

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA E SAÚDE

Marília Netz Bento

**Dimensões psicossociais do aborto
no Brasil: análise das
representações médicas e do
estigma em nível comunitário**

UFCSPA

Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre

Porto Alegre

2023

Marília Netz Bento

Dimensões psicossociais do aborto no Brasil: análises das representações médicas e do estigma em nível comunitário

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Lucia Marques Stenzel
Coorientador: Profa. Dra. Sheila Gonçalves Câmara

Porto Alegre
2023

Catálogo na Publicação

Netz Bento, Marília

Dimensões psicossociais do aborto no Brasil : análise das representações médicas e do estigma em nível comunitário / Marília Netz Bento. -- 2023.

89 p. : il., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, 2023.

Orientador(a): Lucia Marques Stenzel ;
coorientador(a): Sheila Gonçalves Câmara.

1. Aborto induzido. 2. Community-Level Abortion Stigma Scale. 3. Conselho Federal de Medicina. 4. Estigma. 5. Representações Sociais. I. Título.

**Dimensões psicossociais do aborto no Brasil: análise das representações
médicas e do estigma em nível comunitário**

BANCA AVALIADORA

Profa. Dra. Adriana Jung Serafini

Departamento de Psicologia

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Profa. Dra. Alice Hirdes

Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Desenvolvimento Humano e
Sociedade

Universidade Luterana do Brasil

Profa. Dra. Camila Giugliani

Departamento de Medicina Social

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre

2023

RESUMO

Esta dissertação apresenta dois estudos relacionados ao tema do aborto a partir de suas dimensões psicossociais. O primeiro estudo analisa como o aborto é representado nos registros públicos dos últimos 20 anos do Conselho Federal de Medicina (CFM), identificando quatro categorias: Aborto Legal, Bioética, Epidemiologia/Assistência e Criminalização/Descriminalização do Aborto. Os resultados indicam tensões entre discursos favoráveis e contrários à descriminalização do aborto, com predomínio de apoio à segurança legal do médico em detrimento dos direitos sexuais e reprodutivos femininos. É recomendada maior conscientização da categoria médica na comunicação de informações sobre o aborto, considerando sua responsabilidade com um atendimento integral e humanizado à mulher. O segundo estudo trata do estigma relacionado ao aborto. Em países com legislações mais restritivas, como o Brasil, a falta de legalização é uma das principais causas do estigma social em relação às mulheres que abortam. A pesquisa teve como objetivos traduzir e adaptar a Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS) ao contexto brasileiro e avaliar suas evidências de validade e confiabilidade. Participaram 256 sujeitos, entre 18 e 73 anos, que responderam a um questionário online entre abril e novembro de 2022. A Análise Fatorial Confirmatória resultou em um modelo composto por 18 itens e quatro fatores: Segredo, Discriminação/Estereotipagem, Autonomia e Religião, com propriedades psicométricas adequadas para o estudo do estigma relacionado ao aborto no Brasil. Ambos os estudos abordaram diferentes aspectos psicossociais da temática do aborto, evidenciando sua complexidade e destacando a importância de considerar fatores sociais, culturais e políticos no atendimento em saúde às mulheres em situação de abortamento, visando minimizar os impactos negativos das representações estigmatizantes.

Palavras-chave: Aborto induzido; Community-Level Abortion Stigma Scale; Conselho Federal de Medicina; estigma; representações sociais.

ABSTRACT

This dissertation presents two studies related to the topic of abortion from its psychosocial dimensions. The first study analyzes how abortion is represented in the public records of the last 20 years from the Brazilian Federal Council of Medicine (CFM), identifying four categories: Legal Abortion, Bioethics, Epidemiology/Assistance, and Criminalization/Decriminalization of Abortion. The results indicate tensions between favorable and opposing discourses regarding the decriminalization of abortion, with a predominant support for the legal security of physicians at the expense of women's sexual and reproductive rights. It is recommended to increase the awareness of the medical community in communicating information about abortion, considering their responsibility for comprehensive and compassionate care for women. The second study focuses on the stigma related to abortion. In countries with more restrictive legislations, such as Brazil, the lack of legalization is one of the main causes of social stigma towards women who have abortions. The research aimed to translate and adapt the Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS) to the Brazilian context and evaluate its validity and reliability evidence. A total of 256 subjects, aged between 18 and 73, participated in an online questionnaire from April to November 2022. Confirmatory Factor Analysis resulted in a model consisting of 18 items and four factors: Secrecy, Discrimination/Stereotyping, Autonomy, and Religion, with adequate psychometric properties for studying abortion-related stigma in Brazil. Both studies addressed different psychosocial aspects of the abortion topic, highlighting its complexity and the importance of considering social, cultural, and political factors in healthcare for women in abortion situations, aiming to minimize the negative impacts of stigmatizing representations.

Keywords: Induced abortion; Community-Level Abortion Stigma Scale; Brazilian Federal Council of Medicine; stigma; social representations

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de procedimentos e resultados.....	20
Figura 2. Linha do tempo com os principais eventos relacionados à temática Aborto..	22
Figura 3. O Paradoxo da Prevalência.....	42
Figura 4. Esquema metodológico do processo de tradução e adaptação da escala..	46
Figura 5. Resultados do modelo fatorial hipotetizado para a Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS).....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Cargas fatoriais, estatística descritiva e consistência interna dos itens e dimensões da Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS)	52
Tabela 2. Correlação entre as dimensões da Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS) e Inventário de Opiniões sobre a Justificabilidade do Aborto (IOJA).....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APSS	Abortion Provider Stigma Scale
Art.	Artigo
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CFI	Comparative Fit Index
CFM	Conselho Federal de Medicina
CLASS	Community-Level Abortion Stigma Scale
CNS	Conselho Nacional de Saúde
D2	Distância Quadrática de Mahalanobis
IC	Intervalo de Confiança
ILAS	Individual Level Abortion Stigma Scale
IOJA	Inventário de Opiniões sobre a Justificabilidade do Aborto
IRaMuTeQ	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITC	International Test Commission
Mosai	Mosaico de Opiniões sobre o Aborto Induzido
Not.	Notícia
PASWR	Predictive Analytics SoftWare and Solutions Resources
PCAC	Person-Centered Abortion Care
RDS	Respondent Driven Sampling
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	Tucker-Lewis Index

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
2.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS – ARTIGO 1.....	12
2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS – ARTIGO 2.....	12
3 REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO.....	13
4 ARTIGO 1.....	14
5 ARTIGO 2.....	38
6 CONCLUSÃO GERAL.....	68
APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico.....	69
APÊNDICE B – Inventário de Opiniões Sobre a Justificabilidade do Aborto (IOJA)...	71
APÊNDICE C – Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS) – Versão Traduzida.....	72
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	74
ANEXO A – Normas de Formatação do Periódico Opinião Pública.....	76
ANEXO B – Normas de Formatação do Periódico Psicologia: Ciência e Profissão.....	80
ANEXO C – E-mail de Anuência da Autora da Versão Original da CLASS.....	83
ANEXO D – Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS).....	84
ANEXO E – Parecer Consubstanciado do CEP.....	86

1 INTRODUÇÃO

O aborto induzido é uma prática tão comum quanto controversa. Enquanto alguns grupos defendem o acesso ao aborto como um direito humano, um direito das mulheres, um direito sexual e reprodutivo e um direito à saúde, outros se posicionam contrariamente, defendendo primordialmente o direito do embrião à vida. Da mesma maneira, a legislação sobre o tema ao redor do mundo varia desde países onde a prática é permitida, conforme solicitação da mulher, até países onde o ato é proibido em qualquer situação (Finer & Fine, 2013; Guillaume & Rossier, 2018).

Na legislação brasileira, a interrupção voluntária da gravidez é proibida. O Código Penal prevê detenção de um a três anos para mulheres que realizarem autoaborto e de um a quatro anos para terceiros que as auxiliem (Decreto-Lei n. 2.848, 1940). No entanto, não são penalizados os abortos realizados por médicos nos casos que a lei denomina de “aborto necessário”, isto é, quando não há outro meio de salvar a vida da gestante e de gravidez resultante de estupro. Em 2012, o Supremo Tribunal Federal aprovou também a possibilidade de interrupção de gestação de fetos anencéfalos; pauta que já vinha sendo discutida desde 2004 (Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54, 2012).

Contudo, o aborto induzido segue ocorrendo com grande frequência no Brasil. Conforme indica a Pesquisa Nacional de Aborto, realizada em 2016, aproximadamente uma a cada sete mulheres já realizou pelo menos um aborto antes dos 40 anos (Diniz et al., 2023). A pesquisa demonstra que o aborto ocorre entre mulheres comuns, independentemente da idade, do estado civil, de gestações anteriores (ou posteriores), nível de escolaridade e classe social. Ocorre também entre mulheres de todas as religiões.

Dentro desse cenário, percebe-se uma tendência global de liberalização das leis de aborto, no entanto, esse movimento enfrenta um forte *backlash* em relação aos direitos das mulheres. O efeito *backlash* pode ser compreendido como uma reação de cunho conservador aos avanços de movimentos sociais, principalmente no que se refere a políticas voltadas às minorias (Faludi, 2001). Em âmbito global, é possível citar diversas estratégias para introduzir barreiras que dificultam o acesso aos serviços de aborto legal, como exigências de aconselhamento, muitas vezes tendenciosos, longos períodos de espera obrigatória e a prática da objeção de consciência por parte dos médicos envolvidos (Finer & Fine, 2013). Essas barreiras contribuem para a estigmatização das mulheres que buscam pelo aborto e comprometem sua saúde.

No Brasil, um exemplo dessa força conservadora é o Projeto de Lei 478/2007, denominado Estatuto do Nascituro, que tramita na Câmara dos Deputados, cujo objetivo é que se reconheça a natureza humana desde o momento da concepção e, portanto, conferir ao embrião humano os mesmos direitos jurídicos de uma pessoa nascida viva. Se aprovado, o projeto prevê a proteção do direito do nascituro à vida independentemente da expectativa de sobrevivência ou de delitos cometidos por seus genitores. Essa mudança afetaria as exceções vigentes atualmente a respeito da possibilidade de interrupção de gestação. Ainda, o Estatuto propõe que o abortamento provocado passe a ser considerado um crime hediondo (Projeto de Lei da Câmara n. 478, 2007).

Pode-se citar, também, os mecanismos criados pelo Governo Federal, sob comando do presidente Jair Bolsonaro, a fim de restringir o acesso ao aborto mesmo em casos já previstos em lei. Esse é o caso das portarias publicadas entre agosto e setembro de 2020, nas quais consta a orientação para que os médicos só realizem o procedimento nos casos de estupro após informar às autoridades policiais. A primeira versão desse documento foi publicada poucos dias após um evento que ganhou destaque nacional nas mídias; no dia 16 de agosto de 2020, um hospital na cidade de Recife onde uma menina de 10 anos, vítima de estupro, com direito ao aborto legal, foi cercado por protestos de políticos extremistas e fundamentalistas religiosos (Jardim, 2020; Rossi, 2020).

Nesse contexto, apresentamos dois estudos distintos que buscam compreender e analisar o estigma relacionado ao aborto sob diferentes perspectivas. O primeiro estudo, intitulado “Representações Sociais em conflito: o aborto na visão do Conselho Federal de Medicina”, investiga as representações sobre o aborto presentes no Portal do Conselho Federal de Medicina, órgão responsável por regulamentar a prática médica no país. O estudo analisa como valores pessoais dos profissionais de saúde repercutem nas representações sobre o aborto e nas políticas públicas de saúde, especialmente no que se refere ao atendimento humanizado às mulheres que buscam atendimento nessas circunstâncias.

O segundo estudo, intitulado “Adaptação transcultural e evidência de validade da versão brasileira da Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS)”, tem como objetivo adaptar e validar para a realidade brasileira a escala CLASS, utilizada para mensurar o estigma em relação ao aborto em nível comunitário. O estudo visa disponibilizar para o contexto brasileiro. Ambos os estudos têm por objetivo investigar o fenômeno do aborto induzido a partir de suas dimensões psicossociais, a fim de trazer contribuições para a compreensão e o enfrentamento do estigma relacionado ao aborto no Brasil.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar o fenômeno do aborto induzido a partir de suas dimensões psicossociais, buscando compreender as representações e práticas relacionadas a ele em diferentes contextos socioculturais

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS – ARTIGO 1

- Analisar a representação social do aborto no portal do Conselho Federal de Medicina (CFM);
- Identificar os principais eventos históricos relacionados ao aborto no portal do CFM;
- Categorizar as notícias relacionadas ao tema do aborto disponibilizadas pelo portal do CFM.

2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS – ARTIGO 2

- Realizar a tradução, adaptação transcultural da Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS) para o uso no contexto brasileiro;
- Avaliar as evidências de validade de construto e confiabilidade da versão adaptada da CLASS.

3 REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO

- Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54, de 12 de abril de 2012 (2012). *Diário Oficial da União*. Relator: Min. Marco Aurélio. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal. Recuperado em 10 setembro, 2020, de <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiarnoticiastf/anexo/adpf54.pdf>
- Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (1940). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Casa Civil. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.html
- Diniz, D., Medeiros, M., & Madeiro, A. (2023). National Abortion Survey – Brazil, 2021. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2023/Mar) <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/national-abortion-survey-brazil-2021/18689?id=18689>
- Faludi, S. (2001). *Backlash: Contra-Ataque Na Guerra Não Declarada Contra As Mulheres*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Finer, L., & Fine, J. B. (2013). Abortion law around the world: Progress and pushback. *American Journal of Public Health*, 103(4), 585–589. <https://doi.org/10.2105/ajph.2012.301197>
- Guillaume, A., & Rossier, C. (2018). L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. *Population*, 73(2), 225. <https://doi.org/10.3917/popu.1802.0225>
- Jardim, L. (2020). Pazuello reedita a polêmica portaria sobre aborto legal. *O Globo*. <https://blogs.oglobo.globo.com/lauro-jardim/post/pazuello-reedita-polemica-portaria-sobre-aborto-legal.html>
- Projeto de Lei da Câmara n. 478, de 2007 (2007). Dispõe sobre o Estatuto do Nascituro e dá outras providências. Relatores: Dep. Luiz Bassuma e Dep. Miguel Martini. Brasília, DF: Câmara Federal. Recuperado em 10 setembro, 2020, de https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=443584&filename=PL+478/2007
- Rossi, M. (2020). Cruzada Antiaborto Tem Nova Vitória Com Portaria Que Dificulta O Procedimento Legal Às Vítimas De Estupro. [online] *EL PAÍS*. <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-08-28/cruzada-antiaborto-tem-nova-vitoria-portaria-que-dificulta-o-procedimento-legal-as-vitimas-de-estupro.html>

4 ARTIGO 1

Representações Sociais em Conflito: o aborto na visão do Conselho Federal de Medicina

A ser submetido ao periódico: Opinião Pública (Anexo A)

Qualis: A1

Resumo: Este artigo busca identificar como a prática do aborto é representada nos registros públicos do Conselho Federal de Medicina (CFM). Foram analisados 132 documentos por meio de uma pesquisa documental das notícias disponíveis no portal do CFM ao longo de 20 anos. Através da análise de conteúdo, foram identificadas quatro categorias: Aborto Legal, Bioética, Epidemiologia/Assistência e Criminalização/Descriminalização do Aborto. Os resultados demonstram tensões entre os discursos favoráveis e contrários à descriminalização do aborto, sustentadas por valores pessoais e morais, bem como um predomínio de apoio à segurança legal do médico em detrimento dos direitos sexuais e reprodutivos femininos. É sugerida uma maior conscientização da categoria, por meio de uma abordagem mais capacitadora na formação médica, tanto durante a graduação quanto na formação continuada, para que os profissionais estejam adequadamente preparados para representar e comunicar informações sobre o aborto, tendo em vista sua responsabilidade com um atendimento integral e humanizado à mulher.

Palavras-chave: Aborto; Representações Sociais; Direitos sexuais e reprodutivos; Conselho Federal de Medicina.

Social Representations in Conflict: abortion from the perspective of the Federal Council of Medicine.

Abstract: This article seeks to identify how the practice of abortion is represented in the public records of the Federal Council of Medicine (CFM). A total of 132 documents were analyzed through a documentary research of the news available on the CFM portal over a period of 20 years. Through content analysis, four categories were identified: Legal Abortion, Bioethics, Epidemiology/Assistance, and Criminalization/Decriminalization of Abortion. The results demonstrate tensions between the discourses favorable and unfavorable to the decriminalization of abortion, supported by personal and moral values, as well as a predominance of support for the legal safety of the doctor to the detriment of women's sexual and reproductive rights. It is suggested a greater awareness of the category, through a more capacitating approach in medical training, both during graduation and in continuing education, so that professionals are adequately prepared to represent and communicate information about abortion, given their responsibility with a comprehensive and humanized care to the woman.

Criminalization/Decriminalization of Abortion. The results demonstrate tensions between favorable and opposing discourses regarding the decriminalization of abortion, supported by personal and moral values, as well as a predominance of support for the legal safety of the physician at the expense of women's sexual and reproductive rights. Greater awareness is suggested within the medical profession through a more empowering approach in medical education, both during undergraduate studies and continuing education, to ensure that professionals are adequately prepared to represent and communicate information about abortion, considering their responsibility towards comprehensive and humanized care for women.

Keywords: Abortion; Social Representations; Sexual and Reproductive Rights; Brazilian Federal Council of Medicine.

Représentations sociales en conflit: l'avortement selon le Conseil Fédéral de Médecine

Résumé: Cet article cherche à identifier comment la pratique de l'avortement est représentée dans les registres publics du Conseil Fédéral de Médecine (CFM). 132 documents ont été analysés à travers une recherche documentaire des actualités disponibles sur le portail du CFM sur une période de 20 ans. À travers l'analyse de contenu, quatre catégories ont été identifiées : Avortement Légal, Bioéthique, Épidémiologie/Assistance et Criminalisation/Décriminalisation de l'Avortement. Les résultats démontrent des tensions entre les discours favorables et défavorables à la dépénalisation de l'avortement, soutenus par des valeurs personnelles et morales, ainsi qu'une prédominance du soutien à la sécurité légale du médecin au détriment des droits sexuels et reproductifs des femmes. Il est suggéré une sensibilisation accrue de la catégorie médicale, à travers une approche plus formative dans la formation médicale, à la fois pendant les études et la formation continue, afin que les professionnels soient adéquatement préparés pour représenter et communiquer des informations sur l'avortement, en vue de leur responsabilité envers une prise en charge globale et humanisée de la femme.

Mots clés: Avortement; Représentations sociales; Droits sexuels et reproductifs; Conseil Fédéral de Médecine brésilien.

Representaciones Sociales en Conflicto: el aborto desde la perspectiva del Consejo Federal de Medicina.

Resumen: Este artículo busca identificar cómo se representa la práctica del aborto en los registros públicos del Consejo Federal de Medicina (CFM). Se analizaron 132 documentos mediante una investigación documental de las noticias disponibles en el portal del CFM a lo largo de 20 años. A través del análisis de contenido, se identificaron cuatro categorías: Aborto Legal, Bioética, Epidemiología/Asistencia y Criminalización/Despenalización del Aborto. Los resultados muestran tensiones entre los discursos a favor y en contra de la despenalización del aborto, sostenidos por valores personales y morales, así como un predominio del apoyo a la seguridad legal del médico en detrimento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Se sugiere una mayor concienciación en la categoría, mediante un enfoque más capacitador en la formación médica, tanto durante la carrera como en la formación continua, para que los profesionales estén adecuadamente preparados para representar y comunicar información sobre el aborto, teniendo en cuenta su responsabilidad de brindar una atención integral y humanizada a las mujeres.

Palabras clave: Aborto; Representaciones Sociales; Derechos sexuales y reproductivos; Consejo Federal de Medicina brasileño.

Introdução

A forma como pensamos e agimos se estrutura e se organiza no contexto social. O conjunto de imagens e ideias formado sobre um fenômeno é o que nos permite dar sentido e interpretar a vida cotidiana (Vala; Castro, 2013). Assim também ocorre com as temáticas ligadas à saúde. Por mais que o conhecimento científico possa ser um grande orientador de ações em saúde, estamos lidando constantemente com um imaginário social que dá forma às práticas de saúde cotidianas (Marková, 2017; Jodelet, 2001).

