encontrar as respostas mais acertadas para o caso dela, para que ela possa responder a essas dúvidas que tem e para que possa tomar uma decisão. (P3)	Perceber porque é que se encontram numa situação ambivalente – quais os factores que podem influenciar a decisão Ajuda-la a encontrar as respostas mais acertadas para o caso dela
	Portanto, quando estamos numa situação de dúvida, nós ouvimos esta dúvida e mais do que ouvir, nós fazemos eco daquilo que a pessoa nos diz Portanto nós concentramo-nos nelas, ouvimos as dificuldades que são expressas por elas e sobretudo fazemos eco daquilo que elas dizem e é aí que nós nos colocamos, ou pelo menos - não posso falar por todas as pessoas da minha equipa - mas a minha abordagem é colocar-me numa posição neutra onde eu oiço as motivações intrínsecas e extrínsecas da mulher e coloco-me numa posição neutra e simplesmente faço eco daquilo que ela diz. Ao fazer eco daquilo que ela diz, ela própria vai chegando a uma resposta, à sua resposta verdadeira, sem ser influenciada porque isso não é justo para ela, mas como esta ambivalência é geral e confunde a pessoa nos seus pensamentos e nas suas emoções, muitas vezes não é fácil chegar à resposta sozinha e ao ter	Ouvir e repetir Fazer eco do que a pessoa diz Colocar numa posição neutra – ouvir motivações intrínsecas e extrínsecas da

	<p>alguém a repetir aquilo que ela diz começa a fazer sentido, seja para não prosseguir ou seja para prosseguir com a gravidez</p> <p>Eu tenho de responder da forma mais neutra possível, porque esta mulher está num estado de confusão em que não sabe para que lado há de decidir e quer encontrar uma resposta a todo o custo, mas se for outra pessoa a dar-lhe essa resposta, possivelmente ela não conseguirá viver essa resposta, se não vier mesmo das conclusões que ela tira sozinha. Ela poderá não conseguir responder aquilo que lhe é imposto e isso ainda vai fazer com que ela sofra ainda mais, portanto o nosso papel aqui é simplesmente responder às perguntas que são feitas com a realidade que existe e fazer eco das motivações delas, para que elas consigam responder à conclusão, viver a conclusão que retiram desta situação. (P4)</p>	<p>mulher e fazer eco</p> <p>A ambivalência de sentimentos confunde as pessoas, por isso repetir o que ela diz ajuda-a a chegar à sua própria resposta, seja para prosseguir ou não. Tem de vir das conclusões que tira sozinha se não pode não conseguir responder ao que lhe é imposto e sofre ainda mais.</p> <p>Papel do técnico: responder às perguntas e fazer eco das motivações</p>
--	---	---

	<p>Eu acho que em primeiro lugar é ouvir, é dar espaço. A pessoa sentir que do outro lado tem alguém com quem possa falar porque eu acho que o grande papel da linha é, no limite, que a mulher se oiça a ela própria, que consiga pensar naquilo que se está a passar com a vida dela. Não quer dizer que seja isso que ela vem à procura, e sobretudo conscientemente, mas eu acho que o papel da linha é muito este, portanto, eu primeiro lugar é criar relação e criar este espaço para a pessoa pensar e poder pôr várias hipóteses, maldizer tudo, queixar-se, chorar, o que seja... para poder depois desta reacção emocional então começar a elaborar qualquer coisa mais do ponto de vista intelectual, cognitivo, então começar a pensar aquilo que quer ou não fazer. Eu acho que é aqui que muitas vezes as perdemos, porque é isso, porque mesmo que não seja consciente, há uma decisão de não pensar, porque é uma decisão demasiado difícil e é preciso ter alguma estrutura para enfrentar a decisão que se tem para tomar. (P5)</p>	<p>Ouvir, dar espaço</p> <p>A pessoa sentir que tem alguém com quem possa falar</p> <p>O papel do técnico é fazer com que a mulher se oiça a si própria e consiga pensar na vida dela. Criar relação e espaço para a pessoa poder ter uma reacção emocional e depois elaborar o que quer fazer</p>
	<p>Se ela estiver mesmo em dúvida e o problema dela for uma questão de não saber ainda se quer prosseguir ou se não quer prosseguir, eu vou reflectindo aquilo que ela diz e tentando fazer eco do que ela vai dizendo para ela, quase como se fosse para ela se ouvir a ela própria e ter um espelho em que lhe vai dizendo “Ok, está-me a dizer que tal...” (P6)</p>	<p>Se ela estiver em dúvida, vou reflectir e fazer eco do que ela vai dizendo, como um espelho, para ela se ouvir a ela própria</p>

