



DENIS BARBOSA CACIQUE

**“DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO
MOSAICO DE OPINIÕES SOBRE O ABORTO INDUZIDO (MOSAI):
UM INSTRUMENTO PARA SE CONHECER AS OPINIÕES DE
PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A MORALIDADE DA
INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ”**

***“DEVELOPMENT AND CONTENT VALIDATION OF THE
‘MOSAIC OF OPINIONS ABOUT ABORTION’: AN INSTRUMENT TO
INVESTIGATE THE VIEWS OF HEALTH CARE PROFESSIONALS ABOUT
THE MORALITY OF ABORTION”***

**CAMPINAS
2012**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

DENIS BARBOSA CACIQUE

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO
MOSAICO DE OPINIÕES SOBRE O ABORTO INDUZIDO (MOSAI):
UM INSTRUMENTO PARA SE CONHECER AS OPINIÕES DE
PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE A MORALIDADE DA
INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ**

Orientador: Prof. Dr. Renato Passini Júnior

Coorientadora: Prof. Dra. Maria José Martins Duarte Osis

***DEVELOPMENT AND CONTENT VALIDATION OF THE
“MOSAIC OF OPINIONS ABOUT ABORTION”: AN INSTRUMENT TO
INVESTIGATE THE VIEWS OF HEALTH CARE PROFESSIONALS ABOUT
THE MORALITY OF ABORTION***

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Tocoginecologia da Faculdade de
Ciências Médicas da Unicamp para obtenção do
Título de Mestre em Ciências da Saúde, na área
de concentração em Saúde Materna e Perinatal.

*Dissertation submitted to the Programme of
Obstetrics and Gynecology of the Unicamp's
Faculdade de Ciências Médicas for obtaining
the title of Master in Health Sciences in the
concentration area of Maternal and Perinatal
Health.*

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida pelo aluno
Denis Barbosa Cacique, soborientação do Prof. Dr. Renato Passini Junior.

Orientador

CAMPINAS, 2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

C113d Cacique, Denis Barbosa, 1982 -
Desenvolvimento e validação de conteúdo do
Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido
(Mosai): um instrumento para se conhecer as
opiniões de profissionais da saúde sobre a
moralidade da interrupção voluntária da gravidez /
Denis Barbosa Cacique. -- Campinas, SP : [s.n.],
2012.

Orientador : Renato Passini Júnior.
Co-orientadora: Maria José Martins Duarte Osis.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual
de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Aborto. 2. Estudos de validação. 3.
Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. 4.
Profissional da saúde. 5. Ética. I. Passini Júnior,
Renato. II. Osis, Maria José Martins Duarte. III.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Development and content validation of the “Mosaic of Opinions About Abortion”: an instrument to investigate the views of health care professionals about the morality of abortion.

Palavra-chave em inglês:

Abortion

Validation studies

Healthcare providers, health knowledge, attitudes and practice

Health personnel

Ethics

Área de Concentração: Saúde Materna e Perinatal

Titulação: Mestre em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Renato Passini Júnior [Orientador]

Rivaldo Mendes de Albuquerque

Jose Guilherme Cecatti

Data da defesa: 11-07-2012

Programa de Pós-Graduação: Tocoginecologia

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluno: DENIS BARBOSA CACIQUE

Orientador: Prof. Dr. RENATO PASSINI JÚNIOR

Co-Orientador: Profa. Dra. MARIA JOSÉ MARTINS DUARTE OSIS

Membros:

1. Prof.(a) Dr.(a) Renato Passini Júnior

2. Prof.(a) Dr.(a) Rivaldo Mendes de Albuquerque

3. Prof.(a) Dr.(a) José Guilherme Gedatti

Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 11/07/2012

Epígrafe

“Parece, pois, que a Natureza indicou um gênero misto de vida como o mais apropriado à raça humana, e que ela secretamente advertiu aos homens de não permitirem a nenhuma destas tendências arrastá-los em demasia, de tal modo que os torne incapazes para outras ocupações e entretenimentos. Tolero vossa paixão pela ciência, diz ela, mas fazei com que vossa ciência seja humana de tal modo que possa ter uma relação direta com a ação e a sociedade. Proíbo-vos o pensamento abstruso e as pesquisas profundas; punir-vos-ei severamente pela melancolia que eles introduzem, pela incerteza sem fim na qual vos envolvem e pela fria recepção que vossos supostos descobrimentos encontrarão quando comunicados. Sede um filósofo, mas, no meio de toda vossa filosofia, sede sempre humano”

Dadid Hume (1711-1776)

Investigação Acerca do Entendimento Humano

Dedico este trabalho...

À minha família:

Danilo, Osvaldo e Vilma; Vilson e Júnior.

E aos meus amigos:

Rafael H., Rafael P., Bruno, Flávio, Dudu e Suellen.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Renato Passini Júnior e sua admirável disposição para orientar um estudante de uma área de difícil articulação com as Ciências Médicas, a Filosofia;

À Profa. Dra. Maria José Martins Duarte Osis, que orientou passo a passo todas as etapas da pesquisa;

Ao Prof. Dr. Roberto Romano da Silva, que muito gentilmente auxiliou a definir os pressupostos teóricos que embasariam todas as etapas da pesquisa;

Aos professores que participaram das disciplinas ministradas ao longo do curso: Dr. José Guilherme Cecatti, Dra. Sophie Françoise M. Derchain, Dra. Eliana M. Amaral, Dr. Egberto Ribeiro Turato, Dra. Maria Yolanda Makuch, Dra. Fernanda G. de Castro Surita, Dra. Mary A. Parpinelli, Dra. Maria Salete C. Gurgel, Dra. Lúcia Helena S. da Costa Paiva, Dr. Paulo César Giraldo e Dr. Luis Guillermo Bahamondes;

Aos sujeitos de pesquisa que, anonimamente, contribuíram para a validação de conteúdo do Mosai;

Aos membros da Comissão de Pesquisa do Dep. de Tocoginecologia/FCM/Unicamp; do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp; e do Laboratório de Pesquisas Clínico-Qualitativas do Dep. de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/Unicamp: que fizeram sugestões valiosas para a metodologia da pesquisa e do Mosai;

Aos amigos estatísticos: Rafael P. Maia, José Vilton Costa, Henrique C. Zozolotto, César Freitas, e, especialmente, Sirlei Siani Moraes: que se dispuseram a discutir as minúcias metodológicas da pesquisa;

Aos supervisores e diretores do Hospital da Mulher – Caism que apoiaram a continuidade dos meus estudos: Profa. Dra. Mary A. Parpinelli, Prof. Dr. Francisco Mezzacapa, Prof. Dr. Oswaldo da Rocha Grassiotto, Profa. Dra. Angela Maria Bacha e Gislaine A. Fonsechi Carvasan;

Finalmente, aos colegas de trabalho que me incentivaram a continuar com os estudos mesmo diante de eventuais dificuldades: Rogéria E. Malaquias, Darci Reynaldo Godoy, Clarice Almeida Rosa, Rosimeire A. M. Lopes, Alexandre Hermeni e Eustáquio Gomes.