Ao surgir um novo evento no horizonte social, o medo pela falta de informação mobiliza o pensamento social a fim de que esse fenômeno possa ser compreendido e dominado (Jodelet, 2001). Nesse processo, os modos de pensar próprios de diferentes grupos sociais, do saber científico e o de senso comum, se chocam, de modo que se opera uma transformação mútua de saberes (Moscovici, 2012).

Jodelet (2001) afirma que, nestes processos de integração, a comunicação é uma condição necessária para a produção das representações sociais, de modo que é nos discursos que essas representações podem ser observadas. A autora destaca ainda o potencial que esses discursos têm para a normatização e orientação de condutas dentro dos grupos que compõem a sociedade. Nesse sentido, as representações sobre determinado objeto são inseparáveis dos afetos, da história pessoal e da posição que o sujeito ocupa socialmente (Moscovici, 2005).

Ao mesmo tempo, o conhecimento chancelado pela ciência exerce grande influência sobre as representações sociais, de modo que a ciência passou a pautar os conceitos e analogias impostos à sociedade. Desse modo, cada vez mais as formas de pensar e de viver são cedidas “por procuração” aos cientistas, como se o conhecimento estivesse circunscrito a este grupo social (Moscovici, 2012).

Por outro lado, a partir de processos comunicacionais, as representações se produzem, se transformam e são transmitidas e reforçadas tornando-se o saber do senso comum. O conhecimento científico é um tipo de saber que penetra nas conversas cotidianas e circula nos grupos e contextos sociais por meio, por exemplo, da mídia, formando novas representações. Tendo isso em vista, pode-se dizer que as representações sociais de um novo saber científico se comunicam – ajustando-se, coexistindo ou até mesmo opondo-se e gerando novas – com o pensamento preexistente que circula na sociedade, estabelecendo uma disputa entre diferentes saberes. Em se tratando de temáticas científicas relativas à saúde essas representações em disputa

podem carregar consigo uma moral social que, muitas vezes, engaja uma ideia de perigo físico e moral (Herzlich, 2005; Jodelet, 2001).

É o caso de fenômenos como o aborto. A disputa de saberes sobre o abortamento autoinduzido se caracteriza por um discurso científico bastante ligado a valores morais e religiosos sobre o embrião e sobre a mulher/mãe, que envolvem uma naturalização da maternidade e o controle e moralização do corpo e da sexualidade feminina.

Quando abordado pela mídia, esta parece priorizar discursos conservadores, recorrendo principalmente a fontes governamentais, as quais evitam se indispor com as bases religiosas, ao passo que a participação de mulheres que já passaram por um aborto como fonte jornalística é ínfima (Dvoskin, 2021; Souza, 2022). Mesmo quando posicionados de forma mais favorável a descriminalização do aborto, os setores governamentais e midiáticos parecem limitar a discussão a termos de “saúde pública”, de modo que não são abordados os valores sociais e culturais que constroem a representação acerca do aborto e da mulher que aborta (Dvoskin, 2021).

O mesmo ocorre nas pesquisas acadêmicas, onde a maior parte das evidências empíricas é proveniente da participação de profissionais da área da saúde. Em estudo sobre a Representação Social do aborto entre ginecologistas, Mikael-Silva e Nascimento (2021) observam a força que pressupostos religiosos, que misturam elementos da biologia com atributos metafísicos, exercem sobre a representação dos profissionais sobre o abortamento. Sendo tratado até mesmo como “assassinato”, as representações negativas ligadas ao aborto podem impactar de forma bastante nociva na assistência prestada em casos de aborto legal, podendo gerar complicações quando realizado de forma precária e insegura (Mikael-Silva; Nascimento, 2021).

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) é a mais importante entidade representante da categoria médica, sendo responsável pela orientação e fiscalização da prática profissional. Tendo em vista os conhecimentos sobre as disputas entre o saber científico e o saber de senso comum, e até mesmo as disputas dentro destas esferas, bem como os processos comunicacionais para formação e manutenção das representações sociais; o objetivo deste artigo é identificar como a prática social de aborto e as mulheres em situação de abortamento são representadas discursivamente nos registros disponibilizados pela plataforma online da autarquia.

Método

Este artigo teve como objetivo realizar uma pesquisa documental, de caráter descritivo e exploratório, por meio da coleta e análise documental das notícias disponibilizadas na internet pelo portal do CFM. Os documentos foram coletados pela primeira autora do artigo, no período entre 2 de junho e 31 de julho de 2022, na página inicial do sítio da instituição (<https://portal.cfm.org.br/>), por meio das ferramentas de busca disponibilizadas pelo portal. Fez-se uso dos termos “aborto”, “abortamento”, “‘interrupção’ and ‘gestação’” e “‘interrupção’ and ‘gravidez’”, sem limitação de período, de modo que foram contempladas todas as ocorrências disponíveis até julho de 2022.

O material selecionado foi organizado em uma tabela de Excel, na qual foram registrados o título do documento, a data de publicação, o link de acesso e o texto completo. O método escolhido para a análise de dados foi a Análise de Conteúdo, seguindo o modelo proposto por Bauer (2017), que permite a reconstrução das representações contidas em um corpus de pesquisa a partir de duas dimensões principais: sintática e semântica. Os procedimentos sintáticos demonstram como algo é dito ou escrito, o que pode ser observado pela frequência com que palavras são usadas e sua ordenação, o vocabulário escolhido pelo mensageiro e as características gramaticais e estilísticas, fatores estes que influenciam como a audiência receberá a mensagem. Já a análise da dimensão semântica foca na relação entre os sinais e seu sentido denotativo ou conotativo, no “o que é dito no texto?”. Esse método de análise permite que se conjecture acerca dos valores, atitudes e opiniões contidos implícita ou explicitamente nos textos estudados.

Inicialmente, realizou-se uma seleção das notícias que realmente estavam relacionadas ao fenômeno do abortamento induzido, excluindo as ocorrências que fugiam dessa proposta. Na seleção do material, observou-se correspondências que tratavam de aborto espontâneo, geralmente associado a consequência de alguma patologia (como rubéola, Infecções Sexualmente Transmissíveis ou doenças congênitas do feto). Outras vezes, o aborto foi citado entre outros temas, mas sem nenhum tipo de desenvolvimento sobre o assunto. Ainda, foi possível observar que o termo “aborto” foi usado como uma metáfora, como nos casos: “O indivíduo (...) presumindo que perdeu o comando sobre sua vida e seu futuro, que abortou a condição de tomar suas próprias decisões.” e “A lei foi elaborada no congresso nacional, com o intuito de definir o que é

o ato médico (...) o poder executivo vetou pontos fundamentais, transformando-a (a lei) num aborto anencéfalo.”. Todas essas ocorrências foram descartadas.

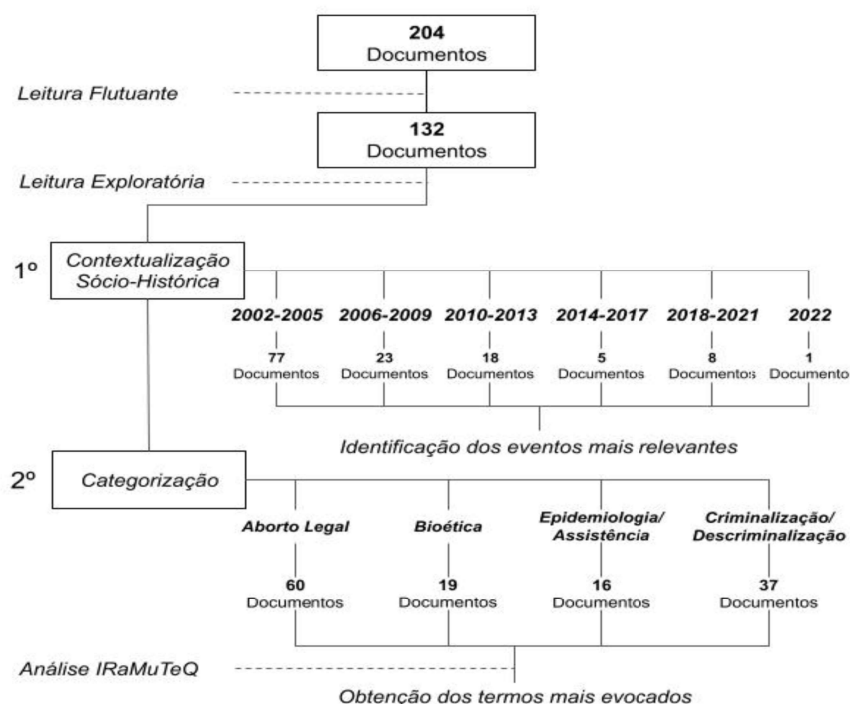
Em seguida, o material foi submetido a uma leitura exploratória, com objetivo de compreender o contexto sócio-histórico em que foram produzidos. Para tanto, pretendeu-se identificar e descrever de forma cronológica os principais eventos relacionados ao tema “aborto” registrados no material em estudo.

Concomitantemente, a leitura buscou identificar e codificar os documentos em unidades textuais. Posteriormente, as unidades foram agrupadas, categorizadas a partir dos termos mais evocados nos artigos e notícias. Para a análise dos documentos, fez-se uso do software IRaMuTeQ (Salvador et al., 2018). O software permite desde análises simples de dados textuais, como a lexicografia básica, até análises multivariadas. Os resultados obtidos pelo cálculo de frequência de palavras – tanto o geral quanto o de cada categoria – servirá como fio condutor para as discussões.

Resultados

O material coletado datava entre 10 de julho de 2002 e 1º de julho de 2022, resultou num total de 204 documentos, todos eles oriundos do uso do descritor “aborto” como ferramenta de busca. Utilizando o termo “abortamento”, houve 28 ocorrências, “‘interrupção’ and ‘gestação’”, 37, e “‘interrupção’ and ‘gravidez’”, 56. Todas essas, no entanto, já haviam aparecido na busca anterior. Após os procedimentos metodológicos, restaram 132 ocorrências, conforme ilustrado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de procedimentos e resultados



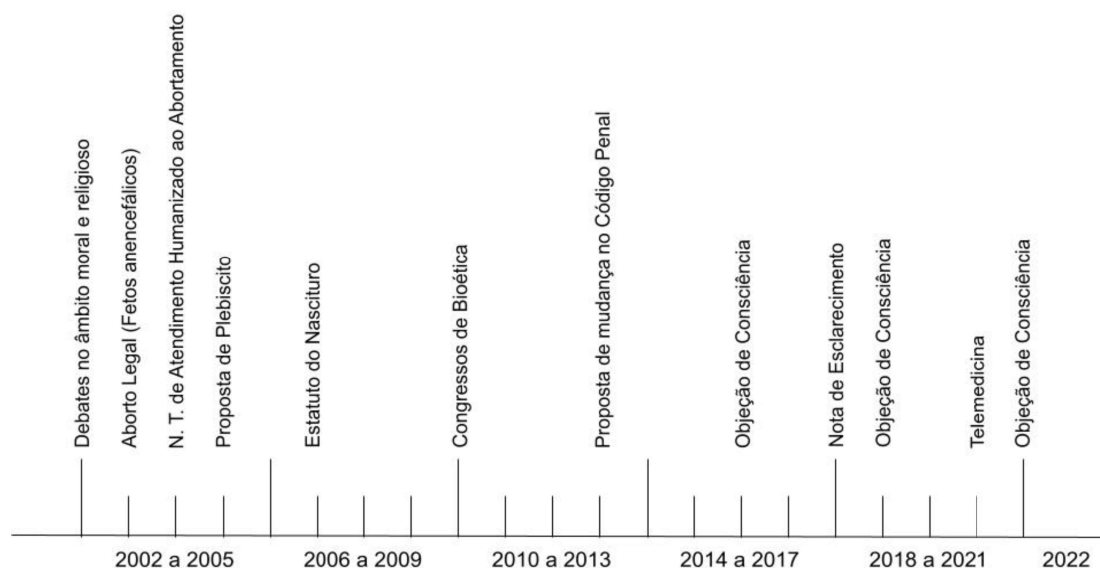
No primeiro contato com o material coletado foi possível identificar dois tipos de documentos, pré estabelecidos pelo sítio do CFM: “Artigos” e “Assessoria de Imprensa”, sendo que esta segunda foi alterada para “Notícias” a partir de 2020. No primeiro tipo de material, os artigos, é apresentado um conteúdo um pouco mais extenso, uma espécie de coluna de opinião enviada, geralmente, por médicos ou advogados. Já o tipo de material chamado de “Assessoria de Imprensa/Notícias” contempla a reprodução de comunicações sobre eventos ou notas do CFM aos médicos ou à população. Todavia, esta divisão foi desprezada como critério para a análise, de modo que “Artigos” e “Notícias” formaram indistintamente o corpus de pesquisa. Contudo, para fins de citação, os textos foram codificados pela abreviação da categoria definida pelo portal do CFM, sendo “Art.” para Artigos e “Not.” para Assessoria de Imprensa/Notícias, seguida do mês e ano de publicação.

De porte dos 132 documentos selecionados, partiu-se para a primeira etapa de análise que envolveu uma contextualização sócio-histórica. Nesta etapa buscou-se identificar e descrever de forma cronológica os principais eventos relacionados ao tema “aborto” identificados no corpus da pesquisa. Por meio de uma análise dos eventos mais relevantes relacionados ao tema do aborto, foi possível constatar uma forte vinculação com temáticas e eventos políticos relacionados à época. Pode-se afirmar que há, por

parte da categoria médica, um posicionamento historicamente mais alinhado aos setores conservadores da sociedade. Esta relação parece ter se intensificado durante os governos da presidenta Dilma Rousseff (2010-2016), o que foi justificado principalmente pela contrariedade da categoria à implementação do Programa Mais Médicos. A partir desse momento, é possível observar um posicionamento contundente do CFM favorável ao golpe arquitetado contra a presidenta (Coutinho, 2013; Gallo, 2016; Soares et al., 2016). Posteriormente, a autarquia participou intimamente do governo do então presidente Jair Bolsonaro (2018-2022), aconselhando e apoiando-o em medidas como o “tratamento precoce” para o enfrentamento da COVID-19 com medicamentos sem evidências científicas de eficácia (Lara, 2021; Carnut, 2022).

Para ilustrar essa primeira etapa de análise, optou-se por, inicialmente, apresentar os textos do portal do CFM organizados em uma linha do tempo relacionada às campanhas e mandatos presidenciais dos últimos vinte anos. Desta forma, os dados foram agrupados em cinco períodos, destacando-se “eventos-chave” para as representações da autarquia sobre o aborto, como se vê na Figura 2.

Figura 2. Linha do tempo com os principais eventos relacionados à temática Aborto



Quanto à segunda etapa de análise, que envolve a categorização dos termos mais evocados nos artigos e notícias, o resultado foi a formação de quatro categorias: Aborto Legal, Ética/Bioética, Criminalização/Descriminalização e Epidemiologia/Assistência. É evidente que em alguns momentos essas categorias se interseccionam e é justamente essa interação que exprime a rede de relações da qual elas extraem significado

(Jovchelovitch, 2000). Contudo, para possibilitar a organização da análise, os artigos foram agrupados conforme o assunto predominante no texto.

Por fim, o programa IRaMuTeQ identificou os cinco termos mais recorrentes nos 132 documentos: “aborto” (408 vezes), “saúde” (291 vezes), “mulher” (271 vezes), “médico” (215 vezes) e “vida” (179 vezes). A Figura 1, apresentada anteriormente, ilustra de forma esquematizada o processo de análise e os principais resultados.

A seguir, a discussão será conduzida de forma qualitativa, no entanto, considerando a frequência dos termos mais recorrentes no corpus da pesquisa e dentro de cada categoria de documentos. A análise comparativa da frequência geral dos termos com sua frequência específica em cada categoria permitirá compreender melhor a ênfase dada a cada aspecto da temática do aborto dentro de cada categoria.

Discussão

A construção do imaginário social sobre o aborto: contextualização sócio-histórica do discurso médico

No Brasil, o aborto envolve um debate ético-moral, jurídico e ideológico, transformando-se em uma disputa recorrente entre grupos, comunidades, instituições e categorias representativas na sociedade. O tema permeia o cenário político brasileiro, sendo um assunto recorrente entre os candidatos mais conservadores, geralmente ligados à bancada evangélica, os quais apresentam a pauta contrária à prática do aborto como uma bandeira em suas campanhas eleitorais (Leite, 2019). Nesse contexto, a abordagem não ocorre em termos de projetos ou como uma discussão aprofundada, mas como um tema explorado midiaticamente por ser “polêmico” e capaz de pesar negativamente para o candidato “acusado” de ser favorável a descriminalização do aborto (Ames et al., 2021; Belin & Rizzotto, 2021).

No primeiro período analisado, entre os anos de 2002 e 2005, houve uma intensificação na discussão sobre a temática do aborto. Enquanto em 2002 o tema era pouco abordado, resumindo-se a pauta de congressos de bioética e acompanhado de um discurso de moralidade e pensamento religioso -é nesse momento que o aborto é chamado de “extermínio de fetos” (Not., 10/2002) - em 2003, a discussão se intensifica em termos de epidemiologia e diretrizes para a assistência à saúde das mulheres em processo de abortamento. Nesse ano, surge o primeiro registro disponível em que se aborda a descriminalização do aborto (Not., 12/2003). Outro fato que marca esse período é a decisão do Supremo Tribunal Federal de incluir a interrupção da gestação de

fetos anencefálicos no rol das causas excludentes de ilicitude para o abortamento (Not., 08/2004).

O encerramento desse período é marcado pela publicação da Norma Técnica de Atendimento Humanizado ao Abortamento (Brasil, 2005). Essas diretrizes elaboradas pelo Ministério da Saúde geraram discussões importantes sobre a decisão da não obrigatoriedade de apresentação de boletim de ocorrência para se obter o direito ao aborto legal em decorrência de crime de violência sexual (Art., 03/2005) - esta questão será aprofundada na categoria Aborto Legal. Concomitantemente, a Comissão de Seguridade Social e Família elaborava uma proposta de plebiscito sobre a descriminalização do aborto (Not., 08/2005).

O segundo período, de 2006 a 2009, é marcado por uma crescente ofensiva aos projetos que estavam se desenvolvendo em prol dos direitos das mulheres. É nesse período que surge o Estatuto do Nascituro, cujo objetivo, entre outros, é proibir todas as possibilidades de aborto e aumentar a pena para quem o realize (Not., 01/2006). Os registros marcam um discurso mais conservador, com espaço para a publicação de artigos de opinião que usam, por exemplo, “infanticídio” como sinônimo de aborto induzido (Art., 07/2007). Também há registro da divulgação de um projeto que prevê a criação de um número telefônico para denúncias de aborto e das chamadas clínicas “especializadas em matar crianças” (Not., 02/2008).

Entre 2010 e 2013, o terceiro período analisado, os registros acerca da temática giram em torno da possibilidade de interrupção da gestação de fetos anencefálicos (Not., 05/2010) - cuja discussão também será mais explorada na categoria Aborto Legal. Ao final desse período, há registro da discussão sobre mudanças no Código Penal, as quais incluiriam a legalização do aborto nas situações em que “o médico ou psicólogo atestar que a mulher não apresenta condições psicológicas de arcar com a maternidade” (Not., 08/2012). Nesse momento, o CFM se posiciona publicamente em nota, na qual defende a manutenção do aborto como crime, mas de acordo com a revisão e ampliação do rol de situações onde há exclusão de ilicitude (Not., 03/2013). Nos registros, também há a manifestação da Sociedade Brasileira de Bioética, entre outras instituições, em apoio a esse posicionamento (Not., 04/2013).

No período entre 2014 e 2017 a produção foi bastante escassa. Somente no final de 2016 foi publicado um material que de alguma forma abordou o tema do aborto. Trata-se de um artigo que traz à baila a questão da objeção de consciência, o direito do

médico de não realizar um procedimento com o qual não concorde por motivos de sua ética pessoal ou religião (Art. 11/2016).

