



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

O QUE LEVA UMA MULHER A PROSSEGUIR
UMA GRAVIDEZ INESPERADA APÓS PONDERAR
A SUA INTERRUPÇÃO? - EXPERIÊNCIA E
PERSPETIVAS DE UM GRUPO DE MULHERES
PORTUGUESAS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Ana Filipa Miranda de Azevedo

Porto, julho de 2021



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

O QUE LEVA UMA MULHER A PROSSEGUIR
UMA GRAVIDEZ INESPERADA APÓS PONDERAR
A SUA INTERRUPÇÃO? - EXPERIÊNCIA E
PERSPETIVAS DE UM GRUPO DE MULHERES
PORTUGUESAS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Ana Filipa Miranda de Azevedo

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Maria Raul Lobo Xavier

Porto, julho de 2021

Agradecimentos

Até aqui chegar, foram vários aqueles que por mim passaram. Foram vários aqueles que me ensinaram a ser e a ver, e foram também vários aqueles que contribuíram para que aqui estivesse. A todos aqueles com quem me cruzei, na vida, no recreio ou no corredor não interessa de onde, mas que de forma ingénua me fizeram refletir.

Quero agradecer em primeiro lugar à minha família, que sempre me exigiu serenamente o essencial - que me superasse. Sustentando sempre este meu desejo imperativo de me tornar psicóloga.

Agradeço a todos os que fizeram parte, no tempo, no espaço e no processo de concretização deste trabalho. Em especial às mulheres que permitiram que este estudo acontecesse, recordando todas as outras que possam aqui vir a ser espelhadas.

Faço também um agradecimento à Prof. Dra. Maria Raul Xavier, orientadora deste trabalho, pela sua cooperação, confiança e simpatia nesta área pela qual ambas nutrimos comum interesse - a gravidez.

Ao corpo docente do mestrado em Psicologia Clínica da FEP - Universidade Católica Portuguesa, pelo prestígio, qualidade e exigência certas, e em especial à Prof. Dra. Mariana Negrão que tão bem me soube provocar, desafiando-me a lutar por este trabalho.

A toda a equipa da Associação Vida Norte, pelo apoio, motivação e conexão, e também à Associação Apoio à Vida, pela colaboração e disponibilidade.

Aos meus colegas de curso, em especial à Catarina e à Joana, que comigo partilharam a carteira, a sala virtual e a mesa do café, em várias horas nem sempre nobres.

Aos meus amigos que tão pacientemente aguardaram pela finalização deste objetivo para que abrissemos a garrafa, e brindássemos.

Ao António, que esteve comigo, sempre.

“You never really understand a person until you consider things from his point of view...
Until you climb inside of his skin and walk around in it.”

Harper Lee, To Kill a Mockingbird

Índice:

Lista de anexos	1
Lista de abreviaturas.....	2
Resumo	3
Abstract.....	4
Introdução.....	5
I. Enquadramento teórico	7
1.1. Em torno da Gravidez	7
1.1.1. A Gravidez e a Maternidade.....	7
1.1.2. O Desejo e Planeamento da Gravidez	9
1.2. Saúde Reprodutiva, Planeamento familiar e IVG	12
1.3. Processo de Tomada de Decisão	15
II. Método.....	18
2.1. Objetivos específicos e Questões de Investigação	19
2.2. Participantes	19
2.3. Instrumentos	20
2.4. Procedimentos	21
2.4.1. Questões éticas e deontológicas	21
2.4.2. Recolhas de dados	21
2.4.3. Tratamento de dados e Análise de dados	22
III. Apresentação e discussão dos resultados	22
Conclusão	31
Referências Bibliográficas	34
Anexos	46

Lista de anexos

Anexo I - Guião de entrevista

Anexo II - Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Anexo III - Sistema Geral de Categorias

Anexo IV - Descrição de Categorias

Anexo V - COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

Lista de abreviaturas

DGS - Direção Geral de Saúde

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não governamental

WHO – *World Health Organization*

Resumo

Apesar do investimento nos cuidados de saúde reprodutiva, nomeadamente ao nível das medidas de Planeamento familiar e contraceção no nosso país, a gravidez inesperada ainda ocorre, pressupondo, em vários casos, uma tomada de decisão entre prosseguir ou interromper a gestação que não foi planeada. Os estudos apontam que para muitas mulheres o processo decisório é complexo, sendo influenciado e /ou condicionado por diversos fatores. O presente estudo exploratório tem como objetivo geral explorar (retrospectivamente) as experiências e significados sobre a tomada de decisão de um grupo de mulheres que consideraram a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) e prosseguiram a gravidez, pretendendo reconhecer as suas experiências e expectativas durante o processo de tomada de decisão. As participantes foram 5 mulheres selecionadas através de um processo de amostragem não probabilística por conveniência. Atendendo à metodologia qualitativa foram realizadas entrevistas a partir de um guião elaborado para o efeito, recorrendo-se posteriormente a uma abordagem semi indutiva dos dados com recurso ao software NVivo. Os resultados principais indicam a utilização inadequada dos métodos contraceptivos no período da ocorrência da gravidez inesperada e a não realização de consultas de planeamento familiar, ainda que disponibilizadas pelo sistema de saúde público. Demonstraram também a complexa vivência psicológica associada ao processo de ponderação da sua interrupção, influenciada por múltiplos fatores, entre eles o suporte do companheiro e de outras figuras significativas. Os resultados mostram a necessidade de fomentar recursos direcionados para o apoio psicológico destas mulheres, no período de ponderação perante uma gravidez inesperada.

Palavras-chave: saúde reprodutiva e planeamento familiar; contraceção; gravidez inesperada; IVG; tomada de decisão;

Abstract

Despite the investment in reproductive healthcare, namely in terms of family planning and contraception measures in our country, unexpected pregnancy still occurs, presupposing, in several cases, a decision made between continuing or interrupting an unplanned pregnancy. Studies show that for many women the decision-making process is complex, being influenced and/or conditioned by several factors. This exploratory study aims to explore (retrospectively) the experiences and meanings of decision-making by a group of women who considered the Voluntary Interruption of Pregnancy and continued their pregnancy, intending to recognize their experiences and expectations during the decision-making process. Participants were 5 women selected through a non-probabilistic convenience sampling process. Taking into account the qualitative methodology, interviews were carried out from a script prepared for this purpose, later resorting to a semi-inductive data approach using the NVivo software. The main results indicate the inadequate use of contraceptive methods during the period of the occurrence of the unexpected pregnancy, and the non-attendance of family planning consultations, even if made available by the public health system. They also demonstrated the complex psychological experience associated with receiving news of the unplanned pregnancy and the weighing process of its interruption, influenced by multiple factors, including the support of the partner and other significant figures. The results show the need to foster resources aimed at the psychological support of these women, during the period of pondering when faced with an unexpected pregnancy.

Keywords: reproductive health and family planning; unintended pregnancy; voluntary interruption of pregnancy; decision making;

Introdução

Os anos reprodutivos fornecem à mulher e ao casal a oportunidade de se reproduzirem e conceberem livremente. Todavia, atualmente, devido a vários fatores, a contraceção e o planeamento familiar são cada vez mais uma opção da mulher e do casal na prevenção de uma gravidez inesperada (Águas et al., 2016; Cameira et al., 2000; de Oliveira Santos et al., 2019). Sabe-se, no entanto, que mesmo assim, a eficácia dos métodos contraceptivos pode ficar comprometida quando utilizados de forma inconsistente, o que poderá repercutir-se na ocorrência inesperada de uma gestação (Nikkhesal et al., 2018; Santos, 2017).

Segundo os dados demográficos mais recentes disponíveis, em 2018 nasceram em Portugal cerca de 87.020 bebés e nesse mesmo ano foram registadas 14.928 Interrupções Voluntárias da Gravidez (IVG) (Pordata, 2020). Considerando-se o total de gestações ocorridas no mundo anualmente, calcula-se que uma parcela ocorra de forma não planeada, sendo que, apesar de uma parte destas mulheres recorrer à sua interrupção, uma outra parte opta por prosseguir-la (Singh et al., 2010). Esta opção de prosseguir a gravidez pode pressupor uma tomada de decisão, que contempla um tempo de reflexão geralmente denominado de discernimento, no qual é ponderada a decisão sobre prosseguir ou interromper a gestação (Alarcão, 2000; Carter & McGoldrick, 1995). Este processo é descrito como sendo complexo, tendo por isso impacto na dimensão emocional da mulher e daqueles que fazem parte da sua vida (Major et al., 2009).

Vários autores salientam o impacto do apoio da rede de suporte próxima para a tomada de decisão da mulher (Frederico et al., 2018; Pereira et al., 2017). Apontando-se que outras entidades externas, nomeadamente instituições e serviços de apoio psicológico e/ ou social, poderão ter também um papel relevante no processo (Vlemmix et al., 2013).

Embora existam diversos estudos essencialmente atentos à opção pelo aborto e focados na vivência das mulheres no período após o processo decisório, (e.g., Engelbert Bain et al., 2020; Pereira & Canavarro, 2019) são ainda poucos os estudos nacionais e internacionais, centrados no processo de tomada de decisão – entre a descoberta da gravidez e a decisão final - das mulheres adultas que prosseguiram uma gravidez inesperada (e.g., Gorjão, 2017; Horvarth & Schreiber, 2017; Nery, 2017). Torna-se, pois, importante olhar para o complexo processo decisório, dando voz às próprias mulheres, no sentido de aumentar o conhecimento sobre a vivência do processo de tomada de decisão. Procura-se desta forma contribuir para o desenvolvimento e implementação de medidas ajustadas às necessidades específicas das mesmas.

Tanto quanto é do nosso conhecimento, este é o primeiro estudo nacional sobre a temática. Trata-se de um estudo exploratório, integrado num projeto mais alargado sobre a realização de IVG e que tem como objetivo geral explorar (retrospectivamente) as experiências e significados sobre a tomada de decisão de um grupo de mulheres que consideraram uma I.V.G. e prosseguiram a gravidez. Assim, desejaremos reconhecer as suas experiências e perspectivas sobre o processo de tomada de decisão, dando voz às próprias, enquanto especialistas experienciais (Morse, 1991), recorrendo à entrevista em profundidade.

Este trabalho estará organizado em três partes: uma primeira parte referente ao Enquadramento Teórico e estado da arte sobre o tema, uma segunda parte correspondente à descrição do processo metodológico do estudo e por último a apresentação e discussão dos resultados e respetiva conclusão.

I. Enquadramento teórico

1.1. Em torno da Gravidez

1.1.1. A Gravidez e a Maternidade

A gravidez assume-se como o primeiro vínculo criado entre pais e filho, sendo por isso, o início de todo o processo de maternidade (Maldonado, 2013).

A gestação constitui-se como um desafio físico e psicossocial para a mulher, quer no seu espaço intrapessoal, onde são projetadas as suas ansiedades e as suas expectativas, quer no seu espaço interpessoal, onde se definem novas representações sociais, novas expectativas e atitudes (Gomes Pedro, 1985; Mendes, 2002).

Neste sentido, a gravidez é um período extremamente significativo para o ciclo de vida de uma mulher sendo descrito também como um período de transição ilustrado por diversas mudanças ao nível pessoal, familiar, social e até mesmo laboral (Moreira et al., 2008). Este processo é também um importante marco na vida do casal, sendo que a vinda do bebé vai pressupor um reajuste permanente do sistema conjugal (Lederman, 1996).

Segundo Canavarro (2001), do ponto de vista psicológico, a gravidez diferencia-se da maternidade. Isto porque, a gravidez é caracterizada como sendo um processo ocorrido no período de 40 semanas que medeia o fenómeno da concepção e o nascimento do novo elemento. Aponta-se este processo como facilitador da preparação física e psicológica para a maternidade, caracterizando-se por múltiplas tarefas que acompanham o desenvolvimento do bebé (Leal, 2005). De acordo com Canavarro (2001), as tarefas presentes na gravidez passam por ensaiar cognitivamente papéis e responsabilidades maternas, fomentar a ligação afetiva à criança, gerir e reajustar as relações pré-existentes, integrar a existência do filho da identidade individual e, paralelamente, aprender a aceitá-lo como um ser único que possui vida própria (Canavarro, 2001). Leal (2005) acrescenta que a maternidade ultrapassa o período gravídico, assumindo-se como um projeto permanente que pressupõe a prestação de cuidados, responsabilidades, atuações e afeto que assegurem um desenvolvimento saudável e equilibrado ao novo membro (Leal, 2005).

Winnicott (1988) destacou o período gestacional como sendo de extrema importância tanto na compreensão do desenvolvimento do bebé, como também das primeiras relações estabelecidas no seio familiar.

De facto, na gravidez, acresce uma maior necessidade de cuidados na mulher, tal como acontece com o futuro bebé (Winnicott, 1999). De acordo com a proposta de Brazelton (2001), aparentemente a gravidez parece encerrar três tarefas diferentes, cada uma delas associada a uma fase do desenvolvimento físico do feto. Na primeira fase, os pais passam por um processo de adaptação à notícia da gravidez, somando-lhe as mudanças no corpo da mãe, mas não ainda da evidência clara de existência do feto. Na segunda fase, os pais progressivamente reconhecem o feto como um ser diferenciado que irá eventualmente separar-se da mãe. Esta assunção é confirmada no momento da denominada “aceleração”, quando o feto parece anunciar a sua presença física. Por último, na terceira fase, os pais tendem a assumir o futuro filho como um indivíduo, e o feto colabora também ele para a sua própria individualização por meio de movimentos, ritmos e níveis de atividade distintos (Brazelton, 2010).

Brazelton (2001) refere que os nove meses de gestação fornecem aos pais a oportunidade de se prepararem tanto ao nível físico como psicológico para o nascimento do bebé. A preparação psicológica, simultaneamente inconsciente e consciente, parece estar intimamente ligada às fases físicas da gravidez na mulher. A partir das suas vivências e desejos, esta vai idealizando o futuro bebé (Szejer & Stewart, 1997). Vão sendo imaginadas as características do novo elemento, sendo que ao longo do tempo, esta idealização, pode desencadear sentimentos de desapontamento ou frustração (Caron, 2000).

Glazier e colaboradores (2014), acrescentam que a ansiedade na grávida pode surgir devido às dificuldades de relacionamentos, sintomas físicos, insegurança na prestação de cuidados dos filhos, parto e ainda alterações hormonais (Glazier et al., 2014).

O apoio recebido e a qualidade da relação com o companheiro são fatores determinantes para o bem-estar da mulher grávida (Deave et al., 2008; Ritter et al., 2000). Desta forma, os parceiros são vistos como a principal fonte de apoio social para a mulher durante a gravidez, sendo que a qualidade desse apoio poderá fortalecer ou desafiar o relacionamento da futura mãe com o parceiro, apontando-se enquanto desafios, as mudanças de prioridades e intimidade, a identidade do casal como família, a divisão de responsabilidades e a tensão financeira (River et al., 2020).

1.1.2. O Desejo e Planeamento da Gravidez

Embora não se verifique uma relação direta entre o planeamento da gravidez e a sua aceitação, para o casal ainda sem filhos, o planeamento parece ser importante enquanto tarefa antecipatória na transição para a parentalidade, sugerindo a intenção do casal em iniciar o seu projeto de parentalidade (Mendes, 2002).

Olhando para o atual cenário ocidental, é possível compreender que a experiência da gravidez sofreu grandes transformações, sendo cada vez mais adiada no tempo, ou até mesmo irrealizada. Observa-se também que os casais têm menos filhos, tendo-os já numa idade mais madura do que anteriormente. Considerando a visão preventiva atual que incentiva e apoia o uso de métodos contraceptivos, o controlo da natalidade torna-se preponderante. Por estes motivos, a maternidade deixa de ser encarada numa lógica sequencial inerente ao ciclo da vida da mulher e do casamento, passando a fazer parte de um projeto de vida mais ponderado (Cameira et al., 2000).

O olhar sobre a saúde reprodutiva e o planeamento familiar ao longo dos anos, teve expressão nas taxas de natalidade e alterações demográficas descendentes na Europa (Santos et al., 2019). De facto, atualmente, a ponderação quanto a ter muitos filhos não se prende com a capacidade de assegurar unicamente a sua sobrevivência. O paradigma tem vindo a mudar, focando-se agora no potencial para fornecer qualidade de vida às gerações seguintes (Leitão, 2018; WHO, 2015). Contudo, embora se sublinhe cada vez mais o comportamento sexual consciente de planeamento da gravidez e o uso de anticoncecionais, a gravidez não planeada ainda ocorre. Por vezes, pela falha ou uso inadequado do contraceptivo, ambivalência sobre a conveniência de ter um filho naquele momento ou mudanças circunstanciais após a conceção. Sabemos também que uma das respostas à gravidez inesperada de uma mulher é a realização da interrupção voluntária da gravidez (IVG) (Águas et al., 2016).

Ainda assim, atualmente, não parece existir uma definição clara dos conceitos de gravidez inesperada, planeada, desejada, indesejada, intencional ou não intencional. Vários estudos sugerem alguma distinção das ideias, embora não seja ainda possível estabilizar os diferentes conceitos (Gomez et al., 2018; Mumford et al., 2016; Singh et al., 2010). Para Barret (2002), definir gravidez não planeada contempla uma visão generalista sobre circunstâncias subjetivas da gravidez. Quer isto dizer, que o termo “não planeada” é amplamente atribuído a diversas particularidades da gravidez. Segundo outros autores (Mosher et al., 2012), as

gravidezes não planeadas podem ser divididas por vários graus de intenção: concepções mal planeadas versus indesejadas, ou também pela reação emocional da mãe à gestação, como por exemplo, sentir-se feliz, ambivalente ou infeliz. Singh e colegas (2010) referem que as gravidezes não planeadas podem dividir-se em dois grupos: as gravidezes não desejadas e as gravidezes fora do tempo desejado, ou seja, as segundas não implicam necessariamente que a mulher não deseje engravidar, mas significam sim que o tempo cronológico em que a gestação ocorre não era o desejado (Singh et al., 2010).

Vários estudos sugerem que existe frequentemente uma lacuna entre sentimentos, comportamentos e intenções relacionados com o desejo, planeamento e intenção porque eles são construtos qualitativamente diferentes e como tal, deverão ser olhados de forma holística (Bachrach & Morgan, 2013; Jones, 2017; Santelli et al., 2006).

Já Aiken e colegas (2015) debruçaram-se sobre a ambivalência do desejo da gravidez, a qual parece incluir sentimentos pouco claros direcionados para a concepção (Aiken et al., 2015). Por seu turno, outras investigações salientam a dimensão da aceitação da gravidez como resposta à confusão de definições existente, incluindo nesta lente de análise o contexto emocional, financeiro, relacional e social da mulher (Borrero et al., 2015; Raphael-Leff, 2005).

Outros estudos (e.g., Aiken et al., 2016; Borrero et al., 2015) revelaram que algumas mulheres tomam decisões pós-concepção sobre se uma gestação é aceitável, independentemente do desejo pré-concepção. Por sua vez, outras mulheres podem não olhar para a gravidez inesperada como um evento negativo (Aiken et al., 2016; Mumford et al., 2016). Parece então ser mais holístico olhar para as mulheres que classificaram uma gravidez como aceitável ou não aceitável após ela ter ocorrido, contrariamente a interpretar o desejo e aceitação no preciso momento em que esta ocorre (Aiken et al., 2016). Santelli e colegas (2003) sugerem que a gravidez desejada se caracteriza como sendo um acontecimento que ocorre cronologicamente alinhado com o plano de vida da mulher e do casal, ou até mais tarde do que o desejado. Os mesmos autores (2003) referem que a gravidez não desejada ocorre quando não existe, no plano de vida da mulher ou do casal, o desejo de ter mais ou simplesmente de ter filhos, sendo por outro lado a gravidez inesperada apontada como um fenómeno que pode ocorrer antes do tempo desejado. Esta definição poderá incluir também as mulheres que se demonstram ambivalentes relativamente à gestação (Mohllajee et al., 2007; Santelli et al., 2003).

Num estudo realizado por Barret e Wellings (2002), as mulheres sugeriram que a gravidez indesejada se prendia com o facto de a mulher ou o casal não querer o bebé, experienciando sentimentos de tristeza e descontentamento em relação à fecundação, referindo

ainda que a solução mais frequente passava pela adoção ou aborto. Contudo, algumas mulheres entrevistadas também mencionaram que uma gravidez desejada ou planeada pode eventualmente tornar-se indesejada ou vice-versa, sendo que durante o processo gravídico a mulher pode sentir o bebé como desejável ou indesejável em diferentes momentos.

Alguns autores (Abajobir et al., 2017; Hellerstedt et al., 1998) associaram esta falta de desejo na gravidez a outras desvantagens sociais e económicas e ainda a comportamentos negativos maternos, como consumos e adiamento de cuidados pré-natais. Desta forma, na visão de Raphael-Leff (2005), não poderemos assumir o desejo de maternidade como estando subjacente apenas a um instinto maternal ou uma crença num destino anatómico.

De acordo com Gray (2014) a gravidez é descrita como sendo uma altura de incertezas e stress para a gestante. No que diz respeito à gravidez inesperada, vários estudos assumem que esta pode ser uma condição particular de stress para a mulher. Em si poderão influir stressores específicos relacionados com o estigma, o medo, realização pessoal e preocupações financeiras, assim como ansiedade relativamente à saúde da gravidez ou tomada de decisão de interromper ou prosseguir a gestação, adoção e maternidade (Bouchard, 2005; Holub et al., 2007; Gray, 2014; Xie et al., 2009).

Meiksin e colegas (2010) assumem que embora seja possível controlar determinados elementos no sentido de manter a saúde da mãe e da criança, no âmbito da gravidez inesperada poderão surgir outros elementos incontroláveis devido à falta de planeamento ou desejo da gestação. Os mesmos autores referem que neste cenário, uma gravidez pode ser encarada como consequência de uma ação não ponderada ou mesmo erro, que não pode agora ser alterada e por isso deve ser emocionalmente gerida. Esta culpabilidade pode constituir-se enquanto fator de risco para o surgimento de ansiedade adicional na tomada de decisão (Meiksin et al., 2010).

Racine e colaboradores (2018), num estudo realizado, constataram que o apoio social podia funcionar como um “tampão” para o stress vivido durante a gravidez e após o parto. O apoio à ação, isto é, comportamentos que demonstram à mulher que ela é valorizada a partir de auxílio e o apoio emocional parecem ajudar positivamente a mulher nesta fase (Albrecht & Goldsmith, 2003). Outros tipos de apoio como o suporte da rede próxima informal, incluem o cuidado emocional e tangível (Eichorn, 2008; Racine et al., 2018).

Num estudo desenvolvido por Bouchard (2005), no sentido de compreender os fatores demográficos, individuais e relacionais que diferenciam os casais que experienciam uma primeira gravidez planeada, daqueles que atravessam uma gravidez inesperada, identificou-se que nos casos de gravidez não planeada os casais eram mais jovens, tinham um menor nível de

educação e maior fragilidade socioeconómica comparativamente com os casais em que a gravidez era planeada. Relativamente ao ajustamento psicossocial, em comparação com as mulheres com uma gestação planeada, as mulheres com uma gravidez inesperada apresentaram pontuações significativamente mais altas de neuroticismo, depressão e stress percebido, tendo também pontuado mais baixo em relação a indicadores de conscienciosidade (Bouchard, 2005).

