U.PORTO

MESTRADO EM PSICOLOGIA

PSICOLOGIA DA JUSTIÇA E DA DESVIÂNCIA

Acesso das trabalhadoras do sexo à IVG em Portugal: Perspetivas de profissionais

Luísa Dias Oliveira

M

2026

Universidade do Porto

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Acesso das trabalhadoras do sexo à IVG em Portugal:

Perspetivas de profissionais

Luísa Dias Oliveira

Outubro 2026

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia da Justiça e da Desviância, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora ***Alexandra Oliveira*** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto concetuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Sem prejuízo do disposto anteriormente, o/a autor/a declara que recorreu a ferramentas de Inteligência Artificial (*ChatGPT*) durante o processo de elaboração deste trabalho para a melhoria linguística das frases e verificação de formatações bibliográficas (normas APA 7.ª edição). O recurso a esta ferramenta limitou-se aos usos descritos, mantendo-se as ideias, a análise, a interpretação dos resultados, a elaboração científica e a redação inicial do relatório integralmente da responsabilidade do/a autor/a.

Agradecimentos

Ao terminar este estudo, só consigo pensar na gratidão e adoração que tenho pelas mulheres da minha vida. Parte de vocês está neste meu trabalho. Na verdade, este agradecimento estende-se a todas as mulheres, em especial a todas aquelas que já partiram por terem de recorrer à IVG de forma clandestina.

Agradeço à minha mãe, por mostrar-me desde sempre a força que as mulheres têm, obrigada por todo o colo. À minha irmã, por me ter dado a mão sempre e por crescer comigo. À minha segunda mãe, a minha Gustinha, por me relembrar do nosso poder e auto-determinação, apesar de todos os desafios que enfrentamos. Às minhas primas (Ana, Cátia, Matilde, Mia e Mónica) que são as minhas melhores amigas. Obrigada por me ouvirem e me darem confiança para fazer o que gosto.

Um obrigada especial à professora doutora Alexandra, não só pelo apoio nesta jornada, mas também por defender quem tão frequentemente é esquecido e por mostrar que o feminismo pertence a todas as pessoas.

Clarisse e té, obrigada pela amizade e discussões acesas sobre temas que ninguém quer saber. Um obrigada, especificamente, à faculdade que me deu a conhecer a minha Bibi, a Érica, a Raquel e a Camila. Nestes cinco anos criei, ainda, uma família, Carla e Sofia, exemplos de como as amizades femininas são sinónimos de amor e união.

Rita e Pedro, agradeço-vos por me contagiarem com a vossa dedicação e alegria. PortoG, giru e sala de consumo, estou grata por ter contactado com os vossos utentes e técnicos, que me fizeram perceber que todos, incluindo eu, temos um propósito.

Obrigada, lua e Malu, as minhas confidentes.

Faria, o meu último, mas eterno obrigada. Obrigada pelas longas viagens de carro, entre choros e risos, música e debates, e por todas as memórias que ainda iremos criar. És o meu lugar. Obrigada, ainda, por me dares a conhecer a querida Joana.

Resumo

A Lei n.º 16/2007 despenalizou a interrupção voluntária da gravidez (IVG) em Portugal, mas persistem barreiras no acesso por populações estigmatizadas, como as pessoas trabalhadoras do sexo (TS). Face à escassez de investigação nacional, este estudo procurou compreender, na perspetiva de profissionais, os fatores condicionantes do acesso das pessoas TS à IVG, as respostas existentes e as melhorias necessárias.

Adotou-se uma metodologia qualitativa, exploratória e descritiva, de matriz construtivista/interpretativista. Participaram 13 profissionais de 11 entidades comunitárias em Portugal e com experiência junto da população TS. Os dados foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas, sendo posteriormente submetidos à análise temática.

Os resultados evidenciam um conjunto de fatores individuais, relacionais e sociais que influenciam as decisões reprodutivas. O acesso à IVG surge condicionado pelo enquadramento legal, organização dos serviços e condições socioeconómicas, assumindo o limite gestacional relevância acrescida quando acumulado com atrasos burocráticos. O estigma manifesta-se na antecipação do julgamento, motivando a ocultação da atividade, e na discriminação direta. As organizações comunitárias desempenham um papel central de mediação, compensando lacunas dos serviços de saúde. Foram relatadas situações em que dificuldades no acesso formal culminaram em continuação indesejada da gravidez e a práticas clandestinas de risco.

Os resultados sugerem que o reconhecimento legal da IVG não garante, por si só, as condições necessárias ao seu exercício efetivo. A melhoria do acesso das pessoas TS à IVG requer respostas céleres, humanizadas e não discriminatórias nos serviços de saúde, a redução das barreiras institucionais e maior articulação com as organizações comunitárias.

Palavras-chave: Interrupção Voluntária da Gravidez, Trabalho sexual, Acesso aos cuidados de saúde, Estigma, Organizações comunitárias.

Abstract

Law No. 16/2007 decriminalized voluntary termination of pregnancy (VTP) in Portugal, yet barriers to accessing reproductive healthcare persist, particularly among stigmatized populations, such as sex workers (SW). Given the scarcity of national research, this study explored, from the perspective of professionals, the factors conditioning SWs' access to VTP, existing responses, and necessary improvements.

An exploratory, descriptive, qualitative methodology was adopted, based on a constructivist/interpretivist perspective. Participants included 13 professionals from 11 community entities in Portugal with experience working with SWs. Data were collected through semi-structured interviews and submitted to thematic analysis.

The results highlight a set of individual, relational, and social factors influencing reproductive decisions. Access to VTP is conditioned by the legal framework, service organization, and socioeconomic conditions, with the gestational limit becoming particularly critical when combined with bureaucratic and institutional delays. Stigma manifests in anticipated judgment, which leads some women to conceal their professional activity, and through direct discrimination within healthcare services. Community organizations play an important mediating role, helping to address gaps in healthcare. Situations were reported where formal access difficulties led to the continuation of unintended pregnancies and risky clandestine practices.

The results suggest that the legal recognition of VTP does not, in itself, guarantee the conditions necessary for it to be effectively exercised. Improving SWs' access to VTP requires a timely, humanized, and non-discriminatory responses in healthcare services, fewer institutional barriers, and greater coordination with community organizations.

Keywords: Voluntary Termination of Pregnancy, Sex work, Access to healthcare, Stigma, Community-based organizations.

Índice

Introdução *1*
Enquadramento Teórico *1*
1. Interrupção Voluntária de Gravidez 1
1.1. Conceito, enquadramento legal e prevalência 1
1.2. Estigma e barreiras no acesso à IVG 2
2. Trabalho Sexual 3
2.1. Conceito, enquadramento legal e práticas de proteção 3
2.2. Trabalho Sexual: Estigma e barreiras no acesso à saúde 4
3. O acesso das trabalhadoras do sexo ao aborto 4
Objetivos e questões de investigação *6*
Método *7*
1.1. Posicionamento epistemológico 7
1.2. Desenho metodológico 7
1.3. Participantes 8
1.4. Instrumento 8
1.5. Procedimentos de recolha de dados 9
1.6. Procedimentos de análise dos dados 10
Apresentação e Discussão dos resultados 11
1. Contextos de gravidez e tomada de decisão perante a IVG 11
1.1. Caracterização dos casos e diversidade dos perfis 11
1.2. Motivações e tomada de decisão para a IVG 12
2. O acesso efetivo à IVG: entre o direito e os constrangimentos 13
2.1. Enquadramento legal, burocrático e administrativo 13
2.2. Organização dos serviços e desigualdade territorial 14
2.3. Condições sociais, económicas e laborais que condicionam o acesso 15
3. Estigma, discriminação e vulnerabilidades interseccionais 16
4. Experiências nos serviços de saúde e percurso pelo sistema 18
4.1. Experiências de atendimento: entre discriminação e atendimento humanizado 18
4.2. Literacia, informação e orientação no sistema 20
5. Vivências emocionais e psicossociais associadas ao processo 21
5.1. Ambivalência e vivência da decisão 21
5.2. Impacto emocional e consequências da experiência de acesso 22
5.3. Continuação da gravidez e recurso a alternativas 23

6. O papel das organizações comunitárias na mediação do acesso 24
6.1. Informação, orientação e acompanhamento no acesso à IVG 24
6.2. Mediação e proteção no acesso aos serviços de saúde 25
6.3. Limitações e desafios da intervenção comunitária 26
7. Necessidades identificadas e propostas de melhoria 27
7.1. Formação e sensibilização dos profissionais 27
7.2. Informação e literacia em saúde sexual e reprodutiva 28
7.4. Condições legislativas e estruturais 30
Conclusão 30
Referências Bibliográficas 33
Apêndices 40

Introdução

A justiça reprodutiva, enquanto dimensão dos direitos humanos (Nyinawagaba, 2024), assenta no princípio de que todas as pessoas devem decidir livremente sobre a sua saúde reprodutiva. Em Portugal, a Lei n.º 120/99, de 11 de agosto, estabelece garantias neste âmbito, nomeadamente através da educação sexual, do acesso a consultas de planeamento familiar e da disponibilização de métodos contracetivos. Ainda assim, persistem desafios sociais e estruturais que podem comprometer a equidade no acesso à saúde, sobretudo entre populações marginalizadas e invisibilizadas nas políticas públicas. Tal é o caso das mulheres trabalhadoras do sexo (TS), que podem enfrentar formas de estigmatização e constrangimentos no exercício dos seus direitos reprodutivos e no acesso aos cuidados de saúde. Estas experiências podem ser compreendidas à luz da interseccionalidade, considerando a articulação entre género, profissão e outras condições sociais que podem contribuir para situações de desigualdade (Crenshaw, 1991). Neste contexto, e face às lacunas da literatura, o presente estudo pretende explorar as perspetivas de profissionais sobre o acesso das mulheres TS à interrupção voluntária da gravidez (IVG) em Portugal.

Enquadramento Teórico

1. Interrupção Voluntária de Gravidez

1.1. Conceito, enquadramento legal e prevalência

A interrupção voluntária da gravidez (IVG), também designada aborto induzido (AI), consiste na interrupção deliberada de uma gravidez e, quando realizada em serviços de saúde legais e autorizados, é um procedimento seguro e de riscos reduzidos (Associação para o Planeamento da Família [APF], s.d.).

Em Portugal, a Lei n.º 16/2007 permite a IVG, em estabelecimentos de saúde oficiais ou reconhecidos, em cinco circunstâncias: por opção da mulher, até às 10 semanas; para evitar risco para a sua saúde física e/ou psíquica, até às 12 semanas; quando é o único meio de remover perigo de morte ou lesão grave e duradoura da sua saúde, sem limite de semanas; quando a gravidez resulta de crime contra a autodeterminação sexual, até às 16 semanas; e perante malformações fetais graves, até às 24 semanas ou sem limite se o feto for inviável. A mesma

legislação determina que os estabelecimentos de saúde disponibilizem consultas e acompanhamento psicológico, social e de planeamento familiar, para além dos cuidados de ginecologia e obstetrícia (artigo 2.º). A lei reconhece também o direito à objeção de consciência dos profissionais de saúde (artigo 8.º) e estabelece um período mínimo de reflexão de três dias entre a confirmação da gravidez e a realização da IVG (artigo 5.º). Segundo o Serviço Nacional de Saúde (SNS), o procedimento é assegurado sem custos e sem restrições relacionadas com a inscrição no SNS (SNS24, 2025).

De acordo com o Relatório de Análise dos Registos das Interrupções da Gravidez, em 2025 foram registadas 18 869 IVG em Portugal (Ministério da Saúde e a Direção-Geral da Saúde [MS & DGS], 2026). A maioria (96,7%) ocorreu por opção da mulher nas primeiras 10 semanas, mais frequentemente em pessoas entre os 20 e os 24 anos, das quais 44,2% foram pessoas migrantes (MS & DGS, 2026). O relatório (MS & DGS, 2026) evidencia, ainda, um aumento do encaminhamento do setor público para o privado, podendo esta evolução refletir, segundo a MS & DGS (2024), uma maior complexidade no percurso necessário para aceder à IVG.

1.2. Estigma e barreiras no acesso à IVG

O estigma pode ser compreendido como um atributo depreciativo que desvaloriza a identidade social do indivíduo perante as normas dominantes (Goffman, 2004). No caso da IVG, esta perspetiva permite compreender como este procedimento pode ser associado à ideia de desvio relativamente às expectativas sociais, contribuindo para experiências de estigmatização ao longo do processo.

Apesar da legislação, persistem obstáculos no acesso à IVG em Portugal, nomeadamente a falta de equidade territorial, o limite gestacional curto, o período de reflexão obrigatório e a ausência de regulamentação clara da objeção de consciência (Amnistia Internacional Portugal [AIP], 2025). Dos 38 estabelecimentos públicos reconhecidos, sete não realizam a IVG por opção da mulher, apesar desta modalidade estar prevista na Lei n.º 16/2007, e quatro não realizam qualquer IVG, embora integrem a lista oficial de estabelecimentos reconhecidos (AIP, 2025). A AIP (2025) refere, ainda, que entre 2020 e 2022 seis estabelecimentos ultrapassaram o prazo máximo de cinco dias estabelecido para a primeira consulta.

O estigma associado à IVG surge em diferentes momentos do processo: no período de reflexão, que pode atuar como mecanismo moralizador da decisão; no consentimento parental

para menores, por vezes condicionado pela antecipação de violência familiar e coerção reprodutiva; no limite das 10 semanas, frequentemente ultrapassado perante entraves burocráticos; e na objeção de consciência, expressa por 71,3% dos especialistas do SNS (AIP, 2025; Barretto et al., 2022; Feio, 2021). Uma consequência destes obstáculos é a deslocação de mulheres a Espanha, onde, desde 2019, 2525 pessoas realizaram uma IVG (AIP, 2025). Este impacto é mais acentuado em grupos socialmente vulneráveis, como mulheres imigrantes, jovens e pessoas em condições económicas precárias (Feio, 2021).

Outra barreira no acesso à IVG, é provocada pela desigualdade territorial. Nos Açores, em 2023, 144 das 158 pessoas que recorreram à IVG tiveram de se deslocar ao continente, devido à escassez de recursos humanos e à objeção de consciência, já que apenas duas profissionais realizam o procedimento na região (AIP, 2025; MS & DGS, 2024).