No quinto período, entre 2018 e 2021, ocorre uma importante manifestação do CFM, em forma de “Nota de Esclarecimento”. Trata-se de uma explicação com o intuito de “defender-se” das notícias de que a autarquia seria favorável ao aborto. O Conselho esclarece que sua posição é de que essa é uma decisão que cabe ao Poder Legislativo (Not., 07/2018). Nos anos seguintes, seguiu com a discussão sendo travada no âmbito do direito à objeção de consciência nos casos de realização do aborto juridicamente permitido (Not., 05/2019). Ainda que em 2020 tenha sido publicada uma importante Portaria (nº 2282), a qual obriga os profissionais de saúde a notificar a polícia sobre os atendimentos a casos de aborto legal, há apenas um registro sobre o fato. O registro diz respeito a uma reunião do Conselho Regional de Medicina da Paraíba, onde a autarquia informa que aguarda o posicionamento do CFM para poder se posicionar oficialmente (Not., 09/2020).

Por fim, há também o registro sobre uma Circular elaborada pelo CFM, na qual tratam de telemedicina e o uso de Misoprostol. Devido à pandemia de covid-19, muitos atendimentos médicos estavam ocorrendo virtualmente. Nesse contexto, o CFM exclui a assistência a mulheres em situação de aborto legal do rol de procedimentos que poderiam ser mediados por telemedicina (Not. 08/2021).

O último período abrange apenas o ano de 2022, desde seu início até o mês de julho. Nesse ano, houve pelo menos dois eventos importantes que marcaram a discussão acerca do abortamento. O primeiro, uma menina de 11 anos com direito ao aborto legal foi coagida e teve seu acesso ao procedimento dificultado por uma promotora de justiça. Além disso, o governo manifestou a intenção de substituir a atual Norma Técnica de Atendimento Humanizado ao Abortamento por uma nova cartilha, a qual dificultaria a interrupção de gravidez em caso de estupro devido a exigência de apresentação de boletim de ocorrência sobre o crime. Nada disto consta entre as notícias disponíveis no portal do CFM. Há apenas uma nota na qual a autarquia explicita os critérios legais para a interrupção da gestação e volta a trazer a questão da objeção de consciência (Not., 07/2022).

A disputa de saberes sobre o aborto: interfaces dos discursos jurídicos, religiosos, médicos e científicos na saúde e na subjetividade feminina

Nesta seção são apresentadas as reflexões teóricas oriundas da segunda etapa analítica em que os 132 registros selecionados foram categorizados de acordo com o assunto predominante. A primeira, Aborto Legal, trata de notícias que abordam as situações às quais o Código Penal prevê a permissão do aborto sem que haja punição, a saber: gravidez de risco à vida da gestante, gravidez resultante de violência sexual e, acrescentada posteriormente, anencefalia fetal. A segunda categoria, Bioética, contempla os registros de discussões das dimensões morais e éticas relacionadas à vida e à prática da medicina. Epidemiologia/Assistência, a terceira categoria, apresenta registros de comunicações sobre a prevalência de abortos provocados de forma ilegal no país, suas consequências à saúde da mulher e impactos no sistema de saúde pública, bem como orientações aos profissionais de saúde sobre o atendimento a esses casos. Finalmente, a categoria Criminalização/Descriminalização do Aborto trata dos registros sobre as tensões entre representantes favoráveis e contrários a ampliação do direito ao aborto.

1. Aborto Legal

Essa foi a categoria com mais ocorrências, totalizando 60 textos publicados no portal do CFM. A maior prevalência foi de notícias relacionadas às orientações do Ministério da Saúde sobre a não necessidade de apresentação de boletim de ocorrência para realização de aborto em casos de violência sexual. O portal demonstrou como principal preocupação a segurança jurídica do profissional que realizaria o atendimento nessas situações, como pode ser lido nos trechos: “para garantir mais segurança, o médico deve estimular a vítima de violência a registrar a ocorrência” (Not. 05/2005) e “é preciso avaliar formas de dar segurança ao médico que se propõe a praticar o aborto sem exigir documentação” (Not. 05/2005). Isso também é percebido no fato de que todas as menções ao direito de “objeção de consciência” estarem presentes nesta categoria, como exemplificado no trecho: “Um dos temas colocados foi o direito à objeção de consciência do médico em casos de realização do aborto juridicamente permitido.” (Not. 05/2019).

Outra tendência nesta categoria foi a de notícias acerca da permissão para realização de aborto nas gestações de fetos anencefálicos. Nessa condição, mostra-se uma maior concordância da autarquia a autorização legal para o aborto, porém com um

jogo semântico no qual se defende que esta “não é considerada prática abortiva” (Not. 08/2004), optando pelo uso recorrente de “antecipação terapêutica do parto” (Not. 10/2004; 04/2005; 08/2008; 10/2009; 05/2010; 09/20010; 05/2012) no lugar de “aborto”.

Pode-se considerar que o caráter de orientação sobre a conduta do profissional se reflete no fato de que o termo “médico” foi o mais utilizado dentro da categoria, se sobrepondo a “aborto” ou “mulher”, por exemplo. Em relação às mulheres atendidas, há uma preferência pelo tratamento como “vítima”, referindo-se à violência sexual, do que como “gestante”, o que demonstra uma posição mais passiva da mulher nessa situação. Pode-se pensar que, apesar de na maioria dos casos a mulher que aborta ser vista como culpada, aqui se entende que ela está na posição de vítima, não só da violência sexual, mas também no procedimento abortivo, pois é uma consequência de algo que fizeram contra ela.

Contudo, é possível perceber nas orientações passadas aos profissionais a representação da mulher que tem direito ao aborto como uma possível “mentirosa”, alguém que se aproveitaria dessa “brecha do sistema” (Aléssio et al., 2008). Portanto, assim como é comum a culpabilização da mulher vítima de violência sexual, reforçada tanto pelas representações da mídia quanto pelo poder judiciário, percebe-se também a desconfiança de que esta obteria uma vantagem indevida ao não precisar registrar Boletim de Ocorrência (Almeida & Nojiri, 2018).

Já ao se referir à mulher que aborta em caso de gestação de feto anencefálico, foi comum o tratamento como “mãe”. A opção por este tratamento linguístico pode, por um lado, parecer contraditória, visto que o aborto se trata justamente da interrupção da possibilidade da maternidade na gestação em questão. Essa opção retórica foi identificada também em discursos jurídicos, quando o objetivo era tratar da frustração da vida do feto (Ribeiro & Spink, 2011).

Também é possível pensar nessa opção de tratamento representacional, discursivo e linguístico como uma forma de produzir um distanciamento da mulher que toma a decisão pelo aborto nesta situação do estigma de “mulher que aborta”, comum aos outros contextos de abortamento. Isto porque, nesses casos, poderia até haver o desejo pela manutenção da gestação, não fosse a incompatibilidade do feto com a vida. E, portanto, essa mulher corresponde ao mito do amor materno, não apenas por não estar voluntariamente negando a maternidade, mas também por sofrer pelo filho perdido (Badinter, 1985).

Em síntese, esta categoria apresenta como protagonista o profissional médico e a preocupação com a sua segurança em relação a um procedimento abordado principalmente no âmbito jurídico. Em outras palavras, o aborto surge como um tema de natureza legislativa e sobre o qual são tomadas decisões que são impostas aos profissionais e que orientam suas decisões e práticas profissionais. As mulheres que abortam aparecem como coadjuvantes neste processo, seja por chegarem ao serviço de saúde como vítimas de uma violência, seja por serem, de algum modo, “vítimas” da impossibilidade de serem mães em decorrência da anencefalia do feto.

2. Bioética

Apesar da grande ocorrência do termo “aborto” em eventos de Bioética, esta categoria contempla apenas 19 resultados. Isto acontece porque muitas ocorrências foram descartadas por não trazerem nenhum conteúdo, apenas o termo sendo citado como tema de debate em eventos promovidos pelo CFM e outras entidades médicas.

Nesta categoria, além de “aborto”, em quarto lugar, dentre os cinco termos mais recorrentes estão “vida”, “humano”, “indivíduo” e “pessoa”, sendo estes geralmente utilizados para se referir ao feto, como se vê nos seguintes: “a vida humana resulta de uma propriedade sobrenatural que anima a estrutura material e a faz viver como gente”, “o indivíduo se origina do óvulo e do espermatozoide de seus ancestrais mais imediatos” (Art. 24/02/2006) e “Princípios da Dignidade da Pessoa Humana e da Inviolabilidade do Direito à Vida” (Art. 24/02/2006).

A referência à pessoa que aborta aparece em um número de ocorrências proporcionalmente bem menor do que nas outras categorias. São contabilizadas apenas duas menções ao termo “gestante”, duas a “mãe” e 15 a “mulher”, resultando em uma média de uma menção por notícia. Por outro lado, o termo “alma” é utilizado também 15 vezes, de modo que esta categoria contempla todas as ocorrências do termo no corpus de pesquisa, como se vê no exemplo: “incorporação da alma em cada ser humano individual como marco inicial da personalidade” (Art. 02/2016). Percebe-se, assim, uma representação de primazia do feto em relação à mulher.

Além disso, os documentos desta categoria fazem referências a termos como “personalidades religiosas” (Not. 01/2005), “dogmas religiosos”(Not. 03/2005) e de “aspectos religiosos” (Not. 07/2005; 12/2009), sempre apresentando uma retórica mais conservadora e sem espaço para um contraponto. Ao fazer menção a “progresso”, esta

vem na frase “...com a finalidade precípua de proteger a vida, sem desacelerar o progresso da ciência.” (Art.. 02/2006).

Estes posicionamentos apontam para o uso de uma retórica de cunho moral, justificado pelo discurso biomédico. Nessa chama “moral medicalizada”, a biologia e a ciência não apenas coexistem com uma moral religiosa, mas, principalmente, são usadas como argumento para sustentá-la (Diniz, 2009).

3. Epidemiologia/Assistência

Esta categoria é a com menor número de ocorrências, apenas 16 documentos. Ao abordar o aborto no âmbito epidemiológico e de assistência, a categoria converge com o corpus de pesquisa em três dos cinco termos mais utilizados: “aborto”, “saúde”, “mulher”. No entanto, termos como “morte” e “mortalidade” aparecem antes de “vida”. A partir disso, pode-se considerar que há uma maior ênfase nas questões relacionadas aos prejuízos do aborto inseguro à saúde da mulher. É o que se lê no trecho:

O aborto está entre as principais causas de mortalidade materna no Brasil (...) À revelia da legislação brasileira, que tipifica a prática como crime, salvo em casos específicos, inúmeras mulheres optam por realizar o aborto de forma ilegal, e, em sua maioria, perigosa, com o uso de métodos rudimentares e agressivos à saúde. (Not. 12/2004)

E, mesmo sendo a categoria com menor número de documentos, os termos “saúde” e “mulher” são repetidos, respectivamente, 47 e 40 vezes. Deste modo, é possível inferir que, no âmbito desta categoria, a discussão sobre a preservação da vida da mulher se sobressai à discussão da preservação do nascituro.

Em vista disso, cabe apontar que há uma importante diferença entre o aborto seguro e inseguro. Enquanto o aborto realizado em hospitais, com autorização legal e de forma segura resulta em melhor recuperação da saúde física e mental, o aborto clandestino, feito de modo inseguro, expõe a vida da mulher a um maior risco, podendo resultar em morte por hemorragia, infecções, entre outras complicações (Costa & Mendonça, 2022). Portanto, tratam-se de mortes que seriam evitáveis se houvesse a atenção médica necessária.

A questão da “atenção humanizada” também é amplamente abordada, o que é percebido na frequente difusão de orientações acerca da Norma Técnica que preconiza essa forma de assistência à mulher em situação de abortamento. Nesse mesmo sentido, se vê a preferência pelo uso do termo “aborto inseguro” (Not. 01/2005; 09/2009) em vez de “aborto ilegal”, como em: “a atenção tardia ao abortamento inseguro e às suas

complicações pode ameaçar a vida, a saúde física e mental das mulheres”. Essa opção de mudança de “ilegal” para “inseguro”, muda também a representação da mulher, que passa de uma criminosa – por fazer algo ilegal – para uma pessoa em vulnerabilidade. Ainda, pode-se considerar que essa mudança aponta para uma maior preocupação com os aspectos relacionados à saúde, que são de fato inerentes ao trabalho de assistência médica, do que os relacionados à alçada jurídica.

Assim, a categoria apresenta uma discussão acerca do aborto não de forma restrita ao ambiente hospitalar, mas dentro de um contexto social e considerando seus riscos à saúde integral da mulher. Além disso, é possível perceber que os discursos nessa categoria não são protagonizados pela representação do papel do médico, focando muito mais na relação das mulheres com a situação de abortamento.

4. Criminalização/Descriminalização do Aborto

Por fim, a última categoria é composta por 37 documentos, cujos termos mais recorrentes também são “aborto”, “mulher” e “saúde”, seguidos de “direito” e “projeto”. Essas ocorrências apontam para um entendimento de que se trata de uma reprodução de discussões no âmbito legislativo e jurídico acerca do aborto. Nesta categoria aparece tanto um discurso em defesa da descriminalização quanto um discurso que reforça a defesa à manutenção e/ou ampliação de situações que envolvem a criminalização do aborto.

Os termos “igreja” e “feminista” são utilizados o mesmo número de vezes, e representam a dicotomia de polos representacionais - contra aborto e pró-aborto - envolvidos nessa discussão. Entre os documentos que reproduzem opiniões mais conservadoras, lê-se declarações como: “A divulgação do serviço nos meios de comunicação social e nas contas telefônicas facilitaria muito o trabalho dos agentes policiais de punir as inúmeras clínicas especializadas em matar as crianças” (Not. 02/2008), “Parece-me que a expressiva maioria é contra as teses dos que sustentam ser ‘direito’ transformar ser humano em ‘lixo hospitalar humano’ pelo aborto” (Not. 04/2005) e “Todo atentado à vida, desde a sua concepção ao seu termo natural, é inadmissível à dignidade humana” (Not. 12/2004), emitidas por um deputado, um advogado e um padre, respectivamente .

Porém, um dos dados do corpus de pesquisa que chama atenção pela sua extensão e argumentação, foi o artigo escrito pelo professor universitário Genival

Veloso de França que é publicado no ano de 2007. O documento se destaca entre as opiniões contrárias à descriminalização. No artigo, lê-se argumentos como:

[...] na crista da violência que se instituiu em nosso país nesses últimos anos, levanta-se uma nova ordem: a da legalização do aborto, ou, eufemisticamente, a sua descriminalização. Tal fato nada mais revela senão a reverência ao abuso, o aplauso ao crime legalizado e a consagração à intolerância contra seres indefesos [...] (Art. 07/2007)

O que assusta é imaginar que a gestante que não possa ou não tenha oportunidade de realizar exames pré-natais, e, portanto, direito ao aborto, não seja contemplada mais adiante com uma legislação que permita praticar impunemente o infanticídio [...] Após a legalização do aborto, será que surgiriam os defensores do infanticídio oficial do segundo ou do terceiro filho dos ‘indisciplinados sexuais’? (Art. 07/2007)

Já na conclusão, o autor declara ainda que: “Ninguém se engane que o aborto oficial vai substituir o aborto criminoso. Ao contrário, vai aumentar. Ele continuará a ser feito por meio secreto e não controlado, pois a clandestinidade é cúmplice do anonimato e não exige explicações.”. Apesar da autoridade que lhe é dada, “professor titular de Medicina Legal” (Art. 07/2007), é possível perceber que a argumentação reproduz o discurso do senso comum e não acrescenta conhecimentos epidemiológicos e da área médica à discussão.

Nesta categoria – Criminalização/Descriminalização do Aborto – estão presentes todas as ocorrências ao termo “nascituro”, sempre vinculado ao projeto de lei chamado Estatuto do Nascituro (PL 478/07), cujo o objetivo é o reconhecimento da natureza humana desde o momento da concepção e, portanto, conferir ao embrião humano os mesmos direitos jurídicos de uma pessoa nascida viva. A maior parte das referências aparece como citação dos trâmites do projeto da Câmara dos Deputados. Todavia, também há espaço para opiniões contrárias, geralmente emitidas por autoridades da comunidade científica. Dentre elas, há a manifestação de “surpresa” com o projeto, o qual é considerado um “equivoco”.

Ampliando as discussões contrárias à criminalização, são apresentadas opiniões fundamentadas nas questões relacionadas à saúde e ao âmbito da moral/legislativa. É que o se lê no seguinte trecho: “A questão da saúde sexual reprodutiva tem que ser um direito” (Art. 09/2009). Outras opiniões corroboram a importância de se pensar na saúde, mas vão além, abordando também a importância da autonomia das mulheres:

[...] achamos que o governo deve garantir o direito às mulheres de fazer um aborto digno, que não seja na clandestinidade e em condições que garantam sua saúde. Ele não pode ser visto apenas como uma questão de saúde, mas

deve ser um direito das mulheres ter autonomia para suas escolhas. (Not. 02/2005)

Quanto à autarquia, de modo geral, esta utiliza o portal para reprodução de notícias e artigos de opinião de terceiros, e poucas vezes se posicionou de modo explícito sobre o tema do aborto. Todavia, há duas manifestações importantes, uma em 2013 e outra em 2018.

A primeira é apresentada como de comum acordo entre CFM e os 27 CRMs, e é resumida na seguinte introdução: “Com base em aspectos éticos, epidemiológicos, sociais e jurídicos, as entidades defendem a manutenção do aborto como crime, mas acham que a lei deve rever o rol de situações onde há exclusão de ilicitude.” (Not. 03/2013). Fica evidente que no discurso da autarquia há uma opção por não se posicionar favoravelmente à descriminalização do aborto, preferindo manter a prática em termos de “exclusão de ilicitude”. Entrando nos pormenores, a nota faz referência a quais situações seriam as excludentes de ilicitude:

a) quando ‘houver risco à vida ou à saúde da gestante’; b) se ‘a gravidez resultar de violação da dignidade sexual, ou do emprego não consentido de técnica de reprodução assistida’; c) se for ‘comprovada a anencefalia ou quando o feto padecer de graves e incuráveis anomalias que inviabilizem a vida independente, em ambos os casos atestado por dois médicos’; e d) se **‘por vontade da gestante até a 12ª semana da gestação’**. (Not. 03/2013. grifo nosso.)

Ainda, o Conselho finaliza o seu posicionamento com o seguinte: “É importante frisar que não se decidiu serem os Conselhos de Medicina favoráveis ao aborto, mas, sim, à autonomia da mulher e do médico.” (Not. 03/2013). Esta posição do CFM não parece diferente do que é comumente defendido em termos de descriminalização do aborto. Contudo, o jogo representacional e semântico permitiria a manutenção de uma suposta imparcialidade da autarquia sobre a dicotomia entre ser favorável ou contrária ao direito ao aborto.

Em 2018, com o Brasil em um contexto mais conservador, o Conselho lança uma nota de esclarecimento. O conteúdo se trata de uma resposta ao que chama de “notícias inverídicas” sobre suas posições relacionadas à temática do aborto, o CFM redige um documento esclarecendo:

[...] que não se manifestou a favor da interrupção antecipada da gestação e defendeu que a decisão a ser tomada pelo Poder Legislativo no âmbito da atualização do Código Penal Brasileiro ‘deve considerar aspectos éticos e bioéticos; científicos; epidemiológicos; sociais; e jurídicos, tendo como parâmetros os compromissos do Estado com a proteção aos direitos humanos e à vida’. (Not. 07/2018)

Percebe-se que na declaração há, entre aspas, o que parece ser uma referência à nota emitida anteriormente, em 2013. Porém, existem diferenças sutis, mas importantes, entre uma nota e outra. Enquanto em 2013 os aspectos que o Conselho apontava como importantes para basear seu posicionamento eram “éticos, epidemiológicos, sociais e jurídicos” (Not. 03/2013), em 2018 há uma alteração para “éticos e bioéticos; científicos; epidemiológicos; sociais; e jurídicos” (Not. 07/2018). Dois novos aspectos são incluídos nesta segunda nota: bioéticos e científicos. Esses novos elementos parecem estar presentes para justificar um posicionamento “imparcial”, como se fosse possível sustentá-lo apenas pelas facetas objetivas da técnica.