Alguns autores encontram associação entre o não planeamento da gravidez e a depressão, que poderá por sua vez influenciar a satisfação da relação conjugal, diminuindo as interações positivas entre a díade, podendo também refletir-se na dificuldade de adaptação psicossocial à gestação (Cox et al., 1999; Chou et al., 2008; Figueiredo et al., 2010). Ainda assim, outros autores acreditam que a capacidade de resolução de problemas do casal tem um papel mediador do risco psicossocial, permitindo o atenuar do declínio conjugal no pós-parto (Cox et al., 1999).

Em alternativa, estudos observaram que casais que enfrentavam uma gravidez inesperada apresentaram sinais de maior adaptação, coesão e laços mais fortes, comparativamente aos casais que enfrentaram uma gravidez programada (Bouchard et al., 2006). Os mesmos autores (2006), defendem também que as expectativas parecem ser mais idealizadas e romantizadas nos casais que planeiam a conceção, comparativamente com os casais que são confrontados com a gravidez inesperada, e por isso estes experienciam maiores níveis de stress e reajustamento desde a notícia inesperada, desenvolvendo uma maior capacidade de coping perante os desafios do pós-parto.

1.2. Saúde Reprodutiva, Planeamento familiar e IVG

Na segunda metade do século XX a saúde e o bem-estar passaram a ser abordados enquanto direitos do indivíduo. Para tal reconheceu-se que um elevado número de filhos poderia pôr em risco a saúde da mulher. Esta constatação resultou na afirmação da necessidade de espaçamento entre as gravidezes e consequente introdução dos métodos contraceptivos não só como medida de controlo da natalidade, mas também como uma forma eficaz de planeamento dos nascimentos em conformidade com o desejo de cada família (de Oliveira Santos et al., 2019). Observa-se, nas últimas décadas, uma crescente melhoria das condições de saúde da população, observando-se melhores indicadores no setor da saúde materno-infantil (de Oliveira Santos et al., 2019).

A saúde reprodutiva, abordada pela World Health Organization no objetivo 5 para o milénio, é descrita como sendo um conceito amplo e abrangente, sendo definida na Conferência

Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença, em todas as questões associadas ao sistema reprodutivo e suas funções e processos (Presado et al., 2018; WHO, 2015). Neste objetivo enfatizam-se as necessidades e direitos do indivíduo e populações desfavorecidas, considerando-se a influência do contexto no alcance da saúde sexual e reprodutiva. O conceito de “acesso universal” deve refletir a equidade, dependendo dos vários níveis de necessidade entre os indivíduos e em momentos diferentes para cada indivíduo (WHO, 2015).

Segundo as orientações da Direção Geral de Saúde para o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, a saúde reprodutiva deve englobar o direito pleno de escolha e acesso a métodos de planeamento familiar, tidos como seguros, eficazes e aceitáveis, devendo ainda beneficiar de serviços de saúde adequados, que possibilitem à mulher uma gravidez e um parto seguros, oferecendo também aos casais as melhores oportunidades de conceberem crianças saudáveis. As mesmas orientações sugerem ainda o direito à saúde sexual, vista como sendo potenciadora da vida humana e das relações interpessoais, e a prestação de serviços, técnicas e métodos que beneficiem a saúde e o bem-estar reprodutivos por meio da prevenção e resolução de problemas, fornecendo respostas adequadas às necessidades específicas dos homens e das mulheres, ao longo da vida, neste domínio (DGS, 2008).

Dentro dos direitos acima referidos, emerge também o Planeamento Familiar enquanto componente fundamental da prestação integrada de cuidados em saúde reprodutiva, tendo entre vários objetivos os de: “Regular a fecundidade segundo o desejo do casal”, “Informar sobre os benefícios do espaçamento adequado das gravidezes”, “Esclarecer sobre vantagens de regular a fecundidade em função da idade”, “Elucidar sobre as consequências da gravidez não desejada”, “Fornecer, gratuitamente, os contraceptivos” e “Prestar cuidados pré-concepcionais tendo em vista a redução do risco numa futura gravidez” (DGS, 2008). Este planeamento deverá pressupor então o acesso a consultas de Planeamento familiar, as quais deverão garantir outras atividades de promoção da saúde como informação e aconselhamento sexual, e a prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério (DGS, 2008).

Contudo, e apesar do progressivo desenvolvimento de medidas direcionadas para o planeamento familiar, bem como da promoção e acesso aos métodos contraceptivos, reconhece-se ainda a ocorrência de gravidezes não planeadas. Estas poderão relacionar-se com fatores como a falta de informação sobre a contraceção, a baixa frequência de consultas de planeamento familiar e ginecologia ou com uso inadequado do método contraceptivo selecionado (Águas et al., 2016; Santelli et al., 2003; Santos, 2017).

Em Portugal, perante a ocorrência de uma gravidez inesperada, a mulher e o casal dispõem do direito de interrupção voluntária da gravidez (IVG), legalmente e até às 10 semanas de gestação, ao abrigo da lei promulgada no ano de 2007 (Assembleia da República [AR], 2007). A IVG é um procedimento médico no qual se suspende a gravidez por opção, sustentando-se no desejo da mulher de terminar a gestação não planeada ou não ambicionada, de um embrião normal (Sousa, 2016). Segundo dados portugueses, estima-se que cerca de 14% das mulheres que engravidam tomam a decisão de interromper a gravidez por opção no período legal (DGS, 2019).

Aponta-se que nos primeiros anos após a implementação da lei, o número de interrupções realizadas tenha aumentado, tendo vindo progressivamente a diminuir (Vicente, 2020). De acordo com Pereira e colaboradoras (2019), ao nível internacional, os países da União Europeia que permitem atualmente a realização da interrupção voluntária da gravidez reportam anualmente cerca de 11.5 IVG por 1.000 mulheres. Olhando para os dados mais recentes, Portugal parece situar-se sempre abaixo da média europeia, no que respeita à sua realização (DGS, 2018).

Atualmente, a realização do procedimento de IVG ocorre em unidades do Sistema Nacional de Saúde (Vicente, 2020). O processo mais frequente passa pela via medicamentosa, tendo esta via de administração por fármaco aumentado ao longo dos anos (DGS, 2017).

No nosso país, o processo da IVG está organizado em três momentos: uma consulta prévia, posteriormente a consulta de realização do procedimento e por último é efetuada uma consulta de acompanhamento posterior à interrupção (Presado, 2018). Esta consulta inicial tem como objetivos: esclarecer a intenção da mulher relativamente à interrupção da gravidez, com a garantia de não sofrer qualquer tipo de pressões, determinar o tempo de gestação e fornecer um esclarecimento sobre todo o processo, e por fim agendar a realização da interrupção voluntária. Por outro lado, são dados a conhecer os métodos contraceptivos existentes, sendo também entregue o impresso de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste período, é também obrigatório um tempo de reflexão de 3 dias, entre a consulta prévia e a data de realização da interrupção. Neste tempo, a mulher tem o direito de ativar recursos de apoio psicológico ou de assistência social (DGS, 2007).

Já em Noya e Leal (1998) descreveram que a IVG é uma atitude individual e social que produz poucas respostas fáceis e muitas questões difíceis. É, por isso fundamental, que a mulher perceba o significado que a gravidez tem para si, tendo em conta as suas crenças e valores (Noya & Leal, 1998). As mesmas autoras referiram ainda que é necessário olhar para a IVG de forma mais ampla e ter em conta toda uma complexidade de dimensões, que resultam, de certo

modo, da qualidade de ser um fenómeno indissociável da realidade pessoal (Noya & Leal, 1998).

Num estudo levado a cabo por Presado e colegas (2018), no sentido de compreender a vivência das mulheres acompanhadas em consulta de procedimento de controlo no seguimento de uma IVG concluiu-se que as condições socioeconómicas assumem o principal motivo para a realização da interrupção, sendo justificadas a partir do desejo de poder assegurar condições de vida superiores às que as mesmas tiveram e têm no momento da gravidez (Presado et al., 2018). Por outro lado, a existência de relacionamentos conjugais frágeis ou inexistentes é também um fator de risco para a ocorrência da IVG (Oliveira et al., 2005). Outros autores, referem também, que os parceiros são a maior fonte de coerção quando a mulher se vê pressionada a interromper a gravidez (Foster et al., 2012; Ralph et al., 2014). Com o fenómeno da gravidez podem ocorrer sentimentos de ambivalência dirigidos ao projeto de maternidade, à própria mulher perante uma gestação não desejada ou inesperada e ao mesmo tempo a fatores contextuais, que podem impeli-la a ponderar ou desejar interromper a gestação. É por isso consensual que o aborto é uma experiência singular e delicada, com impacto ao nível emocional, físico e social na vida de uma mulher (Borsari, 2012). As mulheres parecem ponderar múltiplos aspetos e fatores quando consideram a I.V.G., observando-se ainda assim, que esta decisão é efetivamente da própria (Brauer et al., 2019; van Ditzhuijzen et al., 2019).

1.3. Processo de Tomada de Decisão

Sabe-se que a forma como a grávida e a família se adaptam às várias mudanças trazidas pela gravidez, dependerá de como a própria mulher encara e percebe a maternidade, tendo isto um grande impacto na experiência gravídica e materna (Canavarro 2001; Leal, 2005). É importante reforçar a ideia de que a experiência de maternidade varia de mulher para mulher e, em grande escala, depende do significado que lhe é atribuído (Canavarro, 2001). Por isto, o processo de tomada de decisão de prosseguir ou interromper uma gravidez é descrito como sendo complexo e emocionalmente exigente, sendo uma fonte de grande ansiedade e potencialmente influenciado por variáveis sociais, relacionais e individuais, assim como também por diferentes motivações interpessoais, económicas e desenvolvimentais (Guedes et al., 2010; Sihvo et al., 2003). De acordo com Van Ditzhuijzen e colaboradores (2019), a dificuldade perante tomada de decisão parece ser uma resposta saudável e adaptativa quando a mulher enfrenta uma gravidez inesperada. Isto porque, a decisão engloba duas opções que

podem ser avaliadas como desfavoráveis no momento. Porém, algumas mulheres rapidamente tomam a decisão, enquanto outras necessitam de mais tempo para ponderar e discernir sobre os argumentos, desejos e emoções em causa.

Segundo Levels e colegas (2012) a tomada de decisão da mulher em torno da gravidez inesperada pode ser considerada com um evento multifatorial que advém de um conjunto de diferentes deliberações e comportamentos, sendo motivada por uma série de razões sociais e pessoais (Levels et al., 2012; Smetana & Adler, 1979), no sentido do que já escrevemos quando abordamos a IVG.

Vários estudos referem que as motivações que influenciam a decisão sobre a gravidez estão diretamente relacionadas com conflitos no relacionamento conjugal, dificuldades na interação e vivência familiar, preocupações de saúde relacionadas com a ocorrência da gravidez, a dificuldade de abdicar de outros projetos de vida como os profissionais e outras fontes de realização no período da gestação (Larsson et al., 2002; Skejeldestad et al., 1994; Tachibana et al., 2006).

De facto, mais estudos sugerem que a decisão de como e se interromper uma gravidez é influenciada por vários fatores em diferentes níveis (Alhassan et al., 2016). Ao nível individual, apontam-se fatores como: o estado civil, os objetivos profissionais e educacionais, independência económica e nível de escolaridade (Alhassan et al., 2016; Coast et al., 2018; Gbagdo et al., 2015; Kikman et al., 2009; Levels et al., 2012; Plummer et al., 2008). No cenário interpessoal, são apontados fatores como o apoio do parceiro, apoio dos pais, o suporte emocional desajustado e os modelos e características familiares (Bracken & Kasl, 1975; Coast et al., 2018; Plummer et al., 2008). Relativamente aos determinantes sociais, estudos realçam a influência das normas sociais e religião, o estigma do sexo pré-matrimonial e extraconjugal e a própria autonomia dentro da sociedade (Alhassan et al., 2016; Kabiru et al., 2016).

Já no nível organizacional, os estudos apontam a influência do acesso à educação sexual, o sistema de saúde disponível e as leis face ao aborto induzido, na tomada de decisão sobre prosseguir ou interromper a gravidez inesperada (Frederico et al., 2018).

Frederico e colaboradores (2018) acrescentam ainda que aos fatores já mencionados, acresce a desigualdade e poder de género, ainda presentes na sociedade atual. Assim, de acordo com os mesmos autores (2018), estes parecem ainda limitar a autonomia das mulheres, tornando-as mais vulneráveis à pressão. Além do mais, a situação poderá tornar-se ainda mais complexa quando existe falta de acesso a informação clara sobre o aborto, ainda que existindo uma lei aprovada a esse respeito.

Por estes motivos, Major e colegas (2009) sublinham a relevância de compreender que perante uma gravidez inesperada poderão ocorrer diferentes respostas psicológicas da mulher face a cada opção. Os mesmos autores referem que a melhor adaptação da mulher à situação inesperada se relaciona com a escolha da hipótese que a ponha em menor risco (Major et al., 2009). É também descrita a importância do desejo relacionado com a gravidez, considerando que este pode ter um peso significativo na determinação das respostas psicológicas e consequente adaptação (Major et al., 2009). Para Klann e Wong (2020), quanto menos segura a mulher se sentir relativamente à sua decisão, mais desafiante será a sua adaptação à decisão adotada.

De acordo com Ralph e colaboradores (2016), uma grande parte das mulheres parece estar já certa sobre a decisão a tomar quando recorrem a uma consulta de IVG, no entanto, isto não poderá ser considerado enquanto norma, sendo que várias mulheres expressam ambivalência perante a decisão de prosseguir ou interromper a gravidez mesmo após a consulta (Foster et al., 2012; Ralph et al., 2016).

O desejo relativo à gravidez inesperada expressado pela mulher pode ser afetado pela opinião do parceiro sobre a gravidez e a sua perspetiva de desfecho (Joyce et al., 2000). Também Zabin e colaboradores (2000) reforçam a relação existente entre as intenções pessoais da mulher e as necessidades de alinhamento com a opinião do parceiro, considerando que estas intenções podem ser flexíveis ao que o parceiro deseja. Gomez e colegas (2018) acrescentam que o apoio do companheiro na tomada de decisão, juntamente com a existência de uma relação estável são fator de influência na decisão, assumindo-se que uma relação instável ou desajustada pode ser um fator de risco tanto para a gravidez inesperada como também para a decisão de interrompê-la. Outros estudos referem também a saliente influência que outras figuras significativas poderão ter no processo de decisão da mulher, sendo que o papel destes elementos poderá constituir-se enquanto suporte na tomada de decisão ou inversamente enquanto pressão para uma decisão específica (Pereira et al., 2017).

Costescu e Lamont (2013) descrevem que as mulheres adultas parecem envolver mais os seus parceiros na tomada de decisão do que a família de origem ou amigos. Aponta-se por isso que uma fraca qualidade conjugal e níveis baixos de suporte social podem influenciar a associação entre a gravidez inesperada e distress psicológico (Barton et al., 2017). Assim, o apoio fornecido pelos significativos e pela rede de suporte parece ser uma variável crucial para a decisão tomada pela mulher (Ralph et al., 2014). A tomada de decisão da própria durante o período pré-natal pressupõe para além da satisfação do bem-estar e própria saúde, também o

sentimento de envolvimento da mesma e a participação ativa neste mesmo processo (Downe et al., 2016; Seefat-vanTeeffelen et al., 2011).

Vários autores (e.g., Megregian et al., 2020; Vlemmix et al., 2013) consideram que a prestação de apoio psicológico e acompanhamento técnico especializado durante esta fase, têm um papel relevante para a mulher, contribuindo positivamente para uma decisão mais consciente e esclarecida. A prestação de apoio, juntamente com o fornecimento de informações baseadas em evidência sobre a gravidez e planeamento familiar parecem beneficiar a perceção das mulheres sobre o conflito decisório (Megregian et al., 2020; Vlemmix et al., 2013). Em Portugal, a mulher tem o direito de ativar recursos de apoio psicológico ou de assistência social, durante este período (DGS, 2007). Apesar da existência de legislações no âmbito da saúde mental, estima-se que estas nem sempre correspondam à efetiva implementação dos respetivos serviços, nomeadamente em contextos de saúde pública (Alves & Nicolau, 2017). Perante este cenário, a sociedade civil organizou-se no sentido de prover algum tipo de resposta, existindo hoje ONG's que se dedicam ao apoio de mulheres grávidas em situação de fragilidade, seja emocional ou socioeconómica, fornecendo respostas técnicas e especializadas, através de serviços de apoio Psicológico e orientação emocional da mulher, nesta fase.

Realçamos, mais uma vez, que os estudos portugueses existentes sobre a temática do Processo de tomada de decisão perante uma gravidez inesperada na perspetiva das mulheres adultas que prosseguiram a gravidez, são ainda escassos (e.g. Gorjão, 2017; Nery, 2017). Embora se identifiquem estudos internacionais (e.g., Coast et al., 2018; Klann & Wong, 2020; Levels et al., 2012), a investigação existente presta mais atenção à experiência de mulheres que optaram pelo aborto (e.g., Frederico et al., 2018; Pereira et al., 2019) e mantem-se ainda pouco claro se existem diferenças no processo decisório das mulheres que decidiram terminar a gravidez, ao invés das que decidiram prosseguir-la (Van Ditzhuijzen et al., 2019). Tanto quanto sabemos não existem também, no nosso país, estudos sobre o tema que tenham em conta este apoio alargado. Posto isto, reforça-se a pertinência e necessidade do seu estudo.

II. Método

A metodologia que sustenta o estudo é qualitativa, a qual pretende aceder à perspetiva dos indivíduos através dos significados e intenção de ação atribuídos (Brandão et al., 2017), bem como localizar a experiência do sujeito, potenciando a sua compreensão (Denzin & Lincoln, 2000). Trata-se, portanto, de um estudo qualitativo exploratório, com vista à disponibilização de informação sobre o objeto abordado (Cervo & Silva, 2006).

O objetivo geral do estudo será explorar (retrospectivamente) as experiências e significados sobre a tomada de decisão de um grupo de mulheres que consideraram a I.V.G. e prosseguiram a gravidez.

2.1. Objetivos específicos e Questões de Investigação:

Foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Explorar a experiência retrospectiva de planeamento familiar e contraceção antes e depois da gravidez inesperada.
- Explorar a vivência psicológica retrospectiva da notícia da gravidez inesperada (nomeadamente da sua própria vivência, da vivência do pai do bebé e de outros significativos);
- Explorar a perceção e avaliação feita sobre a experiência do processo de tomada de decisão;

Assim, foram levantadas as seguintes Questões de Investigação (Q.I.):

Q.I.1. Como é descrita a experiência de planeamento familiar e contraceção antes e depois da gravidez inesperada?

Q.I.2. Como é descrita a vivência psicológica perante a notícia da gravidez inesperada (nomeadamente da sua própria vivência, da vivência do pai do bebé e de outros significativos)?

Q.I.3. Como é descrito e avaliado o processo de tomada de decisão?

2.2. Participantes

As participantes no estudo são mães de nacionalidade portuguesa, maiores de idade, até 4 anos após a gravidez, que aceitaram participar no mesmo (critério de inclusão). O processo de seleção da amostra utilizada nesta investigação foi não-aleatório. Tratando-se de uma amostragem bola de neve, a partir dos conhecimentos da equipa de investigação ou das participantes do estudo. Este estudo teve como base a referenciação de duas mulheres por contactos da equipa de investigação, que por sua vez referenciaram outras mulheres cuja

experiência fora idêntica. Este é um tipo de amostragem é um método de amostra por conveniência, descrito como sendo o mais apropriado quando se trata de uma amostra muito específica e em que se pretende abordar temas ou assuntos mais sensíveis ou complexos. Desta forma, os participantes em estudo, recrutam futuros participantes a partir dos seus conhecimentos e rede de contactos (Ghaljaie et al., 2017).

Foram entrevistadas 5 participantes, com idades compreendidas entre os 26 os 44 anos. A informação sociodemográfica e profissional complementar encontra-se na tabela seguinte:

Tabela 1. Caracterização dos participantes – dados sociodemográficos e profissionais

Identificação	E1	E2	E3	E4	E5
Idade	42 anos	26 anos	34 anos	34 anos	31 anos
Estado civil	Divorciada	Solteira	Solteira	Casada	Solteira
Escolaridade	12º ano	12º ano	Licenciatura	Licenciatura	12º ano
Profissão	Vendedora de loja especializada	-----	Gestão logística e comunicação de ciência	Professora de Yoga	Gerente de loja
Situação Profissional	Empregada	Desempregada	Empregada	Empregada	Empregada
Localidade onde reside	Vila Nova de Gaia	Porto	Tavira	Porto	Montijo
Agregado familiar	Companheiro, filha de 3 anos, filho de 18 anos	Companheiro, filho de 3 anos	Filha de 2 anos	Filho de 3 anos	Companheiro, filho de 3 anos, filha de 2 anos
Nº de filhos	3	1	1	1	2
Nº gravidezes inesperadas	1	1	2	1	2
Realização de IVG	Não	Não	Sim	Não	Não

2.3. Instrumentos

Para a recolha de dados foi utilizado um Guião de entrevista semiestruturado (Anexo I), elaborado especificamente para o efeito, com base na revisão bibliográfica existente e prática

profissional da equipa de investigação. A primeira parte do guião diz respeito às características sociodemográficas e profissionais das participantes e a segunda parte aborda a perspetiva das mulheres acerca das suas experiências perante a notícia e tomada de decisão de prosseguir a gravidez inesperada.

2.4. Procedimentos

2.4.1. Questões éticas e deontológicas

Este projeto apoia-se nas diretrizes e normas do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, cumprindo os princípios de não maleficência, beneficência, privacidade e confidencialidade e autonomia. O estudo faz parte de um projeto mais alargado que teve a aprovação do Conselho de Ética do Hospital de S. João. Todas as participantes tomaram conhecimento e aceitaram um Termo de Consentimento Informado (Anexo II). Foi solicitada autorização para a gravação da entrevista telefónica em formato áudio, assegurando-se a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados.

2.4.2. Recolhas de dados

A identificação de participantes contou com duas equipas de ONG's que acompanham mulheres no processo de decisão e que realizaram um primeiro contacto, sondando se estariam disponíveis para a participação. Após aceitarem participar, houve um primeiro contacto telefónico efetuado pela equipa de investigação enquadrando os objetivos de estudo, sendo agendada a data e hora para a realização da entrevista via chamada telefónica. Posteriormente duas participantes identificaram outras participantes cuja experiência teria sido similar, disponíveis para participar no estudo.

O método utilizado para a recolha de dados foi a Entrevista em Profundidade (EP), descrita como sendo fornecedora de uma compreensão rica e aprofundada da experiência idiossincrática do entrevistado na investigação qualitativa (Cachie & Millward, 2011), recorrendo-se ao guião de Entrevista anteriormente descrito.

Quando o tema abordado é visto como sensível, a realização da entrevista via chamada telefónica parece ser mais vantajosa em termos de privacidade e conforto para o entrevistado (Cachie & Millward, 2011; Holt, 2010). Acresce que, face às circunstâncias e limitações sanitárias vividas em Portugal devido à Pandemia SARS-CoV-2, as entrevistas telefónicas são

uma ferramenta com maior flexibilidade de acesso em comparação com as entrevistas presenciais.