O estigma dirigido a quem recorre à IVG interfere nas decisões reprodutivas e pode conduzir a práticas inseguras ou ao prosseguimento de gravidezes indesejadas (Feio, 2021). O estudo de Feio (2021) constatou a persistência de abortos clandestinos, apesar da World Health Organization (WHO, 1967) ter reconhecido o aborto inseguro como grave problema de saúde pública.

2. Trabalho Sexual

2.1. Conceito, enquadramento legal e práticas de proteção

O trabalho sexual pode ser compreendido como uma atividade de prestação de serviços com significado sexual ou erótico para o comprador, realizada numa transação consentida entre adultos (Oliveira, 2008). O conceito abrange diferentes práticas e contextos, incluindo prostituição, acompanhamento, *webcam*, chamadas eróticas, indústria pornográfica e venda de conteúdos eróticos online, podendo ocorrer em espaços como a rua, apartamentos, hotéis, bares, clubes e saunas (Oliveira, 2008).

Em Portugal, o trabalho sexual não é considerado crime, contudo permanece associado ao lenocínio, previsto no artigo 169.º do Código Penal, que criminaliza a facilitação ou promoção da prostituição de outra pessoa com fins profissionais ou lucrativos. Este enquadramento afeta sobretudo as pessoas TS em contexto de interior, nomeadamente quando realizado de forma coletiva ou em apartamentos partilhados (Global Network of Sex Work Projects, 2024). A ausência de reconhecimento do trabalho sexual enquanto atividade profissional contribui, igualmente, para a exclusão estrutural deste grupo (Oliveira, 2004).

No âmbito da saúde sexual, a utilização do preservativo com clientes apresenta valores elevados. Num estudo realizado com TS de interior em Lisboa, 98,7% das participantes referiram utilizar sempre preservativo nas relações vaginais com clientes (Oliveira, 2013). Resultados semelhantes foram encontrados por Dias e colaboradores (2015), num estudo com 1040 profissionais do sexo, no qual a utilização consistente do preservativo com clientes foi referida por 91% das mulheres, 73,5% dos homens e 81,5% das pessoas transgénero. Contudo, o preservativo é menos utilizado nas relações afetivo-sexuais não comerciais (Oliveira, 2013).

2.2. Trabalho Sexual: Estigma e barreiras no acesso à saúde

O estigma dirigido ao trabalho sexual decorre, em grande medida, das normas sociais e morais que regulam a sexualidade, sobretudo a feminina, classificando as pessoas TS como amorais, legitimando processos de estigmatização e exclusão social (Goffman, 2004; Oliveira, 2008). Consequentemente, as pessoas TS podem ver limitado o exercício pleno da cidadania e o acesso a direitos fundamentais, como a segurança social, o registo fiscal e, muitas vezes, o direito à maternidade (Oliveira, 2004). Este processo é reforçado pela rejeição institucional e pelo enquadramento legal (Oliveira, 2008).

O estigma pode, assim, constituir uma barreira no acesso aos cuidados de saúde. Num estudo realizado com TS em Portugal, 20,7% referiram não recorrer regularmente aos serviços de saúde e, entre as pessoas imigrantes, 36,6% não se encontravam inscritas no SNS (Oliveira, 2013). Este afastamento pode resultar de experiências prévias de discriminação e do receio de julgamentos morais (Teixeira, 2020). Estas vivências contribuem para uma perceção de insegurança perante as instituições de saúde e podem dificultar a procura de apoio (Oliveira & Fernandes, 2017).

Estas barreiras não são exclusivas do contexto português. Folch e colaboradores (2013), num estudo realizado com 400 mulheres TS na Catalunha, num contexto legal semelhante ao português, identificaram o medo de discriminação como um dos principais constrangimentos no acesso aos serviços de saúde. Foram ainda identificadas perceções de falta de confidencialidade, dificuldade em comunicar necessidades específicas relacionadas com o trabalho e recurso à automedicação entre algumas participantes.

3. O acesso das trabalhadoras do sexo ao aborto

As pessoas TS podem experienciar desigualdades resultantes da sobreposição entre o estigma associado ao trabalho sexual e o associado à IVG, aos quais podem juntar-se outras

condições de vulnerabilidade social (Crenshaw, 1991; Goffman, 2004). A interseccionalidade permite compreender estas experiências enquanto resultado da articulação entre diferentes dimensões sociais, evitando a sua análise isolada (Crenshaw, 1991).

Assim, importa compreender de que modo o enquadramento legal da IVG e do trabalho sexual determina o acesso das profissionais ao procedimento de forma digna e segura. Em Portugal a literatura é escassa, ainda assim, algumas pessoas técnicas de redução de riscos já alertavam, há duas décadas, para o recurso de TS ao aborto clandestino em condições perigosas (Fernandes et al., 2006). Perante esta lacuna, recorreu-se à investigação internacional organizada segundo o estatuto jurídico do trabalho sexual e do aborto vigente no ano e país de cada estudo.

Relativamente ao grupo dos estudos em países com IVG e trabalho sexual legal, um estudo feito no Canadá com TS utilizadoras de substâncias (Duff et al., 2011) indicou uma prevalência de 36% de AI, devido a baixa utilização de métodos contracetivos. Por sua vez, Wahed e colaboradores (2017) encontraram níveis de insatisfação com os serviços de aborto, destacando-se referências a falta de privacidade, confidencialidade e rapidez no atendimento. Estes resultados sugerem que, mesmo em contextos legalmente permissivos, persistem barreiras relacionadas com a organização dos serviços e com as experiências vividas pelas TS.

Analisando os países onde o AI é permitido, mas o trabalho sexual é criminalizado, Lau e colaboradores (2007) reportaram uma prevalência de 55,6% entre TS adultas em Hong Kong, das quais 48% recorreram a clínicas informais. Na China, Zhang e colaboradores (2014) encontraram igualmente uma elevada frequência de AI entre TS, com uma proporção significativa de procedimentos autoinduzidos. No Uzbequistão, Todd e colaboradores (2006) identificaram uma prevalência de 60% de pelo menos um AI, enquanto na Rússia, Decker e colaboradores (2013), registaram uma prevalência de 58%. Mais baixa foi a prevalência no Camboja (21,4%), associada à ausência de contraceção nas relações não comerciais (Yi et al., 2015).

Nos países onde o trabalho sexual não é criminalizado, porém o AI é ilegal ou restrito, a prevalência mantém-se alta: 37,6% em Espanha (Ojer Tsakiridu et al., 2008), 67,6% no Benim (Perrault Sullivan et al., 2020) e 45% em Madagáscar (Khan et al., 2009), com baixo conhecimento e fraco controlo sobre o uso de preservativo nos dois últimos. Na Colômbia, a frequência foi de 53,5% (Bautista et al., 2008), e no Brasil todas as participantes (39) tinham abortado ilegalmente (entre uma e oito vezes), na sequência de relações comerciais sem preservativo, com *misoprostol* comprado no mercado clandestino (Madeiro & Diniz, 2015).

Em contextos onde o TS e AI são ambos criminalizados, tal como Nigéria, Laos e Zâmbia, as taxas de ocorrência indicadas foram de 93,1%; 24% e 47,7%, respetivamente (Oyefara, 2007; Cleeve et al., 2014; Chanda et al., 2017), associadas maioritariamente a procedimentos clandestinos. No Irão, a prevalência varia entre os 42 e 46,5% (Khezri et al., 2020; Moradi et al., 2022), enquanto no Quénia 11,9% das participantes relataram ter realizado um AI e 51,2% referiram ter experienciado uma gravidez indesejada (Simmelink et al., 2022). No Zimbabué, entrevistas e grupos focais com TS evidenciaram que a criminalização do trabalho sexual e as restrições legais à IVG contribuíam para a natureza clandestina do aborto e dificultavam a procura de cuidados formais (Chareka et al., 2021). Estes dados evidenciam que a criminalização potenciam a violação dos direitos reprodutivos e colocam em risco a integridade física das pessoas TS.

No conjunto, a frequência de AI entre pessoas TS é sistematicamente superior à da população geral (Madeiro & Diniz, 2015; Moradi et al., 2022), num processo marcado por estigma e dificuldades de acesso a serviços seguros, mesmo em contextos legais (Lau et al., 2007). Em alguns contextos, estes constrangimentos estão associados ao recurso a clínicas informais, automedicação ou outros métodos inseguros, com risco de complicações como hemorragia, infeção, hospitalização e, em situações pontuais, morte evitável (Lau et al., 2007; Madeiro & Diniz, 2015; Willis et al., 2023). Torna-se, por isso, essencial reforçar o acesso à saúde sexual e reprodutiva, com mais contraceção e planeamento familiar (Chanda et al., 2017; Duff et al., 2011; Willis et al., 2023), e disponibilizar informação rigorosa sobre o aborto seguro: locais reconhecidos, custos, cuidados posteriores e acesso ao *misoprostol* em contextos de ilegalidade. A sua difusão por equipas de proximidade e educadores de pares faz das próprias pessoas TS mediadoras de informação segura entre pares (Marlow et al., 2014; Willis et al., 2023).

Objetivos e questões de investigação

Dada a escassa produção científica sobre o acesso das pessoas TS à IVG em Portugal, o presente estudo tem como objetivo geral compreender, a partir da perspetiva de profissionais que trabalham nesta área, os fatores que condicionam esse acesso e as respostas existentes. Especificamente, pretende-se (a) compreender de que forma fatores legais, sociais, laborais e estruturais influenciam o acesso das pessoas TS à IVG, (b) explorar o papel das associações e organizações comunitárias na mediação desse acesso, (c) identificar as necessidades,

dificuldades e motivações percecionadas pelos participantes, (d) analisar a adequação dos recursos e respostas institucionais existentes e (e) identificar oportunidades de melhoria nas intervenções profissionais e nos serviços institucionais dirigidos a esta população.

De forma a orientar a investigação, foram definidas as seguintes questões de investigação: Como é que as pessoas profisionais percecionam o acesso das TS à IVG em Portugal? Que fatores legais, sociais, laborais e estruturais influenciam esse acesso? Como é percecionado o papel das associações e organizações comunitárias na mediação e apoio ao acesso aos serviços de IVG? Que necessidades, motivações e dificuldades identificam? Como avaliam os recursos e as respostas institucionais disponíveis? Que melhorias consideram necessárias para facilitar o acesso à IVG e melhorar a resposta das estruturas a esta população?

Método

1.1. Posicionamento epistemológico

O presente estudo enquadra-se no paradigma construtivista/interpretativista, assumindo que a realidade social é construída através dos significados que os indivíduos atribuem às suas experiências (Guba & Lincoln, 1994; Nogueira, 2001). Neste enquadramento, reconhece-se a existência de múltiplas perspetivas sobre um mesmo fenómeno, influenciadas pelos contextos sociais e culturais em que se desenvolvem (Braun & Clarke, 2013; Wells & Giacco, 2025).

Esta abordagem mostrou-se adequada por procurar compreender as experiências e interpretações de profissionais que trabalham diretamente com pessoas TS. Privilegiou-se, por isso, a exploração dos significados atribuídos às suas vivências profissionais, reconhecendo o papel ativo da investigadora na produção e interpretação dos dados, através de um processo contínuo de reflexividade (Braun & Clarke, 2013).

1.2. Desenho metodológico

Atendendo aos objetivos da investigação, adotou-se uma metodologia qualitativa, de natureza exploratória e descritiva. Esta metodologia parte do pressuposto de que a compreensão do comportamento humano exige conhecer a forma como os próprios indivíduos definem as suas vivências (Braun & Clarke, 2013; Foddy, 1996).

O caráter exploratório é adequado à escassez de estudos sobre o tema em Portugal, pois permite aprofundar um fenómeno ainda pouco estudado (Patton, 2015). A natureza flexível e emergente do desenho qualitativo permitiu, ainda, ajustar o processo de investigação ao conhecimento produzido no trabalho de campo (Patton, 2015).

O projeto de investigação obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da educação (Parecer n.º 05/CdE/2026).

1.3. Participantes

A população-alvo foi constituída por profissionais com experiência de trabalho direto com pessoas TS, em diferentes contextos de intervenção. A sua inclusão justificou-se pelo conhecimento do fenómeno em estudo decorrente do acompanhamento desta população, assumindo-se como informantes privilegiados (Patton, 2015). Recorreu-se a uma amostragem intencional (*purposeful sampling*).

A identificação das organizações e profissionais potencialmente elegíveis foi realizada através da consulta do Manual do Plano Aproxima (Almeida, 2022, pp. 77-86), um manual dirigido a pessoas TS e que inclui as organizações que trabalham com esta população, complementada por informação recolhida junto de dois técnicos com experiência de intervenção na área da redução de riscos com pessoas que fazem trabalho sexual. Foram considerados critérios de inclusão ter idade igual ou superior a 18 anos, exercer ou ter exercido funções com contacto direto com pessoas TS e possuir experiência profissional relevante neste domínio.

A amostra incluiu 13 profissionais, provenientes de 11 entidades localizadas nas regiões Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve, com idades compreendidas entre os 25 e os 58 anos (M = 39,7), dos quais 11 identificavam-se com o género feminino e dois com o género masculino. As funções desempenhadas abrangiam apoio psicossocial e jurídico, intervenção de proximidade, *advocacy,* investigação, rastreio e intervenção comunitária. Esta caracterização visou contextualizar as perspetivas das pessoas participantes, não sendo estas variáveis objeto de análise comparativa (Braun & Clarke, 2013).

1.4. Instrumento

Como instrumento de recolha de dados, optou-se pela entrevista semiestruturada por permitir explorar, de forma aprofundada, as experiências, perspetivas e significados atribuídos

pelos participantes ao fenómeno em estudo (Braun & Clarke, 2013; Bryman, 2004). Esta técnica combina um guião previamente definido, mantendo, contudo, flexibilidade para adaptar a ordem das questões, reformular a sua linguagem e analisar temas emergentes durante a interação com os participantes (Braun & Clarke, 2013; Bryman, 2004), promovendo a reflexão e a exploração das suas narrativas nos respetivos contextos e significados (Braun & Clarke, 2013; Seidman, 2006).

O guião (cf. Anexo A) foi construído com base nas questões de investigação e na revisão da literatura, de modo que os tópicos abordados respondessem aos objetivos do estudo (Bryman, 2004; Patton, 2015). Organizou-se em três blocos temáticos: (1) contacto com situações de gravidez e IVG; (2) experiências com os serviços de saúde; e (3) respostas prestadas pelos profissionais e necessidades identificadas.