Prestar informações e esclarecer dúvidas		
<p>Sobre IVG e apoios à gravidez</p> <p>Respostas institucionais</p> <p>Quadro legal</p> <p>Outras</p>	<p>Vou dando a informação tendo como ponto principal aquilo que eu percebo que é o estado emocional da pessoa que nos liga, se a pessoa que nos liga está emocionalmente muito frágil, eu vou dando informações muito básicas, vou centrando em respostas muito básicas, curtas, questões muito concretas sobre imagine, tempos para fazer IVG ou instituições que a podem ajudar no local onde ela reside, ou às vezes questionam uma possível retirada, será que me vão tirar o bebé, portanto eu tento responder, dar respostas claras, concretas a perguntas também concretas</p> <p>A primeira informação é: a mulher é que decide, a decisão é da mulher. Procuo deixar bem claro que nós estamos aqui para ajudar a mulher a decidir por ela própria aquilo que quer para a sua vida, aquilo que a poderá tornar mais realizada, mais feliz no futuro. Isto aqui é ponto assente. E por isso podemos esclarecer, dar alguns esclarecimentos, nós não somos especialistas, mas daquilo que sabemos a nível médico sobre a gravidez dela, a nível jurídico, até que ponto é que é possível ou não fazer IVG de acordo com o tempo de gestação que ela tem e de acordo com as razões que a levam a ponderar a IVG, porque se for até as 10 semanas é por opção da mulher, se for até as 12 semanas é por risco para a mulher, portanto cada alínea da lei que contempla a exclusão da ilicitude de aborto tem de ser vista de acordo com a situação que a mulher apresenta. (P1)</p>	<p>Dar informações tendo em conta o estado emocional da pessoa.</p> <p>Dar respostas claras e concretas</p> <p>Primeira informação: a decisão é da mulher.</p> <p>Prestar informações e esclarecer dúvidas a nível de saúde, jurídico, legal</p>
	<p>de acordo com as dificuldades que ela vai apresentando, tentando responder também um bocadinho tendo em conta aqui a nossa experiência e os apoios que nós podemos dar, com coisas concretas. Por exemplo ela diz que não contou ainda à família ou que tem medo, eu tento perceber porque é que ela ainda não contou e porque é que tem medo, qual é que é a relação que tem com a família, porque é que tem esse medo, é porque acha que a mãe vai pôr fora de casa, ou porque acha que a mãe não a vai apoiar, pronto, tentar perceber um bocadinho... em relação ao pai do bebé por exemplo se ela diz que tem dúvidas se vai ter o bebé ou não porque não está com o pai do bebé, normalmente eu pergunto “mas se não tivesse o seu bebé tem a certeza que o pai do seu bebé ia ficar</p>	<p>Dar informação de acordo com as dificuldades que a mulher apresenta e de acordo com a experiência do profissional e</p>