Sumário

Epígrafe	v
Agradecimentos	vii
Sumário	viii
Símbolos, siglas e abreviaturas	x
Resumo	xi
Summary	xiii
1. Introdução.....	14
1.1. A dicotomia entre autonomia reprodutiva e direito à vida	14
1.2. A configuração legal do aborto no Brasil	15
1.3. A abordagem polemista do aborto e suas implicações.....	18
1.4. O papel dos profissionais da saúde no debate do aborto	21
1.5. <i>Defining Issues Test</i> : um possível modelo de instrumento de pesquisa	24
2. Objetivos	26
2.1. Objetivo geral	26
2.2. Objetivos específicos	26
3. Sujeitos e Métodos.....	27
3.1. Delineamento do estudo	27
3.2. Operacionalização da pesquisa.....	27
3.2.1. Revisão de literatura	28
3.2.2. Definição do formato do questionário	28
3.2.3. Escolha dos dilemas morais e redação das vinhetas	29
3.2.4. Seleção dos argumentos	31
3.2.5. Redação dos fragmentos de argumentos	42

3.2.6.	Validação de conteúdo	46
3.2.7.	Análise dos dados	47
4.	Resultados	48
4.1.	Publicação: Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011	49
4.2.	Publicação: Validação de conteúdo do Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido (Mosai)	81
5.	Discussão.....	98
6.	Referências	119
7.	Anexos	135
7.1.	Anexo 1: Amostra do Definig Issues Test (DIT) (em português).....	135
7.2.	Anexo 2: Carta de aprovação da Comissão de Pesquisa do Caism.....	137
7.3.	Anexo 3: Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	139
7.4.	Anexo 4: Material de campanha promovida pela Cepia	141
8.	Apêndice	142
8.1.	Apêndice 1: Primeira versão do Mosai.....	142
8.2.	Apêndice 2: Segunda versão do Mosai (pós validação de conteúdo).....	150
8.3.	Apêndice 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	158
8.4.	Apêndice 4: Guia para validação de conteúdo do Mosai	159

Símbolos, siglas e abreviaturas

Mosai	Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido
Caism	Hospital da Mulher – Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
DIT	<i>Defining Issues Test</i>
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
AE	Anticoncepção de Emergência
Febrasgo	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
STF	Supremo Tribunal Federal
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

Resumo

No Brasil, o observável crescimento no número de publicações de pesquisas, realizadas ao longo dos últimos anos, visando a conhecer as opiniões de profissionais da saúde sobre a moralidade do aborto não tem sido capaz de desvelar, ao mesmo tempo com abrangência e profundidade, não apenas as atitudes favoráveis ou contrárias ao direito ao aborto, mas também suas razões subjacentes. O objetivo desta pesquisa consistiu em se desenvolver e validar o conteúdo do Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido (Mosai), um questionário pelo qual se pretende conhecer com abrangência e profundidade as opiniões de profissionais da saúde sobre a moralidade do aborto. Sua primeira versão foi desenvolvida lançando-se mão da técnica de análise temática de conteúdo de livros, artigos, filmes, sites e jornais relatando casos de abortamento, bem como argumentando sobre sua prática. Inspirado no formato do instrumento *Defining Issues Test*, o Mosai apresenta seis dilemas morais relacionados à interrupção voluntária da gravidez, cujos desfechos devem ser escolhidos pelos respondentes e podem ser justificados mediante a classificação de 15 padrões de argumentos sobre a moralidade do aborto. A fim de validar seu conteúdo, o questionário foi submetido ao crivo de um painel de 12 especialistas, incluindo médicos, juristas, bioeticistas, sociólogos, enfermeiros e estatísticos, que emitiram notas e comentaram os critérios de clareza da redação, pertinência, adequação à amostra e adequação aos domínios. Ao incorporar algumas das críticas e sugestões recebidas nesse processo, espera-se que o Mosai apresente maior validade de conteúdo, habilitando-se para novas etapas de aperfeiçoamento até que possa ser aplicado amplamente entre profissionais da saúde com formações diversas.

Descritores: aborto; estudos de validação; conhecimentos, atitudes e prática em saúde; interrupção voluntária da gravidez; profissional da saúde; análise ética; ética.

Summary

There has been an observable increase in the number of research publications in Brazil aiming to investigate health care professionals' point of view over abortion morality in the past few years. However, such publications have failed to uncover the subjects' pro-life and pro-choice attitudes, as well as the reasons behind them. The objective of this research is to develop and validate the contents of "Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido" (Mosai), a questionnaire intended to investigate, with both breadth and depth, health care professionals point of view about abortion morality. Its first version has been developed based on the thematic content analysis of books, articles, movies, websites and newspapers reporting cases of abortion, as well as arguing about their practices. Inspired by the characteristics of the instrument "Defining Issues Test", Mosai presents six moral dilemmas related to the voluntary interruption of pregnancy. The questionnaire is intended to enable research subjects to define the outcomes of such dilemmas. The same subjects would then be able to justify such outcomes by means of the classification of 15 argument patterns about abortion morality. In order to validate the questionnaire, Mosai has been submitted to a scrutiny panel composed by 12 experts, which included doctors, lawyers, ethicists, sociologists, nurses and statisticians, who evaluated the criteria of clarity of writing, relevance, appropriateness to the sample and suitability to the domains. By incorporating some of the criticisms and suggestions received during this process, Mosai is expected to achieve good content validity, which would enable it to further enhancement steps and widely application among health care professionals with diverse backgrounds.

Key words: abortion; validation studies; healthcare providers; health Knowledge, attitudes and practice; ethical analysis; ethics.

1.Introdução

1.1. A dicotomia entre autonomia reprodutiva e direito à vida

As disputas em torno do direito e da moralidade do aborto são tradicionalmente descritas sob a forma da dicotomia entre, de um lado, a sacralidade ou inviolabilidade da vida e, de outro, a autonomia reprodutiva da mulher. Nesse antagonismo entre extremos, “o argumento principal dos defensores da legalização ou descriminalização do aborto é o respeito à autonomia reprodutiva da mulher e/ou do casal”, ao passo que seus oponentes “têm como nó a heteronomia, isto é, a ideia de que a vida humana é sagrada por princípio”, não devendo, portanto, ser violada (1).

A decisão da Suprema Corte dos Estados Unidos para o caso Roe contra Wade, em 1973, descriminalizando a interrupção voluntária da gravidez (IVG) em todo o país, teve papel determinante na constituição desse antagonismo. Enquanto ativistas feministas celebraram a decisão, seus adversários se sentiram enlutados, pois entendiam que a Suprema Corte havia legalizado uma forma de assassinato (2). Hoje, no entanto, quase meio século depois das décadas de 1960 e 1970, auges da segunda onda feminista e da revolução sexual, autores afirmam haver bem menos fundamentalismo em ambos os lados, muito embora ainda existam pessoas que se julguem “pró-vida” ou “pró-escolha” (3, 4), e as pesquisas sobre o movimento social do aborto continuem a enfatizar a tensão entre esses dois ativismos (5).

Tal dicotomia, portanto, embora ainda se faça presente, já não representa adequadamente a complexidade de argumentos que constituem o cenário atual das disputas em torno do aborto, mas tão somente o anacrônico esquema de uma de suas antigas formas. Atualmente, para alguns pesquisadores, sequer é correto se falar em uma atitude verdadeiramente pró-aborto, mas sim que todas as pessoas são, a princípio, contrárias à IVG, recorrendo a ela apenas em casos limites (6). Outros autores vão além, afirmando tratar-se de um falso dilema (este sobre ser ou não ser favorável ao aborto), dado que ter de abortar não é agradável a nenhuma mulher e, dentre as que precisam fazê-lo, nenhuma deseja que outras precisem vivenciar essa experiência (7).