Foram privilegiadas questões abertas, procurando favorecer a descrição das experiências através das próprias palavras dos participantes, reduzindo o enviesamento das respostas (Foddy, 1996; Braun & Clarke, 2013). Embora os temas centrais se tenham mantido ao longo das entrevistas, a linguagem e algumas perguntas de seguimento foram sendo ajustadas à experiência adquirida no terreno e ao discurso de cada participante, sem comprometer os objetivos do estudo (Foddy, 1996; Braun & Clarke, 2013).

1.5. Procedimentos de recolha de dados

O recrutamento foi feito por convite enviado por correio eletrónico a profissionais e organizações com intervenção junto de pessoas TS, tendo alguns convites sido reencaminhados pelas próprias entidades para outros profissionais elegíveis.

Antes das entrevistas, as pessoas participantes receberam o Consentimento Informado (cf. Anexo B), que descrevia os procedimentos da investigação, a natureza voluntária da participação, a garantia de anonimato e confidencialidade e o direito de desistência a qualquer momento, e incluía os contactos da investigadora. O consentimento foi devolvido por assinatura digitalizada ou por resposta escrita ao correio eletrónico.

As entrevistas decorreram individualmente, na plataforma *Zoom*, em julho, em data e horário acordados com cada pessoa, procurando garantir privacidade e conforto (Braun & Clarke, 2013). Tiveram uma duração média de 52,5 minutos. No início de cada sessão, apresentaram-se os objetivos do estudo, deu-se oportunidade de esclarecer dúvidas e solicitou-se a autorização para gravar. A gravação permitiu preservar o discurso com maior rigor e

transcrever integralmente as entrevistas, contribuindo para a fidelidade dos dados (Braun & Clarke, 2013).

1.6. Procedimentos de análise dos dados

De forma a assegurar a confidencialidade dos dados, as entrevistas foram anonimizadas através da atribuição de um código a cada participante, sendo as gravações utilizadas exclusivamente para efeitos da presente investigação e eliminadas após a respetiva transcrição.

Os dados foram analisados através da análise temática proposta por Braun e Clarke (2006, 2013), por ser um método flexível que permite identificar, analisar e interpretar padrões de significado. A abordagem foi predominantemente indutiva, privilegiando os significados dos dados, sem desconsiderar o enquadramento das questões de investigação e da literatura (Braun & Clarke, 2013).

Após a transcrição integral, as entrevistas foram lidas e relidas para familiarização com os dados e registo das primeiras impressões analíticas (Braun & Clarke, 2006, 2013). Seguiu-se a codificação dos segmentos relevantes para as questões de investigação, e os códigos foram agrupados por semelhança e relação conceptual em temas provisórios (cf. Anexo C). Estes foram depois revistos e refinados, avaliando-se a coerência interna, a distinção entre temas e a representatividade face ao conjunto dos dados (cf. Anexo C). Após este processo, foram definidos e nomeados, selecionando-se excertos ilustrativos das entrevistas para sustentar a interpretação apresentada nos resultados (Braun & Clarke, 2006, 2013).

Em consonância com o posicionamento epistemológico, reconheceu-se o papel ativo da investigadora em todo o processo, assumindo que a codificação, a construção dos temas e a interpretação resultaram de um processo reflexivo e interpretativo (Braun & Clarke, 2013).

Apresentação e Discussão dos resultados

1. Contextos de gravidez e tomada de decisão perante a IVG

Os relatos das pessoas participantes revelaram uma diversidade de situações associadas à gravidez e ao recurso à IVG, não permitindo identificar um perfil único entre as pessoas TS acompanhadas. Esta diversidade acompanha a da própria população de TS (Oliveira, 2008) e reforça a necessidade de compreender cada decisão a partir do contexto concreto em que ocorre.

1.1. Caracterização dos casos e diversidade dos perfis

A experiência dos participantes com situações de IVG foi variável. Enquanto duas pessoas técnicos não tinham acompanhado qualquer situação, as restantes pessoas referiram entre um e dez casos ao longo do seu percurso profissional. Duas pessoas participantes indicaram ainda acompanhar entre um e três casos por ano, especificamente outro/a participante referiu cerca de cinco situações no ano em análise. Alguns/mas participantes consideraram, aliás, que os pedidos de apoio para IVG são pouco frequentes, explicando-o com o uso de contraceção, mas também com fatores culturais e religiosos, o receio de julgamento e a mobilidade própria do trabalho sexual. Assim, alguns/mas técnicos/as admitiram que as situações de que têm conhecimento poderão não corresponder à totalidade das situações existentes.

Os casos acompanhados envolveram sobretudo mulheres migrantes, maioritariamente brasileiras, seguidas de portuguesas e, de forma residual, romenas e nigerianas, com idades entre os 20 e os 30 anos. Os casos abrangem trabalho sexual interior, exterior e uma situação de exploração sexual. Embora a exploração não seja conceptualizada como trabalho sexual, o caso foi incluído por a pessoa exercer atualmente esta atividade. Os profissionais identificaram ainda outras situações de vulnerabilidade entre as mulheres acompanhadas, nomeadamente consumo de substâncias, situação de sem-abrigo, precariedade habitacional e irregularidade documental.

No que respeita às gravidezes não planeadas, os participantes referiram situações ocorridas tanto com clientes como em relações afetivas. A falha ou o acidente contracetivo foi o fator mais referido, sendo mencionado pela quase totalidade dos participantes. Esta referência pode ser enquadrada pela literatura, que identifica o preservativo como um método amplamente utilizado no trabalho sexual (Dias et al., 2015; Oliveira, 2001, 2008, 2013), embora os dados

do presente estudo não permitam caracterizar os padrões de utilização da contraceção. Alguns técnicos referiram, a partir da sua experiência profissional, uma menor consistência na utilização do preservativo em relações de maior proximidade afetiva, perceção que é consistente com os resultados de Oliveira (2013) relativamente às relações não comerciais.

Foram também descritas dificuldades na manutenção e continuidade dos métodos contracetivos, nomeadamente no acesso a consultas de planeamento familiar, caracterizadas como "uma guerra" (P04), na substituição de implantes e na realização de laqueação das trompas. A estes constrangimentos juntam-se condições de vida, como a ausência de habitação fixa, que podem dificultar a continuidade de cuidados que exigem acompanhamento regular. Estes relatos indicam que as falhas contracetivas não decorrem apenas de comportamentos individuais, mas também de condições sociais e estruturais que limitam o acesso e a continuidade dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, em linha com a análise de Feio (2021).

1.2. Motivações e tomada de decisão para a IVG

Na perspetiva dos/as profissionais, a decisão de interromper a gravidez não resulta apenas da falta de planeamento, mas também da avaliação que as mulheres fazem do seu momento de vida e do desejo reprodutivo. Neste seguimento, foram descritas mulheres jovens que, desde logo, diziam não poder ou não querer prosseguir a gravidez. Por sua vez, entre as mulheres migrantes, os/as participantes destacaram aspetos relacionados com a própria migração, nomeadamente a dependência financeira de familiares, a ausência de rede de suporte no país de acolhimento e situações de irregularidade documental.

Outro motivo identificado por vários/as participantes relacionou-se com o contexto em que ocorreu a gravidez. Foram mencionados casos de mulheres que não queriam ter um filho de um cliente, recusando prosseguir uma gravidez originada no contexto do trabalho sexual, e outras que, já com filhos, não desejavam novas gravidezes. As condições económicas e laborais foram igualmente apontadas, pelo impacto que a gravidez teria na continuidade do trabalho e no rendimento, o que enquadra a IVG como decisão sobre a subsistência.

Por fim, alguns relatos introduziram a possibilidade de influência de terceiros no processo de decisão. P07 referiu situações de possível pressão por parte de proxenetas, enquanto P11 descreveu um caso em que o explorador levou a mulher ao hospital, onde a IVG já estaria organizada, afirmando que esta “engravidou e que [ela] não teve escolha”. Estes relatos

introduzem um constrangimento externo que importa distinguir das situações em que a decisão é expressa como vontade da própria mulher.

No conjunto, os relatos dos/as profissionais mostram que a decisão surge como combinação de fatores individuais, relacionais e contextuais, sendo necessário evitar interpretações homogéneas sobre as experiências das pessoas TS.

2. O acesso efetivo à IVG: entre o direito e os constrangimentos

Apesar do reconhecimento legal da IVG em Portugal, os relatos dos/as profissionais mostram que a existência desse direito não garante, por si só, a sua concretização. A partir das situações que acompanharam, os/as participantes identificaram constrangimentos relacionados com os procedimentos de acesso, a organização dos serviços e as condições sociais em que vivem as mulheres, que podem dificultar ou condicionar o recurso à IVG.

2.1. Enquadramento legal, burocrático e administrativo

Embora os/as profissionais reconheçam que o acesso à IVG está legalmente consagrado, os seus relatos sugerem que esse enquadramento não assegura um acesso efetivo ao procedimento. Em várias situações, a resposta formalmente disponível nos serviços foi descrita como insuficiente ou difícil de concretizar na prática, evidenciando um desfasamento entre o reconhecimento formal do direito e a possibilidade efetiva de o exercer. Esta tensão entre reconhecimento legal e acessibilidade efetiva é sintetizada por P13 quando afirma: "eu acho que a lei está correta, é só preciso as pessoas deixarem e aplicarem".

Uma das formas como esse desfasamento se pode manifestar é pela objeção de consciência. Alguns/mas profissionais referiram a existência de médicos/as objetores e associaram-na à escassez de recursos para realizar a IVG e, consequentemente, ao prolongamento do processo. Foram descritas situações de mulheres que esperaram tanto tempo que o prazo legal se esgotou, tendo algumas recorrido a alternativas noutro país, nomeadamente Espanha.

É precisamente na dimensão temporal que estes constrangimentos adquirem consequências mais concretas. Desta forma, "a barreira do tempo" (P03) das 10 semanas gestacionais e o período de reflexão obrigatório, referido por algumas pessoas entrevistadas, reduz ainda mais a margem da realização do procedimento. As consequências destes

constrangimentos foram concretas: foram relatadas situações de mulheres que ultrapassaram o prazo legal para a realização da IVG, desistências atribuídas a uma "falha do sistema" (P04) e um caso em que P05 identificou uma discrepância na datação inicial da gravidez que, na sua perspetiva, terá contribuído para impedir o acesso da mulher à IVG.

Entre as mulheres migrantes, em relação à barreira temporal, somam-se dificuldades administrativas: a ausência de documentação e os entraves à obtenção do número de utente, entendidos por alguns/as profissionais como condicionantes do acesso aos serviços de saúde.

Os relatos são consistentes com a literatura nacional, que tem identificado a objeção de consciência, a organização dos serviços e a disponibilidade da resposta hospitalar como fatores que podem condicionar a equidade no acesso à IVG em Portugal (AIP, 2025; Barretto et al., 2022; Feio, 2021).

2.2. Organização dos serviços e desigualdade territorial

A dimensão temporal relaciona-se também com a organização e funcionamento dos serviços. Os/as profissionais relatam demoras na marcação de consultas e na resposta dos serviços, que nem sempre são "tão rápidos quanto deviam" (P10) e que pode transformar o acesso à IVG "numa corrida contra o tempo" (P05). Mais do que uma perceção abstrata de demora, estes relatos traduzem a dificuldade em compatibilizar os tempos institucionais com a margem temporal legalmente disponível para realizar o procedimento.

Esta experiência parece agravada pela variabilidade entre serviços. Alguns/mas participantes descreveram percursos marcados pela necessidade de recorrer a diferentes instituições ou de procurar outro hospital até ser encontrada uma resposta adequada, o que nem sempre é possível. P04 resume esta diferença quando afirma que “cada centro (...) tem uma sentença”, distinguindo serviços em que o processo decorre adequadamente daqueles em que as pessoas “quase que se perdem”. Esta expressão traduz percursos de acesso menos previsíveis, marcados por dificuldades em identificar a resposta adequada, sucessivos encaminhamentos e ausência de uma continuidade clara ao longo do processo. O que emerge destes relatos não é apenas uma diferença entre serviços, mas uma experiência de acesso pouco previsível, em que o percurso pode depender do local onde a mulher inicia o processo e da capacidade de articulação entre as respostas disponíveis.

A dimensão territorial aprofunda esta desigualdade, num país que não parece avançar “todo ao mesmo ritmo” (P10). Os/as participantes descrevem uma distribuição desigual da capacidade de resposta, o que pode obrigar algumas mulheres, sobretudo as residentes em zonas

mais remotas, a deslocarem-se para outros locais onde o procedimento esteja disponível. Estas deslocações acrescentam uma etapa adicional a um processo já limitado por um prazo legal, sobretudo quando a gravidez se aproxima do limite gestacional legal.

Estas camadas articulam-se, na medida em que quando a resposta é demorada ou implica deslocações e reencaminhamentos, encurta-se o tempo disponível para a IVG. Esta perspetiva é consistente com a literatura que identifica a desigualdade territorial e o limite gestacional como dimensões relevantes do acesso à IVG em Portugal (AIP, 2025; Barretto et al., 2022; Feio, 2021).

2.3. Condições sociais, económicas e laborais que condicionam o acesso

Para além das características dos próprios serviços, os relatos mostram que o acesso à IVG ocorre em contextos nos quais o tempo de ausência do trabalho pode ter consequências económicas imediatas. Na ausência de proteção laboral, parar de trabalhar significa perda de rendimento, podendo dificultar tanto o acesso à IVG como o período subsequente ao procedimento. Os/as profissionais referem que, para algumas mulheres, a necessidade de retomar rapidamente a atividade profissional, sem possibilidade de um período de afastamento protegido, poderá dificultar a recuperação física e emocional após a IVG.

Adicionalmente, os/as profissionais sugerem que os horários de funcionamento dos serviços não estão ajustados às condições de vida e de trabalho destas trabalhadoras. Os relatos indicaram que muitas TS apresentam horários de trabalho pouco previsíveis ou irregulares, o que pode tornar incompatível o funcionamento de algumas instituições com a sua atividade, a que se somam tempos de espera prolongados por consulta.

As circunstâncias económicas e familiares reforçam o quadro apresentado. Exemplificando, P03 observa que "a pobreza não ajuda que as pessoas tenham tempo para se organizar, para planear a sua vida no âmbito da saúde sexual e reprodutiva". Além disso, P07 refere o caso de mulheres migrantes com responsabilidades de apoio económico à família no país de origem, o que poderá reduzir a margem para interromper a atividade, procurar cuidados e recuperar.