Outra inclusão importante na segunda nota é a de parâmetros que justificam o posicionamento: “os compromissos do Estado com a proteção aos direitos humanos e à vida”. Se outrora a primeira nota teve como título: “Conselhos de Medicina se posicionam a favor da autonomia da mulher em caso de interrupção da gestação”, este segundo posicionamento em favor da proteção do direito à vida parece bastante dúbio. Todavia, na análise de posicionamentos sobre o direito ao aborto, o recurso argumentativo “direito à vida” é o mais presente nos posicionamentos conservadores com o objetivo de barrar a discussão (Miguel, Biroli & Mariano, 2017). Essas diferenças entre uma nota e outra, parecem bastante significativas para ilustrar o processo de ascensão do conservadorismo do Brasil, que pode estar refletido nos posicionamentos da categoria médica (Keller, 2019).

Considerações Finais

A problemática do aborto induzido vem ganhando cada vez mais visibilidade e espaço nas discussões em todas as esferas da sociedade. Este artigo buscou investigar como o tema é representado entre a categoria médica, posto que estes profissionais constituem um grupo primordial na atenção a possíveis complicações por abortamentos feitos de forma insegura. Por esse motivo, pareceu fundamental compreender os discursos e os significados que a categoria atribui ao fenômeno, principalmente porque isto pode influenciar como se dará o atendimento às pacientes. Para tanto, foram analisados todos os documentos disponibilizados pelo Portal do Conselho Federal de Medicina até julho de 2022, a fim de investigar como as normativas, orientações e opiniões circulam entre a categoria.

As quatro categorias em que os documentos foram agrupados mostraram que, no tocante aos abortos cujo Código Penal prevê a permissão sem que haja punição à

mulher, o enfoque do CFM esteve na segurança legal do médico, com pouca discussão sobre os direitos sexuais e reprodutivos femininos. Quando abordado no âmbito da bioética, o protagonismo também esteve nas concepções morais do profissional, muitas vezes com forte influência religiosa.

Em outros momentos, o tema foi apresentado em termos de impactos da criminalização do aborto na saúde da mulher e no sistema de saúde pública. Nesse sentido, os documentos buscaram orientar sobre a importância do atendimento humanizado às mulheres em situação de abortamento. Também houve ocasiões em que foram apresentadas as tensões entre os discursos favoráveis e contrários a descriminalização do aborto, contudo, sempre reduzindo o tema a uma mera questão de opinião e buscando, por parte do CFM, uma posição de neutralidade.

Cabe ainda apontar que estes achados surgem de representações institucionalizadas pela autarquia que representa a categoria médica, podendo diferenciar-se do que ocorre nas práticas cotidianas. Por este motivo, pode-se considerar que há a necessidade de uma atuação maior do CFM na formação médica, tanto durante a graduação quanto na formação continuada, em termos de capacitar a categoria visando a redução do estigma social e de valores particulares dos profissionais que possam vir a atuar como dificultadores de um atendimento integral e humanizado à mulher em situação de abortamento.

Referências

- ALÉSSIO, R. L. dos S.; APOSTOLIDIS, T.; SANTOS, M. de F. de S. “Entre o aborto e a pesquisa: o embrião na imprensa Brasileira”. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 21, n. 3, p. 455–463, 2008.
- ALMEIDA, G. P.; NOJIRI, S.; “Como os juízes decidem os casos de estupro? Analisando sentenças sob a perspectiva de vieses e estereótipos de gênero”. *Revista brasileira de políticas públicas*, v. 8, n. 2, p. 825-853, 2018.
- AMES, M. C. F. D. C. et al. “Dinâmicas da agenda do aborto no Senado Federal: de 1988 a outubro de 2020”. *Cadernos Ebape*, v. 19, p. 656-674, 2021.
- BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985
- BAUES, M. W. “Análise De Conteúdo Clássica: Uma Revisão”. In: Bauer, M. W., & Gaskell, G. (Ed.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes Ltda, 2017
- BELIN, L. L., & RIZZOTTO, C. C. “Menos Estigma, Pouco Aprofundamento: Uma Análise de Enquadramento Noticioso sobre o Direito ao Aborto”. *Revista ECO-Pós*. v. 24, n. 1, p. 159-187, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei nº 478, de 2007. *Dispõe sobre o Estatuto do Nascituro e dá outras providências*. Brasília, DF, 2007. Disponível em <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node09ieyffwkjbmcvk4zm92vxl2k6153694.node0?codteor=443584&filename=PL+478/2007> Acesso em: 8 mar. 2023.
- CARNUT, L. “O que o burguês faz lamentando... o fascista faz sorrindo”: neofascismo, capital internacional, burguesia associada e o Sistema Único de Saúde. *Civitas-Revista de Ciências Sociais*, v. 22, 2022.

COSTA, Isabella Baptista; MENDONÇA, Marcos Antônio. “Aborto como questão de saúde pública: epidemiologia nacional dos óbitos por aborto de 2008 a 2018”. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 8, n. 6, p. 240-251, 2022.

COUTINHO, C. M. C. “Programa ‘Mais Médicos’: a farsa”. *Portal CFM (online)*. 23 Jul. 2013. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/artigos/programa-qmais-medicosq-a-farsa/>> Acesso em: 8 mar. 2023

DINIZ, D. “Aborto seletivo no Brasil e os alvarás judiciais”. *Revista Bioética*, v. 5, n. 1, 2009.

DVOSKIN, G. “Between the Urgent and the Emerging: Representations on Sex Education in the Debate for Abortion Legalization in Argentina.” *Frontiers in Sociology*, v. 6, p. 635137, 2021.

GALLO, J. H. S. “O médico na política”. *Portal CFM (online)*. 21 Mai. 2016. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/artigos/o-medico-na-politica/>> Acesso em: 8 mar. 2023

HERZLICH, C. “A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 15, p. 57-70, 2005.

JODELET, D. “Representações sociais: um domínio em expansão”. *As representações sociais*, v. 17, n. 44, p. 1-21, 2001.

JOVCHELOVITCH, S. *Representações sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2000.

KELLER, S. B. A. “A ascensão do conservadorismo e o projeto neodesenvolvimentista: implicações ao Serviço Social”. *SER Social*, v. 21, n. 44, p. 157-178, 2019.

LARA, B. “Cúpula do CFM é peça-chave da tragédia que nos levou a 290 mil mortos por covid-19”. *The Intercept Brasil (online)*. 19 Mar. 2021. Disponível em: <<https://theintercept.com/2021/03/19/cfm-290-mil-mortos-por-covid-19/>>, Acesso em: 8 mar. 2023

LEITE, V. “Em defesa das crianças e da família”: Refletindo sobre discursos acionados por atores religiosos “conservadores” em controvérsias públicas envolvendo gênero e sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, p. 119-142, 2019.

MARKOVÁ, I. “A fabricação da teoria de representações sociais”. *Cadernos de pesquisa*, v. 47, n. 163, p. 358-375, 2017.

MIGUEL, L. F., BIROLI, F. and MARIANO, R. “O direito ao aborto no debate legislativo brasileiro: a ofensiva conservadora na Câmara dos Deputados”. *Opinião Pública*, v. 23, p. 230-260, 2017.

MIKAEL-SILVA, T.; NASCIMENTO, A. R. A. “Representações sociais de aborto para ginecologistas e obstetras da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 3345-3357, 2021.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes., 2009

MOSCOVICI, S. *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes, 2012

RIBEIRO, F. R. G.; SPINK, M. J. P. “Repertórios interpretativos na controvérsia sobre a legalização do aborto de fetos anencefálicos”. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, p. 63-71, 2011.

SALVADOR, P. T. C. O. et al., “Uso do software iramuteq nas pesquisas brasileiras da área da saúde: uma scoping review”. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 29 November 2018. vol. 31, 2018.

SOARES, C. M. et al., “Análise do posicionamento das Entidades Médicas - 2015-2016”. *Saúde em Debate*, v. 41, n. SPE3, p. 74-86, 2017.

SOUZA, B. “Vozes hegemônicas e vozes insurgentes: uma análise discursiva crítica sobre a representação do aborto na mídia”. Uberlândia/MG, 173 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Linguísticos). Universidade Federal de Uberlândia., 2022

VALA, J.; CASTRO, P. “Pensamento social e representações sociais”. *Psicologia social*. 9ª ed. Lisbon: Fundação Calouste Gulbenkian, p. 569-602, 2013.

5 ARTIGO 2

Adaptação transcultural e evidência de validade da versão brasileira da *Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS)*

A ser submetido ao periódico *Psicologia: Ciência e Profissão* (Anexo B)

Qualis: A2

Resumo: As legislações vigentes pelo mundo sobre o aborto variam desde as mais permissivas, até totalmente proibitivas. Em países com legislações mais restritivas, como o Brasil, a falta da legalização surge como uma das principais causas do estigma social relacionado às mulheres que abortam. Este estudo teve como objetivo realizar a tradução, adaptação transcultural e avaliação das evidências de validade de construto e confiabilidade da *Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS)* para o uso no contexto brasileiro. Participaram do estudo 256 sujeitos, entre 18 e 73 anos, os quais responderam a um questionário online entre os meses de abril e novembro de 2022. Foi realizada Análise Fatorial Confirmatória e, após ajustes, o modelo final alcançou boa adequação, com todos os índices de ajuste considerados: RMSEA=0,07 (I.C.=0,06 – 0,07); CFI=0,93 e alfas satisfatórios para o modelo composto por 18 itens e quatro fatores: Segredo ($\alpha = 0,77$), Discriminação/Estereotipagem ($\alpha = 0,80$), Autonomia ($\alpha = 0,84$) e Religião ($\alpha = 0,84$). Tais resultados indicam que a CLASS possui propriedades psicométricas adequadas para o estudo do estigma relacionado ao aborto no Brasil.

Palavras-chave: Aborto; Estigma; Adaptação transcultural; Validação de instrumentos

Cross-cultural adaptation and validity evidence of the Brazilian version of the *Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS)*

Abstract: Current laws around the world regarding abortion range from permissive to entirely prohibitive. In countries with more restrictive laws, such as Brazil, the lack of legalization is one of the main causes of social stigma related to women who have abortions. This study aimed to perform the translation, cross-cultural adaptation, and evaluation of evidence of construct validity and reliability of the *Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS)* for use in the Brazilian context. The study included

256 participants aged between 18 and 73, who completed an online questionnaire between April and November 2022. Confirmatory Factor Analysis was performed, and after adjustments, the final model achieved good fit, with all fit indices considered: RMSEA=0.07 (CI=0.06 – 0.07); CFI=0.93, and satisfactory alphas for the model composed of 18 items and four factors: Secrecy ($\alpha = 0.77$), Discrimination/Stereotyping ($\alpha = 0.80$), Autonomy ($\alpha = 0.84$), and Religion ($\alpha = 0.84$). These results indicate that the CLASS has psychometric properties suitable for studying abortion-related stigma in Brazil.

Keywords: Abortion; Stigma; Cross-cultural adaptation; Instrument validation

Adaptación transcultural y evidencia de validez de la versión brasileña de la Escala de Estigma del Aborto a Nivel Comunitario (CLASS)

Resumen: Las legislaciones vigentes en todo el mundo sobre el aborto varían desde las más permisivas hasta las totalmente prohibitivas. En países con legislaciones más restrictivas, como Brasil, la falta de legalización surge como una de las principales causas del estigma social relacionado con las mujeres que abortan. El objetivo de este estudio fue realizar la traducción, adaptación transcultural y evaluación de las evidencias de validez de constructo y confiabilidad de la Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS) para su uso en el contexto brasileño. Participaron en el estudio 256 sujetos, entre 18 y 73 años, quienes respondieron a un cuestionario en línea entre los meses de abril y noviembre de 2022. Se realizó un análisis factorial confirmatorio y, después de ajustes, el modelo final alcanzó una buena adecuación, con todos los índices de ajuste considerados: RMSEA=0,07 (I.C.=0,06 – 0,07); CFI=0,93 y alfas satisfactorios para el modelo compuesto por 18 ítems y cuatro factores: Secreto ($\alpha = 0,77$), Discriminación/Estereotipación ($\alpha = 0,80$), Autonomía ($\alpha = 0,84$) y Religión ($\alpha = 0,84$). Estos resultados indican que la CLASS posee propiedades psicométricas adecuadas para el estudio del estigma relacionado con el aborto en Brasil.

Palabras clave: Aborto; Estigma; Adaptación transcultural; Validación de instrumentos

1 Introdução

O aborto induzido é uma prática tão presente quanto discutida em todo o mundo. O tema é complexo, pois envolve questões éticas, religiosas, políticas e de saúde. Por isso, a discussão gira em torno de diferentes visões sobre o direito ao aborto, perpassando por sua relação com a saúde e os direitos das mulheres e o papel do Estado em relação à decisão da mulher em interromper a gestação. Assim como as opiniões divergem de acordo com as diferenças culturais, as legislações em diferentes países também variam de acordo com essas visões (Finer & Fine, 2013; Guillaume & Rossier, 2018).

No Brasil, a legislação proíbe a interrupção voluntária da gravidez. A penalização é prevista no Código Penal, que determina detenção de um a três anos para mulheres que realizarem autoaborto e de um a quatro anos para terceiros que as auxiliem (Decreto-Lei n. 2.848, 1940). No entanto, há exceções: os abortos realizados por médicos são permitidos nos casos de “aborto necessário”, quando não há outro meio de salvar a vida da gestante ou em gravidez resultante de estupro. Em 2012, o Supremo Tribunal Federal aprovou também a possibilidade de interrupção de gestação de fetos anencéfalos; essa pauta já vinha sendo discutida desde 2004 (Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54, 2012).

Apesar disso, o aborto induzido continua sendo praticado com grande frequência no país. De acordo com a Pesquisa Nacional de Aborto, realizada em 2021, aproximadamente uma a cada sete mulheres já realizou pelo menos um aborto antes dos 40 anos (Diniz et al., 2023). A pesquisa também revela que o aborto é uma prática comum entre mulheres de todas as religiões, independentemente da idade, estado civil, histórico de gestações, nível de escolaridade e classe social.

Dentro desse cenário, é possível notar uma tendência global em favor da liberalização das leis de aborto, como na Argentina e Uruguai, mas há também uma forte resistência conservadora que se opõe a essas mudanças. No Brasil, o Projeto de Lei 478/2007 propõe reconhecer a natureza humana do embrião desde a concepção, conferindo-lhe os mesmos direitos de uma pessoa nascida viva. Além disso, as portarias publicadas pelo Governo Federal em 2020 restringem o acesso ao aborto mesmo em casos previstos em lei, exigindo que médicos informem às autoridades policiais antes de realizar o procedimento em casos de estupro. Essas estratégias para introduzir barreiras no acesso ao aborto têm sido utilizadas em vários países ao redor do mundo, onde apesar de o direito ao aborto legal ser garantido, muitas mulheres ainda enfrentam dificuldades para acessar o serviço devido a exigências de aconselhamento tendencioso, longos períodos de espera e objeção de consciência por parte dos médicos (Finer & Fine, 2013).

Frente a essa realidade de retrocessos no Brasil, que parece rumar para uma maior estigmatização da mulher que deseja e induz o aborto, Adesse e Monteiro (2016) apontam a falta de legalização como uma das principais causas do estigma social relacionado às mulheres que abortam. Essa estigmatização se reflete sobre a saúde mental das mulheres que experienciaram o abortamento induzido, potencializando sentimentos de tensão e angústia, além de medo e culpa muito mais relacionados a realidade social e cultural dos direitos sexuais e reprodutivos do que à prática propriamente dita (Romio, Roso, Cardinal, Basso & Pierry, 2015).

Por outro lado, o Turnaway Study (Foster, 2021), que acompanhou por dez anos mil mulheres americanas que buscaram pelo serviço de aborto, mostrou que o acesso seguro ao aborto pode trazer benefícios para a saúde física, mental e financeira das mulheres, além de ter impactos positivos em suas relações pessoais e no bem-estar de

seus filhos. Ao passo que, Por outro lado, entre as mulheres que tiveram o aborto negado, foram identificados diversos prejuízos por levar uma gravidez indesejada até o fim, incluindo riscos à saúde física, complicações durante o parto e saúde geral autopercebida nos anos seguintes. Essas mulheres também experimentaram aumento da ansiedade, perda de satisfação com a vida e dificuldades para saírem de relacionamentos violentos. Esses achados trazem evidências de que a legalização do aborto pode contribuir para a redução do estigma social e promova saúde ao garantir que as mulheres tenham autonomia sobre suas decisões reprodutivas.

1.1 Estigma Relacionado ao Aborto Induzido

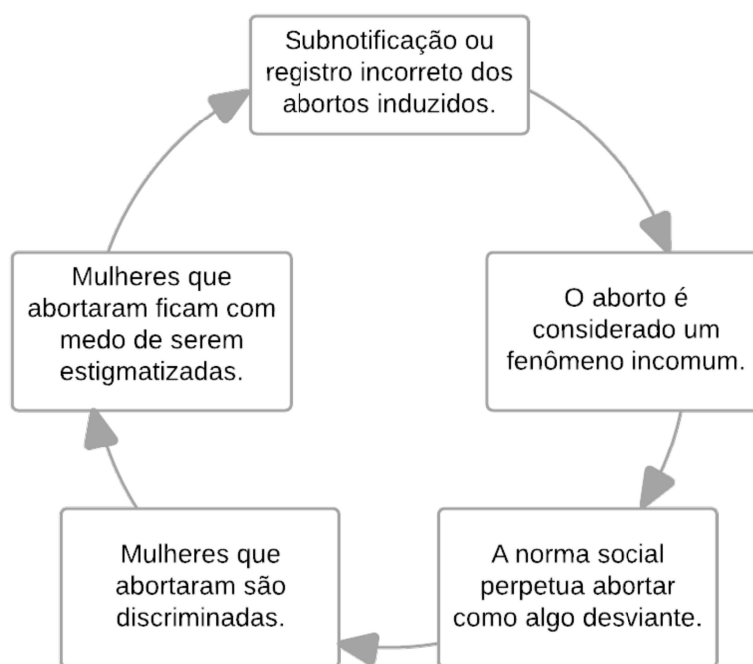
Estigma foi definido por Goffman (1988/1963) como um atributo profundamente depreciativo constituído pela relação entre a sociedade e indivíduos que apresentam uma característica indesejada. O autor refere haver duas perspectivas do estigma, relacionadas à forma como essas características distintivas são percebidas: uma em que a diferença está imediatamente evidente, como em pessoas com deficiências físicas, por exemplo – que Goffman chama de *desacreditados* – e outra em que os atributos negativos não são facilmente perceptíveis e, portanto, podem ou não serem descobertos posteriormente – os chamados *desacreditáveis*. As pessoas inseridas neste segundo grupo, buscam ocultar as características/atributos que seriam foco do estigma, garantindo assim uma invisibilidade dos atributos que seriam alvo de estigmatização.

No caso das mulheres que realizam um aborto, pode-se considerar que elas fazem parte desse segundo grupo, já que a experiência de aborto em si não é um atributo socialmente perceptível. Pelo contrário, para que as pessoas tomem conhecimento, é necessário que o ato seja descoberto ou revelado. Por isso, muitas mulheres optam por manter o aborto em segredo, a fim de evitar o estigma social e, em alguns casos, as punições legais associadas a essa prática.

Sobre as características do estigma voltado às mulheres que provocam o aborto, Kumar, Hessini e Mitchell (2009) definem que este está relacionado a crenças de inferioridade em termos do ideal de feminilidade (a sexualidade unicamente para procriação, a inevitabilidade da maternidade e o instinto de cuidado aos vulneráveis). A escolha pelo aborto, clandestino ou pelas vias legais, seria, portanto, uma negação a esses valores socialmente impostos. Nesse contexto, o estigma exerce forte influência na decisão de mulheres sobre revelar ou não sua experiência de aborto a outras pessoas. Isso ocorre de forma semelhante em todos os contextos, mas mais frequentemente em países com legislação restritiva (Shellenberg et al., 2011). Por consequência, consolida-se o “ciclo de silêncio”, com a manutenção do silenciamento ocorrendo de forma paradoxal, como mostrado na Figura 3.