1.2. A configuração legal do aborto no Brasil

Nos dias de hoje, para além do antagonismo entre sacralidade da vida e autonomia reprodutiva, sente-se uma crescente profusão de perspectivas sobre a moralidade do aborto e, apesar disso, o desentendimento persiste (8), fato que, no caso brasileiro, certamente contribui para a inércia das leis que regulam sua prática.

No Brasil, a lei que regulamenta a IVG está contida no Código Penal, sancionado há pouco mais de 70 anos, em dezembro de 1940 (9). O Código considera que provocar aborto é crime contra a vida, sendo passível de pena de detenção de um a dez anos tanto para a gestante que o tiver provocado ou consentido com sua prática, como também para o terceiro que, com ou sem o consentimento da mulher, o tiver realizado; o procedimento somente não é punido em situações em que não houver outro meio para se salvar a vida da mulher (aborto necessário), bem como naqueles casos em que a gravidez é

decorrente de violência sexual (aborto humanitário) (10-12). As interrupções realizadas por quaisquer outros motivos não encontram, ao menos a princípio e de forma explícita, respaldo ou escusa absoluta no Código Penal, configurando, desse modo, práticas criminosas, inclusive em situações de malformações fetais incompatíveis com a vida extrauterina, exceto se vida da gestante estiver em risco em virtude do problema (11), ou em situações de anencefalia fetal. Especificamente com relação a esse tipo de caso, embora não haja uma lei que regule claramente esse tema, em abril de 2012 os ministros do Supremo Tribunal Federal (STF) julgaram não ser criminosa a interrupção da gravidez quando o feto for anencéfalo. Essa decisão concluiu a ação movida pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde em 2004 (a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54), pela qual os juízes do STF foram solicitados a esclarecer se a IVG era ou não criminosa nesses casos, dada a lacuna legal sobre o assunto. Ao longo dos seus oito anos de tramitação, a votação da ADPF 54 foi adiada diversas vezes. Até a sua conclusão, as mulheres que optassem por interromper a gravidez em casos de anencefalia necessitavam solicitar ao Poder Judiciário uma autorização para fazê-lo. Estimava-se que 85% das gestantes optavam pela IVG em casos de anencefalia, das quais apenas 44% obtinham consentimento legal para fazê-la (13), pois o parecer definitivo permanecia à mercê da interpretação e das convicções morais dos juristas que apreciavam a solicitação. Eventualmente, o problema era a demora do judiciário para emitir uma decisão, prolongando a angústia da gestante ou do casal, que se sabiam à espera de um filho sem condições de vida extrauterina. Não raramente, chegava o dia do parto sem que ao menos o julgamento da solicitação tivesse ocorrido (14).

De qualquer modo, cabe ressaltar que a configuração legal do aborto na lei brasileira é coerente com as da maioria dos demais países em desenvolvimento, que tendem a apresentar leis restritivas ao procedimento, ao passo que os estados desenvolvidos exibem uma clara tendência pela sua liberação sob a simples demanda da mulher (15). Especificamente com relação aos países latino-americanos, “apesar de a maioria de seus governantes se proclamarem progressistas, apenas em um país o aborto está despenalizado, enquanto em cinco é crime mesmo se a gestação representar risco de [morte] para a mãe” (16). Em Cuba, o aborto foi descriminalizado até a 12ª semana já em 1965 (11). Atualmente, o país apresenta uma taxa de incidência de abortamentos inferior a 21 para cada mil mulheres em idade reprodutiva, o que o situa dez pontos abaixo da média regional (17). Já países como Chile, El Salvador, Nicarágua e República Dominicana criminalizam o aborto e não admitem nenhuma exceção ao procedimento, sequer para os casos de risco de morte para a gestante ou gravidez decorrente de violência sexual (17). Em Honduras, a situação é semelhante, com a importante diferença de que, por força de seu Código de Ética Médica, é possível realizar o procedimento para se salvar a vida da gestante (17). Em países como Argentina, Venezuela, Costa Rica, Peru e Paraguai, a lei permite a indução do aborto para se salvar a vida da mulher, com a diferença de que, na Argentina, também é facultativo fazê-lo se a mulher for considerada “idiota ou demente”, ao passo que, na Venezuela, pode-se realiza-lo a fim de se proteger “a honra” da mulher ou do homem (17). Países como Uruguai, Colômbia, Equador, Bolívia, México, Panamá e Guatemala apresentam uma legislação mais concessiva e permitem o aborto nos casos de risco de morte para a gestante, estupro e incesto; ressaltando-se o fato de o Uruguai também o admitir em casos de “angústia econômica”, ao passo que Colômbia, México e Panamá o permitem em casos de gestação de feto com malformações graves (17, 18). O México apresenta como

particularidade o fato de que, em seu Distrito Federal, foi legalizado o aborto até 12 semanas de gestação em 2007, mas 17 dos 32 Estados do país reagiram a essa mudança proibindo o procedimento em suas respectivas regiões (17, 19).

1.3. A abordagem polemista do aborto e suas implicações

Quem pode estar de pleno acordo com a atual configuração legal da IVG no Brasil e, sobretudo, com suas implicações para a vida em sociedade? Os mais conservadores têm de reconhecer sua ineficácia para a proteção das vidas de embriões e fetos ceifadas nos estimados mais de um milhão de abortamentos que se realizam anualmente no país (20). Em contrapartida, tais números referem-se, em grande parte dos casos, a interrupções inseguras, realizadas de forma clandestina, frequentemente sob graves penas físicas, emocionais e financeiras para as mulheres. Ou seja, a ineficácia da criminalização sequer pode ser interpretada como um saldo positivo da resistência feminina contra leis supostamente injustas.

No Brasil, para se dimensionar a incidência de abortamentos inseguros, tem-se empregado o método de pesquisa elaborado pelo Instituto Alan Guttmacher, que analisa uma série de dados hospitalares corrigidos por um fator proveniente de informações de pesquisas qualitativas (21). Isso porque, conforme ressalva Pagani, inexistem informações precisas sobre a incidência do aborto induzido no Brasil, haja à vista que a notificação oficial geralmente refere-se a óbitos maternos decorrentes de abortamentos, a internações por complicações decorrentes de interrupções inseguras, e a procedimentos clínicos pós-abortamento (22). Segundo estimativas do Instituto Alan Guttmacher, teriam ocorrido 2,07

abortamentos inseguros para cada 100 nascidos vivos no ano de 2005 (20). Em números absolutos, estima-se a ocorrência de pouco mais de um milhão de interrupções clandestinas no mesmo período.

Já a Pesquisa Nacional de Aborto, um levantamento por amostragem realizado nas regiões urbanas brasileiras, revelou que 15% das mulheres entre 18 e 39 anos já realizaram aborto alguma vez na vida, das quais, 48% usaram medicamento para abortar e 55% necessitaram de internação hospitalar em decorrência de complicações (23). As implicações dessa prática podem ser percebidas no SUS. Estudo divulgado pelo Ministério da Saúde sobre as internações hospitalares realizadas entre 2002 e 2006 identificou um número médio anual de 231 mil internações relacionadas a abortamentos (ou a suas complicações), dos quais menos de 1% haviam sido legais (24).