No que concerne às condições laborais, a possível influência do enquadramento legal do trabalho sexual foi entendida de forma distinta pelos participantes. Todas as pessoas entrevistadas, com exceção de P03, consideraram que o reconhecimento da atividade poderia ter efeitos indiretos no acesso à saúde, nomeadamente através da redução do estigma, de uma maior facilidade em revelar a sua atividade às pessoas profissionais de saúde e do acesso

a direitos e mecanismos de regularização. Paralelamente, associaram essa ausência de falta de reconhecimento a dificuldades no acesso a direitos laborais. P03 não partilhou esta expectativa, ao considerar que uma alteração legislativa teria um impacto reduzido na forma como as pessoas são percecionadas, pelo que a lei, por si só, não bastaria para transformar o estigma.

No conjunto, os relatos sugerem que o enquadramento legal do trabalho sexual é percecionado como uma dimensão que pode influenciar as condições sociais, laborais e institucionais em que ocorre o acesso à saúde, ainda que a alteração legislativa, por si só, não seja entendida como suficiente para eliminar processos de estigmatização. Assim, mais do que um efeito direto sobre o acesso à IVG, a sua relevância parece situar-se nas condições que moldam a relação das mulheres com os serviços e com os direitos de saúde.

3. Estigma, discriminação e vulnerabilidades interseccionais

Os relatos dos profissionais evidenciaram que o acesso à IVG pode ser condicionado por experiências de estigma, discriminação e sobreposição de vulnerabilidades. Estas dimensões surgem, sobretudo, nas representações sociais relativas ao trabalho sexual e à IVG, bem como na forma como algumas mulheres antecipam o julgamento social e profissional, o que pode moldar a procura de cuidados.

O estigma surge nos relatos como uma dimensão transversal à atividade profissional e decisão reprodutiva. Tanto o trabalho sexual como a IVG foram descritos como temas ainda envoltos em tabu, e a sua sobreposição poderá acentuar a exposição das mulheres ao julgamento, como sugere a referência de P13 a uma "dupla vida", associada à necessidade de separar a atividade profissional da esfera pessoal e ao receio de que esta seja conhecida.

Os/as profissionais descreveram representações sociais fortemente moralizadas associadas tanto ao trabalho sexual como à IVG. Relativamente ao trabalho sexual, referiram a existência de perceções que associam esta atividade a uma ideia de degradação moral, expressa na associação a “vender o corpo” como algo “imoral e porco e sujo” (P08), bem como a comportamentos considerados “desviantes” (P05). Por sua vez, os/as participantes identificaram julgamentos associados à sexualidade feminina, à maternidade e à ideia de responsabilidade materna, expressos na conceção de que uma mulher que interrompe a gravidez está a “matar um filho” (P08). Estas representações foram relacionadas pelos/as técnicos/as com valores culturais e religiosos, numa sociedade descrita como conservadora e marcada pela tradição católica. P03 sintetiza a tensão entre o reconhecimento formal de direitos e esses valores na expressão "direitos *versus* cultura", sugerindo que a existência de um direito não

implica uma transformação imediata das perceções sociais, o que reflete a distância entre direito e acesso efetivo discutida no tema anterior.

Paralelamente, o receio de que a condição de TS conduza a um tratamento menos digno poderá influenciar a forma como algumas mulheres procuram cuidados, como ilustra a descrição de mulheres que chegam "bastante recatadas e envergonhadas" (P01), com receio de fazer perguntas ou de "levantar ondas" (P07). As experiências anteriores, próprias ou de colegas, parecem reforçar este receio, pois situações de discriminação ou de atendimento inadequado permanecem como referência para contactos futuros.

Neste contexto, o estigma poderá também ser interiorizado, assumindo a forma de autojulgamento e favorecendo estratégias de ocultação da atividade profissional. A omissão da profissão pode funcionar como uma forma de proteção perante a expectativa de discriminação, mas poderá simultaneamente limitar a partilha de informação relevante para a compreensão do contexto de vida e das necessidades da mulher. Esta dimensão é particularmente expressiva nos relatos que associam o trabalho sexual e a IVG a sentimentos de vergonha.

Este processo de interiorização do estigma encontra suporte na literatura de Oliveira (2004, 2008), que relaciona o estigma associado ao trabalho sexual com processos mais amplos de rejeição social e institucional. Os relatos permitem aprofundar esta relação ao mostrar que o estigma pode atuar antes de ocorrer uma situação explícita de discriminação: a possibilidade de ser julgada parece influenciar a forma como algumas mulheres se apresentam, aquilo que revelam e a forma como se relacionam com os serviços. O estigma não se limita, portanto, a episódios concretos de rejeição, podendo condicionar o próprio percurso de procura e utilização dos cuidados.

O impacto do estigma não surge, contudo, de forma isolada. Os relatos sugerem que a experiência de acesso à IVG é influenciada pela articulação entre diferentes condições de vida das mulheres, nomeadamente a situação migratória, a ausência de redes de suporte, a precariedade habitacional ou outras situações de vulnerabilidade. No caso das mulheres migrantes, a antecipação do julgamento pode somar-se à ausência de documentação, suscitando dúvidas quanto ao próprio direito de acesso à IVG e tornando, em alguns casos, necessário recorrer à legislação para o afirmar. A estas condições soma-se a fragilidade das redes de suporte que, segundo os/as participantes, poderá aumentar a vulnerabilidade perante uma gravidez não planeada. Os relatos suscitam ainda dúvidas quanto à existência de apoio emocional e prático após a realização da IVG. Noutras trajetórias, a instabilidade habitacional e o consumo de substâncias associam-se a formas de julgamento e culpabilização por parte dos serviços, como se verá no tema seguinte.

Estas situações mostram que as vulnerabilidades não dizem respeito apenas a características individuais, mas também às condições sociais e às relações que as mulheres estabelecem, o que afasta uma leitura homogénea das TS e é coerente com a interseccionalidade como quadro para compreender identidades sobrepostas e desigualdades que delas decorrem (Crenshaw, 1991; Nyinawagaba, 2024).

4. Experiências nos serviços de saúde e percurso pelo sistema

Os relatos dos/as profissionais evidenciam que o acesso à IVG é marcado não apenas pela disponibilidade formal do procedimento, mas também pela forma como as mulheres são recebidas, pela informação de que dispõem e pela capacidade de orientar o próprio percurso no sistema de saúde.

4.1. Experiências de atendimento: entre discriminação e atendimento humanizado

As partilhas dos/as técnicos/as mostram que não existe uma experiência única de atendimento entre as mulheres acompanhadas. Alguns/mas profissionais descreveram situações de desumanização, falta de empatia e julgamento moral, referindo que características como o trabalho sexual e/ou o consumo de substâncias, em determinadas situações, pode influenciar a forma como as mulheres são percecionadas nos serviços. A experiência de acesso surge, assim, marcada não só pela organização da resposta, mas também pela relação estabelecida no contacto com os profissionais.

Esta dimensão é particularmente evidente num relato de P03, no qual a referência à existência de múltiplos parceiros terá sido seguida pelo adiamento das consultas, para uma fase da gravidez potencialmente incompatível com o acesso à IVG. Segundo a participante, a mulher não foi explicitamente identificada como TS. Embora o relato não permita comprovar que o adiamento tenha resultado diretamente da referência à sua história sexual, coloca essa possibilidade ao descrever a proximidade entre ambos os acontecimentos. Neste sentido, a situação sugere que representações moralizadas sobre a sexualidade poderão influenciar a forma como determinadas situações são avaliadas e conduzidas nos serviços, com possíveis implicações no percurso de acesso à IVG. Esta interpretação aproxima-se da literatura sobre o acesso das pessoas TS aos cuidados de saúde, que identifica o julgamento moral, a discriminação e a possibilidade de abordagens clínicas enviesadas como experiências que podem interferir na relação com os serviços (Teixeira, 2020; Folch et al., 2013).

Noutras situações, o julgamento parece incidir também sobre a própria capacidade de decisão da pessoa. P06 descreve o caso de uma TS em situação de sem-abrigo e com consumo de substâncias que manifestava vontade de interromper a gravidez e que, perante essa decisão, ouviu de uma assistente social: "ah, então, mas é ter e depois dá para adoção". O episódio parece criar um conflito entre a decisão expressa pela mulher e a resposta que lhe foi apresentada, podendo ser interpretado à luz da perspetiva dos direitos reprodutivos, que coloca a autonomia corporal e a possibilidade de tomar decisões informadas sobre a reprodução sem interferência externa no centro desses direitos (Nyinawagaba, 2024). Neste caso, as circunstâncias sociais da mulher parecem assumir relevância na forma como a sua escolha reprodutiva é acolhida no contexto dos serviços.

Os relatos mostram ainda que determinadas dificuldades administrativas podem ultrapassar a esfera burocrática e tornar-se obstáculos concretos à entrada no sistema. Foram descritas situações envolvendo ausência de número de utente ou dificuldades relacionadas com a documentação, particularmente entre mulheres migrantes, em que a intervenção de técnicos/as das organizações foi necessária para desbloquear o acesso. Para os/as participantes, a necessidade dessa intervenção parece evidenciar que o desconhecimento dos procedimentos e dos direitos pode assumir um peso acrescido quando se articula com a situação documental.

Esta articulação entre características sociais e respostas institucionais encontra paralelo na literatura sobre o acesso das pessoas TS aos serviços de saúde. Teixeira (2020) destaca a relação entre discriminação e diferentes características sociais, enquanto Folch e colaboradores (2013) identificaram, entre mulheres TS de diferentes nacionalidades, experiências de medo de discriminação, perceção de falta de confidencialidade e dificuldades na relação com os serviços. No presente estudo, os relatos sugerem que estas dimensões podem adquirir particular relevância no contexto da IVG, em que atrasos ou respostas inadequadas podem ter consequências para a concretização do procedimento.

A experiência nos serviços não é, contudo, exclusivamente negativa. Foram igualmente descritos percursos rápidos e sem constrangimentos. Esta diversidade impede uma leitura homogénea da resposta dos serviços e sugere que a experiência de acesso depende, em parte, da forma como a resposta institucional se concretiza em cada contexto.

P03 sintetiza esta heterogeneidade ao distinguir serviços: "Há serviços que funcionam muito mal e que há dois outros profissionais que são bons e que aguentam aquele serviço de uma forma humanista e pragmática. E há serviços que são muito bons e depois têm péssimos profissionais a trabalhar". O excerto permite compreender que a qualidade da experiência não pode ser atribuída exclusivamente à organização institucional ou ao desempenho individual,

resultando da articulação entre ambas. A dimensão relacional do cuidado assume, assim, um papel relevante na forma como o direito à IVG é efetivamente experienciado.

4.2. Literacia, informação e orientação no sistema

Para além da experiência de atendimento, os relatos mostram que o conhecimento sobre a IVG nem sempre se traduz em saber como aceder ao procedimento. P01 sintetiza esta dificuldade:

> Sabem que existe, sabem que é um processo disponível e que é legal, que têm a possibilidade de fazer de forma legal. Mas depois, onde, quais são as etapas do processo, se é gratuito, se não é gratuito, até quando é que podem fazê-lo, aí acho que já não há muita informação. (P01)

Este relato mostra que a dificuldade não reside necessariamente na ausência de informação, mas na insuficiência desta para orientar decisões e ações concretas. Esta diferença assume especial importância perante o limite temporal da IVG, uma vez que o desconhecimento dos procedimentos pode atrasar o início do percurso e reduzir o tempo disponível para a sua concretização.

Entre algumas mulheres migrantes, esta dificuldade parece assumir maior complexidade. Os/as profissionais referiram situações em que ao desconhecimento do sistema de saúde e às barreiras linguísticas juntam-se a situação documental e as dúvidas sobre o direito de acesso atrás referidas, gerando incerteza sobre onde recorrer e como iniciar o processo. Não se trata, porém, de ausência total de informação, pois algumas conhecem a legalidade da IVG e os prazos, mas precisam de apoio para transformar esse conhecimento em ação. A documentação, as experiências anteriores de discriminação e o desconhecimento do funcionamento dos serviços mantêm a distância entre conhecer o direito e exercê-lo, como sintetiza P03: "os direitos são muito pouco valiosos quando na prática, a prática é outra".

A literatura tem salientado a importância de informação clara e acessível para a utilização dos serviços de saúde e para a capacidade de utilizar os procedimentos disponíveis (Marlow et al., 2014; Willis et al., 2023). Nos relatos analisados, essa informação circula não apenas pelos canais institucionais, mas também através de organizações comunitárias e redes informais entre mulheres, nomeadamente grupos do *whatsapp* e contactos entre pares. Quando a informação disponível nos serviços é insuficiente, estas redes podem assumir um papel complementar na orientação do percurso.

Mais do que conhecer a existência e a legalidade da IVG, a literacia em saúde reprodutiva parece envolver a capacidade de transformar essa informação em ações concretas. P05 refere que algumas procuravam apoio "precisamente porque sabiam que sozinhas não iriam conseguir". O percurso pelo sistema surge, assim, como um processo que pode exigir sucessivos contactos, procura de apoio e reajuste das estratégias adotadas.

Neste sentido, os resultados sugerem que as dificuldades de acesso não decorrem apenas do desconhecimento do direito, mas também da distância entre saber que a IVG existe e conseguir mobilizar os recursos necessários para a realizar.

5. Vivências emocionais e psicossociais associadas ao processo

Os relatos dos/as profissionais evidenciam que as situações de gravidez não planeada e de procura de IVG são caracterizadas por diferentes vivências emocionais e psicossociais, que não se limitam ao momento da decisão ou à realização do procedimento. Surgem experiências de ambivalência e impacto emocional, mas também situações em que as dificuldades de acesso parecem ter contribuído para a continuação da gravidez ou para a procura de alternativas, incluindo práticas clandestinas. Este percurso não pode ser dissociado das circunstâncias pessoais e sociais das mulheres, nem das condições em que o acesso ocorre.

5.1. Ambivalência e vivência da decisão

Mesmo quando a vontade de interromper a gravidez é clara, a decisão pode coexistir com o peso emocional de um processo percecionado como invasivo. P05 descreve o que perceciona como uma "grande ambivalência entre avançar para o aborto ou manter o bebé" numa mulher que sabia não o desejar nem ter condições para o ter. Optar pela IVG pode ser uma resposta às circunstâncias de vida sem que isso signifique ausência de autonomia, como sintetiza P07: a decisão pode não corresponder exclusivamente "àquilo que a pessoa quer, mas como resposta face à realidade que tem".