Todas as EP decorreram entre fevereiro e março de 2021. Tiveram a duração aproximada de 60 minutos, sendo este o tempo descrito como recomendável para criar um ambiente onde os participantes se sintam confortáveis para expressarem os seus pontos de vista (Hennink et al., 2011). As entrevistas ocorreram no escritório pessoal de um elemento da equipa, estando fisicamente presente apenas o elemento da equipa.

2.4.3. Tratamento de dados e Análise de dados

O processo de tratamento dos dados consistiu em primeiro lugar, na transcrição na íntegra de todas entrevistas realizadas sendo depois realizada a leitura flutuante das mesmas. Posteriormente, as entrevistas foram analisadas de acordo com a abordagem semi indutiva, com recurso ao software de análise qualitativa, QSR NVivo versão 12.0, o qual permite a codificação de entrevistas e cruzamento de dados. O processo de codificação é descrito como dizendo respeito a uma transformação - efetuada segundo regras exatas – dos dados brutos do texto, sendo esta transformação realizada quer por recorte, agregação e enumeração, permitindo assim alcançar uma representação do conteúdo ou da sua expressão (Bardin, 2011).

Durante o processo de análise dos dados, foi utilizada a triangulação de investigadores para que se considerassem diferentes olhares sobre o mesmo objeto, permitindo examinar informações e dados que podiam não ter sido observados desde o momento inicial (Tuzzo & Braga, 2016).

III. Apresentação e discussão dos resultados

Com o objetivo de garantir a confidencialidade das participantes, as entrevistas semiestruturadas realizadas receberam o código de “E”. As categorias obtidas com a codificação das entrevistas foram divididas em subcategorias, estabelecendo um Sistema Geral de Categorias. Este sistema está organizado em 6 categorias de primeira geração (Saúde Reprodutiva e Planeamento familiar/ Notícia da Gravidez e tomada de decisão/ Procura de Apoio em instituições/ Vivência da Gravidez após a tomada de decisão/ Posicionamento crítico atual/ Ser mãe) que por sua vez se decompõem num conjunto de categorias “filhas”. Com o intuito de promover uma melhor compreensão e organização do mesmo e da distinção entre as múltiplas gerações e categorias, considerou-se a discriminação visual entre as mesmas, optando-se pela utilização de diferentes fontes tipográficas, como é exposto no Sistema Geral

de Categorias (anexo III) e na descrição das categorias (anexo IV). Assim, as categorias de primeira geração serão representadas ao longo do estudo pelo recurso ao sublinhado, as de segunda geração em *itálico* e as de última geração em **negrito**.

Para simplificar a compreensão das informações recolhidas bem com uma maior coerência no discurso, a análise e discussão dos dados será apresentada em conformidade com cada uma das questões de investigação (Q.I.).

Q.I.1. Como é descrita a experiência de planeamento familiar e contraceção antes e depois da gravidez inesperada?

Para responder a esta questão recorreremos à categoria principal Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar e a uma das suas categorias filhas *Planeamento familiar e Contraceção* e suas subcategorias respetivas.

Relativamente à experiência de **Contraceção prévia à gravidez do último filho**, três das participantes referiram terem utilizado previamente à gravidez algum tipo de método contracetivo (e.g., “Eu utilizei a pilula (...)” E4). Quando abordada a Contraceção aquando da gravidez inesperada, duas participantes referiram utilizarem a **pílula** enquanto método contracetivo nesse período (e.g., “Era a pílula.” E2) e uma outra referiu utilizar o **preservativo** na altura da gravidez inesperada “e.g., “usava... era o preservativo”. E3). Duas participantes partilharam não estarem a utilizar nenhum método de contraceção na época coincidente com a conceção – **não contraceção** (e.g., “(...) eu não usava... não estava protegida...” E1), sendo referido, por uma das mulheres, as **circunstâncias relacionadas da não contraceção** (e.g., “achava eu que não me ia acontecer nada... olhe sei lá... aquelas coisas que se mete na cabeça (...)” E1).

Duas participantes referiram que os métodos utilizados neste período da conceção foram receitados por médicos, uma referenciando o **obstetra** (e.g., “Foi o meu obstetra (...)” E5), e outra participante referindo o **ginecologista** (e.g., “A ginecologista.” E2) ambos privados. Todas as cinco participantes que afirmaram utilizar algum tipo de contraceção no momento da gravidez inesperada afirmaram fazer **uso inadequado** do mesmo (e.g., “(...) usava... mas não era frequente.” E3), confirmando-se que a ocorrência da gravidez inesperada se relaciona com o uso inadequado do método contracetivo selecionado como outros autores têm também apontado (Águas et al., 2016; Santelli et al., 2003; Santos, 2017).

Relativamente à **Consulta de Planeamento familiar**, quatro das participantes referiram nunca terem realizado uma consulta (e.g., “Penso que nunca fiz...” E4). Estes resultados poderão contrapor a efetividade das linhas definidas pela Direção Geral de Saúde para a Saúde

Reprodutiva e Planeamento familiar, nas quais se salienta o Planeamento Familiar enquanto componente fundamental da prestação integrada de cuidados em saúde reprodutiva, a qual dentro de vários objetivos traçados, pretende “Elucidar sobre as consequências da gravidez não desejada” (DGS, 2008). A consulta de Planeamento familiar, embora existente, pode então não estar a ser eficazmente usufruída pelas mulheres em idade reprodutiva e seus companheiros. Assim, a gravidez inesperada poderá ocorrer também devido à baixa frequência de consultas e falta de informação sobre o planeamento familiar (Águas et al., 2016).

No que diz respeito ao *Acompanhamento atual*, todas as participantes referem que **são acompanhadas** ao nível da saúde reprodutiva e contraceção no momento presente (e.g., “Faço acompanhamento de saúde no centro de saúde, com o médico de família.” E3). Sendo que três participantes fazem referência preferencial ao **Médico ginecologista**, em setor privado, enquanto profissional responsável pelo acompanhamento (e.g., “Não não... tenho a minha ginecologista... sempre que preciso pronto (...)” E2). Estes resultados salientam que o recurso a profissionais do setor privado poderá relacionar-se com ideia de que a utilização de serviços de saúde depende em parte da interação estabelecida entre o indivíduo que procura o serviço e o profissional de saúde que o disponibiliza, sendo a qualidade desta interação, um fator de influência para a sua adesão (Travassos & Martins, 2004).

Quanto à *Contraceção atual*, duas participantes referem que **não utilizam** nenhum tipo de contracetivo (e.g., “Neste momento o método é a distância” E4), uma outra das participantes relata também não utilizar agora nenhum método devido às **circunstâncias** de uma nova gravidez no presente. Outra participante refere utilizar o **Anel Vaginal** (e.g., “mas pronto, agora utilizo o anel vaginal (...)” E5), e uma outra partilha utilizar o **DIU** (e.g., “eu uso o diu (...)” E1). Estes resultados apontam para a cobertura de acompanhamento, mas fazem questionar o tipo de acompanhamento ou o cumprimento da prescrição por parte das utentes, já que apenas duas referem dois métodos com reconhecida eficácia.

Quanto ao Posicionamento crítico face à utilização de Contraceção atual, uma participante sugere a ideia de que a mulher deverá ter o direito a escolher quando e qual método utilizar e que **devia ser assim com toda a gente** (e.g., “e acho que se é do desejo da mulher acho que devia ser assim com toda a gente (...)” E1). É também exposto pela mesma participante o quão **rápido** foi o exercício de prescrição da contraceção atual após a gravidez inesperada (e.g., “(...) eu em agosto coloquei o Diu e pronto acho que foi mesmo muito rápido...” E1). Estes resultados vão ao encontro de estudos que referem a ideia de que, se compreende hoje que a disponibilidade de uma variedade mais alargada de métodos anticoncecionais oferece à mulher mais opções que lhe permitam escolher um método que corresponda às suas

necessidades, o que se repercute, por sua vez, na adoção e utilização adequada e continuada do anticoncepcional (Wang & Mallick, 2019). Estima-se por isso que seja necessário atender ao facto de que as necessidades e escolhas anticoncepcionais de uma mulher podem divergir em função de várias circunstâncias como: o seu desejo, as crenças sociais e as preferências pessoais, conjugais sobre a gravidez e a contraceção (Wang & Mallick, 2019).

Consideramos pertinente abordar a categoria de segunda geração *Planeamento da Gravidez*, no sentido de explorar as suas perspetivas face a uma Possível Gravidez inesperada no futuro, sendo que quatro participantes partilham que **“Difícilmente”** ocorrerá novamente uma gravidez inesperada futuramente (e.g., não, acho difícil... agora acho difícil (...)) E2) e uma participante assume que **Existe essa possibilidade** (e.g., “Poderia, poderia.... por acaso este mês, isto é engraçado... o período menstrual atrasou (...)” E1). Estes resultados sugerem, portanto, que ainda que tendo passado por uma experiência de gravidez inesperada, a ocorrência de uma nova gestação não programada, pode ser vista, novamente, como uma possibilidade para a mulher (Gomez et al., 2018). Reforça-se mais uma vez a ideia de que as medidas de planeamento familiar são por isso fundamentais, sublinhando-se a importância do reforço da sua intencionalidade, através de várias vias de apoio e informação, nomeadamente na prestação de cuidados pré-concepcionais, tendo em vista a redução do risco de futuras gravidezes.

Q.I.2. Como é descrita a vivência psicológica perante a notícia da gravidez inesperada (nomeadamente da sua própria vivência, da vivência do pai do bebé e de outros significativos)?

Para responder a esta questão recorreremos à categoria principal Notícia da gravidez e tomada de decisão, nomeadamente à subcategoria *Reações no momento* e às categorias filhas. As participantes abordam reações diversificadas, nomeadamente reação da própria emocional e de dimensão cognitiva e comportamental. Quanto às suas reações emocionais, quatro das participantes mencionaram terem-se sentido **Assustadas** (e.g., “Eu fiquei um bocado assustada (...)” E1), duas participantes referiram ter vivenciado um **“Choque”** (e.g., “(...) é um choque... (...)” E2), uma outra participante afirmou ter-se sentido **“Dividida”** (E5) perante a notícia e uma outra refere ainda que a notícia foi uma **“Surpresa”** (E1) descrevendo também: **“Senti-me assim muito mal”** (E1). Quatro das participantes partilharam ter experienciado **negação** no momento (e.g., “ (...) Estava em completa negação.” E3). Estes resultados estão de acordo com vários estudos que descrevem que muitas das mulheres experienciam emoções negativas perante uma gravidez inesperada, justificados em parte por não acreditarem que poderiam

engravadar sem terem a intenção de o fazer (Moereau & Bolet, 2016; Mosher et al., 2012). A “divisão” sentida e descrita por uma das participantes em relação à notícia inesperada da gravidez parece também estar de acordo com estudos que sugerem a possibilidade da mulher experienciar ambivalência face ao seu desejo da gravidez (Aiken et al., 2015). Os resultados presentes, confirmam também os estudos que apontam que a gravidez inesperada pode suscitar stressores específicos relacionados com o medo (Meilksin et al., 2010).

No que respeita à vivência do pai do bebé perante a notícia, recorreu-se à categoria de terceira geração *Reação do companheiro emocional*. Três das participantes referem que o mesmo **Reagiu mal** (e.g., “teve uma reação tao má..” E1), uma participante refere que o companheiro **Não aceitou** a notícia (e.g., “quando acabei por contar ao meu companheiro... ele não aceitou... (...)” E5), uma participante refere também que o pai do bebé ficou “**Revoltado**” (E1) e uma outra partilhou ainda que o pai reagiu com “**Total silêncio**” (E4). Quando descrevem os Sentimentos face à reação do pai do bebé, vividos pelas próprias, duas participantes referem ter sentido **Desamparo** (e.g., “portanto, senti-me no fundo... desamparada (...)” E5), uma participante partilhou ter ficado “**Muito triste**” (E1), e uma outra afirmou ter ficado “**Psicologicamente Arrasada**” (E3) quanto à reação. Estes resultados estão também em consonância com o que é descrito na literatura, relativamente à associação entre a falta de alinhamento com o parceiro e níveis de stress aumentados ou sentimentos negativos experienciados pelas mulheres que vivenciam uma gestação inesperada (Chou et al., 2008). Confirma-se também que a opinião do parceiro sobre a gravidez pode influenciar a vivência psicológica da mulher (Joyce et al., 2000).

Quanto à vivência psicológica de outros significativos recorreu-se à categoria de segunda geração *Dias de tomada da decisão* e a uma subcategoria *Reações observadas*. Duas participantes referem que a notícia foi recebida com “**acolhimento**” pelos significativos com quem partilharam (E3) e duas das participantes relataram que estas pessoas “**ficaram muito felizes**” (E1). Uma participante referiu o “**Apoio da opção pela IVG**” (E5) e uma outra participante referiu que as pessoas próximas com quem foi partilhada a notícia ficaram “**apreensivas**” (E4).

Procurou-se explorar a atribuição de Importância das reações dos outros, com o intuito de compreender o seu impacto na vivência psicológica da mulher, e desta forma quatro participantes referiram **Sentir apoio** (e.g., “elas iriam sempre apoiar a minha decisão (...)” E2), duas participantes partilharam a reação de outros lhes **Causou pressão** (e.g., “(...) inevitavelmente causa ali uma pressão...” E2), uma participante refere também que a reação a “**Tranquilizou**” (E5) e uma outra participante afirmou que as reações dos outros contribuíram

para tentar “**Perceber o que fazia sentido**” (E4). Estes resultados vão ao encontro do que é descrito na literatura quanto ao impacto do apoio dos significativos na experiência de uma gravidez inesperada, o que poderá influenciar a vivência psicológica da mulher nesta fase, sendo que o papel destes elementos parece constituir-se como suporte na tomada de decisão de algumas participantes ou inversamente enquanto pressão para uma decisão específica, como anteriormente apontado (Eichorn, 2008; Pereira et al., 2017; Racine et al., 2018).

Q.I.3. Como é descrito e avaliado o processo de tomada de decisão?

Importa referir que o processo de tomada de decisão seguidamente descrito e discutido subjaz à reação da notícia da gravidez já descrita na Questão de investigação anterior.

Para responder a esta questão recorreremos primeiramente à categoria geral Notícia da gravidez e tomada de decisão, recorrendo inicialmente à categoria de 2ª geração *Dias da tomada de decisão*.

Quanto à experiência do processo de tomada de decisão, duas participantes referem que esses dias “**Foram mesmo muito maus**” (E1). Três das participantes referem a **Vontade de prosseguir a gravidez** (e.g., “interiormente... eu até queria o bebé (...)” E1) e a atribuição de **Importância da Fé** (e.g., “(...) eu acredito que foi tudo Deus... acredito que houve ali uma energia superior.” E1). Estes resultados estão de acordo com o que é exposto na literatura, reforçando-se a vivência emocional negativa das mulheres, o desejo por vezes conflituoso entre a vontade própria e as circunstâncias de vida no momento e a importância atribuída à fé, a qual poderá ter um papel social regulador (Jones, 2017; Santelli et al., 2006).

No sentido de explorar a experiência durante o processo recorreu-se também à categoria de 2ª geração *Ponderação da IVG*. Duas das participantes partilharam terem recorrido à **consulta de IVG** (e.g., “depois acabei por marcar logo a consulta...” E5), uma participante afirmou ter procurado “**Apoio jurídico**” (E3) referindo as **Razões da procura de apoio jurídico** em função de assegurar os direitos legais sobre a gravidez e sobre o seu corpo (e.g., “tentar perceber juridicamente os direitos do pai sobre o meu corpo...” E3). Na mesma linha de ideias, um pensamento patente e referido por duas participantes remonta à ideia de que o “**corpo é da mulher**” (E3), o que poderá pressupor então que a tomada de decisão, embora influenciada por diversos fatores externos, pressupõe também o sentimento de envolvimento da mesma e a participação ativa no processo, existindo consciência de que a decisão final é efetivamente sua (Downe et al., 2016; Seefat-vanTeeffelen et al., 2011). Ainda quanto à *Ponderação da IVG*, uma das participantes revelou ter avançado com o processo de IVG após a consulta inicial,

chegando a fazer a toma da **medicação IVG** (e.g., “eu tomei efetivamente a medicação (...)” E2) e uma outra participante referiu que durante este processo de ponderação **Não procurou informação ou aconselhamento médico** (e.g., “Não... não, eu não pesquisei nada (...)” E4).

Quanto a Quem primeiro sugeriu a IVG, uma participante referiu a **Mãe** (E5), duas participantes os Profissionais de saúde, partilhando que a **Equipa médica** abordou a questão (e.g., “(...) eram três médicos... Pronto e pronto... foi... falaram-me logo de IVG...” E1), uma dessas participantes classifica o modo como a equipa médica apresentou a possibilidade como **“foi assim muito duro”** (E1), partilhando também as **Razões de saúde** que suscitaram a reação (e.g., “e eles fizeram assim uma cara tipo... com esta medicação toda e está grávida?” E1).

Três participantes referiram-se à **Valorização** do acompanhamento e aconselhamento médico (e.g., “(...) e... eu confio nele de olhos fechados (...) é assim, ele é que me vai dizer, eu tinha que ouvir da boca dele.” E1), sendo atribuída também **Desvalorização** ao aconselhamento de outros médicos, por duas participantes (e.g., “não vou ligar ao que estes senhores me disseram... levo o cartão comigo e prontos...” E1). Uma participante faz referência à **Valorização da postura empática dos enfermeiros** perante a IVG (e.g., “comigo foi impecável, até teve esse cuidado de me deixar o contacto (...)” E2), mencionando também a **Valorização atribuída ao aconselhamento psicológico** disponibilizado no hospital ao qual recorreu (e.g., “eles disponibilizam uma psicóloga para ajudar neste processo (...) eu acho que isso também foi super importante.” E2). Uma outra participante mencionou o **Desconhecimento da possibilidade de apoio** perante a ponderação da IVG (e.g., “Pois, eu não sabia disso por acaso, não sabia!” E4). Tais resultados sugerem-nos, portanto, que ainda que existindo o direito de ativação de recursos de apoio psicológico ou assistência social (DGS, 2007), estes podem não estar a ser totalmente usufruídos pelas mulheres, por desconhecimento das próprias. Por outro lado, os resultados acima descritos revelam também que a valorização do aconselhamento médico pressupõe a atribuição de confiança e credibilidade à opinião dos profissionais. Esta informação poderá novamente sublinhar a importância da relação estabelecida entre o utente e o profissional de saúde, sendo esta mediada pelo sentido de confiança e credibilidade percecionado (Higgins et al., 2017), podendo este ser também um fator mediador da adesão terapêutica em saúde reprodutiva e planeamento familiar.

Quando as participantes se referem aos Pensamentos da Própria associados à ponderação da IVG, duas participantes parecem possuir Consciência da reflexão, sendo que uma participante admitiu que **“Eu sabia que me ia custar”** (E5) e outra participante questionou **“O porquê de eu estar a fazer aquilo”** (E1). Estes resultados, estão de acordo com os estudos existentes, demonstrando que a mulher atravessa de facto um período consciente de deliberação

intencional, reconhecendo-lhe a dificuldade inerente a uma decisão que engloba duas opções que podem ser avaliadas como desfavoráveis no momento (Van Ditzhuijzen et al., 2019).

Relativamente aos Aspectos ponderados face à IVG, uma participante referiu refletir sobre **“A minha saúde”** (E3) e a **Idade e perspetivas de vida** (E3), sendo referido por outra participante uma a reflexão sobre a necessidade do **Apoio do pai do bebé** (e.g., “porque eu preciso! Eu preciso de... do apoio dele (...)” E5). Duas participantes referiram os **Aspectos económicos** (e.g., “estamos a falar de duas pessoas que estavam efetivas (...)” E1) e duas mulheres admitiram também ponderar as **Questões profissionais** (e.g. “o meu contrato de trabalho, a bolsa estava a terminar nesse ano (...)” E3). Duas participantes admitiram refletir sobre a **Relação com o companheiro e pai do bebé** (e.g. “eu sabia que isto mais tarde ia acabar por dar cabo da minha relação...” E5), e uma participante fez referência ao facto de **Ter filhos mais velhos** (e.g., “tinha dois filhos criados (...)” E1).

Estes resultados confirmam a literatura existente, constatando-se que o processo de tomada de decisão da mulher se assume como um evento multifatorial que advém de um conjunto de diferentes deliberações e comportamentos, sendo motivado por uma série de razões sociais e pessoais (Levels et al., 2012; Smetana & Adler, 1979). Parece existir, portanto, a influência de fatores socioeconómicos, pessoais e interpessoais na ponderação da mulher e consequente vivência psicológica deste período (Alhassan et al., 2016; Coast et al., 2018; Levels et al., 2012). Atenta-se também que, embora existindo a diferença evidente no desfecho de uma tomada de decisão de uma mulher interrompeu a gravidez daquela que a prosseguiu, parecem, contudo, existir semelhanças naquele que é o processo decisório perante duas opções, que pressupõem a avaliação e reflexão de diferentes aspetos durante um período específico de tempo (Brauer et al., 2019; Horvarth & Schreiber, 2017; Nikkhesal et al., 2018).

Sendo de facto constatável neste grupo de participantes e na literatura existente, a dificuldade associada ao processo de tomada de decisão destas mulheres, nomeadamente no que respeita à sua vivência psicológica, constata-se também que o apoio e acompanhamento técnico especializado durante esta fase podem ter um papel relevante, contribuindo positivamente para uma decisão mais consciente e esclarecida (Megregian et al., 2020; Vlemmix et al., 2013). Atualmente, apesar da existência de legislação no âmbito da saúde mental, estima-se ainda que esta não traduza a implementação de serviços e execução de práticas alternativas, nomeadamente no acompanhamento em saúde reprodutiva (Alves & Nicolau, 2017). Perante este cenário, outras instituições de Apoio a mulheres grávidas em situação de fragilidade, seja emocional ou socioeconómica, poderão fornecer uma resposta

técnica complementar dirigida às necessidades expostas, nesta fase, nomeadamente através de serviços de apoio Psicológico e orientação emocional da mulher.

Consideramos ainda pertinente a exploração da categoria Apoio em Instituições, com o intuito de compreender o seu impacto na vivência do processo de tomada de decisão das mulheres. Assim, das cinco participantes apenas duas recorreram a apoio de outras instituições para além dos serviços de saúde, sendo que o **Motivo da procura de apoio** pareceu dever-se à percepção de falta de apoio próximo no momento (e.g., “estava-me a sentir completamente sozinha (...)” E3). Ambas as participantes referiram ter feito uma **Pesquisa inicial na internet** “e.g., “(...) pesquisei no Google (...)” E1), sendo descrita a **Disponibilidade no primeiro contacto** por parte das instituições, nomeadamente ao nível de articulação entre organizações parceiras e encaminhamento de utentes por linha telefónica, em função da proximidade geográfica. Estas participantes referiram ter tido **acompanhamento na tomada de decisão** (e.g., “também têm uma grande capacidade de orientar hm... nas tomadas de decisão... nas opções que existem... e também fizeram esse apoio.” E3), fazendo uma **Avaliação do apoio na tomada de decisão** positiva (e.g., “Ah! Eles foram tudo! Eles, foram tudo... a elas lhes devo a vida da minha filha” E1). Explorando a categoria de 2ª geração *Sugestões* do apoio e a sua subcategoria **Da própria no acompanhamento da tomada de decisão**, uma participante sugere que estas instituições de apoio à mulher e à família durante e após a gravidez deveriam estar inseridas em contexto hospitalar, permitindo assim uma articulação entre serviços (e.g. “O estarem mesmo inseridos em ambiente hospitalar (...) dava-se o cartão de IVG e dava-se o cartão da Associação... olhe você tem estas duas hipóteses, vá para casa e reflita (...)” E1).