Quando a IVG é realizada de forma insegura, ou seja, por meio de pessoas sem o treinamento necessário e/ou em condições sanitárias inadequadas (25), a relação de riscos a que a mulher se submete inclui hemorragias, anemia, infecções, lesões traumáticas ou químicas dos órgãos genitais e pélvicos, além reações tóxicas a produtos ingeridos ou introduzidos pelo canal vaginal; todas essas complicações podem resultar em problemas ainda mais graves, como esterilidade, necessidade de remoção dos ovários, trompas ou útero, dor pélvica crônica e até mesmo óbito (26). Na década de 1990, no Brasil, o abortamento inseguro se manteve entre a terceira e a quarta causas de mortalidade materna em várias capitais (27). Já na primeira metade da década seguinte, ele ainda figurava como o terceiro maior responsável por óbitos maternos no país (28). De qualquer modo, em números absolutos, há de se ressaltar que houve uma significativa redução da mortalidade materna no país desde a década de 1990, inclusive em casos de abortamento. Segundo o

Ministério da Saúde, considerando o período entre os anos de 1990 e 2010, a mortalidade materna por abortamento apresentou uma redução de 81,9%, correspondendo, atualmente, à quinta causa mais frequente de óbito materno (29). Ao mesmo tempo em que o governo atribui essa queda à melhora no atendimento das gestantes pelo SUS, é oportuno lembrar que, ao longo das últimas duas décadas, a progressiva substituição dos métodos abortivos tradicionais pelo medicamento misoprostol tem contribuído para a diminuição da mortalidade materna associada ao abortamento inseguro (30). Sendo assim, há de se questionar se a observável queda nos índices de mortalidade materna permite inferir uma redução da incidência de abortamentos inseguros. Essa questão é importante porque o tema do aborto não deve ser analisado apenas enquanto problema de saúde pública. Embora, de fato, menos urgente, o aborto ainda seria um problema a ser debatido pela sociedade brasileira mesmo se não tivesse quaisquer implicações para a saúde pública. Trata-se, pois, ao que tudo indica, de uma prática relativamente comum, observável em torno de 15% das mulheres brasileiras em idade fértil e, ainda assim, criminosa (23).

É razoável, portanto, inferir que não há quem possa consentir com a atual situação legal da IVG no país. Ainda assim, no Brasil, tais leis permanecem inalteradas há mais de 70 anos. Um possível determinante dessa inércia é a ausência de debate. Parafraseando o professor Renato Janine Ribeiro, é curioso notar que, em nosso tempo, tão livre, em que até se pode falar contra a divindade, o debate tenha perdido vigor; temos muita histeria, mas pouca discussão de verdade (31). Para viverem como humanos, os homens e as mulheres precisam estabelecer determinados consensos, coordenar certas ações, coibir algumas práticas e elaborar expectativas e projetos coletivos, sem os quais, “como poderão coexistir pacificamente, preservar o lar comum e garantir um futuro para

todos?” (32). Naturalmente, não é possível alcançar tais consensos sem se debater publicamente aquilo que se pretende solucionar. A discussão livre de ideias — no congresso ou na televisão, num tribunal ou num jornal, nas universidades ou nas escolas — é uma das maiores conquistas da civilização. A discussão pública permite a correção mútua dos nossos erros e a tomada de melhores decisões: decisões que, de um ponto de vista imparcial, melhorem a vida dos cidadãos (33).

1.4. O papel dos profissionais da saúde no debate do aborto

Mas, afinal, quais pessoas deveriam participar desse debate? Naturalmente, os representantes do governo e a sociedade civil como um todo devem e podem fazê-lo (7). Dentre eles, porém, talvez seja preciso destacar os conhecimentos, atitudes e opiniões daquele conjunto de cidadãos que, em alguns casos, vivenciam diariamente a realidade do aborto: os profissionais da saúde (34). No contexto do cuidado à mulher em situação de abortamento, são eles que assistem pacientes com complicações de interrupções inseguras, e que induzem o aborto em casos previstos pela lei. Também serão eles a categoria profissional mais envolvida por um eventual abrandamento das restrições legais contra a IVG. No caso específico dos médicos, é oportuno lembrar que a proposta de reforma do Código Penal, em tramitação no Senado, prevê que essa categoria seja incumbida de diagnosticar não apenas os casos em que a gravidez põe em risco a vida da gestante, mas também aqueles em que esta não apresenta condições psicológicas para arcar com a maternidade (35).

Ao longo dos últimos anos, tem se verificado uma expressiva produção de pesquisas visando a conhecer a relação entre os profissionais da saúde e o aborto. Dentre esses estudos, os que se utilizaram de métodos qualitativos são, naturalmente, os que mais se aproximaram do objetivo de produzir conhecimento aprofundado a respeito das vivências e significados que os profissionais da saúde atribuem ao aborto. Com efeito, afirma-se que, quando os objetivos pretendidos pelo pesquisador pedem um trabalho investigativo do tipo qualitativo, então ele deve escutar o suficiente sobre a fala do entrevistado acerca dos sentimentos, ideias e comportamentos, para, a partir do material coletado, buscar compreender quais sentidos e significações aqueles fenômenos referidos ganham em especial para os sujeitos do estudo (36). A pesquisa qualitativa, portanto, visa e propicia um conhecimento aprofundado sobre aquilo que se investiga. No entanto, justamente por isso, a abrangência de tais estudos é sabidamente limitada: *“dado que el análisis es a profundidad, solamente son estudiadas unas pocas situaciones individuales, aunque muchas variables contextuales son consideradas”* (37).

Por sua vez, as pesquisas de abordagem quantitativa, embora demonstrem maior êxito na verificação da distribuição de opiniões sobre a moralidade do aborto em populações (por exemplo, entre médicos associados à Febrasgo), produzem essa abrangência à custa de uma profundidade rasa nos dados. Geralmente, pesquisas quantitativas – aplicadas, por exemplo, por meio eletrônico e alcançando, frequentemente, centenas de profissionais – revelavam pouco sobre as razões pelas quais os sujeitos eleitos para o estudo se posicionam favorável ou contrariamente ao direito ao aborto. Por exemplo, uma pesquisa com abordagem quantitativa verificou que 40% dos médicos participantes ajudariam uma cliente que lhes solicitasse ajuda para abortar num caso de gravidez

indesejada, mas menos de 2% faria o procedimento; assim, a ajuda consistiria, principalmente, em se encaminhar a paciente a um médico (a) de confiança e/ou ensiná-la a usar o misoprostol (38). Segundo o mesmo estudo, em caso de familiar próximo com gravidez indesejada, a porcentagem de médicos que as ajudaria subiu para quase 48%, mas apenas pouco mais de 2% faria o aborto nessas circunstâncias. Esses dados são reveladores da complexa relação entre o profissional da saúde e o aborto induzido e poderiam sê-lo ainda mais caso apresentassem justificativas para atitudes tão contraditórias. Ou seja, por que é aceitável orientar uma paciente a interromper a gravidez em segurança, mas não é interrompê-la pessoalmente? Existe uma diferença ética e legal entre as duas ações? O que os profissionais da saúde teriam a dizer sobre elas?