Também os recursos disponíveis parecem assumir importância na forma como essa decisão é construída. O conhecimento sobre os próprios direitos e sobre as possibilidades existentes poderá favorecer escolhas mais informadas, neste sentido a escolaridade foi associada, nos relatos, a maiores possibilidades de autodeterminação. As crenças e valores pessoais constituem outra dimensão referida por P03, entre outros/as participantes, como parte da componente "mais filosófica ou ideológica da decisão". Paralelamente, a capacidade de

organização do quotidiano poderá condicionar a forma como as mulheres procuram informação e apoio, sobretudo quando vivem situações de instabilidade ou isolamento.

Estes fatores não determinam necessariamente a decisão, mas ajudam a compreender o contexto em que a autonomia reprodutiva é exercida. Assim, a decisão de recorrer à IVG surge como situada numa realidade concreta, na qual vontade, recursos, crenças e circunstâncias de vida se articulam.

5.2. Impacto emocional e consequências da experiência de acesso

Os relatos sugerem que o percurso de acesso à IVG pode assumir um impacto emocional significativo, sobretudo quando é marcado por atrasos, experiências de julgamento ou impossibilidade de concretizar o procedimento. P05 descreve sentimentos de "alguma zanga, algum desespero, alguma ansiedade" perante situações em que a mulher pretende interromper a gravidez, mas encontra obstáculos que prolongam ou comprometem o processo.

Quando o acesso se aproxima do limite gestacional ou é sucessivamente adiado, a incerteza relativamente à possibilidade de concretizar a decisão pode traduzir-se num sentimento crescente de perda de controlo. P03 descreve uma situação em que a mulher ficou numa "espiral um bocado delusória em relação àquilo que podia ou não fazer com o corpo dela". O relato sugere que o impacto emocional não decorre apenas da gravidez ou da decisão de interrompê-la, mas também da impossibilidade de assegurar a realização da IVG.

O modo como as mulheres são tratadas durante o percurso parece igualmente influenciar esta vivência. Situações de falta de empatia, culpabilização ou respostas que não acompanham a decisão expressa podem intensificar sentimentos de sofrimento e desamparo. Num dos casos relatados, uma mulher em situação de elevada vulnerabilidade apresentou uma reação emocional particularmente intensa perante a resposta dos serviços, chegando a verbalizar vontade de se magoar e de abandonar a terapêutica (P03). O episódio evidencia a intensidade que pode assumir uma experiência em que a mulher sente que a sua decisão não está a ser reconhecida.

Os relatos sobre o período posterior à IVG mostram, por sua vez, que a experiência emocional não termina com a realização do procedimento. P05 salienta que "mesmo que a mulher não deseje o bebé é sempre uma decisão difícil" e refere situações em que, após a IVG, a mulher "não ficou muito bem psicologicamente". P04 descreve igualmente situações em que "a pessoa depois fica com problemas, (...) as culpas ficam lá nelas". Estes relatos não permitem generalizar uma resposta emocional à IVG, porém mostram que, pela experiência dos/as

profissionais, podem persistir sentimentos de culpa, ambivalência ou necessidade de apoio após o procedimento. A necessidade de retomar a atividade profissional logo após "fazer o tratamento e ir trabalhar no dia a seguir como se nada fosse" (P03), acrescenta pressão a esta vivência, a par da perda de rendimento atrás referida. Deste modo, as exigências associadas ao trabalho podem prolongar o impacto do processo para além do momento clínico da intervenção.

Perante estas experiências, o apoio psicológico, social e emocional assume particular importância. Embora algumas organizações assegurem esse acompanhamento, os/as profissionais referem que este nem sempre é disponibilizado pelos próprios serviços de saúde. A ausência de suporte parece assumir particular importância depois da IVG, sendo referido que "muitas pessoas ficam perdidas" (P04). Esta perceção sugere que o cuidado não deve terminar no procedimento e que as necessidades emocionais e psicossociais posteriores continuam por responder.

5.3. Continuação da gravidez e recurso a alternativas

As dificuldades de acesso anteriormente descritas assumem, em alguns casos, consequências quando a IVG não chega a concretizar-se. Os relatos mostram situações de desistência ou ultrapassagem do prazo, com repercussões no percurso reprodutivo e psicossocial das mulheres.

Foram descritos casos de continuação da gravidez, incluindo situações em que as mulheres tiveram a criança sem se encontrarem preparadas para isso ou sem a desejarem. P05 refere ainda um caso em que, posteriormente, a criança foi retirada, considerando que "é sempre muito difícil a retirada de uma criança, é sempre traumático". Estas partilhas mostram que a impossibilidade de concretizar uma decisão inicialmente tomada pode prolongar as consequências, com possíveis repercussões no bem-estar emocional e na saúde mental das mulheres.

Quando o acesso formal falha, surgem também referências a práticas clandestinas. P04 relata situações de mulheres que recorriam ao *Cytotec* e procuravam posteriormente o hospital perante o aparecimento de complicações, enquanto P05 refere que "ainda existem locais onde fazem abortos de forma clandestina". P06 descreve igualmente uma situação em que uma mulher em situação de sem-abrigo e com consumo de substâncias terá recorrido a práticas de risco para interromper a gravidez. Estes relatos sugerem que, perante dificuldades na

concretização do acesso formal, algumas mulheres poderão procurar alternativas fora do circuito institucional.

Esta evidência é coerente com a literatura que tem documentado a persistência de práticas clandestinas, apesar da existência de enquadramento legal (Feio, 2021; Fernandes et al., 2006). No entanto, os relatos do presente estudo acrescentam que estas alternativas surgem inseridas num percurso marcado por obstáculos concretos ao acesso e não necessariamente por uma escolha inicial pela clandestinidade. O recurso a práticas inseguras é particularmente relevante pelas consequências que pode implicar para a saúde, sendo o aborto inseguro reconhecido pela WHO (1967) como um importante problema de saúde pública.

Por fim, surgiu um relato que pode indiciar dificuldades ao nível da informação perante uma gravidez. P10 refere o caso de uma mulher que, ao suspeitar estar grávida, "começou a tomar medicação contracetiva". Embora este episódio não permita conhecer as razões subjacentes a esse comportamento, nem concluir que existisse intenção de interromper a gravidez dessa forma, evidencia a importância do acesso a informação clara e adequada sobre as opções disponíveis, enquanto condição para uma tomada de decisão reprodutiva informada.

Segundo os dados, a não concretização da IVG pode ter consequências que ultrapassam o próprio acesso ao procedimento, podendo resultar na continuação da gravidez ou na procura de alternativas potencialmente mais inseguras, com possíveis repercussões na saúde física e no bem-estar emocional das mulheres.

6. O papel das organizações comunitárias na mediação do acesso

Os relatos evidenciam que as organizações comunitárias assumem um papel relevante no acesso à IVG, sobretudo através do fornecimento de informação, orientação, encaminhamento e acompanhamento das mulheres. A sua intervenção estende-se à relação com os serviços de saúde, através da mediação de contactos, da resolução de obstáculos e da defesa dos direitos das mulheres. Contudo, os/as participantes identificam limitações na capacidade de resposta das organizações, relacionadas com os recursos disponíveis e com a dificuldade na articulação com os serviços de saúde.

6.1. Informação, orientação e acompanhamento no acesso à IVG

Os/as técnicos/as consideram ter um papel ativo na informação e orientação das mulheres, esclarecendo direitos, procedimentos, prazos, locais e etapas, para que possam

decidir de forma informada. Este trabalho responde diretamente à distância entre saber que a IVG existe e saber como aceder-lhe, identificada no tema anterior.

Esta intervenção assume também uma dimensão prática, através do apoio na marcação de consultas, encaminhamento para outras respostas e, em alguns casos, acompanhamento presencial. P08 refere que procuram "arranjar outra instituição, outras pessoas de referência para a mulher, para garantir que a mulher não vai sozinha se não quiser", evidenciando uma intervenção ajustada às necessidades identificadas e aos recursos disponíveis.

O papel descrito pelos/as participantes aproxima-se da intervenção de proximidade e da educação entre pares, valorizadas na literatura como estratégias para tornar a informação em saúde mais acessível às pessoas TS e facilitar a sua ligação aos recursos disponíveis (Marlow et al., 2014). Neste sentido, os resultados sugerem que as organizações não se limitam a disponibilizar informação, mas ajudam a transformá-la em orientação prática, acompanhando as mulheres na concretização das diferentes etapas do processo.

Acresce uma dimensão psicológica e social, que inclui acompanhamento emocional, apoio na reflexão sobre a decisão, encaminhamento para respostas especializadas e apoio de pares. Importa salientar a possibilidade de acompanhamento emocional após o processo quando a mulher o deseja, o que responde a uma necessidade que, como visto anteriormente, nem sempre é assegurada pelos serviços de saúde, apesar de ser um apoio previsto na Lei n.º 16/2007.

A intervenção das organizações parece particularmente relevante quando as mulheres enfrentam incerteza, desconhecimento ou necessidade de apoio para concretizar a decisão tomada.

6.2. Mediação e proteção no acesso aos serviços de saúde

Para além do apoio direto, os relatos atribuem às organizações uma função de mediação entre as mulheres e os serviços. Esta intervenção envolve o contacto com os profissionais, o apoio na resolução de procedimentos e a procura de respostas perante obstáculos encontrados ao longo do percurso. P01 refere que o agendamento realizado pela organização pode evitar que a mulher tenha de contactar diretamente com profissionais perante os quais receia ser discriminada, enquanto outros/as técnicos/as relatam que algumas mulheres podem ser tratadas de forma diferente quando estão acompanhadas.

Esta função de mediação assume particular relevância perante o receio de julgamento e discriminação já identificado na literatura quer por Teixeira (2020), quer por Folch e

colaboradores (2013). Neste contexto, a presença de uma organização pode constituir um elemento facilitador da relação com os serviços, sobretudo quando estes são percecionados pelas mulheres como pouco acessíveis ou potencialmente discriminatórios.

A importância da mediação torna-se particularmente evidente nas situações em que os/as participantes consideram que, sem a sua intervenção, o acesso poderia não se ter concretizado.

A presença das organizações pode ainda proporcionar segurança durante o contacto com os serviços. Segundo os/as participantes, o acompanhamento por parte das organizações pode tornar o contacto com os serviços "mais confortável" para as mulheres. A mediação parece, assim, facilitar o acesso aos serviços e, simultaneamente, proporcionar segurança num contexto em que algumas mulheres antecipam julgamento ou discriminação.

Neste sentido, a intervenção das organizações parece compensar algumas limitações dos serviços formais, sobretudo quando existem dificuldades no contacto com os profissionais e/ou receio de discriminação.

6.3. Limitações e desafios da intervenção comunitária

Apesar do papel assumido pelas organizações, os relatos evidenciam limites na capacidade de resposta, sobretudo ao nível dos recursos disponíveis. P07 refere que "não temos apoio na aquisição necessária de medicação ou qualquer coisa que as pessoas precisem", e P01 que "não conseguimos dar apoio económico nesse processo", sobretudo quando é necessário recorrer a uma resposta fora de Portugal. A capacidade de acompanhamento presencial depende também dos recursos humanos disponíveis. Estes relatos mostram que a continuidade da resposta comunitária está condicionada pela disponibilidade das próprias organizações.

Outra limitação apontada prende-se com a articulação com os serviços de saúde. P12 identifica a ausência de uma "ponte direta" que permitisse um encaminhamento mais rápido, enquanto outros/as participantes destacam a importância de existir um profissional de referência com conhecimento sobre o trabalho sexual e capaz de assegurar uma resposta sem estigma.

O apoio psicológico apresenta igualmente limitações. P08 refere que, apesar de ser proposto, algumas mulheres não aderem, considerando que "o apoio psicológico exige uma exposição muito grande". Esta dificuldade não deve ser interpretada como ausência de necessidade, mas leva a refletir sobre a dificuldade em aceitar um acompanhamento que implica maior exposição pessoal num período já marcado por vulnerabilidade.

Estas limitações tornam-se particularmente relevantes perante constrangimentos legais (AIP, 2025; Barretto et al., 2022; Feio, 2021) que ultrapassam a capacidade de intervenção das organizações. Assim, embora as organizações possam facilitar o percurso das mulheres, não conseguem substituir respostas que dependem dos próprios serviços e do enquadramento legal.

Em suma, as organizações combinam informação, acompanhamento e intervenção perante obstáculos ao acesso à IVG. Contudo, a sua intervenção não substitui a resposta dos serviços de saúde, permanecendo condicionada pelos recursos disponíveis, pela articulação institucional e pelos limites legais. Assim, embora possam facilitar a concretização do acesso e, em algumas situações, evitar que o percurso seja interrompido, os/as técnicos/as reconhecem não conseguir ultrapassar limitações que dependem do próprio sistema.

7. Necessidades identificadas e propostas de melhoria

As propostas dos/as participantes respondem, em grande medida, às dificuldades descritas ao longo do percurso de acesso à IVG desde o atendimento marcado por julgamento, a organização desigual dos serviços e incluindo os limites legais. Organizam-se em quatro eixos: a formação das pessoas profissionais, a informação e literacia, a organização e articulação dos serviços, e as mudanças legislativas e estruturais.

7.1. Formação e sensibilização dos profissionais

A formação e sensibilização das pessoas profissionais de saúde surgem como necessidades relevantes nos relatos. Os/as participantes destacam não apenas o conhecimento sobre trabalho sexual, mas também competências de comunicação, empatia e intervenção perante situações de maior vulnerabilidade. A necessidade de formação é igualmente estendida ao pessoal administrativo, identificados por P01 como uma importante "porta de entrada" nos serviços. P08 salienta ainda a utilidade de instrumentos específicos, como o manual desenvolvido no âmbito do Plano Aproxima (2026), dirigido aos profissionais dos serviços de saúde.

Os/as participantes referem também a necessidade de atualização contínua das equipas que contactam com pessoas TS, de modo a informar e apoiar o acesso à IVG, num contexto em que as exigências do trabalho e a multiplicidade de solicitações podem dificultar este acompanhamento. A literatura tem igualmente destacado a importância do trabalho em

proximidade com a população na disseminação de informação sobre aborto seguro e na promoção da saúde junto das TS (Marlow et al., 2014).