O discurso das participantes permitiu perceber que existem respostas de apoio à tomada de decisão, não inseridas no Sistema de Saúde, que podem ser encontradas e ativadas pelas mulheres, através de pesquisas online ou contacto telefónico. A sua divulgação por estas vias pode ser uma estratégia eficaz, sendo que atualmente a internet parece ser uma via frequentemente utilizada pelas mesmas no período discernimento (Jovel et al., 2021).

No que respeita à *Tomada de decisão definitiva*, uma participante refere o **Apoio da mãe** (e.g., “(...) a minha mãe disse-me especificamente... a decisão é tua (...)” E3), duas outras participantes referem a **Percepção de apoio do pai do bebé** (e.g., “Foi a mudança de opinião do R (...)”. Uma participante afirmou que a decisão foi tomada **Pela informação recebida** (e.g., “(...) foi ali, pelo momento, pelo que me estavam a dizer...” E2). Novamente, estes resultados confirmam o impacto do apoio do pai do bebé e outros significativos na decisão, como outros trabalhos vêm destacando (Costescu & Lamont, 2013; Pereira et al., 2017).

Por último, no sentido de explorar a avaliação que estas mulheres fazem, atualmente, sobre a experiência passada, recorreu-se à categoria Posicionamento crítico atual e à sua categoria filha *Avaliação retrospectiva sobre a fase de tomada de decisão*: duas participantes assumem “**Estava mesmo muito assustada**” (E1), duas participantes referem também que “**foi muito confuso**” (E1), e duas participantes mencionaram a **Pressão** sentida (e.g., “cedi um bocado à pressão (...)” E2). Uma das participantes referiu que foi uma “**Decisão muito solitária**” (E3) e uma outra referiu sentir que estava a “**Ir contra os meus princípios**” (E5). Estes resultados sublinham novamente a literatura existente sobre a complexidade do processo de decisão, sendo este emocionalmente exigente e uma fonte de grande ansiedade para a mulher, que se vê influenciada por variáveis fatores e motivações sociais, relacionais e individuais (Sihvo et al., 2003; Van Ditzhuijzen et al., 2019). Atenta-se uma vez mais à premente necessidade de ativação de recursos de apoio psicológico especializado dirigido às mulheres que vivenciam tal experiência.

Conclusão

No seguimento daquele que foi definido enquanto objetivo geral deste estudo, apontam-se genericamente as principais conclusões que pretenderam responder às questões de investigação definidas:

Apesar da abordagem em saúde reprodutiva e planeamento familiar no nosso país (e.g., DGS, 2008), nem todas as participantes parecem ter utilizado adequadamente o método contraceptivo prescrito no período da gestação inesperada, e mesmo depois desta experiência, há ainda duas participantes que não utilizam qualquer tipo de contraceção no momento presente. Constatou-se também que a grande parte das participantes não prevê a ocorrência de uma nova gravidez inesperada, existindo, ainda assim, uma participante que assume essa possibilidade. Todas as participantes referiram serem acompanhadas ao nível da saúde reprodutiva e ginecológica no presente, sendo dada preferência ao acompanhamento ginecológico em setor privado. Por outro lado, a maioria das mulheres mencionou nunca ter realizado uma consulta de planeamento familiar.

Tais resultados, confirmam os vários estudos que descrevem que a ocorrência da gravidez inesperada se relaciona com o uso inadequado do método contraceptivo selecionado (Águas et al., 2016; Santelli et al., 2003; Santos, 2017). Considerando-se que a utilização de contraceção não é sinónimo de efetiva proteção, sendo por isso importante o estabelecimento de medidas preventivas de Planeamento Familiar, não só ao nível prescritivo, mas também

numa lógica de literacia em saúde reprodutiva. Assim, a consulta de Planeamento familiar, embora existente, pode não estar a ser totalmente usufruída no seu potencial global pelas mulheres em idade reprodutiva e seus companheiros, sendo que a gravidez inesperada pode ocorrer também devido à falta de informação sobre a contraceção e a baixa frequência de consultas de planeamento familiar (Águas et al., 2016). Estes dados parecem apontar para a necessidade de mais investimento no acompanhamento neste âmbito, nomeadamente após a ocorrência de uma gravidez não planeada, podendo tal informação ser um alerta para os profissionais de saúde.

Quanto à vivência psicológica da mulher, e de outros significativos, face à notícia da gravidez inesperada, os dados obtidos são consistentes com os descritos noutros trabalhos, realçando-se a vivência emocional complexa da mulher, pautada por sentimentos e emoções ambivalentes o/ou negativos e pela influência dos significativos na experiência da mesma, o que poderá impactar positiva ou negativamente na sua vivência psicológica durante este período (e.g., Eichorn, 2008; Moereau & Bolet, 2016; Racine et al., 2018).

No que concerne à vivência do processo de tomada de decisão pelas mesmas, os dados obtidos estão também em consonância com a literatura existente, realçando-se mais uma vez a vivência emocional negativa das mulheres ao longo do processo, considerando-se esta como um evento multifatorial que advém de várias deliberações e comportamentos, motivado por uma série de razões sociais e pessoais (e.g., Bachrach & Morgan, 2013; Coast et al., 2018; da Silva Vieira & Fuentes, 2020; Van Ditzhuijzen et al., 2019). Tais resultados confirmam que as mulheres que atravessam um processo decisório perante uma gravidez inesperada podem de facto necessitar de apoio psicológico técnico e especializado nesta fase, que embora disponível (e.g., DGS, 2007), pode não estar a ser usufruído pelas mesmas, por desconhecimento das próprias.

Observando a vivência psicológica das participantes do nosso estudo, foi possível atentar também ao facto de que, embora existindo a diferença evidente no desfecho de uma tomada de decisão de uma mulher que interrompeu a gravidez daquela que a prosseguiu, parecem, contudo, existir semelhanças naquela que é a causa do fenómeno. No qual existe a falha do método contraceptivo utilizado ou a sua não utilização, existindo também um processo decisório perante duas opções, que pressupõem a avaliação e reflexão de diferentes aspetos durante um período específico de tempo (Allanson, 2007; Brauer et al., 2019; Frederico et al., 2018; Nikkhesal et al., 2018; Pires et al., 2015).

Neste grupo de participantes e na literatura existente, é referida a dificuldade associada ao processo de tomada de decisão destas mulheres, nomeadamente no que respeita à sua

vivência psicológica, constatando-se também que o suporte e apoio de significativos durante esta fase, pode ter um papel relevante. Ainda assim, o apoio técnico e especializado pode também contribuir positivamente para uma decisão mais consciente e esclarecida (Megregian et al., 2020; Vlemmix et al., 2013). Os dados recolhidos demonstram que, apesar da existência de legislação no âmbito da saúde mental, estima-se ainda que esta não traduza a implementação e execução de serviços (Alves & Nicolau, 2017), nomeadamente no acompanhamento da mulher no processo de discernimento. Realça-se que perante este cenário, outras instituições de Apoio a mulheres grávidas em situação de fragilidade, parecem fornecer uma resposta técnica especializada dirigida às necessidades expostas, nomeadamente através de serviços de apoio Psicológico e orientação emocional da mulher, nesta fase. Contudo, aponta-se a necessidade de mais investigação sobre o tema, para a que se possam tecer conclusões mais esclarecedoras.

Sublinha-se que o trabalho exploratório aqui apresentado, é tanto quanto sabemos, o primeiro estudo a ser realizado apenas com mulheres que prosseguiram a gravidez inesperada, no nosso país. Destacamos positivamente o recurso à triangulação de investigadores na análise do conteúdo do discurso e discussão de resultados, permitindo diferentes ângulos de análise (Tuzzo & Braga, 2016). Em anexo encontra-se a checklist COREQ (anexo V), utilizada para assegurar o cumprimento dos critérios de qualidade em investigação científica qualitativa (O'Brien et al., 2014). Enquanto limitações, assinala-se o número de participantes reduzido, devido à especificidade da população em estudo, carácter frágil da temática e aos condicionamentos sanitários atualmente presentes. Será por isso importante a continuação deste estudo, permitindo o atingir da saturação teórica (Rego et al., 2018) e assim reforçar o seu peso científico.

Deseja-se que os resultados obtidos sejam um importante contributo para a compreensão das mulheres que atravessam um processo decisório perante uma gravidez inesperada, esperando-se colaborar para a melhoria e implementação de medidas e recursos de saúde pública e medidas privadas ajustados às necessidades, e que permitam sobretudo auxiliar as mulheres ao nível psicológico, durante esta fase.

Referências Bibliográficas

- Abajobir, A. A., Kisely, S., & Najman, J. M. (2017). A systematic review of unintended pregnancy in cross-cultural settings: Does it have adverse consequences for children?. *Ethiopian Journal of Health Development*, 31(3), 138-154.
- Águas, F., Bombas, T., & Silva, D. P. D. (2016). Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 10(3), 184-192.
- Aiken, A. R., Borrero, S., Callegari, L. S., & Dehlendorf, C. (2016). Rethinking the pregnancy planning paradigm: unintended conceptions or unrepresentative concepts?. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 48(3), 147. <https://doi.org/10.1363/48e10316>
- Aiken, A. R., Dillaway, C., & Mevs-Korff, N. (2015). A blessing I can't afford: factors underlying the paradox of happiness about unintended pregnancy. *Social Science & Medicine*, 132, 149-155. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.038>
- Alarcão, M. (2000). (Des) equilíbrios familiares: uma visão sistemática. Coimbra: Quarteto.
- Albrecht, T. L., & Goldsmith, D. J. (2003). Social support, social networks, and health.
- Alhassan, A. Y., Abdul-Rahim, A., & Akaabre, P. B. (2016). Knowledge, Awareness And Perceptions Of Females On Clandestine Abortion In Kintampo North Municipality, Ghana. *European Scientific Journal*, 12(12), 5. <http://dx.doi.org/10.19044/esj.2016.v12n12p95>
- Allanson, S. (2007). Abortion decision and ambivalence: Insights via an abortion decision balance sheet. *Clinical Psychologist*, 11(2), 50-60. <https://doi.org/10.1080/13284200701675767>
- Alves, F., & Nicolau, K. W. (2017). Racionalidades leigas e governação da Saúde Mental em Portugal. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 799-810. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0877>
- Bachrach, C. A., & Morgan, S. P. (2013). A cognitive-social model of fertility intentions. *Population and development review*, 39(3), 459-485. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2013.00612.x>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barrett, G., & Wellings, K. (2002). What is a 'planned' pregnancy? Empirical data from a British study. *Social science & medicine*, 55(4), 545-557. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00187-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00187-3)
- Barton, K., Redshaw, M., Quigley, M. A., & Carson, C. (2017). Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered wom

en:

- acrosssectional study of the role of relationship quality and wider social support. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1223-x>
- Biggs, M. A., Upadhyay, U. D., McCulloch, C. E., & Foster, D. G. (2017). Women's mental health and well-being 5 years after receiving or being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study. *JAMA psychiatry*, 74(2), 169-178. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3478>
- Borrero, S., Nikolajski, C., Steinberg, J. R., Freedman, L., Akers, A. Y., Ibrahim, S., & Schwarz, E. B. (2015). "It just happens": a qualitative study exploring low-income women's perspectives on pregnancy intention and planning. *Contraception*, 91(2), 150-156. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.09.014>
- Bouchard, G. (2005). Adult couples facing a planned or an unplanned pregnancy: Two realities. *Journal of Family Issues*, 26(5), 619-637. <https://doi.org/10.1177/0192513X04272756>
- Bouchard, G., Boudreau, J., & Hébert, R. (2006). Transition to parenthood and conjugal life: Comparisons between planned and unplanned pregnancies. *Journal of Family Issues*, 27(11), 1512-1531. <https://doi.org/10.1177/0192513X06290855C>
- Bracken, M. B., & Kasl, S. V. (1975). Delay in seeking induced abortion: A review and theoretical analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 121(7), 1008-1019. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(75\)90929-1](https://doi.org/10.1016/0002-9378(75)90929-1)
- Bradshaw, C., Atkinson, S., & Doody, O. (2017). Employing a qualitative description approach in health care research. *Global qualitative nursing research*, 4, 2333393617742282. <https://doi.org/10.1177/2333393617742282>
- Brauer, M., van Ditzhuijzen, J., Boeije, H., & van Nijnatten, C. (2019). Understanding decision-making and decision difficulty in women with an unintended pregnancy in the Netherlands. *Qualitative health research*, 29(8), 1084-1095. <https://doi.org/10.1177/1049732318810435>
- Brazelton, T. & Cramer, B. (2001). *A relação mais precoce – os pais, os bebés e a interação precoce* (3ª Ed). Terramar.
- Brazelton, T. B. (2010). *Infants and mothers: Differences in development*. Dell.
- Cachia, M., & Millward, L. (2011). The telephone medium and semi-structured interviews: a complementary fit. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*. <https://doi.org/10.1108/17465641111188420>

- Cameira, S., Cabral, I. P., Leal, I., & Ribeiro, J. L. P. (2000). Desejo de um filho. In *Psicologia da saúde nas doenças crónicas: actas do 3º congresso nacional de psicologia da saúde*.
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Quarteto Editora.
- Caron, N. (2000). O ambiente intra-uterino e a relação materno-fetal. *A relação pais- bebê: da observação à clínica*, 119-134.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. *As mudanças no ciclo de vida familiar*, 2, 7-29.
- Chou, F. H., Avant, K. C., Kuo, S. H., & Fetzer, S. J. (2008). Relationships between nausea and vomiting, perceived stress, social support, pregnancy planning, and psychosocial adaptation in a sample of mothers: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 45(8), 1185-1191. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.08.004>
- Coast, E., Norris, A. H., Moore, A. M., & Freeman, E. (2018). Trajectories of women's abortion-related care: a conceptual framework. *Social Science & Medicine*, 200, 199-210. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.035>
- Commendador, K. (2010). Parental influences on adolescent decision making and contraceptive use. *Pediatric Nursing*, 36, 147–156.
- Cox, M. J., Paley, B., Burchinal, M., & Payne, C. C. (1999). Marital perceptions and interactions across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 611-625. <https://doi.org/10.2307/353564>
- Curley, M., & Johnston, C. (2013). The characteristics and severity of psychological distress after abortion among university students. *The journal of behavioral health services & research*, 40(3), 279-293. <https://doi.org/10.1007/s11414-013-9328-0>
- da Silva Vieira, M. D. F., & Fuentes, M. P. (2020). Bem-estar e espiritualidade na gravidez. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, (36 (1)), 37-47.
- de Oliveira Santos, M. J., Ferreira, E., de Figueiredo, A. M. P., & da Conceição Ferreira, M. M. (2019). Desenvolvimento das políticas e dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva em Portugal. *História da Ciência e Ensino: construindo interfaces*, 20, 303-315. <https://doi.org/10.23925/2178-2911.2019v20espp303-315>
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Saúde reprodutiva e Planeamento familiar*. Direção-geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-reprodutiva-planeamento-familiar-orientacoes-tecnicas-9-edicao-revista-e-actualizada.aspx>

- Direção-Geral da Saúde (2007). *Interrupção da Gravidez por Opção da Mulher – Guia Informativo*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/Interrupcao-voluntaria-gravidez.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2019). *Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil: “Relatório dos Registos das Interrupções da gravidez 2017*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/interrupcao-da-gravidez.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2018). Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. *Relatório de Registos de Interrupção da gravidez*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/interrupcaoda-gravidez.aspx>
- Dobkin, L. M., Perrucci, A. C., & Dehlendorf, C. (2013). Pregnancy options counseling for adolescents: Overcoming barriers to care and preserving preference. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 43, 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2013.02.001>
- Downe, S., Finlayson, K., Tunçalp, Ö., & Metin Gülmezoglu, A. (2016). What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(4), 529-539. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13819>
- Eichhorn, K. C. (2008). Soliciting and providing social support over the Internet: An investigation of online eating disorder support groups. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 14(1), 67-78. <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2008.01431.x>
- Figueiredo, B., Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., & Ascencio, A. (2010). Partner relationships during pregnancy in anxious and depressed women and men. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11(2), 243-250.
- Foster, D. G., Gould, H., Taylor, J., & Weitz, T. A. (2012). Attitudes and decision making among women seeking abortions at one U.S. clinic. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44, 117–124. <https://doi.org/10.1363/4411712>
- Frederico, M., Michielsen, K., Arnaldo, C., & Decat, P. (2018). Factors influencing abortion decisionmaking processes among young women. *International journal of environmental research and public health*, 15(2), 329. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020329>

- Fundação Francisco Manuel dos Santos (2020). PORDATA. *Interrupções voluntárias da gravidez nos estabelecimentos de saúde*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Interrupções+voluntárias+da+gravidez+nos+estabelecimentos+de+saúde-1511> Consultado a: 10 de Janeiro de 2021
- Gbagbo, F. Y., Amo-Adjei, J., & Laar, A. (2015). Decision-making for induced abortion in the Accra Metropolis, Ghana. *African journal of reproductive health*, 19(2), 34-42.
- Ghaljaie, F., Naderifar, M., & Goli, H. (2017). Snowball sampling: A purposeful method of sampling in qualitative research. *Strides in Development of Medical Education*, 14(3). <https://doi.org/10.5812/SDME.67670>
- Glazier, R. H., Elgar, F. J., Goel, V., & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3-4), 247-255. <https://doi.org/10.1080/01674820400024406>
- Gomes-Pedro, J. (1985). A relação mãe-filho. *Influência do contacto*.
- Gomez, A. M., Arteaga, S., Ingraham, N., Arcara, J., & Villaseñor, E. (2018). It's not planned, but is it okay? The acceptability of unplanned pregnancy among young people. *Women's Health Issues*, 28(5), 408-414. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.07.001>
- Gorjão, B. R. (2017). *ESTOU GRÁVIDA! E AGORA? Os fatores que influenciam a decisão de prosseguir ou de interromper a gravidez inesperada* [Master's thesis, Universidade de Lisboa] Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/33099>
- Gray, J. B. (2014). Social support communication in unplanned pregnancy: support types, messages, sources, and timing. *Journal of health communication*, 19(10), 1196-1211. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.872722>
- Guedes, M., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2010). Experiências relacionais precoces, vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e adaptação à decisão e experiência de interrupção voluntária da gravidez. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(2), 199-217.
- Guedes, M., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2010). Interrupção voluntária da gravidez: Ajustamento psicológico à decisão e experiência de interrupção. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 4(4), 176-183.
- Hellerstedt, W. L., Pirie, P. L., Lando, H. A., Curry, S. J., McBride, C. M., Grothaus, L. C., & Nelson, J. C. (1998). Differences in preconceptional and prenatal behaviors in women with intended and unintended pregnancies. *American journal of public health*, 88(4), 663-666. <https://doi.org/10.2105/AJPH.88.4.663>

- Hennink, M. H., & Hutter, I. (2011). I. and Bailey. A. *Qualitative research methods*. London: SAGE Publications Ltd.
- Higgins, T., Larson, E., & Schnall, R. (2017). Unraveling the meaning of patient engagement: a concept analysis. *Patient Education and Counseling*, 100(1), 30-36. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.002>
- Holt, A. (2010). Using the telephone for narrative interviewing: a research note. *Qualitative research*, 10(1), 113-121. <https://doi.org/10.1177/1468794109348686>
- Holub, C. K., Kershaw, T. S., Ethier, K. A., Lewis, J. B., Milan, S., & Ickovics, J. R. (2007). Prenatal and parenting stress on adolescent maternal adjustment: identifying a high-risk subgroup. *Maternal and Child Health Journal*, 11(2), 153-159. <https://doi.org/10.1007/s10995-006-0159-y>
- Horvath, S., & Schreiber, C. A. (2017). Unintended pregnancy, induced abortion, and mental health. *Current psychiatry reports*, 19(11), 1-6. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0832-4>
- Jones, R. K. (2017). Change and consistency in US women's pregnancy attitudes and associations with contraceptive use. *Contraception*, 95(5), 485-490. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.01.009>
- Jovel, I., Cartwright, A. F., Ralph, L., & Upadhyay, U. D. (2021). Abortion waiting periods and decision certainty among people searching online for abortion care. *Obstetrics and Gynecology*, 137(4), 597. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000004313>
- Joyce, T., Kaestner, R., & Korenman, S. (2000). The stability of pregnancy intentions and pregnancy-related maternal behaviors. *Maternal and child health journal*, 4(3), 171-178. <https://doi.org/10.1023/A:1009571313297>
- Kabiru, C. W., Ushie, B. A., Mutua, M. M., & Izugbara, C. O. (2016). Previous induced abortion among young women seeking abortion-related care in Kenya: a cross-sectional analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0894-z>
- Kavanaugh, M. L., & Schwarz, E. B. (2009). Prospective assessment of pregnancy intentions using a single-versus a multi-item measure. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 41(4), 238-243. <https://doi.org/10.1363/4123809>
- Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallett, S., & Rosenthal, D. (2009). Reasons women give for abortion: A review of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 365-378.

- Klann, E. M., & Wong, Y. J. (2020). A Pregnancy Decision-Making Model: Psychological, Relational, and Cultural Factors Affecting Unintended Pregnancy. *Psychology of Women Quarterly*, 44(2), 170-186. <https://doi.org/10.1177/0361684320904321>
- Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*, 24(1), 120-124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
- L. Thompson, A. M. Dorsey, K. I. Miller, & R. Parrott (Eds.), *Handbook of health communication* (pp. 263–284). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Larsson, M., Aneblom, G., Odlin, V., & Tydén, T. (2002). Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 81(1), 64-71. <https://doi.org/10.1046/j.0001-6349.2001.00169.x>
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade. Fim de Século*.
- Lederman, R. P. (1996). *Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development (2nd ed.)*. Springer Publishing Co.
- Leitão, M. S. N. D. (2018). Natalidade e políticas de família. *Desafios demográficos: a natalidade*, 155-179.
- Levels, M., Need, A., Nieuwenhuis, R., Sluiter, R., & Utle, W. (2012). Unintended pregnancy and induced abortion in the Netherlands. *European Sociological Review*, 28, 301–318. <https://doi.org/10.1093/esr/jcq065>
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist*, 64(9), 863. <https://doi.org/10.1037/a0017497>
- Maldonado, M. T. (2013). *Psicologia da gravidez*. Editora Jaguatirica Digital.
- Megregian, M., Emeis, C., & Nieuwenhuijze, M. (2020). The Impact of Shared Decision-Making in Perinatal Care: A Scoping Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13128>
- Meiksin, R., Chang, J. C., Bhargava, T., Arnold, R., Dado, D., Frankel, R., & Zickmund, S. (2010). Now is the chance: Patient–provider communication about unplanned pregnancy during the first prenatal visit. *Patient education and counseling*, 81 (3), 462-467. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.09.002>
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Quarteto Editora.