No Brasil, ainda inexistem publicações de pesquisas empíricas com respostas aprofundadas e, ao mesmo tempo, abrangentes, para esse tipo de questão. Os dados mais abrangentes com relação às opiniões sobre o aborto apresentam rasa profundidade, ao passo que os dados mais aprofundados limitam-se a ambientes ou amostras bastante específicas (geralmente hospitais que realizam a interrupção legal da gravidez). A abordagem necessária para se preencher essa lacuna deveria empregar um instrumento de pesquisa que pudesse ser utilizado de modo abrangente, de forma autorrespondível e viável de ser aplicado eletronicamente ou pelos correios. Tal instrumento deveria possibilitar o conhecimento de opiniões quanto à rejeição ou à aceitabilidade do direito ao aborto, sem, no entanto, desprezar a investigação das razões subjacentes a essas opiniões. Pois, conforme defende Chaloner, há pouco sentido em se dizer que o aborto - ou qualquer outro tema controverso - seja moralmente correto ou incorreto se, ao fazê-lo, não forem apresentados os critérios com base nos quais essas perspectivas são defendidas (39).

Entretanto, o objetivo de se investigar empiricamente e de forma, ao mesmo tempo, abrangente e aprofundada as opiniões de profissionais da saúde sobre a moralidade do aborto impõe alguns desafios. O critério da abrangência demanda a elaboração de um instrumento de coleta de dados claro, sucinto e objetivo, composto por questões fechadas, passivo de ser autoaplicado e, portanto, viável ser utilizado em grandes amostras. Por sua vez, o critério da profundidade exige que o instrumento permita a emergência dos significados implícitos nas opiniões dos sujeitos a serem consultados. Ou seja, não é suficiente saber em que medida (proporção, números, porcentagens, etc.) os sujeitos são favoráveis ou contrários ao direito do aborto. Além dessa questão quantitativa de superfície, é preciso investigar seus fundamentos, suas razões implícitas, isto é, os porquês de as pessoas se posicionarem de determinada maneira com relação a esse direito. Mas como fazê-lo?

1.5. *Defining Issues Test*: um possível modelo de instrumento de pesquisa

Um campo de conhecimento que frequentemente precisa lidar com esse tipo de desafio é o da psicologia do desenvolvimento, que, em linhas gerais, estuda as mudanças cognitivas, linguísticas e comportamentais (dentre outras) relacionadas ao avanço da idade durante a vida humana (40). Nesse campo, um exemplo de notável sucesso é a investigação do desenvolvimento moral por meio de questionários fechados. Dentre eles, o chamado *Defining Issues Test* (DIT) (Anexo 1), desenvolvido por James Rest, é um dos mais utilizados por pesquisadores do mundo todo.

Desenvolvido no final da década de 1970 e aperfeiçoado constantemente desde então, esse questionário permite avaliar o desenvolvimento moral ao longo da vida (41, 42).

Embora seu referencial teórico e conteúdos não sejam inovadores, posto que se baseiem largamente nas contribuições de Jean Piaget (43) e Lawrence Kohlberg (44) para esse ramo da psicologia, o formato do DIT, que foi traduzido para o português por Shimizu (45), possibilitou uma considerável ampliação dos tamanhos amostrais utilizados nessas pesquisas, sem, no entanto, que isso implicasse num aumento inadmissível da carga de trabalho para a análise do material coletado, nem tampouco num prejuízo demasiado na profundidade dos dados. Para que isso fosse possível, a elaboração do DIT adotou como ponto de partida a categorização do amplo conjunto de dados qualitativos produzidos por Piaget e Kohlberg nas décadas anteriores. O resultado desse trabalho foi a confecção de um questionário que apresentava uma série de dilemas morais sobre situações genéricas, para as quais os respondentes deveriam escolher um desfecho (dentre as opções apresentadas). Para justificar sua decisão, o sujeito tinha de classificar (por meio de uma escala tipo *Likert*) uma série de frases que acompanhava cada um dos dilemas. É importante ressaltar que essas frases não eram inteiramente inéditas, pois foram elaboradas a partir das entrevistas que haviam sido realizadas por Piaget e Kohlberg anteriormente.

Tendo sido inspirado nas características formais do DIT, o Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido (Mosai) foi desenvolvido com vistas a atender à demanda por uma investigação empírica e, ao mesmo tempo, abrangente e aprofundada, das opiniões de profissionais da saúde sobre a moralidade do aborto.

2.Objetivos

2.1. Objetivo geral

- Desenvolver e validar o conteúdo de um questionário para se conhecer as opiniões de profissionais da saúde sobre a moralidade do aborto: o Mosai.

2.2. Objetivos específicos

- Desenvolver uma revisão de literatura de pesquisas empíricas sobre opiniões, conhecimentos e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido;
- Identificar em artigos, livros, revistas, filmes e páginas da internet dilemas morais envolvendo pessoas que estejam considerando a possibilidade de abortar;
- Identificar em artigos, livros, revistas, filmes e páginas da internet padrões de argumentos favoráveis e contrários ao direito ao aborto;
- Elaborar vinhetas (dilemas morais inspirados em casos reais) relacionadas à interrupção voluntária da gravidez;
- Elaborar conjuntos de fragmentos de argumentos para cada uma das vinhetas;
- Submeter a primeira versão do questionário ao crivo de um painel de especialistas a fim de validar seu conteúdo;
- Analisar e incorporar no Mosai as críticas e sugestões pertinentes erigidas pelos especialistas consultados.

3. Sujeitos e Métodos

3.1. Delineamento do estudo

O presente trabalho consistiu numa pesquisa metodológica, definida como aquela que visa à elaboração de instrumentos de captação ou de manipulação da realidade e que está, portanto, voltada aos caminhos, formas, técnicas, ideologias, paradigmas, maneiras e procedimentos utilizados na produção científica do saber (46-49). O desenvolvimento da pesquisa empregou a abordagem mista dos dados, também referida como “ênfoque misto” ou “abordagem quanti-qualitativa”. Trata-se de um processo de coleta, análise e associação de dados quantitativos e qualitativos para se tratar de um problema (ou de um conjunto de problemas distintos) dentro de um determinado estudo. Para isso, são utilizados métodos de ambas as abordagens, havendo, ainda, a possibilidade de se converter dados quantitativos em qualitativos e vice-versa (50).

3.2. Operacionalização da pesquisa

O desenvolvimento da pesquisa ocorreu ao longo de sete etapas: 1) Revisão de literatura de artigos científicos relatando pesquisas empíricas sobre opiniões, conhecimentos e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido; 2) Definição do formato do questionário que desenvolveríamos; 3) Escolha dos dilemas morais e redação das vinhetas; 4) Seleção dos argumentos; 5) Redação dos fragmentos de argumentos; 6) Validação de conteúdo; e 7) Análise dos dados.

3.2.1. Revisão de literatura

O desenvolvimento do Mosai foi precedido por uma revisão de literatura de artigos científicos relatando pesquisas empíricas sobre opiniões, conhecimentos e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido. Com essa medida, pretendíamos avaliar as características metodológicas dos instrumentos de pesquisa atualmente utilizados no país para a investigação desse tema, os resultados produzidos e as eventuais lacunas existentes. Os métodos e resultados desse processo estão descritos no manuscrito “Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011”, inserido no capítulo de resultados desta dissertação.