Figura 3.

O Paradoxo da Prevalência. Adaptado de Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. M. H. (2009).



Esse estigma é manifestado, conforme Shellenberg et al. (2011), em diferentes esferas, que podem ser definidas como estigma percebido, estigma experienciado e estigma internalizado. O primeiro, refere-se a como a mulher que fez um aborto percebe que é vista por terceiros ou como ela imagina que seria a reação deles se a experiência fosse revelada. Já o segundo é vivido de forma mais prática, ocorre quando existe alguma manifestação de preconceito, que pode vir por parte de familiares, profissionais e conhecidos. Por fim, o último está relacionado às considerações negativas que a mulher faz a si mesma por ter provocado um aborto.

No Brasil, pouco foi estudado dentro do campo da Psicologia sobre o aborto induzido. Na revisão sistemática de Romio, Roso, Cardinal, Basso e Pierry (2015), cujo objetivo foi analisar os dados obtidos em pesquisas que relacionam aborto e saúde mental, é apontada a associação do aborto com sentimentos de medo e de culpa. Estes, no entanto, transcendem o ato em si e refletem o contexto social e cultural dos direitos sexuais e reprodutivos onde as mulheres que abortam estão inseridas.

1.2 Avaliação do Estigma em Relação ao Aborto

Para investigar a avaliação do estigma relacionado ao aborto induzido, foi conduzida uma revisão da literatura na biblioteca BIREME e nas bases de dados LILACS e SCIELO acerca de instrumentos disponíveis para esse propósito. A busca revelou a inexistência de instrumentos brasileiros adequados para este fim. Houve apenas um resultado brasileiro de instrumento aplicável ao contexto do aborto, o Mosaico de Opiniões sobre o Aborto Induzido (Mosai) (Cacique, Junior & Osis, 2013), no entanto, seu objetivo é a avaliação da moralidade do abortamento aos olhos de profissionais da saúde brasileiros. O questionário apresenta vinhetas de dilemas relacionados ao atendimento a mulheres em situação de abortamento e, entre outros questionamentos, pergunta se o profissional aceitaria realizar a interrupção legal daquela

gestação, o que o torna mais voltado à população médica. Além disso, o instrumento se restringe aos casos onde a possibilidade de aborto induzido é prevista em lei.

Em âmbito internacional foram encontrados as seguintes escalas: Person-Centered Abortion Care (PCAC), Individual Level Abortion Stigma Scale (ILAS) e Abortion Provider Stigma Scale (APSS) e Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS). As duas primeiras, PCAC e ILAS, são destinadas a mulheres que fizeram aborto (Cockrill, K., Upadhyay, Turan & Greene Foster, 2013; Sudhinaraset et al., 2020). A terceira escala disponível, APSS, foi construída para o contexto de avaliação entre profissionais de saúde que trabalham em clínicas de aborto, em países onde a prática é legalizada, considerando o estigma que recai sobre eles mesmos (Martin, Hassinger, Seewald & Harris). Já a CLASS, desenvolvida no México, avalia o estigma associado ao aborto em nível comunitário através de 23 itens. A escala segue o modelo teórico proposto pelos autores de quatro fatores: Segredo (4 itens), Discriminação/Estereotipagem (11 itens), Autonomia (4 itens) e Religião (4 itens) (Sorhaindo et al., 2016).

Para a construção do instrumento, Sorhaindo, Karver, Karver e Garcia (2016) se basearam em uma pesquisa qualitativa anterior, da qual fizeram parte duas das autoras, que contemplava entrevistas e grupos focais com cidadãos mexicanos sobre a questão do aborto provocado (Sorhaindo, Juárez-Ramírez, Olavarrieta, Aldaz, Mejia Pineros & Garcia, 2014). A partir dos achados qualitativos, os autores desenvolveram uma lista com 50 sentenças relacionadas ao aborto, a qual foi submetida à análise de evidências de validade aparente e reduzida para 33 sentenças.

A escala de 33 itens foi testada em 5600 adultos residentes do México e os resultados passaram por análise fatorial confirmatória (AFC) e exploratória (AFE). Inicialmente, havia entre os autores a hipótese de cinco dimensões subjacentes do

estigma do aborto: Sigilo, Religião, Autonomia, Discriminação e Culpa/Vergonha. Após a AFC, excluiu-se um item com base no alfa de Cronbach, além disso, foi apontado que algumas das subescalas estavam altamente correlacionadas entre si, o que sugeriria que as cinco dimensões do estigma do aborto não eram independentes. Já a AFE sugeriu um modelo de quatro fatores, havendo uma sobreposição substancial entre as subescalas para “Discriminação”, “Culpa/Vergonha” e “Religião”. Por esse motivo, a dimensão “culpa/ vergonha” foi excluída, permitindo que “Discriminação”, agora “Discriminação/Estereotipagem”, e “Religião” permanecessem como subescalas independentes. Por fim, a AFE apontou que alguns itens poderiam estar em mais de uma dimensão, esses itens foram cortados, resultando em uma escala de 23 itens, para possibilitar seu uso integral ou de forma independente, por fator.

A estratégia da CLASS de avaliação do estigma em relação ao aborto provocado em nível comunitário, permite sua ampla utilização, inclusive entre estudantes da área da saúde. Sua configuração está embasada em um modelo teórico fundamentado na Teoria do Estigma de Goffman e na noção do Paradoxo da Prevalência do Estigma Relacionado ao Aborto de Kumar, Hessini, e Mitchell (2009). Seus quatro fatores abarcam as seguintes dimensões: Segredo, relacionada às crenças sobre a necessidade de ocultação da experiência de aborto, que ocorre em decorrência do medo relacionado ao estigma; Discriminação/Estereotipagem, referente às consequências de prejuízo social e tratamento negativo a mulheres que fizeram aborto; Autonomia, que contempla as crenças relativas ao direito das mulheres de tomarem decisões sobre suas próprias vidas reprodutivas; e Religião, que aborda as crenças sobre o aborto a partir da fé religiosa, geralmente associadas a um discurso de vergonha e culpa relacionado ao ato.

Os índices de confiabilidade da escala foram satisfatórios no estudo realizado por seus autores, com alfa de Cronbach igual a 0,92. Além disso, a CLASS tem

potencial para a avaliação geral de estigma em relação ao aborto, bem como das dimensões de Segredo, Discriminação/Estereotipagem, Autonomia e Religião, com um número de itens parcimonioso, o que permite sua inserção em estudos mais amplos sobre o tema.

Outro ponto importante observado para a escolha da CLASS é a aproximação entre o contexto brasileiro e mexicano. Ambos os países sofrem as consequências de um histórico colonial, das quais podem ser citadas a grande influência da doutrina católica e as legislações restritivas relacionadas ao aborto (quando foram realizados os estudos de evidências de validade do instrumento original, o aborto era proibido em todo o país, com exceção da Cidade do México). Ante o exposto, o objetivo deste estudo foi traduzir e adaptar a Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS) para o contexto brasileiro e analisar suas propriedades psicométricas em uma amostra deste país.

2 Método

2.1 Estudo das evidências de validade de conteúdo

O presente estudo transversal fundamentou as etapas de tradução, adaptação e análise das evidências de validade de conteúdo da CLASS nas diretrizes da International Test Commission (ITC, 2017). Em razão da pandemia pela COVID-19, todas as etapas ocorreram em ambiente virtual.

Para a adaptação do instrumento, foi realizado contato com a primeira autora do artigo *Constructing a validated scale to measure community-level abortion stigma in Mexico*, Annik Sorhaindo, pesquisadora sênior no Population Council, México. A autora respondeu manifestando sua anuência para a adaptação do instrumento no Brasil e encaminhando materiais de apoio para o estudo brasileiro (Anexo C).

O processo de tradução e adaptação da escala seguiu as seguintes etapas: a) tradução do instrumento para o português brasileiro; b) tradução reversa (back-translation); c) síntese das versões traduzidas; d) avaliação por experts; e) avaliação pelo público-alvo; e f) estudo piloto. Esses procedimentos estão esquematizados na Figura 4 e descritos a seguir.

Figura 4.

*Esquema metodológico do processo de tradução e adaptação da escala.
Adaptado de International Test Commission (2017).*



a) Tradução do instrumento para o português brasileiro

O instrumento, na sua versão original (em espanhol) (Anexo D) foi traduzido por dois tradutores, sendo um psicólogo, com conhecimento acerca do construto avaliado pela escala, e um não psicólogo, não familiarizado com o construto. O objetivo dessa diferença foi propiciar que a tradução do primeiro tenha maior semelhança científica com o instrumento de origem, enquanto a do segundo, maior precisão nos aspectos linguísticos e gramaticais da população alvo, devendo, obrigatoriamente, resultar em duas versões traduzidas distintas.

b) Tradução reversa (back-translation)

As duas versões traduzidas passaram individualmente por tradução reversa por outros dois psicólogos bilíngues, da área da avaliação psicológica, que ainda não haviam tido contato com o instrumento. Esta etapa teve como objetivo checar as evidências de validade aparente, no sentido de que as versões traduzidas refletiam o conteúdo da versão original, além de identificar possíveis interpretações incorretas. As retrotraduções foram comparadas uma com a outra e com a versão original, verificando-se a compatibilidade entre elas.

c) Síntese das versões traduzidas

As pesquisadoras se reuniram para analisar, item a item, as duas versões obtidas a partir das traduções a fim de verificar a existência de possíveis discrepâncias semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e contextuais. Considerou-se o contexto cultural de aplicação, atendendo ao objetivo de preservação do sentido original das questões. Após essas avaliações, as pesquisadoras realizaram uma síntese, resultando em apenas uma versão do instrumento.

d) Avaliação por experts

A síntese obtida foi apresentada a um comitê composto por três profissionais da psicologia, duas experts em avaliação psicológica e uma em atendimento a mulheres em situação de abortamento, que avaliaram aspectos como estrutura, diagramação, layout, instruções do instrumento, abrangência e adequação das expressões contidas nos itens. Para tanto, ao lado de cada item, dispostos aleatoriamente, foi pedido que cada expert respondesse afirmativa ou negativamente quanto a sua clareza (“O item está bem formulado, é possível entendê-lo bem?”) e relevância teórica (“O item é relevante para avaliação do estigma relacionado ao aborto?”). Além disso, foi solicitada a avaliação

quanto à pertinência prática de cada assertiva, classificando-a como “Adequada”, “Plausível” ou “Ingênua”. Por último, os quatro fatores foram apresentados e pediu-se para que os experts avaliassem, segundo sua concepção, qual deles era contemplado em cada item. Ao final do formulário, havia também espaço para que sugerissem as alterações que considerassem necessárias e para outras observações.

e) Avaliação pelo público-alvo

Após as alterações sugeridas pelos experts, o instrumento foi submetido a avaliação de dez sujeitos escolhidos por conveniência, sendo todos brasileiros e com idades entre 20 e 35 anos. Foi pedido para que avaliassem a clareza dos itens a partir do questionamento: “Quão compreensível está este item?”, seguido de uma escala do tipo Likert de 3 pontos, sendo 1) Fácil de compreender, 2) Difícil de compreender e 3) Incompreensível. As respostas se concentraram no ponto 1, “Fácil de compreender”.

f) Estudo piloto

O estudo piloto teve como objetivo testar a aplicabilidade do instrumento na população e, para isso, contou-se com a participação de 32 respondentes, convidados a partir de e-mails institucionais de diferentes universidades e provenientes de quatro estados brasileiros e do Distrito Federal. Destes 10 (31,3%) eram do Rio Grande do Sul, 8 (25%) do Mato Grosso, 7 (21,9%) do Distrito Federal, 5 (15,6%) da Bahia e 2 (6,3%) de Santa Catarina. A maioria foi composta de mulheres (87,5%), heterossexuais (65,6%), autodeclaradas pretas (62,5%), sem companheiro(a) (53,1%), e sem filhos (87,5%). A idade variou de 18 a 50 anos ($M=26,6$; $DP=7,35$). Dentre os participantes, 93,8% afirmaram não praticar sua religião. Quanto à experiência com aborto autoprovocado, 56,3% referiram conhecer alguém que já realizou e 3,1% referiram já haver realizado.

Quanto à análise da distribuição das respostas em cada item, verificou-se efeito chã nos itens 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 22 e 23. Desses, os itens 9 e 10 foram respondidos apenas na opção 1 (Discordo totalmente), o item 15 obteve apenas respostas entre 1 (Discordo totalmente) e 2 (Discordo parcialmente). O item 11 não contou com nenhuma resposta 2 (Discordo parcialmente), indicando ausência de normalidade na escala de respostas. Os coeficientes alfa de Cronbach foram: 0,56 para Segredo, 0,41 para Discriminação, 0,73 para Autonomia e 0,94 para Religião. Os dados referentes à distribuição das respostas nos itens, conjuntamente com os baixos coeficientes alfa dos fatores Segredo e Discriminação foram considerados em relação ao construto da escala e de suas dimensões, em termos de desejabilidade social. Assim, os itens sem distribuição normal foram identificados para serem monitorados, porém optou-se por manter os itens na aplicação definitiva, visando ampliar o número e a diversidade da amostra, bem como manter a estrutura original do instrumento.

2.2 Estudo das evidências de validade de construto e de critério

2.2.1 População e amostra

O presente estudo, observacional, analítico, de corte transversal teve como população brasileiros maiores de 18 anos, independentemente do gênero, nível de escolaridade, raça/etnia e renda. O tamanho amostral foi definido utilizando-se o critério estatístico de, pelo menos, 200 participantes para a realização da Análise Fatorial Confirmatória (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2014). A amostragem foi pelo Respondent Driven Sampling – RDS, que combina a amostragem em bola de neve (snowball sampling) (Goel & Salganik, 2009; Goodman, 1961) e a utilização de redes sociais como uma forma de compensar a amostragem não aleatória (Heckathorn, 1997).

A amostra por acessibilidade foi composta por 256 sujeitos, de nove estados brasileiros e do Distrito Federal, sendo que 191 (74,9%) eram do Rio Grande do Sul. A maioria foi composta de mulheres (68,1%), heterossexuais (85,8%), autodeclaradas brancas (82,4%), com companheiro(a) (66,8%), e 126 (49,6%) não tinham filhos. A idade variou de 18 a 73 anos ($M=41$; $DP=13,60$). Dentre os participantes, 109 (43,1%) afirmaram praticar sua religião. Quanto à experiência com aborto autoprovocado, 192 (75%) referiram conhecer alguém que já realizou e 52 (20,5%) referiram já haver realizado.

2.2.2 Instrumentos

1. *Questionário sociodemográfico* (Apêndice A), desenvolvido para o estudo.

Avalia sexo, orientação sexual, idade, raça/cor, situação conjugal, filhos, prática religiosa e relação pessoal com aborto autoprovocado (conhecer alguém que já fez ou já ter realizado).

2. *Inventário de Opiniões sobre a Justificabilidade do Aborto* (IOJA) (Apêndice B), também desenvolvido para o presente estudo arrola oito situações para a

realização de aborto (risco de vida à gestante, risco à saúde física da gestante, risco à saúde mental da gestante, malformação fetal incompatível com a vida, gestação de fetos com qualquer tipo de malformação, gestação resultante de estupro, gestante sem condições socioeconômicas e gestação indesejada, aborto realizado mediante solicitação da gestante). Os itens do instrumento são avaliados conforme o quanto os sujeitos consideram justificável a realização de aborto em cada uma das situações, por meio de uma escala de tipo de cinco pontos, que varia desde “injustificável” (1) a “muito justificável” (5). O instrumento é avaliado mediante a média dos oito itens e médias mais elevadas indicam percepção mais favorável da realização de aborto. A escala alcançou um

coeficiente alfa de Cronbach de 0,92 e o estimador ômega de McDonald foi de 0,94 no presente estudo.

3. *Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS)* na versão traduzida (Apêndice C), escala composta por 23 itens, divididos em quatro dimensões: segredo (4 itens, $\alpha = 0,82$), discriminação / estereotipagem (11 itens, $\alpha = 0,87$), autonomia (4 itens, $\alpha = 0,78$) e religião (4 itens, $\alpha = 0,88$). Os itens do instrumento são avaliados conforme o grau de acordo dos sujeitos por meio de uma escala de tipo Likert de cinco pontos, que varia desde “discordo totalmente” (1) a “concordo plenamente” (5). O fator Autonomia é avaliado de forma inversa, indicando que as respostas aos itens contidos nele devem ser invertidas para a obtenção do escore final. A CLASS permite tanto a obtenção de escores gerais, quanto por fatores (Sorhaindo, Karver, Karver, & Garcia, 2016).

2.2.3 Procedimentos de coleta de dados

O convite para participação na pesquisa foi por meio digital. Foram utilizadas as redes sociais Facebook e Instagram, além da rede pessoal de contatos das pesquisadoras, de acordo com a RDS. O convite, com explicação sobre o estudo e seus objetivos, foi por meio digital com a divulgação de um link de acesso a um formulário pela plataforma Google Forms.

Ao entrar no formulário, o participante teve acesso ao TCLE (Apêndice D), o qual deveria ser aceito para poder prosseguir. Em seguida, foram apresentados os instrumentos descritos anteriormente. Os participantes foram informados que somente as pesquisadoras teriam acesso aos dados, os quais foram agrupados e tratados de maneira confidencial. Também foi assegurada a preservação da identidade e que os dados obtidos não seriam utilizados para outra finalidade que não a deste estudo

2.2.4 Procedimentos de análise dos dados

Foram realizadas análises descritivas de caráter exploratório a fim de avaliar, no banco de dados, a distribuição dos itens e identificação de extremos por meio do PASWR versão 26 (SPSS/PASW, Inc., Chicago, IL). A análise fatorial confirmatória foi realizada por meio do Amos Graphics R versão 21, pelo método de máxima verossimilhança.

Como parâmetros para um ajuste satisfatório do modelo considerou-se o índice de ajuste comparativo (Comparative Fit Index de Bentler, CFI) com valores superiores a 0,95 (Wang & Wang, 2019) e os resíduos por erro quadrático médio de aproximação (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) com valor esperado inferior a 0,08, considerando intervalo de confiança de 90% (Byrne, 2016). A avaliação da confiabilidade foi mediante o método do alfa de Cronbach (α) e o estimador ômega de McDonald (ω), o qual foi utilizado para suprir limitações do α (Dunn, Bagulley, & Brunsden, 2013).

Dada a ausência de instrumentos padronizados que avaliassem o estigma sobre o aborto no Brasil, ou mesmo escalas com construtos convergentes, utilizou-se o Inventário de Opiniões sobre a Justificabilidade do Aborto, não como padrão-ouro (em função de o mesmo ter sido desenvolvido para este estudo), mas como um subsídio para compreensão do fenômeno do estigma na realidade em estudo. Em todos os procedimentos estatísticos foi adotado um nível de significância de 95% ($p \leq 0,05$).

2.2.5 Aspectos éticos

O projeto seguiu os princípios éticos previstos na Resolução CNS N° 466/2012 e as orientações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) N° 510/2016. Os participantes de cada etapa da pesquisa manifestaram sua concordância após a leitura do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi disponibilizado tanto no formulário da pesquisa quanto por e-mail. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) (CAAE: 45121921.0.0000.5345) (Anexo E).