- Miller, W. B., Barber, J. S., & Gatny, H. H. (2013). The effects of ambivalent fertility desires on pregnancy risk in young women in the USA. *Population studies*, 67(1), 25-38. <https://doi.org/10.1080/00324728.2012.738823>
- Moreau, C., & Bohet, A. (2016). Frequency and correlates of unintended pregnancy risk perceptions. *Contraception*, 94(2), 152-159. <https://doi.org/10.1016/.2016.02.029>
- Moreira, T. M. M., Viana, D. D. S., Queiroz, M. V. O., & Jorge, M. S. B. (2008). Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Rev Esc Enferm USP*, 42(2), 312-20. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000200015>
- Morse, J. M. (1991). Strategies for sampling. In J. M. Morse (Ed.), *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue* (pp. 127-145). Newbury Park, CA: Sage.
- Mosher, W. D., Jones, J., & Abma, J. C. (2012). *Intended and unintended births in the United States; 1982-2010*.
- Mumford, S. L., Sapra, K. J., King, R. B., Louis, J. F., & Louis, G. M. B. (2016). Pregnancy intentions—a complex construct and call for new measures. *Fertility and sterility*, 106(6), 1453-1462. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.07.1067>
- Nery, M. (2017). *Já decidi (mos), e agora?: factores de proteção e de risco para a adaptação à decisão de prosseguir ou interromper uma gravidez inesperada*. [Master's thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/33358>
- Noya, A., & Leal, I. P. (1998). Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico?. *Análise psicológica*, 16(3), 431-439.
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245-1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- Oliveira, M. S. D., Barbosa, I. C. F. J., & Fernandes, A. F. C. (2005). Razões e sentimentos de mulheres que vivenciaram a prática do aborto.
- Palma, S., & Presado, H. (2019). Motivos que levam as mulheres a optarem por uma interrupção voluntária da gravidez: uma Scoping Review. *Pensar em Enfermagem*, 23(1).
- Pereira, J., Pires, R., & Canavarro, M. C. (2017). Psychosocial adjustment after induced abortion and its explanatory factors among adolescent and adult women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35, 119–136. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1276281>

- Pereira, J., Pires, R., & Canavarro, M. C. (2019). Decision-making trajectories leading to termination of an unplanned pregnancy: specificities among adolescent and adult women. *Journal of reproductive and infant psychology*, 37(3), 242-255. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1566596>
- Plummer, M. L., Wamoyi, J., Nyalali, K., Mshana, G., Shigongo, Z. S., Ross, D. A., & Wight, D. (2008). Aborting and suspending pregnancy in rural Tanzania: an ethnography of young people's beliefs and practices. *Studies in family planning*, 39(4), 281-292. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2008.00175.x>
- PORDATA. (2020). Interrupções voluntárias da gravidez nos estabelecimentos de saúde. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/Portugal/Interrupções+voluntárias+da+gravidez+nos+estabelecimentos+de+saúde-1511>
- Presado, M. H., Palma, S., & Cardoso, M. (2018). Vivências de um grupo de mulheres portuguesas em processo de Interrupção Voluntária da Gravidez. *CIAIQ2018*, 2.
- Racine, N., Madigan, S., Plamondon, A., Hetherington, E., McDonald, S., & Tough, S. (2018). Maternal adverse childhood experiences and antepartum risks: the moderating role of social support. *Archives of women's mental health*, 21(6), 663-670. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0826-1>
- Ralph, L. J., Greene, D., Kimport, K., Turok, D., & Roberts, S. C. M. (2016). Measuring decisional certainty among women seeking abortion. *Contraception*, 95, 269-278. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.09.008>
- Ralph, L., Gould, H., Baker, A., & Foster, D. G. (2014). The role of parents and partners in minors' decisions to have an abortion and anticipated coping after abortion. *Journal of Adolescent Health*, 54(4), 428-434. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.09.021>
- Raphael-Leff, J. (2005). Parent–infant psychodynamics: Wild things, mirrors and ghosts. *Infant Observation*, 8(3), 291-292. <https://doi.org/10.1080/13698030500375628>
- Rego, A., Pina, M., & Meyer Jr, V. (2018). Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*, 17(2), 43-57. <https://doi.org/10.12660/rgplp.v17n2.2018.78224>
- River, L. M., Narayan, A. J., Atzl, V. M., Rivera, L. M., & Lieberman, A. F. (2020). Romantic partner support during pregnancy: The discrepancy between self-reported and coder-rated support as a risk factor for prenatal psychopathology and stress. *Journal of Social and Personal Relationships*, 37(1), 2746. <https://doi.org/10.1177/0265407519850333>

- Santelli, J. S., Speizer, I. S., Avery, A., & Kendall, C. (2006). An exploration of the dimensions of pregnancy intentions among women choosing to terminate pregnancy or to initiate prenatal care in New Orleans, Louisiana. *American Journal of Public Health*, 96(11), 2009-2015. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.064584>
- Santelli, J., Rochat, R., Hatfield-Timajchy, K., Gilbert, B. C., Curtis, K., & Cabral, R. (2003). Unintended Pregnancy Working Group: The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 94-101.
- Seefat-van Teeffelen, A., Nieuwenhuijze, M., & Korstjens, I. (2011). Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery*, 27(1), e122-e127. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.09.006>
- Sihvo, S., Bajos, N., Ducot, B., & Kaminski, M. (2003). Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(8), 601-605. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.57.8.601>
- Singh, S., Sedgh, G., & Hussain, R. (2010). Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. *Studies in family planning*, 41(4), 241-250. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2010.00250.x>
- Skjeldestad, F. E., Borgan, J. K., Daltveit, A. K., & Nymoén, E. H. (1994). Induced abortion: effects of marital status, age and parity on choice of pregnancy termination. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 73(3), 255-260. <https://doi.org/10.3109/00016349409023450>
- Smetana, J. G., & Adler, N. E. (1979). Decision-making regarding abortion: A Value× Expectancy analysis. *Journal of Population*, 338-357.
- Steinberg, J. R., Laursen, T. M., Adler, N. E., Gasse, C., Agerbo, E., & Munk-Olsen, T. (2018). Examining the association of antidepressant prescriptions with first abortion and first childbirth. *JAMA Psychiatry*, 75, 828-834. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0849>
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher*. Casa do Psicólogo.
- Tachibana, M., Santos, L. P., & Duarte, C. A. M. (2006). O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. *Psychê*, 10(19), 149-167.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

- Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, S190-S198. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>
- Tuzzo, S. A., Braga, C. F. (2016). O processo de triangulação da pesquisa qualitativa: o metafenômeno como gênese. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 4(5), p. 140-158.
- van Ditzhuijzen, J., Brauer, M., Boeijs, H., & van Nijnatten, C. H. (2019). Dimensions of decision difficulty in women's decision-making about abortion: A mixed methods longitudinal study. *PloS one*, 14(2), e0212611. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.02126>
- Van Ditzhuijzen, J., Ten Have, M., de Graaf, R., van Nijnatten, C. H., & Vollebergh, W. A. (2017). Long-term incidence and recurrence of common mental disorders after abortion. A Dutch prospective cohort study. *Journal of psychiatric research*, 102, 132-135. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.10.006>
- Vicente, L. F. (2020). Aborto por opção da mulher: a experiência portuguesa da implementação da Rede Nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00036219. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00036219>
- Vlemmix, F., Warendorf, J. K., Rosman, A. N., Kok, M., Mol, B. W. J., Morris, J. M., & Nassar, N. (2013). Decision aids to improve informed decision-making in pregnancy care: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(3), 257-266. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12060>
- Wang, W., & Mallick, L. (2019). Understanding the relationship between family planning method choices and modern contraceptive use: an analysis of geographically linked population and health facilities data in Haiti. *BMJ global health*, 4(Suppl 5), e000765. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000765>
- Winnicott, D. W. (1999). *Os bebês e suas mães* (J. C. Camargo, Trad.). Martins Fontes. (Obra original publicada em 1987).
- Winnicott, DW. (1988). *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise*. Francisco Alves.
- World Health Organization. (2015). *Millennium Development Goal 5: Target 5. B: achieve, by 2015, universal access to reproductive health* [On-line]. Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/topics/mdgs/target_5b/en/
- Xie, R. H., He, G., Koszycki, D., Walker, M., & Wen, S. W. (2009). Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Annals of epidemiology*, 19(9), 637-643. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2009.03.008>

- Yanikkerem, E., Ay, S., & Piro, N. (2013). Planned and unplanned pregnancy: effects on health practice and depression during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 39(1), 180-187. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2012.01958.x>
- Zabin, L. S., Huggins, G. R., Emerson, M. R., & Cullins, V. E. (2000). Partner effects on a woman's intention to conceive: 'not with this partner'. *Family Planning Perspectives*, 39-45. <https://doi.org/10.2307/2648147>

Anexos

Anexo I – Guião de Entrevista

Tópicos gerais	Tópicos específicos	Instruções
Informação sociodemográfica	Idade e estado civil	- Explorar idade e estado civil
	Habilitações académicas: situação económica e situação laboral atual	- Explorar habilitações académicas. <i>Nível de escolaridade? Profissão atual?</i> - Explorar situação laboral atual (incluindo emprego/desemprego e profissão) - Explorar fontes de rendimento (salário mensal/diário/subsídios ou pensões) <i>Considera que a situação económica do seu agregado familiar é adequada/favorável?</i>
	Agregado familiar e condições de habitação	- Explorar local de residência e organização do agregado familiar <i>Localidade onde reside? Com quem vive?</i> <i>Considera que a habitação aonde reside dispõe de todas as condições necessárias para si e outros?</i>
	Nº de gravidezes, filhos, gravidezes inesperadas, IVG	<i>Quantos filhos tem? Quantas gravidezes teve? Foram estas inesperadas ou planeadas?</i> <i>Já realizou alguma IVG?</i>

Saúde Reprodutiva	Planeamento familiar	- Explorar acompanhamento em Serviços de Saúde <i>É acompanhada habitualmente no seu hospital / centro de saúde?</i> <i>Alguma vez foi a uma consulta de planeamento familiar?? Quando? Em que circunstâncias?</i> <i>[Dar indicação que a pergunta se refere a qualquer momento da vida]</i> <i>Num plano futuro, acha que poderia ocorrer novamente uma gravidez inesperada? Porquê?</i>
	Método(s) contraceptivo (s) utilizado (s)	- Explorar contraceção aquando da gravidez <i>Quando soube da notícia da gravidez utilizava algum método contraceptivo?</i> <i>Se sim, considera que utilizava corretamente? Quem receitou?</i> <i>Em caso de não utilização, explorar utilização prévia (qual/quaís; motivo da desistência)</i> - Explorar contraceção atual <i>Atualmente está a utilizar algum método contraceptivo? Se sim, qual? Quem o receitou?</i>

Notícia da gravidez inesperada	Receção da notícia	- Explorar reação (nomeadamente emoções e cognições associadas) <i>Como soube que estava grávida? Como foi recebida esta notícia?</i> <i>Recorda o que sentiu nesse momento?</i> <i>O que lhe ocorreu nesse momento?</i> <i>O que fez/ pensou fazer no imediato?</i>
	Receção e vivência da notícia pelo pai do bebé e outros	- Explorar reação do pai <i>Contou ao pai? Se sim, como foi recebida a notícia? Se não, porquê?</i> <i>O que é que isso a fez sentir?</i> - Explorar reação de outros <i>Partilhou com mais alguém? Se sim com quem? Se não, porquê?</i> <i>Que reações observou quando deu a notícia? O que é que isso a fez sentir?</i>

	Posicionamento e procura de informação sobre a IVG	- Explorar posicionamento face à IVG antes desta gravidez <i>O que pensava sobre a IVG? Qual era a sua opinião sobre interromper uma gravidez inesperada?</i> - Explorar posicionamento face à IVG nesta gravidez <i>Pensou na IVG quando teve notícia desta gravidez? Se Sim, quando/ em que momento? Porquê?</i> - Explorar procura de informação <i>Pesquisou alguma coisa na internet ou de outra forma sobre o assunto? O quê?</i> <i>Deslocou-se a algum lado? Contactou centro de saúde? Hospital? Marcou alguma consulta?</i> <i>Se sim, como foi esse momento? Sente que lhe foram dadas todas as informações necessárias? Como se sentiu?</i> <i>Sente que lhe foi dado o apoio necessário pelos profissionais de saúde nesse momento?</i>
Processo de tomada de decisão	Sentimentos e pensamentos (dominantes ou presentes) no processo de tomada de decisão	- Explorar processo da própria face à necessidade de decidir <i>Como foi estar perante esta necessidade de decidir? Que opções lhe passaram pela cabeça?</i> - Posicionamento crítico (fácil/difícil; sentimentos e cognições associados; necessidades) <i>Foi fácil? Foi rápido? O que pensou e sentiu? Sentimentos e pensamentos mais predominantes nesta fase?</i> <i>De que sentiu falta?</i>

		- Explorar perspetivas sobre o processo vivido por outras mulheres <i>Sabe se há mais mulheres a viverem situações semelhantes /a tomarem uma decisão?</i> <i>O que considera que elas sentem e pensam nessa situação?</i> <i>O que acha que outras mulheres na mesma situação fazem nesta fase?</i> <i>O que acha que outras mulheres na mesma situação precisam nesta fase?</i>
	Rede de suporte próxima identificada para a tomada de decisão	- Explorar papel do pai <i>(Se o pai esteve presente) Qual a sua posição e opinião sobre a gravidez? O que é que ele queria fazer?</i> - Explorar papel de outros (família; outros significativos) <i>Com quem (mais) falou sobre este assunto?</i> <i>Que tipo de conselhos e opiniões lhe foram dados? Quem os deu?</i> <i>Família e amigos tiveram impacto neste processo? De que forma?</i>

	Papel de Instituições / Organizações	- Explorar apoio de outros (nomeadamente Serviços de saúde, IPSS, etc) <i>Pediu ajuda/apoio/suporte a mais alguém/em mais algum lado?</i> - Identificar organização(ões) (tipo de organização) <i>A quem/ onde pediu apoio/suporte/ajuda?</i> - Explorar razões para essa procura <i>Porquê? Que motivos a levaram a procurar esse apoio?</i> - Explorar passos dados na procura dessa ajuda/apoio <i>Quando recorreu a essa(s) ajuda(s)?</i> - Explorar recursos utilizados para procura deste apoio/ajuda (identificar caminho percorrido; identificar fontes de informação, incluindo recursos online; dificuldade/facilidade de acesso à informação) <i>Como chegou até essa(s) organização(ões)? Como sabia da sua existência?</i> - Quanto à organização que acompanhou a decisão final <i>Em que fase do processo se encontrava quando contactou a Associação? O que já tinha feito?</i> - Explorar posicionamento crítico face ao suporte recebido <i>- Como descreveria o apoio recebido?</i> <i>- Pensa que este apoio contribuiu para sua decisão? Em que medida?</i> - <i>Considera que este tipo de apoio foi eficaz? Se sim, porquê? Se não, de que sentiu falta?</i> - <i>Tem sugestões para se poder melhorar este apoio?</i>
--	--------------------------------------	---

		- Explorar posicionamento crítico face ao suporte recebido por outras mulheres <i>- Acha que outras mulheres também consideram e recorrem a apoio para além da família e amigos?</i> <i>Se sim, a que tipo de apoio? Porque o fazem?</i> <i>Se não, porquê?</i> <i>- Esse apoio poderá ser importante para ajudar outras mulheres em situação de decisão? Sim/não? Porquê?</i> <i>- Tem sugestões para a maior eficácia desse apoio?</i>
Tomada de decisão	Tomada de decisão e fatores decisores	- Explorar tipo de decisão, momento da tomada de decisão e razões <i>Quando é que foi então tomada a decisão definitiva? Em que altura? O que ficou decidido nesse momento?</i> <i>O que foi decisivo para tomar essa decisão? Que fatores pesaram mais?</i>

	Vivência emocional do momento concreto de tomada de decisão	- Explorar cognições e emoções associadas <i>O que sentiu perante essa escolha? Que pensamentos surgiram? Porquê?</i>
Adaptação à decisão	Pai do bebé, família e outros significativos	- Explorar reações de outros face à tomada de decisão (pai, família e outros significativos) <i>Como é que reagiu/reagiram à notícia de que iria continuar com a gravidez?</i> - Explorar características dos relacionamentos depois da decisão tomada (nomeadamente afastamento/aproximação, etc) <i>Como avalia a relação com o pai do bebé após a decisão tomada? Porquê?</i> <i>E com a família e pessoas próximas? Porquê?</i>

	Adaptação à decisão / vivência da gravidez e maternidade	- Vivência da gravidez <i>Como foi viver com a decisão?</i> <i>Após a decisão, como foi vivida esta gravidez?</i> <i>Lembra-se do primeiro momento em que sentiu amor pelo seu bebê?</i> <i>Sentiu entusiasmo e curiosidade perante o bebê que aí vinha?</i> <i>Foi às consultas? (explorar onde é que foi acompanhada a gravidez; curso de preparação para o parto) Alguém a acompanhava?</i> <i>Continuou a ser acompanhada pela instituição de apoio social? Porquê?</i> <i>De que tipo de acompanhamento usufruiu?</i> - Adaptação à decisão <i>Como foi lidar com a decisão, durante a gravidez?</i> <i>Em alguma altura, durante a gravidez, se arrependeu desta decisão? Porquê?</i> <i>E depois do bebê nascer? Porquê?</i> <i>Se tivéssemos esta conversa na altura da tomada de decisão o que nos diria? E 3 meses depois do bebê já ter nascido? E hoje em dia?</i> - Maternidade <i>Hoje, o que significa para si ser mãe? Acha que esta opinião é diferente daquela que tinha quando tomou a decisão de continuar a gravidez? Em quê? Porquê?</i> <i>Sente que tem apoio suficiente no presente? (explorar apoio/desafios para cuidar do bebê; apoio/desafios noutras áreas) Se sim, como lhe é dado este apoio? Por quem? Se não, que apoio desejaria?</i>
--	---	---

	Sugestões no Geral	<i>- Posicionamento e sugestões gerais</i> <i>O que diria hoje a uma mulher que estivesse a ponderar interromper uma gravidez inesperada?</i> <i>O que diria aos profissionais / técnicos que acompanham estas situações?</i>
--	--------------------	---

Anexo II - Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

No âmbito na realização da minha dissertação de Mestrado em Psicologia, especialização em Clínica e da Saúde, pela Faculdade de Educação e Psicologia (FEP) da Universidade Católica Portuguesa, encontro-me a elaborar um estudo sobre a experiência retrospectiva de mães com mais de 18 anos que decidiram prosseguir uma gravidez inesperada. Procurando assim compreender e encontrar respostas que permitam melhorar o apoio dado a mulheres que experienciam uma gravidez inesperada.

Será solicitado o agendamento de uma entrevista online, por chamada de voz, com o objetivo de recolher dados sobre a vivência da tomada de decisão de uma gravidez não planeada, de acordo com a disponibilidade da participante. Solicita-se também o consentimento da gravação áudio da mesma entrevista.

Todas as participantes convidadas a participar no estudo, deverão fazê-lo de forma totalmente voluntária, pelo que, estão no direito pleno de não participação ou desistência a qualquer momento, não tendo isto qualquer consequência negativa para as mesmas.

Ao aceitar participar neste estudo, a participante aceita que estes dados sejam utilizados estritamente para esta investigação e apenas partilhados com os membros da equipa e divulgados com a comunidade científica, mantendo-se, desta forma, a confidencialidade e sigilo de todas as participantes.

Em momento algum serão partilhados dados que possam levar à identificação das participantes. A equipa de investigação, encontra-se disponível para esclarecer qualquer dúvida existente, tal como fornecer algum tipo de informação adicional que seja tida como relevante.

Agradecemos o seu contributo,

Prof. Doutora Maria Raul Xavier: mxavier@porto.ucp.pt

Filipa Azevedo: filipamdeazevedo@gmail.com

A participante:

(duplicado)

Anexo III – Sistema Geral de Categorias

1. Saúde Reprodutiva e Planejamento Familiar

1.1. *Planeamento Familiar e Contraceção*

1.1.1. **Contraceção prévia à gravidez do último filho**

1.1.2. Contraceção aquando da Gravidez do último filho

1.1.2.1. **Pílula**

1.1.2.2. **Preservativo**

1.1.2.3. **Uso inadequado**

1.1.2.4. **Não contraceção**

1.1.2.5. **Circunstâncias da não contraceção**

1.1.2.6. Quem receitou

1.1.2.6.1. **Ginecologista**

1.1.2.6.2. **Obstetra**

1.1.3. **Consulta de Planeamento Familiar**

1.1.4. Acompanhamento atual

1.1.4.1. **São acompanhadas**

1.1.4.2. **Médico Ginecologista**

1.1.4.3. Contraceção atual

1.1.4.3.1. **Anel Vaginal**

1.1.4.3.2. **DIU**

1.1.4.3.3. **Não utilizam**

1.1.4.3.4. **Circunstâncias**

1.1.4.3.5. Posicionamento Crítico

1.1.4.3.5.1. **“Devia ser assim com toda a gente”**

1.1.4.3.5.2. **“Rápido”**

1.2. *Planeamento da Gravidez*

1.2.1. Planeamento de Gravidezes anteriores

1.2.1.1. **Gravidez inesperada**

1.2.1.2. **Gravidez planeada**

1.2.2. Planeamento da Gravidez do último filho

1.2.2.1. **“Completamente inesperada”**

1.2.3. Possível Gravidez inesperada no futuro

1.2.3.1. **“Difícilmente”**

1.2.3.2. **Existe essa possibilidade**

1.2.3.3. Posicionamento face a essa possibilidade

1.2.3.3.1. **Posicionamento da própria**

1.2.3.3.2. **Posicionamento do companheiro**

1.2.3.3.3. **Enquanto casal**

1.3. *Interrupção da Gravidez*

1.3.1. **Aborto espontâneo**

1.3.2. **IVG**

- 1.3.2.1.“Sim”
- 1.3.2.2.“Não”
- 1.3.2.3.“Mais ao menos”
- 1.3.2.4.Opinião prévia à gravidez do último filho
 - 1.3.2.4.1. “Cada mulher é que sabe”
 - 1.3.2.4.2. “Eramos contra o aborto”
 - 1.3.2.4.3. Opinião semelhante à atual
- 1.3.2.5.Sugestões IVG

2. Notícia da Gravidez e Tomada de decisão

2.1. *Reações no momento*

2.1.1. Dimensão cognitiva e comportamental

2.1.1.1.Reação da própria cognitivo-comportamental

2.1.1.2.Reação do companheiro cognitivo-comportamental

2.1.2. Dimensão emocional

2.1.2.1.Reação da própria emocional

2.1.2.1.1. “Assustadas”

2.1.2.1.2. “Choque”

2.1.2.1.3. “Dividida”

2.1.2.1.4. “Foi uma surpresa muito grande”

2.1.2.1.5. “Negação”

2.1.2.1.6. “Senti-me assim muito mal”

2.1.2.2.Reação do companheiro emocional

2.1.2.2.1. Não aceitou

2.1.2.2.2. “Revoltado”

2.1.2.2.3. “Total Silêncio”

2.1.2.2.4. Reagiu mal

2.1.3. Sentimentos face à reação do pai do bebé

2.1.3.1.“Muito triste”

