



Escola de Sociologia e Políticas Públicas

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

*O Silêncio das Inocentes*

Objeção de Consciência e Outras Barreiras na  
Implementação da Interrupção Voluntária de  
Gravidez

Miguel Areosa Feio

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas

Orientador: Paulo José Fernandes Pedroso, Professor Auxiliar Convidado

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

Agosto 2019





Escola de Sociologia e Políticas Públicas

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

*O Silêncio das Inocentes*

Objeção de Consciência e Outras Barreiras na  
Implementação da Interrupção Voluntária de  
Gravidez

Miguel Areosa Feio

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas

Orientador: Paulo José Fernandes Pedroso, Professor Auxiliar Convidado

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

Agosto 2019



## **Agradecimentos**

Esta investigação só se tornou possível graças aqueles e aquelas que se disponibilizaram a colaborar. Por esse motivo é incontornável agradecer ao Dr. Francisco George, à Dr.<sup>a</sup> Ana Campos, à Dr.<sup>a</sup> Maria José Alves, à Dr.<sup>a</sup> Teresa Bombas, à Enfermeira Maria Vidigal, à Dr.<sup>a</sup> Manuela Tavares, à Dr.<sup>a</sup> Paula Pinto e à Dr.<sup>a</sup> Sónia Lopes. O meu sincero obrigado. Agradeço muito à minha amiga e ex-colega Ana Montrond pela facilitação no processo de recolha de história de vida. E à entrevistada pela coragem no relato e na sua vida. Uma palavra de especial agradecimento ao Dr. Duarte Vilar, não só pela entrevista concedida mas sobretudo pelas conversas diversas que fomos tendo.

Ao meu pai pelas reflexões que fomos fazendo em conjunto. À restante família pelo interesse e apoio.

Voltar à “vida académica” 12 anos depois de a ter deixado foi um desafio que se mostrou menos pesado do que esperava. Tal só foi possível porque contei com o apoio incondicional da Rita ao longo destes dois anos, em especial por cuidar do Vasco e do Tomás sempre que eu não pude. A eles os dois, que espero que herdem o sentido de solidariedade e justiça, dedico este trabalho.



**Resumo:** O processo que conduziu à despenalização da interrupção voluntária de gravidez por opção da mulher culminou com o agendamento de um referendo à população em 2007. Para tal contribuíram vários fatores políticos e sociais analisados à luz da Teoria dos Fluxos Múltiplos de Kingdom. Destaca-se o fluxo do problema social e de saúde pública associado à ocorrência de abortos clandestinos na sociedade portuguesa até então. A Lei 16/2007 visou eliminar tal situação da nossa sociedade, mas existe evidência robusta de que barreiras como a objeção de consciência de profissionais de saúde contribuem para a ausência de resposta de alguns serviços públicos para o procedimento, causando constrangimentos que afetam, especialmente, mulheres em situação de desfavorecimento. Concorrem para essas barreiras outros fatores como prazos curtos para o procedimento, períodos de reflexão obrigatórios ou a estigmatização face às mulheres e profissionais disponíveis para a realização do procedimento, aspetos que podem levar à perpetuação da opção por aborto clandestino. Para investigar essas evidências, analisaram-se dados disponíveis nos relatórios anuais da Direção Geral da Saúde, dados provenientes da plataforma de registo de Interrupções da referida DG e estatísticas respeitantes às complicações pós-aborto. Simultaneamente foram realizadas entrevistas e *focus group* com profissionais de ONG especialistas que intervêm com a comunidade e a profissionais de saúde da área da ginecologia, obstetrícia e planeamento familiar. Foi recolhida uma história de vida acerca do aborto clandestino. As evidências permitem refletir acerca da implementação da lei e dão pistas para o seu futuro debate.

**Palavras-chave:** aborto, objeção de consciência; teoria dos fluxos múltiplos; aborto clandestino

**Abstract:** The process that led to the decriminalization of abortion on request ended in the scheduling of a referendum in 2007. Several political and social factors analysed by the spectrum of the Kingdom's *Multiple Stream Framework* contributed to it. Especially the *problem stream* linked to the social and public health consequences of clandestine abortions in Portuguese society until then. The Law 16/2007 aimed to eliminate this situation from our society, but there is evidence that barriers such as conscientious objection of health professionals contribute to the lack of response of some public services to the procedure, causing embarrassments that affect especially women in a disadvantaged situation. Other barriers include short deadlines for the procedure, mandatory reflection periods or stigmatization regarding women and professionals available to perform the procedure, aspects that may lead to the perpetuation of the option for clandestine abortion. To investigate this evidence, data available in the annual reports of the Direção Geral de Saúde, data from its abortion registration platform and statistics on post abortion complications were analysed. Simultaneously, interviews and focus groups were conducted with NGO's specialist professionals and health professionals in the area of gynaecology, obstetrics and family planning. A life story on clandestine abortion was collected. Such data allow reflections about the law implementation and give clues for its future debate.

**Keywords:** Abortion; conscientious objection; multiple stream framework; clandestine abortion





## Índice

Introdução .....	1
I. A Interrupção Voluntária da Gravidez como Direito em Saúde Sexual e Reprodutiva. A Saúde Sexual e Reprodutiva como Direito Humano .....	3
II. Interrupção de Gravidez e Políticas Públicas em Portugal: os anos da incerteza .....	5
Dos anos 70 aos anos 90 – Movimentos sociais, a Lei 6/84 e o primeiro referendo .....	5
III. A Lei 16/2007: a confluência que conduziu à mudança .....	9
IV. Equilibrando Direitos - da convergência na formulação à divergência na implementação .....	13
V. Metodologia .....	21
VI. Discussão de resultados .....	25
Aspetos positivos da Lei 16/2007 .....	33
Aspetos negativos da lei, constrangimentos e iniquidade no acesso aos serviços .....	35
<i>Estigma e preconceito</i> .....	35
Objeção de consciência e serviços de aborto .....	40
Aborto clandestino .....	42
Conclusão – preservar conquistas, alargar direitos .....	45
Bibliografia .....	49
Fontes .....	54

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Sistematização dos procedimentos metodológicos.....	22
Quadro 2 - Número absoluto de abortos por opção da mulher e percentagem por tipo de serviço .....	28
Quadro 3 - Aspetos que interferem com a iniquidade e características das mulheres afetadas. ....	39

## Índice de Figuras

Figura 1 - Processo de convergência dos três fluxos do Modelo de Kingdom (1984) que conduziu à mudança legislativa em relação à interrupção voluntária da gravidez em Portugal .....	11
Figura 2 - Número absoluto de abortos por opção da mulher e percentagem por tipo de serviço.....	25
Figura 3 - Número total de IVG por opção da mulher em Portugal, por região de 2008 a 2013.....	26
Figura 4 - Número total de IVG por opção da mulher em Portugal, por região de 2008 a 2013.....	27
Figura 5 - Percentagem de IVG por opção da mulher realizada fora da região de residência .....	30
Figura 6 - Número absoluto de IVG por opção da mulher, por região e por ano, oriundas de outras regiões.....	30
Figura 7 e Figura 8 - Regiões de receção de pessoas oriundas de Açores e Alentejo, respetivamente, para realização de IG por opção da mulher entre 2008 e 2013 .....	31
Figura 9 e Figura 10 - Razões para o deslocamento de mulheres oriundas de Açores e Alentejo, respetivamente, para realização de IVG por opção da mulher entre 2008 e 2013 .....	31
Figura 11 - Complicações decorrentes de aborto dentro e fora do quadro legal entre 2008 e 2014.....	32

## Introdução

Este documento concretiza a Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas do ISCTE. É o compêndio de informação teórica e empírica acerca de uma medida de política pública que se encontra em vigor em Portugal desde 2007, mas que conheceu uma evolução política, mediática e social incontornável no nosso país. Falamos da interrupção voluntária da gravidez, aborto por opção da mulher ou simplesmente interrupção de gravidez, tema que vem sendo alvo de debates sucessivos desde os anos 70, polarizando posições, aspeto que se ilustra pelo facto de ser um dos únicos dois temas que deu origem a referendo à população (no caso a dois referendos). A partir de 2007, decorrente do segundo processo de referendo, a interrupção de gravidez por opção da mulher passou a ser permitida até às 10 semanas, nos serviços de saúde públicos, consagrada pela lei 16/2007 de 17 de abril.

Após 12 anos interessa perceber as questões relevantes em torno desta legislação que veio responder a dois problemas fundamentais: mortes e morbilidade de mulheres e sua criminalização, ambos decorrentes de abortos clandestinos. Nos dias de hoje todos os indícios apontam para que estes constrangimentos estejam ultrapassados e que existam condições institucionais, pelo menos no plano formal, para que todas as mulheres que optem por interromper uma gravidez até às 10 semanas o possam fazer em segurança. Este é, sem margem para dúvida, um avanço civilizacional e uma conquista inegável das mulheres e de quem defende os seus direitos à igualdade, à autodeterminação e à saúde. No entanto, parecem resistir na formulação e implementação legislativa marcas de estigma e paternalismo os quais podem comprometer, no plano material, a garantia plena desses direitos. E é esse o papel fundamental deste trabalho, o de perceber de que forma a implementação legislativa pode estar a perpetuar alguns dos problemas que levaram ao seu agendamento político em referendo em 2007. Em particular, aquilo a que este trabalho se propõe é a investigação acerca de como a objeção de consciência de profissionais de saúde, face à realização de interrupções de gravidez, pode estar a criar constrangimentos no funcionamento dos serviços de saúde públicos levando a que algumas mulheres continuem a realizar abortos inseguros.

Para o efeito importa analisar o que a literatura mais atual tem a dizer acerca dos constrangimentos e barreiras ao aborto seguro e qual o papel da objeção de consciência e outros fatores nesse acesso. Posteriormente iremos olhar para aquilo que são os dados disponíveis à data sobre interrupção de gravidez e sobre a intervenção médica em situações de complicações pós-aborto. As entrevistas e *focus grupo* realizados com pessoas de referência – profissionais de saúde e profissionais de organizações

não-governamentais – permitirão auscultar as suas sensibilidades e representações acerca da implementação da lei no terreno. Paralelamente a história de vida de uma mulher com contacto com a realidade do aborto clandestino na atualidade, contribuirá determinadamente para a compreensão das dificuldades sentidas pelas mulheres nos dias de hoje em termos do acesso à interrupção de gravidez.

Por fim, cabe a este trabalho retirar as possíveis conclusões do processo de investigação que aqui se inicia, trazendo para um debate futuro propostas para a melhoria legislativa na garantia de uma maior abrangência no acesso a interrupções de gravidez seguras.

## I. A Interrupção Voluntária da Gravidez como Direito em Saúde Sexual e Reprodutiva. A Saúde Sexual e Reprodutiva como Direito Humano

De acordo com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Conferência do Cairo (Nações Unidas, 1994), o conceito de Saúde Reprodutiva remete para a garantia de uma vivência plena, satisfatória e segura de uma vida sexual por todas as pessoas, o que passa também por decidir se, quando e com que frequência têm filhos (Direção Geral de Saúde, n.d.). Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS), esta condição pressupõe o direito de cada pessoa a ser informada e a ter acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda, a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres terem uma gravidez e um parto em segurança e que ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis. Abrange, também, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais.

Os cuidados a prestar em Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) constituem um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos de mulheres e homens ao longo do seu ciclo de vida. Quando falamos em SSR, falamos de gravidez adolescente, de acesso a contraceção, de violência e igualdade de género, planeamento familiar ou VIH e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, pelo que pensar a SSR em termos de desigualdades pode ser um exercício interessante para compreender de que forma os diferentes tipos de desigualdades se intersectam e a afetam. Segundo a IPPF (2017) verificamos, por exemplo, que no Mundo existem ainda 222 milhões de mulheres e raparigas que não podem aceder a consultas de planeamento familiar e contraceção.

O acesso à interrupção de gravidez (IG ou aborto) segura é uma questão de Saúde Reprodutiva, sendo que o ato em si, segundo algumas enciclopédias médicas (Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B.M., Sheffield, 2014; IPPF, 2008; U.S. National Library of Medicine - MedlinePlus, 2018), pode definir-se como a terminação de uma gravidez antes das 20 semanas ou antes da viabilidade fetal, sendo um fenómeno frequente na gravidez, decorrente da própria gestação (o caso dos abortos espontâneos) induzido por profissionais de saúde (nos países em que tal é permitido), ou por motivos diversos, no caso dos abortos provocados<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> A literatura anglo-saxónica distingue os conceitos de aborto espontâneo com o termo *miscarriage* do de aborto provocado - *abortion*.

No final do século XX e início do século XXI, assistiu-se, um pouco por todo o mundo, mas em especial na Europa (IPPF, 2012) a uma tendência para a liberalização do aborto (Boland, Katzive, & Boland, 2008), mudança para a qual contribuiu a promoção da saúde pública e os movimentos de defesa dos direitos humanos e das mulheres (Berer, 2004; Boland et al., 2008; Finer & Fine, 2013). Esta tendência está relacionada com o reconhecimento, por um lado, de que o acesso a serviços de aborto legais e seguros é uma questão de direitos fundamentais das mulheres, contribuindo para a sua autodeterminação e para a plenitude da sua vivência enquanto pessoas livres, mas, igualmente, que a sua criminalização representa um problema para a saúde pública (Berer, 2004; Finer & Fine, 2013). No entanto, cerca de 39% das mulheres de todo o mundo vive ainda em países com legislação restritiva face à interrupção da gravidez (Finer & Fine, 2013), sobretudo em países da Ásia, África e América Latina (Boland et al., 2008; IPPF, 2012). Dados recentes mostram que o número mais atual se situa nos 41% (Center for Reproductive Rights, 2019), aspeto que pode indicar uma reversão da tendência verificada no início do século. Nestes contextos, o imperativo da promoção da saúde pública, em particular das mulheres, deverá ser defendido para a garantia de proteção e salvaguarda das mesmas (Berer, 2004).

A história do processo político e dos debates em torno do aborto é sintomática da evolução social e cultural do último século. Em particular, os períodos de tempo entre os anos 50 e 80 do século XX, primeiro, e a partir dos anos 90, depois, são férteis em acontecimentos, pois coincidem com alterações significativas na legislação de praticamente todos os países do mundo industrializado (Berer, 2004; Finer & Fine, 2013). A questão da despenalização do aborto, enquanto mecanismo promotor do direito à saúde da parte da mulher, é um processo que coloca sob tensão normas sociais estabelecidas (muitas vezes associadas a convicções religiosas ou culturais), pelo que afronta interesses políticos e sociais internos. Por outro lado, dinâmicas comuns a diferentes países evidenciam uma evolução das mentalidades e da opinião dominante, sob influência de movimentos sociais, em particular feministas, redes internacionais, tratados de direitos humanos e outros aspetos que ultrapassam as fronteiras nacionais. É esta dinâmica dupla que interessa conhecer para compreender os processos que conduziram ao estado da arte da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) em Portugal.

## II. Interrupção de Gravidez e Políticas Públicas em Portugal: os anos da incerteza

Antes do aprofundamento da problemática específica deste trabalho, importa compreender o processo que conduziu à formulação legislativa atual. Do ponto de vista das políticas públicas, é ainda relevante contextualizar os diferentes movimentos sociais e políticos que intervieram nesse mesmo processo.

A lei da despenalização do aborto é o resultado dos debates políticos ocorridos entre os anos 50 e os anos 80. Desde então conheceu avanços e recuos, fruto de influências diversas, as quais operaram na sua redação inicial, mas também ao longo de um período de tempo bastante profícuo em termos de abertura ao exterior. De facto, a legislação portuguesa para a despenalização do aborto não ficou indiferente às influências, experiências e práticas externas, elas também reflexos de mudanças de caráter geral, por via de processos de europeização (das normas legais e das políticas) e de globalização de debates em torno dos tratados e declarações de direitos humanos à escala internacional, em especial de direitos das mulheres, sendo mesmo bastante relevante perceber que efeitos produziram os diferentes atores, para compreender como os sistemas políticos convergiram no sentido da formulação legislativa em vigor na atualidade.

Dos anos 70 aos anos 90 – Movimentos sociais, a Lei 6/84 e o primeiro referendo

Apesar do aborto ser um procedimento médico, o seu enquadramento legal esteve sempre inscrito no âmbito do Código Penal, ou seja, tratado em termos das implicações criminais para as mulheres que o praticam (Finer & Fine, 2013; Levels, Sluiter, & Need, 2014). É nesse enquadramento que o processo de mudança legislativa e liberalização do aborto se desenvolveu, tanto no caso português como na maioria dos restantes casos europeus, através da inclusão progressiva de exceções, para as quais se determina uma ausência de ilicitude. De facto, no final dos anos 60, quase todos os países europeus tinham leis restritivas em relação ao aborto as quais foram sendo alteradas progressivamente (Levels et al., 2014). Para esta mudança não terá sido alheio o facto da Organização Mundial de Saúde ter considerado, em 1967, o aborto clandestino como um sério problema de saúde pública (Berer, 2004; Finer & Fine, 2013), o qual ocorre sempre que uma mulher se depara com uma gravidez indesejada e um sistema legal restritivo em relação à interrupção de gravidez. Por outro lado, é precisamente neste período que emerge uma nova geração de movimentos feministas, que se desenvolvem um pouco por toda a Europa.

Portugal não foi exceção. Segundo Manuela Tavares (Tavares, 2003) a primeira reivindicação em relação ao aborto livre surge em 1974, após o 25 de abril, pelo Movimento de Libertação das Mulheres,

um grupo feminista radical de luta pela autodeterminação das mulheres e pelo direito ao próprio corpo. Por esta altura e até ao final dos anos 70, o debate em torno do aborto insere-se, essencialmente, no campo dos direitos e liberdades individuais das mulheres, nomeadamente o controlo sobre o corpo (Magalhães, 1998), passando a integrar, depois, argumentos ligados à saúde pública: o aborto clandestino e as razões socioeconómicas que o promovem (Tavares, 2003). Na viragem da década de 70, o CNAC - Campanha Nacional pelo Aborto e Contraceção, que conta com a participação de algumas das organizações feministas mais relevantes da sociedade portuguesa, tenta promover o debate político em torno da despenalização do aborto. Este novo ativismo provoca uma reação da parte da Igreja Católica, que recusa perentoriamente o argumento socioeconómico para a despenalização da IVG, defendendo que o combate à pobreza não deve ser feito pelo aborto. Entretanto, estimava-se que os valores do aborto clandestino se situassem, na década de 1970, entre os 100.000 e os 200.000 por ano, dos quais 2% terminavam em morte. O aborto era, então, a terceira causa de morte das mulheres (Tavares, 2008)

No plano político, a ação dos organismos responsáveis pelos direitos da mulher, nomeadamente a ação da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género - à data Comissão da Condição Feminina - estava muito condicionada pela convergência de um moralismo católico que caracterizava a sociedade portuguesa e do conservadorismo do governo da Aliança Democrática (PPD/PSD-CDS/PP-PPM), (Monteiro, 2012). Ao contrário do que se verifica noutros países europeus, os efeitos dos movimentos feministas não produziram o impacto pretendido, entre o final dos anos 70 e o início dos anos 80. Foi mais tarde que, na conjuntura social descrita, mas com um governo do Partido Socialista e um Parlamento com maioria de deputados de esquerda, surgem as primeiras tentativas de alteração da lei. Uma primeira proposta foi apresentada em 1980 pela UDP e outra pelo PCP em 1982, que apesar de terem sido rejeitadas pela Assembleia da República, revelaram-se de extrema importância na medida em que abriram caminho para que em 1984 um novo projeto do Partido Socialista levasse à discussão no Parlamento a exclusão de ilicitude nos casos de perigo de vida física e psíquica da mulher, violação e malformação do feto, naquela que ficou conhecida como a Lei 6/84 de 11 de maio (Lei nº 6/84 de 11 de Maio - Exclusão de ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária de gravidez, 1984).

A nova lei instituiu várias alterações ao Código Penal (ver Anexo A) e as suas formulações acompanharam as disposições legais de alguns países europeus. Entre estas poder-se-ia encontrar dois tipos fundamentais de postura face ao aborto: aqueles que permitiam a interrupção por opção da mulher e aqueles que apenas a consideravam lícita de acordo com determinadas condições, tal como consagrado na lei portuguesa de 1984. Segundo a IPPF (2012), em 1984 existiam já vários países com legislação específica em torno da IVG, alguns dos quais permitiam-na por opção da mulher até as 12 ou 13 semanas - a Finlândia (desde 1970), a Dinamarca (desde 1973), a Áustria (desde 1974), a Noruega e a Suécia (desde 1975) e a Holanda (desde 1981), (IPPF, 2012). Por outro lado, países como Islândia



(1975), Grécia (1978) e Itália (1978) instituíram legislação que permitia o aborto em situações excepcionais, como a violação, riscos de danos físicos ou psíquicos para a mãe e malformação fetal, servindo de inspiração ou fazendo parte de uma corrente que teve influência na formulação da lei portuguesa de 1984 e da lei espanhola de 1985.

No final dos anos 80 era já relativamente consensual a convicção de que o aborto clandestino constituía um problema de saúde pública e um atentado à autodeterminação da mulher. No entanto, a convergência de políticas a nível europeu estava muito longe de se tornar realidade, o que é bem ilustrado pelo facto de nesta altura, tanto a Alemanha como a França não disporem de qualquer lei relativa ao aborto.

Uma outra ordem de questões é aquela que está associada quer à interpretação das leis, quer à sua transposição para as práticas sociais, nomeadamente nas situações em que as formulações legislativas em torno do aborto não só podem ter interpretações dúbias, como no âmbito de cada enquadramento legal nacional, há espaço para juízos que dependem da interpretação da letra e do espírito da lei (Levels et al., 2014). Neste artigo relata-se o caso holandês, em que o aborto é permitido em qualquer situação que cause angústia à mulher, sendo que esta condição não necessita ser verificada por nenhum profissional, o que na prática corresponde a uma decisão por opção da mulher. No sentido oposto, podemos considerar que a própria lei portuguesa de 1984 possuía formulações arditosas, devido à objeção de consciência e conseqüente inexistência de serviços clínicos – públicos e privados - para a interrupção da gravidez, o que fazia com que grande parte das situações permitidas por lei, não fosse de facto realizada, conduzindo a uma certa perpetuação das práticas de aborto clandestino<sup>2</sup> (Ana Campos, 2018 [entrevista concedida a Miguel Areosa Feio a 22 de Novembro de 2018])<sup>3</sup>.

Se até ao início dos anos 90 a crescente mobilização dos grupos de interesse tinha tido um impacto marginal na promoção de políticas liberais face ao aborto (Yishai, 1993), o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD) realizada no Cairo em 1994, constituiu um marco importante nas mudanças no que à legislação em torno do aborto diz respeito: 25 países promoveram mudanças legislativas de sentido liberalizante, decorrentes do compromisso com as resoluções do documento (Finer & Fine, 2013; Nações Unidas, 1994). No período pós-Cairo muitos movimentos sociais e ONG's dos 179 países comprometeram-se com uma interpretação das resoluções favorável ao direito ao aborto, tendo promovido fortes campanhas em torno da sua despenalização como parte integrante do direito à saúde sexual e reprodutiva. Outros países – muitos deles católicos e na sua

---

<sup>2</sup> A faixa em plena Assembleia da República no dia da aprovação da lei, com a inscrição “Lei do PS mantém aborto clandestino”, é disso exemplo (Alves et al., 2009).

<sup>3</sup> Na elaboração do enquadramento teórico desta dissertação foram efetuadas duas entrevistas com pessoas consideradas uma referência no tema. Foram elas o Dr. Francisco George, médico e professor que como Diretor Geral da Saúde entre 2005 e 2017 esteve incontornavelmente ligado aos processos que deram origem à Lei 16/2007 e sua implementação ao nível do SNS; e Dr.<sup>a</sup> Ana Campos, médica, diretora clínica de obstetrícia da Maternidade Alfredo da Costa e uma das pessoas que participaram no grupo de trabalho responsável pela elaboração dos procedimentos de implementação da lei (transcrição das entrevistas no anexo H).

quase maioria do hemisfério sul - mantiveram o caminho inverso, aspeto ao qual não será alheio o facto de o documento resultante da ICPD não referir especificamente o direito ao aborto, mas sim o direito à SSR (Finer & Fine, 2013) e o facto de as exigências da parte da Igreja Católica e delegação do Vaticano na referida conferência, irem no sentido da retirada do direito ao aborto do documento final (Levels et al., 2014).

Em Portugal, as reivindicações feministas regressam em força nos anos 90, promovidas pelo Movimento de Opinião pela Despenalização do Aborto em Portugal (MODAP), uma plataforma de ONG's ligadas aos movimentos pró-escolha (Monteiro, 2012). É a partir deste período que os movimentos sociais ligados aos direitos das mulheres e direitos em saúde produzem efeitos significativos na legislação em torno do aborto, apoiados no reconhecimento generalizado das implicações para a saúde pública da criminalização do aborto e da sua prática clandestina e na sua importância enquanto processo de autodeterminação e garantia de direitos das mulheres. Em 1998, por acordo entre os líderes do PSD (na oposição) e PS (então Governo), realiza-se o primeiro referendo à população para decidir sobre a despenalização do aborto<sup>4</sup>. Apesar do crescimento dos movimentos sociais o “Não” à despenalização por opção da mulher vence, aspeto que se explica pela maior organização da parte dos movimentos conservadores portugueses em torno da campanha, pela falta de apoio e envolvimento da parte do Partido Socialista (Alves, Santos, Barradas, & Duarte, 2009) e devido à força da Igreja Católica, que apoiou marcadamente e em várias frentes, o movimento anti escolha (Freire, 2008, cit. por Monteiro, 2012).

Entretanto, e até à década de 2000 pouco foi feito para mudar a situação do aborto em Portugal. Em 1999, 15 anos após a primeira lei de despenalização do aborto, apenas 1 a 2% dos abortos se realizavam ao abrigo da legislação e em 2005 tinham sido realizados cerca de 17 mil abortos clandestinos em Portugal, numa clara disjunção entre formulação e a implementação da lei, ou como diz Monteiro (2012) entre *Law in Books* e *Law in Action*. Para além disso, na década de 2000, os episódios de julgamento de mulheres pela prática de aborto constituíram acontecimentos decisivos na expansão de uma certa intolerância social à legislação restritiva (Alves et al., 2009). A opinião pública, mobilizada pelo trabalho de *advocacy* de algumas organizações da sociedade civil, associações e movimentos pró-escolha, as quais passaram a contar com o apoio de todos os partidos da esquerda do espectro político, foi-se dando conta dos impactos dramáticos do aborto clandestino e pressionou o agendamento político da questão da despenalização do aborto, num fenómeno que se inseriu nos chamados Movimentos Sociais em Saúde os quais desafiaram os sistemas de crenças, da parte de organizações formais e informais, redes e media (Brown & Zavestoski, 2004).

---

<sup>4</sup> A resposta “Não” à pergunta “*Concorda com a despenalização da interrupção voluntária da gravidez, se realizada, por opção da mulher, nas 10 primeiras semanas, em estabelecimento de saúde legalmente autorizado?*” venceu com 50,07% dos votos contra 48,28% do “Sim”. Neste referendo 68,11% dos eleitores absteve-se (Comissão Nacional de Eleições, 2007b).

### III. A Lei 16/2007: a confluência que conduziu à mudança

O período de 2006-2007 constitui o novo marco da evolução da questão do aborto em Portugal, culminando com a aprovação da lei 16/2007 que ainda hoje vigora. A mudança verificada não foi um processo determinado por um ator único – Estado ou movimentos sociais. Foi antes o resultado de fatores contextuais e oportunidades políticas, que se desenvolveram sobre reivindicações antigas de movimentos de mulheres (Monteiro, 2012).

Do ponto de vista da análise de Políticas Públicas, o reagendamento da questão da IVG, que conduziu à sua despenalização por opção da mulher até às 10 semanas, pode ser explicado à luz da **Teoria dos Fluxos Múltiplos** de John Kingdom. O autor (Kingdom, 1984, cit. por Hill, 2009) defende que as políticas não surgem de forma automática para a resolução de problemas, mas sim de um processo dinâmico de interação entre vários intervenientes, que se operacionaliza pela conjugação de três fluxos no sistema político: o fluxo dos problemas, o fluxo das políticas (no sentido da *policy*) e o fluxo da política (a *politics*). Estes conceitos são normalmente independentes, contudo, quando por razões conjunturais as três correntes se congregam, ocorrem mudanças de políticas significativas. A ação de “empreendedores” (o voluntarismo político) é um aspeto essencial no aproveitamento das janelas de oportunidade (Zahariadis, 2007). Devido ao facto de os decisores políticos se debaterem com constrangimentos temporais, o *timing* em que os fluxos convergem é fundamental no processo de surgimento da medida de política, sendo precisamente nesse tempo que a janela de oportunidade se concretiza. Normalmente, as condições sociais e políticas que se verificam aquando do processo de construção de medidas de política, pressupõem um certo grau de ambiguidade, no sentido em que existem formas diferentes de olhar para o problema (Zahariadis, 2007) algo que de facto se verificava em torno da questão do aborto. Estes dois aspetos poderão ajudar a perceber, também, os motivos que conduziram ao resultado no referendo de 1998, na medida em que, nessa altura, o *timing* para o envolvimento político – em particular da parte do Partido Socialista - não favorecia a convergência dos fluxos.

A janela de oportunidade surge decorrente das ideias e constructos introduzidos pela comunidade política, as quais contribuem para o surgimento do **fluxo das políticas**. Durante os últimos anos da década de 90 e os primeiros anos da década de 2000, diversos atores-chaves, sociais e políticos, principalmente, fizeram emergir no debate das ideias, argumentos associados aos direitos e autodeterminação das mulheres, reforçados pela influência de importantes recomendações das Nações Unidas e da Organização Mundial de Saúde. Em simultâneo, observa-se uma maior convergência das

políticas Europeias em torno da IVG, às quais Portugal, enquanto país membro da União Europeia, não poderia ficar imune: países como Bélgica (1990) ou Alemanha (1995) formulam as suas leis de despenalização do aborto, incluindo a por opção da mulher, embora com redações legislativas bastante distintas (IPPF, 2012). Esta “sopa” de ideias (Zahariadis, 2007), um aglomerado de opiniões de referência promoveu o *timing* ideal para ação dos empreendedores, aos quais se juntou uma paralela e crescente atenção da opinião pública e da comunicação social para o tema, tornando a questão do aborto incontornável, enquanto demanda, para os decisores políticos (Howlett, 2000). Por outro lado, assistiu-se a um fenómeno de *policy transfer*, um processo de apropriação de políticas de uns países por outros, outro elemento que ajuda a explicar a forma como os decisores políticos olham em redor, no processo de formulação política ou legislativa (Hill, 2009). No processo de surgimento de uma política, o *policy transfer* contribui para o fenómeno de apropriação de políticas de uns países, por outros, enquanto que a convergência de políticas se debruça sobre os efeitos práticos da mudança legislativa que levam a que as nações e instituições se tornem mais similares ao longo do tempo (Holzinger, Jörgens, & Knill, 2008). Apesar das mudanças estarem relacionadas, fundamentalmente, com acontecimentos internos, podem-se associar a eventos semelhantes decorridos noutros países, existindo uma imitação relativa por apropriação ou aprendizagem da forma a estar de acordo com certo *status quo* decorrente de recomendações Europeias ou internacionais (Holzinger et al., 2008).

É neste contexto que o aborto se constitui como um problema político, sendo o seu reagendamento impulsionado pela opinião pública, sociedade civil organizada e *media* (tal como descrito por Howlett, 2000). Segundo Zahariadis (2007) para que um tema se constitua enquanto problema é necessário que sejam verificáveis uma série de indicadores e eventos e exista uma resposta social em relação a ele. No caso do aborto, tanto o número de procedimentos clandestinos - cerca de 17 mil abortos clandestinos (no ano de 2005), que por vezes conduziam a mortes - como a criminalização de mulheres, de que é exemplo o mediático julgamento de 17 mulheres na Maia (e a consciência de que isso constituía uma dupla vitimização das mesmas), foram contributos para a elevação do aborto a problema político. O **fluxo dos problemas** pode ser, então, entendido como um processo que faz com que uma dada questão seja merecedora de atenção política, algo que não se verifica para todas as questões que afetam a sociedade, estando sempre dependentes de questões interpretativas ou de perceção, de comparações temporais ou geográficas (Kingdom, 1995, cit. por Zahariadis, 2007). Neste processo a ação dos empreendedores políticos é especialmente relevante, pois parte deles, também, o trabalho de chamar a atenção para os referidos indicadores e mediatizar os fenómenos, afirmando em simultâneo as vias para a sua superação, algo que vimos acontecer nos últimos anos da década de 90 e no início do século XXI.

O **fluxo da política** manifestou-se no reagendamento do tema, concretizado pela inclusão de um novo referendo ao aborto no Programa de Governo de José Sócrates em 2005 (Programa do XVII Governo Constitucional, 2005), para o qual contribuíram, como vimos, uma forte componente mediática, de

partilha de ideias e sentimentos comuns face ao tema, bem como a conjuntura nacional e internacional, nomeadamente a referida convergência de políticas ao nível da União Europeia. Segundo Kingdom (1995, cit., por Zahariadis, 2007) o fluxo da política depende da disposição nacional para o tema, da pressão de ativistas e de mudanças administrativas. Em particular no que respeita ao aborto, constata-se que uma forte mobilização de movimentos feministas em contexto de governos de esquerda é receita para o seu agendamento (Merike, 2008). Neste domínio, sublinha-se o facto de o referendo estar incluído no programa eleitoral do PS, a melhor organização estratégica da parte dos grupos de apoio ao movimento pró-escolha, em particular através do apoio da parte do grupo Médicos pela Escolha, os quais ao associarem-se ao debate e à formulação da lei produziram um impacto determinante na mudança de paradigma (Ana Campos, 2018 [entrevista concedida a Miguel Areosa Feio a 22 de Novembro de 2018]). Em suma, o referendo à população de 11 de fevereiro de 2007 culmina com a despenalização da IVG, que se veio a traduzir na Lei 16/2007 de 17 de abril, que vigora atualmente<sup>5</sup> (ver Anexo B). O diagrama que se segue resume esquematicamente os processos políticos acima descritos, os quais conduziram à concretização da referida medida de política.



Figura 1 - Processo de convergência dos três fluxos do Modelo de Kingdom (1984) que conduziu à mudança legislativa em relação à interrupção voluntária da gravidez em Portugal

Da redação legislativa (Lei n.º 16/2007 - Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez, 2007) consta, então, que a IVG deixa de ser punível criminalmente, nas situações já previstas

<sup>5</sup> Desta feita o “Sim” à pergunta “Concorda com a despenalização da interrupção voluntária da gravidez, se realizada, por opção da mulher, nas 10 primeiras semanas, em estabelecimento de saúde legalmente autorizado?” venceu com 59,25% contra 40,75% do “Não”. Apesar de em relação ao referendo a abstenção ter baixado, ainda se verificou que 56,43% dos eleitores se absteve (Comissão Nacional de Eleições, 2007a).

na legislação anterior e, adicionalmente, até às 10 semanas de gestação por vontade expressa da mulher, maior de 18 anos, com consentimento informado e expresso de forma livre e refletida em estabelecimentos de saúde públicos, sempre que possível, ou, quando não for possível, em estabelecimentos de saúde privados através do encaminhamento a partir dos serviços de saúde oficiais. Esta mudança colocou Portugal na linha dos países tidos como um exemplo de sucesso a nível internacional, no que à preservação da saúde das mulheres, bem como à justiça em relação às mesmas diz respeito. De acordo com os dados disponibilizados pela DGS até 2014, em particular os relatórios das complicações pós-aborto, (Direção Geral de Saúde, 2011, 2013, 2015) nenhuma mulher morreu ou foi condenada após a mudança de 2007 (Alves et al., 2009) – embora, como se pretende demonstrar com este trabalho, existam ainda desafios a superar.

#### IV. Equilibrando Direitos - da convergência na formulação à divergência na implementação

Um aspeto importante decorrente do processo legislativo foi a definição clara de todos os passos do processo de interrupção de gravidez por opção da mulher, através das orientações técnicas formuladas pela Direção Geral da Saúde, *entidade responsável pela regulação de um novo direito de que as mulheres passaram a dispor* (Francisco George, 2018 [entrevista concedida a Miguel Areosa Feio a 21 de Novembro de 2018]). As orientações técnicas foram dinamizadas pelo grupo de trabalho constituído para o efeito e para a formulação legislativa, no período imediatamente a seguir ao referendo (Stifani, Vilar, & Vicente, 2018). Na Lei 16/2007 permaneceu vigente a possibilidade de profissionais de saúde continuarem a poder valer-se do direito à objecção de consciência (aspeto que se verificava desde a Lei 6/84), por via de declaração entregue ao diretor de serviço clínico da sua instituição de saúde. Após essa declaração ficavam inibidos de participar em qualquer dos passos do processo de interrupção de gravidez. Este procedimento permite determinar que serviços de saúde dispõem, ou não, de profissionais habilitados para a prática da IVG, embora atualmente, a situação possa não ser tão clara como inicialmente, tornando evidente que mesmo nos países com legislação mais liberal, as questões de organização dos serviços de saúde, podem trazer barreiras ao acesso ao aborto seguro. A este respeito Ana Campos (Ana Campos, 2018 [entrevista concedida a Miguel Areosa Feio a 22 de Novembro de 2018]) sugere que o processo de declaração prévia de Objecção de Consciência através de documento formal se procedeu de acordo com o previsto nos tempos que se seguiram à formulação da Lei embora não creia que *atualmente esse procedimento esteja a ser cumprido*, sendo que os novos médicos apenas declaram ao diretor de serviço as suas intenções face ao aborto, informalmente.

Para além desta da objecção de consciência, existem outros aspetos que se podem constituir como entraves à concretização do aborto por opção da mulher os quais se encontram descritos na mais diversa literatura. Tais aspetos tendem a impedir a plena concretização do espírito e da letra da lei. Destacam-se a idade gestacional para a qual é permitida a interrupção por opção da mulher (10 semanas em Portugal), as restrições ao aborto medicamentoso, a obrigatoriedade de realização do procedimento em estabelecimentos médicos específicos (hospitais por exemplo), a necessidade de validação do procedimento por dois profissionais, a objecção de consciência, os períodos de espera obrigatórios, a autorização de partes terceiras (de familiares, companheiros ou outros profissionais) ou ainda o acompanhamento psicossocial obrigatório (Finer & Fine, 2013; Culwell & Hurwitz, 2013; Levels et al., 2014).

Em Portugal, por exemplo, existe um período de espera obrigatório de três dias e a disponibilização, não obrigatória, de acompanhamento psicossocial. A este respeito Ana Campos (Ana Campos, 2018 [entrevista concedida a Miguel Areosa Feio a 22 de Novembro de 2018]) reconhece que *a maior parte das mulheres quando recorre a uma IVG diz que não precisa de esperar pois já decidiu, mas há um pequeno grupo de mulheres que ainda não decidiu, pelo que para estas o período de reflexão é importante*. Não obstante, ambos os procedimentos se contornam de características que podem remeter para mecanismos de estigmatização e preconceito.