Em suma, a formação das diferentes pessoas profissionais poderá melhorar o conhecimento técnico, bem como promover práticas de atendimento mais adequadas às diferentes realidades sociais e reduzir situações de estigma e discriminação.

7.2. Informação e literacia em saúde sexual e reprodutiva

A necessidade de tornar a informação mais clara, acessível e adequada às diferentes situações das mulheres surge de forma transversal nos relatos. Os/as participantes referem que as pessoas que acompanham têm dificuldades no conhecimento sobre a IVG e, portanto, consideram que a informação deveria ser disponibilizada de forma "melhor e mais acessível" (P07), tanto aos profissionais como às próprias mulheres.

Esta necessidade é alargada à contraceção, ao planeamento familiar e às diferentes opções perante uma gravidez. P11 defende uma abordagem que permita discutir todos os métodos contracetivos e informar sobre as possibilidades existentes perante uma gravidez não planeada, referindo que os serviços tendem a dar "muito mais realce ao avançar com a gravidez do que ao não avançar". O relato aponta para a necessidade de assegurar que as opções são apresentadas de forma completa e não diretiva, para que o conhecimento das diferentes possibilidades possa efetivamente apoiar a autonomia reprodutiva. São também valorizados recursos especializados de informação e encaminhamento, como a linha "Sexualidade em Linha", da APF, referida por P11 como "um recurso excelente", que já não se encontra ativo. Em consonância com os dados apreendidos, a literatura reforça a importância de informação rigorosa e acessível sobre aborto seguro, locais de acesso e cuidados após a IVG (Marlow et al., 2014; Willis et al., 2023).

Os/as participantes salientam ainda a importância de uma abordagem mais ampla de educação e sensibilização em saúde sexual e reprodutiva. P11 defende um investimento numa "educação para a sexualidade abrangente" e P08 considera importante abordar a IVG e o trabalho sexual de forma aberta e inclusiva, nomeadamente nas escolas. Estas propostas sugerem que a melhoria da literacia não deverá limitar-se à transmissão de informação quando surge uma necessidade, mas sim incluir estratégias de educação e sensibilização capazes de aumentar, de forma mais precoce e continuada, o conhecimento sobre direitos, saúde sexual e recursos disponíveis.

Para além de mencionarem a importância da educação sexual, os/as participantes atribuem às organizações comunitárias um papel de sensibilização e *advocacy*, através da divulgação de informação da IVG, da promoção do debate e da aproximação entre profissionais e TS. Estas iniciativas alargam a intervenção de proximidade para além do acompanhamento individual, procurando também influenciar atitudes e formas de resposta perante esta população.

7.3. Organização e articulação dos serviços

Os/as participantes identificam a necessidade de melhorar a organização dos serviços, através da redução dos tempos de espera, do reforço dos recursos humanos e de uma maior capacidade de resposta. Por este motivo, são sugeridas respostas mais especializadas e uma maior distribuição territorial dos locais onde a IVG pode ser realizada, de forma a reduzir deslocações. P05 propõe inclusivamente a criação de uma unidade específica para a IVG. Defendem também a existência de "um espaço fechado" (P04), onde as mulheres sejam atendidas com maior privacidade, o que é particularmente relevante quando o receio de exposição e julgamento condiciona a procura dos serviços (Folch et al., 2013; Oliveira, 2013).

Para além do acesso à IVG, os/as participantes valorizam a continuidade dos cuidados, nomeadamente o acesso à contraceção e ao acompanhamento psicológico. P04 reforça a importância de "acompanhá-las e não abandoná-las", sugerindo que a resposta não deve terminar com o procedimento, mas integrar medidas antes e depois, o que retoma às experiências de falta de apoio após a IVG descritas no tema 5. Esta perspetiva é concordante com a literatura sobre o papel do planeamento familiar na prevenção de gravidezes não planeadas (Chanda et al., 2017; Duff et al., 2011; Willis et al., 2023).

O reforço das equipas de *outreach* e da articulação entre profissionais de saúde, organizações comunitárias e TS é também valorizado. P11 considera que "quantos mais projetos específicos existirem de trabalho com esta população, mais proximidade há com a população", defendendo a importância da intervenção no terreno, com maior capacidade de resposta e maior adequação às diferentes realidades das mulheres.

Em conjunto, estas propostas apontam para a necessidade de uma resposta mais articulada entre serviços de saúde e organizações comunitárias, capaz de assegurar maior continuidade, proximidade e adequação dos cuidados.

7.4. Condições legislativas e estruturais

Ao nível legislativo e estrutural, os/as participantes propõem alterações às condições de acesso à IVG, nomeadamente o alargamento do prazo do limite gestacional e a redução de exigências burocráticas. Neste sentido, P03 defende uma revisão do enquadramento existente, sugerindo que Portugal possa inspirar-se nas soluções adotadas noutros países: "muitas vezes nós tentamos inventar as nossas próprias legislações quando nos podemos inspirar em legislações vizinhas". A proposta de alteração não se limita, contudo, ao conteúdo da legislação, abrangendo também as condições concretas em que o acesso à IVG é assegurado. P03 destaca a necessidade de "mudar as condições (...) do acolhimento", de garantir o sigilo, a confidencialidade e de assegurar que a objeção de consciência não constitua um obstáculo ao acesso, colocando a autonomia da mulher no centro das condições de acesso à IVG.

Além das mudanças na lei, é referida a importância de monitorizar a aplicação da legislação e de criar mecanismos que permitam identificar e denunciar situações de discriminação. Estas propostas acompanham a preocupação com a proteção do direito à IVG e com um SNS inclusivo, uma vez que, tal como P01 sublinha: "todas as pessoas devem poder aceder aos cuidados nas mesmas condições, independentemente da profissão ou origem". Os/as participantes associam estas mudanças mais estruturais à necessidade de um SNS capaz de assegurar o acesso à IVG sem discriminação. P02 relaciona esta questão com a necessidade de investimento no SNS e no Estado Social, similarmente P01 reforça a importância de "continuarmos a falar sobre isto, não deixar cair as situações".

Em conjunto, estas propostas indicam que garantir o direito à IVG exige mais do que a sua existência formal e não depende de uma única intervenção, mas da articulação entre condições legislativas, institucionais e educativas que permitam o seu exercício efetivo, num SNS acessível e inclusivo.

Conclusão

O presente estudo procurou compreender, a partir da perspetiva de 13 profissionais, os fatores que condicionam o acesso das TS à IVG em Portugal. Os resultados sugerem uma conclusão central: a existência de um direito legalmente consagrado não garante, por si só, o seu exercício efetivo. A concretização da IVG depende da articulação entre o enquadramento

legal, a organização dos serviços, as condições sociais, económicas e laborais das mulheres e a forma como são acolhidas ao longo do percurso.

Entre os constrangimentos identificados, o tempo assume particular relevância por atravessar todas as etapas do processo. O limite das 10 semanas, o período de reflexão obrigatório, as demoras nos serviços, as deslocações entre territórios, as dificuldades documentais e a perda de rendimento associada à interrupção da atividade profissional reduzem, em conjunto, uma margem temporal já limitada. O acesso surge, assim, condicionado não apenas pela escassez de respostas, mas também pela capacidade de estas responderem dentro do tempo em que a mulher necessita delas.

Os relatos mostram também que o estigma pode atuar, tanto antes, como durante o contacto com os serviços de saúde. A antecipação do julgamento poderá influenciar a procura de cuidados e levar algumas mulheres a ocultar a sua atividade profissional como forma de proteção. Esta estratégia poderá reduzir o receio de discriminação, mas limita a partilha de informação sobre o seu contexto de vida e, consequentemente, a compreensão desse contexto pelas pessoas profissionais. Durante o atendimento, foram igualmente descritas situações de julgamento moral, falta de empatia ou tratamento diferenciado, embora os relatos revelem experiências heterogéneas. Esta continuidade entre o receio antecipado e a experiência concreta de atendimento sugere que o estigma pode condicionar o acesso mesmo antes de ocorrer uma situação explícita de discriminação. A dinâmica é particularmente relevante quando o estigma associado ao trabalho sexual se articula com outras condições, como a migração, a precariedade habitacional ou o consumo de substâncias, reforçando a pertinência de uma leitura interseccional das experiências de acesso.

Perante estas dificuldades, as organizações comunitárias assumem um papel relevante na disponibilização de informação, orientação e acompanhamento, tornando o percurso mais compreensível e, em algumas situações, mais seguro. A sua intervenção parece assumir maior importância quando o percurso institucional é menos claro ou quando existe receio de discriminação. Contudo, a necessidade desta mediação evidencia também limitações nas respostas formais. Embora a intervenção comunitária possa atenuar parte dessas limitações, não substitui a resposta dos serviços de saúde. A mediação deve, por isso, ser entendida como um recurso complementar e não como condição necessária para o exercício de um direito.

Quando o acesso formal não se concretiza, as consequências podem ultrapassar o próprio procedimento. Os relatos incluem situações de continuação da gravidez e de recurso a práticas clandestinas e potencialmente inseguras. No presente estudo, estas situações surgem associadas às dificuldades encontradas no percurso formal, não permitindo concluir que a

clandestinidade constitui uma escolha inicial. Esta leitura desloca a atenção da escolha individual para as condições em que essa decisão é concretizada, mostrando que as barreiras de acesso podem conduzir à procura de alternativas fora do circuito institucional.

As propostas dos/as participantes acompanham as dificuldades identificadas e apontam para a necessidade de intervenção em diferentes níveis. Entre as medidas referidas encontram-se a formação das diferentes pessoas profissionais, uma maior ligação entre os serviços formais e equipas de proximidades, maior flexibilidade na organização dos serviços, a disponibilização de informação clara e o reforço do acompanhamento psicossocial e contracetivo após a IVG. Os resultados sugerem, então, que a melhoria do acesso depende da articulação entre diferentes componentes da resposta.

Relativamente às mudanças legislativas, a maioria dos/as participantes associou o reconhecimento da atividade profissional a possíveis efeitos positivos nas condições de acesso à saúde. Não obstante, a lei constitui uma condição necessária, mas insuficiente quando não é acompanhada por mudanças nas práticas institucionais e sociais que sustentam o acesso.

Importa interpretar estes resultados à luz das características do estudo. A análise baseia-se nas perceções de profissionais e não nas experiências diretamente relatadas pelas pessoas TS, pelo que os relatos poderão não refletir a totalidade das situações vivenciadas nem a perspetiva das próprias pessoas envolvidas. A amostra, de natureza intencional e dimensão reduzida, é constituída maioritariamente por profissionais de organizações com intervenção de proximidade, o que limita a generalização dos resultados. Estudos futuros poderão integrar as perspetivas das próprias pessoas TS e de pessoas profissionais dos serviços de saúde, permitindo confrontar experiências e aprofundar a compreensão do fenómeno.

Quando vários constrangimentos se acumulam, a margem para concretizar uma decisão reprodutiva torna-se progressivamente mais reduzida. Mais do que consagrar o direito, importa assegurar as condições concretas para o exercer, garantindo que o sistema responde em tempo útil, sem julgamento e sem depender da mediação de terceiros.

Referências Bibliográficas

Almeida, N. (Coord., 2022). *Trabalho mais seguro: Guia prático de apoio a trabalhadorXs do sexo.* Plano Aproxima.

Amnistia Internacional Portugal. (2025). *Relatório sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez em Portugal: Uma opção sem escolha*. Amnistia Internacional Portugal.

Assembleia da República. (1982). *Código Penal Português: Artigo 169.º – Lenocínio*. (Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro). https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/codigo-penal

Assembleia da República. (1999). *Lei n.º 120/99, de 11 de agosto. Regula o direito à saúde sexual e reprodutiva*. Diário da República, 1.ª série-A, n.º 186, 5232–5234. https://dre.tretas.org/dre/104815/lei-120-99-de-11-de-agosto

Assembleia da República. (2007). *Lei n.º 16/2007, de 17 de abril: Regula a interrupção voluntária da gravidez*. Diário da República, 1.ª série, n.º 75. https://dre.pt/dre/detalhe/lei/16-2007-260570

Associação para o Planeamento da Família. (s.d.). *Aborto e interrupção da gravidez*. Consultado em 25 de junho de 2025, em https://apf.pt/informacao-tematica/aborto-e-interrupcao-da-gravidez/

Barretto, R. S., Duarte, M., & Figueiredo, A. E. B. (2022). 13 years later: Dialogues on voluntary termination of pregnancy in Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, *27*(4), 1525–1534. https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.06162021

Bautista, C. T., Mejía, A., Leal, L., Ayala, C., Sanchez, J. L., & Montano, S. M. (2008). Prevalence of lifetime abortion and methods of contraception among female sex workers in Bogota, Colombia. *Contraception*, *77*(3), 209-213. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2007.11.013

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101.

Braun, V., & Clarke, V. (2013*). Successful qualitative research: A practical guide for beginners.* SAGE Publications.

Bryman, A. (2004). Interviewing in qualitative research. Em *Social research methods* (2.ª ed., pp. 312-333). Oxford University Press.

Chanda, M. M., Ortblad, K. F., Mwale, M., Chongo, S., Kanchele, C., Kamungoma, N., Barresi, L. G., Harling, G., Bärnighausen, T., & Oldenburg, C. E. (2017). Contraceptive use and unplanned pregnancy among female sex workers in Zambia. *Contraception*, *96*(3), 196-202. http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2017.07.003

Chareka, S., Crankshaw, T. L., & Zambezi, P. (2021). Economic and social dimensions influencing safety of induced abortions amongst young women who sell sex in Zimbabwe. *Sexual and Reproductive Health Matters*, *29*(1), 121–132. https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1881209

Cleeve, A., Phrasisombath, K., Sychareun, V., & Faxelid, E. (2014). Attitudes and experiences regarding induced abortion among female sex workers, Savannakhet Province, Laos. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *5*(3), 137-141. http://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.03.001

Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, *43*(6), 1241–1299. https://doi.org/10.2307/1229039

Decker, M. R., Yam, E. A., Wirtz, A. L., Baral, S. D., Peryshkina, A., Mogilnyi, V., & Beyrer, C. (2013). Induced abortion, contraceptive use, and dual protection among female sex workers in Moscow, Russia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *120*(1), 27-31. http://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.07.026

Dias, S., Gama, A., Fuertes, R., Mendão, L., & Barros, H. (2015). Risk-taking behaviours and HIV infection among sex workers in Portugal: Results from a cross-sectional survey. Sexually Transmitted Infections, 91(5), 346-352. https://doi.org/10.1136/sextrans-2014-051697

Duff, P., Shoveller, J., Zhang, R., Alexson, D., Montaner, J. S., & Shannon, K. (2011). High lifetime pregnancy and low contraceptive usage among sex workers who use drugs- an unmet reproductive health need. *BMC pregnancy and childbirth*, *11*(63), 1-8. https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-61

Feio, M. A. (2021). Lei do aborto em Portugal: Barreiras atuais e desafios futuros [Abortion law in Portugal: Current barriers and upcoming challenges]. *Sociologia, Problemas e Práticas*, *97*, 129–158. https://doi.org/10.7458/SPP20219719201

Fernandes, L., Pinto, M., & Oliveira, M. (2006). Caracterização e análise crítica das práticas de redução de riscos na área das drogas em Portugal. *Revista Toxicodependências, 12*(2), 71-82.