	<p>consigo?”, fazer um bocado a pergunta inversa para a pôr a pensar se ela tem a certeza que a relação está garantida, quer tenha bebé ou não tenha bebé, porque isso não depende de um bebé como é óbvio. Pronto, é um bocadinho por aqui! Ou tem um problema de saúde e acha que pode pôr em risco a sua vida, ou não tem a certeza se o bebé está bem, oferecer também apoio, a possibilidade de ela confirmar se está tudo bem com ela e com o seu bebé, encaminhando para os cuidados de saúde. (P3)</p>	<p>dos apoios concretos que a instituição pode dar.</p>
	<p>e a partir daí vamos tentar informar tento em conta o que lhes é urgente neste momento.</p> <p>e portanto a partir das dificuldades que são expressas nós tentamos responder tendo em conta os recursos que temos e aquilo que a pessoa necessita com maior urgência.</p> <p>Se elas me perguntam qual é o tempo legal para realizar uma IVG, eu vou responder o tempo legal, em Portugal é 10 semanas e explico-lhe a lei, tal como está escrita. E se ela me perguntar que recursos é que posso obter destas instituições de apoio a grávidas, eu vou-lhe responder os recursos que nós temos, os apoios que nós temos, as casas de acolhimento, as condições que nós temos para conseguir ajuda-las naquilo que é essencial, não a longo prazo por vezes, mas naquilo que é mais urgente e no básico que é necessário para prosseguir uma gravidez, nós conseguimos apoiar. Se elas perguntam em relação à família, em relação ao conjugue, eu não posso responder por elas, isso é uma coisa que tem de ser trabalhada com elas, tem de ser trabalhada com a família, tem de ser trabalhada com o conjugue, não posso responder-lhes a uma coisa que só depende delas e das pessoas que fazem parte da sua rede</p> <p>Se uma pessoa quer prosseguir com a gravidez e já tomou essa decisão, mas necessita daqui de vários apoios, nós também vamos informa-la de todos os apoios que existem. (P4)</p>	<p>A partir das dificuldades expressas, dar informações concretas (tempos legais) e apresentar os recursos que temos (apoio social, apoio em bens, casa de acolhimento)</p> <p>Se a pessoa quer prosseguir a gravidez informamos todos os apoios que existem</p>
	<p>Eu dou a informação que me é pedida. Eu nunca dou informação que não me é pedida. Portanto pergunto se a própria pessoa não sabe o que é que quer saber, então vamos atrás do que ela quer saber.</p> <p>Por isso dou a informação que me vão pendido. E depois à medida que o processo vai avançando a pessoa vai tendo mais perguntas e se calhar mais objectivas e aí depois podemos dar mais: dos</p>	<p>Dou a informação que me é pedida – vou atrás do que a pessoa quer saber. À medida</p>

	<p>apoios, das alternativas que existem, de como é que é o aborto e como é que não é, de quais é que são os procedimentos, quais é que são os timings, até quando é que têm e não têm, pronto, aí já é mais objectivo. (P5)</p>	<p>que o processo vai avançando a pessoa vai tendo mais perguntas e estas são mais objectivas (apoios, das alternativas que existem, dúvidas sobre IVG, tempos legais e procedimentos)</p>
	<p>Se ela já estiver inclinada para o prosseguir e o problema for não ter apoio ou dificuldades económicas, aí eu acho que é uma forma de não sermos neutros mas de lhe dizer o que fazemos e um caso parecido com o dela que tipo de apoio é que poderia ter da nossa parte. Apoio específico à maternidade e não ao discernimento. Que apoio podemos dar se a decisão for prosseguir com a gravidez e a decisão estar a pender para esse lado. (P6)</p>	<p>Se a mulher quer prosseguir, informo que apoios pode ter da nossa parte - apoio específico à maternidade e não ao discernimento.</p>

Limites e barreiras do procedimento		
<p>Uso da linha telefónica A voz como instrumento de trabalho</p>	<p>porque também não temos a possibilidade de em tempo útil depois conseguir organizar a pessoa, a pessoa não está ali à nossa frente, não a conhecemos de lado nenhum, não há nenhuma relação física, fisicamente não nos conhecemos</p> <p>A contenção ao telefone funciona mas funciona num primeiro atendimento e num segundo, mas quer dizer, a pessoa depois não vê, não vê realmente na vida dela, não se concretiza na vida dela,</p>	