Um estudo realizado no Canadá mostra que existem práticas e políticas ao nível do sistema de saúde, que tornam o aborto inacessível a algumas mulheres, nomeadamente aquelas que se encontram em situações de desvantagem do ponto de vista financeiro, cultural, geográfico e etário (Kaposy, 2010). No mesmo artigo constata-se que os profissionais de saúde canadianos atuam, muitas vezes, com uma predisposição moralizadora sobre as mulheres, promovendo deliberadamente dificuldades acrescidas no acesso ao aborto. Em Portugal, a proposta de lei de 2015 apresentada pelo movimento de cidadãos “Pelo direito a Nascer” (Iniciativa Legislativa de Cidadãos, 2015) - grupo contra a despenalização da IVG – sugeriu que as mulheres que requeressem IVG deveriam passar a usufruir, obrigatoriamente, de acompanhamento psicossocial e a assinar as ecografias (obrigando-as, assim, a confrontar-se com imagens dos fetos), deixariam de estar isentas de taxas moderadoras e os profissionais de saúde deixariam de ser obrigados a declarar objeção de consciência, o que faria com que pudessem participar nas consultas prévias de IG, podendo intervir sobre o processo de escolha livre da mulher. Não custa perceber que tais propostas, mesmo num contexto de liberalização do aborto, teriam impacto sobre a livre decisão das mulheres e poderiam conduzir à sua estigmatização.

Um estudo alemão (Riedel & Hanschmidt, 2016) analisa alguns trabalhos realizados acerca do estigma em torno do aborto e, apesar de recomendar uma abordagem mais aprofundada em estudos futuros, verifica que a generalidade das mulheres experimenta estigma percebido e real de fontes diversas: sociedade, comunidade religiosa, pessoas que lhes são próximas (familiares, amigos e companheiros) e até da parte dos serviços e profissionais de saúde. Não obstante esta transversalidade, nota-se simultaneamente que a tendência para ocorrência de estigma tende a diminuir em ambientes em que o aborto possui regulamentação e implementação mais liberal (Riedel & Hanschmidt, 2016). Ao invés, em países em que a legislação é mais moralizadora e restritiva ou em serviços em que os profissionais são, na sua maioria objetores de consciência, o estigma, real ou percebido, tende a ser mais evidente.

De facto, a objeção de consciência pode constituir-se como uma forma de manifestação de estigma e preconceito face às mulheres, da parte de profissionais de saúde. Ana Campos (Ana Campos, 2018 [entrevista concedida a Miguel Areosa Feio a 22 de Novembro de 2018]) indica que existem profissionais que manifestam objeção de consciência apenas em relação ao aborto por opção da mulher, estando disponíveis para o realizar noutras situações. Existe quem considere que não se deveria falar



em objeção de consciência, mas sim em “*desonrada desobediência*” na medida em que a sua ocorrência em cuidados de saúde reprodutiva, mesmo que de forma limitada, cria situações de injustiça, pois os direitos da paciente à vida e à segurança devem superar o direito à consciência do profissional (Fiala & Arthur, 2014, 2017). Na mesma linha de raciocínio, os autores acrescentam que a recusa de um tratamento com base na crença subjetiva do profissional é imoral, sendo irrelevante se é sincera ou não, extrema ou moderada, sendo sempre prejudicial, negando o direito das pacientes à assistência médica e autonomia moral.

Em abstrato, a objeção de consciência pode ser um mecanismo que dificulta o acesso ao aborto em particular nas situações em que os profissionais valorizam apenas o seu interesse em detrimento do da utente (Savulescu, 2006). Vários países tentaram acomodar, na sua redação legislativa, os direitos à objeção dos profissionais e ainda assim garantir que as mulheres acedem a cuidados de saúde legais e seguros, como é o caso português (Chavkin, Leitman, & Polin, 2013; Chavkin, Swerdlow, & Fifield, 2017; Ortiz, 2017; Wicclair, 2011), mas, apesar desse direito se encontrar consagrado na Constituição da República Portuguesa (Constituição da República Portuguesa, 1976), existem evidências que remetem para a hipótese de que essa posição possa criar obstáculos no acesso ao aborto livre e seguro.

O direito à objeção de consciência merece ser preservado apenas se acontecer em ambientes que promovam a plenitude da garantia de acesso à saúde em caso de aborto, de acordo com recomendações da Organização Mundial de Saúde (Doran & Nancarrow, 2015; Harris, Halpern, Prata, Chavkin, & Gerds, 2018). Outros tratados internacionais, como a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (Nações Unidas, 1979) reconhece o direito de todas as mulheres para aceder a serviços de saúde reprodutiva ao mesmo tempo que reconhecem o direito individual de religião, consciência e pensamento, sugerindo que o acesso a cuidados de saúde não se deve ver constrangido pelo direito à objeção de consciência (Chavkin, Leitman, & Polin, 2013). Há, contudo, a esse respeito, pouco debate que contemple a abordagem de direitos humanos e que enfatize o dever ético-profissional de indicar outro profissional que preste assistência sem objeções, assim como, a obrigação da instituição de saúde em garantir o acesso a serviços que efetuem IVG nos casos previstos nos diferentes enquadramentos legais (Galli, Drezett, & Neto, 2008).

No caso português, a legislação em vigor tenta garantir que a estigmatização direta das mulheres por parte de profissionais não seja possível, tendo em conta que a declaração prévia de objeção de consciência que os profissionais devem fazer, impossibilita que estes tenham contacto com as mulheres em qualquer das fases do processo. Contudo, existem fortes indicações que apontam para a sua interferência no direito ao aborto pelo seu impacto no funcionamento dos serviços. Apesar de ser difícil isolar a objeção de consciência como a principal barreira para quem recorre ao serviço, a sua relação com outras barreiras pode constituir um problema acrescido (Harris et al., 2018) e existem evidências que indicam que os encaminhamentos para zonas geográficas distantes, podem constituir um peso

acrescido no processo de realização da IVG. Por exemplo, um estudo australiano, mostra que barreiras geográficas colocadas no acesso a serviços de IG – nomeadamente a não existência do procedimento em hospitais públicos, deslocações com custos associados e estigmatização social – levam a que as mulheres ponderem recorrer a abortos inseguros (F. M. Doran & Hornibrook, 2016). Outros estudos indicam, igualmente, que a ausência de uma rede de serviços disponíveis de forma abrangente a toda a população leva a que mulheres tendam a recorrer ao aborto em estados gestacionais mais tardios (Cartwright, Karunaratne, Barr-Walker, Johns, & Upadhyay, 2018) e que esse aspeto, associado a outras barreiras (como tempo de espera para o procedimento, por exemplo), levam a que mulheres experimentem problemas de saúde mental ou ponderem recorrer a abortos inseguros (Kero, Högberg, Jacobsson, & Lalos, 2001; Jerman, Frohwirth, Kavanaugh, & Blades, 2017). Outros autores (Chavkin, Leitman, & Polin, 2013) alertam para as consequências que a recusa profissional em prestar o serviço pode ter na saúde da mulher e para os impactos que estes fenómenos produzem nos sistemas de saúde. Em termos genéricos, o menor acesso a serviços de saúde impacta desproporcionadamente aqueles grupos cujas condições de vida são mais precárias o que pode agravar as desigualdades. Segundo a DGS (Direção Geral de Saúde, 2018) o perfil dominante das mulheres que recorre a uma IG por opção própria nas primeiras 10 semanas de gestação caracteriza-se por abranger situações de precariedade pessoal e social, nomeadamente aquelas que estão associadas a regimes de desemprego ou precariedade laboral e a regimes de não coabitação, o que lhes coloca entraves em termos de autonomia e flexibilidade geográfica e financeira. Também num estudo dinamarquês (Rasch et al., 2008) se verifica que a decisão de levar a cabo um aborto é mais frequente em mulheres de estratos socioeconómicos mais baixos e com precária relação com o mercado de trabalho, bem como entre mulheres imigrantes.

Os comportamentos e posições dos profissionais espelham fenómenos sociais e políticos, tais como o próprio funcionamento e ideologia dos serviços a que pertencem, pelo que a objeção de consciência depende, não só de aspetos individuais, mas do próprio contexto onde se manifesta, o que explica as elevadas taxas de objeção de consciência em países de tradição católica como Portugal ou o Brasil (Diniz, Madeiro, & Rosas, 2014; Harris et al., 2018). Em Portugal, o peso que o estigma que os próprios profissionais e serviços de saúde criam em relação a colegas que realizam - ou não se opõem - à IVG, pode-se encontrar, por exemplo, na notícia do Expresso Online de 30 de setembro de 2017 (Reis, 2017; Sociedade Portuguesa de Contraceção, 2018) acerca de um estudo da Sociedade Portuguesa de Contraceção (por publicar) que indica que 33% dos médicos, 19% dos enfermeiros, 10% dos assistentes operacionais e 8,3% dos assistentes técnicos sentem que o seu trabalho é desvalorizado ou desfavorecido dentro da sua comunidade, por participarem nos processos de IVG. A este respeito Ana Campos (Ana Campos, 2018 [entrevista concedida a Miguel Areosa Feio a 22 de Novembro de 2018]) refere que entre os profissionais de obstetrícia o aborto foi sempre considerado um ato menor, pouco valorizado e com pouca relevância para a construção do currículo profissional, aspeto que leva a que apenas uma pequena parte de profissionais esteja disposto a realizá-lo, alegando por vezes, nessas

situações, objeção de consciência. Surge de novo o tema do estigma, neste caso associado à forma como profissionais de saúde se percebem entre si em torno da questão do aborto. Ainda no trabalho de Riedel & Hanschmidt (2016) é possível constatar que num estudo americano entre 54% e 71% dos profissionais de saúde envolvidos em IG tinham sofrido algum tipo de preconceito, em particular em termos de um sentimento de marginalização dentro da sua classe profissional, o que fez com que 66% se sentisse tentado a não revelar o seu trabalho a terceiros e 67% não o fizesse de todo.

Ana Campos, na referida entrevista indica ainda que o grupo de trabalho envolvido na redação das mudanças legislativas, bem como da Circular Normativa da Direção Geral de Saúde (Direção Geral de Saúde, 2007), procurou encontrar estratégias que contornassem estes problemas potenciais em particular as dificuldades no acesso a serviços de aborto seguro. Nomeadamente procuraram promover a preferência pela realização de abortos medicamentosos em ambulatório em detrimento de abortos cirúrgicos, mais complexos do ponto de vista clínico e logístico (Stifani et al., 2018), procedimento inspirado nos protocolos do Sistema de Saúde francês. Decorreu destas considerações que, os serviços se preparassem para abortos medicamentosos em ambulatório em larga escala (Stifani et al., 2018). Na realidade em 2016 e 2017, 70% dos procedimentos de IG que foram realizados em Portugal foram deste tipo, sendo que nos hospitais públicos ocorrem em 98% dos casos, enquanto que no privado apenas em 6% (Direção Geral de Saúde, 2018, 2019).

Apesar disso, é do conhecimento público que, em Portugal, existem hospitais nos quais a generalidade dos profissionais de saúde habilitados para a realização de IG são objetores de consciência, verificando-se que, por exemplo, vários hospitais da região de Lisboa e Vale do Tejo, não realizam qualquer IG por vontade expressa da mulher, que nos Açores existem apenas dois profissionais disponíveis para o procedimento em todo o arquipélago (Direção Geral de Saúde, 2018; Stifani et al., 2018), ou que no Alentejo e distritos de Castelo Branco e Guarda existam, igualmente, graves constrangimentos (Direção Geral de Saúde, 2016, 2018, 2019). De acordo com a legislação portuguesa, nestes casos, o procedimento a seguir passa pelo encaminhamento das mulheres, após a consulta prévia, para serviços de saúde privados, o que, na grande maioria das situações se operacionaliza pelo encaminhamento para a Clínica dos Arcos, no centro da cidade de Lisboa, aspeto que ajuda a perceber, por exemplo, os motivos pelos quais este estabelecimento ser responsável por aproximadamente metade de todas as IG realizadas por opção da mulher na região de Lisboa e cerca de um terço do número total dos abortos por opção da mulher realizados em Portugal. Estes dados levam-nos a refletir acerca da responsabilidade das políticas públicas para a formulação e operacionalização de medidas que garantam o equilíbrio no usufruto desses direitos e que os mesmos não entrem em confronto com os demais. A própria DGS reafirma no seu relatório anual sobre a IVG que *cabe aos Serviços de Saúde, aos profissionais que neles trabalham ou que para eles contribuem assegurar a diversidade de resposta e o respeito pelas diferentes opções, que mulheres e homens têm ao longo da sua vida. Esta assunção requer que os*

*cuidados sejam equitativos e acessíveis, que sejam compreendidos pelos próprios como positivos e geradores da possibilidade de concretizar a Saúde Sexual e Reprodutiva* (Direção Geral de Saúde, 2018). Haverá aspetos em torno da organização dos serviços que poderão estar a contribuir para uma iniquidade na garantia plena do direito à saúde em situações de aborto, cabendo às políticas públicas reequilibrar os direitos seja pela reestruturação dos serviços, dos procedimentos ou pela criação de *guidelines* que permitam regular a objeção de consciência (Zampas & Andión-Ibañez, 2012). É nesta linha de reflexão que apresentamos a questão que preside a esta investigação e que sugere que os preceitos da redação legislativa podem estar a contribuir para que o problema se mantenha nos dias de hoje, pelo menos parcialmente, em especial como consequência das falhas que se observam, em termos de disponibilidade e acessibilidade, na rede de serviços de saúde para a realização de abortos seguros. O desenho metodológico que mais à frente se apresentará visa então responder a uma questão fundamental que se pode formular da seguinte forma:

***Estará a objeção da consciência da parte de profissionais de saúde a criar dificuldades a que a implementação da Lei 16/2007 garanta o acesso ao aborto em condições de equidade a todas as mulheres do território nacional promovendo que, algumas delas possam recorrer a abortos inseguros?***

Em Portugal, as normas éticas da profissão médica encorajam os médicos a informarem as mulheres acerca da sua objeção, sendo igualmente obrigados a informar o diretor do serviço (Ordem dos Médicos Portugueses, 2016). Contudo, o mesmo documento, admite a interrupção de gravidez apenas em situações que visem salvaguardar a vida da mulher grávida, sendo omissos em relação a todas as outras, embora indicando que o objeto da profissão ser o da “preservação da vida humana desde o seu início”. O Código Deontológico dos Enfermeiros produz diretivas semelhantes, devendo o profissional de enfermagem garantir que o serviço é prestado, declarando, previamente a sua objeção (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Segundo os dados de 2012 da International Planned Parenthood Federation 38 dos 51 hospitais nacionais efetuavam IG por vontade da mulher e aqueles que não o fazem são obrigados a encontrar alternativas e a estabelecer referências para outros serviços que o façam. Em Portugal a interrupção de gravidez é gratuita para a mulher, mesmo quando o procedimento é feito num hospital ou serviço privado (IPPF, 2012). Contudo, no caso dos encaminhamentos, a questão dos encargos ou danos adicionais para a mulher quando o mesmo é feito para locais distantes da residência da mulher não está devidamente contemplada. No nosso país, como em muitos países europeus, a desregulação da objeção de consciência leva à ocorrência de estatísticas como as que estimam que 80% dos profissionais de obstetrícia se recuse a realizar abortos (Chavkin et al., 2013), número que segundo Ana Campos pode vir a aumentar no futuro tendo em conta o crescente desinteresse pelo procedimento e perda de sentido

humanístico da parte dos jovens profissionais de saúde (Ana Campos, 2018 [entrevista concedida a Miguel Areosa Feio a 22 de Novembro de 2018]).

À luz da teoria dos fluxos múltiplos, uma das correntes que vimos convergir no sentido da alteração legislativa e do processo político que culminou com a despenalização do aborto em referendo em 2007, é a corrente do problema. Esse, como definido anteriormente, podia operacionalizar-se no número de mulheres criminalmente acusadas após a prática ou auxílio na prática de abortos ilegais - aspeto que a lei 16/2007 vem eliminar para abortos até às 10 semanas - e também a questão associada às complicações para a saúde decorrentes de abortos clandestinos, nos quais se inclui, assistência médica urgente após um aborto mal sucedido ou até a morte de mulheres. Este problema de dupla face pretendia-se ver resolvido pela alteração legislativa. No entanto, a possibilidade de manutenção, na atualidade, do problema descrito, seria indicador de uma ineficaz implementação da lei. Esta dissertação questiona, portanto, se o acesso a um serviço de saúde gratuito e generalizado, no caso o aborto seguro, poderá não estar a ser garantido de forma igualitária pelo modelo em vigor, contribuindo para a manutenção parcial do problema ou para a sua não total irradicação.

A partir deste ponto, os objetivos deste trabalho passam, precisamente, por desenhar e implementar uma metodologia de investigação que permita responder à questão lançada previamente, tentando encontrar pistas acerca das vicissitudes da implementação da política formulada sob a forma da Lei 16/2007, eventuais constrangimentos e suas consequências, nomeadamente a manutenção parcial de uma das questões que decretou o seu agendamento político no passado, o aborto clandestino.



## V. Metodologia

A pergunta de pesquisa que se lançou acima é abrangente e pode ser desagregada em perguntas com maior grau de delimitação, no sentido de permitir a investigação. A primeira questão remete para se, no caso do aborto, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) está a garantir um serviço generalizado a todas as mulheres que dele queiram usufruir em todo o território nacional. E no caso de não estar, interessa perceber se estarão os indicadores de saúde em relação à Interrupção Voluntária da Gravidez a produzir pistas no sentido de identificar um eventual desequilíbrio. Será que os dados disponíveis mostram que existem condições de acesso à IVG que não são igualitárias? Poderão essas condições não igualitárias estar a contribuir para a ocorrência de abortos inseguros tal como se verificava no início da década de 2000? Sistematizando, o desenho de pesquisa que aqui se sugere partirá das seguintes hipóteses:

H1 - Apesar da despenalização da IG por opção da mulher estar prevista na lei até às 10 semanas em serviços de saúde públicos, um número significativo de IVG são efetuadas em serviços privados, por indisponibilidade do serviço nos hospitais públicos decorrente da objeção de consciência de profissionais.

H2 – Apesar da despenalização da IG por opção da mulher estar prevista na lei até às 10 semanas em serviços de saúde públicos acessíveis a todas as mulheres, existe uma iniquidade no acesso, pelo que algumas mulheres encontram barreiras ao mesmo e efetuam IVG fora da sua zona de residência, por indisponibilidade do serviço nos hospitais públicos do local onde residem, decorrente da objeção de consciência de profissionais.

H3 – Apesar da despenalização da IG por opção da mulher estar prevista na lei até às 10 semanas, existem mulheres que continuam a recorrer a abortos clandestinos, que acontecem por constrangimentos causados pela indisponibilidade do serviço no local onde residem, decorrente da objeção de consciência de profissionais e da rede de serviços que disponibilizam a IG.

A metodologia utilizada para estudar a resposta à pergunta levantada, bem como às hipóteses subsequentes é dupla: 1) através da análise de dados oriundos da Direção Geral de Saúde acerca do

aborto e 2) através da análise da informação recolhida a partir de entrevistas realizadas a pessoas de referência no tema em questão. O quadro que se segue resume a abordagem metodológica utilizada.

Descrição do método	Análise de dados	Entrevistas/ <i>Focus Group</i>	
		Descrição	Quantidade
	Análise dos dados sobre IVG da Direção Geral de Saúde até 2013	Entrevistas semiestruturadas a responsáveis de ONG que trabalham as questões da saúde e direitos das mulheres	4 Entrevistas realizadas (Sexualidade em Linha, UMAR, APF Lisboa, Duarte Vilar)
	Análise dos dados sobre complicações pós aborto da Direção Geral de Saúde para 2011/2012 e 2013/2014	<i>Focus Group</i> com Profissionais de Saúde com intervenção na área da ginecologia e obstetrícia	1 <i>Focus Group</i> realizado com 3 profissionais de saúde
	Relatório dos Registos das Interrupções de Gravidez da Direção Geral de Saúde par 2016	Entrevistas a mulheres com estórias de vida associadas a processos de aborto clandestino	1 História de vida recolhida

Quadro 1 - Sistematização dos procedimentos metodológicos

De acordo com o quadro anterior é possível constatar as duas formas de análise previamente descritas. No que diz respeito à análise de dados, os mesmos foram encontrados em informação pública da Direção Geral de Saúde, bem como a informação disponibilizada na tese de doutoramento *O Aborto como Recurso na Regulação da Fecundidade: Tendências Recentes em Portugal* de Isabel Batista (2017), a qual diz respeito ao registo das situações de IVG na plataforma que a DGS construiu para o efeito, até 2014.

A segunda forma de recolha de dados prende-se com a elaboração de entrevistas semiestruturadas e a realização de *focus group*. A escolha das pessoas que participaram nos mesmos teve em consideração critérios que passam pelo facto de serem referências na área do aborto ou que contactam de perto com a realidade junto das comunidades. A Dr.<sup>a</sup> Manuela Tavares e o Dr. Duarte Vilar, enquanto representantes de duas das mais importantes ONG feministas e ligadas aos direitos das mulheres e à saúde, foram das pessoas que mais de perto vivenciaram todo o processo que culminou na redação legislativa atual, sendo por isso mesmo, figuras incontornáveis quando se fala em IG em Portugal. A Dr.<sup>a</sup> Paula Pinto coordenadora da Sexualidade em Linha e a Dr.<sup>a</sup> Sónia Lopes, coordenadora da APF Lisboa possuem um conhecimento amplo acerca da implementação da lei no terreno, contactando com os aspetos positivos bem como os constrangimentos que as mulheres encontram no acesso ao aborto. As profissionais de saúde que participaram no *focus group* foram identificadas pela Dr.<sup>a</sup> Maria José Alves, médica da MAC e interveniente no grupo de trabalho criado após o referendo, tendo ela própria participado no *focus group*. Foram identificadas outras 6 pessoas, sendo que apenas mais duas tiveram possibilidade de conciliar agenda e participar: Dr.<sup>a</sup> Teresa Bombas, médica na Maternidade Daniel de Matos e responsável por coordenar o grupo que irá em breve rever as normas reguladoras da IVG em Portugal e Enfermeira Maria Vidigal, do Centro de Saúde dos Olivais, também membro deste grupo.



Foram contruídos três guiões de entrevista semiestruturada para aplicação a cada um dos três grupos descritos<sup>6</sup>.

De seguida será feita uma análise detalhada dos dados provenientes da DGS. Esses dados, referentes às complicações decorrentes de interrupções de abortos e aqueles que resultam das informações da plataforma de registo de IG da DGS (informação derivada dos registos de IVG referentes aos primeiros seis anos após a legalização, de 2008 a 2013) remontam a períodos temporais distantes – até 2014 – pois são aqueles que se encontram disponíveis à data. Apesar de considerar que esta situação possa ser uma limitação da presente investigação, os relatórios anuais da DGS, de carácter genérico, parecem indicar poucas mudanças de ano para ano.

Para compreender esta informação, a análise deverá incidir sobre alguns indicadores. O primeiro indicador diz respeito à resposta que o Serviço Nacional de saúde dá em relação às Interrupções de Gravidez nos seus serviços, o qual se pode analisar pelo número de IVG em serviços públicos e número de IVG em serviços privados encaminhados de serviços públicos. O segundo indicador diz respeito à capacidade de resposta do SNS nas diversas zonas do país, o qual se pode analisar pelo número mulheres que efetua IVG fora da sua região de residência. O terceiro indicador prende-se com o efeito que a alteração legislativa teve em relação ao aborto inseguro, o qual se pode medir pela existência de assistência médica a complicações pós aborto inseguro em hospitais, embora, para este tópico, as entrevistas realizadas contribuam de forma mais determinante. A informação qualitativa retirada das diferentes conversas com profissionais de saúde, com pessoas membros de ONG e história de vida será organizada de acordo com metodologia de análise de conteúdo que categorizará a informação e permitirá responder às perguntas e temas anteriormente descritos. Os passos pelos quais o processo metodológico passou nesta fase consideraram a transcrição das entrevistas, a categorização da informação e correspondência da informação às categorias criadas. O processo foi facilitado pelo programa de análise de conteúdo Nvivo. No Anexo G é possível encontrar um quadro que sistematiza a categorização da informação recolhida e precede a análise e discussão desses e de outros dados.

---

<sup>6</sup> As entrevistas semiestruturadas e o *focus group* visam consolidar as informações retiradas da análise dos indicadores estatísticos da DGS, através de representações e considerações acerca dos mesmos, da parte de pessoas de referência na área. As entrevistas às ONG decorreram nas instalações das mesmas (IPDJ, no caso da Sexualidade em Linha, nas instalações da UMAR, em Alcântara e na delegação de Lisboa da APF). A entrevista com o Dr. Duarte Vilar decorreu nas instalações da Universidade Lusíada em Lisboa. Estas entrevistas seguiram o Guião de Entrevista que se encontra no Anexo C. O *focus group* com profissionais de saúde foi conduzido de acordo com o Guião que se encontra em Anexo D e teve lugar nas instalações da Associação para o Planeamento da Família em Lisboa. A menor adesão ao *focus group* foi um condicionalismo encontrado no desenvolvimento do processo, tendo havido dificuldades na sincronização de agendas. A história de vida de uma mulher de 36 anos foi recolhida utilizando o Guião de entrevista em Anexo E. Dado o seu carácter mais delicado e pessoal, optou-se pela manutenção do anonimato da pessoa entrevistada. Todas as entrevistas foram realizadas de março a maio de 2019 e os participantes assinaram um documento de consentimento informado (como exemplificado no Anexo F).



## VI. Discussão de resultados

Até 2007, Portugal era dos países europeus com legislação mais restritiva em matéria de aborto a pedido da mulher (Monteiro, 2012), mas, a partir daí, a Interrupção Voluntária da Gravidez, passou a ser efetuada nos hospitais nacionais públicos, sempre que possível. Quando tal não se verifica, é desencadeado um processo de encaminhamento para instituições de saúde privadas onde o procedimento pode ser realizado. De acordo com a Associação para o Planeamento da Família (APF, n.d.) o processo de IVG desencadeia-se em três fases. A primeira é a consulta prévia, no Centro de Saúde ou Hospital, na qual a mulher recebe o consentimento informado, efetua exames (se disponíveis) e é marcada a data na qual deverá dirigir-se ao serviço onde se realizará a IVG. Após a consulta prévia a mulher é encaminhada para esse serviço, sendo que este deverá ser o hospital da zona geográfica de referência do Centro de Saúde ao qual a mulher se dirigiu inicialmente ou a clínica privada para onde é encaminhada caso esse hospital não realize o procedimento. Em Portugal entre 2008 e 2013, 46 das 50 instituições de saúde declaravam fazer IVG, embora outros dados apontem a existência de cerca de 80% de profissionais capacitados, que não realizam abortos (Chavkin et al., 2013). O gráfico seguinte permite ver a evolução do número e percentagem de IG até às 10 semanas, por opção da mulher, desde 2008 até 2016.

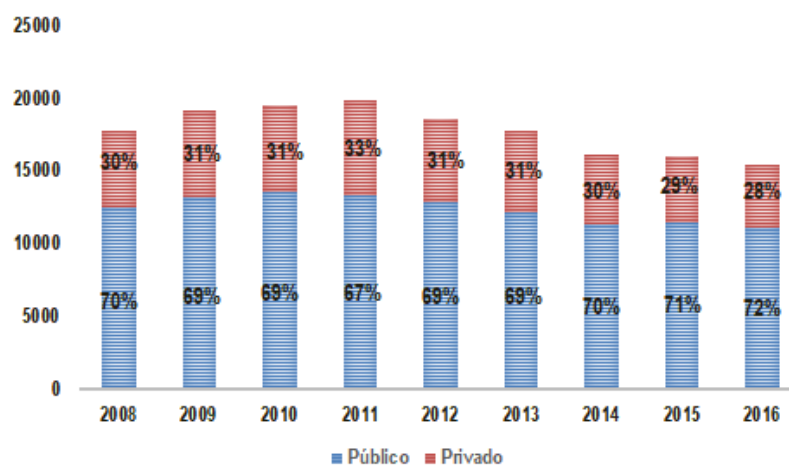


Figura 2 - Número absoluto de abortos por opção da mulher e percentagem por tipo de serviço

Fonte: Direção Geral da Saúde - Relatórios de Registo da IG da DGS entre (2008 a 2016)

Antes de mais, é possível constatar que o número de abortos por opção da mulher, em Portugal, vem decrescendo de ano para ano desde que foram permitidos por lei, em 2007. Esta tendência verifica-se quer ao nível dos totais nacionais, como em termos dos números totais de IG realizadas nos serviços públicos e nos serviços privados. A este respeito, os dados indicam que cerca de 30% (com pouca variação desde 2008) das interrupções de gravidez por opção da mulher realizadas em Portugal

concentram-se no setor privado, tendência que parece estar, contudo, a decrescer. Tendo em conta que os dados da DGS indicam que os números de IVG nos serviços públicos diminuem – numa tendência genérica para a diminuição do número de IVG ano após ano – a verdade é que o número de IVG nos serviços privados se mantém constante e se resume a três instituições, Clínica Multimédica na região Centro e Hospital SAMS e Clínica dos Arcos em Lisboa e Vale do Tejo, esta última responsável por cerca de 98% dos procedimentos nos serviços privados, todos os anos. Estes dados, permitem constatar que o SNS não garante, de forma generalizada, que as mulheres acedam ao aborto nos seus serviços, na medida em que é um procedimento que se realiza no setor privado em cerca de um terço dos casos. De facto a formulação legislativa prevê esta situação e o encaminhamento para serviços alternativos (privados, no caso) parece estar a ser garantido.

Analisando a distribuição dos abortos até às 10 semanas por região, Lisboa e Vale do Tejo (LVT) é aquela que apresenta números absolutos de IG por opção da mulher mais elevados, no período de tempo entre 2008 e 2013, tal como seria de esperar não só por ser a região mais populosa mas também pelo facto da Clínica dos Arcos e SAMS, em Lisboa, serem responsáveis por cerca de 30% dos procedimentos de IVG em Portugal.

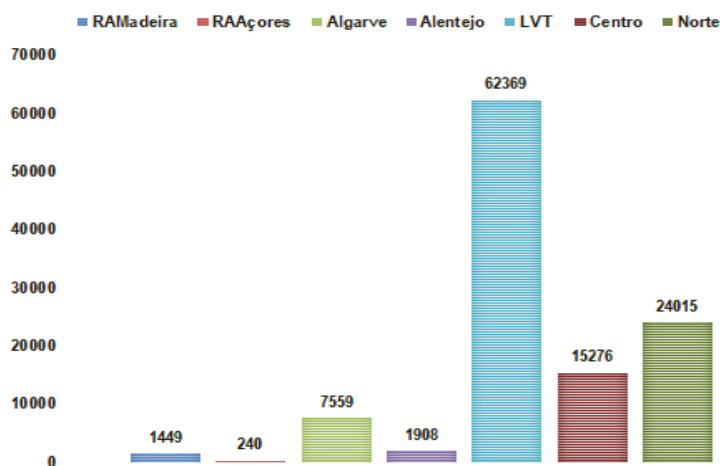


Figura 3 - Número total de IVG por opção da mulher em Portugal, por região de 2008 a 2013

Fonte: Direção Geral da Saúde, dados da plataforma de registo de dados de IG entre 2008 e 2013, disponibilizados em O Aborto como Recurso na Regulação da Fecundidade: Tendências Recentes em Portugal de Isabel Batista (2017)

A diferença entre LVT e as restantes regiões é evidente neste gráfico, contudo, uma análise mais aprofundada permite analisar o impacto que a Clínica dos Arcos teve, entre 2008 e 2013, por si só, no número de abortos por opção da mulher em Portugal, impacto que aos dias de hoje se mantém equivalente. A relevância deste indicador prende-se com o facto de esta Clínica receber grande parte dos encaminhamentos efetuados, não só dentro da região de LVT, como também de outras regiões do país em que os serviços de interrupção não estão a funcionar, nomeadamente Alentejo, Açores e região Centro.

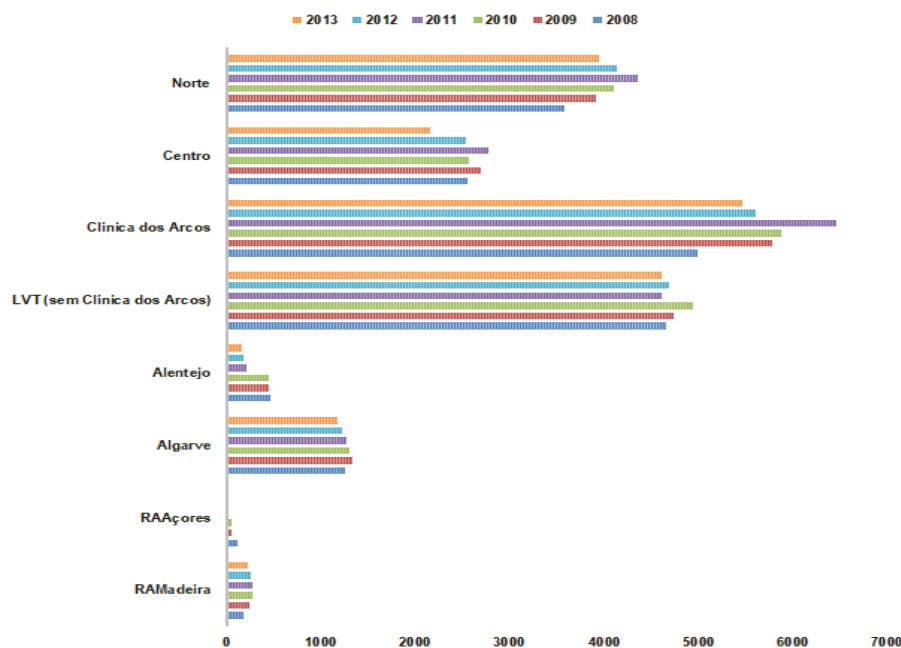


Figura 4 - Número total de IVG por opção da mulher em Portugal, por região de 2008 a 2013

Fonte: Direção Geral da Saúde, dados da plataforma de registo de dados de IG entre 2008 e 2013, disponibilizados em O Aborto como Recurso na Regulação da Fecundidade: Tendências Recentes em Portugal de Isabel Batista (2017)

A comprovar estes indicadores, nomeadamente através de dados mais recentes que se encontram no Relatório dos Registos das Interrupções Da Gravidez de 2016 (Direção Geral de Saúde, 2018) relativos às IG por opção da mulher, por instituição de saúde, corroboram estas indicações e nomeadamente pelo facto de, nesse ano, 27% das IVG realizadas no país todo, ter acontecido na Clínica dos Arcos em Lisboa, sendo que este serviço de saúde é responsável por 47% das IVG por opção da mulher na região LVT. Segundo o mesmo relatório pelo menos seis unidades de saúde não realizaram qualquer IVG por opção da mulher no referido ano: Hospital Fernando da Fonseca, Hospital D. Estefânia, Hospital de Santarém e Hospital de Cascais (para além do Hospital S. Francisco Xavier, todos na região LVT), Cova da Beira e Castelo Branco (região Centro, em particular, distritos de Castelo Branco e Guarda). Um dos hospitais do Alentejo apenas realizou 8 IVG por opção da mulher e um dos hospitais dos Açores, apenas 5. O Quadro 2 resume os dados de IVG por opção da mulher, por instituição de saúde, no território nacional, desde 2008 até 2016.

De uma forma genérica percebe-se que a IG por opção da mulher se realiza de forma perfeitamente generalizada em todo o território, embora existam diferenças substanciais que importa, e é esse um dos objetivos deste trabalho, analisar. Se no caso da região Norte e Algarve, não parecem existir constrangimentos, havendo, inclusivamente um Centro de Saúde (de Amarante) que realiza o procedimento, as outras regiões do país apresentam particularidades que é importante realçar. Percebemos que na região Centro existem duas unidades de saúde que desde 2014 não realizam abortos

Instituição de Saúde		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Norte	Centro de Saúde de Amarante	77	67	142	163	226	172	131	141	110
	Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E. - H. de S. Sebastião	NA	NA	NA	NA	268	216	232	210	228
	Centro Hospitalar de S. João, E.P.E. - H. S. João	346	477	501	597	563	563	500	443	465
	Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, E.P.E. - H. Vila Real	159	183	219	213	174	190	154	143	171
	Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro, E.P.E. - H. de Chaves	50	39	56	73	54	39	36	32	33
	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	499	483	478	530	485	474	400	399	424
	Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E. - Unid. Guimarães	278	298	384	406	329	301	268	269	251
	Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E. - H. Viana do Castelo, St. Luzia	139	164	131	136	167	198	199	197	162
	Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. - H. V. Nova de Famalicão	NA	NA	NA	237	237	254	221	201	133
	Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. - Maternidade Júlio Diniz	755	862	1006	1026	1112	1065	1007	1011	1007
	Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde - H. S. Pedro Pescador	142	157	138	131	107	109	88	100	78
	Hospital S. Marcos de Braga	220	277	241	273	293	247	256	284	269
	ULS do Nordeste, E.P.E. - H. de Bragança	155	129	167	166	193	175	128	138	155
	ULS Matosinhos, E.P.E. - H. Pedro Hispano	274	239	219	231	192	158	169	149	131
Centro	Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	148	142	164	160	141	102	0	0	0
	Centro Hospitalar de Leiria/Pombal E.P.E. - H. Santo André	328	361	384	406	411	351	361	355	299
	Centro Hospitalar de Tondela/Viseu E.P.E. - H. de S. Teotónio	453	425	442	432	397	358	354	310	295
	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. - H. Infante D. Pedro	229	243	284	299	288	267	296	243	211
	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.- Maternidade Bissaya Barreto	477	584	565	583	485	455	403	370	362
	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.- Maternidade Daniel de Matos	300	348	144	384	362	300	294	265	192
	Hospital Distrital da Figueira da Foz	91	81	107	104	77	70	72	55	53
	Clínica Multimédica							1	37	44
	ULS Castelo Branco, E.P.E. - H. Amato Lusitano	88	106	101	105	107	36	0	0	0
	LVT	Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. - Hospital Nossa Senhora do Rosário	ND	ND	ND	ND	ND	ND	461	429
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. - H. de S. Bernardo, E.P.E.		535	628	626	697	658	632	512	500	441
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.-H. Abrantes		NA	NA	NA	NA	NA	112	153	160	150
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.- H.Sta Maria		499	566	502	493	438	526	473	454	467
Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E.- Maternidade Dr. Alfredo da Costa		1406	1497	1476	1555	1132	875	1143	1133	1159
Clínica dos Arcos		5072	5780	5871	6460	5607	5456	4644	4449	4115
Hospital Beatriz Ângelo - Loures		ND	ND	ND	ND	561	705	697	875	806
Hospital de Cascais Dr. José D'Almeida		ND	ND	180	49	0	0	0	0	0
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.		231	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital Garcia de Orta		683	856	756	759	762	754	674	638	618
Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca, E.P.E.		1	1	0	0	0	0	0	0	0
Hospital SAMS		80	80	104	89	104	84	131	103	134
Hospital Vila Franca de Xira, Dr. Reynaldo dos Santos		456	198	534	412	524	443	286	445	519
Hospital Dona Estefânia		415	426	245	0	0	0	0	0	0
Alentejo	ULS Norte Alentejano, E.P.E. - H. Dr. José Maria Grande	156	130	153	203	177	161	123	160	8
	Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E.	320	316	299	0	0	0	0	30	157
Algarve	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.- H. Portimão	519	539	491	589	478	456	447	463	546
	Hospital de Faro	752	790	810	680	745	724	653	610	490
Açores	Hospital Divino Espírito Santo - Ponta Delgada	0	0	0	0	0	0	0	43	118
	Hospital da Horta	115	56	57	11	1	0	1	0	5
Madeira	Centro Hospitalar do Funchal	172	245	281	273	257	221	212	184	207

Quadro 2 - Número absoluto de abortos por opção da mulher e percentagem por tipo de serviço

Fonte: Direção Geral da Saúde - Relatórios de Registo da IG da DGS entre (2008 a 2016)

por opção da mulher, tendo surgido uma clínica privada para dar resposta a esta situação. No entanto, o número de abortos que esta clínica realiza não parece equivaler aos números de IG realizados nessas duas instituições de saúde nos anos anteriores, o que nos leva a levantar a questão do encaminhamento ou acesso direto a outras instituições de saúde. Teresa Bombas (Teresa Bombas, 2019 [focus group realizado por Miguel Areosa Feio a 11 de maio de 2019]), médica numa instituição de saúde da região Centro, indica, a este respeito, que muitas mulheres se deslocam diretamente a Coimbra para a realização da interrupção, por saberem que na sua zona de residência não lhe podem aceder. Outras mulheres são aconselhadas, pelos serviços de saúde com constrangimentos a nível dos recursos humanos, a recorrerem à IVG noutro estabelecimento, devido a ausência de serviços ou longas filas de espera para o procedimento.