3 Resultados

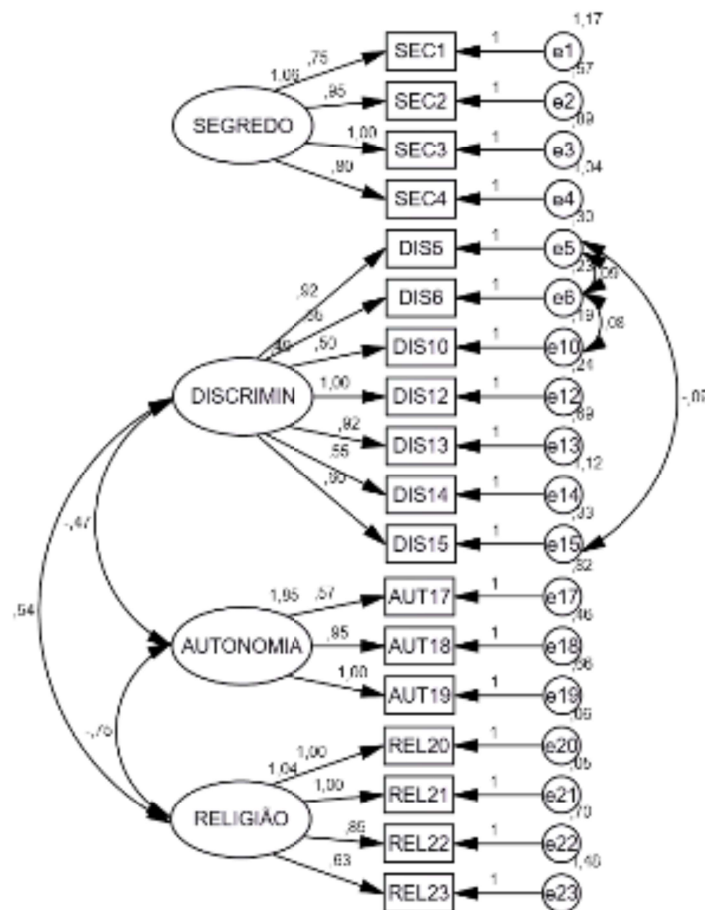
3.1 Análise Fatorial Confirmatória.

Foram excluídos sete participantes identificados como casos extremos (outliers), detectados por meio do D2 de Mahalanobis. Assim, a amostra final ficou composta por 249 participantes. A análise da normalidade da distribuição dos itens, revelou que os itens 7, 8, 9 e 11 (Discriminação/Estereotipagem) e o item 16 (Autonomia), não apresentaram distribuição normal na população em estudo e foram excluídos da análise fatorial confirmatória.

A análise fatorial confirmatória de primeira ordem do modelo de quatro fatores e 18 itens apresentou índices insatisfatórios de adequação do modelo: $\chi^2=371.478$ ($p=0,000$); $\chi^2/gl=2,87$; TLI=0,88; RMSEA=0,09 (I.C.=0,07 – 0,09); CFI=0,90. A análise dos estimadores revelou que a dimensão de Segredo não apresentou relação estatisticamente significativa com as demais dimensões. Foram, também, empregadas análises e modificações post-hoc para promover melhor adequação do modelo ou novos modelos alternativos, como proposto por Lei e Wu (2007). Os índices de modificação apontaram para melhor ajuste do modelo com a correlação dos erros entre os itens 5 e 6, 5 e 15 e 6 e 10, da dimensão de Discriminação/Estereotipagem. Após estes ajustes, o modelo final (Figura 5) alcançou boa adequação, com todos os índices de ajuste considerados: $\chi^2=296,932$ ($p=0,000$); $\chi^2/gl=2,30$; TLI=0,92; RMSEA=0,07 (I.C.=0,06 – 0,07); CFI=0,93 (Hair et. al, 2010).

Figura 5.

Resultados do modelo fatorial hipotetizado para a Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS) (n=249). Brasil. 2021-2022.



Com base no modelo identificado, foi realizada análise descritiva dos itens e dimensões, bem como os coeficientes de confiabilidade (Tabela 1).

Tabela 1

Cargas fatoriais, estatística descritiva e consistência interna dos itens e dimensões da Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS) (n=249). Brasil. 2021-2022.

Subescala/Item	Cargas fatoriais	M(DP)	Correlação item-total corrigida	Assimetria	Alfa sem item
<i>Segredo</i> ($\alpha = 0,77$; $\omega = 0,78$)	-	2,89(1,02)	-	-0,03	-
1 – Se você (ou sua parceira) fizesse um aborto, você manteria isso em segredo.	0,754	3,50(1,33)	0,50	-0,51	0,75
2 – As mulheres que já abortaram não	0,945	2,41(1,23)	0,66	0,40	0,68

devem contar a ninguém.

3 – Recorrer a um aborto é algo que deve ser mantido em segredo, pois é de âmbito pessoal. 1,000 3,08(1,39) 0,63 -0,14 0,69

4 – Se uma mulher fez um aborto, ela não deveria contar aos seus futuros parceiros. 0,796 2,60(1,31) 0,52 0,29 0,74

Discriminação/Estereotipagem ($\alpha = 0,80$; $\omega t = 0,80$) - 1,30(0,56) - 2,03 -

5 – As mulheres que abortam são imbecis (burras, estúpidas ou idiotas). 0,917 1,28(0,84) 0,39 2,01 0,75

6 – As mulheres que abortam são mulheres fáceis, que dormem com qualquer um. 0,555 1,17(0,62) 0,40 2,02 0,75

10 – As mulheres que abortam não merecem ter uma família. 0,495 1,11(0,55) 0,47 2,05 0,77

12 – Uma mulher decente nunca faria um aborto. 1,000 1,30(0,85) 0,45 1,98 0,74

13 – Um aborto é motivo de vergonha para a família. 0,923 1,55(1,05) 0,30 1,03 0,78

14 – Uma mulher sempre tem a culpa por uma gravidez indesejada. 0,553 1,49(1,12) 0,23 1,08 0,80

15 – Uma mulher sem filhos é uma mulher incompleta. 0,603 1,25(0,71) 0,25 1,82 0,77

Autonomia ($\alpha = 0,84$; $\omega t = 0,86$) - 3,15(1,23) - -0,42 -

17 – Uma mulher que aborta está fazendo a coisa certa para não estragar sua vida. 0,570 2,57(1,19) 0,60 0,08 0,84

18 – As mulheres que abortam porque acreditam que não estão prontas para criar um(a) filho(a) são mulheres responsáveis. 0,949 3,41(1,46) 0,77 -0,47 0,68

19 – Tudo bem uma mulher abortar só porque não deseja ter um(a) filho(a) neste momento. 1,000 3,50(1,58) 0,74 -0,52 0,73

Religião ($\alpha = 0,84$; $\omega t = 0,84$) - 1,69(0,97) - 1,49 -

20 – As mulheres que abortam serão castigadas por Deus. 1,000 1,56(1,05) 0,31 1,72 0,74

21 – As mulheres que abortam receberão um castigo divino. 0,998 1,54(1,04) 0,34 1,78 0,74

22 – As mulheres que abortam devem ir à igreja para pedir perdão por suas ações. 0,852 1,66(1,21) 0,31 1,63 0,79

23 – Abortar mais de uma vez nunca é justificável. 0,626 2,03(1,37) 0,42 0,97 0,90

As médias dos itens variaram de 1,11 a 3,50, com desvios-padrão entre 0,55 a 1,58, sendo a dimensão de Discriminação/Estereotipagem a que apresentou médias mais baixas. As correlações item-total foram: Segredo (entre $r = 0,50$ e $r = 0,66$), Discriminação/Estereotipagem (entre $r = 0,23$ e $r = 0,47$), Autonomia (entre $r = 0,60$ e $r = 0,77$) e Religião (entre $r = 0,31$ e $r = 0,42$). Dentre as médias dos fatores, a dimensão Autonomia obteve o valor mais elevado ($M = 3,15$; $DP = 1,23$) e a de Segredo obteve uma média de 2,89 ($DP = 1,02$). Nas quatro dimensões da CLASS, a maior parte dos valores do índice de assimetria encontra-se dentro do intervalo ± 1 , o que possibilita afirmar que apresentaram uma distribuição normal. Os valores mais elevados de assimetria foram nas dimensões de Discriminação/Estereotipagem ($As = 2,03$) e Religião ($As = 1,49$) e seus respectivos itens.

Todos os itens apresentaram cargas fatoriais adequadas em seus respectivos fatores (superiores a 0,500). A fidedignidade pelo método alfa de Cronbach (α), da mesma forma que pelo estimador ômega de McDonald (ω) foi superior a 0,70 em todas as dimensões. Na análise da contribuição individual dos itens, observou-se que haveria melhora do alfa do fator com a retirada do item 23 (religião). No entanto, optou-se por mantê-lo em função de o fator já contar com alfa satisfatório.

Os resultados da correlação entre as médias do Inventário de Opiniões sobre a Justificabilidade do Aborto e das dimensões da CLASS demonstrou correlações estatisticamente significativas. As correlações foram elevadas entre Opiniões sobre a Justificabilidade e Discriminação/Estereotipagem ($r = -0,542$), Religião ($r = -0,657$) e Autonomia ($r = 0,790$), no sentido esperado. Com relação a Segredo, a correlação foi fraca ($r = 0,134$), porém diretamente proporcional, indicando que opiniões mais favoráveis em relação ao aborto estão, de alguma forma, associadas ao estigma do segredo (Tabela 2).

Tabela 2

Correlação entre as dimensões da Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS) e Inventário de Opiniões sobre a Justificabilidade do Aborto (IOJA) (n=249). Brasil. 2021-2022.

	1	2	3	4	5
1. Opiniões sobre a Justificabilidade do Aborto	1				
2. Segredo	0,134*	1			
3. Discriminação	-0,542**	-0,074	1		
4. Autonomia	0,790**	0,116	-0,416**	1	
5. Religião	-0,657**	-0,129*	0,691**	-0,555**	1

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

4 Discussão e Considerações Finais

O objetivo deste estudo foi traduzir e adaptar a *Community-Level Abortion Stigma Scale* para o contexto brasileiro e apresentar evidências preliminares de validade. O instrumento em questão, originalmente desenvolvido no México, foi escolhido em razão da semelhança cultural entre esse país e o Brasil, especialmente no que concerne à legislação (que se mostrava mais restritiva no México durante a validação do instrumento) e às crenças religiosas, que representam aspectos relevantes no estudo do estigma relacionado ao aborto (Sorhaindo et al, 2016; Stowers et al, 2023)

A versão final traduzida para o português brasileiro obteve equivalência semântica, operacional e conceitual válidas. Seguindo as diretrizes de adaptação, um instrumento traduzido só pode ser considerado válido se for capaz de produzir o mesmo efeito na cultura em que está sendo utilizado, como o instrumento original tem no contexto em que foi criado (Barbosa, Oliveira & Gavião 2010). Para alcançar a equivalência semântica e cultural, este trabalho adotou o protocolo proposto pelo *International Test Commission* (ITC, 2017), o qual recomenda a realização de um processo de tradução e retrotradução, bem como a avaliação de juízes e do público-alvo,

como estratégias para garantir que o instrumento esteja, de fato, medindo o que se propõe a medir.

Durante as etapas de tradução e adaptação, valorizou-se a equivalência semântica e não a literal entre os termos. Nesse sentido, itens que originalmente constavam como “*tener un aborto*” (como em “*Si una mujer tuviera un aborto, no debería decírselo a sus futuras parejas.*”), foram inicialmente traduzidos “abortar” (“Se uma mulher abortou, ela não deveria contar aos seus futuros parceiros.”). No entanto, após a avaliação dos juízes, foi sugerido que fosse feita uma alteração para “fazer um aborto” (“Se uma mulher fez um aborto, ela não deveria contar aos seus futuros parceiros”) a fim de que não se confundisse com os casos de abortos espontâneos. Em termos gerais, houve uma boa avaliação do comitê quanto à clareza da linguagem, bem como sobre pertinência e relevância dos itens. Na avaliação pelo público-alvo, todos manifestaram facilidade de compreensão do instrumento em sua totalidade.

Quanto ao estudo das evidências de validade de constructo, cinco itens da versão adaptada para uso no Brasil não apresentaram distribuição normal e, portanto, foram excluídos. A análise do conteúdo desses itens permitiu hipotetizar o fenômeno de desejabilidade social, em função de suas assertivas serem bastante diretas. No Brasil, por questões linguísticas e culturais, as atitudes não costumam ser expressas de forma tão concisa. Além disso, a coleta de dados foi realizada em um período de extrema polarização política e ideológica no país, o que pode ter ocasionado um efeito adicional de desejabilidade social nas respostas (Brenner, 2020). Assim, considerou-se que, embora a avaliação inicial das evidências de validade de conteúdo, tais itens não funcionaram entre os participantes conforme o previsto.

Após a exclusão dos itens a análise fatorial confirmatória de primeira ordem do modelo de quatro fatores e 18 itens apresentou índices ainda insatisfatórios de

adequação do modelo. Da mesma forma que no estudo da versão original da CLASS, no Brasil a dimensão Segredo não apresentou relação significativa com as demais dimensões. Após a exclusão dessas relações e os ajustes pos-hoc, a escala alcançou boa adequação.

Em decorrência da falta de instrumentos padronizados que avaliassem o estigma relacionado ao aborto no Brasil, ou mesmo escalas com construtos convergentes, optou-se pela construção de um Inventário de Opiniões sobre a Justificabilidade do Aborto (IOJA). No entanto, é importante reconhecer que esse instrumento não funciona como um padrão-ouro, ou seja, não é uma medida definitiva ou absoluta do estigma relacionado ao aborto. O IOJA pode ajudar a ter uma ideia dos posicionamentos das pessoas em relação ao aborto, mas não pode ser considerado uma medida conclusiva. É importante levar em consideração o fato de o IOJA ser uma ferramenta nova e ainda não validada como uma das limitações do instrumento.

Contudo, os resultados da correlação entre as médias do IOJA e das dimensões da CLASS demonstraram correlações estatisticamente significativas. As correlações foram elevadas e no sentido esperado entre opiniões e Discriminação/Estereotipagem ($r = -0,542$), Religião ($r = -0,657$) e Autonomia ($r = 0,790$), no sentido esperado. Demonstrou-se que quanto mais positivas as opiniões sobre a justificabilidade do aborto em diferentes circunstâncias, menos o participante pontuou nos fatores de Discriminação/Estereotipagem e Religião, enquanto no fator Autonomia, a pontuação foi mais positiva.

Já a dimensão Segredo, apesar de apresentar uma correlação fraca ($r = 0,134$), foi diretamente proporcional, o que indica que mesmo com opiniões mais favoráveis em relação ao aborto houve uma associação com o estigma relacionado ao segredo. O segredo em torno da experiência do aborto tem se revelado importante para a

compreensão do estigma relacionado, e a subescala correspondente a esse fator tem sido amplamente empregada em pesquisas recentes para avaliar o estigma (Stowers et al, 2023; Cutler et al, 2021; Cutler et al, 2022).

Mesmo que haja um posicionamento mais positivo quanto justificabilidade do aborto é comum que a necessidade do “segredo” seja mantida em torno do assunto. Visto que no Brasil o aborto é proibido em grande parte dos casos, é possível considerar que a crença sobre a necessidade de mantê-lo em silêncio esteja relacionada a possibilidade de manter a invisibilidade de um atributo alvo de estigmatização (Goffman; 1988/1963). Por outro lado, a cultura de silêncio contribui para o Paradoxo da Prevalência do Estigma Relacionado ao Aborto, proposto por Kumar, Hessini e Mitchell (2009). Este é um tema que pode ser aprofundado em outros estudos brasileiros, considerando o contexto político e a legislação deste país (Shellenberg et al., 2011).

O estigma é uma construção complexa e multidimensional, que envolve crenças, atitudes e comportamentos negativos (Goffman; 1988/1963), portanto avaliá-lo de forma quantitativa e a partir de uma escala de autoavaliação é um desafio. Corrigan & Shapiro (2010) apontam como uma das principais preocupações a possibilidade dos indivíduos subestimarem ou superestimarem o nível de estigma que experimentam, o que pode levar a casos extremos (*outliers*) e resultados imprecisos.

4.1 Limitações e implicações para a prática

As limitações identificadas no estudo podem estar relacionadas a fatores externos que possivelmente afetaram a adesão dos participantes. É possível pensar que, devido ao contexto da pandemia da Covid-19, houve uma saturação na participação de pesquisas com coleta online, o que pode ter impactado na taxa de adesão. Ademais, a sensibilidade do tema do aborto pode ter afetado a disposição de alguns participantes

em responder à pesquisa, justamente pelo estigma relacionado à questão. Além disso, é importante destacar que o estudo ocorreu durante um ano de campanha eleitoral à presidência, momento em que a polarização em relação a esse tema é exacerbada, o que pode ter afetado na propensão a responder de forma mais extrema (Leite, 2019). É possível que essas limitações tenham afetado a representatividade dos dados coletados. Por isso, sugere-se a importância de estudos em outro período e com maior abrangência.

Ao adaptar e validar a CLASS para o contexto brasileiro, este estudo proporciona um instrumento de medida aplicável à população em geral, capaz de auxiliar em pesquisas futuras sobre o estigma relacionado ao aborto e no planejamento de estratégias de intervenção para reduzir esse estigma. Isso é crucial para promover a saúde mental e física das mulheres, permitindo que busquem ajuda sem o medo de serem discriminadas, e facilitando o acesso a cuidados de saúde necessários.

5 Referências

- Adesse, L. & Monteiro, F. M. G. (2016). Estigma e complicações do abortamento induzido. In: V. Zanello e M. Porto, (org), ABORTO E (NÃO) DESEJO DE MATERNIDADE(S): questões para a Psicologia, 1ª ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 51 – 59.
- Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54, de 12 de abril de 2012 (2012). *Diário Oficial da União*. Relator: Min. Marco Aurélio. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal. Recuperado em 10 setembro, 2020, de <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/adpf54.pdf>
- Barbosa, T. D. S., Oliveira, C. S., & Gavião, M. B. D. (2010). Tradução e adaptação brasileira do Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ). *Saúde e Sociedade*, 19, 698-708. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300020>
- Brenner, P. S. (2020). Advancing Theories of Socially Desirable Responding: How Identity Processes Influence Answers to “Sensitive Questions”. *Understanding Survey Methodology: Sociological Theory and Applications*, 45-65. https://doi.org/10.1007/978-3-030-47256-6_3
- Byrne, B. M. (2016). *Structural equation modeling with AMOS*. Routledge. <http://dx.doi.org/10.4324/9781315757421>
- Cacique, D. B., Passini Junior, R., & Osis, M. J. M. D. (2013). Validação de conteúdo do Mosaico de Opiniões sobre o Aborto Induzido (Mosai). *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 59(6), 576–582. <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.06.011>
- Cockrill, K., Upadhyay, U. D., Turan, J., & Greene Foster, D. (2013). The stigma of having an abortion: Development of a scale and characteristics of women experiencing abortion stigma. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(2), 79–88. <https://doi.org/10.1363/4507913>
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 907–922. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.004>
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical psychology review*, 30(8), 907-922. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.004>
- Cutler, A. S., Lundsberg, L. S., White, M. A., Stanwood, N. L., & Garipey, A. M. (2021). Characterizing community-level abortion stigma in the United States. *Contraception*, 104(3), 305–313. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.03.021>
- Cutler, A. S., Lundsberg, L. S., White, M. A., Stanwood, N. L., & Garipey, A. M.