A distância que pode surgir no discurso institucional/vulgar	fisicamente, essa ajuda, existe uma voz do outro lado da linha, eu sei lá o que existe mais, não é? (P1)	
	As desvantagens do atendimento telefónico são, bem há coisas que são vantagens que se tornam desvantagens. O facto de ser curto, não consegue ser muito grande, é mais fácil esconder alguma parte de emoção, é mais fácil esconder aquilo que a pessoa está a sentir por isso isto são desvantagens para o nosso acompanhamento, é mais difícil para nós percebermos o que é que a pessoa está a sentir, perceber tudo o que é linguagem corporal que é importantíssimo e é comunicação também, e não conseguimos perceber. É mais difícil criar empatia e relação com a pessoa só pelo telefone, é possível mas é mais difícil e menos imediato. Pronto, acho que é menos pessoal e é mais curto e é mais fácil de a pessoa, se quiser - isto pode ser uma vantagem para as pessoas - as pessoas podem desligar a qualquer momento e não quer ouvir mais ou não quer saber – para nós é mais fácil perder a pessoa. (P2)	
	A primeira dificuldade que me surge tem a ver com o facto de não haver um contacto directo não é. Se por um lado o contacto telefónico acaba por ser um bocado impessoal e se calhar por isso é que muitas mulheres nos procuram porque não há o cara a cara e talvez seja mais fácil falar sobre um assunto que é tão delicado ao telefone com uma pessoa que não se conhece – para nós dificulta um bocado depois o apoio seguinte, porque enquanto tentamos promover um contacto pessoal e ir ao encontro da pessoa, pronto, darmos esse passo seguinte para que apoio depois possa ser mais sustentado, muitas vezes do lado de lá há essa dificuldade não é, a pessoa não deixa. Ou quando tentamos ligar uma segunda vez já não nos atendem, ou o telefone não funciona, pronto há assim alguns constrangimentos associados ao facto de ser um contacto telefónico. o primeiro contacto é mesmo determinante e temos de apostar todos os nossos créditos nesse primeiro contacto porque não sabemos se vamos ter um seguinte ou se vamos conseguir passar para um contacto pessoal. (P3)	
	uma chamada, pronto, não é o mesmo acompanhamento compreensivo, afectivo, não tem o mesmo acolhimento que um encontro pessoal e nós achamos que um encontro pessoal, a pessoa não só conhecemos melhor, a pessoa também cria uma maior aliança connosco e também há toda uma maior naturalidade no discurso que é feito. (P4)	A chamada telefónica permite utilizar a voz mas não é o mesmo que

		num encontro presencial
	<p>Explico a importância de haver um contacto presencial e da pessoa se sentir apoiada mais efectivamente.</p> <p>Obviamente que a informação não é uma opinião, isso é diferente, e às vezes isso é difícil de distinguir.</p> <p>Eu diria sempre fui muito mais a favor do presencial. Pela questão da relação. A qualidade da relação, o facto da relação poder ser mais completa, ter mais dados para poder ser mais completa em termos de relação humana. (P5)</p>	<p>Prefiro o encontro presencial pelo facto de relação ser mais completa em termos de relações humanas</p>
Vantagens e potencialidades do procedimento		
	<p>Vantagens é a pessoa poder-se sentir anónima e fala connosco e não tem de dar uma cara. Às vezes há pessoas que não dizem logo à partida o nome, não querem dizer e depois só no fim do telefonema é que dizem. Por isso acho que as vantagens são: falar com alguém que não conhecemos e que provavelmente nunca vamos ver a cara, por isso manter o anonimato. Outra vantagem é o estar 24 horas disponível, por isso num momento de crise a pessoa pode ligar - o encontro presencial depois tem de ser marcado e não é imediato quando eu preciso naquele momento. Por isso acho que é o facto de ser imediato e o facto de poder ser anónimo se a pessoa quiser. E ser alguém externo que não conhece a pessoa e de a pessoa se poder sentir mais livre de dizer tudo a alguém que não, que ainda não a conhece. Por isso é mais fácil dizermos isso do zero a quem não conhecemos. (P2)</p> <p>Eu acho que, numa situação tao delicada e tao pessoal como é uma gravidez, e como a maioria das mulheres que nos contactam para a linha acabam por confirmar que a gravidez não foi planeada ou muitas vezes não é desejada, se calhar o contacto telefónico acontecer em primeiro lugar é capaz de ser mais vantajoso pensando no ponto de vista delas, e por isso nós é que temos de nos ajustar e tentar dar o máximo para ir ao encontro das necessidades delas e estarmos cada vez mais preparadas pra poder responder. (P3)</p>	