Na região LVT verifica-se, também, que pelo menos quatro hospitais não realizam (nem nunca realizaram, alguns deles) abortos por opção da mulher, aspeto que interfere diretamente com pessoas do distrito de Santarém e concelhos de Cascais, Oeiras, Sintra e Amadora, havendo um número significativo de pessoas que não está a aceder a este procedimento nos serviços de saúde públicos. Nesta região, em contrapartida, e como já vimos, um serviço privado em particular realiza uma grande percentagem dos procedimentos de IVG em Portugal, aspeto que se verifica desde 2008.

No que diz respeito à região do Alentejo, os dados mostram que dos dois hospitais que realizam IVG na região de Portugal mais extensa em termos de território, entre 2011 e 2014 uma delas não realizava IVG (Hospital de Beja), tendo começado a fazê-lo em 2015. Salienta-se, igualmente, que não existem dados acerca de IVG nas unidades de saúde do distrito de Évora desde 2008 até ao último relatório disponível, sendo do senso comum que também não existem profissionais disponíveis para realizar IG por opção da mulher nesse distrito. Nos arquipélagos da Madeira e Açores, por se tratarem de regiões insulares, a deslocação e encaminhamento torna-se mais complicada. Se no caso da Madeira o procedimento de IVG foi garantido desde 2008 no Funchal (promovendo a necessidade de deslocação de pessoas de Porto Santo e de outras regiões da Ilha da Madeira) nos Açores a situação é mais complexa. Das nove ilhas do arquipélago, apenas em duas existem serviços que disponibilizam abortos por opção da mulher, em Ponta Delgada, Ilha de São Miguel, situação que se verifica apenas desde 2015 e Horta, Ilha Terceira, na qual o procedimento por opção da mulher é residual desde 2012, o que indica que não devem existir muitos profissionais disponíveis para o procedimento.

Tendo em conta estas vicissitudes dos serviços de saúde portugueses em termos da implementação dos procedimentos de aborto por opção da mulher, resta perceber como se garante o acesso nos casos em que o serviço público não o disponibiliza, até porque tal como foi descrito anteriormente é obrigatório o encaminhamento atempado. A este respeito, os últimos dados da DGS disponíveis, que remontam ao período de 2008 a 2013 (Base de Dados da DGS, 14 de Julho de 2015 cit. por Batista, 2017) permitem verificar algumas situações importantes. Permitem aceder aos índices de encaminhamento entre regiões, ao número de IG por opção da mulher realizadas por mulheres de regiões diferentes e aos motivos de encaminhamento. O gráfico que se segue mostra precisamente as percentagens de mulheres que realizou IVG por opção própria, até às 10 semanas, fora da sua região de residência.

Segundo a Figura 5, podemos perceber que, no período de referência, praticamente não se verificaram encaminhamentos para fora das regiões Norte, Algarve (exceto em 2011), LVT e Madeira. Em LVT praticamente não se verificam situações de mulheres que procuraram outra zona para realizar a IVG, o que se justifica pelo facto de, mesmo nas situações em que os hospitais não efetuam o procedimento, o encaminhamento ser feito dentro da região. Apesar de não existirem dados desagregados relativos aos vários concelhos da região LVT e não ser possível verificar tal evidência, sabemos que vários hospitais de concelhos dessa região não realizam IG por opção da mulher, pelo que inferimos, a importância que

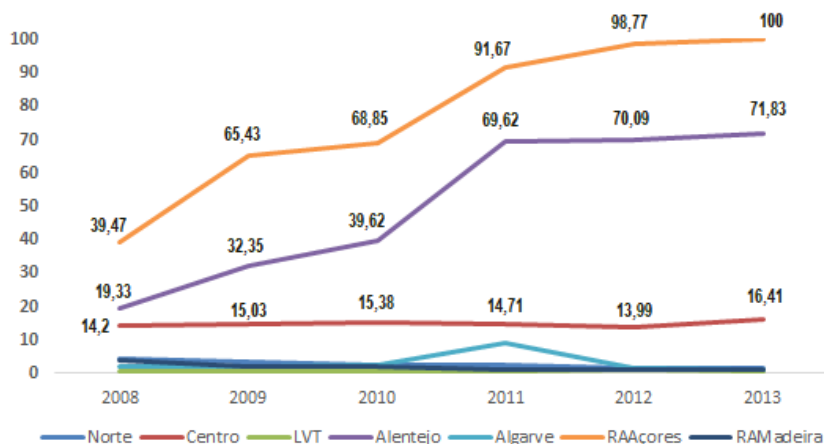


Figura 5 - Percentagem de IVG por opção da mulher realizada fora da região de residência

Fonte: Direção Geral da Saúde, dados da plataforma de registo de dados de IG entre 2008 e 2013, disponibilizados em O Aborto como Recurso na Regulação da Fecundidade: Tendências Recentes em Portugal de Isabel Batista (2017)

o setor privado tem na resposta aos encaminhamentos da parte do setor público. Em sentido contrário, as regiões Centro, Alentejo e Açores viram o número de mulheres encaminhadas para outras regiões do território aumentar, sendo que em 2013 todas mulheres da Região Autónoma dos Açores, foram encaminhadas para outras regiões do país (100% de encaminhamentos). No caso do Alentejo, desde 2008 e até 2013 que cada vez menos mulheres residentes na região realizam IVG na área de residência (chegando ao número de 71,83% dos casos de IVG realizadas fora da região do Alentejo), sendo encaminhadas para outras zonas, tal como se verifica na informação gráfica anterior

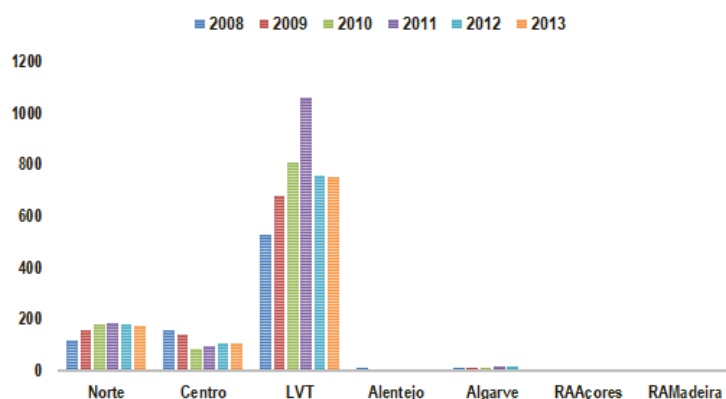


Figura 6 - Número absoluto de IVG por opção da mulher, por região e por ano, oriundas de outras regiões

Fonte: Direção Geral da Saúde, dados da plataforma de registo de dados de IG entre 2008 e 2013, disponibilizados em O Aborto como Recurso na Regulação da Fecundidade: Tendências Recentes em Portugal de Isabel Batista (2017)

A Figura 6 permite constatar que as regiões Norte e LVT são aquelas que são recetoras de mulheres oriundas de outras zonas do país para a realização de IVG. Na região Centro, apesar dos constrangimentos em algumas unidades de saúde, em 2013, outras havia que realizavam IVG a mulheres oriundas de outras regiões. Nas outras zonas geográficas não existe, praticamente, receção de mulheres residentes noutras zonas do território. A título de exemplo constata-se que em 2013 mais de



7% das IVG realizadas na região LVT eram encaminhadas de outras regiões do país, sendo que este número desce para apenas 0,5% se não se tiver em consideração os procedimentos de IVG realizados na Clínica dos Arcos, ou seja, as mulheres que se deslocam para realizar IVG na região LVT recorrem, na sua quase maioria, a esse serviço, tal como sugerido anteriormente.

De acordo com a informação que se segue, confirma-se o facto dos encaminhamentos da região do Alentejo e dos Açores, no período em análise, serem feitos para a região LVT e como se viu, em particular para a Clínica dos Arcos.

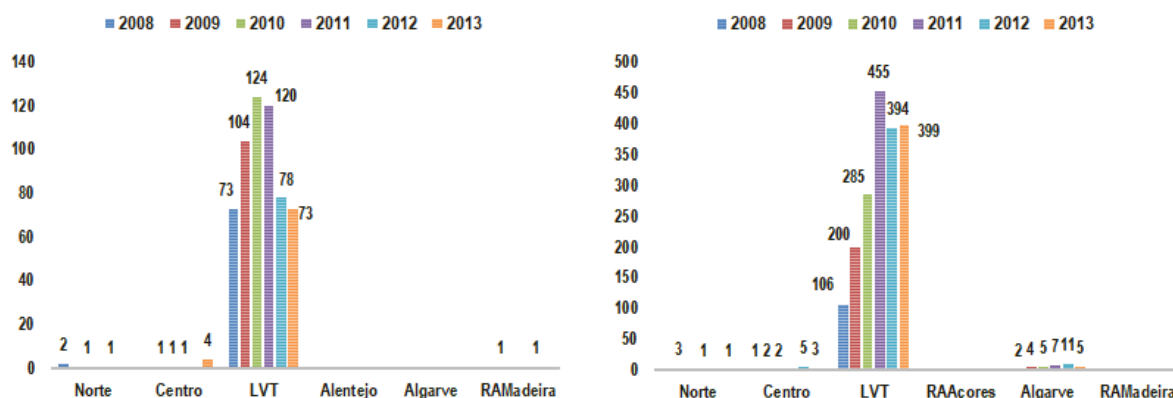


Figura 7 e Figura 8 - Regiões de receção de pessoas oriundas de Açores e Alentejo, respetivamente, para realização de IG por opção da mulher entre 2008 e 2013

Fonte: Direção Geral da Saúde, dados da plataforma de registo de dados de IG entre 2008 e 2013, disponibilizados em O Aborto como Recurso na Regulação da Fecundidade: Tendências Recentes em Portugal de Isabel Batista (2017)

Tal como foi referido, as mulheres da Região Autónoma dos Açores, bem como as do Alentejo que pretenderam fazer um aborto por sua opção até às 10 semanas, foram encaminhadas, quase na sua maioria (com algumas exceções residuais para outras regiões) para Lisboa e Vale do Tejo. Resta perceber, no que a esta análise diz respeito, os motivos que estão associados aos níveis de deslocamento de mulheres para a realização de IVG (Figuras 9 e 10).

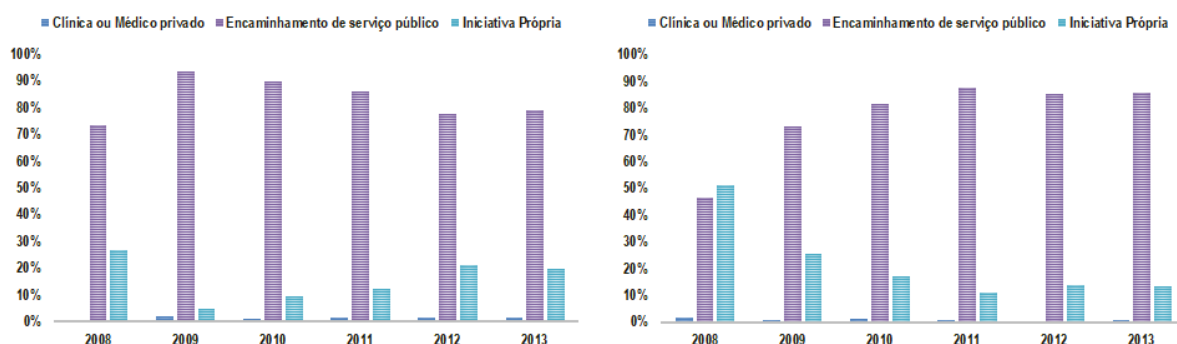


Figura 9 e Figura 10 - Razões para o deslocamento de mulheres oriundas de Açores e Alentejo, respetivamente, para realização de IVG por opção da mulher entre 2008 e 2013

Fonte: Direção Geral da Saúde, dados da plataforma de registo de dados de IG entre 2008 e 2013, disponibilizados em O Aborto como Recurso na Regulação da Fecundidade: Tendências Recentes em Portugal de Isabel Batista (2017)

Se nos focarmos em particular nas regiões analisadas previamente, Alentejo e Açores, verificamos que, de acordo com os gráficos, em ambas as regiões o facto das mulheres se deslocarem para a região de LVT (na sua maioria) está associada ao facto serem encaminhadas por serviços públicos (hospitais ou centros de saúde) por motivos associados a indisponibilidade dos mesmos. Nestas situações, podemos encontrar, uma tendência que foi crescendo e estabilizando até em 2013, ano em que cerca de 90% dos encaminhamentos do Alentejo e cerca de 80% dos Açores, se verificou por esse motivo.

Não sabemos em que medida estes números de encaminhamentos estão associados à objeção de consciência mas estes dados mostram que a implementação da lei parece estar ser feita de acordo com a sua redação, isto é, sempre que não existe disponibilidade para realização de um aborto nos serviços públicos, a mulher é geralmente encaminhada para outros serviços de forma a garantir que o realize. No entanto, a realidade que se verifica é a de que o SNS não está a garantir o acesso a IVG nos seus serviços a todas as mulheres dado que grande parte dos procedimentos de IVG são realizadas no setor privado e existem mulheres que são encaminhadas da sua região de residência para regiões distantes, nomeadamente para o centro de Lisboa para poderem aceder ao procedimento, aspetos que contribuem fortemente para a resposta à primeira e segunda questões levantadas anteriormente.

Interessa investigar o que os dados nos permitem aferir em relação à terceira hipótese levantada e à permanência de abortos clandestinos na atualidade. Por este indicador não ser passível de investigar diretamente, procuramos uma forma indireta de aceder a informação relevante. Também nos dados disponibilizados pela DGS se podem encontrar informações através dos Relatórios de Análise das Complicações Relacionadas com a Interrupção da Gravidez, entre 2008 a 2014 (Direção Geral de Saúde, 2011, 2013, 2015). Nestes relatórios, a DGS apresenta os números de intervenções em resposta a complicações decorrentes de abortos. Essa informação é ventilada desagregando os dados acerca dessas intervenções em relação a abortos realizados dentro quadro legal - até às 10 semanas no caso de ser por opção da mulher - e fora do quadro legal – após as 10 semanas. O gráfico que se segue resume os números absolutos de ocorrências para assistência a complicações decorrentes de abortos para os anos de 2008 a 2014.

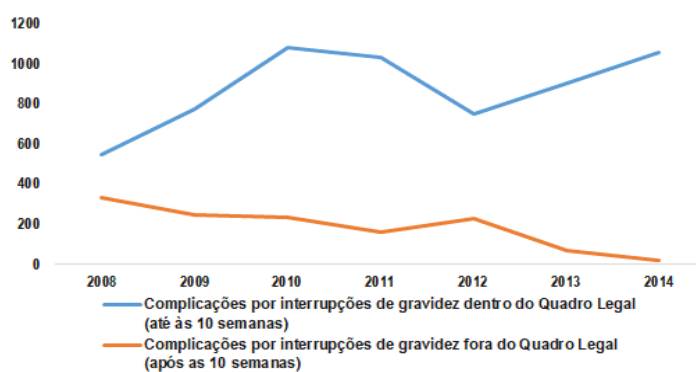


Figura 11 - Complicações decorrentes de aborto dentro e fora do quadro legal entre 2008 e 2014

Fonte: Direção Geral da Saúde, Relatórios de análise das complicações relacionadas com a interrupção da gravidez (de 2008 a 2014))

Apesar de a informação não mostrar se o facto dos serviços públicos não realizarem abortos interfere com a tomada de decisão da mulher acerca do procedimento, ajuda a perceber que existiam ainda mulheres que continuavam a recorrer a abortos clandestinos após as 10 semanas, não havendo indicação acerca do número de situações de mulheres que recorre aos serviços de urgência após abortos inseguros, dentro do período das 10 semanas. Adicionalmente, esta informação disponibilizada pela DGS, nada permite dizer em relação ao impacto que o funcionamento dos serviços tem nas escolhas que as mulheres fazem em termos de aborto inseguro. O gráfico mostra o número de procedimentos médicos registados e segundo a DGS uma elevada parte destes atendimentos/internamentos em resposta a complicações pós-aborto acontece na região LVT, dado que se mantém constante nos quatro anos em análise. A DGS sugere como explicação para este facto *existência de maior eficácia nos registos; e/ou maior número de interrupções ilegais e consequentemente de complicações; e/ou maior procura por parte das mulheres de unidades desta Região de Saúde tanto para a IG como para a resolução de complicações*, referindo em ambos os relatórios que não se conhecem, no entanto, os verdadeiros números do aborto clandestino em Portugal (Direção Geral de Saúde, 2013). Um aspeto essencial e que mostra a enorme conquista que a Lei 16/2007 promoveu é o facto de nenhuma mulher ter morrido em consequência de complicações decorrentes de abortos. Contudo, os dados mostram que o aborto clandestino ainda se mantinha, nessa data, uma realidade em Portugal, havendo ainda mulheres que recorrem a ele.

Os dados discutidos até aqui remontam a situações com cerca de 5 anos, face a 2019, o que pode constituir uma limitação a este estudo. Não obstante podemos, neste ponto, inferir fortes indicações acerca do impacto que a objeção de consciência tem no funcionamento dos serviços e consequentemente nas questões da acessibilidade. As entrevistas realizadas podem ajudar a compreender melhor estas tendências contribuindo para o conhecimento acerca do que acontece, na atualidade, ao nível da implementação legislativa, seus constrangimentos e implicações. De acordo com essa informação a discussão dos elementos retirados das entrevistas irá incidir em pontos-chave de debate: 1) aspetos positivos da Lei 16/2007, 2) aspetos negativos da Lei, constrangimentos e iniquidade no acesso aos serviços, 3) estigma e preconceito, 4) objeção de consciência e serviços de aborto e 5) aborto clandestino. Existe ainda um último ponto que se prende com as propostas para a resolução de constrangimentos e que será analisado no capítulo das conclusões. Ao longo dos diferentes pontos, as ideias refletidas vão sendo complementadas com transcrições daquilo que foi dito pelas pessoas entrevistadas para melhor compreensão dos pontos debatidos.

#### Aspetos positivos da Lei 16/2007

Antes de mais é preciso reforçar o facto de o direito ao aborto seguro inserido no SNS ser uma conquista civilizacional para todas as mulheres. Foi unânime apontar os ganhos evidentes em termos daquilo que são os direitos das mulheres e daquilo que se pretende atingir em saúde pública. Adicionalmente, uma

consequência positiva e indireta da alteração legislativa foi aquela que permite parte da realização deste estudo. Uma situação legal menos restritiva é capaz de produzir dados e conhecimento sobre o tema, perceber evolução e constrangimentos, caracterizar a população e definir estratégias de prevenção e intervenção futuras algo que o carácter absolutamente clandestino do aborto, que se verificava antes de 2007, tornava impossível.

Para além disso, as pessoas entrevistadas destacam, como aspetos positivos, o fim dos fenómenos que consistiam uma injustiça social terrível: a penalização criminal de mulheres e morte ou morbilidade por abortos clandestinos. De facto, de acordo com os dados recolhidos, desde 2007 que nenhuma mulher morreu ou foi criminalizada pela realização de um aborto. Do ponto de vista formal, a implementação da lei está a acontecer, verificando-se o cumprimento dos pressupostos da formulação legal.

*... lei está a ser bem aplicada em termos de sistemas de saúde.*

*...a lei está a ser implementada de forma a garantir que no SNS possam interromper uma gravidez não desejada.*

*O que está na lei portuguesa é até mais avançado do que noutros países nomeadamente por causa da declaração obrigatória e pela obrigatoriedade de encaminhar*

Desse ponto de vista, a redação legislativa estipula que *o SNS deve organizar-se de modo a garantir a possibilidade de realização da interrupção voluntária da gravidez nas condições e nos prazos legalmente previstos* (Lei nº 16/2007 - Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez, 2007) e de facto aquilo a que se assistiu, imediatamente após o referendo, foi exatamente a possibilidade de as mulheres usufruírem do direito de interromper uma gravidez não desejada, até às 10 semanas, no SNS, sendo são encaminhadas para um serviço privado quando tal não for possível. Em relação à questão do encaminhamento para instituições privadas é unânime que o processo funciona de forma plena, aliás como se demonstra pelo número de IVG nos serviços particulares.

Apesar de alguns serviços não realizarem o procedimento, encaminhando as mulheres, outros houve que se organizaram desde o primeiro dia para começar a realizar IG por opção da mulher. Em particular a Maternidade Alfredo da Costa e Hospital de Santa Maria em Lisboa, bem como serviços no Algarve e no Norte do país conseguiram organizar-se de forma a garantir que o acesso fosse mais igualitário. Nestes locais não se assistiu a uma homogeneização dos procedimentos mas sim a uma tentativa de promover uma equidade no acesso, de acordo com as necessidades da sua população. Aliás, para a maioria dos respondentes, a reação, da parte dos serviços, às diversas barreiras a que ainda se assistem no acesso ao aborto, não deve passar por procedimentos estandardizados, mas sim por uma adaptabilidade que lhes garanta responder a todas as mulheres. Em particular nas situações em que as

mulheres se confrontam com uma obrigação de deslocação, a possibilidade de existir este movimento da parte de alguns serviços, produz efeitos positivos.

Não obstante os bons exemplos, os dados recolhidos nas entrevistas, mostram que no processo de implementação da lei ainda subsistem diversos aspetos que são representados como constrangimentos. Para além da questão da objeção de consciência, central neste trabalho, existem outras situações que se podem constituir como entraves à concretização do aborto por opção da mulher e que vão ao encontro de vários dos elementos previamente apresentados na literatura que sustenta este trabalho. Tais aspetos foram, também eles, merecedores da atenção das pessoas entrevistadas e serão seguidamente abordados.

Aspetos negativos da lei, constrangimentos e iniquidade no acesso aos serviços

Para os respondentes a Lei 16/2007 contém alguns pontos que necessitam de revisão. Em primeiro lugar, o facto de ser uma redação que faz parte do Código Penal, em que o aborto permanece um ato punível criminalmente, exceto nas quatro situações descritas, constituiu por si só um aspeto estigmatizante do procedimento e de quem o pratica.

*A primeira limitação da lei é que se considera à mesma o aborto como um crime. Continua a estar no código penal o aborto como crime à exceção de 4 situações.*

O estigma surgiu transversalmente nas conversas realizadas e, como tal, merece uma análise cuidada do seu impacto na implementação da lei. A este propósito, a forma como a sociedade representa a mulher que faz um aborto, mas também as representações que profissionais de saúde têm em relação aos colegas que participam no processo, constituem-se como catalisadores de outras barreiras.

### *Estigma e preconceito*

Importa verificar que o estigma social e legal em relação à mulher que recorre ao aborto está presente em vários aspetos do procedimento. Desde logo, o período de reflexão obrigatório de 3 dias, presente na redação legislativa, pode atuar como mecanismo moralizador da mulher que inicia um processo de interrupção de gravidez.

*...não estamos numa situação em que se olha para a mulher como uma pessoa honesta e competente na sua decisão*

*Mas quando a pessoa diz que está determinada e decidida não percebo por que motivo tem de fazer esta espera obrigatória. Questiono se não é um bocadinho por em causa a verdadeira capacidade da mulher em decidir.*

*...a mulher não sabe decidir e que de facto há situações em que alguém deveria decidir por elas.*

A obrigatoriedade de passar por um período de reflexão pode indicar que o aborto não é um ato médico como os outros e deve ser tratado de forma diferente. Como tal, o período de reflexão obrigatório funciona como um elemento que perpetua preconceitos, o que equivale a dizer que a legislação, tal como está formulada, perpetua o estigma. Aliás, como descrito anteriormente, uma das mudanças propostas pelo movimento de cidadãos “Pelo direito a Nascer” (Iniciativa Legislativa de Cidadãos, 2015) exigia que nesse período de reflexão a mulher passasse também por um acompanhamento psicossocial obrigatório, o que aumentaria o estigma da sua decisão. Num estudo canadiano, também referenciado, os profissionais de saúde possuem uma predisposição moralizadora sobre as mulheres, promovendo deliberadamente dificuldades acrescidas no acesso ao aborto (Kaposy, 2010). Segundo os profissionais de saúde entrevistados, tal pode acontecer em Portugal especialmente da parte de profissionais não diretamente envolvidos e do pessoal administrativo com quem a mulher pode ter contacto.

*As pessoas que são objetoras à decisão são muito mais perigosas e penalizadoras da mulher. E são destrutivas.*

*No outro dia estava de urgência e estava lá por causa de uma outra senhora. Estava lá uma senhora a marcar uma consulta porque tinha feito uma interrupção e a secretária, que nem sabia quem era a mulher, disse-me logo: esta mulher usa a IG como método contraceptivo.*

*Nos centros de saúde mudavam tanto que depois não conheciam as pessoas. E portanto quase todas tinham de expor aquilo tudo.*

*Há uns tempos tivemos uma jovem a informar que, nem era um médico, era uma enfermeira, que barrou tudo aquilo que podia para ela não continuar com o processo. Isto não pode acontecer.*

*Nós estamos a analisar a situação do ponto de vista de um centro urbano mas se pensarmos na parte rural a questão da confidencialidade é garantida pelos técnicos mas a comunidade está atenta e isto é um constrangimento*

*...resistência que os profissionais têm aos abortos de repetição*

*...às vezes ouve-se dizer que o profissional faz uma lavagem cerebral.*

*... tem a leitura do estigma social, o facto de as pessoas saberem que são mal vistas por irem fazer o aborto também condiciona aquilo que a pessoa pensa e faz.*

Este tipo de fatores afeta e condiciona a decisão livre das mulheres (Riedel & Hanschmidt, 2016) aspeto que contraria aquilo que se espera do SNS universal. A este propósito comprova-se que as posições ideológicas dos profissionais afetam o funcionamento dos serviços a que pertencem bem como as relações que se estabelecem dentro dos mesmos (Diniz, Madeiro, & Rosas, 2014; Harris, Halpern, Prata, Chavkin, & Gerdts, 2018). Esse aspeto é facilmente verificável ao nível dos impactos da objeção de consciência pela inexistência de consultas de IG - aspeto que mais adiante será devidamente aprofundado - mas também devido à forma como os diferentes profissionais se podem relacionar entre si. Neste aspeto, a formulação legislativa fomenta a perpetuação do estigma associado ao aborto, neste caso, aquele que se verifica entre profissionais de saúde. Na lei 16/2007 descreve-se que *a verificação das circunstâncias que tornam não punível a interrupção da gravidez é certificada em atestado médico,*

*escrito e assinado antes da intervenção por médico diferente daquele por quem, ou sob cuja direção, a interrupção é realizada* (Lei nº 16/2007 - Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez, 2007). Este ponto da redação legal, na prática, determina que um profissional de saúde supervisione o processo de datação feito por um seu colega, aspeto que segundo os profissionais de saúde entrevistados constitui um elemento potenciador de estigma. Adicionalmente, verifica-se que quer a área da Saúde Sexual e Reprodutiva em geral, quer os procedimentos de IG em particular, são menosprezados pela comunidade médica e científica o que também aumenta o estigma e consequentemente potencia respostas como a objeção de consciência.

*E aqui está o estigma. Se eu vou fazer um aborto os olhares estão sobre mim.*

*Na nossa especialidade a importância que se dá a algumas coisas a algumas valências, a questão da interrupção era quase como se não fossem coisas médicas.*

*Eu tenho sempre aquele olhar de que estou a fazer algo fora da lei.*

*Isto cria barreiras, é como se fosse uma auditoria interna.*

*Dentro da nossa especialidade as coisas não são iguais. E nós pertencemos a uma sociedade científica e nos eventos o nosso primeiro espaço para as coisas sobre planeamento familiar num evento de 4 dias era domingo de manhã no final da reunião. Portanto, não estamos a falar de estigmatização? Estamos.*

*Isto no fundo são as várias barreiras na acessibilidade*

*...o estigma está na lei quando diz que tem de haver dois médicos (ou profissional), portanto a pessoa que fizer a consulta prévia tem de ser diferente daquela que fizer a datação*

*Quando há duas pessoas que têm de atestar que aquela pessoa tem menos de 10 semanas aí está o estigma da lei.*

Tais considerações corroboram aquilo que a bibliografia vem dizendo a este respeito (por exemplo o trabalho de Riedel & Hanschmidt, 2016 e o estudo da Sociedade Portuguesa de Contraceção apresentado por Reis, 2017, no Expresso) e de facto os profissionais de saúde envolvidos em IG sofrem ou já sofreram algum tipo marginalização dentro da sua classe profissional, o que os torna menos disponíveis a realizá-lo, alegando, nessas situações, objeção de consciência.

Como descrito na análise dos dados disponibilizados pela DGS, grande parte das IG acontece no privado, por motivos que se prendem com a inexistência de profissionais não objetores que possam estar envolvidos no procedimento. O estigma que envolve a comunidade médica potencia a ocorrência destas situações e a forma como a sociedade e os serviços olham para as mulheres que recorrem a um procedimento a que têm direito, coloca-as numa posição de fragilidade emocional. Estes fatores podem obriga-las a deslocar-se para outras zonas geográficas para a realização de IG (o que acarreta custos e tempo), mas também pode levá-las a fazer escolhas menos seguras e adaptativas, como abortos inseguros ou prosseguimento de gravidezes não desejadas.

O facto de existirem hospitais que não realizam IG por opção da mulher (Direção Geral de Saúde, 2016, 2018, 2019) e que “obrigam” mulheres a deslocar-se das suas regiões de residência para aceder a abortos seguros (Batista, 2017) foi abordado com as pessoas que participaram nas entrevistas. Todas elas são da opinião de que esse é um constrangimento evidente mas que existem outros que interferem no funcionamento das consultas de IG nos serviços públicos, afetando a equidade no acesso. Da sistematização encontrada na bibliografia consultada verificou-se que a idade gestacional, a obrigatoriedade de realização do procedimento em estabelecimentos médicos específicos, a necessidade de validação do procedimento por dois profissionais (já aqui debatida à luz do estigma), a objeção de consciência, os períodos de espera obrigatórios, a autorização de partes terceiras ou ainda o acompanhamento psicossocial obrigatório (Finer & Fine, 2013; Culwell & Hurwitz, 2013, p. 17-18; Levels et al., 2014) eram aspetos que constituíam barreiras ao acesso. A realidade portuguesa também concorre nos mesmos problemas. O quadro que se segue pode ajudar a sistematizar a informação recolhida a partir das entrevistas realizadas para posterior discussão.

Constrangimentos	Manifestação do problema	Região onde se manifesta	Características das mulheres <sup>7</sup>
Serviços de saúde sem consulta de IG por objeção de consciência	Necessidade de deslocação para outra região.	Região Centro (Leiria, zona da Cova da Beira)	
	Ausência de comparticipação nas deslocações.	Açores	
	Deslocações múltiplas.	Alentejo	
	Equipas sem profissionais disponíveis ou com profissionais estigmatizados	Alguns concelhos da região de Lisboa (Oeiras, Sintra, Amadora, Cascais)	
Esperas longas devidas:			
- Período de reflexão obrigatório de 3 dias	Possibilidade de ultrapassar o período legal de 10 semanas	Generalizado	Mulheres estrangeiras
- Excesso de burocracia	Deslocações múltiplas	Açores (deslocação por falta de serviços de aborto em todas as ilhas, agravado pelo período de espera de 3 dias)	Mulheres jovens
- Necessidade de aceder a várias consultas (três do processo de IVG, para realização de exames, e encaminhamento devido à OC)	Consequências emocionais		Mulheres com pouca capacidade para a resolução de problemas ou desinformadas.
Prazo das 10 semanas limitado	<p>Maior possibilidade de ficar fora do prazo/da lei</p> <p>Decorre de uma decisão meramente política</p>	Generalizado mas potencialmente mais marcante nas situações em que as mulheres tenham de fazer múltiplas deslocações	
Desconhecimento acerca da legalidade do procedimento em particular em comunidades migrantes	As mulheres podem recorrer aos abortos inseguros	Zonas geográficas com comunidades mais fechadas, isoladas ou imigrantes.	

<sup>7</sup> Segundo as pessoas que participaram nas entrevistas estes constrangimentos afetam todas as mulheres, embora com incidência maior nestes grupos vulneráveis que muitas vezes não conhece a lei e o funcionamento dos serviços.



---

Datação feita por dois profissionais	Estigmatização e supervisão entre colegas	Generalizado
	Complexificação dos recursos humanos necessários para o procedimento	

---

Quadro 3 - Aspectos que interferem com a iniquidade e características das mulheres afetadas.

Este quadro permite verificar os constrangimentos que interferem com o funcionamento dos serviços de aborto e consequentemente com a acessibilidade das mulheres ao mesmo, de forma segura. Neste ponto interessa analisa-los (exceto a objeção de consciência que será debatida mais à frente) percebendo de que forma contribuem para que vários hospitais não possuam consulta aberta, obrigando a deslocações. Um dos aspectos amplamente debatidos pelas pessoas entrevistadas prende-se com o limite das 10 semanas para a realização da IVG, ao contrário daquilo que se verifica por quase toda a Europa em que é, no mínimo, 12 semanas. Esta estipulação, considerada meramente política por um dos entrevistados, tem, para todos eles, implicações práticas que passam pelo tempo demasiado curto para o procedimento. Este é burocraticamente complexo e implica múltiplas consultas, o que, em especial para mulheres que percebem tardiamente que estavam grávidas, pode levá-las a entrar numa situação de ilegalidade. No entanto, também é verdade que, do ponto de vista da eficácia do procedimento medicamentoso (amplamente disseminados nos procedimentos no SNS) este limite é importante, dado que a partir daí a eficácia desce gradualmente.

A burocratização do procedimento, a necessidade participar em consultas e exames múltiplos e em diferentes serviços de saúde e o período de reflexão obrigatório fazem com que o procedimento se complexifique e se torne confuso para algumas mulheres, menos diferenciadas, bem como pode contribuir para que se atinja rapidamente o prazo legal das 10 semanas. Naturalmente que estes fatores tendem a afetar mulheres de zonas geográficas em que os serviços de saúde não têm a consulta a funcionar, bem como localidades onde existam mulheres com mais características de vulnerabilidade, tais como mulheres imigrantes, jovens ou em situação de pobreza. O relato que se segue corresponde ao da história de vida de uma mulher com essas características, oriunda de uma localidade em que hospital de referência não efetua IVG devido à objeção de consciência.

*...primeiro ia fazer uma análise ao sangue num laboratório com uma credencial da médica. A médica dá-te uma credencial para ires fazer uma análise ao sangue e uma ecografia para se ver o tempo. E nem sempre consegues fazer uma ecografia de urgência. Se tiveres dinheiro, fazes no mesmo dia, há várias clínicas privadas. E se não tiveres? Tens de fazer através do SNS e nem sempre há vagas. Isto tens de ir ao centro de saúde, depois vir para Amadora para ir fazer os exames, depois tens de voltar ao posto médico apresentar os resultados. E aí a médica, nesse dia, é que manda um fax do posto médico para a clínica dos Arcos, depois ficas à espera dois ou três dias que a clínica te ligue para te apresentares. Então tens de te deslocar a Lisboa. E depois tens de te deslocar outra vez a Lisboa porque o primeiro dia é só para verem os resultados dos exames que tu já levas. E no segundo dia em que lá voltas e que fazem mesmo o aborto. Autocarro para a Pontinha, são 2,5€ só para baixo, mais 2,5€ para cima. Depois ainda tens o metro. Depois tens de subir aquela ladeira toda a pé na Av. Da Liberdade. Mas gastas à vontade 10/15 euros. Uma vez. E tens de ir 2 vezes lá. Fora o que gastas para vir para a Amadora que são 3 euros e tal para ir e 3 euros e tal para voltar para fazer ecografia e verem o tempo. Isto leva tudo à volta de 15 dias. E mais os dias de trabalho que perdes. Imagina que ganhas aí 15 ou 20 euros por dia que é o que anda aí a média. Perdes 1 dia para fazer exames. Logo 20 euros, perdes o dia que vais à clínica, mais 20 euros e perdes o dia em que vais fazer a cirurgia. São mais 20. 60. Fora alguns 20 ou 30 que já gastaste em transportes. Fora o tempo que perdes no posto médico e corres o risco de chegar lá e o médico dizer que já passou o tempo.*

De facto, estas informações permitem responder à segunda hipótese levantada, corroborando as indicações retiradas dos dados analisados: existem mulheres para as quais o acesso ao aborto seguro é mais dificultado do que para outras. Para esta evidência contribui, não só a questão do funcionamento ou não dos serviços, mas também outros aspetos da própria redação legislativa como o tempo de espera demasiado longo decorrente do período de reflexão e burocracia, limite de 10 semanas demasiado curto e necessidade de validação do procedimento por dois profissionais, o que condiciona o funcionamento das equipas e estigmatiza os profissionais e a mulher. Tais indicações são especialmente penalizadoras para mulheres que se encontram em situação de desfavorecimento tal como verificado pelos relatórios da DGS (Direção Geral de Saúde, 2018) ou pelo estudo de Rasch et al. (2008).

#### Objeção de consciência e serviços de aborto

Em relação à objeção de consciência, as entrevistas permitem reafirmar a possibilidade de que esse fenómeno interfere com o funcionamento dos serviços. Em Portugal e nos serviços de saúde portugueses a objeção de consciência em relação ao aborto existe de forma praticamente generalizada, embora apenas em alguns casos condicione de tal forma, que não existe consulta de IG aberta à população, como foi possível comprovar pelos dados da DGS. Nesta fase interessa compreender a perceção que as pessoas entrevistadas têm em relação a este tópico e o primeiro ponto de análise remete para o facto da objeção de consciência perpetuar o estigma em relação às mulheres, na medida em que se olha para elas como algo reprovável que profissionais de saúde se podem recusar a participar.

*Continuidade dos OC ainda faz com que a interrupção seja vista como uma coisa maligna. É possível pensar-se mal sobre uma coisa que é um direito e um recurso, um direito da mulher acima de tudo*

*Permitir que haja objetores é consagrar aquela prática como algo que pode ser alvo de um juízo, de censura ou de um julgamento*

*As que são objetoras à decisão são muito mais perigosas e penalizadoras da mulher. E são destrutivas.*

Este aspeto ganha um relevo maior na medida em que, para as pessoas entrevistadas, os motivos que estão por trás da objeção, nem sempre são ideológicos ou relacionados com a ética pessoal.