Foddy, W. (1996). Como perguntar (M. L. G. Pinto, Trad.). *Celta.* (Trabalho original publicado em 1993).

Folch, C., Lazar, C., Ferrer, L., Sanclemente, C., & Casabona, J. (2013). Female sex workers and access to social and health services in Catalonia: Influence of region of origin and place of work. *AIDS Care, 25*(8), 1033-1038. https://doi.org/10.1080/09540121.2012.748872

Global Network of Sex Work Projects. (2024). *Decriminalisation vs. legalisation: Understanding key differences in sex work legislation.* https://www.nswp.org/resource/nswp-publications/decriminalisation-vs-legalisation-understanding-key-differences-sex-work

Goffman, E. (2004). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (M. Lambert, Trad.). LTC.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Em N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.*), Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). SAGE Publications.

Khan, M. R., Turner, A. N., Pettifor, A., Van Damme, K., Rabenja, N. L., Ravelomanana, N., Swezey, T., Williams, D., Jamieson, D., Mad STI Prevention Group, & Behets, F. (2009). Unmet need for contraception among sex workers in Madagascar. *Contraception, 79*(3), 221-227. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.09.011

Khezri, M., Shokoohi, M., Karamouzian, M., Mirzazadeh, A., Ghalekhani, N., Gholamypour, Z., Valipour, A., Haghdoost, A. A. & Sharifi, H. (2020). Induced abortion and associated factors among female sex workers in Iran. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *25*(6), 434-438. https://doi.org/10.1080/13625187.2020.1815007

Lau, J. T. F., Mui, L. W. H., Tsui, H. Y., Wong, E., & Ho, S. P. Y. (2007). Prevalence of induced abortion and associated factors among Chinese female sex workers in Hong Kong. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *33*(1), 19–29. https://doi.org/10.1080/00926230600998441

Madeiro, A. P., & Diniz, D. (2015). Induced abortion among Brazilian female sex workers: a qualitative study. *Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(2), 587-593. https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.11202014

Marlow, H. M., Shellenberg, K., & Yegon, E. (2014). Abortion services for sex workers in Uganda: successful strategies in an urban clinic. *Culture, health & sexuality*, *16*(8), 931-943. http://doi.org/10.1080/13691058.2014.922218

Ministério da Saúde & Direção-Geral da Saúde. (2024). *Relatório de Análise dos Registos das Interrupções da Gravidez 2023*. Direção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde & Direção-Geral da Saúde. (2026). *Relatório de Análise dos Registos das Interrupções da Gravidez 2025*. Direção-Geral da Saúde.

Moradi, G., Gouya, M. M., Ezzati Amini, E., Ghorbani, S. S., Akbarpour, S., Zareie, B., Izadi, N., Kashefi, F., & Moradi, Y. (2022). Intentional abortion and its associated factors among female sex workers in Iran: results from national bio-behavioral surveillance-2020. *PloS one*, *17*(8). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273732

Nogueira, C. (2001). Construcionismo social, discurso e género. *Psicologia, 15*(1) 43-65. https://doi.org/10.17575/rpsicol.v15i1.490

Nyinawagaba, B. R. (2024). Reproductive rights as fundamental human rights: A feminist perspective on bodily autonomy and social justice. *Eurasian Experiment Journal of Humanities and Social Sciences*, *5*(2), 9–14. https://www.eejournals.org/

Ojer Tsakiridu, D., Franco Vidal, A., Vázquez Valdés, F., Junquera Llaneza, M. L., Varela Uría, J. A., Cuesta Rodríguez, M., López Sánchez, C., Busto Folgosa, M., & Fernández Ollero, M. J. (2008). Factors associated with induced abortion in women prostitutes in Asturias (Spain). *Gaceta Sanitaria*, *22*(6), 520–523.

Oliveira, A. (2001). *Da prostituição ao trabalho sexual: Actrizes, práticas e contextos* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto].

Oliveira, A. (2003). Atores do trabalho sexual: Características comuns e traços distintivos. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 8* (2), pp. 169-186.

Oliveira, A. (2004). Prostituição, exclusão e violência. Estudo empírico da vitimação sobre prostitutas de rua. Comunicação apresentada no *II Congresso Internacional de Investigação e Desenvolvimento Sócio-cultural*, Centro Cultural de Paredes de Coura, Paredes de Coura, 28 a 30 de outubro.

Oliveira, A. (2008). *O mundo da prostituição de rua: Trajectórias, discursos e práticas. Um estudo etnográfico* [Tese de doutoramento, Universidade do Porto].

Oliveira, A. (2013). *Da prostituição de apartamento na cidade de Lisboa: Características e significados.* GAT – Grupo Português de Ativistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA.

Oliveira, A., & Fernandes, L. (2017). Trabajadores del sexo y salud pública: Intersecciones, vulnerabilidades y resistencia. *Salud Colectiva , 13*(2), 199-210. https://doi.org/10.18294/sc.2017.1205

Oyefara, J. L. (2007). Food insecurity, HIV/AIDS pandemic and sexual behaviour of female commercial sex workers in Lagos metropolis, Nigeria. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, *4*(2), 626-635. https://doi.org/10.1080/17290376.2007.9724884

Patton, M. Q. (2015). Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice (4.ª ed.). SAGE Publications.

Perrault Sullivan, G., Guédou, F. A., Batona, G., Kintin, F., Béhanzin, L., Avery, L., Bédard, E., Gagnon, M.P., Zannou, D. M., Kpatchavi, A., & Alary, M. (2020). Overview and factors associated with pregnancies and abortions occurring in sex workers in Benin. *BMC Women's Health, 20*(248), 1-14. https://doi.org/10.1186/s12905-020-01091-6

Seidman, I. (2006). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences* (3.ª ed.). Teachers College Press.

Simmelink, A. M., Gichuki, C. M., Ampt, F. H., Manguro, G., Lim, M. S. C., Agius, P., Hellard, M., Jaoko, W., Stoové, M. A., L'Engle K., Temmerman, M., Gichangi, P., & Luchters, S. (2022) Assessment of the lifetime prevalence and incidence of induced abortion and correlates among female sex workers in Mombasa, Kenya: a secondary cohort analysis. *BMJ Open, 12,* 1-8. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053218

Serviço Nacional de Saúde. (2025). *Interrupção voluntária da gravidez*. Serviço Nacional de Saúde. https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/saude-da-mulher/interrupcao-voluntaria-da-gravidez/

Teixeira, V. R. S. (2020). "É para isso que os médicos são pagos, para ajudarem as pessoas, independentemente do trabalho delas": O acesso a serviços de saúde por trabalhadorxs do sexo *[Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]*. Repositório da Universidade do Porto.

Todd, C. S., Alibayeva, G., Sanchez, J. L., Bautista, C. T., Carr, J. K., & Earhart, K. C. (2006). Utilization of contraception and abortion and its relationship to HIV infection among female sex workers in Tashkent, Uzbekistan. *Contraception*, *74*(4), 318-323. https://doi.org/ 10.1016/j.contraception.2006.04.006

Wahed, T., Alam, A., Sultana, S., Rahman, M., Alam, N., Martens, M., & Somrongthong, R. (2017). Barriers to sexual and reproductive healthcare services as experienced by female sex workers and service providers in Dhaka city, Bangladesh. *PloS one*, *12*(7), 1-19. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182249

Wells, I., & Giacco, D. (2025). Theoretical frameworks used to inform qualitative mental health research: A focus on positivism, interpretivism and critical realism. *BJPsych Advances, 31*(5), 299–307. https://doi.org/10.1192/bja.2024.66

Willis, B., Church, K., Perttu, E., Thompson, H., Weerasinghe, S., & Macias-Konstantopoulos, W. (2023). The preventable burden of mortality from unsafe abortion among female sex workers: a community knowledge approach survey among peer networks in eight countries. *Sexual and reproductive health matters*, *31*(1), 1-16. https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2250618

World Health Organization. (1967). Spontaneous and induced abortion: Report of a WHO scientific group. *World Health Organization technical report series.*

Yi, S., Tuot, S., Chhoun, P., Pal, K., Tith, K., & Brody, C. (2015). Factors associated with induced abortion among female entertainment workers: A cross-sectional study in Cambodia. *BMJ Open*, *5*(7), e007947. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007947

Zhang, X. D., Kennedy, E., Temmerman, M., Li, Y., Zhang, W. H., & Luchters, S. (2014). High rates of abortion and low levels of contraceptive use among adolescent female sex workers in Kunming, China: a cross-sectional analysis. *The European Journal of*

Contraception & Reproductive Health Care, *19*(5), 368-378. https://doi.org/10.3109/13625187.2014.927421

Apêndices

Apêndice A - Guião de Entrevista

1) Contacto com situações de gravidez e IVG

1. Até ao momento, acompanhou algum caso de pessoa trabalhadora do sexo que pretendia recorrer ou já tinha recorrido à IVG?
2. Se sim, quantos casos estima ter acompanhado desde que trabalha com pessoas TS? (pode indicar uma estimativa)
3. Qual a caraterização geral das pessoas que lhe pediram apoio nestas situações?
   (Ex.: idade aproximada, nacionalidade, contexto laboral, etc.)
4. Quando as pessoas procuram ajuda nesta situação, o que normalmente pedem ou procuram?
   (Ex.: informação, apoio emocional, acompanhamento ao serviço, ajuda logística, apoio legal, etc.)
5. Quais são os motivos mais frequentemente apontados pelas pessoas TS para recorrer à IVG?
6. Consegue identificar as situações em que a gravidez ocorreu - Relações com clientes, parceiros, violência ou outros contextos relevantes?

2) Barreiras, necessidades e experiências com os serviços de saúde

1. Na sua perspetiva, quais as principais barreiras que as pessoas TS enfrentam no acesso à IVG?
2. Como descreve a interação das pessoas TS com os serviços de saúde durante o processo de IVG?
3. Que tipo de informação as pessoas TS têm (ou não têm) sobre o processo de IVG quando o procuram?
4. Que fatores legais, sociais ou laborais considera que influenciam o acesso destas pessoas à IVG?
5. Na sua perceção, de que forma a atual legislação sobre trabalho sexual influência o acesso à IVG?

4) Respostas dadas pelos técnicos/ativistas e necessidades identificadas

1. Quando acompanha estas situações, que tipo de apoio consegue efetivamente prestar?
2. Quais são os limites do apoio que consegue oferecer nestes casos?
3. De que tipo de recursos, formação ou articulação institucional sente falta para responder melhor a estes casos?
4. Que mudanças ou melhorias considera necessárias nos serviços de saúde para garantir um acesso mais inclusivo e equitativo à IVG para as pessoas TS?
5. Que práticas, políticas ou orientações deveriam ser alteradas para melhorar o acesso à IVG entre as pessoas TS?

5) Informações adicionais

1. Há algum aspeto, experiência ou observação que considere importante acrescentar sobre este tema? (Espaço livre para contributos adicionais)

Pedido de relatório final

2. Gostaria de receber o relatório final ou informação sobre os resultados desta investigação? Se sim, de que forma? (Por exemplo, indicando um email ou pedindo o seu envio para a organização na qual trabalha)

Dados Sociodemográficos e Profissionais

1. Idade
2. Identidade de género
3. Região do país onde exerce atividade
4. Função desempenhada
5. Tempo de experiência a trabalhar com pessoas trabalhadoras do sexo
6. Tipo de trabalho realizado com pessoas TS (Ex.: *outreach*, apoio psicossocial, jurídico, saúde, ativismo, etc.)

Apêndice B - Consentimento Informado

Consentimento informado

Título do estudo: **O acesso das pessoas trabalhadoras do sexo ao aborto**

Âmbito do Estudo:

Este estudo está a ser desenvolvido no contexto do Mestrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. A investigação integra a dissertação de mestrado conduzida pela estudante **Luísa Dias Oliveira**, sob orientação da **Professora Doutora Alexandra Oliveira**.

Objetivo(s):

O presente estudo pretende compreender como técnicos e ativistas que trabalham com pessoas trabalhadoras do sexo percecionam o acesso destas à Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), em Portugal. Deste modo, pretende-se conhecer as experiências e identificar necessidades e recursos associados a esse acesso, contribuindo para práticas mais inclusivas e informadas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Pretende-se vir a contribuir para **apoiar a atuação profissional** nesta área, **reforçar a compreensão sobre a realidade das pessoas trabalhadoras do sexo** e **sensibilizar serviços de saúde** para respostas mais adequadas, contribuindo para o bem-estar das pessoas que fazem trabalho sexual e técnicas que trabalham com elas.

Critérios de participação

Podem participar pessoas com **18 ou mais anos**, que sejam **técnicas ou ativistas** e que trabalhem ou tenham trabalhado com pessoas que fazem trabalho sexual, em organizações ou movimentos a atuar em Portugal.

Informações sobre a participação:

A participação neste estudo consiste na realização de uma **entrevista individual semiestruturada**, conduzida pela investigadora responsável. A entrevista terá uma duração variável, estimando-se que decorra entre **30 e 90 minutos**, dependendo da experiência profissional e da profundidade das respostas fornecidas pela pessoa participante. Abordará

temas relacionados com as perceções sobre o acesso das pessoas trabalhadoras do sexo à Interrupção Voluntária da Gravidez em Portugal.

A entrevista será realizada em local e horário previamente acordados com a pessoa participante, podendo decorrer presencialmente ou através de plataforma digital segura, de acordo com a disponibilidade e preferência da participante.