	<p>Eu acho que a informação dada quando é pedida pode aumentar a liberdade. Porque eu desinformada a minha liberdade está mais condicionada pela desinformação. Pronto. Eu acredito que pode ser uma ajuda, isso acho que sim. A informação pode ser uma ajuda</p> <p>Acho que hoje em dia, o contacto telefónico tem mais potencial que nós se calhar não exploramos tanto. Porque eu acho que a vantagem do telefone também é esse anonimato de alguma forma. E eu acho que para a mulher, eu acho que é sentido como uma vantagem e o presencial retira-lhe isso.</p> <p>E aquilo que eu acho que ajudou é exatamente isso que eu dizia no principio, que é quando a pessoa quer pensar é ter alguém disponível para poder conversar sobre isso, sobre aquilo em que está a pensar (P5)</p>	<p>A informação pode ser uma ajuda e reforça a liberdade de escolha.</p> <p>A vantagem do telefone para a mulher é o anonimato que ela quer manter.</p> <p>Poder conversar com alguém que nos ajuda a pensar</p>
	<p>Eu acho que é uma vantagem o primeiro ser por telefone porque é mais fácil a pessoa ligar de qualquer sítio a qualquer hora, porque não tem o estigma de ir a um sitio que é de apoio a grávidas quando ela não quer estar grávida, ou que ainda que ela queira estar grávida ter de assumir isso numa altura em que ainda nem acredita nisso e não integrou ainda a notícia, por isso acho que o primeiro contacto é melhor ser por telefone. (P6)</p>	<p>Vantagem da facilidade de contacto telefónico, ligar de qualquer lugar e a qualquer hora</p>

<p>Questões éticas Dilemas éticos</p>		
<p>Princípios morais e valores éticos orientadores do discurso e da conduta profissional</p>	<p>muitas vezes, as nossas convicções pessoais vêm ao de cima é muito difícil quando as pessoas que estão à nossa frente têm uma perspectiva de vida muito diferente da nossa é muito difícil nós olharmos para aquela mulher e calçarmos os sapatos dela. Em todo o caso, nós temos interiorizado toda a conversa e tudo aquilo que temos de fazer. Se não sai automaticamente, vindo do coração, isto sai mecanicamente porque é esta a actividade profissional em que eu estou.</p>	<p>A neutralidade é difícil de encontrar, sobretudo quando a</p>