*Há outros objetores de consciência que não se querem envolver na IVG por acharem que é um ato menor comparativamente a outros procedimentos na área da ginecologia e obstetrícia.*

*Não era que as pessoas se recusassem por uma questão de valores pessoais. Usavam a objeção de consciência para reclamar alguns pontos de vista. Alguém querendo reivindicar condições ou não querendo trabalhar tanto essa pode ser a arma de negociação.*

*Só fazem objeção de consciência em relação às IVG a pedido da mulher que é o maior número e que me leva aqui a considerar que existe uma conveniência de serviço nessa objeção de consciência.*

*Há os objetores de consciência que são objetores ao trabalho e portanto se fizerem IG é mais uma coisa que fazem*

*Objeção por falta de treino e receio de risco.*

*Acho que é objeção ao trabalho.*

*A OC foi, em muitos locais é um pretexto para se fechar a consulta. Eu não vou dizer quais foram os hospitais e até foram dois.*

*Eles querem fechar a consulta mas o hospital não se quer responsabilizar, metem todos o papel da OC e fecham*

*Sim, eu sei de um hospital em que a própria direção do serviço pressionava as pessoas para não terem chatices punham o papel da objeção.*

A informação recolhida e exemplificada pelas frases acima transcritas, mostra que, apesar de existirem muitas pessoas para quem o aborto é um ato reprovável não querendo interferir com o mesmo, existem outras situações em que os serviços, em particular pela ação dos seus diretores, se organizam para que não exista nenhum profissional disponível para a realização de abortos fechando as consultas. Nessas situações, descritas nas entrevistas como objeção ao trabalho, existe uma manipulação da possibilidade constitucional de exercício do direito à objeção de consciência. Em alguns casos, as mulheres não chegam a registar-se nos serviços da sua área de residência, deslocando-se diretamente a outros locais onde sabem que a consulta funciona – como é o caso da região Centro do país, em que as mulheres não se dirigem a Leiria, por exemplo, indo diretamente a Coimbra - não existindo, dessa forma, informação formal acerca dos constrangimentos nos serviços de origem. Existe uma falta de regulação da objeção de consciência que, através de mecanismos que não coadunam com a responsabilidade e universalidade do SNS, indisponibilizam o procedimento nos serviços públicos do local onde residem as mulheres e colocam-nas em situações de vulnerabilidade e desfavorecimento. Em resposta à segunda hipótese, verifica-se, que a objeção de consciência promove constrangimentos múltiplos no acesso aos serviços de aborto e que a sua desregulação faz com que alguns serviços se façam valer desse direito dos seus profissionais para fechar consultas de IG agravando o problema. Na opinião dos entrevistados cabe às administrações dos serviços hospitalares garantir que existem sempre profissionais disponíveis para o procedimento (tal como descrito por Kaposy, 2010) aludindo para a necessidade de reorganização dos

serviços e das equipas, e para a regulação da objeção de consciência. Só assim o SNS pode garantir que as mulheres acedem a IG de forma segura e equitativa. Caso contrário, podem ficar numa situação em que avaliam alternativas menos adaptativas, nomeadamente o aborto clandestino.

### Aborto clandestino

O último ponto de análise neste capítulo visa responder em simultâneo à terceira hipótese e à pergunta de pesquisa que orienta esta investigação. De facto, os dados analisados e as entrevistas realizadas permitiram verificar que a implementação da lei 16/2007 apresenta constrangimentos diversos decorrentes do impacto da objeção de consciência no funcionamento dos serviços, aspeto que conjugado com outras características da implementação da lei portuguesa – período de espera obrigatório, complexificação do procedimento em termos de recursos, limite de 10 dias e estigmatização – promove a existência de constrangimentos no acesso das mulheres a esses serviços e que um terço das interrupções seja feita nos serviços privados. Estes constrangimentos dos serviços e a complexidade associada aos encaminhamentos leva a que mulheres recorram a abortos clandestinos. O quadro seguinte compila algumas ideias a respeito do aborto clandestino.

*A OC pode aumentar o número de abortos clandestinos, eu acho que hipoteticamente isso é verdade*

*Se dificultamos e os acessos não são fáceis, é bem possível que aconteça a questão do aborto clandestino*

*Eu acho que a acessibilidade pode fomentar o aborto clandestino.*

*Continua a haver porque a acessibilidade não é boa*

*(sobre os efeitos da OC) Sim e muitas vezes pode ser motivo para deixarem de aceder a um serviço de aborto seguro e eventualmente meterem-se em zonas de aborto inseguro.*

*Na sua opinião continua a haver mulheres que devido aos constrangimentos dos serviços continuam a recorrer a abortos inseguros? Sim, mas ninguém tem dados sobre isso.*

*É um buraco negro e são práticas que é muito difícil perceber. As mulheres têm tendência a ocultar esta situação porque de facto não são práticas legais. Mas sim, há testemunhos e eu já vi nomeadamente uma médica de família que relatou casos de aborto inseguro em suas utentes ali na região da amadora.*

*Se me perguntar se há aborto clandestino em Portugal? Há de certeza, mas nunca mais voltámos a ouvir.*

Genericamente pode-se constatar que as pessoas das ONG entrevistadas afirmam que a possibilidade de continuar a verificar-se abortos clandestinos permanece, em particular nas regiões servidas por hospitais objetores no distrito de Lisboa. Indicam que, apesar de haver uma forte hipótese de tal situação ainda se verificar, as informações que possuem não permitem confirmar essa possibilidade, aspeto que pode estar relacionado com o receio das mulheres confessarem um ato ilegal. Noutra linha, profissionais de saúde entrevistadas, referem não ter qualquer dúvida de que as questões da acessibilidade promovem a continuação da ocorrência de abortos clandestinos, embora não tenham, pelo mesmo motivo, registos de pessoas que recorrem aos serviços de saúde com complicações decorrentes de abortos. Tal como

disse uma das entrevistadas: “ficaram os melhores a fazer os abortos clandestinos”. Esta frase ilustra bem a assunção de que continua a existir um sistema de interrupção de gravidez fora do sistema legal, mas que é muito difícil de comprovar formalmente. No sentido de acrescentar algumas indicações acerca desta constatação, o relato de uma mulher residente numa região em que o hospital de referência é objeto, mostra que, de facto, o mercado do aborto ilegal continua ativo, promovido por dificuldades de acesso geográficas, financeiras mas também promovido pelo desconhecimento e estigma.

*Então o dinheiro que gastam em transportes, o tempo que vão perder e tudo, preferem comprar os comprimidos. E fazem logo. E acabam por nunca saber o tempo. Eu já fiz e conheço tanta gente que já fez. Porque tem saída. E nos bairros sociais ainda mais.*

*Então eu moro num bairro e tenho acesso a tudo vou mas é fazer em casa. Se eu sei fazer, se já ajudei tanta gente a fazer e eu já fiz também. Porque é que não hei-de fazer? E fiz mas levei dois dias a expulsar o feto.*

*Mas sei de montes de casos. Uma que fez um aborto ao mesmo tempo que eu, até fui eu que lhe arranjei os comprimidos, que não aguentou as dores e foi para o hospital e apresentaram queixa dela. É crime.*

*É lá no bairro. 10 Euros cada um. Cada comprimido. Uma caixa deve ficar à volta de 6 ou 7 euros mas só consegues comprar com receita médica porque aquilo são comprimidos para o estomago, pagas 10 euros cada um. E depois aquilo é, se tiveres até aos 4 meses basta 6 comprimidos.*

*Conheces situações de mulheres que tenham feito aborto clandestino mesmo estando dentro do prazo legal? Sim. Há mulheres que preferem comprar comprimidos e fazer em casa.*

*Então preferem arranjar dinheiro aqui a ali e arranjar os comprimidos. E isso nunca vai acabar, isso dos comprimidos. Se a lei não mudar, os comprimidos nunca acabam.*

Parece, contudo, ser extremamente abusivo traçar uma linha de causalidade inequívoca entre a objeção de consciência e funcionamento dos serviços, e a opção pelo aborto clandestino, tanto de acordo com os dados da DGS previamente apresentados, referentes ao período até 2014, quer pelas indicações das entrevistas realizadas. Apesar disso, essas indicações podem conduzir a algumas respostas possíveis à pergunta de pesquisa “*Estará a objeção da consciência da parte de profissionais de saúde a contribuir para que a implementação da Lei 16/2007 garanta o acesso ao aborto em condições de equidade a todas as mulheres do território nacional promovendo que, algumas delas possam recorrer a abortos inseguros?*”. Os dados analisados permitem dizer, sem grande dúvida, que a objeção de consciência interfere de forma inequívoca com o funcionamento dos serviços, levando a que muitas mulheres sejam obrigadas a deslocar-se para serviços privados fora da sua região de residência ou recorrer a serviços públicos noutras localidades. Isto faz com que a legislação em vigor não garanta uma acessibilidade igual para todas as mulheres do território, deixando em situação mais complicada, aquelas que apresentam algum tipo de desfavorecimento (mulheres imigrantes, em piores situações económicas, mulheres mais novas, etc.). Esta iniquidade é agravada por outras questões do procedimento de IVG. O limite de 10 semanas especialmente curto, o período de 3 dias obrigatórios para reflexão e o estigma em relação às mulheres e aos profissionais interferem negativamente com a acessibilidade e com as escolhas feitas pelas mulheres. A este respeito, podemos dizer que, apesar de não existirem dados que

o comprovem, os relatos recolhidos produzem **fortes indícios de que a objeção de consciência interfere com o funcionamento dos serviços de tal forma que existem mulheres, de determinadas regiões do país, que podem continuar a recorrer a abortos clandestinos, tal como se verificava antes de 2007.**

## **Conclusão – preservar conquistas, alargar direitos**

É importante começar por dizer que esta investigação possui limitações. Em primeiro lugar, acarreta desde logo o peso de analisar uma medida de política pública que é considerada uma conquista social e civilizacional, promotora de direitos e que visa, também, combater desigualdades e preconceitos. É delicado o debate em torno de eventuais falências na sua implementação. Não obstante, as informações que aqui se encontraram, podem lançar bases sólidas para consolidar aquilo que de melhor vem sendo feito, as boas práticas, mas também podem orientar para uma melhoria das dinâmicas da sua implementação na persecução dos pressupostos que deram origem à despenalização do aborto por opção da mulher. Em segundo lugar, o desenho metodológico, bem como os dados que o sustentam podem limitar a abrangência das conclusões retiradas. Principalmente pelo facto de os dados estatísticos não serem recolhidos em primeira mão e por serem, parte deles, referentes a situações entre 2008 e 2014. Apesar disso, os relatórios anuais da DGS, analisados até ao mais atual, mostram que existe uma constância ao nível do funcionamento dos serviços, aspeto que nos pode levar a pensar que também os dados mais recentes se mantêm estáveis face a esse período.

Do ponto de vista das políticas públicas, este estudo pretendeu analisar a implementação de uma lei que se agendou e formulou num período histórico e num contexto social particulares e que se pode analisar na linha teórica que se define pela Teoria dos Fluxos Múltiplos de Kingdom. Em 2007, decorrente de um processo de mediatização do tema do aborto e suas implicações sociais, mas também de uma evolução progressiva das recomendações da parte de organizações internacionais e das políticas públicas por toda a União Europeia, a interrupção de gravidez por opção da mulher foi agendada politicamente, debatida e referendada. Para este agendamento contribuiu de forma determinante o fluxo do problema do aborto clandestino, concretizado nas mortes de várias mulheres e morbilidade de muitas mais. Apesar da conquista inequívoca, associada à inexistência de registos de mortes decorrentes de complicações pós aborto clandestino, esta investigação partiu do pressuposto que o funcionamento dos serviços se encontra, atualmente, constrangido. Tal constrangimento deve conduzir a que a possibilidade de permanência do problema dos abortos clandestinos possa alavancar o debate para implementação de melhorias na atual redação legislativa e contribuir para que esforços de promoção do funcionamento dos serviços possam ser empreendidos.

A objeção de consciência parece contribuir para uma disfuncionalidade nos serviços, mas outros aspetos foram identificados como barreiras no acesso ao aborto em Portugal. O estigma em relação às mulheres e dentro da classe dos profissionais de saúde, associados a tempos de espera longos e reduzida margem temporal para o procedimento, foram referidos como fortes entraves. Para reduzir o seu impacto existem algumas propostas. Ao nível da literatura, de políticas públicas internacionais, bem como através das opiniões de especialistas foram encontradas boas pistas para aquilo que podem ser os mecanismos de combate aos constrangimentos encontrados na implementação da lei 16/2007.

Se, por um lado, é unânime o reconhecimento de que a regulamentação da objeção de consciência dos profissionais de saúde é um processo necessário, mas bastante complexo, existem tentativas teóricas e práticas para fazer coabitar um acesso equitativo e seguro a serviços de aborto com profissionais ideologicamente objetores, mantendo os serviços em funcionamento. É evidente que a mitigação dos efeitos da objeção de consciência em situações de aborto deve ser um aspeto fundamental aquando da redação legislativa, mas também o escrutínio acerca dessa posição ideológica, aquando do acompanhamento e avaliação da implementação da lei, deve ser um elemento essencial. Perceber o seu fundamento e enquadrar esse conhecimento no processo de constituição e/ou organização dos serviços e equipas clínicas é um importante aspeto a considerar.

Neste âmbito a regulação é especialmente importante, nomeadamente por existirem evidências de casos de profissionais de saúde que se declaram objetores de consciência (em relação ao aborto) mas que estariam dispostos a realizá-lo num familiar, profissionais que são objetores de consciência nos serviços públicos mas que se dispõem a realizar abortos em serviços privados, profissionais que não o realizam por o considerarem um procedimento pouco relevante do ponto de vista do currículo médico ou profissionais que se declaram objetores de consciência por receio da estigmatização e não propriamente pelo procedimento ser um agressão às suas convicções (Chavkin et al., 2013; Ortiz, 2017; Ana Campos, 2018 [entrevista concedida a Miguel Areosa Feio a 22 de Novembro de 2018]).

Uma ideia de compromisso deve fundamentar-se na ausência de discriminação da parte de profissionais de saúde e na ausência de danos e encargos para a paciente (Ortiz, 2017; Wicclair, 2011; Chavkin et al., 2013; Galli, Drezett, & Neto, 2008) e a verdade é que o SNS deve encontrar alternativas, dentro do seu funcionamento para que nenhuma mulher pondere sequer recorrer a abortos clandestinos. Essas alternativas são múltiplas e passam por uma reflexão sobre a valorização da mulher e dos profissionais, pela organização das equipas e serviços e pelo próprio processo de implementação da lei, sua avaliação e regulação dos seus processos.

A Lei 16/2007 que despenaliza o aborto por opção da mulher até às 10 semanas completou 12 anos e neste período o conhecimento acerca do funcionamento dos serviços de saúde que lhe dão resposta permite ter um panorama do seu funcionamento. De bom grado se verifica que os números de abortos



vêm diminuindo de ano para ano e que o procedimento tende a ser apenas outra opção para as mulheres em termos da sua vida reprodutiva. Não obstante, o conhecimento não nos permite analisar as situações que permanecem obscuras e subterrâneas, não nos permite perceber os casos em que o acesso, seja geográfico ou intelectual, não é suficientemente abrangente para a conquista plena daquilo que a lei constituiu.

Enquanto assim for, estaremos por ventura a permitir que mulheres permaneçam marginalizadas e que profissionais permaneçam receosos. E haverá mulheres que continuarão a ser penalizadas simplesmente por serem mulheres. Cabe àqueles que defendem o direito à saúde sexual e reprodutiva, e ao aborto em particular, continuar a preservar a conquista feita, permanecendo atentos a eventuais retrocessos, por um lado, mas principalmente buscando a sua garantia universal tal como inscrito na matriz do SNS português.



## Bibliografia

- Alves, M., Santos, A. C., Barradas, C., & Duarte, M. (2009). A Despenalização do Aborto em Portugal - Discursos, Dinâmicas e Acção Colectiva: Os Referendos de 1998 e 2007. *Oficina Do CES*.
- APF. (n.d.). Etapas no processo de IVG. Retrieved from <http://www.apf.pt/aborto-e-interrupcao-da-gravidez/etapas-no-processo-de-ivg>
- Batista, I. M. R. (2017). *O Aborto como Recurso na Regulação da Fecundidade : Tendências Recentes em Portugal*. ISCTE-IUL.
- Berer, M. (2004). National Laws and Unsafe Abortion: The Parameters of Change. *Reproductive Health Matters*, 12(24), 8. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(04\)24024-1](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(04)24024-1)
- Boland, R., Katzive, L., & Boland, B. R. (2008). Developments in Laws on Induced Abortion : 1998-2007. *International Family Planning Perspectives*, 34(3), 110–120.
- Brown, P., & Zavestoski, S. (2004). Social movements in health: an introduction. *Sociology of Health & Illness*, 26(6), 141–9889. <https://doi.org/10.1111/j.0141-9889.2004.00413.x>
- Cartwright, A. F., Karunaratne, M., Barr-Walker, J., Johns, N. E., & Upadhyay, U. D. (2018). Identifying national availability of abortion care and distance from major US cities: Systematic online search. *Journal of Medical Internet Research*, 20(5). <https://doi.org/10.2196/jmir.9717>
- Center for Reproductive Rights. (2019). By the Numbers : The Legal Status of Abortion Worldwide. Retrieved from <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/World-Abortion-Map-ByTheNumbers.pdf>
- Chavkin, W., Leitman, L., & Polin, K. (2013). Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: A White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 123(SUPPL.3). <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2014-100886>
- Chavkin, W., Swerdlow, L., & Fifield, J. (2017). *Regulation of Conscientious Objection to Abortion*. *Health and Human Rights* (Vol. 19).
- Comissão Nacional de Eleições. (2007a). Resultados Eleitorais - Referendo 11-02-2007. Retrieved August 7, 2019, from <http://eleicoes.cne.pt/raster/index.cfm?dia=11&mes=02&ano=2007&eleicao=re1>
- Comissão Nacional de Eleições. (2007b). Resultados Eleitorais - Referendo 28-06-1998. Retrieved August 7,

- 2019, from <http://eleicoes.cne.pt/raster/index.cfm?dia=28&mes=06&ano=1998&eleicao=re1>
- Culwell, K. R., & Hurwitz, M. (2013). International Journal of Gynecology and Obstetrics Addressing barriers to safe abortion, *121*, 16–19. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.02.003>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B.M., Sheffield, J. S. (2014). *Williams obstetrics* (24th editi). New York McGraw-Hill Education.: McGraw-Hill Education.
- Diniz, D., Madeiro, A., & Rosas, C. (2014). Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: A study among physicians in Brazil. *Reproductive Health Matters*, *22*(43), 141–148. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)43754-6](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(14)43754-6)
- Direção Geral de Saúde. (n.d.). Saúde Sexual e Reprodutiva. Retrieved June 1, 2018, from <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>
- Direção Geral de Saúde. Circular Normativa n.º 09/SR de 21/06/2007 - Interrupção Medicamentosa da Gravidez (2007). Retrieved from <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-09sr-de-21062007.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2011). *Relatório de análise das complicações relacionadas com a interrupção da gravidez 2009 – 2010*. Retrieved from [www.saudereprodutiva.dgs.pt](http://www.saudereprodutiva.dgs.pt)
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Relatório de análise das complicações relacionadas com a interrupção da gravidez 2011 – 2012*.
- Direção Geral de Saúde. (2015). *Relatório de Análises das Complicações Relacionadas com a Interrupção Voluntária da Gravidez 2013-2014*. [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(89\)90775-3](https://doi.org/10.1016/0002-9149(89)90775-3)
- Direção Geral de Saúde. (2016). *RELATÓRIO DOS REGISTOS DAS DADOS DE 2015 Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde Divisão de Saúde Sexual , Reprodutiva , Infantil e Juvenil*.
- Direção Geral de Saúde. (2018). *Relatório dos Registos das Interrupções de Gravidez - Dados de 2016*.
- Direção Geral de Saúde. (2019). *Relatório dos Registos das Interrupções de Gravidez*.
- Doran, F. M., & Hornibrook, J. (2016). Barriers around access to abortion experienced by rural women in New South Wales, Australia. *Rural and Remote Health*, *16*(1), 3538. <https://doi.org/3538> [pii]
- Doran, F., & Nancarrow, S. (2015). Barriers and facilitators of access to first-trimester abortion services for women in the developed world: A systematic review. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, *41*(3), 170–180. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2013-100862>
- Fiala, C., & Arthur, J. H. (2014). “Dishonourable disobedience” - Why refusal to treat in reproductive healthcare is not conscientious objection. *Woman - Psychosomatic Gynaecology and Obstetrics*, *1*(C), 12–23.

<https://doi.org/10.1016/j.woman.2014.03.001>

Fiala, C., & Arthur, J. H. (2017). There is no defence for ‘Conscientious objection’ in reproductive health care. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 216, 254–258.

<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.07.023>

Finer, L., & Fine, J. B. (2013). Abortion law around the world: Progress and pushback. *American Journal of Public Health*, 103(4), 585–589. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301197>

Harris, L. F., Halpern, J., Prata, N., Chavkin, W., & Gerds, C. (2018). Conscientious objection to abortion provision: Why context matters. *Global Public Health*, 13(5), 556–566.

<https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1229353>

Hill, M. J. (2009). *The Public Policy Process*. Longman.

Holzinger, K., Jörgens, H., & Knill, C. (2008). State of the art: conceptualising environmental policy convergence. *Environmental Policy Convergence in Europe. The Impact of International Institutions and Trade*, 7–30. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511491962.003>

Howlett, M. (2000). A dialética da opinião pública: efeitos recíprocos da política pública e da opinião pública em sociedades democráticas contemporâneas. *Opinião Pública*, 6(2), 167–186.

<https://doi.org/10.1590/s0104-62762000000200001>

IPPF. (2008). *Access to safe abortion. Knowledge Creation Diffusion Utilization*.

IPPF. (2012). *Abortion - Legislation in Europe*.

IPPF. (2017). *Under-Served and Over-Looked*. Retrieved from [https://www.ippf.org/sites/default/files/2017-07/IPPF\\_Underserved\\_Overlooked.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/2017-07/IPPF_Underserved_Overlooked.pdf)

Jerman, J., Frohwirth, L., Kavanaugh, M. L., & Blades, N. (2017). Barriers to Abortion Care and Their Consequences For Patients Traveling for Services: Qualitative Findings from Two States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 49(2), 95–102. <https://doi.org/10.1363/psrh.12024>

Kaposy, C. (2010). Improving abortion access in Canada. *Health Care Analysis*, 18(1), 17–34.

<https://doi.org/10.1007/s10728-008-0101-0>

Kero, A., Högberg, U., Jacobsson, L., & Lalos, A. (2001). Legal abortion: a painful necessity. *Soc Sci Med*, 53(11):, 1481-90.,.

Levels, M., Sluiter, R., & Need, A. (2014). A review of abortion laws in Western-European countries. A cross-national comparison of legal developments between 1960 and 2010. *Health Policy*, 118(1), 95–104.

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.06.008>

Magalhães, M. (1998). *Movimento feminista e educação: Portugal, décadas de 70 e 80*. Oeiras: Celta.

- Merike, B. (2008). Women's Choices in Comparative Perspective: Abortion Policies in Late-Developing Catholic Countries. *Comparative Politics*, 40(4), 399–419.
- Monteiro, R. (2012). A descriminalização do aborto em Portugal: Estado, movimentos de mulheres e partidos políticos. *Análise Social*, 47(3), 586–605.
- Nações Unidas. Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher ( Nova York , Nações Unidas , 1979 ) Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (1979).
- Nações Unidas. (1994). *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo -*.
- Ortiz, E. M. (2017). *Aborto Legal e Objeção de Consciência: Condições para o Exercício e Compatibilização desses Direitos*. Universidade Federal Do Paraná.
- Rasch, V., Gammeltoft, T., Knudsen, L. B., Tobiassen, C., Ginzler, A., & Kempf, L. (2008). Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. *European Journal of Public Health*, 18(2), 144–149.
- Reis, C. (2017). Aborto causa estigma entre médicos. *Expresso*. Retrieved from <http://expresso.sapo.pt/sociedade/2017-09-30-Aborto-causa-estigma-entre-medicos#gs.=pqjD0>
- Riedel, S. G., & Hanschmidt, F. (2016). Abortion Stigma : A Systematic Review, 169–177. <https://doi.org/10.1111/psrh.1337>
- Savulescu, J. (2006). Conscientious objection in medicine. *British Medical Journal*, 332(February), 2004–2007.
- Sociedade Portuguesa de Contraceção. (2018). O aborto ilegal é uma das maiores causas de mortalidade materna no mundo. Retrieved July 9, 2019, from <https://www.spdc.pt/images/Dia-Mundial-aborto-seguro-28-set.pdf>
- Stifani, B. M., Vilar, D., & Vicente, L. (2018). “Referendum on Sunday, working group on Monday”: A success story of implementing abortion services after legalization in Portugal. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143, 31–37. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12675>
- Tavares, M. (2003). *Aborto e Contraceção em Portugal*. Livros Horizonte.
- Tavares, M. (2008). *Feminismos em Portugal (1947-2007)*. Universidade Aberta.
- U.S. National Library of Medicine - MedlinePlus. (2018). Medical Encyclopedia - Miscarriage. Retrieved August 8, 2019, from <https://medlineplus.gov/ency/article/001488.htm>
- Wicclair, M. R. (2011). Three approaches to conscientious objection in health care: conscience absolutism, the incompatibility thesis, and compromise. In *Conscientious Objection in Health Care: An Ethical Analysis*

(pp. 32–86). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511973727.003>

Yishai, Y. (1993). Public Ideas and Public Policy: Abortion Politics in Four Democracies. *Comparative Politics*, 25(2), 207–228.

Zahariadis, N. (2007). “The Multiple Streams Framework: Structure, Limitations, Prospects.” In P. A. Sabatier (Ed.), *Theories of the policy process* (2nd ed, pp. 65–92). Boulder, Colo: Westview Press.

Zampas, C., & Andi3n-Iba3nez, X. (2012). Conscientious Objection to Sexual and Reproductive Health Services: International Human Rights Standards and European Law and Practice. *European Journal of Health Law*, 19(3), 231–256. <https://doi.org/10.3868/s050-004-015-0003-8>

## Fontes

Constituição da República Portuguesa, Pub. L. No. Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10, Assembleia da República Portuguesa (1976). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Iniciativa Legislativa de Cidadãos. LEI DE APOIO À MATERNIDADE E PATERNIDADE - DO DIREITO A NASCER (2015).

Lei n.º 16/2007 - Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez, Pub. L. No. Diário da República n.º 75/2007, Série I de 2007-04-17 (2007). Retrieved from <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/519464/details/normal?l=1>

Lei n.º 6/84 de 11 de Maio - Exclusão de ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária de gravidez, Pub. L. No. Diário da República n.º 109-I Série (1984). Retrieved from <https://dre.pt/pesquisa/-/search/385266/details/normal?jp=true/en>

Programa do XVII Governo Constitucional. (2005). Programa do XVII Governo Constitucional. Governo de Portugal. Retrieved from <http://www.unic.pt/images/stories/publicacoes/ProgramaGovernoXVII.pdf> %5Cnacedido a 2016-05-12



## **Anexo A – Excerto da Lei 6/1984 de 11 de Maio**

*Artigo 1.º - Os artigos 139.º, 140.º e 141.º do Código Penal passam a ter a seguinte redação:*

*Artigo 139.º - (Aborto)*

*1 - Quem, por qualquer meio e sem consentimento da mulher grávida, a fizer abortar será punido com prisão de 2 a 8 anos.*

*2 - Quem, por qualquer meio e com consentimento da mulher grávida, a fizer abortar, fora dos casos previstos no artigo seguinte, será punido com prisão até 3 anos.*

*3 - Na mesma pena incorre a mulher grávida que, fora dos casos previstos no artigo seguinte, der consentimento ao aborto causado por terceiro, ou que, por facto próprio ou de outrem, se fizer abortar.*  
*(...)*

*Artigo 140.º (Exclusão da ilicitude do aborto)*

*1 - Não é punível o aborto efetuado por médico, ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida quando, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina:*

*a) Constitua o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;*

*b) Se mostre indicado para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida, e seja realizado nas primeiras 12 semanas de gravidez;*

*c) Haja seguros motivos para prever que o nascituro venha a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação, e seja realizado nas primeiras 16 semanas de gravidez;*

*d) Haja sérios indícios de que a gravidez resultou de violação da mulher, e seja realizado nas primeiras 12 semanas de gravidez.*

*(...)*

*Artigo 141.º (Consentimento)*

*1 - O consentimento da mulher grávida para a prática do aborto deve ser prestado, de modo inequívoco, em documento por ela assinado ou assinado a seu rogo, nos termos da lei, com a antecedência mínima de 3 dias relativamente à data da intervenção.*

*(...)*

*Artigo 3.º*

*1 - Quando se verifique circunstância que exclua a ilicitude do aborto, pode a mulher grávida solicitar a interrupção da gravidez em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido, entregando logo o seu consentimento escrito e, até ao momento da intervenção, os documentos ou atestados médicos legalmente exigidos.*

*2 - Os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos onde seja praticada licitamente a interrupção voluntária da gravidez organizar-se-ão de forma adequada para o efeito.*

*3 - Os estabelecimentos referidos no número anterior adotarão as providências necessárias para que a interrupção voluntária e lícita da gravidez se verifique nas condições e nos prazos legalmente determinados.*

*Artigo 4.º*

*1 - É assegurado aos médicos e demais profissionais de saúde, relativamente a quaisquer atos respeitantes à interrupção da gravidez voluntária e lícita, o direito à objeção de consciência*

*2 - A objeção de consciência é manifestada em documento assinado pelo objetor e a sua decisão deve ser imediatamente comunicada à mulher grávida ou a quem no seu lugar pode prestar o consentimento, nos termos do artigo 141.º do Código Penal.*

## **Anexo B – Excerto da Lei 16/2007 de 17 de Abril**

### *Artigo 1.º Alteração do Código Penal (...)*

#### *«Artigo 142.º*

*1 - Não é punível a interrupção da gravidez efetuada por médico, ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando:*

*e) For realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.*

*(...)*

### *Artigo 3.º Organização dos serviços*

*1 - O Serviço Nacional de Saúde deve organizar-se de modo a garantir a possibilidade de realização da interrupção voluntária da gravidez nas condições e nos prazos legalmente previstos.*

*2 - Os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos em que seja praticada a interrupção voluntária da gravidez organizar-se-ão de forma adequada para que a mesma se verifique nas condições e nos prazos legalmente previstos.*

#### *Artigo 4.º Providências organizativas e regulamentares*

*1 - O Governo adotará as providências organizativas e regulamentares necessárias à boa execução da legislação atinente à interrupção voluntária da gravidez, designadamente por forma a assegurar que do exercício do direito de objeção de consciência dos médicos e demais profissionais de saúde não resulte inviabilidade de cumprimento dos prazos legais.*

*(...)*

### *Artigo 6.º Objeção de consciência*

*1 - É assegurado aos médicos e demais profissionais de saúde o direito à objeção de consciência relativamente a quaisquer atos respeitantes à interrupção voluntária da gravidez.*

*2 - Os médicos ou demais profissionais de saúde que invoquem a objeção de consciência relativamente a qualquer dos atos respeitantes à interrupção voluntária da gravidez não podem participar na consulta prevista na alínea b) do n.º 4 do artigo 142.º do Código Penal ou no acompanhamento das mulheres grávidas a que haja lugar durante o período de reflexão.*

*3 - Uma vez invocada a objeção de consciência, a mesma produz necessariamente efeitos independentemente da natureza dos estabelecimentos de saúde em que o objeto preste serviço.*

*4 - A objeção de consciência é manifestada em documento assinado pelo objeto, o qual deve ser apresentado, conforme os casos, ao diretor clínico ou ao diretor de enfermagem de todos os estabelecimentos de saúde onde o objeto preste serviço e em que se pratique interrupção voluntária da gravidez.*

## Anexo C – Guião de entrevista para profissionais de ONG

A Lei 16/2007 permitiu a despenalização da IVG por opção da mulher até Às 10 semanas. Contudo, existem evidências estatísticas que mostram que um dos problemas que levaram à alteração política que a originou não se encontra totalmente resolvido. Isto porque ainda se verifica um elevado número de abortos clandestinos. A presente investigação pretende refletir acerca da ocorrência deste fenómeno procurando encontrar algumas respostas para tal, contando com isso com a sua colaboração.

1. Em relação à Lei 16/2007, de que forma vê a sua implementação?
2. Acha que está a ser implementada de forma eficaz?
  - 2.1. Se sim, porquê?
  - 2.2. Se não, de que forma poderia ser melhorada?
3. Na sua opinião, o acesso da parte de mulheres à IVG é feito de igualitária?
  - 3.1. O que pensa sobre o acesso à IVG nos diferentes serviços de saúde em Portugal?
    - 3.1.1. Está a ser feita em todo o território da mesma forma?
    - 3.1.2. O que sabe sobre os procedimentos de acesso e encaminhamento?
    - 3.1.3. Se não acha que todas as mulheres têm um acesso igualitário por que motivo isso acontece?
    - 3.1.4. Quais as características das mulheres que pensa serem aquelas cujo acesso é mais dificultado?
    - 3.1.5. Quais as consequências que o acesso mais dificultado pode ter para a vidas destas mulheres?
4. Tópico - Poderão essas condições não igualitárias estar a contribuir para a ocorrência de abortos inseguros tal como o problema que no início da década de 2000 levou ao debate político que se descreveu anteriormente, indicava?
  - 4.1. Pensa que a alteração legislativa contribuiu de forma decisiva na resolução deste problema? Se não, explique?
  - 4.2. De acordo com a sua experiência os abortos clandestinos continuam a constituir um problema de saúde relevante?
  - 4.3. Na sua opinião, que motivos considera estarem associados aos abortos clandestinos?
5. Tópico - Estará a Objeção de Consciência a contribuir para condições de acesso não igualitárias e consequentemente para abortos inseguros?
  - 5.1. Qual é a sua opinião em relação ao direito à objeção de consciência? Pensa que este direito está a ser garantido para todos os profissionais de saúde que o requeiram?
  - 5.2. Considera que a objeção de consciência que leva à existência de serviços de saúde públicos que não efetuam IVG, é uma barreira efetiva de acesso ao aborto
  - 5.3. Poderá a objeção de consciência que leva à existência de serviços de saúde públicos que não efetuam IVG estar a contribuir para que exista ainda um número significativo de abortos clandestinos?
6. De que forma poderia ser colmatada esta situação?
  - 6.1. De que forma a legislação poderia equilibrar os direitos?

## **Anexo D – Guião de *Focus Group* para profissionais de saúde**

A Lei 16/2007 permitiu a despenalização da IVG por opção da mulher até Às 10 semanas. Contudo, existem evidências estatísticas que mostram que um dos problemas que levaram à alteração política que a originou não se encontra totalmente resolvido. Isto porque ainda se verifica um elevado número de abortos clandestinos. A presente investigação pretende refletir acerca da ocorrência deste fenómeno procurando encontrar algumas respostas para tal, contando com isso com a sua colaboração.

1. Em relação à Lei 16/2007, de que forma vê a sua implementação?
2. Acha que está a ser implementada de forma eficaz no seu serviço de saúde?
  - 2.1. Se sim, porquê?
  - 2.2. Se não, de que forma poderia ser melhorada?
3. Acha que está a ser implementada de forma eficaz noutros serviços de saúde?
  - 3.1. Se sim, porquê?
  - 3.2. Se não, de que forma poderia ser melhorada?
4. Tópico – Estrará o acesso da parte de mulheres à IVG é feito de igualitária?
  - 4.1.1. Tendo em conta o que foi dito anteriormente, se não acha que todas as mulheres têm um acesso igualitário por que motivo isso acontece?
  - 4.1.2. O que sabe sobre os procedimentos de acesso e encaminhamento?
  - 4.1.3. Quais as características das mulheres que pensa serem aquelas cujo acesso é mais dificultado?
  - 4.1.4. Quais as consequências que o acesso mais dificultado pode ter para a vidas destas mulheres?
5. Tópico - Poderão essas condições não igualitárias estar a contribuir para a ocorrência de abortos inseguros tal como o problema que no início da década de 2000 levou ao debate político que se descreveu anteriormente, indicava?
  - 5.1. Pensa que a alteração legislativa contribuiu de forma decisiva na resolução deste problema? Se não, explique?
  - 5.2. De acordo com a sua experiência os abortos clandestinos continuam a constituir um problema de saúde relevante?
  - 5.3. Na sua opinião, que motivos considera estarem associados aos abortos clandestinos, nos dias de hoje?
  - 5.4. Pensa que a alteração legislativa poderia ter contribuído de forma diferente na resolução deste problema? Se sim, de que forma?
6. Tópico - Estará a Objeção de Consciência a contribuir para condições de acesso não igualitárias e consequentemente para abortos inseguros?
  - 6.1. Qual é a sua opinião em relação ao direito à objeção de consciência? Pensa que este direito está a ser garantido para todos os profissionais de saúde que o requeiram?
  - 6.2. É objetor/a de consciência?
  - 6.3. Se não é - Considera que existe estigmatização da parte de profissionais objetores em relação aos que não o são? E vice-versa?
  - 6.4. Considera que a objeção de consciência que leva à existência de serviços de saúde públicos que não efetuam IVG, é uma barreira efetiva de acesso ao aborto
  - 6.5. Poderá a objeção de consciência que leva à existência de serviços de saúde públicos que não efetuam IVG estar a contribuir para que exista ainda um número significativo de abortos clandestinos?
7. De que forma poderia ser colmatada esta situação?
  - 7.1. De que forma a legislação poderia equilibrar os direitos?

## Anexo E – Guião de entrevista para história de vida

A Lei 16/2007 permitiu a despenalização da IVG por opção da mulher até às 10 semanas. Contudo, existem evidências de que a implementação da lei poderá não estar a ser feita de forma a garantir uma equidade de acesso da parte de todas as mulheres ao procedimento. A presente investigação pretende refletir acerca da ocorrência deste fenómeno procurando encontrar algumas respostas para tal, contando com isso com a sua colaboração.

1. Alguma vez fez um aborto pelo Serviço Nacional de Saúde?
  - 1.1. De quantas semanas estava grávida?
  - 1.2. Como foi o procedimento?
  - 1.3. Onde se dirigiu para iniciar o processo?
  - 1.4. Para onde foi encaminhada?
  - 1.5. Onde foi realizado o procedimento?
  - 1.6. Que método foi utilizado (cirúrgico ou medicamentoso)? Perguntaram-lhe qual preferia ou explicaram-lhe que podia escolher? Se pudesse escolher, qual o método que preferiria?
  - 1.7. Sentiu algum tipo de discriminação da parte de algum dos intervenientes ao longo do processo?
  - 1.8. Que gastos financeiros e de tempo, considera ter tido com todo o processo?
  