3.2.2. Definição do formato do questionário

O Mosai foi desenvolvido com vistas a possibilitar uma investigação empírica, ao mesmo tempo, abrangente e aprofundada sobre as opiniões de profissionais da saúde a respeito do direito ao aborto. Assumindo essa premissa, definimos que o questionário seria elaborado com um formato semelhante ao do DIT, desenvolvido por James Rest (41, 42). Ou seja, seria elaborada uma breve série de dilemas morais concernentes exclusivamente ao tema do aborto induzido, para os quais os sujeitos de futuras pesquisas teriam de escolher um determinado desfecho (dentre algumas possibilidades apresentadas). A seguir, seria necessário justificar esse desfecho a partir da classificação (via escala tipo *Likert*) de uma sequência de frases referentes ao dilema.

3.2.3. Escolha dos dilemas morais e redação das vinhetas

Uma vez definido o formato do questionário, a etapa seguinte veio a ser a seleção de seu conteúdo. Em primeiro lugar, era necessário identificar os dilemas morais que iriam compor o Mosai. Dilemas morais são circunstâncias em que obrigações morais demandam (ou parecem demandar) que uma pessoa realize duas ou mais ações, as quais, no entanto, são mutuamente excludentes (51). No caso do aborto, um dilema possível é a contraposição entre, de um lado, a obrigação de se salvar a vida de uma gestante cuja gravidez a coloque sob-risco de morte, e, de outro, o dever de se salvar a vida do feto ou embrião dessa mesma gestação.

A eleição dos dilemas que seriam abordados no Mosai pautou-se na classificação dos tipos de demandas por abortamento de acordo com a nomenclatura médica oficial: eugênica, terapêutica, seletiva e voluntária (1). A primeira delas corresponde às práticas racistas, sexistas e de discriminação cultural (ou étnica). Por isso, o abortamento eugênico é comumente simbolizado pela medicina nazista, que teria forçado diversas mulheres judias, ciganas ou negras a abortarem (1). A interrupção terapêutica se dá com o objetivo de preservar a vida ou a saúde da mãe, que, de algum modo, é ameaçada pela gestação. Trata-se de uma prática cada vez mais rara nos dias de hoje, dados os avanços científico e tecnológico na medicina atual (1). As interrupções seletivas ocorrem em casos em que o feto é incompatível com a vida extrauterina em virtude de malformações. É o caso, por exemplo, da anencefalia (1). Outros exemplos são certas doenças renais e displasias esqueléticas, além de algumas trissomias (52). Finalmente, a

interrupção voluntária é realizada em nome da autonomia reprodutiva da mulher ou do casal, seja em casos de violência sexual, seja naqueles de relação sexual consentida, mas com gravidez indesejada (1).

Uma vez definidos os tipos de demanda por abortamento, a etapa seguinte foi a busca de casos reais que pudessem pautar a redação dos dilemas morais, doravante denominados “vinhetas”. Vinhetas são descrições, geralmente narrativas, curtas e compactas de uma situação (real ou fictícia), concebidas de modo a eliciar informações sobre as percepções, opiniões ou conhecimentos dos respondentes sobre algum fenômeno que se pretende estudar; para isso, após a apresentação da vinheta, solicita-se aos respondentes para se posicionarem frente à situação que lhes foi apresentada (53). No caso do Mosai, a seleção dos casos que inspiraram a redação das vinhetas se deu com base no conhecimento prévio dos autores de filmes, artigos, notícias, páginas da internet e revistas que relatassem situações dilemáticas de abortamento. Inspiradas nessas fontes, foram redigidas, inicialmente, sete vinhetas (Apêndice 1). Após a validação de conteúdo, elas foram reduzidas a seis (Apêndice 2). Os títulos originais, tipo de demanda segundo a nomenclatura médica oficial, temas abordados e fontes utilizadas em cada uma dessas vinhetas estão resumidas no Quadro 1.

Quadro 1: Temas abordados por vinheta

Título	Nomenclatura	Tema	Fonte
Jussara	Seletiva	Feto anencéfalo	“O aborto dos outros” (54)
Turmalina	Eugênica	Feto apresentando a Síndrome de Down	“Síndrome de Down: sentimentos vivenciados pelos pais frente ao diagnóstico” (55)
Graziane	Terapêutica	Síndrome de Eisenmenger na gravidez	Baseado em notícia publicada no Jornal de Londrina (56) e em dados de artigo científico (57)
Ângela	*	Anticoncepção de emergência	“Anticoncepção de emergência no Brasil: facilitadores e barreiras” (58)
Marina	Voluntária	Violência sexual	“Histórias de mulheres em situação de violência e aborto previsto em lei” (59)
Rita	Voluntária	Aborto social ou econômico	“Aborto Inseguro: prevenção e redução de riscos e danos” (60)
Mara	Voluntária	Violência sexual	Inspirado em casos relatados por um médico

Nota: * Note-se que a vinheta ‘Ângela’ não possui uma nomenclatura médica oficial, pois a AE tende a ser considerada, no meio médico e científico, um método contraceptivo sem implicações abortivas, muito embora esse ponto não seja, de fato, consensual, conforme discutimos na etapa de validação de conteúdo.

3.2.4. Seleção dos argumentos

Uma vez escolhidos os dilemas morais e redigidas suas respectivas vinhetas, procedeu-se à triagem dos argumentos que viriam a ser introduzidos no Mosai. A seleção desses argumentos ocorreu mediante uma busca não sistemática de artigos, livros, páginas da internet, revistas, jornais e filmes que apresentassem, com variados graus de sofisticação lógica, opiniões e argumentos sobre a moralidade do aborto. Essa etapa exigiu a adoção de um estado constante de alerta por parte dos pesquisadores, uma vez que a emergência de argumentos e opiniões poderia ocorrer a qualquer momento, como, por exemplo, numa conversa informal com colegas profissionais da saúde, ou então na leitura de uma revista de

variedades. Grande parte das pessoas tem uma perspectiva sobre o aborto. De fato, nem sempre essas perspectivas se traduzem num posicionamento claro quanto a qual deva ser a configuração jurídica ideal em torno da interrupção voluntária da gravidez. Mas isso de modo algum denota uma completa falta de opinião sobre o tema. Antes, tal hesitação frequentemente revela uma atitude de prudência frente à enormidade de slogans e soluções mágicas para a complexa questão do aborto e sua regulação na esfera pública.

À medida que os autores mantinham-se exaustivamente atentos a esse amplo conjunto de enunciados formais e informais e se impregnavam dele, pôde-se notar a emersão recorrente de certos temas no debate em torno do aborto. Ressalte-se que a noção de tema possui, aqui, um sentido técnico: trata-se, segundo Minayo, de uma afirmação a respeito de determinado assunto, a qual comporta um feixe de relações e pode ser graficamente representada mediante uma palavra, frase ou resumo (61). Em nossa pesquisa, esse contato exaustivo com os enunciados sobre o aborto perdurou por, aproximadamente, meio ano. Ao longo desse período, o material bruto foi paulatinamente categorizado segundo os critérios de diferenciação, repetição e relevância dos elementos constitutivos do conteúdo analisado (36).