	<p>às vezes temos de parar e lembrar quais são os procedimentos, este é o nosso trabalho e é assim que nós temos de trabalhar. E depois até nos surpreendemos, porque começamos a conhecer melhor as mulheres, as mulheres começam a abrir mais e aquilo que parecia mecânico e que não havia ali grande empatia e que havia ali uma grande dificuldade de chegar, até se torna mais suave e as coisas até funcionam, surpreendentemente as coisas até funcionam. Mas esta neutralidade é muito difícil de encontrar (P1)</p>	<p>perspectiva das mulheres é muito diferente da nossa, mas somos profissionais e por isso temos de nos lembrar quais são os procedimentos e como é que temos de trabalhar, e à medida que começamos a conhecer as mulheres começamos a criar empatia e aquilo que parecia mecânico começa a ser mais suave e funciona.</p>
	<p>as histórias que as mulheres nos procuram são muito variadas e muitas vezes, falando agora da minha experiência pessoal, eu acho que fico a pensar depois de falar com elas e muitas vezes quando ainda estou a falar penso “e se fosse eu? Se fosse eu como é que eu iria reagir a uma situação destas e, portanto, o que eu tento fazer é “não as condenar”, não julgar, porque às vezes há essa tentação e eu faço por mim, quando eu oiço elas contarem aquilo que se passou, inconscientemente estou a fazer juízos de valor ou estou a pensar “mas porque é que ela fez assim se já sabia que isto ia</p>	<p>Às vezes penso “e se fosse eu?”, às vezes faço juízos de valor. O que tento fazer é não</p>

	<p>acontecer?” ou então porque é que não fez de outra maneira. E tentar depois na conversa com elas não devolver a informação com juízos de valor, o que não é fácil. Tentar devolver o mais isenta possível. Eu acho que isso, não sei se se pode chamar um dilema ético mas acho que se calhar é mesmo uma questão mais difícil, que é tentar ser imparcial mas ao mesmo tempo continuar a ser uma ouvinte e passar a mensagem de que podemos ser um apoio.</p> <p>Eu acho que sim, eu acho que [o acompanhamento dado pela linha de emergência do AV] influencia de uma forma determinante. Eu quero acreditar que de uma forma positiva, eu acho que é isso que nós tentamos aqui fazer, se bem que eu acho que por vezes podemos correr o risco de influenciar de forma negativa, é preciso ter muito cuidado, as palavras têm de ser muito bem medidas e utilizadas num contexto mais favorável, e muitas vezes numa conversa normal é difícil porque nós não estamos a pensar, tudo aquilo que nós dizemos num discurso não está a ser pensado não é, sai de uma forma mais ou menos automática, e às vezes podemos estar a dizer coisas que a outra pessoa não está à espera ou que não compreende da mesma forma que nós pretendemos que a mensagem chegue, e por isso às vezes aquilo que nós temos para dizer e para oferecer pode não ser aquilo que a outra pessoa espera do lado de lá e então o contributo pode ser negativo. Mas eu acredito que na maioria das vezes é exactamente o contrário (P3)</p>	<p>condenar e não devolver a informação com juízos de valor, devolve-la a mais isenta possível, o que não é fácil.</p> <p>Às vezes podemos correr o risco de influenciar de forma negativa – as palavras têm de ser bem medidas e utilizadas num contexto favorável, e por vezes é difícil porque num discurso em directo não conseguimos avaliar cada palavra que vamos dizer e a pessoa pode não estar à espera de ouvir</p>
--	--	--

	<p>nós apesar de sermos técnicos também temos a nossa parte emocional, as nossas crenças, os nossos valores, e isso é muito difícil enquanto profissional de saúde mental, enquanto técnico de outra vertente, por vezes é muito difícil afastarmo-nos das nossas crenças e conseguirmos produzir um discurso completamente imparcial à outra pessoa. Mas eu acho que isso, neste trabalho principalmente, eu acho que é algo que deve ser respeitado. Lá está, como eu lhe disse, deve ser algo que deve ser respeitado, porque se não for respeitado estamos a impor pensamentos à outra pessoa, pensamentos que essa pessoa pode não conseguir lidar de forma saudável. (P4)</p>	<p>É difícil afastar os nossos valores e crenças e produzir um discurso imparcial, mas é algo que tem de ser respeitado se não estamos a impor pensamentos à outra pessoa – temos de conseguir manter a neutralidade</p>
--	---	--