2. Alguma vez fez um aborto de forma clandestina?
  - 2.1. Quais os motivos que a levaram a fazê-lo?
  - 2.2. De quantas semanas estava grávida?
  - 2.3. Essa experiência teve alguma relação com a experiência anterior de aborto no SNS (caso tenha tido essa experiência)?
  - 2.4. Como foi o procedimento de aborto clandestino?
  - 2.5. Como conseguiu acesso aos comprimidos (no caso de ter sido este o método como é na maior parte dos casos)?
  - 2.6. Que custos teve com o procedimento?
  - 2.7. Do ponto de vista da experiência física o que pode contar sobre o que sentiu física e emocionalmente?
  - 2.8. Sentiu perigo para a sua saúde ou para a sua vida?
  - 2.9. Foi ao hospital como consequência do procedimento?
  - 2.10. O que faria se tivesse corrido mal do ponto de vista da sua saúde (no caso de não ter necessidade de acompanhamento médico)?
  
3. Tem conhecimento de outros casos de mulheres que recorrem ao aborto clandestino?
  - 3.1. Se sim, porque o fazem?
  - 3.2. Que problemas encontram no processo de aborto legal?
  - 3.3. No caso de ter conhecimento de outras situações, como avalia a ação das pessoas que traficam os comprimidos? De que forma a lei contribuiu para a sua permanência?
  - 3.4. Tem conhecimento de situações de aborto inseguro que tenham corrido mal para a saúde da mulher?
    - 3.4.1. Se sim, o que aconteceu?
    - 3.4.2. Como foi resolvido?

**Anexo F – Documento de consentimento informado**



Investigação no âmbito do Mestrado em Políticas Públicas

Autor: Miguel Areosa Feio

O trabalho de investigação para o qual solicito a sua colaboração visa refletir acerca de eventuais desigualdades de acesso, da parte de mulheres, à Interrupção Voluntária da Gravidez, decorrentes do facto de existirem serviços de saúde que não disponibilizam o serviço por Objeção de Consciência do pessoal clínico que o compõe.

Pretende-se contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, para eventualmente produzir recomendações acerca de como as Políticas Públicas poderão intervir no sentido de garantir maior equidade no acesso. É por isso que a sua colaboração é fundamental.

O resultado da investigação, orientada pelo Professor Paulo Pedroso, será apresentado no ISCTE até ao final de 2019 podendo, se desejar, contactar o autor para aferir progressos na investigação.

As informações recolhidas através da entrevista em que participará deverão ser gravadas para permitir uma melhor compreensão dos factos. As informações recolhidas serão analisadas exclusivamente para este fim. A sua participação neste estudo é voluntária e poderá retirar-se a qualquer altura ou recusar participar, sem que tal tenha qualquer consequência.

Depois de ler as explicações acima mencionadas declaro eu aceito colaborar nesta investigação.

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## Anexo G – Categorias de análise criadas para Análise de Conteúdo

### Categorias de análise

#### 1. Análise Lei 16/2007

1.1 Aspectos positivos da lei 16/2007 (nesta categoria pretende-se incluir a informação que diga respeito aos aspectos que as pessoas entrevistadas consideram ser positivos na lei atual e à forma como está a garantir os direitos a que se propõe)

1.3 Processo que conduziu à lei (nesta categoria pretende-se incluir a informação que as pessoas entrevistadas produzem em relação à sua perceção do processo que conduziu à situação atual).

1.2 Aspectos a melhorar da lei 16/2007 (nesta categoria pretende-se incluir a informação que diga respeito aos aspectos que as pessoas entrevistadas consideram ser pontos a melhorar na atual redação e processo de implementação)

1.4 Aspectos comparativos – Comparação com a legislação de outros países – categoria criada durante o processo de análise de conteúdo.

#### 2. Acesso a serviços de aborto

2.1 Bom acesso ao aborto (aquilo que na atualidade está a funcionar de acordo com a garantia de direitos de acesso universais a serviços de aborto: próximos, gratuitos, universais, ausência de estigmatização, etc. (Não inclui questões do funcionamento dos serviços)

2.3 Iniquidade no acesso à realização de aborto (as considerações que entrevistados têm acerca de situações em que o acesso ao aborto não será igualitário, descrição dessas situações, motivos, etc.)

2.5 Experiência de acesso a IVG (tópico exclusivo para história de vida de uma mulher)

2.2 Constrangimentos à acessibilidade (categoria que diz respeito aos constrangimentos que entrevistados consideram existir na implementação da lei com consequências no acesso aos serviços de aborto. Não inclui questões relativas ao funcionamento dos serviços de saúde, descritos em 3.2).

2.4 Características das mulheres cujo acesso é desigual (no caso de haver relatos de iniquidade, informações acerca do grupo de mulheres que é maioritariamente afetada por esta situação)

#### 3. Funcionamento dos serviços de saúde

3.1 Aspectos positivos do funcionamento dos serviços de saúde (aspectos exclusivos do funcionamento dos serviços, portanto, não inclui o que está descrito no ponto 2.1)

**4.1 Profissionais de saúde e objeção de consciência** (opiniões, experiências pessoais, considerações históricas ou políticas, funcionamento dos serviços; considerações acerca do processo de objeção de consciência da parte de profissionais de saúde: motivos, experiências pessoais, opiniões acerca das questões éticas)

3.2 Constrangimentos no funcionamento dos serviços (outros que não sejam a objeção de consciência, nesse caso, colocar no ponto 4)

**4.2 Relação entre Objeção de consciência e serviços de aborto** (constrangimentos causados pela objeção de consciência no funcionamento dos serviços de aborto)

**4.3 Profissionais de saúde** (considerações de profissionais de saúde acerca de outros temas)

**5. Abortos inseguros**

5.1 Ponto da situação do aborto clandestino na atualidade (ideias acerca das situações de aborto clandestino na atualidade)

5.2 Relação entre aborto clandestino e objeção de consciência (relação eventual entre a ocorrência de abortos clandestinos e o funcionamento dos serviços de saúde em que profissionais são objetos)

5.3 História de vida e aborto clandestino (relato acerca da experiência de uma mulher sobre o aborto clandestino)

**6. Propostas para a resolução de problema**

**7. Estigma e preconceito** (tema criado durante o processo de análise dos dados por ser de relevância maior na generalidade das entrevistas)

**8. Conhecimento** (tema criado durante o processo de análise dos dados por ser de relevância maior na generalidade das entrevistas)



## **Anexo H – Transcrição das entrevistas realizadas**

### **Entrevista preliminar – Dr. Francisco George**

**Queria antes de mais perceber o que foi o processo em 2007, o que se recorda do mesmo?** O processo depois do referendo foi mais fácil do que aquilo que muitos poderiam imaginar. Foi mais fácil porque a decisão estava tomada. Portanto não havia possibilidade nenhuma de recuo tendo em conta a decisão clara dos portugueses. E coube à DGS regulamentar esse novo direito. Porque se tratou de um novo direito que as mulheres passaram a ter. E foi nessa altura, em 2007, era eu diretor geral da saúde e foi nesse contexto que fiquei muito envolvido no processo. Por razões que tinham a ver com o cargo que desempenhava mas também por temer eventual melindre de eventuais reações, conduzi o processo diretamente. Para tal foi pela primeira vez decidido criar duas comissões. Uma comissão integrada por peritos e uma outra em termos de senado. A comissão que preparou a regulamentação, à medida que avançava com as propostas, quais são os medicamentos, quem os utiliza, qual a sequência da sua utilização, etc. num plano normativo, a comissão de regulamentação, foi assim que foi chamada, à medida que avançava com as propostas, enviava para uma câmara alta criada na altura, um senado. Um sistema que funcionou pela primeira vez em duas câmaras para este senado dizer se estava ou não de acordo. Esta câmara alta era integrada por todos os obstetras catedráticos de todas as universidades portuguesas e era presidida por mim, ou melhor, era presidida pelo doutor Albino Aroso e comigo. Era o professor Albino Aroso que tinha conhecimento de todo o processo. E fazia-o de forma exemplar. Hoje estou certo que as mulheres portuguesas devem muito a Albino Aroso. Devem-lhe muito pela forma muito hábil como conduziu os trabalhos. Albino Aroso tinha razão quando dizia que a IG nas primeiras semanas era uma decisão só das mulheres e era preciso acabar com a prática que era comum e que se estimava na altura, e era verdade, que uma em cada 5 gravidezes era interrompida e era sem condições. O Dr. Albino Aroso conseguiu aprovar e dar orientações à comissão incumbida da regulamentação que no fundo era constituída por obstetras e ginecologistas que trabalhavam como consultoras da DGS, em particular destacaram-se três médicas: Lisa Ferreira Vicente, Ana Campos da Mac e Maria José Alves também da MAC. As propostas que elas desenhavam eram depois enviadas ao Professor Albino Aroso que juntamente com os elementos do Senado aprovavam. E à medida que as questões eram resolvidas, avançava-se e não se recuava.

**Dessa câmara alta quem fazia parte?** O Dr. Albino Aroso e o Diretor Geral e poucos juristas. Aliás foi uma coisa que eu nem concordei. O ministro na altura até exigiu isso. As decisões foram tomadas com fundamentação científica e à luz das boas práticas fundamentadas em robusta comprovação. E os chamados contributos de legistas não foram muito importantes, mas apesar de tudo o gabinete do Ministro Correia de Campos mandou para um gabinete de juristas que terão retocado o articulado. Mas sem nenhuma alteração na parte que os peritos da DGS enviaram. Tratou-se de regulamentar um direito com princípios de igualdade e equidade em termos de acesso e quando não havia possibilidade de ter equipas para assegurar a interrupção, os hospitais em causa, sem perda de tempo, ficaram com incumbência de mandar para serviços privados e tinham de pagar aos serviços privados esses trabalhos. A IG foi considerada um sucesso em vários planos. Em primeiro lugar na dimensão psicossocial o assunto foi incorporado pela sociedade e poucas vezes se levantaram e penso até que nunca mais se discutiu o assunto em termos de vozes e de ruídos pois passou a ser considerado um direito. E foi bem regulamentado e com respostas eficazes. E a prova disso é que não na imprensa – e é um bom trabalho de investigação – críticas sobre demoras em relação a este processo. Pelo contrário, aquilo que se foi verificando através da monitorização de dados foi o desaparecimento progressivo de lesões que eram comuns perante manobras mal feitas, lesões da vulva e da vagina, por manobras clandestinas para não falar das hemorragias e das infeções. Portanto todas essas complicações de manobras abortivas mal feitas acabaram no nosso país. Os nossos serviços de urgência deixaram de registar essas complicações. Veio mostrar a bondade da lei, lei que visou proteger as mulheres mas também diminuir em termos de frequência a interrupção. Pois no seguimento das consultas de interrupção há prescrição de anti concecionais que visa exatamente repetir a repetição. E percebeu-se rapidamente que à medida que passavam os anos, a cada ano havia menos interrupções registadas no ano anterior. E assistiu-se a uma descida do número de interrupções de ano para ano. Ao fim de 10 anos há uma redução do número interrupções significativo e que traduz o sucesso das políticas publicas que foram decididas nessa altura e também, e apesar de eu ter um conflito de interesse em termos de opinião, a lei na altura foi bem regulamentada e correspondeu às expetativas que tinham sido geradas depois da aprovação do referendo.

**Portugal apesar de tudo acabou por produzir mudanças um pouco mais tarde que outros países da Europa.** Disso não falo. Só falo daquilo que foi a minha vida profissional de então. E de facto houve resultados atestados

pela ausência de ruídos pós-regulamentação. Ver a imprensa de 2017 se há alguma notícia relacionada com problemas com IVG. Não há. E não há Porquê? Porque foi um direito que foi adquirido e foi incorporado e as mulheres já não falam dele e não abdicam dele. Foi incorporado como um direito normal em uma mulher em idade fértil. Fazer um que entender com a sua gravidez.

**E como foi a gestão da Objeção de Consciência?** Esse foi um problema porque a OC não está regulamentada no país. Não há histórico de OC. Portanto temos na OC um *deficit* de tradição legista. Houve uma OC que se falou na altura em relação ao sangue e às testemunhas de jeová mas mesmo assim muito ténue. E ficou-se com a ideia que a OC não estava devidamente equacionada em termos de quadro legal. Mas assegurou-se o direito à OC. Ninguém foi obrigado a fazer IG, em termos de pessoal médico e de enfermagem. Ninguém foi obrigado a isso. Lembro-me de ter recebido uma ou duas vezes enquanto diretor geral da saúde uma organização que se chamava pró vida, e eu expliquei-lhes que e eles acabaram por ter de aceitar que a frequência da IG não aumentou, bem pelo contrário, com a entrada em vigor da lei. O que passou a haver foi segurança. Porque a IG existe desde sempre. Desde que há registos na história da medicina que foi sempre uma preocupação da mulher ter uma gravidez indesejada. O princípio também ficou claro. A mulher só interrompe a gravidez quando ela é indesejada. Não faz sentido interromper uma gravidez quando ela é desejada. Este é um princípio essencial. Parece uma regra de La Palice mas não é. Só as gravidezes indesejadas é que são interrompidas, portanto não se aumenta a interrupção só porque é lei. A lei garante a interrupção em boas condições. A interrupção sempre existiu e enriqueceu muitas parteiras e curiosas por esse país.

**Há mulheres que podem não ter o seu acesso garantido por causa da OC?** Há sempre garantia do acesso por via do mecanismo privado. Foi sempre uma preocupação.

#### **Entrevista preliminar - Dr.ª Ana Campos**

**Quais são as suas considerações em relação à lei que vigora atualmente de despenalização da IG?** Eu tenho aqui a segunda lei e no fundo aquilo que se acrescentou foi a alínea e). Esta foi o que foi acrescentado. De resto as condições eram muito semelhantes. Havia o consentimento informado, que já havia na outra e aqui foi acrescentada a questão do período de reflexão e a necessidade de um tempo limitado entre o pedido e a primeira consulta que é habitualmente de 5 dias havendo depois 3 dias de reflexão.

**Tenho lido algumas coisas acerca do período de reflexão, apesar de não ser o meu foco de interesse, qual é a sua opinião?** Pode ser encarado enquanto moralizador mas podemos ver também de outra forma. A maior parte das mulheres quando vem pedir uma IG diz que não precisa de esperar nada porque já decidiu, mas há outras mulheres que não decidiram tão claramente quanto isso e esse período é importante para podermos esclarecer especialmente nas mulheres que são condicionadas pela família ou pelo companheiro, pelos pais no caso das adolescentes e para esse grupo de pessoas é importante.

**Quando pensaram nesse ponto foi nesse sentido?** Foi exatamente nesse sentido. Depois aqui há muita discrepância sobretudo nas consultas de adolescentes que tinham de ter um representante legal. Eu acho que esta questão pode ser um pau de dois bicos pois, por um lado pode haver pressão para fazer ou não fazer a IG mas também era importante por causa do acompanhamento. O que se pretendeu foi ser acompanhado por alguém que fosse designado pela rapariga, porque o período de acompanhamento da rapariga no domicílio é importante que esteja sempre uma pessoa com ela. Se a rapariga vier sozinha não há garantia desse acompanhamento e portanto este aspeto que é muito criticado pode ter este aspeto positivo. Outra questão era o comprovativo ecográfico da idade gestacional. Alguns hospitais consideraram que mesmo que a mulher trouxesse uma ecografia de fora, deveria haver a confirmação pelo hospital para a IG. Nós (na MAC) aqui fazemos a maior parte das IG mas nem é por isso, é porque o acesso ao médico de família é tão difícil que nem sempre em tempo útil que nem sempre se consegue ir lá, o médico fazer a requisição, voltar ao médico... Mas isto é a nossa experiência, a maior parte dos outros centros pede que isto seja fora.

**O que atrasa muito o processo?** Claro, se o acesso ao médico de família for pequeno e a capacidade de os centros que fazem resposta isso for baixa... Por outro lado, havia e há, da parte dos centros de saúde alguns médicos que têm a sua participação no sentido incentivar a persecução da gravidez e isso também não é correto. A disponibilidade do acompanhamento psicológico sempre existiu. No anterior governo até houve a obrigatoriedade o que não tem sentido nenhum. Depois há a consulta de planeamento e nós aqui fazemos fora. Fazemos a consulta

para perceber se ficou tudo bem 2-3 semanas após a medicação e depois encaminhamos para o centro de saúde com uma carta para ir fazer o acompanhamento. Se forem métodos de longa duração, já fazemos aqui. Depois os serviços devem organizar-se para que as interrupções ocorram no tempo previsto e depois é que diz que do exercício de objeção de consciência não deve resultar constrangimentos ao procedimento. Os procedimentos relativos à objeção foram regulamentados posteriormente. O que se fez foi dizer “a objeção é isto”, os médicos têm de fazer um documento dizendo que são objetores de consciência o qual deveria ser entregue ao diretor clínico no caso dos médicos ou ao enfermeiro diretor no caso dos enfermeiros.

**E é cumprido esse procedimento?** Esse procedimento foi cumprido no início mas atualmente já não é muito cumprido e os novos médicos já só manifestam informalmente. Aqui está, o documento deve ser apresentado ao diretor clínico ou diretor de enfermagem de todos os estabelecimentos de saúde. Depois há a questão do envio para um centro... e isso depois ficou na regulamentação. O modelo em que foi inspirada a lei foi a continuação da lei anterior. Mas claro que não estava na lei anterior a obrigatoriedade de haver um cumprimento nacional da sua aplicação portanto os hospitais objetores recusavam-se a fazer a interrupção e não tinham nenhuma responsabilidade de enviar, embora provavelmente houvesse indicação disso. Mas não era cumprida enquanto que hoje em dia é cumprida.

**Quais as principais reações que se sentiram na comunidade de clínica?** Eu acho que a decisão ter sido tomada por referendo foi muito importante porque permitiu a tal fase de discussão e de aclaração das coisas de uma maneira diferente de se tivesse sido votada em parlamento. Os grupos pró e contra fizeram imensos debates. E portanto permitiu uma abertura e um desbloquear da discussão na opinião pública e eu acho que houve dois pontos que não podiam ser negados pelos grupos contra a escolha. Uma era que as mulheres não podiam continuar a ser presas por praticar abortos. Isso ninguém aceitava, obviamente. E a outra era que não podia haver complicações nos hospitais como as que havia nas urgências. E quando se chamava as pessoas para esta realidade, mesmo as que eram contra não podiam negar. Mesmo assim lançavam sempre mão de que as pessoas podiam escolher, tinham um PF, que muitos deles também negava. O debate feito antes paziguou, permitiu que os movimentos pro escolha explicassem muito bem, estavam muito melhor formados para a resposta aos debates. Já se conheciam os debates feitos pela europa e as pessoas estavam muito melhor preparadas. Aliás os dois debates que passaram na televisão foram claramente ganhos pelas pessoas que era a favor da escolha. É claro que a questão do alargamento do planeamento familiar para obstaculizar o aborto era aceite por todos. Eles diziam que as pessoas podiam fazer PF mas eles muitas vezes eles também não aceitam PF. E para além disso o PF também falha e por isso não há nenhuma sociedade no mundo em que o aborto não seja necessário. Agora a realidade é que os objetores de consciência são apenas objetores à alínea e) ou seja, foi permitida que a objeção fosse feita por alíneas e muitos deles são objetores só à alínea e) e o que isto significa é que são objetores às decisões das mulheres. E como são objetores em relação a outros atos médicos que as mulheres também praticam. Este aspeto pode ser aclarado mas o aumento do empoderamento das mulheres vai obrigar os médicos a esse confronto para respeitarem aquilo que são as decisões das mulheres. Mas eu acho que muito claramente, muitos objetores, aqui também na MAC eram contra a capacidade das mulheres decidirem aborto. “Então mas vão decidir aborto porquê?”. E é essencialmente isto. Depois havia a questão da exequibilidade da lei e a maior deles que vivam apenas na hipótese de um aborto cirúrgico, que era o que havia na altura, não havia possibilidades de ele ser realizado apenas pelo método cirúrgico. O aparecimento do método médico e o aparecimento do outro fármaco veio facilitar de facto e a tornar mais simples e em ambulatório, uma coisa que as pessoas achavam que ia ser um caos.

**Mas houve serviços que não se adaptaram mesmo com essa alteração.** Não se adaptaram porque na realidade continuam a ter médicos objetores à alínea e). A objeção de consciência já existia na lei anterior e depois quando houve a necessidade de fazer declaração percebeu-se que havia serviços que era na sua totalidade objetores e tiveram de se organizar.

**Mas entre 1986 e 2007 houve profissionais que não eram objetores e depois se declararam objetores?** Sim, houve profissionais que se declaram objetores por causa da alínea e).

**Portanto considera haver um desequilíbrio na garantia dos dois direitos?** Está sempre desequilibrado sempre que os hospitais tiverem muitos objetores de consciência que é o que acontece em muitos hospitais. E porque a IG é considerada um ato *minor*, ou seja, nos currículos da formação dos médicos não faz parte a preparação para a IG nem é valorizado nos currículos os médicos que tem uma formação dedicada à IG. É sempre considerado... os médicos no fundo estão treinados para fazer frente às complicações decorrentes da IG como havia antigamente. E portanto não há nada na formação pré graduada quer na formação pós graduada que torne o currículo mais

valioso por a pessoa pertencer ou não pertencer a uma equipa de IG. O que conta são as cirurgias endoscópicas as cirurgias com procedimentos menos invasivos e ninguém é valorizado mais ou menos por ter participado em IG, sejam médicos ou enfermeiros. E ninguém é desvalorizado por ter participado, o que é outro aspeto muito importante. Compete aos serviços tornar interessante trabalhar no PF e na IG, são diferentes mas o objetivo é um pouco o mesmo mas é pouco valorizado. Em Portugal também há também muito poucas publicações, apesar de termos tido um êxito como tivemos, dedicadas à nossa experiência. E isso também é pouco valorizado pelas pessoas nos hospitais e prefere-se fazer artigos científicos sobre outros temas mas que não o da IG. Depois, o que eu acho é que se não tivesse havido a resposta do SNS iria haver instituições privadas que iriam abrir para dar resposta a este assunto. Abriu a clínica dos arcos, em Lisboa, mas eu sei que outras instituições internacionais, nomeadamente a Mary Stopes estava preparada para abrir clínicas em Portugal. E não o fez porque as pessoas convidadas, e eu fui uma delas, disseram que não iriam participar em IG em instituições privadas se não tivesse garantia de que as IG públicas seriam capazes de dar resposta. Portanto se não tivesse havido a resposta que houve, haveria mais clínicas privadas. É importante também dizer que na anterior lei não haveria praticamente instituições privadas que fizessem IG porque era considerado negativo para aquilo que era o reconhecimento dessa instituição ter pessoas que faziam abortos. Isso mantém-se em alguns hospitais privados, a CUF e a Luz não fazem IVG, os SAMS fazem e a clínica dos arcos. Portanto não está totalmente ultrapassado o aspeto negativo para o hospital ter a prática de IG no seu interior. Eu não sei se isso é transversal a outros hospitais fora. Sei que em todos os sítios onde estive, em França não tanto, mas essencialmente em Espanha e Reino Unido, a maior parte dos abortos são feitos no privado com acordos com SNS.

**Mas não havendo esta possibilidade de passar para o privado, o SNS não teria a capacidade para se reorganizar para dar resposta?** Eu acho que era muito penalizador porque sempre surgiram hospitais, só na região foram logo 2 desde o início, que se declaram objetores, por isso ia ser muito difícil cumprir a lei. A chegada de médicos de fora para lá, a contratualização, era uma hipótese mas iria ser um pouco difícil.

**Mesmo para os médicos vindos de fora...** Os abortadeiros.

**O encaminhamento para os privados era um procedimento anterior a 2007?** Não. Este modelo foi inspirado no Reino Unido e em França não dão resposta a todas as situações. E em Espanha muito menos. Mas a abrangência dos privados era muito pequena antes da atual lei. Os centros privados consideravam que era pouco prestigiado terem IG nos seus serviços e esse estigma ainda existe.

**Então, não sendo encaminhadas para o privado, antes de 2007, para onde eram encaminhadas?** Não eram encaminhadas ou não eram realizados ou eram-no clandestinamente. Nós recebíamos alguns casos de São Francisco Xavier mas a certa altura dissemos que não recebíamos mais porque os hospitais têm de dar resposta.

**Que outras opções poderia haver para responder aos impactos da OC?** Houve contratualização, por exemplo Beja teve contratualização e Faro também. E correu bem. Beja começou por fazer mas depois sempre mandou para os Arcos porque achou que não havia capacidade para responder a essa questão e fecharam e mandaram para os Arcos. Mas agora acho que tem pessoas que fazem IG. O próprio Hospital Beatriz Ângelo tem um contrato com uma pessoa que faz IG. Cascais não faz e Vila Franca faz. No Hospital Beatriz Ângelo há pessoas que fazem mas mesmo assim tiveram de recorrer a uma pessoa de fora. Mas por exemplo o caso de Leiria que tinha todos os médicos objetores de consciência conseguiu responder ao problema com o contrato de médicos de Coimbra que iam a Leiria. Entretanto o trabalho tornou-se interessante e entraram novos médicos que já não eram e portanto os de Coimbra já não vão.

**Considera existir constrangimentos à garantia do direito à OC?** Acho que não. Em relação aos profissionais não objetores há é estigmatização. Há um trabalho que foi apresentado na última ou na penúltima reunião da Sociedade de Contraceção. Eles passaram um inquérito que foi passado a nível nacional a propósito da estigmatização e isso foi apresentado. Portanto a estigmatização sim. Portanto para que não haja estigmatização é importante que não façam só abortos, façam outras atividades no hospital, para isso ficar diluído. E foi isso que aqui fizemos. Nunca tivemos médicos exclusivamente dedicados ao aborto. A rotação existe. Portanto as pessoas vêm fazer as consultas, as interrupções, as avaliações, as cirurgias e é uma parte da sua atividade.

**Como é a vivência dos profissionais objetores no contexto da MAC?** Acho que há um respeito de parte a parte. Na realidade os objetores enviam para as consultas e eles até encaminham.

**Como é que as políticas públicas podem reequilibrar os direitos, seja pela mudança legislativa seja pela organização dos serviços?** A médio prazo vai haver necessidade de uma parte da consulta de IVG medicamentoso ser feita nos cuidados primários porque há de haver uma altura em que os profissionais impulsionadores da lei vão sair e não sei se vai haver pessoas que continuem o seu trabalho em número suficiente.

**E é uma solução perfeitamente plausível...** Completamente. Aliás sempre existiu no norte num ou dois centros no norte e haverá capacidade para responder a isto desde que haja interesse da parte de médicos e enfermeiros. E eu acho que a opinião pública aqui é muito importante. Não sei se conhece um relatório que o BE efetuou agora recentemente e que é o primeiro estudo real, embora tenha havido grande parte de instituições que não responderam, mas os que não responderam são os OC. Mas essencialmente muitos ACS não fizeram a resposta o que é preocupante. Mas demonstrou de forma bem clara o que se passa. Poucos médicos novos estão com vontade de trabalhar este tema. E é por isso que eu acho que os grupos externos têm de funcionar como pressão face ao governo e ao ministério da saúde. Eu fiquei muito preocupada com a pouca força que houve, quer nos hospitais, quer na opinião pública com a mudança, aquilo que seriam as mudanças de 2015 e isso é um muito mau presságio. E pronto. Os constrangimentos são estes. Sair a primeira leva de médicos e enfermeiros que se dedicaram à prática de IG e não serem substituídos. Compete à ARS e aos hospitais em si garantir que esta situação não vai sofrer um retrocesso.

### **Entrevista Dr.<sup>a</sup> Sónia Lopes APF Lisboa**

**Qual é a vossa representação da implementação da lei junto da população com quem trabalham?** Nós temos acesso à população por duas vias, pelas intervenções que fazemos ao nível da intervenção comunitária, das pessoas que a nós recorrem e também devido à linha telefónica. Também as pessoas que nos aparecem frente a frente e que vêm aqui bater à porta. As pessoas que nos vêm bater à porta e também as pessoas que nos telefonam, são de facto pessoas que estão em contextos de grande vulnerabilidade. Ou porque são imigrantes, ou porque não falam a língua, ou porque estão muito desorientadas acerca do funcionamento dos serviços, ou porque são situações extremas, ou porque são muito novinhas ou porque estão muito atrasadas na contagem do tempo e podem estar fora da margem e então pedem-nos ajuda. A nossa grande vantagem é que conseguimos sempre articular com a MAC e isso permite-nos resolver grande parte dos problemas. A MAC tem um serviço de resposta rápida através de serviços sociais que enquadram grande parte destas situações sem que tenha de haver grandes dificuldades burocráticas e isso tem sido sempre uma solução que nos permite resolver as coisas. Eu quase que diria que para nós corre lindamente mas acima de tudo porque temos esta parceria, este recurso que é a resposta da MAC.

**De qualquer forma põe a hipótese de haver mulheres que não tendo a capacidade de chegar à APF ou aos serviços da MAC ficarem num vazio de solução.** Claro. E não é fácil perceber que a MAC tem esta resposta enquanto alternativa. Aliás há situações que as raparigas são muito novas e já deixaram passar o tempo mas percebe-se que houve alguma forma uma situação de abuso e portanto pode-se conseguir ter outro acesso à lei pelas outras situações. Mas os outros hospitais, pura e simplesmente, não se quiseram comprometer. É a MAC que tem um outro olhar e que pode haver um outro enquadramento dentro da lei e por isso haver uma resposta imediata. Mas como é que estas meninas chegam cá? Chegam porque estão integradas algures em algum serviço. Por exemplo através da Casa Pia mas também outras respostas que vão pedir ajuda que nos permitem acionar a MAC e haver essas respostas. Porque os outros hospitais não dão essa resposta. Os hospitais percebendo que a situação não estando enquadrada nas 10 semanas e podendo estar enquadrada noutra, não faz esse esforço de adaptação. E em situações (como na situação descrita como exemplo) tratando-se de uma rapariga muito nova e em situação de vulnerabilidade, não há de facto vontade se criar outro tipo de resposta quando a situação assim o obriga, uma situação emergente.

**Que características têm essas mulheres vulneráveis?** Mulheres imigrantes de classes mais baixas e em que a idade é importante. O facto de serem jovens torna o caso de maior vulnerabilidade. A situação de pobreza, a história de vida pessoal. São sempre aqueles casos que depois têm menos discernimento sobre quais são as decisões mais razoáveis e como proceder. Estão em contextos de muita ambivalência na decisão e com muita incapacidade para perceber os passos que têm de dar.

**Qual é a vossa representação em relação ao impacto da Objeção de Consciência em relação ao acesso ao aborto?** Eu não sei muito bem como estão as coisas hoje. O que se pode dizer é que no período pós referendo se

ouvira falar muito na questão dos profissionais objetores quer ao nível dos hospitais quer ao nível dos serviços locais de saúde, dos centros de saúde. De uma forma geral percebíamos que havia situações que muitas vezes até tinham a ver com questões laborais para pressionar as ARS sobre condições e sobre negociações e usavam a objeção de consciência como uma situação estratégica. Eu acho que o Amadora Sintra até era uma dessas situações. Não era que as pessoas se recusassem por uma questão de valores pessoais mas sim porque havia uma crise de negociação com a ARS e então usavam a objeção de consciência para reclamar alguns pontos de vista. E o que também aconteceu ao nível das mentalidades é que quando se começou a ver as coisas a funcionar após algum período de instalação começou a ver-se algum desbloqueio. Pessoas que até pensavam que não iam fazer que até começaram a fazer. Principalmente ao nível dos centros de saúde, que achavam isto tudo muito impossível e depois a coisa até entrou com alguma naturalidade. Este é o feedback que eu tenho, não tendo a percepção de números é que de facto a resistência havia e havia no sentido das pessoas acharem que iriam ser censuradas por o estarem a fazer, que iriam haver manifestações ou contrapoderes que ameaçassem um pouco aquela disposição mas quando começaram a ver que tudo corria bem aceitaram também começar a fazer. Mas percebo que a objeção de consciência possa ser uma arma política, pois alguém querendo reivindicar condições ou não querendo trabalhar tanto essa possa ser a arma de negociação.

**Em 2007 havia 2 grandes questões que levaram ao referendo, em particular a questão dos abortos clandestinos poderão estar ainda a verificar-se decorrente da objeção de consciência e do período de 10 semanas e não 12?** Após a implementação da lei houve um período de 2 ou 3 anos em que continuávamos a ouvir que continuavam a existir intervenções clandestinas e sabíamos disso porque lidávamos com mulheres ligadas ao bairro que viviam da venda da medicação e conseguiam fazer essa transação. E se havia essa procura quer dizer que ela estava a acontecer. Isso era tudo o que conseguíamos perceber acerca desse mecanismo que estava um bocadinho à margem da lei. O que aconteceu depois é que ele foi-se diluindo. Nós nunca mais ouvimos falar destes casos. E estando no terreno nunca iríamos perseguir estas situações de aborto clandestino. Portanto eu diria que sim. É muito provável que tenha sido conseguida uma neutralização. Agora há muitos casos que não estão integrados na lei ou por questões do acesso ou por questões de distância porque isto é a nível nacional apesar de eu estar a falar mais da região de Lisboa que é onde estão os recursos. Mas a nível nacional as deslocações podem ser um problema. Por outro lado há a questão de não saberem como é que os serviços se articulam, como fazer as entradas, podem não ter conhecimento suficiente sobre a língua ou ter a destreza para furar e ter acesso aos serviços. Portanto é capaz de haver umas margens que estão mesmo em risco. Como elas se resolvem... é possível que pensem mesmo em recorrer a clandestino mas efetivamente nunca mais voltámos a ouvir. Ou prosseguir uma gravidez que não era bem o que se pretendia.

**Diriam que a objeção de consciência contribui para que mulheres recorram a abortos clandestinos?** Eu diria que a continuidade dos OC ainda faz com que a interrupção seja vista como uma coisa maligna. Porque se é possível pensar-se mal sobre uma coisa é um direito e um recurso, um direito da mulher acima de tudo. Isso sim é a coisa que eu acho que mais prejudica, que é o preconceito que pode levantar. Permitir que haja objetores é consagrar aquela prática como algo que pode ser alvo de um juízo, de censura ou de um julgamento. E isso sim preocupa-me pois ainda não estamos numa situação em que se olha para a mulher como uma pessoa honesta e competente na sua decisão. Ainda há muita valorização acerca da sua competência para decidir. E isso vê-se, por exemplo, na resistência que os profissionais têm aos abortos de repetição. Quando veem que é mais do que uma vez ficam sempre muito constrangidos repondo que a mulher não sabe decidir e que de facto e que há situações em que alguém deveria decidir por elas. É sempre um risco e nunca é de mais acautelar que a decisão é sempre da mulher e ela deve ser respeitada na sua perspectiva. Ela é que sabe qual é a melhor decisão para ela. O facto de a OC poder aumentar o número de abortos clandestinos, eu acho que hipoteticamente isso é verdade. Se dificultamos e os acessos não são fáceis, é bem possível que aconteça a questão do aborto clandestino.

**Como se poderia contornar esta questão na lei?** Retirar a objeção de consciência. Não permitir a objeção de consciência.

**E na organização dos serviços?** O que eu gostava de ver era que o SNS garantisse todas as interrupções dentro das suas competências sem recorrer aos privados. Recorreria aos privados quem se quiser valer de um serviço privado e não como um recurso do estado. Isso seria o ideal. E não é sequer uma ponderação sobre custos. É só porque esta aprendizagem e esta capacidade de responder às necessidades das pessoas deve ser uma responsabilidade do Estado. E é importante a adaptação às necessidades, pois quem tiver um espectro maior de pessoas é que vai perceber de facto quais são as respostas mais adequadas e poder melhorar. O privado vai ter

sempre uma situação muito estável de responder a quem lá chega que são as que pagam ou que são enviadas após uma triagem do Estado. Acabam por não ter esta aprendizagem e estas formas de intervir. Têm de ser um pouco mais holísticas e não fazer a interrupção só por si.

**Há outras coisas que ainda gostassem de acrescentar?** Coisas que eu acho que ainda não estejam bem. A questão das 10 semanas passarem às 12 porque efetivamente é um período muito curto entre a falha da menstruação e perceber que pode haver uma gravidez e poder-se reagir. Corta muito tempo de resolução e duas semanas fazem bastante diferença e é uma referência para a maior parte dos países. Depois a questão do período de reflexão de 3 dias se eu parto do princípio que respeito a opinião da mulher e a sua decisão. É óbvio que se precisa de pensar tem de se lhe ser dadas todas as garantias de que tem esse tempo e pessoas com quem possa estar durante essa reflexão. Mas quando a pessoa diz que está determinada e decidida não percebo por que motivo tem de fazer esta espera obrigatória. Questiono se não é um bocadinho por em causa a verdadeira capacidade da mulher em decidir. Não revejo nisto uma real apreciação das competências da mulher. Está sempre tudo um pouco em causa e está sempre tudo sujeito a um julgamento e isso não me interessa. O exemplo do aborto seletivo também pode abrir um precedente ao julgamento e isso não deve ser permitido pois há sempre situações para alguém dizer que as razões daquelas mulheres não são suficientes. O que se deve salvaguardar acima de tudo o resto é a decisão da mulher e essa não pode nunca ser criticada. Podemos ou não concordar. E se não concordamos podemos fazer formação e educação e não propriamente achar que podemos decidir por ela.

#### **Entrevista Dr. Duarte Vilar – Ex Diretor Executivo APF**

**O Duarte esteve ligado aos movimentos que conduziram ao referendo de 2007...** Entre 1991 e até a minha data da saída da APF em 2017.

**Como vê a implementação da lei 16/2007, se está a ser implementada de forma eficaz? O que dizem os dados que vão saindo?** Numa lógica comparativa eu diria que esta lei está a ser bem aplicada em termos de sistemas de saúde. Eu nunca acreditei que o serviço nacional de saúde implementasse a lei de uma forma generalizadas. Sempre acreditei que a lei começaria a ser implementada na MAC de certeza, depois talvez no Garcia da Orta, depois noutra hospital do porto, e fiquei surpreendido quando em julho de 2007 que é quando a lei entra em aplicação, a lei é aplicada por um conjunto bastante alargado de hospitais em todo em todo o território nacional, com exceções, mas isto é um modelo que realmente se encontra pouco, penso eu, em termos internacionais. Depende obviamente dos sistemas de saúde, mas por exemplo em Espanha isso não se passa, a lei da IG em Espanha sempre foi implementada com base em clínicas privadas; em Itália, por exemplo e só falando dos países do sul da Europa, a lei foi implementada em hospitais públicos mas com muitos casos de objeção de consciência. E portanto esta experiência de aplicação da lei na maior parte dos hospitais portugueses com serviço de obstetria é verdadeiramente impressionante. Acho que desse ponto de vista está bem implementada. Agora a própria lei tem limitações, mas isso é outra coisa.

**Encontra limitações na formulação?** Logo à partida com a questão das 10 semanas que é uma questão política. A questão das 10 semanas em Portugal começou a ser falada depois da derrota do primeiro projeto de lei apresentado pela JS em 1997. Acabou a legislatura e a JS decide reapresentar o projeto novamente em 1998 no esforço de captar os votos dos deputados, porque a lei tinha perdido por 1 voto em 1997 e portanto partiu-se do princípio que se reduzisse o prazo que se conseguiam mais votos. E assim foi. De facto o segundo projeto da JS que foi apresentado em 1998 em Janeiro, foi aprovado pelo parlamento só que não contavam que nessa noite o António Guterres e o Marcelo Rebelo de Sousa fizessem um pacto, desrespeitando a decisão da AR e forçando a realização de um referendo que foi perdido e que acabou por atrasar a resolução do problema do aborto inseguro em Portugal em mais quase 10 anos. O primeiro referendo foi em 1998 e o segundo em 2007 e portanto o entendimento Guterres/Marcelo atrasou 9 anos o acesso a cuidados e serviços de aborto seguro em Portugal.