Com a autorização da pessoa participante, a entrevista será **gravada** em áudio, exclusivamente para facilitar a posterior transcrição e análise dos dados. As gravações serão armazenadas de forma **segura**, acessíveis apenas à investigadora e à orientadora, e **eliminadas após a conclusão do estudo** e cumprimento das obrigações legais de conservação dos dados.

A **participação é totalmente voluntária** e pode ser interrompida a qualquer momento e, após submissão, dispõe de um período de três meses para solicitar a eliminação das suas respostas.

O estudo garante a **confidencialidade** dos dados, reconhecendo, contudo, os limites inerentes a estudos qualitativos, nomeadamente a possibilidade de utilização de excertos das respostas. Ainda assim, é assegurado o **anonimato** através da atribuição de códigos alfanuméricos a cada participante, que impedem a identificação direta das pessoas participantes. Os dados serão utilizados exclusivamente para fins académicos e científicos, armazenados de forma segura e eliminados após um ano da conclusão do estudo.

Não se antecipam riscos acrescidos associados à participação neste estudo, nem existe qualquer benefício direto para quem responde. Contudo, espera-se que, de forma indireta, o estudo contribua para o **bem-estar** das pessoas participantes e das pessoas trabalhadoras do sexo.

Os resultados da investigação serão disseminados através da dissertação de mestrado e da **partilha de um resumo dos resultados** com as organizações participantes. Poderá ainda ser realizada uma **sessão de apresentação e discussão dos resultados** para as pessoas e entidades interessadas.

Contacto:

Para pedidos de informação adicional ou questões relativas à participação, encontra-se disponível o contacto da investigadora responsável: up202106585@fpce.up.pt

Muito obrigada pela sua colaboração!

Para manifestar o seu consentimento, **por favor responda a este e-mail com a seguinte frase:**

"Li e compreendi as informações relativas ao estudo 'O acesso das pessoas trabalhadoras do sexo ao aborto', aceito participar voluntariamente e [autorizo/não autorizo] a gravação áudio da entrevista para efeitos de transcrição e análise dos dados."

Nome (opcional): _____

Data: ____ / ____ / _____

Apêndice C - Matriz de Codificação, Categorização e Excertos Ilustrativos

A Tabela A1 apresenta a matriz de codificação temática construída a partir das entrevistas, organizada segundo a estrutura do capítulo de resultados. Cada categoria é acompanhada pelos respetivos indicadores e por excertos ilustrativos; os participantes são identificados pelos códigos P01–P13.

Tabela A1

Matriz de Codificação Temática: Categorias, Indicadores e Excertos Ilustrativos

Cód.	Categoria	Indicadores de codificação	Excertos ilustrativos	Participantes
Tema 1 — Contextos de gravidez e tomada de decisão perante a IVG				
1.1	Caracterização dos casos e diversidade dos perfis	Frequência de situações de IVG; perfis migratórios; idade; contextos indoor/outdoor; consumo de substâncias; sem-abrigo; precariedade habitacional; irregularidade documental; gravidez com clientes e em relações afetivas; falhas contracetivas; continuidade dos métodos contracetivos.	"A maioria, acho que terão sido brasileiras até ao momento." (P01). "acho que não se pode fazer muitas generalizações, porque acho que cada caso é um caso" (P08). "o preservativo rebenta" (P13). "é uma guerra, os centros de saúde têm e não têm" (P04).	P01–P13
1.2	Motivações e tomada de decisão para a IVG	Desejo reprodutivo; não querer ou não poder prosseguir a gravidez; migração e ausência de rede; dependência económica; gravidez resultante do trabalho sexual; existência de filhos; condições económicas e laborais; influência de terceiros; autonomia reprodutiva.	"deixam de trabalhar e é um problema" (P04). "é mesmo por intenção de não ter naquele momento, por vontade de não ter naquele momento" (P01, P02). "eu não quero ser mãe de um filho desta pessoa" (P11). "engravidou e que ela não teve escolha" (P11).	P01–P09, P11–P13
Tema 2 — O acesso efetivo à IVG: entre o direito e os constrangimentos				
2.1	Enquadramento legal, burocrático e administrativo	Direito formal à IVG; aplicação da legislação; objeção de consciência; disponibilidade de profissionais; período de reflexão; limite gestacional; documentação; número de utente; procedimentos administrativos.	"eu acho que a lei está correta, é só preciso é as pessoas deixarem e aplicarem" (P13). "de haver ainda muitos sítios com objetores de consciência" (P11). "A barreira do tempo" (P03). "não tinham documentos, não era, e era muito complicado" (P04).	P01–P08, P11, P13

Cód.	Categoria	Indicadores de codificação	Excertos ilustrativos	Participantes
2.2	Organização dos serviços e desigualdade territorial	Demoras na marcação; tempos de resposta; sucessivos encaminhamentos; variabilidade entre serviços; previsibilidade do percurso; disponibilidade territorial; deslocações; diferenças entre regiões.	"não querendo falar mal do nosso Sistema Nacional de Saúde, se calhar as coisas não acontecem tão rápidas quanto deviam acontecer" (P10). "cada centro de saúde tem uma sentença" (P04). "se estiver numa zona mais distante tem que se deslocar eventualmente a um sítio onde faça o procedimento" (P01).	P01–P05, P10–P13
2.3	Condições sociais, económicas e laborais que condicionam o acesso	Perda de rendimento; ausência de proteção laboral; horários irregulares; incompatibilidade com horários dos serviços; pobreza; responsabilidades económicas familiares; ausência de direitos laborais; reconhecimento do trabalho sexual.	"perder um dia para ir […] aos cuidados de saúde é menos um dia de trabalho" (P10). "a pobreza não ajuda que as pessoas tenham tempo para se organizar" (P03). "[sobre os direitos laborais] No caso das trabalhadoras sexuais, isso não existe" (P10).	P01, P03–P10, P13
3	**Estigma, discriminação e vulnerabilidades interseccionais**	Tabu; moralização do trabalho sexual; moralização da IVG; sexualidade feminina; maternidade; responsabilidade materna; valores culturais e religiosos; dupla estigmatização; receio de julgamento; vergonha; medo de perguntar; receio de "levantar ondas"; ocultação da atividade profissional; autojulgamento; gestão da exposição; migração; ausência de redes de suporte; precariedade habitacional; consumo de substâncias; irregularidade documental; presença de proxeneta/terceiros; sobreposição de condições sociais; experiências negativas anteriores (próprias ou de colegas).	"direitos *versus* cultura" (P03). "Tanto no estigma de fazer o trabalho do sexo e talvez de fazer um aborto" (P12). "não sabem quem é que vão apanhar à frente para ter essa opinião" (P08). "[TS que disse] tenho vergonha de dizer ao meu médico de família o que eu faço" (P12). "[sobre caso TS migrantes] Estou numa situação instável, não é? Não tenho documentação, não tenho morada fixa" (P06). "terem uma experiência má com um médico já vai limitar muito mais procurarem outro" (P10).	P01–P03, P05–P10, P12, P13
Tema 4 — Experiências nos serviços de saúde e percurso pelo sistema				
4.1	Experiências de atendimento: entre discriminação e atendimento humanizado	Desumanização; falta de empatia; julgamento moral; culpabilização; perceção diferenciada; influência de características sexuais/sociais; autonomia reprodutiva; atendimento humanizado.	"vejo muita desumanização" (P05). "havia ali uma barreira, pelo facto de não ter número de utente" (P07). "são equipas incríveis" (P11).	P01–P13
4.2	Literacia, informação e orientação no sistema	Conhecimento da legalidade; desconhecimento de prazos; etapas; locais; marcação; custos; documentação; redes informais; pessoas de confiança; organizações; insistência junto dos serviços; procura de alternativas.	"Sabem que existe […] mas depois, onde, quais são as etapas do processo […] aí acho que já não há muita informação" (P01). "a maior parte dos utentes não falam porque é uma coisa que se consegue esconder" (P05). "querem saber onde é que podem ir, em que sítios é que se devem dirigir, como é que devem fazer o contacto" (P11).	P01, P02, P04–P12
Tema 5 — Vivências emocionais e psicossociais associadas ao processo				

Cód.	Categoria	Indicadores de codificação	Excertos ilustrativos	Participantes
5.1	Ambivalência e vivência da decisão	Ambivalência; peso emocional; circunstâncias de vida; direitos; influência escolha; organização do quotidiano; autonomia situada.	“é uma grande ambivalência entre avançar para o aborto ou manter o bebé” (P05). “não é propriamente ser um obrigado a fazer, mas é […] uma resposta ao contexto” (P07). “A questão da escolaridade […] vai influenciar depois as escolhas em liberdade e autodeterminação” (P03).	P01, P03, P05–P08, P10
5.2	Impacto emocional e consequências da experiência de acesso	Zanga; desespero; ansiedade; espiral emocional; culpa; ambivalência após a IVG; pressão para retomar o trabalho; perda de rendimento; apoio psicológico/social; necessidade de acompanhamento após a IVG.	“a pessoa depois fica com problemas, com culpas, as culpas ficam lá nelas” (P04). “alguma zanga, algum desespero alguma ansiedade” (P05). “ela ficou muito, bom, traumatizada, muito nervosa” (P03).	P01–P06
5.3	Continuação da gravidez e recurso a alternativas	Desistência; ultrapassagem do prazo; continuação da gravidez; criança retirada; práticas clandestinas; automedicação; procura hospitalar após complicações; práticas potencialmente inseguras; dificuldades de informação perante a gravidez.	“a moça acabou por desistir” (P04). “Uma acabou […] por depois levar a gravidez avante” (P06). “provavelmente podem recorrer a um aborto clandestino que ainda existe” (P05). “a pessoa desconfia que está grávida e está a tomar medicação contracetiva” (P10).	P01–P06, P10
Tema 6 — O papel das organizações comunitárias na mediação do acesso				
6.1	Informação, orientação e acompanhamento no acesso à IVG	Informação sobre direitos; procedimentos; prazos; locais; etapas; marcação de consultas; encaminhamento; acompanhamento presencial; apoio emocional; apoio social; apoio de pares; acompanhamento após a IVG.	“damos informação, explicamos o procedimento, os *timing*, essas coisas todas” (P08). “fazemos o contacto até com os serviços para o agendamento” (P07). “Às vezes acompanhamento até ao local onde é feito a consulta, às vezes já aconteceu acompanhamento dentro da consulta mesmo” (P01). “este apoio também das pessoas poderem refletir sobre o processo de tomada de decisão” (P07).	P01–P08, P11–P13
6.2	Mediação e proteção no acesso aos serviços de saúde	Contacto com profissionais; resolução de procedimentos; agendamento por terceiros; evitar contacto direto com profissionais temidos; acompanhamento; segurança; maior conforto; perceção de tratamento diferente quando acompanhada.	“o nosso papel também de desbloquear barreiras de prevenir que a pessoa seja mais discriminada” (P05). “alguns serviços, não todos, tratam as pessoas de uma maneira em que se elas estiverem acompanhadas por um técnico, tratam-nas de outro” (P13). “faz a ponte, parece que a pessoa não tem que dar a cara diretamente” (P10).	P01, P03–P05, P07, P09, P10, P12, P13
6.3	Limitações e desafios da intervenção comunitária	Falta de apoio financeiro; aquisição de medicação; recursos humanos; ausência de “ponte direta”; necessidade de profissional de referência; adesão ao apoio psicológico; limites perante a lei e os serviços.	“não conseguimos dar apoio económico nesse processo” (P01). “A limitação é essa, eu não ter uma ponte direta” (P12). “o apoio psicológico exige uma exposição muito grande” (P08).	P01, P03–P05, P07, P08, P10, P12, P13
Tema 7 — Necessidades identificadas e propostas de melhoria				

Cód.	Categoria	Indicadores de codificação	Excertos ilustrativos	Participantes
7.1	Formação e sensibilização dos profissionais	Conhecimento sobre trabalho sexual; comunicação; empatia; resposta a vulnerabilidades; formação de pessoal administrativo; "porta de entrada"; atualização profissional; instrumentos de apoio.	"nós infelizmente temos centros de saúde em que as pessoas que trabalham ali precisam de formação" (P04). "a formação também […] das competências de atendimento, quer das competências de comunicação, quer […] da empatia" (P07). "os profissionais administrativos são muito importantes, são a porta de entrada no acesso aos serviços" (P01).	P01, P03–P05, P07, P08, P11
7.2	Informação e literacia em saúde sexual e reprodutiva	Informação clara e acessível; IVG; contraceção; planeamento familiar; opções perante gravidez não planeada; informação não diretiva; Sexualidade em Linha; educação para a sexualidade; *advocacy* equipas.	"esta difusão de informação eu acho que devia ser feita de uma forma melhor e mais acessível" (P07). "investir na educação para a sexualidade abrangente" (P11). "um recurso excelente para nós" (P11).	P02, P06–P08, P10, P11
7.3	Organização e articulação dos serviços	Redução de tempos de espera; reforço de recursos humanos; respostas especializadas; distribuição territorial; unidade específica; privacidade; continuidade dos cuidados; contraceção; planeamento familiar; acompanhamento psicológico; *outreach*; articulação interinstitucional.	"criar, por exemplo […] uma unidade específica para as pessoas acederem à IVG" (P05). "estas pessoas deviam ter um espaço fechado" (P04). "Se calhar o que é que facilitaria era ver este encaminhamento em rede mais bem feito" (P10). "acompanhá-las e não abandoná-las" (P04).	P04–P06, P10–P13
7.4	Condições legislativas e estruturais	Alargamento do prazo gestacional; redução da burocracia; revisão legislativa; condições de acolhimento; sigilo e confidencialidade; objeção de consciência; autonomia corporal; monitorização da lei; denúncia de discriminação; SNS inclusivo; investimento no SNS e Estado Social.	"mas acima de tudo era estender o prazo" (P01). "não fosse preciso ter que estar inscrito no centro de saúde daquela área" (P03). "garantir que não trabalham objetores de consciência nestes serviços" (P03). "toda a gente pudesse ter acesso a serviços de forma gratuita" (P01).	P01–P04, P06, P11–P13

Nota: Os excertos provêm das entrevistas semiestruturadas, com ajustes mínimos de pontuação e ortografia; […] indica omissão de texto. A coluna Participantes indica os/as participantes que contribuíram para a categoria. A codificação seguiu uma abordagem predominantemente indutiva, tendo os códigos sido agrupados por semelhança e relações conceptuais e posteriormente organizados em categorias e temas. IVG = interrupção voluntária da gravidez; SNS = Serviço Nacional de Saúde