- (2022). The impact of first-person abortion stories on community-level abortion stigma: A randomized trial. *Women's Health Issues*, 32(6), 578–585.
<https://doi.org/10.1016/j.whi.2022.06.006>
- Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (1940). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Casa Civil.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.html
- Diniz, D., Medeiros, M., & Madeiro, A. (2023). National Abortion Survey – Brazil, 2021. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2023/Mar)
<http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/national-abortion-survey-brazil-2021/18689?id=18689>
- Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsden, V. (2013). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399–412. <https://doi.org/10.1111/bjop.12046>
- Foster, D. G. (2021). *The turnaway study: ten years, a thousand women, and the consequences of having—or being denied—an abortion*. New York, NY: Scribner
- Finer, L., & Fine, J. B. (2013). Abortion law around the world: Progress and pushback. *American Journal of Public Health*, 103(4), 585–589.
<https://doi.org/10.2105/ajph.2012.301197>
- Goel, S., & Salganik, M. J. (2009). Respondent-driven sampling as Markov chain Monte Carlo. *Statistics in Medicine*, 28(17), 2202–2229.
<https://doi.org/10.1002/sim.3613>
- Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (M. Lambert, Trans.; 4th ed.). LTC. (Original work published 1963)
- Goodman, L. A. (1961). Snowball Sampling. *The Annals of Mathematical Statistics*, 32(1), 148–170. <https://doi.org/10.1214/aoms/1177705148>
- Guillaume, A., & Rossier, C. (2018). L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. *Population*, 73(2), 225.
<https://doi.org/10.3917/popu.1802.0225>
- Heckathorn, D. D. (1997). Respondent-Driven sampling: A new approach to the study of hidden populations. *Social Problems*, 44(2), 174–199.
<https://doi.org/10.1525/sp.1997.44.2.03x0221m>
- International Test Commission (2017). The ITC guidelines for translating and adapting tests (second edition). *International Journal of Testing*, 18(2), 101–134.
<https://doi.org/10.1080/15305058.2017.1398166>

- Leite, V. (2019). “Em defesa das crianças e da família”: Refletindo sobre discursos acionados por atores religiosos “conservadores” em controvérsias públicas envolvendo gênero e sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 119-142. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.32.07.a>
- Martin, L. A., Hassinger, J. A., Seewald, M., & Harris, L. H. (2018). Evaluation of abortion stigma in the workforce: Development of the revised abortion providers stigma scale. *Women's Health Issues*, 28(1), 59–67. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.10.004>
- Projeto de Lei da Câmara n. 478, de 2007 (2007). Dispõe sobre o Estatuto do Nascituro e dá outras providências. Relatores: Dep. Luiz Bassuma e Dep. Miguel Martini. Brasília, DF: Câmara Federal. Recuperado em 10 setembro, 2020, de https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=443584&filename=PL+478/2007
- Romio, C. M., Roso, A., Cardinal, M. F., Basso, S., & Pierry, L. G. (2015). Saúde mental das mulheres e aborto induzido no Brasil. *Psicologia Revista*, 24(1), 61-81.
- Shellenberg, K. M., Moore, A. M., Bankole, A., Juarez, F., Omideyi, A. K., Palomino, N., Sathar, Z., Singh, S., & Tsui, A. O. (2011). Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study. *Global Public Health*, 6(sup1), S111–S125. <https://doi.org/10.1080/17441692.2011.594072>
- Sorhaindo, A. M., Juárez-Ramírez, C., Olavarrieta, C. D., Aldaz, E., Mejía Piñeros, M. C., & Garcia, S. (2014). Qualitative evidence on abortion stigma from Mexico City and five states in Mexico. *Women & Health*, 54(7), 622–640. <https://doi.org/10.1080/03630242.2014.919983>
- Sorhaindo, A. M., Karver, T. S., Karver, J. G., & Garcia, S. G. (2016). Constructing a validated scale to measure community-level abortion stigma in Mexico. *Contraception*, 93(5), 421–431. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.01.013>
- Stowers, P., Heck, R., Csiszar, K., & Kaneshiro, B. (2023). Just world beliefs and community-level abortion stigma: An exploratory survey. *Contraception*, 109979. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.109979>
- Sudhinaraset, M., Landrian, A., Afulani, P. A., Phillips, B., Diamond-Smith, N., & Cotter, S. (2020). Development and validation of a person-centered abortion scale: The experiences of care in private facilities in Kenya. *BMC Women's Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01071-w>
- Wang, J., & Wang, X. (2019). *Structural equation modeling*. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/9781119422730>

6 CONCLUSÃO GERAL

A presente dissertação abordou diferentes aspectos da temática do aborto, evidenciando sua complexidade e a influência de fatores sociais, culturais e políticos. Destaca-se a importância de considerar esses fatores no atendimento em saúde às mulheres em situação de abortamento, com o objetivo de minimizar os impactos negativos das representações estigmatizantes. Nesse sentido, é imprescindível assegurar um atendimento humanizado e sem julgamentos para garantir o bem-estar dessas mulheres. Ademais, a disponibilização da Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS), uma ferramenta adaptada e validada para o contexto brasileiro, pode contribuir para futuros estudos e políticas que visem reduzir o estigma e promover a saúde mental e física das mulheres.

A fim de garantir o acesso à informação e à saúde sexual e reprodutiva, incluindo a luta pelo direito ao aborto seguro, sugere-se a realização de mais estudos, debates e reflexões acerca do tema do aborto induzido. Somente assegurando os direitos sexuais e reprodutivos é que as mulheres poderão alcançar a plena autonomia e igualdade na sociedade.

APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico

1. Qual sua idade? ____
2. Qual das alternativas a seguir descreve melhor o seu gênero?
 1. Mulher
 2. Homem
 3. Mulher transexual
 4. Homem transexual
 5. Queer/Não-Binário
 6. Outra
3. Qual a sua orientação sexual?
 1. Heterossexual
 2. Homossexual (Gay/Lésbica)
 3. Bissexual
 4. Outra
 5. Prefiro não responder
4. Como você descreveria a cor da sua pele?
 1. Amarela
 2. Branca
 3. Indígena
 4. Parda
 5. Preta
5. Qual a sua religião?
6. Qual o grau de importância da sua crença espiritual ou religiosa na sua vida?
 1. Nada importante
 2. Um pouco importante
 3. Mais ou menos importante
 4. Muito importante
 5. Extremamente importante
7. Você pratica sua religião?
 1. Sim
 2. Não
8. Qual o seu atual status de relacionamento?
 1. Sem companheiro/companheira
 2. Com companheiro/companheira

9. Você tem filhos?

1. Sim. Quantos? ____
2. Não

10. Alguém que você conhece já passou por um aborto induzido/provocado?

1. Sim
2. Não
3. Prefiro não responder

APÊNDICE B – Inventário de Opiniões Sobre a Justificabilidade do Aborto (IOJA)

Considere as seguintes situações e responda o quanto você considera que seria justificável fazer um aborto:

(1) Injustificável	(2) Pouco justificável	(3) Indiferente	(4) Justificável	(5) Muito justificável	
Risco de vida à gestante	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Risco à saúde física da gestante	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Risco à saúde mental da gestante	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Malformação fetal incompatível com a vida	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Gestação de fetos com qualquer tipo de malformação	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Gestação resultante de violência sexual / estupro	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Gestante sem condições socioeconômicas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Gestação indesejada por não querer ser mãe	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Gestação indesejada por não querer/poder ter filhos no momento	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Gestação indesejada por não querer ter mais filhos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

APÊNDICE C – Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS) – Versão Traduzida

Gostaria de saber sua opinião sobre interrupção da gestação (ou aborto). O quanto você concorda ou discorda das afirmações a seguir?

Para responder, considere a seguinte escala:

(1) Discordo totalmente	(2) Discordo parcialmente	(3) Não concordo nem discordo	(4) Concordo parcialmente	(5) Concordo totalmente
-------------------------	---------------------------	-------------------------------	---------------------------	-------------------------

Segredo

1 – Se você (ou sua parceira) fizesse um aborto, você manteria isso em segredo.	1	2	3	4	5
2 – As mulheres que já abortaram não devem contar a ninguém.	1	2	3	4	5
3 – Recorrer a um aborto é algo que deve ser mantido em segredo, pois é de âmbito pessoal.	1	2	3	4	5
4 – Se uma mulher fez um aborto, ela não deveria contar aos seus futuros parceiros.	1	2	3	4	5

Discriminação/Estereotipagem

5 – As mulheres que abortam são imbecis (burras, estúpidas ou idiotas).	1	2	3	4	5
6 – As mulheres que abortam são mulheres fáceis, que dormem com qualquer um.	1	2	3	4	5
*7 – As mulheres que fizeram um aborto são rejeitadas (afastadas do convívio)	1	2	3	4	5
*8 – Os homens são rejeitados (afastados do convívio) por permitirem que suas parceiras abortem.	1	2	3	4	5
*9 – As mulheres que abortam merecem ser rejeitadas (afastadas do convívio)	1	2	3	4	5
10 – As mulheres que abortam não merecem ter uma família.	1	2	3	4	5
*11 – Um homem prefere se casar com uma mulher que nunca fez um aborto.	1	2	3	4	5
12 – Uma mulher decente nunca faria um aborto.	1	2	3	4	5
13 – Um aborto é motivo de vergonha para a família.	1	2	3	4	5
14 – Uma mulher sempre tem a culpa por uma gravidez indesejada.	1	2	3	4	5
15 – Uma mulher sem filhos é uma mulher incompleta	1	2	3	4	5

Autonomia

*16 – As mulheres com filhos(as) que decidem abortar o fazem para proporcionar uma vida melhor aos(as) filhos(as) que já têm.	1	2	3	4	5
17 – Uma mulher que aborta está fazendo a coisa certa para não estragar sua vida.	1	2	3	4	5
18 – As mulheres que abortam porque acreditam que não estão prontas para criar um(a) filho(a) são mulheres responsáveis.	1	2	3	4	5
19 – Tudo bem uma mulher abortar só porque não deseja ter um(a) filho(a) neste momento.	1	2	3	4	5

Religião

20 – As mulheres que abortam serão castigadas por Deus.	1	2	3	4	5
21 – As mulheres que abortam receberão um castigo divino.	1	2	3	4	5

22 – As mulheres que abortam devem ir à igreja para pedir perdão por suas ações.	1	2	3	4	5
23 – Abortar mais de uma vez nunca é justificável.	1	2	3	4	5

* itens excluídos por não apresentaram distribuição normal na população em estudo

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a),

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), intitulada “**Tradução, adaptação e validação da versão em português da Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS)**”, desenvolvida pela mestrandia Marília Netz Bento, sob orientação da Profa. Dra. Lucia Marques Stenzel e coorientação Profa. Dra. Sheila Gonçalves Câmara (ambas do Departamento de Psicologia). Essa pesquisa tem como objetivo principal traduzir e adaptar culturalmente, para uso no Brasil, a *Community-Level Abortion Stigma Scale* (CLASS) e analisar as propriedades psicométricas em uma amostra brasileira. O estudo é justificado pela falta de instrumentos de avaliação do estigma relacionado ao aborto induzido adaptados para o contexto brasileiro.

Para o cumprimento dos objetivos do estudo, gostaríamos de contar com a sua participação para o preenchimento de um questionário *online* autoaplicável, com duração aproximada de 20 minutos. Caso você tenha interesse em participar, deverá assinar este documento concordando com a sua participação, uma via será enviada para seu email e outra ficará conosco. Recomendamos que você guarde esse documento eletrônico em seus arquivos.

Não haverá despesas para a participação neste estudo, nem ganho material. Sua participação na pesquisa, contudo, poderá contribuir para uma melhor compreensão do fenômeno do estigma relacionado ao aborto induzido entre estudantes de graduação em áreas da saúde.

Lembramos que os dados de identificação nessa pesquisa serão confidenciais. Este documento garante que sua identidade, assim como a de outras/os participantes da pesquisa, seja mantida em anonimato, visando sua proteção e evitando qualquer tipo de exposição, sob qualquer circunstância. Os dados gerados serão armazenados pela equipe de pesquisa durante o período mínimo de cinco anos, conforme previsto na legislação vigente. Esses dados serão somente usados em estudos futuros que atendam aos termos previstos neste documento e que estejam relacionados ao objetivo da pesquisa.

Adicionalmente, declaro que estou ciente:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa (por e-mail, telefone e/ou videochamada);

- De que minha participação é voluntária e de que terei a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para a minha vida pessoal e atuação profissional;
- De que, mesmo os riscos para a participação nesta pesquisa sendo mínimos, relacionados à possibilidade de algum desconforto no preenchimento de questionário, poderei interromper a minha participação a qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo pessoal, acadêmico, moral ou de qualquer outro tipo de retaliação e que serei amparada/o pela pesquisadora deste projeto e sua equipe, caso ocorram qualquer desconforto físico, moral e/ou emocional no transcurso de minha participação no projeto;
- De que não há despesas para a participação nesta pesquisa, bem como nenhum ganho de benefício material direto;
- Da garantia de que não serei identificada/o quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas para fins acadêmicos e científicos do presente projeto de pesquisa;
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido, e que em caso de dúvida ou de novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora Marília Netz Bento, pelo telefone (51) 99466-7118 ou pelo e-mail marilianb@gmail.com.br, ou ainda com o Comitê de Ética (CEP/UFCSPA), pelo endereço Rua Sarmento Leite, 245 – Centro – Porto Alegre, Rio Grande do Sul/Brasil ou pelo telefone 3303-8788 em horário comercial, ou ainda através do e-mail cep@ufcspa.edu.br.

Este documento foi redigido com base no que prevê a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) N° 510/2016 e o Ofício Circular N° 2/2021 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Ao estar de acordo com este termo de consentimento, você não abre mão de nenhum direito legal que teria de outra forma. **Não aceite este termo de consentimento a menos que tenha lido e entendido todo o seu conteúdo.** Após sua confirmação, retornaremos, em até 24h para o e-mail descrito abaixo, uma via assinada deste documento.

ANEXO A – Normas de Formatação do Periódico Opinião Pública

Escopo e política

Opinião Pública publica artigos científicos de pesquisadores brasileiros e estrangeiros sobre teoria e metodologia em opinião pública, comportamento social e político, cultura política e democracia, estudos de mídia, eleições e representação política, que embasam seus temas ou hipóteses em enquadramentos teóricos e em dados de pesquisas empíricas, quantitativas, qualitativas ou documentais apresentados de forma a sustentar os resultados e conclusões.

Opinião Pública vem alinhando-se progressivamente às práticas da ciência aberta ao adotar a licença CC-BY (Creative Commons Atribuição), proporcionar acesso às bases de dados, códigos e outros materiais utilizados nas pesquisas de artigos publicados, e aceitar artigos previamente depositados em servidores de preprint: Scielo (<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo>), Social Science Research Network (<https://www.ssrn.com/index.cfm/en/>) and ResearchGate (<https://www.researchgate.net/>).

Opinião Pública também aceita artigos apresentados em anais de congresso e, se aprovados, têm sua publicação condicionada à retirada dos Anais ou Coleção onde foi previamente publicado.

Decisões em relação à publicação dos artigos são de responsabilidade dos editores do periódico, com base na revisão de especialistas. A avaliação pode: a) recomendar a publicação; b) recomendar a publicação condicionada às sugestões dos revisores ; ou c) rejeitar a publicação.

As afirmações e os conceitos emitidos em artigos assinados são de absoluta responsabilidade dos seus autores, não expressando a opinião dos membros do Conselho Editorial ou dos órgãos que compõem o CESOP.

Não há taxa para submissão de artigos.

Opinião Pública apoia os códigos de conduta científica do Committee on Publication Ethics (COPE) (<http://www.publicationethics.org/>), bem como as diretrizes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (<http://www.cnpq.br/web/guest/diretrizes>) e o manual de boas práticas da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (<http://www.fapesp.br/boaspraticas/>).

Forma e preparação de manuscritos

A Revista Opinião Pública publica artigos redigidos em língua portuguesa, espanhola e inglesa. Os artigos devem ser submetidos (no formato .doc) exclusivamente através do sistema de submissão online do Scielo/ScholarOne: <https://mc04.manuscriptcentral.com/op-scielo>. Não podem ser submetidos à apreciação de nenhum outro veículo. A publicação na Opinião Pública está condicionada ao processo de revisão anônima por especialistas (double-blind review).

A publicação na Opinião Pública está condicionada ao processo de revisão anônima de especialistas (double-blind review). A fim de garantir o anonimato no processo de avaliação, o

nome do(s) autor(es) NÃO deve constar do corpo do texto, bem como quaisquer outras referências que permitam sua identificação.

Artigos provenientes de servidor de preprint passam pelo processo one-blind review de avaliação.

Se aprovado o artigo para publicação, os direitos autorais devem ser cedidos ao Cesop/Unicamp, mencionando concordância com a publicação, onde também deve constar nome, endereço completo, telefone, fax, e-mail, titulação e a instituição à qual o(a) autor(a) esteja vinculado(a). O autor também deve compartilhar bases de dados, códigos, métodos e outros materiais utilizados e resultantes das pesquisas apresentadas no artigo publicado.

Não serão aceitos artigos sem os resumos em português, inglês, francês e espanhol, os quais devem ter no máximo 900 caracteres. O artigo deve ter entre 20 e 40 páginas, incluindo as imagens, notas e referências. A configuração de página deve ser papel A4 padrão com 1,5 de margens esquerda e direita, na Fonte Times New Roman tamanho 12 e 1,5 de espaçamento entre linhas. O resumo deve conter descrição do objeto analisado e dos objetivos do artigo; tipo de pesquisa, metodologia ou abordagem utilizada; resultados; implicações e originalidade do artigo. O título do artigo deve ter no máximo 20 palavras, e ser apresentado nos quatro idiomas, assim como as cinco palavras-chave que identificam o seu conteúdo. Quadros, mapas, tabelas, gráficos etc. devem estar em seus devidos lugares no corpo do texto, em formato jpg (300 a 500 pdi), com título, legenda e fonte. Se o artigo for aprovado no processo de avaliação, estas figuras deverão ser enviadas em seus formatos originais, de maneira que possam ser editadas.

As citações bibliográficas devem ser feitas no corpo do texto e subordinar-se ao seguinte esquema: (Sobrenome de Autor, data) ou (Sobrenome de Autor, data, página). Ex.: (Souza, 1976; Assis, 2000) ou (Souza, 1976, p. 64). Diferentes títulos do mesmo autor publicados no mesmo ano serão identificados por uma letra após a data. Ex.: (Almeida, 1989a), (Almeida, 1989b). No caso de dois autores e duas publicações de mesmo autor, a citação deve ser desse modo: (Souza e Almeida, 1990; Sanches, 2000, 2005).

As referências bibliográficas utilizadas devem ser apresentadas no final do artigo, listadas em ordem alfabética, obedecendo às normas ABNT (NBR 6023), conforme exemplos a seguir. Pede-se atenção não apenas à ordem dos elementos como também a seus tipos de fontes e pontuações.

Livro: Sobrenome do Autor em versalete, Nome (abreviado). Título em itálico: subtítulo sem itálico. Número da edição, caso não seja a primeira. Local da publicação: nome da Editora, ano.

Capítulo: Sobrenome em versalete, Nome (abreviado), Título do capítulo. In: Sobrenome em versalete, Nome (abreviado), do(s) autor(es) ou organizador(es). Título do livro em itálico: subtítulo sem itálico. Local da publicação: nome da editora, intervalo de páginas, ano.

Coletânea: Sobrenome em versalete, Nome (abreviado). Título do ensaio. In: Sobrenome em versalete, Nome (abreviado) do(s) organizador(es). Título da coletânea em itálico: subtítulo sem itálico. Número da edição, caso não seja a primeira. Local da publicação: nome da Editora, ano.

Artigo em periódico: Sobrenome em versalete, Nome (abreviado). Título do artigo entre aspas. Nome do periódico em itálico, local da publicação, volume e número do periódico, intervalo de páginas, período da publicação, ano.

Dissertações e teses: Sobrenome em versalete, Nome (abreviado). Título entre aspas. Local, número total de páginas. Grau acadêmico e área de estudos: Dissertação de mestrado ou Tese de doutorado. Instituição em que foi apresentada, ano.

Internet (documentos eletrônicos): Sobrenome em versalete, Nome (abreviado). Título em itálico (online). Produtor, data. Disponível em: <>. Acesso em: dia mês (abreviado) ano (ex.: 5 jan. 2012).

Trabalho apresentado em evento: Sobrenome em versalete, Nome (abreviado). Título do trabalho apresentado entre aspas. In: Anais do evento (numeração e título se houver), cidade de realização do evento, páginas do documento (se houver), data de publicação.

Os títulos das seções do artigo devem ser formatados em negrito e das subseções em itálico.

Não devem ser numeradas as seções e subseções do artigo. Se houver citações e/ou referências a seções do próprio artigo ao longo do texto, fazer referência ao título da seção. Ex.: Como abordado na seção “Opiniões e atitudes sobre a democracia...”.

Sempre que, no corpo do texto, houver referência ao próprio artigo, deve-se nomeá-la como “artigo” e não como “paper”, “trabalho”, “estudo” etc.

Os títulos e as fontes das tabelas devem estar completos (quando forem de “elaboração própria”, discriminar em que dados estão baseadas. Ex.: Elaboração própria com base em dados do TSE).

Os títulos e fontes devem estar fora das tabelas e gráficos.

Os sinais de “%”, e outros, devem ser retirados do interior de tabelas e gráficos, quando for o caso, colocando-os junto aos respectivos títulos.

Ex.: Tabela 1

Título: Frequência das variáveis indicadoras de “rouba, mas faz” (%)

Pedimos atenção à grafia dos nomes próprios e datas de publicações citadas no corpo do texto e nas referências bibliográficas para minimizar as dubiedades.