**Para além da questão das 10 semanas há outros aspetos que considere relevantes?** Sim há outros aspetos e o principal é a questão do período 3 dias. Tenho ouvido muitos especialistas criticarem esse período de 3 dias pois deveria ser uma sugestão mas nunca um período obrigatório. Em algumas regiões do país isso tem causado problemas na implantação da lei, nomeadamente nos Açores em que por causa do período de 3 dias e pelo facto de serem ilhas e só um dos hospitais dos Açores, o da Horta, fazia IVG, acontecia que as mulheres tinham que se

deslocar quase uma semana para a Horta para fazerem a primeira consulta, esperarem 3 dias e depois fazerem a IVG. Mas eu acho que isso depois se resolveu fazendo a primeira consulta na ilha da mulher fazendo depois a IVG na Horta ou em Ponta Delgada que são os dois hospitais que nos Açores fazem IVG. Portanto a questão dos 3 dias é uma limitação mas eu penso que a questão das 10 semanas é a limitação mais grave. Em geral o prazo que existe por opção da mulher, na maior parte dos países em que existe, são as 14 semanas. Por exemplo em Espanha e em França, onde começou com as 10 semanas, e depois passou para as 14 semanas. A questão das 10 semanas em Portugal tem a ver também com outra coisa em que acabou também por se articular com a maneira de fazer IVG nos serviços públicos que é através do aborto do medicamentoso que de facto tem maiores níveis de eficácia e de segurança até às 10 semanas de gravidez. Digamos que o aborto medicamentoso se adequou à lei mas a lei também se adequou a essa possibilidade. Agora o que é facto é que noutros países nomeadamente em que há casos em que está em perigo a saúde e vida da mulher em Portugal o limite continua nas 12 semanas e há países em que não há sequer limite de prazo. Já para não falar da questão que há apenas em um ou dois países que é o facto do aborto, pura e simplesmente se deixar de considerar um crime na lei. Eu esqueci-me de dizer uma coisa. A primeira limitação da lei é que se considera à mesma o aborto como um crime. Continua a estar no código penal o aborto como crime à exceção de 4 situações.

**Na sua opinião o acesso ao aborto ao longo do território é igualitário?** Não é igualitário. Em primeiro lugar pela própria rede de unidades de saúde de proximidade geográfica, por exemplo no Baixo Alentejo, onde há uma única unidade de saúde a fazer IVG, em Beja. É evidente que as mulheres que moram nas pontas têm de percorrer dezenas de quilómetros, às vezes mais de uma centena de quilómetros para fazer. E agora faz-se novamente interrupções de gravidez em Beja, porque houve uma altura em que Beja deixou de fazer e portanto as mulheres ou iam a Portalegre ou até preferiam vir a Lisboa à Clínica dos Arcos. Depois há uma outra região do país claramente em que o acesso é negado as mulheres e que é toda a zona da Beira Interior. Desde a Cova da Beira até à Guarda, os distritos de Castelo Branco e Guarda não têm uma única unidade de saúde que faça Interrupções de Gravidez. Isso é uma mancha bastante grande do território nacional em que as mulheres pura e simplesmente não têm acesso a nenhuma unidade de saúde. No baixo Alentejo ainda têm uma, mas nesta região que é muito mais povoada que o Baixo Alentejo, a chamada Beira Alta e Beira Baixa, portanto distritos de Castelo Branco e Guarda não existem unidades que façam interrupções a pedido da mulher e penso que nas outras situações também não. Porque essas unidades de saúde nem sequer aparecem nas outras situações em que são menos frequentes. Depois há uma outra zona em que o acesso é desigual que é a própria região de Lisboa em que temos o Hospital de Santarém, temos o Hospital de Torres Vedras (não tenho a certeza), depois o Hospital Amadora Sintra, o Hospital São Francisco Xavier e Cascais. E portanto são concelhos ultra povoados. Sintra eu acho que é dos concelhos mais povoados do país, Cascais também tem uma população imensa e essas populações acabam por não ser servidas porque o São Francisco Xavier também não faz IVG a pedido da mulher mas faz as outras. Aliás Cascais faz as outras, Amadora Sintra faz as outras e só não fazem a pedido da mulher por uma questão de, em minha opinião pseudo objeção de consciência. Alegam objeção de consciência mas por um lado não têm objeção de consciência em casos mais médicos, ou seja fazem uma escolha entre aquilo que é médico e aquilo que não é médico. Aliás numa conversa com uma profissional de uma dessas unidades hospitalares, que era chefe de serviço, ela disse-me: “mas nas situações legais fazemos”. Ao que respondi que as situações legais eram quatro elas só fazem em três. Como se as únicas situações aceitáveis fossem aquelas onde há uma patologia ou um crime contra a autodeterminação das mulheres. No fundo há dois pesos e duas medidas da parte de muitos hospitais que fazem a dita objeção de consciência. Só fazem objeção de consciência em relação às IVG a pedido da mulher que é o maior número e que me leva aqui a considerar que existe uma conveniência de serviço nessa objeção de consciência. Em primeiro lugar os profissionais de saúde não são objetores de consciência em relação à IVG, só o são em relação a um motivo para a realização de IVG e que é exatamente a área em que há mais pedidos. E por outro lado eu acho que continua a haver diretores de serviço e profissionais de saúde que consideram a OVG como um ato menor. Obviamente que alguns será por motivos ideológicos ou religiosos mas há outros objetores de consciência que não se querem envolver na IVG por acharem que é um ato menor comparativamente a outros procedimentos na área da ginecologia e obstetrícia.

**Nessas situações em que o hospital não promove o serviço. Como é feito o encaminhamento?** O que diz a lei e a regulamentação é que no caso de um estabelecimento de saúde por razões diversas não poder dar resposta a um pedido de IVG é obrigado a encaminhar a mulher para outro serviço de saúde, privado ou público onde a IVG possa ser feita e tem de pagar. E isto é verdadeiramente diferente de muitas situações noutros países. Por um lado há situações em que o encaminhamento não é obrigatório e por outro a mulher pode ter de pagar primeiro e depois



pode ser reembolsada ou não. Aqui a mulher não gasta dinheiro a não ser na deslocação mas não tem de pagar a IVG à partida e isso é bom comparativamente a outros países. Até porque há mulheres que pura e simplesmente não fariam uma IVG por motivos económicos se tivessem de pagar mesmo sabendo que depois seriam reembolsadas, nomeadamente as mulheres mais pobres.

**Mas havendo mulheres que não tendo os transportes comparticipados e tendo que se deslocar da sua área de residência, muitas vezes para outros distritos... isso sai-lhes do bolso?** Sim e muitas vezes pode ser motivo para deixarem de aceder a um serviço de aborto seguro e eventualmente meterem-se em zonas de aborto inseguro, nomeadamente autoaborto medicamentoso que é a prática mais frequente para mulheres que querem abortar fora dos circuitos formais de saúde. Ou então vão a Espanha.

**A Lei 16/2007 foi formulada no fundo para responder à criminalização das mulheres e também às consequências que a existência de abortos inseguros traziam para a saúde pública. Na sua opinião continua a haver mulheres que devido aos constrangimentos dos serviços continuam a recorrer a abortos inseguros?** Sim, mas ninguém tem dados sobre isso. É um buraco negro e são práticas que é muito difícil perceber. Só através de inquéritos ou assim, mas mesmo assim as mulheres têm tendência a ocultar esta situação porque de facto não são práticas legais porque a IG têm de ser feita num estabelecimento de saúde público ou reconhecido para a prática de IVG. Mas sim, há testemunhos e eu já vi nomeadamente uma médica de família fazer apresentações em que em pelo menos duas situações relatou casos de aborto inseguro em suas utentes ali na região da amadora.

Mas já agora, há pouco referia-se aos julgamentos e às mortes como motivos para o agendamento mas há outro que é a morbilidade. Na altura o número de mortes entre 1990 e 2007, lembro-me que na altura não chegava a 100 mortes em quase 20 anos o que apesar de o aborto inseguro ser sempre a primeira ou segunda causa de morte materna em Portugal, como a morte materna era muito baixa estes número também não eram muito altos. Até porque na altura as informações que íamos recebendo dos hospitais em relação às técnicas de aborto inseguro eram normalmente de aspiração e não de cortagem que era o método que tinha mais probabilidade de complicações. Fora as técnicas de autoaborto, com produtos químicos, do pé de salsa que eram técnicas mais tradicionais completamente fora dos circuitos de saúde. Em Portugal o aborto clandestino era feito em circuitos de saúde informais, sobretudo por enfermeiras que tinham sempre uma retaguarda médica em caso das coisas correrem mal o que evitava em muitos casos que uma complicação evoluísse para morte. Agora o que havia era milhares de mulheres que, por ano, eram internadas nos hospitais por complicações de aborto. Nomeadamente aborto inseguro, algumas complicações graves como a perfuração de órgãos e muitas com aborto incompleto. E sobretudo nos últimos anos muitas situações eram de aborto incompleto pelo uso do autoaborto medicamentoso enquanto que décadas atrás eram casos muito mais graves de abortos por introdução de objetos ou por ausência de assepsia nos estabelecimentos informais de saúde. Mais tarde essas situações baixaram embora nunca tenham acabado. E portanto um dos indicadores de eficácia de política pública que foi a lei 16/2007 foi que de acordo com a DGS praticamente desapareceram as situações graves de perfuração de órgãos ou de infeções decorrentes dos tais abortos inseguros e até das situações de abortos incompletos. Mas bastante significativa. Ou seja a nova política pública teve efeitos positivos quer ao nível da mortalidade quer ao nível da morbilidade grave. Por outro lado teve também um outro efeito secundário positivo o facto de fazer parte do processo de IG o aconselhamento sobre contraceção e o encaminhamento para serviços de planeamento familiar. Muitas vezes isso falha, mas muitas vezes não falha. E o número de IG tem vindo a baixar, quer em termos absolutos e isso até poderia ser indicador do número de mulheres em idade fértil em Portugal, mas também em termos relativos também. E em termos relativos de facto as taxas de aborto em termos relativos também baixou.

Há ainda um terceiro aspeto que é importante e é decorrente da política pública e que é o conhecimento. Quando uma coisa é clandestina é difícil o conhecimento e é pouco rigoroso. E neste momento o conhecimento que temos acerca da IG em Portugal é sobretudo decorrente das IG legais o que não deixa de deixar de fora aquelas situações de autoaborto e aborto inseguro que são apanhadas se houver complicações mas não são apanhadas se não houver. Daí que eu acho que por exemplo dos inquéritos de saúde a deveria ser incluída alguma questão sobre eventuais IG fora da lei. Ou então, sabendo que as mulheres podem ocultar essa situação, fazer-se um estudo como o que a APF fez em 2006 com uma amostra representativa de cerca de 2000 mulheres. E esse estudo contribuiu enormemente para o agendamento da política. Contribuiu e consolidou porque quando se começou a falar de um novo referendo as vozes contra começaram a dizer que era um problema menor e que antigamente é que havia

muito aborto clandestino. E nós conseguimos provar que 14% das mulheres em idade fértil já tinham feito um aborto clandestino.

**Apesar destas conquistas continua a haver uma parte da população que continua a recorrer a abortos inseguros. Considera que a objeção de consciência pode ter aqui um papel promotor desta situação? E se sim, que alterações poderiam haver do ponto de vista legislativo ou da organização dos serviços para colmatar essa situação?** Há outra coisa que falhar enormemente na implementação da lei e que é a escolha do método. Nós vemos que nos hospitais públicos 95% das IG são por via medicamentosa e nos hospitais privados exatamente o oposto. Há de facto uma dificuldade de escolha. Se a mulher quiser um aborto cirúrgico haverá, provavelmente impossibilidade em fazê-lo nos serviços públicos. O aborto medicamentoso é tão seguro e tão legítimo do ponto de vista científico e médico como o aborto cirúrgico. Por outro lado, mesmo em termos de procedimento, é certo que há procedimentos é mais fácil para o serviço de saúde. A mulher toma os comprimidos, vai para casa, é feito o abortamento e a mulher regressa à consulta só para controlo. Enquanto que o aborto cirúrgico envolve muito mais meios, muito mais profissionais e isso foi uma forma de evitar... uma enfermeira do bloco ou um médico anestesista que não estivessem disponíveis então não se realizava. Eu percebo o que aconteceu e a opção que foi feita e a maneira como a lei foi implementada teve efeitos positivos. Agora do ponto de vista ético impede que as mulheres tenham uma escolha em termos do método. Objetivamente as mulheres têm muito pouca escolha em termos de serviços de saúde públicos e quero crer que também nos privados porque como os privados têm mais experiência em abortos cirúrgicos, não fazem abortos médicos. E portanto a situação de, por exemplo Espanha, em que o aborto é sobretudo feito em clínicas privadas e a tradição é aborto cirúrgico a situação é um pouco ao contrário porque a mulher tem, nos circuitos privados, muito pouca escolha e tende a empurrar a mulher para o aborto cirúrgico.

Há uma situação que eu nunca percebi e que é o facto dos centros de saúde poderem fazer IVG. Neste momento só dois centros de saúde, o de Amarante e o de Viana do Castelo é que têm consulta de IVG e estão a fazer IVG. No norte aliás, a generalidade dos hospitais sempre fez IVG ao contrário da região de Lisboa e se fossemos medir a população servida pelos hospitais que se recusam a fazer IVG na região de Lisboa: Cascais, Sintra, área ocidental de Lisboa, estamos a falar de muitas pessoas. Então eu acho que uma coisa era alargar a experiência da IVG nas unidades de saúde primárias, especialmente através do aborto medicamentoso. Outra questão passa pela impossibilidade de se fazer um IG que seja cirúrgica que não seja num cenário operatório. Como sabe estive envolvido na possibilidade de abrir uma clínica de aborto e uma das coisas que os profissionais me disseram foi manter a possibilidade de se fazerem abortos cirúrgicos. Mas os abortos cirúrgicos envolvem meios tão complexos e tão caros que era basicamente a organização de um bloco operatório. E eu falei com responsáveis da saúde pública nesta área e perguntei se não era possível por lei fazer IG com anestesia local em vez de anestesia geral. E o que me disseram é que mesmo sendo anestesia local seria sempre tão arriscado como um procedimento com anestesia geral e portanto isso não podia ser feito. Mas o que é facto é que em muitas clínicas no estrangeiro que fazem IG fazem-no em ambulatório, cirúrgico e com anestesia local. E isso é outro impedimento que não tem a ver com esta lei mas sim com os regulamentos da DGS que é a DGS que regulamentou a questão da IG. Mas se houvesse a possibilidade de fazer a IG com anestesia local, aliás, haver há, mas a partir do momento que se utiliza anestesia é sempre considerado anestesia geral e isso é outro procedimento. Estas duas opções poderiam facilitar enormemente o aumento do número de serviços a oferecem IG. Por um lado a questão dos centros de saúde. Eu não percebo porque é que só dois centros de saúde do país é que oferecem IG. Não percebo. E só uma ARS, a ARS norte é que andou para a frente com esta experiência e mesmo assim não foi generalizado. Ao nível dos cuidados de saúde primários há profissionais que estão motivados e não terão objeção em realizar em IG medicamentosa ou sendo possível os tais procedimentos cirúrgicos com anestesia local, também isso ser possível. Nos cuidados de sei se o cirúrgico será possível nos cuidados de saúde primários, não tenho conhecimentos técnicos para afirmar isso. Mas estas duas opções seriam importantes. Na lei, é a questão dos 3 dias e das 10 semanas, das 12 semanas e das 16 semanas. Há mulheres que são violadas e que, há umas que se mexem e que denunciam a situação e que querem interromper a gravidez. Há outras que ficam num período de trauma, de depressão e deixam passar o prazo. Aliás, não há nenhum estudo em Portugal sobre as mulheres que deixam passar os prazos.

**Considera haver uma necessidade de regulamentação da objeção de consciência?** É uma jurídica de que eu sei pouco. O que eu percebo é que o que está na lei portuguesa é até mais avançado do que noutros países nomeadamente por causa da declaração obrigatória e pela obrigatoriedade de encaminhar. Agora que também lhe

digo que há muita objeção de consciência que está fora da lei e que nunca será conhecida ou só será por denúncia de mulheres. Por exemplo quando havia a linha opções na APF havia mulheres que ligavam para lá e denunciavam a sua médica de família, ou seja, a primeira pessoa que a tem de encaminhar para um hospital. Ou seja o profissional de saúde com quem contactava pela primeira vez era objeto de consciência mas nem sequer declarada e tentava por todos os meios convencer a mulher e a dificultar o procedimento normal e atempado da mulher chegar a um serviço legal. Eu acho que há muitos poucos estudos de avaliação desta política e poderá ser inovado. E não há nenhum nacional sobre a aplicação lei 16/2007, há os estudos da DGS. E aproveite para dizer que o facto de o aborto ter deixado de ser subterrâneo e ter passado a ser um acontecimento legal permitiu saber com muito mais rigor o número de abortos, o perfil das mulheres, a repetição de abortos e isso é um efeito positivo da política. E portanto do ponto de vista de uma política publica o facto de haver dados, porque os únicos estudos que haviam eram da APF (fizemos um levantamento do número de IG nos hospitais, estudamos o índice obstétrico), outro feito pela rede Médicos Sentinela a partir dos internamentos e o estudo da APF em 2006, que foi o primeiro grande estudo sobre aborto em Portugal mas nós não tivemos grandes problemas em que as mulheres respondessem.

### **Entrevista Dr.ª Paula Pinto - Coordenadora Sexualidade em Linha**

**Como é que a SL ajuda mulheres que recorrem ou pretendem ao aborto?** Nós temos várias chamadas por semana. Não consigo contabilizar quantas são, mas todas as semanas temos chamadas sobre IVG. Por exemplo acho que já tive 3 hoje. Por são chamadas que têm a ver com encaminhamento. A mulher já fez teste de gravidez, confirmou que está grávida e quer saber onde se dirigir para iniciar o processo. Depois também há as pessoas que ligam para saber, para ter informação mais detalhada sobre o processo, mas por regra quando a pessoa liga já está informada. Diz que leu a lei que, que sabe que tem até às 10 semanas já tem informação sobre o processo. É mesmo o encaminhamento, saber onde se dirigir. Não sabem qual é o hospital a que têm de se dirigir, não sabem se têm de passar primeiro pelo centro de saúde, às vezes sabem que têm de passar pelo centro de saúde mas não querem e portanto querem perceber as alternativas e se há ou não. Anda tudo à volta desta questão de orientação.

**Qual é a orientação que dão em relação ao processo?** Nós perguntamos de que área de residência nos fala. Imagina que é da área de Lisboa, se sabe qual é o centro de saúde - nem sempre as pessoas sabem qual é o centro de saúde ao qual pertencem – mas se sabem qual é o centro de saúde, por exemplo, nós já sabemos que esse Centro de Saúde pertence para que o hospital é referenciada a mulher depois. Mediante essa informação nós também sabemos, porque temos a listagem da DGS, e também porque atualizamos os nossos contactos, e sabemos como é que funciona o processo de interrupção nesse hospital: se recebe as mulheres diretamente; se a mulher tem de se dirigir ao Centro de Saúde e este é que contacta com o hospital, muitas vezes faz a consulta no Centro de Saúde e depois já faz a segunda consulta no hospital. A mulher também já fica com esta perspectiva de onde se deve dirigir.

**Vocês sabem logo se o hospital da zona é um hospital objeto de consciência. O que é que fazem nessas situações?** Imagina que é Cascais. Cascais é objeto de consciência mas dá, na mesma, seguimento ao processo. Em cascais funciona da seguinte forma: a mulher tem de se dirigir ao Centro de Saúde e dar início ao processo. No Centro de Saúde normalmente é atendida por uma enfermeira do planeamento familiar que faz o pedido ao hospital de Cascais. O hospital de Cascais contacta posteriormente a mulher dizendo que já tem autorização do pedido e portanto ela tem que ir levantar esse esse pedido ao hospital. Com esse documento dirige-se à Clínica dos Arcos para então iniciar o processo. Isto está previsto e está organizado mas depois: a mulher tem de ir ao Centro de Saúde, depois tem que ir ao hospital e depois tem que ir para a clínica. Isto em termos daquilo que é disponibilidade no dia-a-dia para quem trabalha é complicado. Depois a justificação do porquê de ter que ir esta consulta, também é complicado. Depois os centros de saúde. Isto depende muito dos centros de saúde, pois há centros de saúde que estão muito bem organizados e mulher chega e pede uma consulta de interrupção e é encaminhada para o planeamento familiar e é atendida por uma enfermeira que canaliza logo todo o processo mas – não tendo uma perspectiva clara sobre isto, é mais a perspectiva relatada pelas mulheres – há outros centros de saúde em que a mulher não tem informação clara sobre o processo e muitas vezes a mulher pensa que têm de ir para o médico de família e isso se não for bem explícito, se não ficar claro faz com que a mulher perca tempo.

**Existem relatos de mulheres que já tenham passado por constrangimentos ou problemas?** Sim, um deles é este que falei, que tem a ver com o início do processo e o acesso no Centro de Saúde porque não sabem muito bem onde se dirigir. Depois quando é para marcar a consulta. A consulta fica marcada – e às vezes também por desconhecimento da própria mulher – de achar que por estar grávida de 5/6 semanas e quer despachar o processo mais rapidamente possível, porque já está decidida e portanto pensa que é essa situação que tem que ser logo,

quanto mais cedo melhor. O que tentamos avaliar é se está tudo dentro do prazo legal para fazer a IVG. A preocupação da mulher tem a ver com a marcação da consulta. Imagina que a consulta é daqui a duas ou três semanas e portanto que já estará muito perto do limite daquilo que é o prazo legal. Mas algumas situações percebemos que dá tempo, mas outras entendemos pelo discurso da mulher que, de facto, fica muito à justa e em algumas situações até de passar o limite o que nos deixa um bocadinho em incrédulos. E até perguntamos se informou os profissionais do tempo de que estava e elas dizem que sim e nós temos sempre que acreditar naquilo que nos relatam. E é uma situação que acontece também. E essas são as dificuldades mais frequentes, não tanto as dificuldades durante processo mas sim o iniciar do processo e as dificuldades que encontram.

**Tendo em conta esta vossa experiência dirias que a lei 16/2007 está a ser implementada de forma eficaz, ou seja consegue garantir que existe uma equidade de acesso ao aborto?** Não. A lei permite que a mulher tenha acesso a uma consulta que mudou e que foi de facto uma situação importante em termos de cuidados de saúde primários, mas não. Porque tem muito a ver com a área de residência em que a mulher de encontra e o próprio processo pode de facto ter vários constrangimentos que dificultam. Por exemplo, um hospital no outro dia, eu já não sei qual foi o hospital, estava dizer uma coisa que eu não que eu por acaso até é preciso de te confirmar mas diziam que a consulta prévia tem que ser feita no centro de saúde e neste caso neste hospital faz a segunda consulta e recebimento. Mas a consulta prévia pode ser feita em qualquer área de residência e por um clínico geral desde que este aceda à plataforma e dê início ao processo. Isto era uma situação que facilitaria imenso o processo. Eu penso que seria o Garcia de Orta. A Mac recebe diretamente mas se vier do centro de saúde tem de ser da área de residência, tem a ver com a gestão dos recursos disponíveis. Até houve alturas em que facilitou mais o processo mas agora tem de ser na área de influência da MAC são raras as situações em que recebe mulheres de outra área de residência porque tem a ver com gestão dos recursos. A verdade é que na lei a mulher supostamente pode dirigir-se a qualquer hospital ou centro de saúde mas depois os hospitais e Centros de Saúde tem uma política interna de funcionamento que prevalece por essas questões em termos de recursos. Por exemplo, esta esta questão de a mulher poder dirigir-se a uma consulta clínica geral e o médico poder iniciar o processo e canalizar para o hospital, parecendo que não, vai já com ecografia feita é de facto poderia facilitar imenso o processo. Até estou a ver mais isto facilitar em contexto de consulta privada e exemplo que me deram até foi esse. Claro que isto coloca a questão de não ser totalmente gratuito.

**Ela poderia por exemplo ir a uma consulta de rotina de ginecologia e percebe que está grávida e quer interromper a gravidez, poderia essa médica iniciar o processo interrupção?** Eu não creio que possa ser assim tão fácil porque o processo de IVG em termos de registo clínico é um é um processo à parte, não faz parte daquela consulta específica, é uma consulta de interrupção de gravidez. Para a mulher para a mulher isso é uma coisa muito importante também porque ainda há pouco tempo respondi a uma jovem de 17 anos que, estava preocupada, e ainda nem sequer confirmou se está grávida provavelmente nem está, mas começa logo a avançar com a ideia de “e se eu estiver?”. Então que sabia lei, estive uma pesquisar sobre a lei, sabia que não precisa de dar conhecimento aos pais para iniciar o processo, mas a preocupação dela era “mas e se em algum momento no processo enviam informação para casa, ou telefonam não para dar qualquer informação?”. Ou se vai fazer outra consulta e está no registo da jovem que passou por uma IVG. Tem de haver garantia de confidencialidade. Aqui o que interessa de facto são os dados estatísticos que vão para a DGS. Também não sei se haveria um constrangimento maior por causa disto. De facto o que facilitava era que a mulher se dirigisse a um único espaço. Se os centros de saúde fizesse todo o processo, os centros de saúde estariam bem. E há poucos mas há que fazem. Por exemplo o centro de saúde Amarante faz, também ali à não há hospital que faça por isso encaminham para o centro de saúde de Amarante. Nos hospitais que fazem, o ideal para a mulher seria fazer lá tudo. Do ponto de vista do hospital facilita diminuir uma consulta pois no modelo atual a mulher quando chega já é para o procedimento, e isso do ponto de vista dos recursos... e portanto aqui também tem um bocadinho a ver com diferentes perspetivas.

**Qual seria do teu ponto de vista a situação ideal?** A consulta deveria ser aberta (qualquer mulher podia fazer em qualquer centro de saúde), se existissem mais Centros de Saúde a fazer o processo de IVG e uma mulher de outra pudesse aceder... Nós estamos a analisar a situação do ponto de vista de um centro urbano mas se pensarmos na parte rural a questão da confidencialidade é garantida pelos técnicos e pelos profissionais de saúde mas a comunidade está atenta e isto é um constrangimento para algumas mulheres que ligam e que não queriam passar pelo centro de saúde e portanto a abertura da consulta e a mulher saber tem a possibilidade de dirigir ao centro de saúde Y e faço lá a IVG e se pudesse fazer tudo lá, tanto melhor, até porque a maior parte dos hospitais públicos aquilo que fazem é o aborto medicamentoso, portanto em termos daquilo que são os recursos médicos e dispositivos clínicos necessários são quase nenhuns, pelo que podia ser uma perspetiva.

**Dirias que o que está a causar estes constrangimentos é o facto de haver médicos que são objetores de consciência ou existe outros mecanismos que estão aqui a atuar?** Eles têm direito a ser objetores de consciência. A questão é que provavelmente diminuí significativamente os médicos disponíveis para este processo. Eu acho que a análise tem que ser sempre mais abrangente e passa por percebermos como é que são os cuidados de saúde e as dificuldades que temos a vários níveis, e portanto nós estamos a situar-nos nesta questão da interrupção da gravidez, mas nós sabemos que a outros níveis as pessoas querem consultas e não conseguem. A consulta fica muito demorada portanto esta consulta tendo esta exigência de ser realizada até ao limite de tempo das 10 semanas, os recursos disponíveis, se existissem mais médicos disponíveis, para fazer esta consulta poderia melhorar. Não sei se efetivamente a ligação de uma coisa com a outra é assim tão significativa. Não sei. Outra questão é a de médicos objetores poderem barrar o acesso, não temos essa perspetiva. Pode ser uma vez ou outra. Há uns tempos tivemos uma jovem a informar que, nem era um médico, era uma enfermeira, que barrou tudo aquilo que podia para ela não continuar com o processo. Isto não pode acontecer. Mas temos cada vez menos este tipo de testemunhos. No início talvez houvessem mais. Por exemplo mulheres que diziam que foram fazer ecografias e lhas mostraram. E então tínhamos uma outra chamada em que as mulheres diziam que iam reclamar, que é que facto é inadmissível.

**Mas a objeção de consciência pode fazer com que as mulheres se desloquem?** Por exemplo o Amadora Sintra, supostamente a mulher não têm entrave para aceder a Interrupção acontece que passa por várias etapas até chegar à clínica. Tem sempre que fazer sempre três deslocações. Duas tem sempre de fazer. Nos Açores ainda é mais complicado. Estamos a falar de ilhas, meios mais pequenos, na questão de anonimato ainda é mais complicado e como os hospitais têm de articular com o hospital que está noutra logo isto aqui uma situação muito complicada. Eu não sei como é que funciona temos de comparticipação da deslocação Eu penso que é uma situação à parte relativamente aquilo que são os cuidados de saúde e que se estão abrangidos pelo sistema nacional de saúde que existirá, quando a pessoa tem que se deslocar ao continente, e eu acho, tenho a ideia de que existe porque se não, assim muita gente não tinha qualquer disponibilidade de sair da ilha para fazer nada. Mas deverá ser contra reembolso, será comparticipada mas nessa situação, mas não sei.

**Tendo em conta que as mulheres têm de se deslocar, seja dos Açores ou mesmo do Alentejo, por exemplo, para Lisboa quero ver tens noção de mulheres que recorrem a outras opções, seja optou por prosseguir a gravidez que a partida não é desejada, por exemplo, ou que ocorrem ao aborto inseguro, decorrente dessas as dificuldades?** Não conseguimos ter essa perceção. Uma ou outra poderá dizer “mas não há outra forma de...?”, “mas eu não posso comprar...?” mas é muito raro verbalizar isso. Mas acredito, embora não seja aquilo que no momento é hábito, que algumas pessoas levaram a gravidez até ao fim porque foram tantos obstáculos que entretanto passou que quando chegou já não havia possibilidade de fazer a interrupção. Mas não conseguimos ter essa perspetiva porque as pessoas que nos ligam pedem informação muito concreta Pois isso também é um serviço anónimo confidencial e portanto nós estamos junto dependentes daquilo que vem do outro lado e não estamos a colocar grandes questões, só colocamos as questões necessárias para responder. E portanto se tivéssemos uma investigação, por exemplo, em que podemos entrevistar mulheres com certeza que teríamos uma perspetiva mais alargada do que é o processo e como é que ela vive o processo. Aqui não. Tem a ver com o atendimento único nem sequer tenho uma continuidade.

**Achas que poderia haver uma nova alteração legislativa que pudesse resolver estas situações?** Por um lado era importante que a lei fosse cumprida. Se os serviços tivessem capacidade para cumprir o que lá está, melhorava. Nomeadamente o facto da mulher se poder dirigir a qualquer serviço independentemente da área de residência. Logo aí já diminuiria aqui alguns constrangimentos. Outra situação que nem tem a ver com a lei, que é, de facto, que as pessoas que estão envolvidas neste processo, os profissionais desde quem atende na receção..., que exista uma articulação clara e informação adequada e que seja sempre no sentido de dar resposta àquela mulher que está ali, que já está com dificuldade, já está no processo de decisão que é sempre complicado independentemente daquilo que seja a tomada de decisão. Que esse primeiro contacto fosse facilitador de todo o processo para que diminuísse a agustia e a ansiedade de poder sentir que não estão a dar resposta eficaz. Para além disso há mulheres que dizem... existe o período obrigatório mínimo entre os 3 dias, mas há mulheres que passados esses 3 dias o que queriam é que o processo avançasse e nem sempre é assim. E aquele tempo em que estão à espera ou o tempo em que estão de serem contactadas para o agendamento da consulta que deva ser, de facto, bastante stressante.

**Está a Lei 16/2007 a ser implementada de forma eficaz?** A lei está a ser implementada de forma a garantir que as mulheres no SNS possam interromper uma gravidez não desejada. Não quer dizer que não existam alguns problemas. Mas esses problemas não são generalizados. Acontecem pontualmente. Por exemplo, excesso de burocracia como aconteceu há pouco tempo e que foi noticiado nos hospitais e que fez com uma mulher ultrapassasse o tempo legal para fazer o aborto. E isso é um problema grave. Foi um excesso de burocracia que tinha a ver com a morada ou o código postal. E os serviços administrativos não são suficientemente ágeis para compreender que aquela lei tem aquele limite e se não forem colocam as mulheres numa situação complicada. São questões de nos apercebemos em certas situações mas que não podemos generalizar porque há uma diferença muito grande entre o que acontecia antes de 2007 em relação à IG e o que acontece atualmente. Mesmo em relação à objeção de consciência. Porque a lei estipula que se aquele hospital tiver objetores de consciência a mulher pode ir fazer a interrupção a outro hospital ou tem de arranjar um médico que lhe possa fazer a IG. Isto é um descanso em relação ao que acontecia anteriormente. O que acontecia anteriormente é que a mulher não podia sequer decidir poder interromper a gravidez. Nós pensamos que as coisas avançaram bastante mas continuamos a sentir que os prazos, situando-se nas 10 semanas e não nas 12 semanas como existe na maioria dos países da Europa traz problemas quando existem alguns bloqueios porque rapidamente a mulher pode ficar numa situação de ilegalidade. Já várias vezes a UMAR e a APF se debruçaram sobre esta questão e se não seria de se começar a fazer alguma campanha para que o prazo se alterasse das para as 12 semanas. Mas tivemos algum receio quando as forças da direita em Espanha, com a chamada Lei Lagardon procuraram limitar o acesso das mulheres ao aborto e em Portugal na altura do governo PSD tentaram regulamentar alguns aspetos que iriam dificultar o acesso no serviço público de saúde. Então tem havido algum receio, procura-se avaliar, a DGS faz os seus relatórios, esses relatórios às vezes são contestados pelas forças mais à direita, mas é um facto que os relatórios da DGS, dos quais não temos como duvidar mesmo quando eles davam logo a seguir a 2007 valores altos mas também porque nós não conhecíamos a realidade antes e não havia nada registado, mas tem-se vindo a registar uma diminuição do número de abortos. É também muito importante porque uma das vantagens do aborto se fazer no SNS é o facto de as mulheres serem encaminhadas para as consultas de contraceção. Podem assim fazer um planeamento da sua vida reprodutiva, coisa que não acontecia anteriormente. Antigamente a mulher ia à parteira e depois iria outra vez à parteira. Portanto estas questões representaram avanços muito significativos ao nível do nosso SNS. E até é de saudar que aquela lei foi aprovada em abril ou junho e em setembro já estava regulamentada. Não ficou no vazio, avançou e isso permitiu que o SNS se pudesse adequar à nova lei. Mas se está tudo como gostaríamos? Certamente que não está. E em particular o prazo passar para as 12 semanas, era muito importante que isso se verificasse. Se não, as mulheres depois têm de recorrer ao privado e de uma forma menos legal.

**Diria que esses constrangimentos que refere são mais evidentes numas zonas do país que noutras?** Certamente, pois depende do funcionamento dos hospitais e isso acontece sempre em todos os serviços.

**Têm conhecimento de situações em zonas particulares do país em que as mulheres não consigam aceder ao aborto dentro do prazo legal?** Por exemplo na Madeira houve uma outra situação porque todos os médicos do hospital do funchal eram objetores de consciência e isso causou muitos problemas. E também nos Açores. Mas não sei situar os casos nem as datas. Em relação ao continente não temos muitas informações em relação a isso.

**Decorrente dos constrangimentos as mulheres podem não fazer escolhas mais seguras para a sua saúde. Tem conhecimento de uma dessas situações em concreto?** Não sei. Não temos conhecimento.

**Em relação à OC, há serviços que não podem funcionar por causa do facto de todos os profissionais se valerem desse seu direito. Na sua opinião a OC tem um peso grande no acesso de algumas mulheres ao aborto seguro?** Eu penso que sim. Porque se as unidades hospitalares não conseguirem garantir de imediato o serviço, os prazos começam a dilatar-se. Isto é o que eu penso na generalidade, mas como não conheço os casos concretos dos hospitais, não posso dizer. Mas a objeção de consciência pode ser um problema na concretização do direito das mulheres em interromper a gravidez se não existir da parte dos hospitais um circuito administrativo que facilite esta questão.

**Mas acha que tem muito mais a ver com questões burocráticas?** Exatamente, porque a lei diz que o hospital tem de garantir. Ou manda para outro hospital ou arranja um médico que faça a interrupção de gravidez. A lei é clara sobre isso. Mas o que acontece é que o Estado paga ao particular. Há pessoas que se chocam muito com isso, mas quando nós vamos fazer análises ao sangue, onde é que vamos? A um laboratório privado. Ou outro tipo de exames vamos a clínicas privadas. O que existe é depois uma tendência da parte das forças da direita dizendo que

se está a alimentar o privado. Mas eles alimentam o privado todos os dias com tudo aquilo a que as pessoas têm de recorrer para a sua saúde.

**Mas não concorda que, sendo que grande parte das mulheres que recorre ao aborto está desempregada ou em condições de precariedade, ter de se deslocar para zonas geográficas distantes pode constituir constrangimentos?** Pode condicionar. Sabemos que as mulheres desfavorecidas são aquelas que mais sofrem com as debilidades do SNS e esse aspeto é efetivamente assim. As mulheres mais carenciadas, mais desfavorecidas encontram mais dificuldades em tudo. No acesso à saúde, no acesso à habitação. A tudo.

**Existem outras formas de se melhorar a lei atual?** Na regulamentação diz que as mulheres têm de fazer uma consulta prévia e depois têm de ter 3 dias de reflexão. Eu penso que isto foi colocado porque a direita fazia muita pressão. E se está na lei, está na lei. Mas quer queiramos quer não, quando uma mulher decide abortar, esta decidida a abortar, independentemente do psicólogo lhe dizer seja o que for. A mulher tem carências. Quando uma mulher decide que não quer ter mais filhos já estão decididas logo na primeira consulta. Portanto isto é um período de reflexão que não tem grande eficácia e também atrasa o processo. É também uma paternalização. E eles quando quiseram alterar a lei no tempo do Passos Coelho diziam que tinha de haver também uma pessoa dos movimentos pelo não nessas ditas consultas.

**Na sua opinião é portanto difícil encontrar uma relação determinista entre a OC e os abortos clandestinos?** É difícil contornar a OC e por isso temos que nos situar nisso. Tirar a OC da lei é muito difícil, haveria logo um movimento muito grande das pessoas que diriam que classe médica tem de ter liberdade de agir e de pensar. Portanto o que é preciso é concretizar realmente a lei. E os hospitais são obrigados a garantir que a mulher possa fazer interrupção independentemente dos OC. E isso para nós é o essencial.

**Portanto não passa por regulamentar a OC mas sim regulamentar os serviços de saúde?** Regulamentar a OC é difícil. Eu não conheço a lei nos seus pormenores. O mais eficaz mesmo é que os serviços funcionem mesmo com a OC. Os serviços têm de garantir. A lei de 2007 foi a garantia de um processo civilizacional para o qual se deu um passo muito importante. Foi um alívio. Também para as mulheres. As coisas podem é funcionar melhor ou pior e é preciso estar atento a essas situações. Nomeadamente a alguns recuos que podem vir de alguns setores de direita que tentam impedir que o SNS, que é o fundamental, pudesse funcionar em relação a esta questão. Porque cansamo-nos de ver mulheres a abortar clandestinamente com consequências para a sua vida, para a sua saúde, como não poderem voltar a ter filhos.