Ao cabo dessa etapa, haviam sido categorizados 14 padrões de argumentos. Entre os de orientação favorável ao direito ao aborto (Quadro 2), constam os seguintes: feminismo clássico; utilitarismo de escopo social; apelo emotivo; estatuto moral; argumento político; utilitarismo de escopo individual; e direitos sexuais e reprodutivos. Já entre os de orientação contrária (Quadro 3), identificam-se os seguintes: feminismo pró-vida (“pro-life”); utilitarismo de escopo social; apelo emotivo; estatuto moral; argumento político; consentimento tácito e responsabilidade; e utilitarismo de escopo individual. A

seguir, os elementos essenciais de cada um desses argumentos são descritos de modo mais minucioso. Por uma questão didática, os padrões foram divididos em dois blocos, sendo o primeiro para argumentos favoráveis ao direito ao aborto e o segundo para os contrários.

Quadro 2: Argumentos favoráveis ao aborto e respectivas ideias centrais

Argumento	Ideias centrais
Feminismo clássico	Defesa da autonomia sobre o próprio corpo; Crítica às éticas tradicionais; Crítica ao papel tradicional da mulher na sociedade.
Utilitarismo de escopo social	Ênfase sobre os custos econômicos para o SUS do tratamento de complicações de abortamentos; A implicação de injustiças sociais pela criminalização; Ineficácia da criminalização; Manutenção da indústria do aborto.
Apelo emotivo	Ênfase exagerada e com forte apelo emocional sobre aspectos negativos da manutenção da gravidez, ou sobre as razões para se fazê-lo.
Estatuto moral	Argumentação filosófica em torno dos critérios para se definir uma pessoa, incluindo o raciocínio gradualista; Contestação da sacralidade da vida.
Argumento político	Crítica às leis que violam o princípio jurídico da laicidade.
Utilitarismo de escopo individual	Ênfase sobre os eventuais benefícios (ou evitamento de prejuízos) para a mulher, o casal, os profissionais da saúde ou o próprio feto envolvidos num caso de IVG.
Direitos sexuais e reprodutivos	Baseia-se na noção de “direito à saúde”, entendendo-se que o acesso ao abortamento legal e seguro sob a demanda da mulher é condição de possibilidade para a conquista desse direito.

Feminismo clássico: esse argumento pode ser representado pelo lema “nossos corpos nos pertencem”, cunhado pelas feministas norte-americanas e europeias que, nos anos de 1970, protagonizaram o movimento social favorável à descriminalização da IVG em países como Estados Unidos, França e Inglaterra (62).

Utilitarismo de escopo social: são enfatizados os problemas sociais relacionados à criminalização da IVG, em especial a mortalidade materna e os danos à

saúde decorrentes de abortamentos inseguros (25, 60, 63-72); os custos econômicos inerentes ao tratamento hospitalar dessas complicações pelo SUS (7, 19, 73-76); a ineficácia da criminalização (77-79); bem como a manutenção da chamada “indústria do aborto clandestino” e o comércio ilegal do misoprostol e da ocitocina (80-82). De fato, geralmente, nos discursos das pessoas favoráveis à descriminalização, tais críticas aparecem agrupadas sob a noção de “aborto como problema de saúde pública”. Porém, ao invés de utilizarmos essa expressão, denominamos esse argumento de “utilitarismo de escopo social”, por entendermos que sua lógica fundamental é utilitarista, no sentido de que “seres menos conscientes podem, em certas situações, ser sacrificados, seja para reduzir o montante geral de dor, seja para produzir benefícios maiores” (83).

Apelo emotivo: apresenta uma defesa do direito à IVG mediante discursos sensacionalistas e frases carregadas de adjetivos, seja para depreciar o estatuto moral do nascituro, seja para enfatizar as consequências negativas da criminalização. Trata-se de uma forma de manipular a opinião do interlocutor evitando-se uma discussão racional sobre o tema. Segundo Murcho, “uma discussão racional apela à inteligência do interlocutor e é frontal”, ao passo que “a manipulação procura furtar-se à inteligência do interlocutor, procurando fazê-lo aceitar o que ele não aceitaria se lhe fosse dada oportunidade para refletir cuidadosamente” (33). Na prática, a manipulação se dá por meio do uso de sofismas, ameaças e outros dispositivos psicológicos mais sutis, que apelam à emoção do interlocutor. No debate do aborto, tal recurso pode ser notado em frases como a de Cezar Roberto Bitencourt, citado por Freire (14), “a mulher não deve ser condenada a abrigar dentro de si um tormento que aniquila, brutaliza, desumaniza e destrói emocional e psicologicamente”; ou na de Dawkins, segundo o qual “um determinado tipo de cabeça

religiosa não consegue enxergar a diferença moral entre matar um agrupamento microscópico de células (...) e matar um médico totalmente crescido” (84); ou nas considerações de Warren, que afirma que a indução de um aborto é moralmente equivalente a se cortar o cabelo e que, ainda que o nascituro fosse capaz de sentir dor, ele não teria mais direito à vida do que um peixe ornamental (85); finalmente, outro exemplo é a metáfora de uma das personagens do documentário “O fim do silêncio”, que diz “tira essa mosquinha logo”, referindo-se ao nascituro (86). Não raramente, o apelo às emoções se dá mediante a utilização de imagens sensacionalistas, caso, por exemplo, da campanha promovida pela organização Cidadania, Estudo, Pesquisa e Ação (Cepia) em 2009, divulgando um cartaz com a imagem de um parto sendo realizado com médicos e gestante vestidos de preto, com a seguinte frase estampada: “Quando o parto é de um anencéfalo o resultado não é uma certidão de nascimento. É um atestado de óbito.” (Anexo 4).

Estatuto moral: remete às discussões, geralmente de caráter metafísico, quanto ao estatuto moral do nascituro e argumenta contra a ideia de que ele deva ser considerado uma pessoa. Nesse caso, “pessoa” é um adjetivo, um valor, um conceito diferente do de “ser humano”. O que está em questão nesse tipo de discussão é o valor moral de um nascituro: será que ele pode ser considerado uma pessoa? O valor de uma pessoa é o que determina o tipo de tratamento que lhe é adequado; de tal modo que, por exemplo, se algo é uma pessoa, então seria incorreto matá-lo, ao passo que, se ele perdesse as qualidades que definem uma pessoa, então não seria mais errado fazê-lo (87). Um exemplo de utilização desse domínio é a afirmação do ministro Carlos Ayres Britto quando da revogação, em 2004, da liminar que permitia a IVG em caso de fetos apresentando malformações

incompatíveis com a vida extrauterina: “o que se tem no ventre materno é algo, mas algo que jamais será alguém” (88).

Argumento político: inspirado no liberalismo de John Stuart Mill, esse argumento visa a garantir que o Estado não limite a autonomia reprodutiva dos indivíduos com base em concepções religiosas ou moralistas. Para Mill, “*the only purpose for which power can be rightfully exercised over any member of a civilized community, against his will, is to prevent harm to others*” (89). Os debatedores que se valem do liberalismo de Mill pressupõem, geralmente de forma implícita, que a IVG afeta tão somente a própria pessoa que o realiza, ou seja, a mulher e seu companheiro.