2.1.3.2.Desamparo

2.1.3.3.“Psicologicamente arrasada”

2.1.4. Circunstâncias da reação no momento

2.2. *Ponderação de IVG*

2.2.1. Ponderou

2.2.2. O que fez

2.2.2.1.Apoio jurídico

2.2.2.2.Razões da procura de Apoio jurídico

2.2.2.3.Consulta de IVG

2.2.2.4.Medicação IVG

2.2.2.5.Não procurou informação ou aconselhamento médico

2.2.3. Quem primeiro sugeriu a IVG

2.2.3.1. Mãe

2.2.3.2. Profissionais de saúde

2.2.3.2.1. Equipa médica

- 2.2.3.2.2. **“Foi assim muito frio”**
- 2.2.3.2.3. **Razões de saúde**
- 2.2.4. Valorização do acompanhamento e aconselhamento médico
 - 2.2.4.1. **Valorização**
 - 2.2.4.2. **Desvalorização**
 - 2.2.4.3. **Valorização da postura empática dos enfermeiros**
 - 2.2.4.4. **Valorização atribuída ao aconselhamento psicológico**
 - 2.2.4.5. **Desconhecimento da possibilidade de apoio**
- 2.2.5. Pensamentos da própria
 - 2.2.5.1. **Consciência da reflexão**
 - 2.2.5.1.1. **“Eu sabia que me ia custar”**
 - 2.2.5.1.2. **“O porquê de eu estar a fazer aquilo”**
 - 2.2.5.2. **Aspetos ponderados**
 - 2.2.5.2.1. **“A minha saúde”**
 - 2.2.5.2.2. **“Apoio do pai do bebé”**
 - 2.2.5.2.3. **Aspetos económicos**
 - 2.2.5.2.4. **Idade e perspetivas de vida**
 - 2.2.5.2.5. **Questões profissionais**
 - 2.2.5.2.6. **Relação com o companheiro e pai da criança**
 - 2.2.5.2.7. **Ter filhos já mais velhos**
 - 2.2.5.3. **Outros pensamentos**
 - 2.2.5.3.1. **Algo que impedisse a realização**
 - 2.2.5.3.2. **“Estar a gerar-se aqui um bebé”**
 - 2.2.5.3.3. **“Estou a ser posta à prova”**
 - 2.2.5.3.4. **“Não me queria sujeitar a um aborto”**
 - 2.2.5.3.5. **“O que cada opção iria impactar em mim”**
- 2.2.6. **Posicionamento crítico antes da gravidez**
- 2.2.7. **Perspetiva do pai do bebé**
 - 2.2.7.1. **A favor**
 - 2.2.7.2. **Nunca partilhou**
- 2.2.8. **“O corpo é da mulher”**
- 2.2.9. **Posicionamento crítico atual**
- 2.3. *Dias da Tomada de decisão*
 - 2.3.1. **“Foram mesmo muito maus”**
 - 2.3.2. **Vontade de prosseguir a gravidez**
 - 2.3.3. **Importância da fé**
 - 2.3.4. **Partilha com outros**
 - 2.3.4.1. **Amigos**
 - 2.3.4.2. **“Irmã”**
 - 2.3.4.3. **“A minha mãe”**
 - 2.3.4.4. **Reações observadas**
 - 2.3.4.4.1. **“Acolhimento”**
 - 2.3.4.4.2. **“Ficaram muito felizes”**
 - 2.3.4.4.3. **“Apoio da opção pela IVG”**

- 2.3.4.4.4. **“Apreensivas”**
 - 2.3.4.5.Importância das reações dos outros
 - 2.3.4.5.1. **Sentir apoio**
 - 2.3.4.5.2. **“Causou pressão”**
 - 2.3.4.5.3. **“Perceber o que fazia sentido”**
 - 2.3.4.5.4. **Tranquilizou**
 - 2.3.5. **Recurso a aconselhamento médico**
 - 2.3.6. **Expectativa sobre a resposta dos médicos**
 - 2.3.7. **Valorização da resposta empática dos médicos**
 - 2.3.8. **Avaliação do apoio médico perante a notícia**
 - 2.3.9. **Procura de aconselhamento jurídico**
 - 2.4. *Tomada de decisão definitiva*
 - 2.4.1. Dimensão Comportamental
 - 2.4.1.1.Dimensão comportamental própria
 - 2.4.1.2.Dimensão comportamental do casal
 - 2.4.1.3.Dimensão comportamental do pai do bebé
 - 2.4.1.4.Recurso a um médico específico
 - 2.4.2. Dimensão Emocional
 - 2.4.2.1.Reações positivas da própria
 - 2.4.2.2.Do companheiro face à decisão definitiva
 - 2.4.3. Fatores decisórios
 - 2.4.3.1.Apoio da mãe
 - 2.4.3.2.Apoio do pai do bebé
 - 2.4.3.3. Pela informação recebida
 - 2.4.4. Partilha com outros significativos
 - 2.4.4.1.Amigas
 - 2.4.4.2.Com a mãe
 - 2.4.4.3.Com os filhos
 - 2.4.4.4.Entidade Patronal
 - 2.4.4.5.Familiares
- 3. Vivência da Gravidez após a tomada de decisão
 - 3.1. *Vivência física e emocional da própria*
 - 3.1.1. **Alterações hormonais**
 - 3.1.2. **Culpabilização**
 - 3.1.3. **Preocupação**
 - 3.1.4. **Complicada**
 - 3.1.5. **“Super calma”**
 - 3.1.6. **Aquela conexão**
 - 3.1.7. **Importância do apoio**
 - 3.2. **Sem arrependimento face à decisão**
 - 3.3. *Acompanhamento da gravidez*
 - 3.3.1. Consulta de obstetrícia
 - 3.3.1.1. **Teve acompanhamento obstétrico**

- 3.3.1.2.Com quem
 - 3.3.1.2.1. Acompanhada pela mãe**
 - 3.3.1.2.2. Acompanhada pelo pai do bebé**
 - 3.3.1.2.3. Sozinha**
 - 3.3.1.2.4. Outros**
 - 3.3.2. Curso de preparação para o parto
 - 3.3.2.1. Participou
 - 3.3.2.2.Não participou
- 4. Apoio em instituições
 - 4.1. Motivo da procura de apoio**
 - 4.2. Pesquisa inicial na internet**
 - 4.3. Contacto inicial na internet**
 - 4.4. Disponibilidade no primeiro contacto**
 - 4.5. Colaboração entre instituições**
 - 4.6. Não recorreu**
 - 4.7. Acompanhamento na tomada de decisão*
 - 4.7.1. Teve acompanhamento**
 - 4.7.2. Não teve acompanhamento**
 - 4.8. Acompanhamento durante a gravidez*
 - 4.8.1. Acompanhamento emocional**
 - 4.8.2. Formações**
 - 4.9. Acompanhamento após a gravidez**
 - 4.10. Avaliação sobre o apoio recebido na instituição*
 - 4.10.1. Avaliação do apoio na tomada de decisão**
 - 4.10.2. Avaliação do apoio na gravidez
 - 4.10.2.1. Própria**
 - 4.10.2.2. Companheiro**
 - 4.10.2.3. Decisão de paragem do acompanhamento**
 - 4.11. Sugestões*
 - 4.11.1. Da própria no acompanhamento da tomada de decisão**
 - 4.11.2. Da própria no acompanhamento da gravidez**
- 5. Posicionamento crítico atual
 - 5.1. Avaliação retrospectiva sobre a fase de tomada de decisão*
 - 5.1.1. “Estava mesmo muito assustada”**
 - 5.1.2. “Foi muito confuso”**
 - 5.1.3. Pressão**
 - 5.1.4. “Decisão muito solitária”**
 - 5.1.5. “Ir contra os meus princípios”**
 - 5.2. Avaliação crítica sobre a ponderação da IVG*
 - 5.2.1. “Graças a deus não passei por isso”**
 - 5.2.2. “Cedi um bocado à pressão”**
 - 5.2.3. “Agora tenho vergonha”**

- 5.2.4. **“Não sei se seria capaz de ir contra o pai”**
 - 5.3. *Avaliação crítica sobre a decisão tomada*
 - 5.3.1. **Não se arrependeu**
 - 5.3.2. Relatos
 - 5.3.2.1. **“É a melhor coisa do mundo”**
 - 5.3.2.2. **“Ponderar muito bem”**
 - 5.4. **Avaliação sobre a qualidade parental do pai**
 - 5.5. Condições econômicas para a natalidade
 - 5.5.1. **“O fator financeiro influencia muito”**
 - 5.5.2. **“Eu acho que tudo se consegue”**
 - 5.6. *Avaliação sobre a experiência de outras mulheres*
 - 5.6.1. **Percepção de experiências similares à sua**
 - 5.6.1.1. O que diria hoje a outra mulher na mesma circunstância
 - 5.6.1.1.1. **“Avaliar os prós e contras”**
 - 5.6.1.1.2. **“Liga para a associação”**
 - 5.6.1.1.3. **“Partilha de experiência pessoal”**
 - 5.6.2. O que é que as mulheres precisam nesta fase
 - 5.6.2.1. **O suporte de alguém**
 - 5.6.2.2. **Apoio psicológico e emocional**
 - 5.6.2.3. **Serem informadas**
 - 5.6.2.4. **“Há sempre hipóteses”**
 - 5.7. **Esta decisão será sempre da mulher**
 - 5.8. *Profissionais de saúde*
 - 5.8.1. O que diria aos profissionais
 - 5.8.1.1. **“Não dei importância”**
 - 5.8.1.2. **Ser escutada**
 - 5.8.2. Crítica negativa ao posicionamento dos profissionais
 - 5.8.2.1. **Julgamento**
 - 5.8.2.2. **“Estão a lidar com seres humanos”**
 - 5.8.2.3. **“Era mais uma interrupção”**
6. Ser mãe
- 6.1. *Rede de apoio*
 - 6.1.1. **Sente ter**
 - 6.1.2. **Sente não ter**
 - 6.1.3. Quem
 - 6.1.3.1. **Apoio da mãe**
 - 6.1.3.2. **“Alguns amigos mais próximos”**
 - 6.1.3.3. **Apoio de familiares**
 - 6.1.4. O que desejaria ter
 - 6.1.4.1. **“Mais tempo para nós”**
 - 6.1.4.2. **“Uma dinâmica familiar que nos apoie”**
 - 6.2. *Significado de ser mãe*
 - 6.2.1. Diferenças entre o significado prévio e atual
 - 6.2.1.1. **Existem diferenças**
 - 6.2.1.2. **Não existem diferenças**
 - 6.2.1.3. **Razões das diferenças**
 - 6.2.2. **“É a minha vocação”**

Anexo IV – Descrição de Categorias

Descrição das categorias

1. <u>Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar</u>				
1.1. <i>Planeamento Familiar e Contraceção</i>				
Codificação	Designação	Nº de fontes / Referências	Descrição	Exemplo
1.1.1.	Contraceção prévia à gravidez do último filho	3/3	Quando as participantes se referem à utilização de contraceção previamente á gravidez do último filho.	“Eu utilizei a pilula, mas foi mais para estabilizar... regular.... hormonalmente... e depois a certa altura serviu também como contracetivo...”
1.1.2. Contraceção aquando da Gravidez do último filho				
1.1.2.1.	“Pílula”	2/2	Quando as participantes referem que utilizavam a pílula aquando da gravidez inesperada.	“Estava... pilula...”
1.1.2.2.	“Preservativo”	1/1	Quando as participantes referem a utilização do preservativo enquanto método contracetivo aquando da gravidez inesperada.	“usava... era o preservativo...”
1.1.2.3.	Uso inadequado	3/3	Quando as participantes referem que utilizavam contraceção na	“Não. Quer dizer, estou a mentir... usava... era o preservativo... mas... usava... mas não era frequente.”

			altura da gravidez inesperada de forma inadequada.	
1.1.2.4.	Não contraceção	2/3	Quando as participantes referem não utilizarem contraceção aquando da gravidez inesperada.	“e é assim... efetivamente eu não usava... não estava protegida...”
1.1.2.5.	Circunstâncias da não contraceção	2/3	Quando as participantes se referem às circunstâncias da não contraceção aquando da gravidez do último filho.	“mas achava eu que não me ia acontecer nada... olhe sei lá... aquelas coisas que se mete na cabeça... eu pensava não, isto vai correr bem... não, não... as contas vão bater certas...”
1.1.2.6. Quem receitou				
1.1.2.6.1.	Ginecologista	1/1	Quando as participantes referem que foi a ginecologista quem receitou a contraceção feita na altura da gravidez inesperada.	“a Ginecologista”
1.1.2.6.2.	Obstetra	1/1	Quando as participantes referem que foi o obstetra quem receitou a contraceção que utilizavam na altura da gravidez inesperada.	“Foi o meu obstetra (...)”
1.1.3.	Consulta de planeamento familiar	4/4	Quando as participantes se referem especificamente à consulta de planeamento familiar	“Hm.... não... foi tudo inesperado ah ah... quer dizer fiz depois de engravidar.... na altura não era acompanhada no centro de saúde, mas era acompanhada por um ginecologista..”
1.1.4. Acompanhamento atual				
1.1.4.1.	São acompanhadas	5/6	Quando as participantes referem ter acompanhamento no planeamento e contraceção	“Faço acompanhamento de saúde no centro de saúde, com o médico de família.”

1.1.4.2.	Médico Ginecologista	3/4	Quando as participantes referem ter uma / um médico ginecologista privado	“Não não... tenho a minha ginecologista... sempre que preciso pronto... faço aquelas consultas de rotina... e pronto... aconselho-me por todo o lado...”
1.1.4.3. Contraceção atual				
1.1.4.3.1.	Anel Vaginal	1/1	Quando as participantes referem utilizar o anel vaginal atualmente enquanto método contraceutivo	“mas pronto, agora utilizo o anel vaginal e pronto... dou-me super bem....”
1.1.4.3.2.	DIU	1/3	Quando as participantes referem utilizar o DIU como método de contraceção atualmente	“Mas prontos, felizmente... eu também estou com o DIU”
1.1.4.3.3.	Não utilizam	2/2	Quando as participantes referem não estar a utilizar nenhum método contraceutivo atualmente	“Neste momento o método é a distância”
1.1.4.3.4.	Circunstâncias	4/4	Quando as participantes se referem às circunstâncias da contraceção atual.	“Sim, eu depois do L nascer coloquei o Diu... mas não me dei bem com o Diu... dei-me super mal... mas pronto, agora utilizo o anel vaginal e pronto... dou-me super bem.”
1.1.4.3.5. Posicionamento crítico				
1.1.4.3.5.1.	“Devia ser assim com toda a gente”	1/1	Quando as participantes se referem que as circunstâncias vividas deviam ser semelhantes para toda as mulheres.	“e acho que se é do desejo da mulher acho que devia ser assim com toda a gente.”
1.1.4.3.5.2.	“Rápido”	1/1	Quando as participantes se referem à rapidez da prescrição de contraceção após o parto.	“C. nasceu em junho e eu em agosto coloquei o DIU e pronto acho que foi mesmo muito rápido...”

<i>1.2.Planeamento da Gravidez</i>				
1.2.1. Planeamento de Gravidezes anteriores				
1.2.1.1.	Gravidez inesperada	2/2	Quando as participantes referem ter tido outra (s) gravidez inesperada.	“Foram as duas inesperadas ah ah ah...”
1.2.1.2.	Gravidez Planeada	2/2	Quando as participantes referem que as gravidezes anteriores à do último filho foram / foi planeada	“Os rapazes foram planeados, o aborto infelizmente aconteceu no meio dos rapazes também tinha sido planeado... né... então foram planeados, foram decididos que sim, que era naquela altura...”
1.2.2. Planeamento da Gravidez do último filho				
1.2.2.1.	“Completamente inesperada”	5/5	Quando as participantes descrevem que a gravidez não foi planeada.	“A C. foi completamente inesperada, não digo indesejada, mas completamente inesperada, completamente....”
1.2.3. Possível Gravidez inesperada no futuro				
1.2.3.1.	“Difícilmente”	4/4	Quando as participantes referem que seria difícil ocorrer novamente uma gravidez inesperada no futuro.	“E... não, acho difícil... agora acho difícil... ah ah...”
1.2.3.2.	“Existe essa possibilidade”	1/1	Quando as participantes referem que há possibilidade de uma gravidez inesperada no futuro.	“Poderia, poderia.... por acaso este mês, isto é engraçado... o período menstrual atrasou prai uma semana (...)”
1.2.3.3. Posicionamento face a essa possibilidade				

1.2.3.3.1.	Posicionamento da própria	5/6	Quando a participante se refere ao seu posicionamento quanto à possibilidade de ocorrer novamente uma gravidez inesperada.	“Olhe porque... eu pegando um bocadinho na história do G... eu agora olhando para trás tenho noção que me descuidei em alguns momentos... portanto... eu acho que agora lá está... vem a segunda... por opção... e eu acho que se eventualmente até viesse um terceiro ou um quarto também seria por opção... porque eu agora não vacilo... não é...”
1.2.3.3.2.	Posicionamento do companheiro	1/2	Quando a participante se refere ao posicionamento do companheiro face à possibilidade de ocorrer novamente uma gravidez inesperada.	“O R. disse “ai isto não dá jeito nenhum”...e ele até já se ria...”
1.2.3.3.3.	Enquanto casal	1/4	Quando a participante se refere ao posicionamento do casal face à possibilidade de ocorrer novamente uma gravidez inesperada.	“mas falamos os dois... e foi engraçada a nossa reação... porque foi completamente diferente do que com a C.”
<i>1.3. Interrupção da Gravidez</i>				
1.3.1.	Aborto espontâneo	1/1	Quando a participante refere ter tido um aborto espontâneo previamente ao nascimento do último filho.	“uma foi um aborto... um aborto espontâneo.”
1.3.2. IVG				
1.3.2.1.	“Sim”	1/1	Quando as participantes afirmam ter vivido já uma experiência de IVG.	“Sim.”
1.3.2.2.	“Não”	3/3	Quando as participantes afirmam nunca ter vivido uma situação de IVG.	“Não, não...”
1.3.2.3.	“Mais ao menos”	1/1	Quando as participantes afirmam que realizaram “mais ao menos” uma IVG	“Hm... ah ah... mais ao menos... a minha situação com a gravidez do G foi muito particular... eu tomei efetivamente a medicação... mas o meu organismo não reagiu...”

1.3.2.4. Opinião prévia à gravidez do último filho				
1.3.2.4.1.	“Cada mulher é que sabe”	2/2	Quando as participantes referem que cada mulher é que sabe.	“eu acho que cada mulher é que sabe... eu acho que não temos direito a julgar nem a condenar... cada pessoa é uma pessoa... cada caso é um caso... é assim, eu se o faria? Não sei... depende da pessoa... depende da relação... depende...”
1.3.2.4.2.	“Eramos contra o aborto”	1/1	Quando as participantes referem que eram contra a IVG antes da gravidez inesperada.	“Sim, e... e... aliás, nós os dois eramos os dois, e sempre falamos abertamente sobre isto, e eramos contra o aborto... sempre falamos sobre isto... eramos mesmo contra. Pronto, era uma coisa contra-natura, que nós não devíamos tirar a vida a um ser, por muito pequeno que fosse...”
1.3.2.4.3.	Opinião semelhante à atual	1/1	Quando as participantes referem possuir previamente uma opinião semelhante à atual sobre IVG.	“Hm... é um bocado como é agora...”
1.3.2.5.	Sugestões IVG	1/2	Quando as participantes fazem sugestões concretas sobre o acompanhamento que devia existir nas situações de IVG.	“acho que a mulher tem sempre que avaliar muito bem... eu acho que devia de haver um gabinete de IVG no hospital... na maternidade, e havia de haver também um gabinete da VN...”
2. <u>Notícia da Gravidez e Tomada de decisão</u>				
2.1. <i>Reações no momento</i>				
2.1.1. Dimensão cognitivo-comportamental				

2.1.1.1.	Reação da própria cognitivo-comportamental	5/7	Quando as participantes se referem às suas reações (dimensão cognitivo comportamental) perante a notícia inesperada da gravidez.	“e depois fui logo no dia seguinte à minha médica e disse-lhe – “olhe estou a fazer testes seguidos e estão a dar positivo, passa-se alguma coisa comigo porque eu não posso estar grávida””
2.1.1.2.	Reação do companheiro cognitivo-comportamental	1/1	Quando as participantes se referem à reação do companheiro (dimensão cognitivo comportamental) perante a notícia inesperada da gravidez	“só que ele reagiu de forma diferente... ele revoltou-se contra mim... prontos...”
2.1.2. Dimensão emocional				
2.1.2.1. Reação da própria emocional				
2.1.2.1.1.	“Assustadas”	4/6	Quando as participantes referem terem ficado assustadas perante a notícia da gravidez.	“Eu fiquei um bocado assustada... pronto, porque fiquei assustada...”
2.1.2.1.2.	“Choque”	2/2	Quando as participantes referem ter ficado em choque quando receberam a notícia da gravidez inesperada.	“Nada... é assim... opa é um choque... fiquei sem reação... não... não... pelo menos comigo... não reagi...”
2.1.2.1.3.	“Dividida”	1/1	Quando as participantes referem que se sentiram divididas perante a notícia da gravidez inesperada.	“eu no fundo fiquei dividida... não sabia o que havia de fazer...”
2.1.2.1.4.	“Foi uma surpresa muito grande”	1/1	Quando as participantes referem que foi uma grande surpresa a notícia da gravidez inesperada.	“e foi uma surpresa muito grande... porque eu fui fazer a operação e já estava grávida. Não sonhava sequer, nem tinha sintomas... nada nada nada...”
2.1.2.1.5.	“Negação”	4/6	Quando as participantes referem terem experienciado negação perante a notícia da gravidez inesperada.	“Estava em negação. Estava em completa negação. Eu dizia: não é possível, não é possível...”

2.1.2.1.6.	“Senti-me assim muito mal”	1/1	Quando as participantes referem que se sentiram mal face à notícia da gravidez inesperada.	“Não não... a sério... eu senti-me mesmo muito mal...”
2.1.2.2. Reação do companheiro emocional				
2.1.2.2.1.	“Não aceitou	1/1	Quando as participantes referem que o pai do bebe não aceitou a notícia da gravidez inesperada.	“quando acabei por contar ao meu companheiro... ele não aceitou... não aceitou...”
2.1.2.2.2.	“Revoltado”	1/1	Quando as participantes referem que o pai do bebé ficou revoltado perante a notícia.	“pronto, mas ele ficou também muito revoltado porque ele achava, e depois disse-me, que achava exatamente o que eu achava... que o meu corpo não ia aguentar... e que eu tinha sido... tinha sido uma desgovernada mesmo...”
2.1.2.2.3.	“Total silêncio”	1/1	Quando as participantes referem que o pai do bebe reagiu com total silencio perante a notícia.	“Hm... da forma que eu imaginei... com total silêncio...”
2.1.2.2.4	Reagiu mal	3/5	Quando as participantes referem que o pai do bebé reagiu mal à notícia da gravidez inesperada.	“Não, não... reagiu muito mal...”
2.1.3. Sentimentos face à reação do pai do bebé				
2.1.3.1.	“Muito triste”	1/1	Quando as participantes referem que se sentiram muito tristes face à reação do pai à notícia da gravidez.	“Fiquei muito triste... fiquei muito triste com ele... fiquei, fiquei... muito muito triste... claro que passou mas fiquei...”
2.1.3.2.	Desamparo	2/2	Quando as participantes referem terem-se sentido desamparadas perante a reação do pai do bebe à notícia da gravidez inesperada.	“portanto, senti-me no fundo... desamparada... sem saber o que fazer...”