#### ***Focus Group – Maria José Alves (MJA), Teresa Bombas (TB), Maria Cristina Vidigal (CV)***

**Conversas prévias.** CV - Aquilo está legislado, está tudo, mas às vezes ouve-se dizer que o profissional faz uma lavagem cerebral. Oíço às vezes pessoas dizer que a pessoa disse isto e aquilo. E eu digo: mas tu disseste isso? Mas é um direito que ela tem. As vezes se percebo que há alguma dúvida, também digo: pense lá bem, veja bem. A parte física é a pior mas parece que na sua cabeça ainda não está bem decidido e psicologicamente, os traumas que podem vir daí... Eu lembro-me de uma senhora, uma senhora já com uns 60 anos, veio à consulta já na menopausa ou assim e eu questioneei e às tantas a senhora começou a chorar. 30 Anos depois de ter feito um aborto aquilo ainda era um problema, porque as condições de vida na altura não eram as mais favoráveis e ela chorava copiosamente e eu até pensava que ela... E são essas marcas que eu digo: pense bem com a sua consciência, porque se a sua consciência está tão dividida, pense bem porque tudo se resolve mesmo quando vemos obstáculos, a família acaba por aceitar melhor do que aquilo que estamos a pensar. Pense bem. MJA – eu acho que isso da decisão tem várias leituras. E com 30 anos... Para já tem a leitura do estigma social, o facto de as pessoas saberem que são mal vistas por irem fazer o aborto também condicionam aquilo que a pessoa pensa e o que faz. E às vezes as pessoas choram não é por terem feito um aborto é porque a vida delas não lhes permitia fazer de outra maneira. Nós não temos muitas mulheres que queiram ir à psicóloga, mas algumas querem, mas eu acho sempre isso. A dor delas não é propriamente irem fazer o aborto, são as razões que estão associadas que pode ser por exemplo o companheiro ter ido embora, pode ser coisas assim deste género. Eu recordo-me uma vez, quando a APF fez um trabalho, em 2006, com a Linha Opções e até foi apresentado lá na MAC e veio uma pessoa da IPPF, socióloga, fazer uma leitura dos nossos dados. E uma das coisas que ela disse sobre as entrevistas – em que as pessoas mostravam um grande grau de arrependimento sobre o aborto que tinham feito – e ela dizia que isso era muito maior que noutros países e isso tinha a ver com a forma como a sociedade ainda encarava o aborto. Eu acho que

estes 10 anos têm de ser: acabar com estigma. O dos profissionais e o das pessoas que fazem o aborto. Acho que é mesmo importante e passa pela nossa atitude. Ainda no outro dia estava a fazer uma consulta de controlo a uma mulher e ela dizia que custava muito. E eu dizia que às vezes era difícil. E ela dizia: é porque eu sou contra o aborto. E eu disse: eu não sou nada contra o aborto. Eu acho que às vezes é importante que as pessoas oiçam alguma coisa que pode ser contra natura. “Então mas esta está a dizer que não é contra o aborto?”.

**Mas o próprio período de 3 dias de reflexão obrigatório remete para isso, não concordam?** CV – Eu não sei se as pessoas quando vão para fazer têm bem a noção e somos nós que as informamos. Mas eu acho que a maior parte delas quando chegam já sabem o que querem e os 3 dias não dizem nada. São uma minoria aquelas que precisam de refletir. Mas há algumas que vão e depois quando voltam dizem que quando chegou o momento não foram capazes. Tive uma que me recordo que quando foi fazer e viu que eram só jovens, pensou o que estava ali a fazer, não se enquadrava. Era uma mulher de 30 e tal anos, já tinha um filho, tinha acabado de ficar empregada e perguntava-se o que estava alia a fazer. MJA – Mas nesse caso a decisão era ambivalente. CV – Sem dúvida. MJA – Eu por acaso, percebendo que não deva ser obrigatório, não sou completamente contra os 3 dias. E quando penso o que deve mudar na lei e há duas ou três coisas que eu acho que deve mesmo mudar na lei, essa eu digo sempre, porque me convenceram que não deve ser obrigatório, mas eu não sou, visceralmente contra ele. Por duas razões. Primeiro porque acho que embora haja atos médicos pelos quais não é preciso esperar há outros em que pedimos às pessoas para refletirem antes. Pense e depois venha cá. Até para por o implante ou o dispositivo.

**Mas a questão aqui é a obrigatoriedade.** MJA – Sim e por isso eu decidi que quando falo nisso essa não é a mais importante. Até temos a colega francesa que nos ajudou muito neste processo. Eles tinham 7 dias e nós só temos 3. E ela dizia que elas vinham muito mal, mas depois falavam connosco e percebiam que estavam mesmo grávidas. E até, eu sei que não assim em todo o lado, mas na nossa consulta, ainda tem de fazer as análises e tudo corre... flui. E há pessoas que até querem mais tempo e nós dizemos que para não se preocupar que tem duas semanas para pensar, faz o que quiser e depois vem-nos dizer. TB – Eu por acaso em relação a esta questão do período de reflexão eu tenho uma opinião diferente. Eu acho que deveria ser não obrigatório. Devia uma decisão entre médico e Utente. Há mulheres que vêm e chegam completamente decididas e para elas é um suplício estar à espera três dias e há outras que de facto 3 dias não são suficientes. MJA – Mas há mulheres para quem é um suplício estar à espera porque é um suplício tomar uma decisão em qualquer situação. Então querem que aquilo aconteça sem que elas se apercebam e eu acho que isso não é a melhor maneira de lidar com as coisas, não só no aborto mas em qualquer coisa. TB – Mas também há outros aspetos práticos da vida. Imagina que tu tens 17 anos, tens que te deslocar 200 km e porque tens 17 anos alguém propõe hospital dia. Tu voltas, implica custos, ausência de trabalho, a sua privacidade. Por acaso é daquelas coisas que eu sou a favor de se retirar o período de reflexão e deixar em aberto. Por exemplo os franceses retiraram o período de reflexão, tinham 7 dias, mas se a mulher precisar de um período de reflexão vai até ao deadline da IG que no nosso caso são 10 semanas e 6 dias para nós, nós estabelecemos um deadline que é: não tem de decidir agora sob pressão mas tem... Porque eu também acho que há aqui várias coisas porque a forma como a nossa lei está organizada não é um verdadeiro consentimento livre e esclarecido, é um consentimento sob pressão. A pessoa devia levar o papel e pensar, porque como está é tudo sob pressão, agora vamos tomar um comprimido, agora não sei quê. MJA – É verdade que há essas mulheres para quem é mais complicado deslocarem-se mas também há aquelas que não compreendem como é a logística. E nós lá consoante a vida das mulheres planeamos como fazer a interrupção. TB – Por exemplo vêm à consulta num dia mas protelam a medicação para o fim-de-semana, mas quer dizer, acho que devia ficar em aberto para uma decisão médico-utente. Mas também se tirarmos o período de reflexão estamos também a correr muitos riscos porque estamos a ver a situação das consultas à luz da forma como nós a fazemos, com uma boa técnica de aconselhamento porque somos profissionais muito treinados. Se nós tirarmos o período de reflexão podemos ter algo: tome estes comprimidos e vai embora. Já não é um aconselhamento. Mas eu acho que também temos de confiar nos profissionais que temos. E formar as pessoas. MJA – Nós às vezes também somos um bocado paternalistas com as mulheres. Às vezes elas também podem querer fazer aquilo e depois se chorarem 20 anos depois, olha. É a vida delas. TB – Nós somos muito protetoras. E se calhar noutras áreas da nossa vida profissional não somos. MJA – Também somos. TB – Também somos, nós obstetras somos muito protetoras, porque não lidamos só coma mulher, lidamos com todo o contexto da vida dela e com acontecimentos reais da vida. E então somos muito protetoras e apoiantes. Mas de facto tenho muita ambiguidade quando penso nesta questão do período de reflexão. Porque no meu quotidiano há muitas situações em que eu penso que não deveríamos ter período de reflexão, que vai ser dramático. MJA – Por acaso nunca penso isso. Mas as minhas utentes são de mais perto. Apesar de algumas virem de longe. Há mulheres no Alentejo que preferem vir fazer a interrupção connosco. TB



– Mas eu tenho mulheres em que não é por opção, é por vicissitudes do sistema. Imagine-se uma mulher que vive... MJA – Mas imagina que às vezes vem uma rapariga com a mãe e a mãe está desejosa que la faça a interrupção e isso é uma forma de eu achar ainda bem que elas não fazem logo a interrupção. Porque às vezes pode haver uma grande pressão para a rapariga fazer a interrupção. Não quer dizer que o melhor para ela não seja aquilo, a maior parte das vezes é, mas é importante que a mãe perceba que a decisão é da filha. Que por muito que a mãe esteja a sofrer, quem está a sofrer mais é a filha. TB – Mas por exemplo, eu estou em Coimbra. Quando a consulta de Leiria estava funcionante era mais fácil. Agora a consulta de Leiria não tem resposta e elas vêm para nós. Uma mulher da Marinha Grande isto acarreta muitos custos. De transportes, de ausência do serviço. Ela vem à primeira consulta, depois vem à medicação. E depois a taxa de absentismo às consultas de revisão. Primeiro porque temos más experiências e os utentes também e depois temos esta questão da distância. E isso depois tem custos, quer práticos quer laborais. Porque se a pessoa falta ao serviço três vezes, para além de a sua privacidade ficar em causa também vão retirar esse valor do ordenado. Por isso para quem tem ordenados muito baixos com é maioria das pessoas neste país MJA – Eu compreendo as razões todas mas não sou visceralmente contra. E nós até somos um bocadinho paternalistas como somo em relação às mulheres que depois não regressam ao controlo. Mas este espeço pode ser paternalista mas também pode ser dar à uma oportunidade às mulheres delas se aperceberem de uma decisão que pode ser dolorosa mas que também pode ser... TB – Mas se nós formos ver no número de mulheres que temos em interrupção, o número delas que desistem durante o período de reflexão, é pequeno. Se calhar nem uma em dez. MJA – São poucas. Menos de 10%, sim. TB – Portanto se deixarmos em aberto, damos oportunidade a essas mulheres de também terem o espaço que precisarem e das outras que não precisarem, podemos avançar. MJA – Percebo mas não sou visceralmente contra. Vivemos num tempo de muito imediatismo e eu até digo às mulheres que aquilo não é irrevogável. E o aborto às vezes até pode ajudar a perceber que se queria uma gravidez. Mas a verdade é que elas também podem sentir as coisas de maneira diferente. A mim não me faz diferença nenhuma pensarem um bocadinho mais mesmo que saiam de lá um bocadinho angustiadas. Faz parte do processo de decidir.

**A questão do acesso é uma questão central, pois resolvendo-se a questão a própria questão do período de reflexão poderia ficar esbatida. Mas em relação ao acesso existe uma outra questão que me parece determinante que é a da objeção de consciência. Qual é a vossa opinião.** TB – Em relação à OC eu acho que é uma barreira sim mas custa-me um bocado a aceitar que em Portugal em que a IG é promovida pelo SNS existam serviços objetores. Porque a OC é um ato individual e um serviço que presta um serviço público, que está aberto ao público não pode ser por si só uma barreira. Tem de encontrar uma alternativa dentro do seu funcionamento. Eu também não gosto de fazer oncologia, não sou objetora às doenças oncológicas. Se tiver de tratar de oncologia, trato. Isto é um ato individual e o serviço que é um serviço público, deixamos de lado os hospitais privados ou as PPP, tem de garantir acesso a todas as valências que estão dentro da nossa legislação. Portanto a OC pode ser uma barreira individual mas não pode ser uma barreira de uma instituição. Portanto aquilo que acontece no nosso país é que há hospitais que não têm ninguém a fazer a interrupção e isso é uma coisa que tem de se ver com o próprio hospital porque é um hospital público e num serviço que é constituído por 10 ou 20 médicos ou outros profissionais de saúde – e isto aqui não está nas mãos os médicos propriamente - e isto não pode acontecer. Outra coisa que poderia ser uma maneira se ultrapassar a questão da OC é forma como a nossa lei está implementada, pelo facto de ter de ser um grupo de profissionais a fazer a IG, o médico que faz a consulta prévia não pode ser o mesmo que faz a datação de gravidez. Portanto implica uma otimização de RH que no nosso SNS hoje em dia pode não ser simples. Mas portanto acho que a OC foi a maneira suave de algumas pessoas, ou porque não tinha capacidade profissional ou porque não tinham treino ou porque estavam cheias de outras coisas no seu serviço, ultrapassar a questão. Eram todos objetores, passamos a referenciar a um privado e então o problema deixou de ser nosso. E não é assim que as pessoas trabalham num serviço público, na minha opinião. Não há OC em grupo. Se uma pessoa está no serviço militar e é objetora, é ela individualmente, não é a turma toda. MJA – Eu acho que a OC é um direito de cada um. E sempre houve para o serviço militar obrigatório e era terrível. A primeira vez que falei sobre isso até foi num trabalho para a APF e até fui ao gabinete de OC em Campo de Ourique para saber se havia alguma lei. E havia a regulamentar a OC para a questão do serviço militar obrigatório, mais nada. Eu acho que a OC quando apareceu em termos médicos até foi por uma boa causa por causa da 2ª Guerra Mundial quando houve médicos que cometeram atrocidades. E isso serviu para um profissional poder defender os seus valores e acho que não podemos mexer aí. Agora a OC tem de ser regulamentada. Em primeiro lugar porque é um direito que alguém tem e que é intransmissível. O facto de eu ser OC não pode recair sobre ninguém que está aqui, de maneira nenhuma, se sou diretora de serviço não posso obrigar ninguém, a comungar das mesmas convicções que eu tenho. E não posso fazer com que alguém perca um direito porque eu tenho este direito também. É pessoal e

intransmissível. E por isso tem de ser regulamentado e de alguma maneira espiochado. Porque há os OC que são objetores ao trabalho e portanto se fizerem OG é mais uma coisa que fazem e há os objetores à decisão da mulher. E isso não pode ser porque eu não posso ser objeter à decisão de outro. Só posso ser em relação ao ato. Para a pessoa é algo que não se faz, está ligado a algo filosófico ou religioso. Mas essa pessoa tem de a respeitar. E eu tenho lá desses todos na MAC, desde os que são objetores ao ato, só tenho medo dos fundamentalistas. Os outros rapidamente referenciam a pessoa e a maior parte das vezes não lhes dizem absolutamente nada. As que são objeteras à decisão são muito mais perigosas e penalizadoras da mulher. E são destrutivas. Eu acho que isto tem de ser regulamentado. Depois, eu tinha falado de coisas que eu acho que têm mesmo de ser alteradas na lei e uma tem mesmo com o estigma. E o estigma está na lei quando diz que tem de haver dois médicos (ou profissional), portanto a pessoa que fizer a consulta prévia tem de ser diferente daquela que fizer a datação. Quando há duas pessoas que têm de atestar que aquela pessoa tem menos de 10 semanas aí está o estigma da lei. Eu faço cesarianas e tenho procedimentos médicos muito mais complexos para a saúde daquela mulher e não preciso que ninguém me venha dizer que tenho razão. Ninguém vem dizer isso. É a minha decisão. TB – Isto é na lei mesmo.

**E qual terá sido o intuito dessa alínea?** TB – Era o de haver uma supervisão. MJA – Eu não sei. E nunca mudou. Porque nós em 2007 estávamos ansiosos que a lei viesse. E aqui está o estigma. Se eu vou fazer um aborto os olhares estão sobre mim. TB – Nós vemos isso no nosso quotidiano. Eu tenho alguns problemas com alguns OC no meu serviço por causa deste fundamentalismo da lei e nós enquanto profissionais temos de respeitar a decisão dos outros. Por exemplo se eu decido uma interrupção às 10 semanas e 6 dias e ela iniciou o procedimento aí. Mas claro, quando ela vai fazer o comprimido já tem 11 + 2. E portanto eu tenho sempre aquele olhar de que estou a fazer algo fora da lei. E isso é dito. Até as utentes dizem que não me queriam deixar numa situação embaraçosa. E isto cria barreiras, é como se fosse uma auditoria interna. Mas se a pessoa é responsável por aquilo que faz, se tiver que responder, responde em local próprio. Não responde publicamente no corredor de enfermaria: olha eu não ponho aqui o misoprostol que isto está fora de não sei quê. Isto não pode acontecer. Eu acho que a lei que está implementada nem sequer está ajustada àquilo que são os nossos recursos humanos atualmente. Porque nós temos muitas dificuldades em termos de recursos humanos nos serviços e se houvesse uma simplificação à luz daquilo que nós temos de treino e de experiência eu acho que podia perfeitamente haver essa simplificação e resolveria alguns dos problemas que temos dentro das nossas equipas. E até podia ajudar para incluir outras pessoas. E depois há coisas que não estão na lei mas que começaram a ser verdades absolutas que são: os internos não podem fazer a consulta. MJA – Mas podem. TB – Sim, mas em alguns locais são verdades absolutas. Se calhar não é no meu serviço nem no teu, em que os internos podem fazer, em que os enfermeiros podem fazer a consulta. Há uma responsável dentro daquela equipa de trabalho e toda a gente trabalha como uma equipa, há um supervisor mas é uma equipa. E esse tipo de coisas causa entraves não à acessibilidade mas à funcionalidade. CV – No centro de saúde fazia-se consulta prévia, a datação fazia-se fora (pedia-se a ecografia). O procedimento era: ela ia manifestar o desejo de fazer IG, depois tentava-se marcar para o médico para marcar exames, o que pode não ser no mesmo dia. Eram pedidos os exames e era dada a orientação que com os exames feitos se deveria dirigir à maternidade de referência. Mas mais tarde saiu uma circular a dizer que quando houvesse uma mulher que quisesse fazer IG que se dirigisse à MAC que lá era tratado de tudo. Embora nós fizéssemos sempre a inquirição acerca da data da última menstruação para perceber se ainda estavam dentro do tempo. Mas havia outras unidades de saúde, mesmo dentro do mesmo agrupamento que continuavam a pedir os exames fora e já eram encaminhadas para a MAC já com os exames feitos e portanto não havia uniformidade nos procedimentos. MJA – Eu até sou um bocadinho contra as uniformizações e deve é ser o mais confortável para a mulher. Nós até podemos achar que o mais confortável é irem logo e fazerem logo e de uma maneira geral até são lá bem atendidas. Mas para mulheres que até podem ter uma relação próxima com o centro de saúde até pode ser de outra maneira. TB – O Algarve tem uma experiência um bocadinho diferente. A nível hospitalar não tinham capacidade para oferecer todas as consultas, então o que eles fazem e acho que resolveu alguns dos problemas quer de Faro quer de Portimão. Portanto eles fazem a consulta prévia no centro de saúde, com todo aquele inquérito que nós temos de preencher, é entregue o consentimento na altura, quem quer fazer ecografia no entretanto faz, quem não quiser faz depois no hospital e outros exames auxiliares e quando vão para o hospital já vão para a IG. E aí agiliza um bocadinho. Depois voltam para o centro de saúde para fazer a consulta de revisão. Alguns fazem no hospital e outros no centro de saúde. Portanto, uma utente que vai ao centro de saúde. O intervalo de reflexão é aquele entre o centro de saúde e a consulta hospitalar. Se não fez ecografia através do CS faz depois no dia da interrupção. Depois volta ao centro de saúde. Como a eficácia do medicamentoso é tão grande não tem grande problema em fazer a consulta de revisão no CS desde que o aconselhamento seja adequado. Porque se a mulher não perdeu sangue a probabilidade da interrupção se ter efetivado é mínima. E este circuito ultrapassou muitos dos problemas que eles tinham na

acessibilidade. MJA – E por isso é que não pode haver uma uniformização. Eu acho que era bom para o acesso que a medicação pudesse ser feita nos CS. Quebrava muitas barreiras. TB – Eu acho que a interrupção hoje é segura mas se olharmos para o país que nós temos em que os cuidados de saúde primários têm tantos problemas e se formos ver, em questões básicas e permanentes como é a questão do planeamento familiar que não é fornecido uniformemente em todo o país e há até muitos utentes sem médico de família. A mim não me choca nada que este procedimento seja um procedimento hospitalar e de ginecologista. Até porque às vezes é preciso adaptar e há mulheres que não têm perfil para fazer uma interrupção medicamentosa. Não tem perfil individual, não tem condições existem riscos de saúde. E portanto, para nós, que lidamos com aborto espontâneo é fácil, nós que lidamos com complicações, é fácil. E os cuidados de saúde primários têm tanta coisa à qual não dão resposta... MJA – A minha proposta era fazer a revisão em meio hospitalar, porque a medicação toda a gente faz. TB – E só ia uma vez ao hospital? MJA – Sim. E o que eu estou a falar não é nada de extraordinário. Em 2007 quando a lei saiu havia 4 centros de saúde que quiseram fazer. Isto até foi uma reunião do Dr. Sarmento no Porto e estavam a falar no intervalo e foram falar com ele e perguntaram porque é que as queriam ali. E ele disse que era por causa das referências. E elas disseram que isso já faziam, queriam saber é se queriam que fizessem IG ou não. E ele perguntou se queriam, ao que elas responderam que alguns queriam. E assim começou. E por isso o hospital de Viana do Castelo não fazia e o centro de saúde fazia. Depois deixou e agora não sei como está. Quando nós damos a medicação nos hospitais e as mulheres vão não sei quantos quilómetros para casa, as complicações não vão acontecer ali, vão acontecer em casa. E no centro de saúde a mesma coisa mas estão mais próximas. TB – Mas não é isso. E a questão não é o Mifepristone porque é uma medicação segura e o misoprostol fazem no domicílio. Mas da mesma forma que a questão do período de reflexão pode ser decidida entre médico e utente, a questão hospital e centro de saúde também dentro da área de referência cada hospital deve articular-se com os seus centros de saúde. Tal como o Algarve fez pois como não tinham capacidade de resposta, dentro da sua área organizaram-se e a consulta prévia passou a ser feita no hospital. Imagine o hospital Amadora Sintra que não tem consulta de IG e que põe, por ano, não sei quantas mulheres nos Arcos. Eles próprios podiam organizar-se e não tendo capacidade para fazer as três consultas, os centros de saúde faziam a prévia e a medicação e eles faziam a revisão. Tudo bem. Eu acho que isto não é uma coisa que se diga que agora vai passar aos cuidados de saúde primários. Não. Nos locais em que os hospitais lidam com mais dificuldades em termos dos recursos humanos existe liberdade para cada área e zona do país se organizar de forma a que o SNS possa responder a isto. MJA – Absolutamente de acordo. TB – E não há proibição que diga que não possa ser feita nos centros de saúde. MJA – Mas não há nenhum esforço para que possa ser feito. É preciso formação. TB – Mas tem de partir das unidades hospitalares oferecerem essa formação. MJA – E dos centros de saúde quererem. Por exemplo na nossa área tem sido sempre difícil haver pessoas disponíveis. CV – mas o modelo de organização dos centros de saúde também mudou e está confuso. E numa USF em que há por exemplo 8 médicos tem todos de oferecer todas as valências. E essa seria mais uma. MJA – Isto não é uma valência. Até sabem como fazer a medicação. CV – Mas é como o planeamento familiar, às vezes com tanta coisa que há para fazer, o contraceptivo às vezes é fornecido sem qualquer tipo de aconselhamento. As pessoas chegam e dizem que vêm buscar a pílula, perguntam qual é que toma e dão. Eu por exemplo, na Alameda, nos três anos que lá estive batalhei... porque aquilo não era um supermercado. Porque era importante que a pessoa viesse falar comigo. E havia pessoas que andavam a fazer determinada pílula há 20 anos e estavam a fazê-la mal. Os tempos de pausa, pronto. E eu lutei contra isso. E eu saí de lá porque não me identificava com aquilo como um supermercado. Agora estou nos olivais e começamos agora o planeamento familiar e ainda está nestes moldes. Ainda ontem precisei de ir para a sala de tratamentos e batiam à porta dizer que vinham só buscar a pílula, e eu peço calma dizendo que gostava de falar um pouco com elas. E pronto quando consigo metê-las faço uma consulta como deve de ser. Mas há um projeto. E há uma colega nova que na área do PF é muito motivada.

**Mas este modelo de chamar as mulheres e fazer uma consulta mais longa, neste caso é de PF, mas se fosse de IG. É possível?** TB – É possível. MJA – Mas tem de haver disponibilidade. E nisso eu concordo com a Cristina. E mesmo lá fora. É um parâmetro que as pessoas põem. O aborto é um ato médico, acabou. Mas se eu vou colocar um DIU a uma mulher eu falo primeiro com ela. E até posso pedir para ela ir pensar. Nós não podemos estar ansiosos para fazer contraceção por acharmos que estamos a ser avaliados por causa do aborto de repetição. Mas querer fazer logo é não deixar a mulher decidir. Se eu lhes colocar um dispositivo ou um implante (contra a vontade) elas passado um mês estão a tirar. Por isso é muito importante para e no fundo são os cuidados centrados no doente. TB – E aceitar que as pessoas mudem de opinião. Às vezes os colegas dizem: uma mulher veio à minha consulta e combinámos que ia colocar o implante, mas depois foi à tua e tu deixaste que ela fizesse a pílula. E eu digo sempre que ela chegou à consulta e decidiu que o implante não era o que queria para a sua vida.

E se mudar de ideias volta. E isso para nós também foi um ato de aprendizagem porque nós tínhamos um treino para sermos soberanos no que diz respeito à nossa influência sobre a nossa utente. Que é isso que nós fazemos na doença. O senhor tem uma amigdalite, vai tomar um antibiótico e nem perguntamos se toma cápsulas ou xarope. Vai tomar um antibiótico. E esse é o nosso treino em medicina mas em PF e em aborto não pode ser assim. Quero por um dispositivo, tenho dúvidas. Quero fazer um aborto mas a minha religião não sei quê. Nós estamos aqui e tem de ser uma decisão conjunta. Não é uma decisão desumana médica. Porque quem vive com o problema ou com o médico é a utente. E isso para nós demorou um tempo e foi um privilégio trabalhar em saúde reprodutiva porque senão não teríamos dado a possibilidade às nossas utentes de questionarem. Era uma coisa que não era muito da nossa cultura. “Mas eu sou obrigada a fazer um contraceptivo depois de um aborto?” Não, não é. Se não fizer contraceção pode engravidar. MJA – As pessoas às vezes não pensam, mas fazer contraceção é usar um fármaco para uma doença que não tem. Eu penso assim, quando eu uso fórceps ou quando uma mulher faz alergia a um fármaco, eu penso: “mas eu tinha mesmo de fazer isto? Sim, tinha.” Tinha e corri o risco. Mas na contraceção eu não tinha de lhe dar aquele fármaco, ela não tem uma doença. Ela tem de aceitar os efeitos secundários de um DIU ou de um fármaco de que não precisava. Ela só precisa se sentir muito essa necessidade. TB – Nós também temos de aceitar que as nossas utentes tenham opiniões diferentes e que possam escolher um método menos efetivo ou que até não usem nenhum método se tem poucas relações e nessas alturas até usam contraceção de emergência. Se me perguntarem do ponto de vista médico se isto é o melhor? Não sei. Mas sei que a contraceção de emergência é menos eficaz que um método regular. Mas se aquela utente devidamente informada e for uma opção dela, eu tenho de respeitar. E tenho obrigação de lhe dar o *backup*. Se falhar cá estamos. Toma a pílula todos os dias, se falar tem a CE, se a CE falhar, cá estamos, porque não há soluções perfeitas. E eu acho que o aborto trouxe esta curva de aprendizagem, em termos médicos. Não sei o que acham, mas eu acho que para nós trouxe esta necessidade de adaptação às opiniões das pessoas que são diferentes das nossas. Porque nós também temos opiniões.

**Isso remete para a objeção de consciência e para a moralização das opiniões.** TB – Mas a OC não é só uma coisa médica. Há também da parte de outros profissionais. Por exemplo eu no outro dia estava de urgência e até estava lá por causa de uma outra senhora. E estava lá uma senhora a marcar uma consulta porque tinha feito uma interrupção e a secretária que nem sabia quem era a mulher disse-me logo: esta mulher usa a IG como método contraceptivo. E eu não disse nada, deixei passar, marquei a consulta e depois disse: esta senhora nem foi uma IVG, foi uma interrupção médica. E felizmente está grávida outra vez, e ela até vivia no Brasil onde a interrupção é ilegal, tinha uma doença grave no feto mas ela tinha capacidade económica e veio a Portugal. Deve ser uma em cem mil. E veio cá, gostou dos nossos serviços e agora está grávida e veio cá fazer o rastreio do 1º trimestre. E portanto não sei onde aprendeu isso, mas aprendeu mal porque aqui nunca ouviu nenhum médico dizer uma coisa dessas. Ah, mas eu ouvi uma colega sua dizer isso era a fulana tal. Mas essa médica nem trabalha em IG e portanto a opinião dela é a mesma que eu tenho sobre o ensino. Porque faz parte da nossa cultura emitir juízos de valor e ter opiniões sobre coisas que sabemos e as que não sabemos. Mas estas pessoas que são a primeira cara do interface do sistema é fundamental que elas tenham boa formação. E elas nunca foram integradas na nossa formação porque são sempre muito técnicas. MJA – Na MAC fazemos desde o início que são transversais. TB – Nós também temos mas depois temos uma rotatividade de pessoas tão grande... CV – É como nos centros de saúde. Eles mudavam tanto que depois não conheciam as pessoas. E portanto quase todas tinham de expor a contar aquilo tudo. TB – Sim é um problema a exposição. E às vezes é preciso estarmos do outro lado para percebermos. MJA – Mas essas vezes essas coisas até acontecem com a melhor das intenções. TB – Mas isso é transversal aos serviços de saúde. E nós até começamos a chamar à consulta cá, de IG, mas as mulheres chegam ao balcão e dizem que vêm fazer um aborto. E esta questão da privacidade quando vamos a um serviço de urgência e eu até tive essa experiência com um dos meus filhos e era uma coisa de oftalmologia. E eu cheguei ao administrativo e tive de dizer que tenho uma infeção não sei onde. E é a um administrativo que trabalha em saúde, tem de ter alguns conhecimentos, mas eu estou num guiché com três administrativos, tenho uma fila de 10 pessoas atrás de mim. Por acaso ele tinha uma coisa no olho, mas podia ser uma violação ou podia ser uma mulher que trabalha em sexo e teve um acidente com um preservativo e vinha fazer a profilaxia do VIH. Isto no fundo são as várias barreiras na acessibilidade. E há aquelas que não querem ir ao centro de saúde porque conhecem lá pessoas. Por uma questão de privacidade. MJA – Nós lá na MAC e até na lei, e eu até contribuí para a fazer, diz que as mulheres podem escolher o sítio onde querem ir dentro das limitações que temos. E não pode fazer todas se não na altura a MAC fazia as IG a dois terços de Lisboa. Porque só nós e Santa Maria é que fazíamos. E nós aceitamos algumas exceções e são aquelas mulheres que não querem ir ao centro de saúde ou que trabalham no hospital. E então telefonam para lá para saber se podem fazer lá e fazem. TB – No meu caso, que vivo num meio pequeno, Coimbra é pequeno e esta questão

da privacidade esteve sempre na nossa mente. E portanto a nossa consulta é aberta, portanto nós aceitamos fora da nossa área de referência. Porque à volta, Viseu é uma cidade pequena, muita gente trabalha em meio hospitalar ou tem uma amiga que trabalha, Aveiro não sei quê... Leiria a mesma coisa. Portanto a nossa consulta e a da Bissaia é uma consulta aberta e as pessoas podem circular da mesma forma que circulavam nas outras áreas da nossa especialidade. Porque também vinham ter os filhos connosco e viviam noutra cidade e portanto nós mantivemos isso. Mas tínhamos recursos para o fazer. Agora está mais difícil e por exemplo a IG diminuiu em quase todos os serviços do país e no meu quase que duplicou. Porque os serviços à volta têm muitas dificuldades. Bissaia está a fazer mas só tem um ou dois médicos e nós conseguimos assegurar três consultas. Em Leiria, saímos nós todos de lá portanto assegura às vezes e tem uma fila de espera enorme. Essa fila de espera também é uma coisa interessante pois a nossa lei diz que entre o contacto do serviço e a resposta são 5 dias mas nenhum serviço diz que não tem capacidade de resposta a duas semanas e dizem para as mulheres irem procurar resposta a outro lugar. Portanto ela nunca aparece com alguém que teve duas semanas à espera pois como não tem resposta vai procurar outro lugar. Como nós temos uma consulta aberta ela vem ao nosso serviço e não vem como referenciada de outro lugar, vem como se fosse por opção própria. Portanto dentro da minha ARS não tenho qualquer capacidade de argumentação pois não é o hospital que a está referenciar, são elas que vêm individualmente, se eu tenho uma consulta aberta eu não posso recusar. Mas esta questão está na nossa lei e não podemos atuar sobre os nossos serviços pois eles não estão em falta, oficialmente nunca falham a resposta dentro dos 5 dias, para aquelas para quem têm resposta é dentro dos 5 dias e para quem não têm oficialmente estão noutros locais. Isto tem sido um problema e não sei como se pode resolver.

**O problema da ausência de resposta nunca se coloca, se a Clínica dos Arcos faz um terço das IG em Portugal.** Em relação aos privados eu não sou contra, sempre houve privados na IG e não nos podemos esquecer que durante muitos anos eram os privados que resolviam a IG de forma segura em Portugal até 2007. Eu acho que deve ser uma opção das utentes ir aos privados como noutros sítios e as PPP são uma resposta organizada pelo SNS agora o que me choca é que a questão da OC seja uma barreira de um serviço e não uma questão individual. Que um serviço diga que todos os seus profissionais são objetores então dentro do serviço clínico e dentro da contratação dos profissionais, dentro do seu staff terá de ter um número de profissionais que trabalhe nesta área. CV – Têm de ser medidas desse género. MJA – Não podemos por na lei ou num concurso que queremos uma pessoa não objetora, porque as pessoas têm esse direito. Mas pode-se contratar para fazer a equipa. TB – Há perfis. Uma pessoa concorre a uma vaga para trabalhar em oncologia, ou para trabalhar em obstetrícia. Portanto vamos contratar pessoas para trabalhar nesta área. MJA – Nós neste momento por exemplo não conseguimos garantir que haja sempre em permanência. Todos os dias, 24 horas, não temos. TB – Mas isso é urgência. Temos obrigação de garantir. Dentro de um serviço hospitalar, sendo hospital público tem de garantir. E há países e acho que é na Suécia, um objetor não pode ir para a especialidade de ginecologia e obstetrícia. MJA – Eu acho isso mal. Não por se de fora que temos de achar bem. TB – Eu acho isto mal, porque um objetor de consciência pode ser um excelente ginecologista e isso acho completamente errado. Agora isto da OC tem muito a ver com a educação da população e por exemplo nos estudantes de medicina podemos começar a ensinar-lhes outras coisas tal como lhes ensinamos ética podemos falar na questão da OC. MJA – eu acho que aqui em Lisboa, até nas duas faculdades, mas pelo menos na Nova a cadeira obstetrícia tem sede na MAC e tem uma aula sobre contraceção e aborto com debate sempre. E a Fátima Serrano organizou um seminário facultativo sobre sexualidade me que também se fala e fala-se muito mais do que se falava. E eu acho que santa maria também tem. Nós podemos ver isto do ponto de vista ético só mas podemos ver também sobre o ponto de vista geral porque às vezes no terreno as coisas são diferentes. Nós devíamos fazer uma coisa que nunca fizemos. Que é efetivar a ordem porque a ordem às vezes diz coisas que são nocivas. E a ordem continua a dizer que o médico não pode fazer IG continua a estar no código deontológico. E às vezes na revista da ordem saem artigos que me fazem ficar ofendida com o que lá está. Nós temos de estar orgulhosos e ter coragem e assumir. Já me perguntaram se eu me sentia mal por fazer abortos e até foi na altura do referendo e isto é uma certeza que eu tenho. Eu sinto-me bem por fazer abortos porque ainda há pouco tempo disse a uma mulher para ir para casa e pensar no que quer porque eu posso ajudá-la das duas maneiras. Isto para mim é uma tranquilidade enorme porque eu durante anos tinha de dizer para irem onde quisessem e depois voltasse e nesse tempo nunca o fiz sem uma sensação terrível. Estava a manda-las para um mercado muito inseguro como acontecia muitas vezes na Chamusca onde elas iam a Torres Novas e depois iam parar ao hospital perfuradas outras com choque séptico. Portanto eu acho que temos de assumir que fazemos isto por convicção. Com a mesma convicção dos objetores, só que nós somos de outra maneira. TB – Temos uma mulher com mais de 10 semanas. No outro dia questionaram-me porque eu a referenciava. E se eu tenho uma mulher com 14 anos eu mando-a a Espanha e referencio. E digo que a nossa lei não abrange mas que ela não

comece a procurar medicamentos na internet, tem aqui um leque de locais legais onde pode ir fazer uma IG segura. E existe para as situações mais tardias uma ONG que apoia as mulheres neste circuito para não aterrarem no aeroporto ou no comboio e não ficarem ali completamente desprotegidas e depois apoia-as neste circuito. E eu ajuda-as na mesma maneira que se eu tiver uma doente com cancro eu não lhe digo que não trabalho em oncologia portanto agora procure um especialista. Não, isso não faz parte da minha postura profissional. MJA – Nem faz parte da do hospital público. TB – Exato e nós fazemos isso no âmbito da nossa profissão. Há centros especializados para determinado tipo de coisas e nós temos a responsabilidade deontológica de referenciar as utentes. Ainda no outro dia houve uma grande discussão no meu serviço porque estávamos a referenciar do público par ao privado e para outro país e se isso era lícito e eu acho que não há nada que diga o contrário. Mas ainda bem que se teve a discussão porque antes não se conseguia ter. E a nossa lei não diz nada que não possamos referenciar para o provado portanto por aí estamos completamente apoiados. E depois em Espanha a IG está sempre no serviço privado e portanto é o país mais próximo com a lei mais abrangente e portanto referenciamos para Espanha porque tem menos custos para a mulher. E tive uma situação em que uma mulher tinha ido a Espanha e tinha um papel com a minha letra e tinha tido uma perda de sangue e agora estava ali. Na reunião de serviço a seguir uma colega apresentou num slide o meu papel com os dados todos que eu tinha dado e a dizer que achava inadmissível. E eu disse que até achava que a pessoa que tinha feito aquilo tinha sido correta, que por acaso tinha sido eu, e expliquei: olhe tem o nome, tem a morada, o local os contactos e sobretudo um contacto de retaguarda, que é a maternidade, e da pessoa. Portanto do ponto de vista do aconselhamento o nosso serviço, serviço público prestou um bom serviço. Ficou ali um mal-estar. Porque nós orientávamos. MJA – Mas é uma redução de riscos. TB - Exatamente. Se uma mulher me diz que quer ter um filho em casa eu também lhe digo os riscos que corre, mas ela é que decide. No entanto se a coisa correr mal deixo todas as informações para que possa recorrer. Mas entre os médicos há também estas coisas. Em relação a isto da OC nós temos um trabalho sobre a estigmatização que é muito interessante dos profissionais de saúde que se dedicam à IG. E muitas destas questões têm a ver com a objeção. Objeção por princípios próprios, objeção por falta de treino e receio de risco. MJA – Achas que há pessoas que fazem OC por falta de treino. TB – Não, acho que é objeção ao trabalho.