A equipe da Revista OPINIÃO PÚBLICA fará a revisão de problemas de digitação, ortografia, gramática, grafias de nomes próprios, siglas, datas de publicação nas referências bibliográficas no corpo do texto e nas referências ao final, no entanto, quanto mais cuidado houver com todos esses aspectos, menores serão as chances de erros na versão a ser publicada.

A licença utilizada pela revista OPINIÃO PÚBLICA é a CC-BY, uma licença totalmente aberta, inclusive para fins comerciais.

Mais informações em:

<http://blog.scielo.org/blog/2015/06/19/scielo-adota-cc-by-como-atribuicao-principal-de-acesso-aberto/>

OPINIÃO PÚBLICA utiliza ferramentas para verificação de plágio ou autoplágio.

ANEXO B – Normas de Formatação do Periódico Psicologia: Ciência e Profissão

Escopo e política

A Revista Psicologia: Ciência e Profissão é uma publicação trimestral editada pelo Conselho Federal de Psicologia.

Publica textos originais, em português, inglês, espanhol ou francês de relevância científica e social para a produção do conhecimento em psicologia, em uma perspectiva crítica, consonantes com as políticas da profissão e atentos aos Direitos Humanos.

Forma e preparação de manuscritos

O manuscrito submetido a RPCP não pode ter sido publicado em outro veículo de divulgação (revista, livro, etc.) e não pode ser simultaneamente submetido ou publicado em outro meio de divulgação científica ou de pesquisa.

Todas as submissões de manuscritos devem seguir as Normas de Publicação da APA: American Psychological Association. (2010). Publication manual of the American Psychological Association (6th ed.). Washington, DC: Author), no que diz respeito ao estilo de apresentação do manuscrito e aos aspectos éticos inerentes à realização de um trabalho científico. A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA.

A Psicologia: Ciência e Profissão publica:

1. Estudo teórico / Revisão bibliográfica - Exige-se, na revista, que a pesquisa teórica, nos diferentes campos do conhecimento, contribua para o aprofundamento de um tema ou conceito e apresente um debate teórico que mapeie o estado da arte, culminando em apontamentos que sugiram uma perspectiva crítica e inovadora no campo da psicologia e suas interfaces. Artigos de revisão bibliográfica que somente mencionam a posição de outros autores sobre conceitos e teorias e que pesquisam ou realizam levantamentos de temáticas em base de dados não serão aceitos por este periódico.

2. Relato de pesquisa – investigações inéditas, de relevância científica, construídas a partir de materiais empíricos. É necessário explicitar os fundamentos teórico- metodológicos, as análises e as discussões decorrentes da pesquisa. Deve ter entre 20 e 25 laudas, não considerando resumos e referências;

3. Relato de experiência – relatos de experiência relacionados à intervenção profissional, que tragam contribuições para as práticas em Psicologia. Deve ter entre 20 e 25 laudas, não considerando resumos e referências.

O título abreviado do periódico é Psicol., Ciênc. Prof. que deve ser usado em notas de rodapé e referências.

Os artigos aceitos para a publicação se tornam propriedade da revista.

Caso a autora ou o autor queira divulgar seu trabalho em outro formato deve citar esta primeira publicação.

Preparação dos textos

O texto submetido a RPCP não pode ter sido publicado em outro veículo de divulgação (revista, livro, etc.) e não pode ser simultaneamente submetido ou publicado em outro meio de divulgação científica ou de pesquisa.

Todas as submissões devem seguir as Normas de Publicação da APA: American Psychological Association. (2010). Publication manual of the American Psychological Association (6th ed.). Washington, DC: Author), no que diz respeito ao estilo de apresentação do texto e aos aspectos éticos inerentes à realização de um trabalho científico. A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA.

Observação: Se uma citação ou trecho de entrevista compreende menos do que 40 palavras, incorpore-a ao texto e a coloque entre aspas duplas. Caso compreenda 40 ou mais palavras, apresente-a em um bloco de texto separado e omita as aspas.

Critérios gerais para avaliação dos manuscritos

Os trabalhos enviados podem ser redigidos em português, em inglês, em espanhol ou em francês, obrigatoriamente com resumo, abstract e resumen;
Espaço duplo, fonte Times New Roman, tamanho 12, margens de 2,54 centímetros, texto alinhado à esquerda;

Textos devem ser submetidos em extensão.doc ou.docx;

Tabelas e figuras (gráficos e imagens) devem constar no corpo de texto, mas necessariamente em formato editável;

As páginas não devem ser numeradas;

O título deve ter até 12 palavras, ser centralizado, em negrito e conter letras maiúsculas e minúsculas;

O título deve explicitar o(s) fenômeno(s) estudado(s) e a relação com o contexto de investigação;

O resumo deve corresponder ao desenvolvimento do texto e conter de 150 a 250 palavras, e de 3 a 5 palavras-chave em cada um dos resumos;

As referências e formas de citação devem seguir as Normas de Publicação da APA: American Psychological Association. (2010). Publication manual of the American Psychological Association (6th ed.). Washington, DC: Author);

Todos os endereços de páginas na Internet (URLs) incluídos no texto devem estar ativos e prontos para acesso imediato.

Autores e coautores que estejam com artigo em avaliação não podem submeter um novo até a decisão editorial.

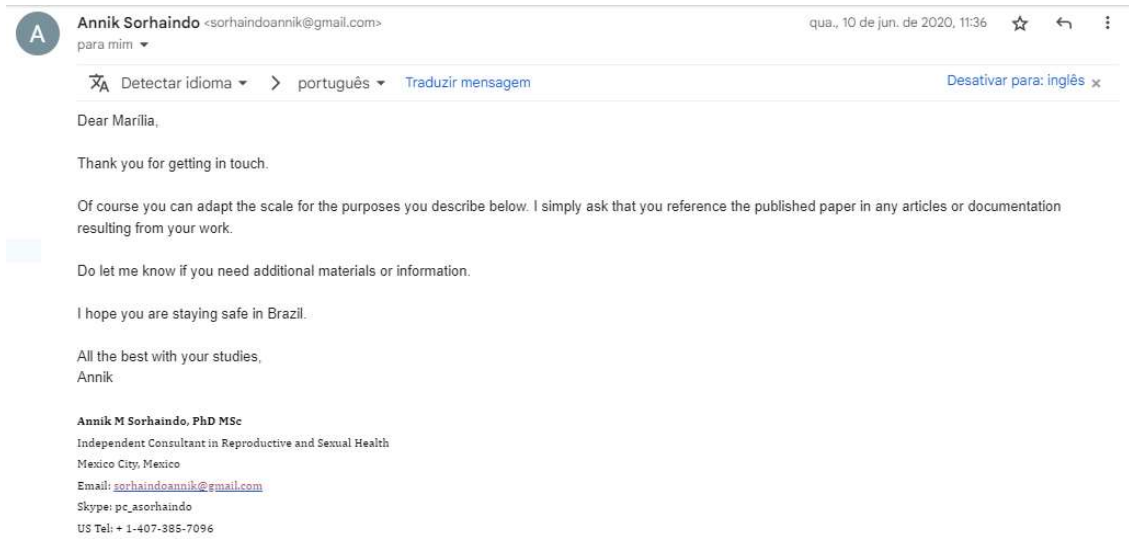
Etapas de avaliação

Os textos serão avaliados quanto a sua adequação às normas de submissão da Revista. Em havendo equívocos no processo de submissão as autoras e ou os autores serão notificados e o texto arquivado, ficando a critério das autoras e ou dos autores uma nova submissão;

Os textos aprovados na primeira etapa serão avaliados pela Comissão Editorial em relação a sua coerência com o escopo da revista. Para tanto, a comissão editorial poderá recorrer ao conselho consultivo. Em caso de dissonância o texto poderá ser arquivado e as autoras e ou os autores notificados.

Os textos aprovados nas etapas anteriores serão submetidos à avaliação de pareceristas ad hoc, omitida a identidade das autoras e ou dos autores. Após esta avaliação o texto poderá ser recusado, encaminhado para reformulações ou aceito para publicação. Em todos os casos as autoras e ou os autores serão notificados.

ANEXO C – E-mail de Anuência da Autora da Versão Original da CLASS



ANEXO D – Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS)

COMMUNITY-LEVEL ABORTION STIGMA SCALE (CLASS)¹

Escala de Estigma sobre el Aborto a Nivel Comunidad

Cómo (y con quién) debe usarse la escala?

Esta escala validada para medir el estigma a nivel comunidad puede ser utilizada para evaluar la efectividad de intervenciones que fueron diseñadas para reducir el estigma sobre el aborto, diseñar programas para fomentar actitudes favorables hacia el aborto, desarrollar mensajes para acciones de incidencia y, en investigación, examinar las consecuencias sociales del aborto – a nivel comunidad. A su vez, las sub-escalas pueden ser utilizadas para medir la preponderancia de dimensiones específicas del estigma sobre el aborto en ciertos contextos. Existen otras escalas para medir el estigma a nivel individual⁹ y el estigma entre prestadores de servicios de aborto¹⁰.

Dado que la escala fue diseñada y puesta a prueba en una población mexicana, es posible que los elementos deban ser piloteados para poder ser usados en otras poblaciones o en idiomas aparte del español.

La Escala CLASS

La siguiente encuesta deberá ser aplicada a personas de la población general.

Para la escala completa, se deberá usar la totalidad de los 23 elementos. Para medir una de las cuatro dimensiones, se pueden usar los elementos en cada dimensión de manera independiente del resto de la escala.

Guion de la encuesta para presentar la escala:

Me gustaría conocer tu opinión acerca de la interrupción del embarazo (o aborto). Qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con los siguientes enunciados?

Para mayor información, ponerse en contacto con: Annik Sorhaindo – sorhaindoannik@gmail.com

¹ Kumar A, Hessini L, Mitchell. (2009) Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11, 625-39

² Norris A, Bessett J, Steinberg M, Kavanaugh S, Zordo S, Becker D. (2011) Abortion stigma: A reconceptualization of constituents, causes and consequences. *Women's Health Issues*, 21:3, 49-51.

³ Amuchástegui A and Rivas M. (2002) Clandestine abortion in Mexico: A question of mental as well as physical health. *Reproductive Health Matters*, 10:19, 95-102.

⁴ Sorhaindo AM, Juárez-Ramírez C, Díaz Olavarrieta C, Aldaz E, Mejía Piñeros MC, García S (2014) Qualitative evidence on abortion stigma from Mexico City and five states in Mexico. *Women & Health*, 54:7, 622-640

⁵ Cockrill K, Upadhyay U, Turan J, and Foster D. (2012). The stigma of having an abortion: development of a scale and characteristics of women experiencing abortion stigma. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 45:2, 79-88

⁶ Ipas. (2013). The Stigmatizing Attitudes, Beliefs and Actions Scale (SABA).

⁷ McMurturie S, García S, Díaz Olavarrieta and G Fawcett. (2012) Public opinion about abortion-related stigma among Mexican Catholics and implications for unsafe abortion. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 106, 266-9.

⁸ Shellenberg K and Tsui A. (2012) Correlates of perceived and internalized stigma among abortion patients in the USA: An exploration by race and Hispanic ethnicity. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 118:2, 152-9.

⁹ Cockrill K, Upadhyay U, Turan J, and Foster D. (2012). The stigma of having an abortion: development of a scale and characteristics of women experiencing abortion stigma. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 45:2, 79-88

¹⁰ Martin LA, Debbink M, Hassinger J, Youatt E, Eagen-Torkko M and Harria LH. (2014) Measuring stigma among abortion providers: Assessing the Abortion Provider Stigma Instrument. *Women & Health*, 10.1080/03630242.2014.919981.

	TOTALMENTE DE ACUERDO	ALGO DE ACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
SECRECÍA					
1. Si usted (o su pareja) tuviera un aborto, lo mantendría en secreto.	5	4	3	2	1
2. Las mujeres que tienen un aborto no deben comentarlo con nadie.	5	4	3	2	1
3. Recurrir a un aborto debe mantenerse en secreto porque es personal.	5	4	3	2	1
4. Si una mujer tuviera un aborto, no debería decírselo a sus futuras parejas.	5	4	3	2	1
DISCRIMINACIÓN/ESTEREOTIPOS					
5. Las mujeres que tienen un aborto son tontas (estúpidas o idiotas o pendejas).	5	4	3	2	1
6. Las mujeres que tienen un aborto son mujeres fáciles que se acuestan con cualquiera.	5	4	3	2	1
7. Las mujeres que abortan son rechazadas.	5	4	3	2	1
8. Los hombres son rechazados por permitir que sus parejas aborten.	5	4	3	2	1
9. Las mujeres que tienen un aborto merecen ser rechazadas.	5	4	3	2	1
10. Las mujeres que abortan no merecen tener una familia.	5	4	3	2	1
11. Un hombre prefiere casarse con una mujer que nunca ha abortado.	5	4	3	2	1
12. Una mujer decente nunca abortaría.	5	4	3	2	1
13. Un aborto es motivo de vergüenza para la familia.	5	4	3	2	1
14. Una mujer siempre tiene la culpa de un embarazo no deseado.	5	4	3	2	1
15. Una mujer sin hijos es una mujer incompleta.	5	4	3	2	1
AUTONOMÍA					
16. Las mujeres con hijos que deciden abortar lo hacen para darles una mejor vida a los hijos que ya tienen.	1	2	3	4	5
17. Una mujer que aborta, está haciendo lo correcto para no echar a perder su vida.	1	2	3	4	5
18. Las mujeres que abortan porque consideran que no están listas para criar a un hijo son mujeres responsables.	1	2	3	4	5
19. Está bien que una mujer aborte sólo porque no quiere tener un hijo en este momento.	1	2	3	4	5
RELIGIÓN					
20. Las mujeres que abortan serán castigadas por Dios.	5	4	3	2	1
21. Las mujeres que abortan recibirán un castigo divino.	5	4	3	2	1
22. Las mujeres que abortan deben ir a la iglesia a pedir perdón por sus acciones.	5	4	3	2	1
23. Abortar más de una vez nunca es justificable.	5	4	3	2	1

ANEXO E – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adaptação e evidências de validade da versão brasileira da Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS) entre estudantes de graduação em áreas da saúde

Pesquisador: Lucia Marques Stenzel

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45121921.0.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa:

Data do Envio: 15/09/2022

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.700.575

Apresentação da Notificação:

Trata-se do envio do relatório final do projeto intitulado: Adaptação e evidências de validade da versão brasileira da Community-Level Abortion Stigma Scale (CLASS) entre estudantes de graduação em áreas da saúde.

Objetivo da Notificação:

Entrega de relatório final.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ATÉ O MOMENTO

1. Tradução do instrumento do idioma original para o português - Duas tradutoras, sendo uma psicóloga, participaram desta etapa fazendo a tradução e sugerindo pequenas adaptações de acordo com o contexto brasileiro.
2. Tradução reversa - As duas versões traduzidas passaram por tradução reversa por outros dois tradutores a fim de avaliar se as versões em português refletiam o conteúdo dos itens conforme propõe a versão original. Verificou-se bastante proximidade entre a retrotradução e a versão original.
3. Síntese das versões traduzidas - As versões traduzidas foram avaliadas item por item, verificando suas discrepâncias semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e contextuais. Esta etapa resultou em uma única versão traduzida.
4. Avaliação por experts - Três profissionais da psicologia, dois experts em avaliação psicológica e uma especialista na atenção psicológica a situações de abortamento, avaliaram a versão sintetizada na etapa anterior. Os participantes avaliaram aspectos tais como: estrutura, diagramação, layout, instruções do instrumento, abrangência e adequação das expressões contidas nos itens. Estes profissionais deram sugestões de pequenas alterações, as quais resultaram em uma nova versão do instrumento.
5. Avaliação da versão pelo público alvo - Três alunos de graduação em Psicologia e dois da graduação em Enfermagem avaliaram item a item do instrumento a fim de verificar se a questão estava clara e adequada. Também foi pedido que dessem sugestões caso percebessem alguma necessidade de alteração. Não foi preciso fazer nenhuma alteração no instrumento após essa etapa.
6. Estudo piloto - O convite para participação no estudo piloto foi divulgado entre o público-alvo até chegar ao número de 30 participantes.
7. Elaboração de emenda - A análise dos dados obtidos no estudo piloto mostraram a necessidade de algumas alterações no projeto, as quais estão melhor descritas no próximo campo deste documento. A emenda solicitando uma ampliação na população que responderia o instrumento foi aceita por este Comitê.
8. Nova divulgação do estudo - Após as alterações relativas à população, o instrumento vem sendo amplamente divulgado para possíveis participantes.
9. Encerramento da coleta - Após chegar a um número suficiente para a realização da Análise Fatorial Confirmatória, encerramos a divulgação do estudo.
10. Transposição dos dados obtidos para o SPSS - Os dados coletados pelo Google Forms

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

deram origem a uma planilha de Excel. Os dados dessa planilha foram codificados de modo que pudessem ser transpostos para o programa SPSS com o objetivo de proceder com as análises estatísticas.

11. Análise dos Dados (etapa atual/final) - O banco de dados está sendo analisado no programa SPSS a fim de verificar estatisticamente se foi possível alcançar os objetivos principais e específicos do estudo.

#RESULTADOS ENCONTRADOS ATÉ O MOMENTO#

A elaboração de uma versão sintetizada das traduções, bem como a versão após as sugestões dos experts, foi objeto de bastante discussão dentro do grupo de pesquisadoras. Isto porque existe uma diferença semântica importante no verbo “abortar” em espanhol e em português.

No primeiro idioma “abortar”, expresso somente com o verbo, está mais relacionado ao ato de interromper voluntariamente a gestação, enquanto o aborto espontâneo costuma ser demarcado com este adjetivo (“espontâneo”). Já em português, é comum que “abortar” venha precedido de um verbo auxiliar (“ter” ou “fazer”) que marca a diferença entre “espontâneo” e “induzido”. Para evitar que ficasse dubio, dado que o instrumento visa avaliar o estigma relacionado ao aborto induzido, optamos por sempre usar “fazer um aborto” nos itens.

No entanto, foi no estudo piloto que apareceram dificuldades maiores. Os participantes formaram uma amostra muito homogênea (a maioria mulheres, dos cursos de Enfermagem e Psicologia, de universidades públicas), o que dificulta uma análise real do público-alvo. Além disso, na análise dos dados obtidos foi possível verificar o efeito “chão” e “teto” em duas subescalas do instrumento (“Discriminação/Estereotipagem” e “Autonomia”), o que acarreta em um nível de consistência interna muito baixo e afeta profundamente a possibilidade de validação do instrumento. Não sabemos se esse efeito ocorreu devido às características da população na qual o instrumento foi aplicado ou se é um problema para a transposição do instrumento para o contexto brasileiro no geral. Frente a essa dificuldade, elaboramos uma emenda ao projeto.

Visto que o instrumento é originalmente validado na população mexicana em geral, solicitamos a liberação para a aplicação do instrumento em uma população de igual número à população inicial (estudantes de graduação em Enfermagem, Medicina e Psicologia), porém formada por quaisquer sujeitos da população brasileira (excetuando estudantes das áreas de Enfermagem, Medicina e Psicologia). Essa nova população permitiria a comparação entre os dois grupos e, conseqüentemente, uma melhor avaliação sobre a adequação do instrumento para o público-alvo deste estudo.

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 5.700.575

Após a aprovação da emenda e, consequentemente, a ampliação da população, foi possível obter uma amostra satisfatória para a realização da Análise Fatorial Confirmatória, procedimento que está sendo desenvolvido atualmente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Notificação apresentada em documento padronizado seguindo as instruções normativas.
- Relatório final encaminhado em documento próprio, padronizado, seguindo as instruções normativas, estando adequado para apreciação.

Recomendações:

- Recomenda-se a aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Estudo finalizado em 15/09/2022;
- Não houve nenhum fato durante este período de execução que indicasse a necessidade de alteração dos objetivos e nem em comprometimento ético;
- Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Final	Relatorio_Final.pdf	15/09/2022 07:16:49	Lucia Marques Stenzel	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 14 de Outubro de 2022

Assinado por:
Fernanda Bordignon Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br