2.1.3.3.	“Psicologicamente arrasada”	1/2	Quando as participantes referem se terem sentido arrasadas psicologicamente perante a reação do pai do bebé à notícia da gravidez.	“eu fiquei psicologicamente tão arrasada com a reação do pai, e tao assustada... tao em pânico...”
2.1.4.	Circunstâncias da reação no momento	5/9	Quando as participantes se referem às circunstâncias vividas no momento que justificam a forma como reagiram.	“Sim, fiz um teste deu negativo... cada vez me capacitei mais que tinha sido algo que aconteceu na cirurgia... passado uma semana continuava sem vir... e aí eu fiquei um bocadinho mais em pânico... eu até achei que seria uma menopausa...”
2.2. Ponderação da IVG				
2.2.1.	Ponderou	5/7	Quando as participantes referem ter ponderado a IVG perante a notícia da gravidez inesperada.	“Sim... pensei...”
2.2.2. O que fez				
2.2.2.1.	Apoio jurídico	1/2	Quando as participantes referem que procuraram apoio jurídico perante a opção da IVG.	“que a primeira coisa que eu fiz foi tentar obter um apoio jurídico...”
2.2.2.2.	Razões da procura de Apoio jurídico	1/2	Quando as participantes referem as razões de procura de apoio jurídico.	“tentar perceber juridicamente os direitos do pai sobre o meu corpo... ou seja, eu queria fazer uma decisão consciente...”
2.2.2.3.	Consulta de IVG	2/4	Quando as participantes se referem ao recurso a consulta de IVG.	“Pronto, olhe e eu depois acabei por marcar logo a consulta...”
2.2.2.4.	Medicação IVG	1/2	Quando as participantes referem ter tomado a medicação de IVG.	“a minha situação com a gravidez do G foi muito particular... eu tomei efetivamente a medicação... mas o meu organismo não reagiu...”

2.2.2.5.	Não procurou informação ou aconselhamento médico	1/2	Quando as participantes referem não ter pesquisado ou solicitado informações adicionais sobre a possibilidade de IVG.	“Não... não, eu não pesquisei nada. Eu sabia... pronto... sabia que havia essa possibilidade... não sabia pormenorizadamente, mas tinha pessoas que já fizeram...”
2.2.3. Quem primeiro sugeriu a IVG				
2.2.3.1.	Mãe	1/4	Quando as participantes se referem à mãe como tendo abordado a temática da IVG pela primeira vez na situação.	“Pronto, olhe e eu depois acabei por marcar logo a consulta, a minha mãe disse-me logo para marcar a consulta... orientou-me e disse-me pronto, tens que marcar a consulta no centro de saúde para fazeres a interrupção da gravidez... eu já tinha tudo... fui à consulta...”
2.2.3.2. Profissionais de saúde				
2.2.3.2.1.	Equipa médica	2/4	Quando as participantes referem que a equipa medica referiu a IVG.	“Fui recebida por equipa médica de ginecologia... eram três médicos... Pronto e pronto... foi... falaram-me logo de IVG...”
2.2.3.2.2.	“Foi assim muito duro”	1/5	Quando as participantes se referem ao modo com os prof de saúde apresentaram a possibilidade de IVG	“foi... foi assim muito frio... muito...”
2.2.3.2.3.	Razões de saúde	1/2	Quando as participantes se referem ao facto de os profissionais de saúde terem considerado as questões de saúde quando sugeriram a IVG.	“e eles fizeram assim uma cara tipo... com esta medicação toda e está grávida?”
2.2.4. Valorização do acompanhamento e aconselhamento médico				
2.2.4.1.	Valorização	3/3	Quando a participante atribui importância às informações e aconselhamento médico específico.	“mas terça feira tenho consulta com o ortopedista e... eu confio nele de olhos fechados... já era a terceira cirurgia que eu

				fazia com aquele médico... é assim, ele é que me vai dizer, ele é que me vai dizer se sim ou se sopas... eu tinha que ouvir da boca dele...”
2.2.4.2.	Desvalorização	2/2	Quando a participantes não atribuem importância ao aconselhamento médico.	“e então pensei assim opa não vou ligar ao que estes senhores me disseram... levo o cartão comigo e prontos...”
2.2.4.3.	Valorização da postura empática dos enfermeiros	1/3	Quando as participantes valorizam a empatia das enfermeiras o processo de IVG.	“comigo foi impecável, eu lembro-me que a primeira vez que lá fui foi a uma quarta feira, depois fui na sexta feira seguinte e... pronto, tive que ficar o fim de semana todo em casa não é... e ela como não tinha acontecido nada... até teve esse cuidado de me deixar o contacto para pronto... irmos falando...”
2.2.4.4.	Valorização atribuída ao aconselhamento psicológico	1/1	Quando as participantes atribuem importância ao aconselhamento psicológico perante a tomada de decisão IVG.	“eles disponibilizam uma psicóloga para ajudar neste processo... para falar com a pessoa... e pronto, eu acho que isso também foi super importante.”
2.2.4.5.	Desconhecimento da possibilidade de apoio	1/1	Quando as participantes referem não ter tido conhecimento de possibilidades de apoio durante a ponderação de IVG	“Pois, eu não sabia disso por acaso, não sabia!”
2.2.5. Pensamentos da própria				
2.2.5.1. Consciência da reflexão				
2.2.5.1.1.	“Eu sabia que me ia custar”	1/2	Quando as participantes referem que sabiam que lhes ia custar interromper a gravidez.	“(…) assim uma coisa pronto, que eu sabia que me ia custar não é... (…)”

2.2.5.1.2.	“O porquê de eu estar a fazer aquilo”	1/1	Quando as participantes referem ter pensado na causa desta ponderação da IVG.	“Pois... pois... o porquê, o porquê de eu estar a fazer isto...(...)”
2.2.5.2. Aspetos ponderados				
2.2.5.2.1.	“A minha saúde”	1/1	Quando as participantes referem ter pensado na própria saúde quando ponderaram a IVG.	“a minha saúde... portanto, há aqui um cenário que não perspectivava sequer uma responsabilidade e empenho a esse nível.”
2.2.5.2.2.	Apoio do pai do bebé	1/1	Quando as participantes referem ter pensado que precisavam do apoio do pai do bebé para não interromper a gravidez.	“(...) se o pai da criança, que também tem poder de decisão sobre isto, não quer! Não é, e eu preciso dele! Porque eu não posso criar duas crianças sozinhas sem ele, ainda por cima com o trabalho que eu tenho não é... porque eu preciso! Eu preciso de... do apoio dele... preciso...”
2.2.5.2.3.	Aspetos económicos	2/3	Quando as participantes referem ter ponderado positivamente os aspetos económicos na ponderação de IVG.	“(...) eu não tenho nada a ver com a vida económica de ninguém e cada um sobrevive como pode, mas é assim estamos a falar de duas pessoas que estavam efetivas...”
2.2.5.2.4.	Idade e perspetivas de vida	1/1	Quando as participantes referem ter pensado na idade e perspetiva de vida quando ponderaram a IVG.	“minha idade, as minhas perspetivas de vida (...)”
2.2.5.2.5.	Questões profissionais	2/3	Quando as participantes referem ter pensado nas questões profissionais quando ponderaram na IVG.	“o meu contrato de trabalho, a bolsa estava a terminar nesse ano... e entretanto estava outro projeto a começar, que era um projeto de reestruturação... hm... eu estava-me a empenhar grandemente (...)”

2.2.5.2.6.	Relação com o companheiro e pai da criança	2/2	Quando as participantes referem os pensamentos que tiveram sobre a relação com o pai do bebê, perante a possibilidade de uma IVG.	“E eu sabia que isto mais tarde ia acabar por dar cabo da minha relação...”
2.2.5.2.7.	Ter filhos já mais velhos	1/1	Quando as participantes referem a ponderação de terem filhos já mais velhos na decisão da IVG.	“tinha dois filhos criados... claro que precisam imenso de mim mas quer dizer...”
2.2.5.3. Outros pensamentos				
2.2.5.3.1.	“Algo que me impedisse de realizar”	1/2	Quando as participantes referem ter desejado que alguém lhes dissesse para não interromperem a gravidez.	“e eu estava, eu acho que estava desesperadamente à procura de alguém que me dissesse para não fazer isso...”
2.2.5.2.	“Estar a gerar-se aqui um bebé”	1/1	Quando as participantes referem ter pensado que se estava a gerar um bebé, ao ponderarem a IVG.	“eu acho que mesmo não sendo ainda... depois começa a entrar um bocadinho o lado mãe não é... está-se a gerar aqui um bebé não é...”
2.2.5.3.	“Estou a ser posta à prova”	1/1	Quando as participantes referem ter pensado que estariam a ser postas à prova perante a ponderação de uma IVG.	“Nesta situação... com todas as minhas perspetivas de vida... de trabalho... e com uma gravidez... não é, será que... a primeira coisa que pensei foi “estou a ser posta à prova” ah ah...”
2.2.5.4.	“Não me queria sujeitar a um aborto”	1/3	Quando as participantes referem ter pensado que não se queriam sujeitar a um aborto.	“Mas eu também não me queria sujeitar a um aborto porque eu já tinha ficado traumatizada da primeira situação...”
2.2.5.5.	“O que cada opção iria impactar em mim”	2/2	Quando as participantes referem ter pensado no que cada opção iria impactar nelas - prosseguir ou interromper a gravidez.	“Hm... eram duas possibilidades... e eu tentei imaginar o cenário de cada uma... e se eu seria capaz de conviver com um cenário ou com o outro...”

2.2.6.	Posicionamento crítico antes da gravidez	4/6	Quando as participantes partilham o seu posicionamento crítico sobre recorrer à IVG antes da gravidez inesperada.	“Sim, e... e... aliás, nós os dois éramos os dois, e sempre falamos abertamente sobre isto, e éramos contra o aborto... sempre falamos sobre isto... éramos mesmo contra. Pronto, era uma coisa contra-natura, que nós não devíamos tirar a vida a um ser, por muito pequeno que fosse...”
2.2.7. Perspetiva do pai do bebé				
2.2.7.1.	A favor	2/2	Quando as participantes referem que o pai do bebé era a favor da IVG.	“Olhe... eu no fundo estava a espera que ele tivesse a mesma reação que teve na primeira, que era “vamos em frente”... mas eu também no fundo já sabia que isso não ia acontecer, porque... eu conheço-o não é, e nós já tínhamos falado várias vezes sobre isto...”
2.2.7.2.	Nunca partilhou	1/1	Quando as participantes referem que o pai do bebé nunca partilhou a sua perspetiva sobre a IVG.	“mas ele nunca se expressou, disse isso... e eu pensei que talvez ele quisesse que eu abortasse... mas ele não me disse nunca...”
2.2.8.	“O corpo é da mulher”	2/3	Quando as participantes referem que na tomada de decisão da IVG consideraram o próprio corpo e o direito sobre ele.	“obviamente não havendo consenso, o corpo é da mulher... não haja dú idas..”.
2.2.9.	Posicionamento crítico atual	2/4	Quando as mulheres se posicionam criticamente sobre o procedimento de uma IVG.	“eu coloco nas mãos do destino o facto de não ter tido que interromper a gravidez... porque eu não sei se iria ser capaz de ir contra o pai... e ir contra todos... porque no fundo estava toda a gente... poucas eram as pessoas que me apoiavam em seguir a gravidez não é...”

2.3. Dias da tomada de decisão				
2.3.1.	“Foram mesmo muito maus”	2/5	Quando as participantes referem que os dias de tomada de decisão foram muito maus.	“foi mesmo muito mau, aqueles dias foram mesmo muito maus.”
2.3.2.	Vontade de prosseguir a gravidez	3/3	Quando as participantes partilham que sentiam querer continuar a gravidez nos dias de tomada de decisão.	“porque é assim eu no fundo, se calhar... interiormente... eu até queria o bebe não é...”
2.3.3.	Importância da fé	3/4	Quando as participantes fazem referência à importância da fé nos dias de tomada de decisão.	“Sim, sim mas eu acredito que foi tudo Deus... acredito que houve ali uma energia superior..”
2.3.4. Partilha com outros				
2.3.4.1.	Amigos	5/5	Quando as participantes referem que partilharam a notícia com amigos nos dias de tomada decisão.	“Com um amigo muito próximo, da área da psicologia também. Porque precisei de uma orientação a esse nível e...”
2.3.4.2.	“Irmã”	1/2	Quando as participantes referem ter partilhado a notícia com a irmã nos dias tomada decisão.	“Partilhei, partilhei com a minha irmã.”
2.3.4.3.	“A minha mãe”	2/3	Quando as participantes referem ter partilhado a notícia da gravidez inesperada com a mãe nos dias de tomada decisão.	“depois entretanto contamos à m nha mãe... porque ela estava em nossa casa, nessa altura hm... e contei à minha mãe... “
2.3.4.4. Reações observadas				
2.3.4.3.1.	“Acolhimento”	2/2	Quando as participantes referem ter observado acolhimento nas pessoas com quem partilharam a notícia da gravidez.	“Maior acolhimento possível... Maior apoio possível...”

2.3.4.3.2.	“Ficaram muito felizes”	2/4	Quando as participantes referem que observaram reações de felicidade perante a notícia da gravidez.	“Ficaram muito felizes ah ah, coitadas... ficaram muito felizes (...)”
2.3.4.3.3.	“Apoio da opção pela IVG”	1/1	Quando as participantes referem que observaram reações de apoio da opção de interromper a gravidez quando partilharam a notícia.	“ela tranquilizou-me hm... no sentido em que... pronto, isso é um procedimento muito rápido (...)”
2.3.4.3.4.	“Apreensivas”	1/2	Quando as participantes referem ter observado reações apreensivas nas pessoas com quem partilharam a notícia da gravidez.	“Hm... a outra minha amiga, as outras minhas amigas... duas, que eram as únicas que ainda estavam próximas de mim... pronto, ficaram um pouco apreensivas... deram-me alguns argumentos para eu refletir...”
2.3.4.3.5. Importância das reações dos outros				
2.3.4.3.5.1.	Sentir apoio	4/4	Quando as participantes referem terem sentido apoio perante as reações observadas face à notícia.	“E... das amigas sim porque também lá está, eu senti essa liberdade de poder decidir por mim... sabe... caso eu optasse por uma coisa ou por outra... elas iriam sempre apoiar a minha decisão...”
2.3.4.3.5.2.	“Causou pressão”	2/3	Quando as participantes referem que as reações de outros perante a notícia causaram pressão em si.	“(...) e pronto... inevitavelmente causa ali uma pressão (...)”
2.3.4.3.5.3.	“Perceber o que fazia sentido”	1/2	Quando as participantes referem que as reações dos outros à notícia lhes permitiram pensar o que fazia sentido para si.	“tentei com isso perceber o que me fazia sentido para mim...”
2.3.4.3.5.4.	Tranquilizou	1/1	Quando as participantes referem que as reações dos outros à notícia a tranquilizaram.	“ela tranquilizou-me hm... no sentido em que... pronto, isso é um procedimento muito rápido... e pronto...”

2.3.5.	Recurso a aconselhamento médico	2/3	Quando as participantes descrevem o recurso a aconselhamento / informação fornecida pelos médicos.	“Eu saí, e depois é assim aquilo é um corredor que liga ortopedia a obstetrícia e eu disse ao R: opa olha vou ver se está a minha ginecologista e se ela estiver vou falar com ela (...)”
2.3.6.	Expectativa sobre a resposta dos médicos	1/1	Quando as participantes referem ter tido uma expectativa mais negativa sobre a reação dos médicos.	“nós os dois assim meus perdidos... eu acho que não era aquele quadro que nós estávamos....”
2.3.7.	Valorização da resposta empática dos médicos	1/2	Quando as participantes descrevem e avaliam positivamente o facto de os médicos reagirem de forma empática e próxima à notícia da gravidez.	e a mulher abraça-se a nós ah ah ah e diz: vamos já fazer uma ecografia... vamos já ver como está...e eles têm o ecógrafo no consultório... quer dizer... ela a lidar com aquilo como se fosse estivesse a dar-nos a maior dádiva”
2.3.8.	Avaliação do apoio médico perante a notícia	1/1	Quando as participantes avaliam o apoio que foi dado pelos prof de saúde quando foi partilhada a notícia da gravidez	“Tive numa segunda fase.... na primeira fase quando cheguei ao hospital sinto que não tive apoio nenhum... acho que foram mesmo muito frios comigo... e tenho pena de estar a dizer isto”
2.3.9.	Procura de aconselhamento jurídico	1/1	Quando as participantes referem ter procurado o aconselhamento jurídico no processo de tomada de decisão.	“Hm... porque era uma violação do meu próprio corpo, era uma violação do meu próprio corpo não é... eu tinha que saber se ele tinha o direito a... a esse nível...”
2.4. Tomada de decisão definitiva				
2.4.1. Dimensão comportamental				

2.4.1.1.	Dimensão comportamental da própria	3/5	Quando as participantes se referem ao que fizeram no momento de tomada de decisão definitiva.	“Foi sabe... espontâneo... do género... ok está tudo, tem a certeza que está tudo bem? Então vamos seguir (...)”
2.4.1.2.	Dimensão comportamental do casal	1/1	Quando as participantes referem o que o casal fez no momento de tomada de decisão.	“Prontos... então... fizemos uma sessão... fomos à associação... e estivemos uma manhã inteira com as doutoras... prai três horas a falar (...)”
2.4.1.3.	Dimensão comportamental do pai do bebé	3/4	Quando as participantes se referem ao que o pai do bebé fez no momento de tomada de decisão.	“o R vinha a conduzir e pôs-me a mão na minha mão e disse-me “vamos levar a gravidez para a frente, mas promete-me uma coisa, ninguém mais vai interferir, a partir de agora somos só nós os dois...”
2.4.1.4.	Recurso a um médico específico	2/2	Quando as participantes referem terem recorrido aos serviços de um médico específico quando tomaram a decisão de prosseguir a gravidez.	“porque eu quis fazer uma ecografia com uma médica aqui que é top e ela diz tudo (...)”
2.4.2. Dimensão emocional				
2.4.2.1.	Reações positivas da própria	4/4	Quando as participantes se referem à própria vivência emocional no momento de tomada de decisão de prosseguir a gravidez.	“Oh... fiquei muito mais feliz não é... f... não sei... mudei completamente...”
2.4.2.2.	Do companheiro face à decisão definitiva	3/3	Quando as participantes se referem à vivência emocional do companheiro no momento de tomada de decisão.	“ele mudou completamente... a postura comigo... olhe não sei... foi uma magia que aconteceu... não sei...”
2.4.3. Fatores decisórios				
2.4.3.1.	Apoio da mãe	1/1	Quando as participantes referem que o apoio da mãe foi um fator decisório para prosseguir a gravidez	“a minha mãe apercebeu-se e começou a pressionar-me, para perceber o que se estava a passar e porque eu não estava bem... e foi

				ai, foi nesse momento que... que as coisas se tornaram num apoio muito grande (...)
2.4.3.2.	Apoio do pai do bebê	1/1	Quando as participantes referem que um fator para a decisão foi a constatação de apoio do pai do bebê	“Foi a mudança de opinião do R... foi, foi... o perceber que ele me ia acompanhar... que ia estar ao meu lado... mudou tudo não é... mudou logo tudo...”
2.4.3.3.	Pela informação recebida	1/1	Quando as participantes referem que tomaram a decisão naquele momento pelo que lhes estavam a dizer no consultório médico.	“(...) foi ali, pelo momento, pelo que me estavam a dizer...”
2.4.4. Partilha com outros significativos				
2.4.4.1.	Amigas	1/1	Quando as participantes referem a partilha da decisão de prosseguir a gravidez com amigas.	“Sim, sim... eu acho que... por exemplo, no caso das minhas amigas mais próximas, com quem eu tinha partilhado pronto o que estava a passar no momento... pela reação foi claro que, ali sim eu tinha tomado a decisão certa... ficaram super felizes...”
2.4.4.2.	Com a mãe	3/4	Quando as participantes referem ter partilhado a notícia de que iriam prosseguir a gravidez com a mãe.	“e pronto, quando eu sai e contei pronto... e pronto, a minha mãe pronto, depois aceitou, ajudou-me imenso, colaborou imenso... mesmo na fase da gravidez... até como, lá está, eu já tinha dito, eu ainda vivi em casa dela depois com o bebê, e ela foi sempre impecável.”
2.4.4.3.	Com os filhos	1/2	Quando as participantes referem ter partilhado a notícia de prosseguir definitivamente a gravidez com os filhos.	“Olhe não sei, foi engraçado... a gente até brinca imenso com isso hoje em dia até em jantares e tudo porque eu nunca mais me esqueço... estávamos à mesa e eu contei-lhes aos dois...”

2.4.4.4.	Entidade Patronal	1/1	Quando as participantes referem ter partilhado a decisão de prosseguir a gravidez com a entidade patronal	“e pronto, isto tudo mexeu muito connosco, mas pronto depois também acabei logo por contar (...)”
2.4.4.5.	Familiares	3/5	Quando as participantes se referem á partilha com a família perante a partilha de que iriam prosseguir a gravidez inesperada.	“Eu acho que de uma forma geral, eu por acaso... a família do lado da minha mãe... não é que seja muito grande, porque não é... mas é um bocadinho mais conservadora sabe... hm.... e eu achava que pronto, iam reagir muito mal... mas de uma maneira geral a reação das pessoas, à medida que fui contando foi muito positiva (...)”
3. <u>Vivência da Gravidez após a tomada de decisão</u>				
3.1. <i>Vivência física e emocional da própria</i>				
3.1.1.	Alterações hormonais	1/1	Quando as participantes se referem às alterações hormonais durante a gravidez.	“e depois é as alterações hormonais, que essas a gente nem sequer dá por ela... mas elas estão cá... e só as outras pessoas que estão de fora é que olham e dizem “não, tu não és tu”... mas nós sem sequer damos por isso...”
3.1.2.	Culpabilização	1/1	Quando as participantes referem ter sentido culpabilização perante possíveis problemas do feto.	“Exato, e depois até houve aqui uma certa altura que eu me culpabilizei (...)”
3.1.3.	Preocupação	1/1	Quando as participantes referem ter sentido preocupação na vivência da gravidez.	“eu depois vivia sempre com medo que pudesse acontecer alguma coisa do género... olha se o meu organismo ainda não estiver bem limpo daquilo e pudesse acontecer alguma coisa... e vivi um bocado com essa preocupação...”