#### **Há serviços que não funcional porque os profissionais declaram OC por não quererem ter mais trabalho?**

MJA – Sim, e Cascais foi um deles. Isto é muito chato de se dizer mas é verdade. A OC foi, em muitos locais um pretexto para se fechar a consulta. Eu não vou dizer quais foram os hospitais e até foram dois. Mas não vou dizer. Eles querem fechar a consulta mas o hospital não se quer responsabilizar, metem todos o papel da OC e pronto vai fechar. Isto é verdade. TB – Sim, eu sei de um hospital em que a própria direção do serviço pressionava as pessoas para não terem chatices punham o papel da objeção. MJA – Eu por acaso sou de um serviço pró escolha, a diretora de serviço era pró escolha, os colegas, muitos, também, mas os primeiros tempos foram muito maus e muitas vezes pensei que queria fechar a consulta. Depois durante a noite acalmava e pensava que se fechasse não havia resposta. E aquilo foi uma caminhada e ao fim de dois anos melhorou. E as pessoas começam a perceber que não somos abortistas. Eu nunca me senti estigmatizada embora eu soubesse que havia pessoas que achavam. A única coisa mais agressiva foi um médico do norte que foi muito agressivo. Na realidade eu nunca me senti estigmatizada porque tinha uma convicção muito grande de que era isto que era para fazer. TB – Mas na nossa especialidade a importância que se dá a algumas coisas a algumas valências, a questão da interrupção era quase como se não fossem coisas médicas. Nós em Portugal estamos escudados pela instituição, não temos aquele risco de uma pessoa à nossa porta vir dizer qualquer coisa. Mas de facto como olham para nós na área em que nos especializávamos é diferente da forma como olhavam para outra pessoa de outra área. E não é justo e está mal. MJA – Eu vejo isso como um desafio. Eu aprendi, até com o Miguel Vale de Almeida, na sociedade não haver movimentos reacionários. E são eles que fazem com se ande para a frente também, se não pensávamos todos os mesmos. E portanto é um desafio. E portanto àqueles que dizem isso de nós temos que dizer que não concordamos nada com isso e que achamos que nós é que estamos a fazer bem. TB – Mas isso é do quotidiano. Mas dentro da nossa especialidade as coisas não são iguais. E nós pertencemos a uma sociedade científica e nos eventos o nosso primeiro espaço para as coisas sobre planeamento familiar num evento de 4 dias era domingo de manhã no final da reunião. Portanto, não estamos a falar de estigmatização? Estamos. MJA – Estamos. TB – E nós aceitámos e combinamos de que lá estaríamos de cabeça erguida. Passados 3 anos já tivemos um horário menos mau. E agora, depois de muita batalha temos um horário quase igual aos outros. Não é igual ainda. E já outras sociedades científicas partilham sessões connosco. Mas foi um percurso de quase 10 anos. E portanto há estigmatização. MJA – Há outras situações e outras pessoas que sentem isso mais do que nós mas devem ser desafios e nós percebermos que para os outros é bom trabalharem connosco. E isto é uma mais-valia para as mulheres. TB – sim mas o que é facto é que a saúde reprodutiva não é tratada da mesma forma que outras áreas da nossa especialidade. Não é

tratada da mesma forma e os apoios que a saúde reprodutiva tem, que é transversal porque o número de mulheres que tem uma doença é um e o número de mulheres que é saudável e vai ter um filho um dia é muito maior. No fundo devia haver mais profissionais ligados a essa área do que profissionais ligados à doença que acontece pontualmente na vida de cada uma de nós. E dentro de uma classe conservadora é preciso dizer isto. MJA – Temos de mostrar que isto é muito importante. TB – Eu dei este exemplo da SSR mas pronto. O tema aborto nunca houve numa reunião da federação. Houve uma vez. MJA – E na sociedade já houve também e até me convidaram uma vez. TB – Mas não é um tema muito pacífico.

**E nos enfermeiros como é?** CV – Nos enfermeiros há também muita objeção. Aliás mesmo dentro do CS e mesmo dentro desta especialidade. Aliás quando saiu o meu nome para o grupo de trabalho sobre o aborto até fui questionada por um colega. E eu disse que era mesmo eu. E são muito poucos. TB – Eu quando trabalhava na consulta em Leiria tinha uma enfermeira que era objetora e eu estava sempre a esquecer-me que ela era objetora e ela fazia a consulta comigo e nunca se recusou. E ela fazia o aconselhamento, não fazia a medicação. Era completamente isenta no aconselhamento. Isto era confuso de perceber para mim. Mas como ela era tão profissional naquilo que fazia que eu até me esquecia que era objetora. Já para não falar do tempo que temos de ficar à espera para ter uma sala para fazer as interrupções. As enfermeiras até se indignam. MJA – Eu dizia às colegas que tinha tanto tempo, não me importava nada de estar à espera. TB – E por depois por exaustão a vaga do bloco lá aprecia. E por exemplo na minha maternidade tínhamos o problema dos anestesistas que eram objetores mas isto agora já desapareceu e eles sabem que um deles não pode ser objetor. Nós tínhamos dois que eram, então o nosso diretor decidiu que um deles não poderia ser porque tínhamos de dar resposta e não podíamos protelar coisas que tinham timing. E portanto se ele era objetor tinha que se fazer substituir. E se a equipa era toda objetora eles tinham que se organizar dentro do grupo dos anestesistas. E eles os dois lá se organizaram e depois deixou de acontecer. MJA – No aborto cirúrgico lá na MAC mandam-nos a escala da semana e eu depois vejo com a enfermeira como é que podemos marcar com os anestesistas. O centro hospitalar já não consegue fazer doutra maneira. Eu aqui há tempos tive uma senhora que veio fazer cirúrgico e a anestesista era objetora e o que se fez foi trocar com o anestesista que estava na ginecologia. TB – Para nós isso já está resolvido mas de facto se não fosse o aborto medicamentoso o SNS nunca conseguiria dar resposta.

**Em 2007 uma das questões que levou ao agendamento político desta questão foram os abortos clandestinos. Acha que a OC e as dificuldades que os serviços manifestam no seu funcionamento decorrentes da mesma, pode fazer com que essa questão ainda se mantenha e mulheres ainda recorram a abortos clandestinos?** TB – Pode. MJA – Pode. TB – Curiosamente eu acho que há mulheres hoje em dia que ainda não sabem que o aborto é legal. Em comunidades muito fechadas como as de imigrantes podem não saber. A questão das 10 semanas é impactante também. Por lado temos de pensar na realidade do nosso país. Nós começamos com o aborto medicamentoso ambulatório o que basicamente quer dizer que elas fazem o aborto em casa. Se a nossa lei fosse até às 12 semanas isto não era possível por causa da eficácia e segurança. MJA – E também por se mais embaraçoso por verem o embrião. TB – E portanto estávamos a oferecer uma coisa mas estávamos a penaliza-las no processo. Eu quando tenho que falar para uma plateia menos favorável ao aborto eu começo pela questão da segurança. Nós despenalizámos o aborto para garantir que estas mulheres não continuavam a morrer e ater complicações. E isso foi conseguido porque antes a mortalidade era uma e agora não temos. E eu acho que os relatórios da DGS têm sido importantes para demonstrar isso. Mas sim, eu acho que a acessibilidade pode fomentar o aborto clandestino. A questão das semanas pode fomentar o aborto clandestino porque quando diz a uma mulher que tem 14 semanas e pode ir a Espanha, algumas mulheres podem ir, mas a maioria da população portuguesa não vai. Outra coisa importante é a questão dos menores. Os menores de 16 anos precisam de autorização parental e pode ser uma barreira para algumas raparigas. Isto tem mudado ao longo do tempo porque a sexualidade tem mudado ao longo do tempo. MJA – Eu acho que a própria lei ajudou ao falar-se disto faz com que seja mais fácil. TB – Passou a haver educação sexual e a haver outra abertura. MJA – Agora veem uma coisa legal e sabem que os médicos vão lá estar e isso apazigua. O que dizem é que é sempre melhor os pais estarem junto aos filhos e não haver segredos, mas há famílias tão disfuncionais em que a agressividade é tão grande que é melhor não estar. Em França por exemplo o que havia era um adulto de confiança que a rapariga escolhia para a acompanhar durante o processo. Assinava tudo o que fosse preciso e estava protegido se houvesse algum problema. Na Suíça por exemplo a família só é avisada se houver algum problema, se não houver ninguém sabe de nada. TB – Em Espanha o aborto não precisa do consentimento parental mas o PF precisa. É paradoxal. Mas a nossa lei também diz que em situações de grande relevância profissional de saúde pode assumir. MJA – Mas idealmente devem vir com os pais. É preferível do que fazer o medicamento sozinha em casa ou com uma amiga. Até pelas dores. TB – Se me

perguntar se há aborto clandestino em Portugal? Há de certeza, Mas se recebemos complicações de aborto clandestino no SNS. Não. MJA – Ficaram as melhores a fazê-lo. Mas eu até sabia pela APF de muitas mulheres ali da zona do Fernando da Fonseca que vendiam droga e que agora vendiam Misopretol. Eu até dizia que assim não iam presos. TB – Mas continua a haver porque a acessibilidade não é boa e porque dentro das comunidades imigrantes que vêm de países onde não é legal e aqui não sabem que a realidade é diferente. E aí temos de intervir.

**Última pergunta, na vossa opinião o que poderia mudar na lei ou no funcionamento dos serviços?** MJA – Para mim a primeira coisa era retirar a necessidade de duas pessoas a atestar o tempo de gravidez. O estigma está na lei. Depois era aumentar o número de semanas, muito poucas, não sei. Mas quem fica de fora desta lei são muitas vezes as pessoas mais vulneráveis, as adolescentes ou as mulheres migrantes, ou vítimas de violência ou porque não têm capacidade. Essas duas coisas era importantíssimo. Também se devia tirar a obrigatoriedade dos menores estarem com familiares. Os três dias de obrigatoriedade dava de bandeja, se tivesse a negociar dizia, então está bem. E tem faltado uma coisa muito importante que é manter o ativismo. Nós ganhamos isto, e ganhamos bem ganho. Havia muita gente que não queria ir a referendo, eu queria. Mas é preciso voltar ao ativismo. Nós devíamos perceber que isto pode mudar outra vez. Tal como mudou em 2015. Os movimentos do não estão sempre aí e às vezes de maneira cruéis. E portanto devemos voltar ao ativismo até porque quem veio depois não passou pelo aborto clandestino. CV – Para mim é essencialmente formação. Tanto dos enfermeiros como do pessoal administrativo. E sim o ativismo é importante. É importante ouvir-se falar novamente. TB – Acho que o período de reflexão devia ser facultativo, uma decisão individual. Acho que os dois profissionais, de um supervisionar o outro não faz qualquer sentido. A questão dos menores pode trazer dificuldades, sim. Depois acho que se deveria rever o papel dos hospitais públicos em que são os serviços objetores e não os profissionais. Acho que isso é fundamental na acessibilidade. Os serviços não podem ser objetores. MJA – Mas os serviços não são objetores. TB – Mas se toda a gente for objetora então... Um serviço não pode ser todo objetor, tem de éter um staff que não seja objetor. Tem de aumentar os seus recursos humanos ou modificar os seus recursos humanos. Dentro daquilo que são os objetivos de um serviço público tem de o fazer. Depois a formação aqui pode ser determinante pois se as pessoas estiverem melhor preparadas estão mais a vontade para trabalhar determinado tido de áreas. Formação em tudo. Pode ser em formação cívica para aprender a respeitar a opinião dos outros para todos os profissionais de saúde para todos os profissionais de saúde, independentemente de serem médicos ou enfermeiros ou outros. Para não existir aquilo do “eu não trabalho isto”. Em relação ao referendo isto é engraçado. O norte respondeu maioritariamente não ao referendo e é onde existem mais consultas hospitalares para IG. O sul onde mais se respondeu mais “sim” é onde existe mais dificuldades na acessibilidade. Eu acho que estes são os pilares onde devíamos fazer uma mudança. MJA – Mas também na sociedade, não só para nós. Para todas as pessoas. Agora em relação a isto dos serviços, nunca tinha pensado nisto assim. Mas a nossa lei o que diz é que os serviços que não possam fazer a interrupção deve arranjar uma alternativa. Isto é o que diz a lei. TB – Isso é o que diz a lei da IG mas depois vais ver qual é o papel de um hospital público, em relação à sua população... MJA – Mas nenhum hospital público pode garantir que tem todos os serviços. Ou porque são muito diferenciados ou pelo contrário pouco diferenciados não podes dar ali. TB – Sim mas aqui estás a falar de uma coisa que é quase transversal a cuidados básicos de saúde. MJA – Tem é de haver coisas criativas, Leiria quando vos convidou fazer, já que eram todos objetores, correu muito bem. TB – E correu bem durante muitos anos, mas depois houve uma lei por causa da contratação dos funcionários fora do hospital e tivemos de sair. Mas nessa altura já estava uma equipa formada. E essa equipa disse que ninguém os obrigava a por um papel de objeção. MJA – Então se calhar o facto de estarem lá 10 anos deu-lhes coragem a elas para o fazerem. E nós não nos podemos esquecer que de norte a sul do país em todas as consultas, nem toda a gente tem o mesmo sentir. TB – Eu tenho receio disso, nomeadamente por causa do período dos 3 dias e por causa do aconselhamento contracetivo porque acho que muitas vezes não há liberdade de escolha. MJA – Isso é formação. TB – A formação é fundamental MJA – Sim e esse tipo de formação pode ser usado em qualquer área. Essa capacidade para ouvir o outro. TB – Eu acho que foi uma sorte para nós trabalhar em SSR. Sabemos ouvir, sabemos respeitar e somos muito menos dominadores na relação médico doente. Eu acho que até se vê no quotidiano e foi muito bom. E temos essa capacidade de saber ouvir e saber esperar. E estas consultas são super desgastantes, há vidas dramáticas. E se não a ouvirmos nem temos noção porque não fazem parte do nosso dia-a-dia social. E quando se tem menos recursos estas coisas são piores e a gravidez não planeada pode ser vista da mesma maneira. Portanto mais facilmente tem impacto.

**Outras considerações** TB – o ano passado fizemos a revisão dos manuais escolares de biologia e estavam cheio de falsos conceitos. Sobre a IG então era dramático principalmente sobre juízos. Os manuais têm autores. Nós revemos os manuais na sociedade de contração em grupo. Simultaneamente enviámos para o ME uma



informação a dizer que os manuais, para além de erros científicos graves, faziam juízos de valor. E isso para quem estava em processo de formação não era aceitável. Algumas editoras aceitaram completamente os cometários que fizemos. Sobre contraceção tudo, sobre IG algumas tudo. Outras editoras parcialmente alegando que não podiam mudar, sobre contraceção mudaram, sobre IG não. MJA – É mesmo assim. TB – Pois quando falamos em formar pessoas, se lhes damos ferramentas que estão errada condicionamos logo à partida. MJA – Também tem a ver com a forma como se vê o ensino e parte do ensino devia ser para debate de ideias. Por exemplo sobre o aborto, parte da aula seria para transmitir conhecimentos e outra parte para debater em democracia e com os outros independentemente de uns pensarem uma coisa e outros outra. TB – Na medicina devia ser obrigatória no primeiro ano, porque eles tem muito poucas competências sociais. Aliás como diz o meu filho a maior parte dos amigos que vai para medicina vem de famílias em que não existe liberdade de escolha e eles não reivindicam. TB - Nestes locais. Vai ao centro de saúde com todo o aconselhamento e depois ao hospital para interrupção. Até pode vir sem a ecografia. No hospital faz a ecografia, que para nós é uma coisa fácil e faz a interrupção. Mas todo o trabalho prévio de aconselhamento que é onde nós gastamos muito tempo era feito no Centro de Saúde. CV – Eu quando recebo uma mulher faço logo um panorama geral daquilo que vocês vão oferecer. Não lhe passo papel nenhum para a mão, mas eu até lhe podia dar logo o consentimento. Todo o trabalho já está feito. MJA - Se a mulher já tem a consulta prévia feito nós fazemos logo o medicamento. E isso já poderia ser porque ela já teve acesso a serviços de saúde. CV – Mas esta nova forma de organização da USF que obriga que a mulher vá ao seu médico de família ou enfermeira de família já implica muito mais procedimentos do que aqueles que eram necessários. Eu na minha unidade tenho cerca de 10 médicos mas não tenho assim tantas pessoas a fazer o planeamento posso ser uma referência para o encaminhamento. TB – Mas por exemplo, são 10 médicos com o seu enfermeiro e o seu administrativo, mas todos os dias há uma pessoa que atende urgências, há uma pessoa de referência que faz a consulta do dia. E isto pode ser na consulta do dia. MJA – Mas não podes garantir que há uma pessoa não objetora. TB – Mas aí é que está. Se tens 10 médicos no serviço de saúde público não podem ser todos objetores. MJA – Devia haver um espaço para interrupção de gravidez com uma equipa, uma mini equipa. E até localmente fulano, beltrano e sicrano até podia fazer isso na sua consulta normal. TB – Mas por outro lado, se nós estamos a transpor isto para os centros de saúde porque é que não fazemos a mesma coisa em meio hospitalar? Os hospitais têm liberdade para formar as suas equipas. MJA – Eu não estou a dizer para acabarmos com as consultas em meio hospitalar, mas se as pusermos também nos centros de saúde, chegamos a mais pessoas. E mais, eu acho que há muitos médicos nos hospitais e nos centros de saúde que não querem fazer, mas também há muitos que querem. Por exemplo, eu lembro-me do início quando eu ia falar aos centros de saúde e dizia como se punha o implante e dizia um médico: mas não ponha, porque eu gosto tanto de pôr. Então eu já sabia que para ali não punha. Porque gostava que aquilo fosse um cuidado dado por ele. TB – Mas isso é uma vantagem de nós vivermos num país pequeno porque conhecem-se as pessoas. MJA – E isso é bom, porque era mais uma pessoa envolvida neste processo e quanto mais pessoas estiverem envolvidas nos processos, melhor. TB – Mas no hospital público dizem que não têm ginecologistas nem obstetras para ir. MJA – Mas no hospital podem requisitar sempre. E não é as pessoas mudarem de serviço. Por exemplo, neste momento quem faz a consulta de CGI (Consulta de Gravidez indesejada) sou eu que sou de obstetrícia e a ... que é de ginecologia. Porque são as pessoas que estão disponíveis. Uma pessoa de cada lado. E há uma terceira que faz de 15 em 15 dias só mas que agora está grávida e começa-se a notar e é complicado. Porque depois as pessoas atazanavam-lhe a cabeça se não lhe fazia confusão estar grávida e estar a fazer IVG. Mas ela respondia muito bem e dizia que não lhe fazia confusão dizendo que a dela era uma gravidez que quis e a das mulheres eram gravidezes que não queriam. Mas portanto agora fomos buscar pessoas a todo o sítio. E portanto cada hospital tem de querer e depois arranja uma maneira. TB – Mas a questão de um hospital público não é querer. Tem um dever de uma prestação de um cuidado. Se adaptarmos modelos de funcionamento, por exemplo esta questão da consulta prévia nos centros de saúde, os hospitais não precisam de tantos recursos. Foi o que o Algarve fez. Portanto eu acho que há alternativas para que os hospitais não se livrem desta questão. Há soluções. MJA – Os hospitais públicos não devem descartar-se.

**Garantindo acessibilidade igual?** TB – Para que as pessoas tenham de se deslocar menos. Têm custos muito grandes.

### **História de vida “S”, 36 anos**

**Ideias prévias:** Em vez de te mandarem logo para a clínica, não, vais fazer uma ecografia primeiro, tens de ver o tempo... e foi que me aconteceu a mim com a minha filha de 11 anos. Quando cheguei à clínica já não me fizeram o aborto. Já passava do prazo. Logo aí a lei está errada. Eu tenho 3 filhos. Tenho o H. com 12 anos que foi capa da revista da APF, tenho a J. com 11 e tenho e tenho o J. com 7. E agora estou grávida de um menino. Estou cheia

de medo. É da idade, esta gravidez tenho tido muitas dores... E ponderei abortar, digo-te mesmo. Mas como estava a fazer uma medicação por causa das minhas artérias do coração e quando descobri estava no hospital da Amadora eu disse à médica que eu não posso ter este filho. Por causa da minha idade, por causa dos meus meninos, agora que a vida se estava a orientar... E ela disse: eu não te mando para lado nenhum para fazeres um aborto, por causa das tuas artérias. E ninguém fazia. Ainda fui à clínica em Lisboa e o médico disse-me que não fazia. Se deus me fechou as portas todas é porque era mesmo para ele nascer. E ia-me arrepender. O meu menino, o meu C..

**Segundo sei fizeste um aborto através do SNS, conta-me como foi essa experiência.** Dessa vez estava de 8 semanas, tive sorte der dado por isso. Fui à médica eu me mandou ir fazer uma ecografia e eu disse: já não caio nessa. Mande-me diretamente ou então corro o risco de chegar lá e já não me fazerem. Porque basta passar um dia e já não me fazem a IG. E depois eu vou ter de ter mais um filho ou vou ter de fazer um aborto em casa. Então a minha médica mandou-me diretamente para a clínica. É a minha médica de família, ela sabe de tudo. Então fui à clínica, passado 3 dias ligaram-me e a primeira coisa que me perguntaram foi se eu tinha a certeza se eu estava grávida, onde estava o teste que a médica tinha mandado fazer e eu disse que não tinha feito porque já tinha acontecido eu ter chegado lá e já tinha passado do prazo. Então ele fez a ecografia e estava de 8 semanas. Passados uns dias estava lá em jejum de manhã. Aquilo é uma coisa muito rápida. Chamam-te, desces para um quartinho, passados 5 minutos vêm-te buscar. Ao todo se estiveres meia hora dentro da clínica é muito. Depois de te aspirarem, acordam-te, dão-te um queque ou umas bolachas. Está tudo bem? Está tonta, não está? Pronto está feito. E dão-te o papel para ires à médica de família. Mas o procedimento não é este. Eu devia primeiro ter ido fazer primeiro uma análise ao sangue num laboratório com uma credencial da médica. A médica dá-te uma credencial para ires fazer uma análise ao sangue e uma ecografia para se ver o tempo. E nem sempre consegues fazer uma ecografia de urgência. Se tiveres dinheiro, fazes no mesmo dia, há várias clínicas privadas. E se não tiveres? Tens de fazer através do SNS e nem sempre há vagas. Por isso é que muitas raparigas acabam por ter os filhos. Porque depois também não têm acesso aos Citotek. Isto tens de ir ao centro de saúde, depois vir para amadora para ir fazer os exames, depois tens de voltar ao posto médico apresentar os resultados. E aí a médica, nesse dia, é que manda um fax do posto médico para a clínica dos Arcos, depois ficas à espera dois ou três dias que a clínica te ligue para te apresentares. Então tens de te deslocar a Lisboa. E depois tens de te deslocar outra vez a Lisboa porque o primeiro dia é só para verem os resultados dos exames que tu já levas. E no segundo dia em que lá voltas é que fazem mesmo o aborto.

**E há alguma participação para deslocações?** Não, é tudo do nosso bolso. A única coisa que eles te pagam é a cirurgia, vá. De resto pagas tudo do teu bolso. Chegas a um ponto em que ponderas, se será que vale a pena.

**Quando foste fazer esse aborto que relataste, quanto é que gastaste?** Autocarro para a Pontinha, são 2,5€ só para baixo, mais 2,5€ para cima. Depois ainda tens o metro. Depois tens de subir aquela ladeira toda a pé na Av. Da Liberdade. Mas gastas à vontade 10/15 euros. Uma vez. E tens de ir 2 vezes lá. Fora o que gastas para vir para a Amadora que são 3 euros e tal para ir e 3 euros e tal para voltar para fazer ecografia e verem o tempo. Isto leva tudo à volta de 15 dias. E mais os dias de trabalho que perdes. Imagina que ganhas aí 15 ou 20 euros por dia que é o que anda aí a média. Perdes 1 dia para fazer exames. Logo 20 euros, perdes o dia que vais à clínica, mais 20 euros e perdes o dia em que vais fazer a cirurgia. São mais 20. 60. Fora alguns 20 ou 30 que já gastaste em transportes. Fora o tempo que perdes no posto médico e correr o risco de chegar lá e o médico dizer que já passou o tempo. Basta um dia e eles já não fazem. E já me aconteceu. Cheguei lá e já tinha passado e eu tive de fazer em casa pelos meus meios.

**Já fizeste abortos fora do sistema legal?** O primeiro aborto que eu fiz tinha 16 anos, foi antes da lei. Na altura não era legal. A minha filha tinha 6 meses e eu fui à minha médica de família, a uma consulta de rotina e ela reparou que o meu corpo não estava igual. Perguntou-me pela menstruação e eu disse-lhe que desde que tive a menina que só tinha tido duas vezes. Mas podiam ser coisas do parto e eu era uma menina. A médica perguntou se eu tinha tido relações sexuais e eu com vergonha disse que sim. Ela mandou-me fazer um exame ao sangue porque havia qualquer coisa que não estava bem. E eu fiz. A minha filha ia fazer 6 meses e eu tinha 4 de gravidez. E a minha médica disse que ia tentar disponibilizar umas injeções sem que ninguém soubesse. Eu também tenho sorte com a médica e família que tenho. Ela não conseguiu mas como a tia da minha filha mais velha tinha acesso aos citotek, o primeiro que eu fiz foi com citotek, com 16 anos em casa. Sai tudo, já vês bem. E outro que eu fiz já depois da lei, o meu J. tinha 1 ano – agora tem 7. Não dei conta da gravidez, porque andava numa fase complicada do meu casamento. Ele na Suíça, Portugal, Portugal Suíça e eu sempre aqui com os meninos. Então acabei por não dar conta. Então se a menstruação não aparece passados dois dias é porque foi o sistema nervoso,

ou porque foi isto ou aquilo. Os dias já são tão ocupados com os filhos que já tens que nem dás conta. E quando eu dei conta a minha médica disse-me que já não íamos a tempo. E eu disse que ia tentar. E lá está. Pedi para me enviar diretamente para a clínica já com medo de me acontecer o mesmo que aconteceu da J.. Porque da Joana tinha acabado de sair a lei. E por causa de uns dias não me fizeram. E ela mandou-me e a médica disse-me logo que eu só pelo cheiro engravidava. E eu disse que sabia é que não os podia ter. E o médico quando estava a fazer a ecografia olhou para mim e perguntou-me se eu tinha 500 euros para ir a Espanha. Eu perguntei se ele estava a brincar. E ele disse-me que eu estava de 20 semanas. Caiu-me tudo. Mas isto é tudo uma jogada muito grande. Porque se passares o prazo aqui eles dão-te o contacto da clínica deles de Espanha. É legal mas fazes numa clínica. E eu andei uma semana a pensar se faço ou não. E eu pensei. Então eu moro num bairro e tenho acesso a tudo vou mas é fazer em casa. Se eu sei fazer, se já ajudei tanta gente a fazer e eu já fiz também. Porque é que não hei-de fazer? E fiz mas levei dois dias a expulsar o feto. De hora a hora tens de por um comprimido por baixo, tomar um por cima, por baixo e por cima... E depois na gíria dos médicos, se o bebé já está muito agarrado a nós já é complicado. Estive dois dias a sofrer um bocadinho. Não cheguei a ir ao hospital porque é ilegal. Então tens de aguentar. E na hora da expulsão eu estava a contar com sangue, com uma pasta e eu deparo-me com uma coisinha... com um bebé. E eu jurei nunca mais fazer um aborto. É uma marca que fica para sempre. São coisas que fechas os olhos e vêm à memória. É um bebé e é o teu filho. Eu peguei nele, tirei-o da sanita e estive com ele na minha mão e pensei o que ia fazer da minha vida. E ainda tive hemorragias durante uns 15 dias. Até que tive de contar à minha mãe o que se passava. O meu irmão já sabia porque eu pedi ao meu irmão para me ajudar com o que eu fazia ao bebé. O que é que eu ia fazer áquilo? Ele foi a casa da minha irmã que tinha uns quintais e enterrou lá. Eu entrei num estado de loucura total. Fui muito abaixo. É como entrar numa depressão. É transportar um peso dentro de mim, olhar para os outros três e pensar se eu tive estes porque é que não tive o outro. Já para não falar o que se passa. As hemorragias, as dores, querer levantar-me da cama e não conseguir. Sentir-me mal, mesmo mal. Passados 15 dias a minha mãe querer levar-me ao hospital e perguntarem-me o que eu tinha feito e eu sempre a negar. Apareceu uma médica a dizer-me que eu tinha feito um aborto ilegal e só tinha de admitir isso. E eu perguntei porque haveria de admitir se era crime e porque é que ela queria que eu admitisse uma coisa que não tinha feito. Eu não ia admitir uma coisa que era um crime. Para quê? Para chamarem a PSP? E a médica disse-me que não tinha dúvidas que eu tivesse feito um aborto mas que tinha dúvidas se eu alguma vez iria ter mais filhos. Então o peso ainda é maior. Claro que na altura não estás a pensar ter mais filhos, mas depois paras e pensas. E se eu quiser ter mais filhos? Mas graças a deus... olha. Mas sei de montes de casos. Uma que fez um aborto ao mesmo tempo que eu, até fui eu que lhe arranjei os comprimidos, que não aguentou as dores e foi para o hospital e apresentaram queixa dela. É crime. Depois nunca mais soube o que é que deu. A minha única preocupação era que ela dissesse quem lhe tinha arranjado os comprimidos. Porque era muita coincidência, ela fez, depois eu apareço e querem que eu diga que fiz também. Eu nego até ao fim e ela depois dizia que tinha sido eu a arranjar os comprimidos.

**Como é que fazes para arranjar os comprimidos?** É lá no bairro. 10 Euros cada um. Cada comprimido. Uma caixa deve ficar à volta de 6 ou 7 euros mas só consegues comprar com receita médica porque aquilo são comprimidos para o estomago, pagas 10 euros cada um. E depois aquilo é, se tiveres até aos 4 meses basta 6 comprimidos. Logo aí são 60 euros. Mas no meu caso precisei de mais. Logo para começar precisei de 10, porque não queria mesmo sair. No segundo dia depois liguei para a rapariga que me arranjou mais uma gamela e disse que quando eu tivesse dinheiro que lhe pagava. E isto porque eu conhecia toda a gente no bairro, era a menina do bairro e até hoje ela nunca quis o dinheiro de volta. Mas se tivesse de pagar seriam mais 100 euros. Mas se fores a uma clínica fazer um aborto pagas os 500 ou 600 euros mas até aos 4 meses é igual. Metem o comprimido por cima e por baixo. Por isso quando falaram comigo para falarem contigo disse logo que podia ser eu a falar. Eu já fiz e conheço tanta gente que já fez.

**No teu caso estavas fora do prazo, não tinhas outra hipótese. Mas conheces situações de mulheres que tenham feito aborto clandestino mesmo estando dentro do prazo legal?** Sim. Há mulheres que preferem comprar comprimidos e fazer em casa. E conheço porque passavam todas por mim para chegarem à pessoa que vende. Aliás, elas davam-me o dinheiro e eu ia à pessoa e trazia os comprimidos. Entregava-lhes e explicava como era o procedimento. Em muitos casos até metia o primeiro comprimido e ia à minha vida e depois ia lá meter o segundo. Mas conheço muitas assim. Ou porque têm medo de chegar à clínica e estar fora de tempo. Porque são muitos dias que se levam até se chegar à clínica. E isso havia de mudar. Há certeza de que está grávida, então vai-se diretamente à clínica. Porque assim vai fazer uma análise, depois vai fazer uma ecografia e depois é que vai à

clínica. A lei assim nunca vai funcionar. Então o dinheiro que gastam em transportes, o tempo que vão perder e tudo, preferem comprar os comprimidos. E fazem logo. E acabam por nunca saber o tempo que tinham.

**Mesmo sabendo que alguma coisa podia correr mal.** Sim. Eu achei que ia morrer.

**E esse negócio paralelo continua a haver?** Sim continua. Enquanto houver pessoas que trabalham no hospital e têm acesso aos comprimidos vai continuar a haver. E essa pessoa que eu conheço também sofre do estomago e portanto o médico passa-lhe essa receita. E ela compra e tem em casa e vende. Mas muitos. Ainda o ano passado uma amiga minha precisou e eu fui a casa dela, abriu a gaveta e eu até perguntei para que era aquilo tudo. Porque tem saída. E nos bairros sociais ainda mais. Porque no bairro acomodas-te aquela vida. Muitas até podem querer ir à clínica e o dinheiro? Não têm trabalho... Como é que vão? Vão dar a cara? Vão pedir dinheiro emprestado para fazer um aborto? Para depois serem apontadas e crucificadas? Não! Então preferem arranjar dinheiro aqui a ali e arranjar os comprimidos. E isso nunca vai acabar, isso dos comprimidos. Se a lei não mudar, os comprimidos nunca acabam.

**E na tua opinião como é que isso podia mudar?** Estas duas semanas em que estivemos para nos encontrar eu andei a pesquisar outros países. Por exemplo porque é que o posto médico não tem testes de gravidez lá? Para se fazer logo? Depois. Sim senhora, está grávida. Não precisa de ir para um laboratório fazer análises ao sangue e não precisa de ir fazer ecografia. Está comprovado, manda-se o fax, passados 3 dias vais à clínica. E podes ter a sorte de estar dentro do tempo legal, como foi o caso da outra das minhas gravidezes. E podia ser por aí. Teste de gravidez dentro do centro de saúde.

**E fazer a interrupção no centro de saúde, o que achas?** Também. Ou uns comprimidos que fossem amolecendo o útero ou injeções. Porque há tanta coisa que o Estado podia usar. Até podiam ponderar a situação financeira da pessoa. Se a pessoa não tem para onde se virar, vamos fazer no posto médico. Ou vamos mandá-la já hoje para o hospital. Mas não. Têm de seguir os parâmetros da lei. Tem de ir fazer a análise no dia a seguir de manhã, tem de ir fazer ecografia, depois tudo depende das vagas que tens nas clínicas. Depois fazes a ecografia e o médico diz que tens 5 ou 6 dias no máximo. Tens de ir outra vez para o posto médico e a tua médica pode não ter vagas para ti. Tens de esperar que a médica tenha vagas. Sabes que estas dentro daquele prazo legal e com um tempo limite. E só quando a médica vê o exame é que te manda para a clínica. Depois mais 2 ou 3 dias para chegares à clínica. E já passou o teu prazo para fazeres um aborto. Como mulher e como mãe acho que haviam de estipular até às 10 semanas mas nos postos médicos. Não haveria tanta grávida desnecessariamente. Não haveria tanta criança que veio ao mundo porque a mão não conseguiu fazer um aborto ou até mortes à conta de um aborto em casa. Graças a deus nunca aconteceu com nenhuma das que eu ajudei.

**Conheces algum caso de mulheres que tiveram crianças que não desejavam porque queriam fazer aborto e não conseguiram?** No bairro tens de tudo. Tens crianças que forma retiradas assim que nasceram porque as mães não as queriam. Queriam continuar as suas vidas na desbunda, na brincadeira. Não queriam ser mães, então chegam à maternidade... Até há uma que conheces, que estava a ter a menina e ela dizia que não a queria. E até foi a irmã que cuidou dela e até hoje ela não sabe que a tia é que é a mãe. Mas isso foi porque ela nunca quis e não conseguiu ter acesso ao aborto e muito menos acesso monetário a comprimidos. Porque tentas com muita coisa. Tentas com cerveja preta, tentas com vários chás que dizem que são abortivos. Mas isso tem tudo um limite para acontecer. Se passar aquele tempo tem de ser com comprimidos ou com injeções. E não tem acesso monetário a isso. E aquela gravidez... nunca mostrou interesse. Ela ia às consultas e dizia que não queria aquele filho. Ela foi ter a criança no Amadora Sintra veio logo a assistente social com o papel para ela assinar e ela assinou logo o papel. Porque não queria nem tinha vida para a ter e porque não conseguiu o aborto. Ela nunca quis e ela só dizia que deviam tê-la ajudado no aborto. E há muitas histórias assim, chegam à maternidade e não querem os filhos. Não têm amor por eles, nem querem vê-los. E depois há outros casos que deixam as miúdas fazer a gravidez inteira, chegam à maternidade e tiram as crianças. E deviam era ter alertado de que há o aborto legal, que na situação delas é o melhor porque já é uma situação de risco com os outros filhos que tem. Há a história da Maria que conheces. Que lhe tiraram os filhos e agora está grávida. E nunca ponderou fazer o aborto. Mas já fez uns quantos em casa porque não queria ir à clínica. E a lei podia mudar logo por aí. Porque o que tu vais fazer à clínica podes fazer num posto médico. Chegas à clínica, chamam-te, dão-te um comprimido e é o tempo de estares-te a despir. Deitam-te na marquesa, de perna aberta, anestesia, aspiram-te. O médico mete a mão, depois mete um espeto, depois ouves um espeto. Porque não estás cá mas estás. Levam-te para o recobro e ao fim de 5 minutos estão-te a chamar. Aquilo é meia hora. Pode-se fazer em qualquer sítio. Porque é que havemos de ir lá par ao meio de Lisboa, gastar dinheiro que às vezes não temos. Porque se não queremos trazer um filho é porque não temos

vida para o criar, quanto mais ir lá não sei para onde. Na minha maneira de ver e na maneira de ver de várias mulheres que fazem o aborto em casa, era por aí. Havia de se tratar logo o mal pela raiz. Faz o teste, está grávida, faz-se logo ali o aborto. Ou podem dizer que se não há aparelho de ecografia no posto médico. Fez o teste de gravidez no posto médico, está grávida, vai já para o hospital. Se não quer mesmo, vai para o hospital. Faz a ecografia, faz a interrupção da gravidez na mesma hora, na urgência e vem embora.

**Mas há hospitais que não fazem abortos porque os médicos são objetores de consciência.** No Amadora Sintra depende da equipa médica que apanhas. Se não fizerem também não te dão a ecografia e mandam para a clínica e espera-se que chamem. Mas no hospital tem tudo, tem acesso a tudo. E não é por meia hora que se está a ocupar uma cama numa urgência que essa cama vai fazer falta a uma grávida que está a chegar para ter bebé. As camas nem são as mesmas. E se a lei impusesse, em vez de haver aquela clínica específica passasse essa responsabilidade para os hospitais. Se és do Amadora Sintra vais para o Amadora Sintra, se és de Santa Maria, vais para Santa Maria. Mas ser tudo tratado em dois dias. No posto médico detetaste que estás grávida, então amanhã às x horas para fazer a interrupção. Havia de ser assim, mas não é. Porque o grande problema aqui são os dias que levas até chegares à clínica e o dinheiro que gastas. Acabam por acontecer muitas tragédias. Quantas crianças nascem deficientes? Porque as mães não têm dinheiro para ir para a clínica ou então chegam e já passou o prazo legal, vão fazer o aborto em casa e o aborto não fica completo. O bebé nasce doente. E há um caso lá no bairro, um menino que veio ao mundo sem os dedos e ainda hoje não anda. Tem montes de problemas. Ela tomou muitos comprimidos mas o aborto não aconteceu. Ele nasceu mas não se formou. Mas há casos piores. Por causa das leis. A guerra havia de ser por aí. Posto médico ver se está grávida e hospital da sua área, cada hospital trata das suas doentes e assim conseguia-se combater o problema do aborto.