3.1.4.	Complicada	1/1	Quando as participantes referem que a gravidez foi complicada.	“Fiz, fiz tudo... inclusive... esta gravidez foi um bocadinho complicada (...)”
3.1.5.	Super calma	1/1	Quando as participantes referem ter tido uma gravidez tranquila.	“e pronto, e depois levei assim muito naturalmente... depois eu também tive muita sorte porque tive uma gravidez super calma e pronto...”
3.1.6.	Aquela conexão	5/6	Quando as participantes referem ter sentido afeto perante a gravidez e bebê na gravidez.	“Eu acho que foi mesmo quando sai da associação, a partir daí começou a dar-se-me o click, de sentir amor... de pôr a mão na barriga...”
3.1.7.	Importância do apoio	1/1	Quando as participantes referem a importância do apoio durante a gravidez.	“e é assim, isto é a minha experiência claro, mas eu acho que o SNS devia ter mais acompanhamento a nível psicológico... principalmente para as mães de primeira viagem... porque é tudo novo! Porque na verdade nós estamos ali... é um bocadinho tudo a despachar (...)”
3.2.	Sem arrependimento face à decisão	4/4	Quando as participantes referem que durante a gravidez não se arrependeram da decisão.	“Durante a gravidez não...”
3.3. Acompanhamento da gravidez				
3.3.1. Consulta de obstetrícia				
3.3.1.1.	Teve acompanhamento obstétrico	5/5	Quando as participantes referem terem sido acompanhadas em consultas de obstetrícia após a tomada de decisão de prosseguir a gravidez	“Sim, sim continuei a ser seguida na maternidade porque pronto... já tinha lá o processo... e depois fui à minha ginecologista particular, pronto que ela também é obstetra e

				pronto, fiquei a ser seguida nos dois lados... que no fundo é o que está a acontecer agora também...”
3.3.1.2. Com quem				
3.3.1.2.1.	Acompanhada pela Mãe	3/3	Quando as participantes referem que costumam ser acompanhadas pelas mães nas consultas de obstetrícia durante a gravidez.	“Geralmente era a minha mãe, porque o meu obstetra era de S., e eu na altura estava a morar no C. e então quando ia às consultas ia sempre a S. e a minha mãe ia lá ter comigo.”
3.3.1.2.2.	Acompanhada pelo pai do bebé	4/4	Quando as participantes referem o acompanhamento do pai do bebé nas consultas de obstetrícia durante a gravidez.	“E depois, o pai quando estava de folga também ia. Eu geralmente tentava marcar para os dias de folga do pai.”
3.3.1.2.3.	Sozinha	2/2	Quando as participantes referem ter ido sozinhas a consultas de obstetrícia na gravidez.	“Hm... normalmente eu ia sozinha.”
3.3.1.2.4.	Outros	3/5	Quando as participantes referem outras pessoas com quem costumavam ir às consultas de obstetrícia durante a gravidez.	“E... costumava arranjar sempre alguém para ir comigo...”
3.3.2. Curso de preparação para o parto				
3.3.2.1.	Participou	2/2	Quando as participantes referem ter frequentado o curso de preparação para o parto.	“Fiz, fiz tudo...”
3.3.2.2.	Não participou	1/1	Quando as participantes referem não ter realizado o curso de preparação para o parto.	“Não ahahah”
4. <u>Apoio em instituições</u>				

4.1.	Motivo da procura de apoio	2/2	Quando as participantes referem o motivo que as levou a procurar apoio noutras instituições.	“estava-me a sentir completamente sozinha... e o R teve uma reação tao má... e não sei... estava na esperança que... não sei... pudessem falar com ele... não sei, que nos pudessem clarificar a ideia aos dois...”
4.2.	Pesquisa inicial na internet	2/3	Quando as participantes referem terem em primeira instância procurado apoio na internet	“É assim, eu pesquisei no Google... pus... apoio na gravidez e qualquer coisa...”
4.3.	Contacto inicial por telefone	2/2	Quando as participantes se regem ao contacto inicial por telefone com a instituição de apoio.	“É assim, eu depois contactei a VN... e.... acho que foi antes de ir ao hospital... e dissera-me isso por telefone (...)”
4.4.	Disponibilidade no primeiro contacto	2/2	Quando as participantes se referem à disponibilidade da instituição no primeiro contacto.	“as depois... disse: nós estamos aqui para ajudar, se for preciso mediarmos um encontro... falarmos ou assim... nós estamos aqui para apoiar (...)”
4.5.	Colaboração entre instituições	1/1	Quando as participantes se referem à colaboração entre instituições de apoio.	“liguei para um número de lisboa e atendeu-me uma técnica de lisboa...e disse-me que estava em lisboa e que não me podia ajudar mas que me ia dar um numero do Porto e que me iam ajudar... e no fundo deram-me o número e foi direto... atenderam-me logo”
4.6.	Não recorreu	3/3	Quando as participantes referem que não recorreram a apoio instituição perante a tomada de decisão.	“Não... pronto, eu recorri à maternidade apenas e lá tive o apoio com a psicóloga... foi só isso...”
4.7. Acompanhamento na tomada de decisão				

4.7.1.	Teve acompanhamento	2/4	Quando as participantes referem ter tido acompanhamento durante a fase de tomada decisão.	“eles próprios também têm uma grande capacidade de orientar hm... nas tomadas de decisão... nas opções que existem... e também fizeram esse apoio...”
4.7.2.	Não teve acompanhamento	3/3	Quando as participantes referem não ter tido acompanhamento durante a fase de tomada decisão.	“Não, não, não. Nunca tive.”
<i>4.8. Acompanhamento durante a gravidez</i>				
4.8.1.	Acompanhamento emocional	1/4	Quando as participantes referem que receberam apoio emocional em associação durante a gravidez.	“aliás segui toda a minha gravidez, a minha preparação e formação com eles... eles foram um grande suporte durante toda a minha gravidez... depois tive outros mas inicialmente foram estes... e a maior força.”
4.8.2.	Formações	2/2	Quando as participantes referem que participaram em formações de capacitação materno infantil em associação durante a gravidez.	“E...Olhe... não, não... eu cheguei a ir a umas formações lá na associação”
4.9.	Acompanhamento após a gravidez	1/1	Quando as participantes referem ter continuado o acompanhamento em associação após a gravidez.	“Até mesmo depois do confinamento... foi o ano passado prai em agosto...”
<i>4.10. Avaliação sobre o apoio recebido na instituição</i>				
4.10.1.	Avaliação sobre o apoio na tomada de decisão	2/3	Quando as participantes se referem à avaliação do apoio na tomada de decisão.	“Ah! Eles foram tudo! Eles, as Dra. M e a Dra. H foram tudo... a elas lhes devo a vida da minha filha”
4.10.2. Avaliação do apoio na gravidez				

4.10.2.1.	Própria	1/1	Quando as participantes se referem à avaliação de apoio em instituição durante a gravidez.	“Foi fundamental para a minha... foi... foi muito... muito... foi essencial para a minha construção como pessoa, como mãe... para a preparação...”
4.10.2.2.	Companheiro	1/1	Quando as participantes se referem à avaliação do companheiro face ao apoio de instituição durante a gravidez.	“como quem diz: achou muito porreiro... adorou o que aconteceu e estamos imensamente gratos à associação, mas queria ele dizer... não vamos continuar (...)”
4.10.2.3.	Decisão de paragem do acompanhamento	1/1	Quando as participantes referem a decisão de paragem do acompanhamento em instituição.	“Isto não foi negativo para elas atenção... ele gosta imenso delas também... já estive com elas várias vezes depois disso e não sei quê...mas é o que ele diz... não queria que depois interferissem... a partir de agora eramos só nós os dois... a equação era eu e ele. (...)”
<i>4.11. Sugestões</i>				
4.11.1.	Da própria no acompanhamento da tomada de decisão	1/2	Quando as participantes se referem a sugestões do acompanhamento na tomada de decisão.	“O estarem mesmo inseridos em ambiente hospitalar... se calhar isso até era mais complicado... mas por exemplo... dava-se o cartão de IVG e dava-se o cartão da Associação... olhe você tem estas duas hipóteses, vá para casa e reflita (...)”.
4.11.2.	Da própria no acompanhamento da gravidez	1/1	Quando as participantes se referem a sugestões para o acompanhamento na gravidez.	“Ah... eu acho que apoio é muito bom, como já lhe disse tem muitas valências, muitas das quais eu não usei e eu não consigo no fundo dar um feedback porque, lá está, muitas dos

				serviços eu não usei... mas das que eu usei foram... não tenho nada a acrescentar...”
5. <u>Posicionamento crítico atual</u>				
<i>5.1. Avaliação retrospectiva sobre a fase de tomada de decisão</i>				
5.1.1.	“Estava mesmo muito assustada”	2/2	Quando as participantes avaliam que estavam assustadas na fase de tomada de decisão.	“(Suspiro) Aí olhe... sei lá... eu estava mesmo muito assustada (...)”
5.1.2.	“Foi muito confuso”	2/2	Quando as participantes referem que a fase de tomada de decisão foi uma altura confusa.	“mas foi muito confuso... foi ali um período muito confuso...”
5.1.3.	Pressão	2/3	Quando as participantes avaliam de forma retrospectiva a pressão sentida na fase de tomada de decisão.	“olhando assim para traz eu hoje vejo que em parte, cedi um bocado à pressão... não é que fosse consciente... mas à pressão que inevitavelmente me faziam...”
5.1.4.	“Decisão muito solitária”	1/1	Quando as participantes avaliam de o processo de tomada de decisão como muito solitário.	“Com certeza. É uma decisão isolada... Ufff.. é uma decisão sozinha... sem a outra parte não é... sem o pai... sem a decisão do pai... sem o apoio e suporte do pai... acho que é uma decisão muito solitária... e.... e... e ingrata.... ah ah...”
5.1.5.	“Ir contra os meus princípios”	1/1	Quando as participantes referem que se tivéssemos esta conversa na altura da tomada de decisão nos diriam que não que estavam a ir contra os seus princípios.	“mas ia dizer que isto vai tudo contra os meus princípios e que eu não quero ir contra os meus princípios... não quero, não queria nada fazer aquilo. Estava super contrariada, super.”
<i>5.2. Avaliação crítica sobre a ponderação da IVG</i>				

5.2.1.	“Graças a deus não passei por isso”	1/4	Quando as participantes referem que graças a algo divino não experienciaram uma IVG.	“graças a deus não passei por isso... graças a deus...”
5.2.2.	“Cedi um bocado à pressão”	1/1	Quando as participantes referem que cederam um bocado à pressão relativamente à possibilidade da IVG.	“E... bem, eu tinha a cabeça assim muito... olhando assim para traz eu hoje vejo que em parte, cedi um bocado à pressão (...)”
5.2.3.	“Agora tenho vergonha”	1/1	Quando as participantes referem que agora tem vergonha de ter ponderado a IVG.	“e agora até tenho vergonha daquilo que pensei...”
5.2.4.	“Não sei se seria capaz de ir contra o pai”	1/1	Quando as participantes referem que não saberiam se teriam conseguido ir contra a opinião do pai quando foi ponderada a IVG.	“porque eu não sei se iria ser capaz de ir contra o pai... e ir contra todos... porque no fundo estava toda a gente...”
<i>5.3. Avaliação critica sobre a decisão tomada ao nascimento</i>				
5.3.1.	Não se arrependeu	5/5	Quando as participantes referem não terem sentido arrependimento da decisão tomada depois do nascimento.	“Não não não, de todo nunca”
5.3.2. Relatos				
5.3.2.1.	“É a melhor coisa do mundo”	1/1	Quando as participantes avaliam, atualmente, a decisão tomada como algo muito positivo.	“porque sei la... é a melhor coisa do mundo...”
5.3.2.2.	“Ponderar muito bem”	1/1	Quando as participantes referem que se esta conversa ocorresse após o nascimento do filho abordariam a necessidade de ponderar muito bem a decisão.	“Ah eu dizia a toda a gente para nunca ter uma atitude de interromper sem ponderar muito bem não é...”

5.4.	Avaliação sobre a qualidade parental do pai	1/1	Quando as participantes avaliam a postura do pai do bebê atualmente	“e digo-lhe uma coisa... é o melhor pai do mundo... é tao bom pai que eu até lhe digo às vezes que lhe perdoo aqueles disparates que ele me disse e aquelas lágrimas que ele me fez chorar.... mas prontos... ficamos por aqui ah ah ah, é o que eu lhe digo ah ah... ficamos por aqui...”
5.5. Condições económicas para a natalidade				
5.5.1.	“O fator financeiro influencia muito”	1/1	Quando as participantes referem que o fator financeiro influencia muito a decisão de prosseguir ou interromper uma gravidez inesperada.	“portanto, o fator financeiro influencia muito... muito... eu acho que se não é o fator principal, é um dos... é o crucial percebe... porque hoje em dia é muito difícil, principalmente quando se tem filhos com idades tão próximas...”
5.5.2.	“Eu acho que tudo se consegue”	1/1	Quando as participantes referem achar possível uma gestão económica que permita o prosseguir de uma gravidez inesperada.	“eu sou muito sincera eu acho que tudo se consegue (...)”
5.6. Avaliação sobre a experiência de outras mulheres				
5.6.1.	Perceção de experiências similares à sua	5/9	Quando as participantes referem que existem outras mulheres que vivem o que elas viveram.	“Eu acredito que sim... eu acredito que sim sinceramente...”
5.6.1.1. O que diria hoje a outra mulher na mesma circunstância				
5.5.1.1.1.	“Avaliar os prós e contras”	4/6	Quando as participantes referem que hoje aconselhariam uma	“ah ah, hoje é assim mais complicado... no caso do G, eu já o tenho e sei o que é tê-lo...”

			mulher na situação pela qual passaram a avaliar os prós e os contras.	se pensar no meu lado mais emocional diria-lhe “olha tem e não penses mais nisso”, mas bem... pronto... não sendo psicóloga, se calhar tentava ter a postura que na altura a psicóloga teve comigo não é... tentar avaliar os prós e os contras... tentar equilibrar as coisas numa balança pronto... e é isso basicamente.
5.5.1.1.2.	“Liga para a associação”	1/1	Quando as participantes referem que aconselhariam a mulher perante uma ponderação de IVG a contactar a associação de apoio social de grávidas.	“Liga para a Associação logo, dava logo o núme o... logo...”
5.5.5.1.1.3.	“Partilha de experiência pessoal”	1/1	Quando as participantes referem que partilhariam a sua experiência com uma mulher que estivesse a passar por uma situação similar à sua.	“Sim, mostrar-me-ia disponível talvez... partilhava que eu passei por essa decisão não é... mas sem lhe dizer nada que não viesse a propósito..”
5.6.2. O que é que as mulheres precisam nesta fase				
5.6.2.1.	O suporte de alguém	1/2	Quando as participantes referem que uma mulher que passe por uma situação destas precisam do suporte de alguém.	“(...) o que eu acho... em termos lineares e basais eu acho que é um suporte de alguém, seja ele... uma presença, uma presença de alguém em quem a pessoa se pode suportar em caso de necessidade não é... não digo que tem que ser um elemento decisor, basta ser um suporte..”
5.6.2.2.	Apoio psicológico e emocional	2/4	Quando as participantes referem que as mulheres que passam por estas situações precisam de apoio psicológico e emocional.	“eu acho que ter alguém imparcial à situação, que não te conhece de lado nenhum... ajudar-te a equacionar as duas coisas.. sabe... sei lá... a pôr as coisas em perspetiva... pelo menos na

				minha situação eu acho que me ajudou também... prontos, eu lá está... eu acho que é importante... ter alguém imparcial à situação... que ajude... porque é assim, a realidade é (...)”
5.6.2.3.	Serem informadas	1/3	Quando as participantes referem que as mulheres que passam por estas situações precisam de ser informadas.	“Ah ah é assim, algumas podem estar muito sozinhas e às vezes não falarem com ninguém... e por ser uma situação hm... às vezes difícil não é, quando é inesperada... estão fechadas e não falam com ninguém... acho que o bom era que todas as mulheres fossem informadas não é... e soubessem que têm esses direitos... de apoio...”
5.6.2.4.	Há sempre hipóteses	1/2	Quando as participantes referem que as mulheres nesta situação precisam de ouvir que há sempre hipóteses.	“É mesmo isso... precisam de ouvir a parte do vamos interromper porque é a tua vontade... e precisam de ouvir a parte do... olha não... vamos sentar aqui e vamos tentar perceber... com quem é que moras... olha isto não é a única solução... tem calma... há sempre hipóteses.... há sempre a luz ao fundo do túnel... a VN pode ajudar... não digo financeiramente... mas até com material para a criança... com... há sempre hipóteses... sempre sempre hipóteses de ajuda...”
5.7.	Esta decisão será sempre da mulher	3/3	Quando as participantes se referem o seu posicionamento crítico quanto à decisão da mulher perante a gravidez inesperada.	“porque eu às vezes digo: Ah foi Deus... não, não foi Deus. Eu tenho quase a certeza que fui eu... que no fundo, eu sabia que havia ali qualquer coisa... “

5.8. Profissionais de saúde				
5.8.1. o que diria aos profissionais				
5.8.1.1.	“Não dei importância”	1/1	Quando as participantes referem que não diriam nada aos profissionais pois não deram importância.	“nunca relevaram... e se relevaram eu não dei importância... nunca foi um tema abordado.”
5.8.1.2.	“Ser escutada”	1/1	Quando as participantes referem que diriam aos profissionais de saúde que a mulher precisa de ser escutada e apoiada na fase de tomada de decisão.	“Hm... eu diria que nesse momento a mulher precisa realmente e muito apoio... compreensão... de ser ouvida... e não de às vezes... lhe serem impingidas coisas... ou... ou não ouvirem um outro ponto de vista (...)”
5.8.2. Crítica negativa ao posicionamento dos Profissionais de saúde				
5.8.2.1.	Julgamento	1/2	Quando as participantes referem que abordariam o julgamento dos profissionais de saúde, se tivessem uma conversa com os mesmos.	“não podem avaliar as pessoas... eu acho que há uma avaliação das pessoas muito pelo... exterior... por... percebe (...)”
5.8.2.2.	“Estão a lidar com seres humanos”	1/1	Quando as participantes referem que diriam aos profissionais de saúde que eles “estão a lidar com seres humanos”, se tivessem uma conversa com os mesmos.	“E... eu sei que em alguns momentos eles são um bocado frios (...) eles também não se podem esquecer que estão a lidar com seres humanos não é...”
5.8.2.3.	“Era mais uma interrupção”	1/1	Quando as participantes referem que para os profissionais de saúde é apenas mais uma interrupção.	“eu até me recordo que na altura era... pronto, era mais uma interrupção.... percebe? (...)”
6. <u>Ser mãe</u>				

6.1. Rede de apoio				
6.1.1.	Sente ter	4/5	Quando as participantes referem sentir ter rede de apoio suficiente no presente, para cuidarem dos seus filhos.	“Sim... nós durante a semana orientamos muito a nossa vida só os quatro. Mas quando precisamos... ou temos alguma emergência... temos sempre um suporte e um backup atrás.”
6.1.2.	Sente não ter	1/2	Quando as participantes referem não sentirem que possuem uma rede de suporte familiar suficiente.	“Não não... porque, entretanto, a minha irmã engravidou terceira vez e engravidou quarta vez... ou seja, a minha mãe tem 6 netos ah ah... e até é engraçado... eu às vezes até digo... se eu faço o quarto tu vais ao quarto e ela começa-se a rir... e a minha sogra também não... porque não, é uma pessoa com um feitio muito, muito especial... e muito complicado e diz que não toma conta porque não toma e ponto... e... não temos...e... e é isto... e é pais a cem por cento..”
6.1.3. Quem				
6.1.3.1.	Apoio da mãe	3/3	Quando as participantes referem a mãe como sendo uma rede de apoio atualmente.	“tenho a minha mãe e eles muitas vezes vão passar o fim de semana aos avós... eu atrevo-me a dizer que uma vez por mês eles vão para a casa dos avós da parte do pai, e uma vez por mês vão para a casa dos avós da minha mãe. Por isso...”
6.1.3.2.	“Alguns amigos mais próximos”	2/2	Quando as participantes referem que amigos próximos são atualmente uma rede de apoio.	“e amigos... alguns amigos mais próximos...”

6.1.3.3.	Apoio de familiares	2/2	Quando as participantes referem que alguns familiares são uma rede de suporte atualmente.	“Tenho as minhas tias... que não têm filhos, portanto eu acabo por ser aqui, como se fosse filha e eles um bocado os netos... e ajudam-me... e tenho os pais do T.”
6.1.4. O que desejaria ter				
6.1.4.1.	“Mais tempo para nós”	1/1	Quando as participantes referem que precisavam de mais tempo para o casal.	“Eu acho que eu e o R precisávamos de um bocadinho mais de tempo para nós...”
6.1.4.2.	“Uma dinâmica familiar que nos apoie”	1/1	Quando as participantes referem sentir falta de uma dinâmica e suporte familiar mais apoiantes.	“sinto muito falta disso, dessa dinâmica familiar que nos apoie, que nós não temos... nós somos pais a cem por cento...nós temos amigos que vão de férias sozinhos... e... eu acho isso maravilhoso... acho que todos os casais deviam fazer isso uma vez por ano... nem que fosse só um fim de semana... nós às vezes sentimo-nos cansaditos... não é ah ah...”
6.2. Significado de ser mãe				
6.2.1. Diferenças entre o significado prévio e atual				
6.2.1.1.	Existem diferenças	4/4	Quando as participantes referem que existem diferenças de significado prévio e atual de maternidade.	“Sim é. Eu acho que o facto de termos um filho é diferente de termos dois. Muito diferente. Mas não só, em termos de trabalho. Porque o trabalho não duplica, mas quadruplica quase...”
6.2.1.2.	Não existem diferenças	1/1	Quando as participantes se referem que não existem	“Uau... ah ah, hm... é claro que eu não sei responder mas... mas, ser mãe é um pouco

			diferenças de significado prévio e atual de maternidade.	aquilo que eu achava antes de ter o meu filho que é... ter a possibilidade de ter ali um ser que... que vai-se construir não é, e tu vais fazer parte dessa construção... e para além disso vais aprender imenso ah ah... com isso... hm... e ser mãe, pronto, é às vezes testar certos limites e crescer aí... às vezes é romper... coisas... ah ah”
6.2.1.3.	Razões das diferenças	4/4	Quando as participantes se referem às razões para as diferenças de experiência prévia e atual de maternidade.	“também foi a idade... acho que uma maternidade aos 39 é diferente de uma maternidade aos 20... prontos é diferente... eu sempre gostei muito dos meus filhos... mas acho que a C ainda me veio inspirar mais... querer mais e preocupar-me mais... que eu tinha ali períodos em que pensava muito no trabalho e esquecia-me um bocado dos miúdos... agora não de todo... passa-me ao lado...”
6.2.2.	“É a minha vocação”	4/5	Quando as participantes enaltecem o seu papel materno.	“Ai olhe eu não sei... é a minha vocação... eu vivo para eles... eu neste momento estou há um ano em casa mas eu vivo para eles...”

Anexo V – COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	27
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	1 / 2
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	1 / 2
Gender	4	Was the researcher male or female?	—
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	—
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	27
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	—
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	27
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	2.4.3. / 28
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	2.2. / 25
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	2.4.2. / 27
Sample size	12	How many participants were in the study?	2.2. / 25
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	—
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	2.4.2. / 27
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	2.4.2. / 27
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	2.2. / 25
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	2.3. / 20
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	—
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	2.4.1. / 27
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	—
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	2.4.2. / 27
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	31
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	—

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	64
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	71
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	2.4.3. / 28
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	2.4.3. / 28
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	37
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	37
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	37
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	36

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.