Utilitarismo de escopo individual: enfatiza os possíveis prejuízos pessoais decorrentes da manutenção da gravidez para a mulher, seu companheiro e até mesmo o próprio nascituro, que, em situações muito específicas, poderia vir a sofrer caso a gravidez fosse mantida. Um exemplo é o documentário “Uma história Severina” (88), que narra a história real de uma mulher que teve a vida alterada pelos ministros do STF. Grávida de um feto anencéfalo, ela estava internada em um hospital do Recife em 20 de outubro de 2004 para interromper a gravidez. No entanto, nesta mesma data, os ministros derrubaram a liminar que permitia a IVG em casos como o de fetos apresentando malformações incompatíveis com a vida extrauterina. O documentário enfatiza o sofrimento de Severina e seu companheiro, que tiveram de manter a gravidez até o final, mesmo sem perspectivas de vida extrauterina para o nascituro.

Direitos sexuais e reprodutivos: o conceito dos direitos humanos sexuais e reprodutivos foi proposto por movimentos predominantemente feministas, de tal modo que,

no início, ainda nos anos de 1980, baseava-se, de fato, no lema “o nosso corpo nos pertence”; mas, com o tempo, passou a basear-se na noção de “direito à saúde”, sobretudo nos países da África e América Latina (90). Esse argumento visa ao reconhecimento do direito básico de todo cidadão a decidir livre e responsavelmente o número de filhos e o intervalo entre eles e a dispor da informação e dos meios necessários para o exercício dessa autonomia, sem que, para isso, sofra discriminação, coação ou violência. Ressalvamos que esse argumento não constava da primeira versão do Mosai (Apêndice 1), tendo sido acrescentado somente após a etapa de validação de conteúdo (Apêndice 2).

A seguir, apresentamos os padrões de argumentos contrários ao direito à IVG:

Quadro 3: Argumentos contrários ao aborto e respectivas ideias centrais

Argumento	Ideias centrais
Ética feminista	Defesa de um suposto feminismo autêntico; Argumento de que as mulheres abortam pela falta de amparo social; Argumento de que a IVG seria um abuso de poder contra o feto análogo ao do homem contra a mulher; Argumento de que a IVG reforça a visão da mulher como objeto sexual.
Utilitarismo de escopo social	Uso de argumentos do tipo “ladeira escorregadia” e referência à chamada “cultura da morte”; Argumento de que a descriminalização levaria a um aumento da promiscuidade, seguido de mais abortamentos e da sobrecarga do SUS.
Apelo emotivo	Ênfase exagerada e com forte apelo emocional sobre aspectos negativos da IVG, ou sobre as razões para se fazê-lo; Referência ao nascituro mediante termos como “bebê”, “criança” e “pessoa”, independentemente do estágio de desenvolvimento.
Estatuto moral	Afirmação da sacralidade ou inviolabilidade da vida humana; Referência ao argumento da potencialidade e ao princípio da reciprocidade.
Argumento político	Argumento de que é dever do Estado proteger a vida humana, conforme consta na Constituição e em determinados acordos firmados internacionalmente.
Consentimento tácito	Argumento de que, num ato sexual consentido, o casal aceita, tacitamente, o risco de que a relação resulte numa gravidez; Afirmação da inocência do feto mesmo em casos de gestação decorrente de violência sexual ou risco de vida para a gestante.
Utilitarismo de escopo individual	Ênfase sobre os eventuais benefícios (ou evitamento de prejuízos) para a mulher, o casal, os profissionais da saúde e o feto caso a gestação seja mantida.

Feminismo “pro-life”: procura desvelar uma natureza feminina supostamente autêntica, segundo a qual, a maternidade, quando negada, ressonaria o discurso machista sobre a mulher, frequentemente afirmada como mero objeto sexual (91). Essa perspectiva também considera que a famigerada liberdade de escolha das mulheres pode encerrar, na verdade, uma gritante falta de liberdade. A mulher que aborta é objeto das mais diversas pressões sociais e familiares. Disso resulta que, em muitos casos, o abortamento não é, como se costuma dizer, um “ato de liberdade” e sim o contrário, dado que não há alternativa para a mulher senão a interrupção. Tal questão é abordada de maneira muito clara por da Cunha, que questiona se, num cenário de maior permissibilidade legal e moral para a IVG, não seriam as mulheres “ainda mais pressionadas para a prática do aborto – pelo namorado ou companheiro que não se quer responsabilizar pela criança, por vezes pelos pais da jovem que também não estão dispostos a apoiá-la (ou querem ocultar a desonra)”, ou, ainda, “pelo próprio patrão, para quem mais uma trabalhadora grávida implica custos?” (92). Por tudo isso, a autora questiona se, ao invés de, como se supõe, endossar sua autonomia reprodutiva, a liberalização do aborto não tornaria a mulher ainda mais vulnerável a tais pressões sociais. De fato, conforme reconhece Boonin, é surpreendente para a maioria das pessoas a existência de tal corrente, que se autointitula “feminista”, mas se opõe ao direito ao abortamento (93). Ainda segundo o autor, a perspectiva feminista “pro-life” geralmente assume como princípio as noções de atenção e cuidado (na linha da chamada “ética do cuidado”, avançada por Carol Gilligan (94)), de tal modo que a IVG violaria tais valores (93).

Utilitarismo de escopo social contrário ao direito ao abortamento: são enfatizadas as supostas implicações sociais da descriminalização da IVG, sobretudo com

base na ideia de que tal mudança produziria um aumento na incidência de abortamentos, com uma possível sobrecarga do SUS. Para algumas pessoas, a liberalização do aborto levaria ao crescimento da chamada “cultura da morte”, ou seja, a sociedade se tornaria mais permissiva em relação a assassinatos em geral (93). Acredita-se que tal expressão tenha sido cunhada pelo Papa João Paulo II, segundo o qual, estaria ocorrendo a emergência de uma cultura que nega a solidariedade, e, em muitos casos, assume a forma de uma “cultura da morte” (95). Esta cultura estaria vinculada a fortes correntes culturais, econômicas e políticas que encorajam a ideia de eficiência, de tal modo que haveria, em certo sentido, uma guerra dos poderosos contra os mais fracos: a vida que requereria mais acolhimento, amor e cuidado, é reputada inútil ou considerada como um intolerável fardo e é rejeitada de uma forma ou de outra. Assim, uma pessoa que, por causa da deficiência, doença ou, mais simplesmente, apenas por existir, compromete o bem-estar ou estilo de vida daqueles que são mais favorecidos, tende a ser encarada como um inimigo a ser combatido ou eliminado. Desencadeia-se, desse modo, uma espécie de “conspiração contra a vida”. Dessa perspectiva, “se legalizamos o aborto, então qualquer dia ainda andamos por aí a matar deficientes mentais e idosos com Alzheimer” (96), ou, ainda, deficientes físicos (97-99). De forma implícita ou explícita, muitos autores demonstram concordar com o problema de que falava o Papa João Paulo II. Para Cunha, por exemplo, é possível que a liberalização do aborto nas dez primeiras semanas da gravidez poderia levar a uma perda de consciência quanto ao valor da vida intrauterina, criando, assim, “a errada convicção de que não está em causa um bem que merece proteção”, que, por sua vez, poderia desencadear “o aumento no número global de abortos” (92). Para Lindeman, a realização de diagnósticos pré-natais para identificação de embriões apresentando síndrome de Down e a liberalização da IVG nesses casos implicará, num futuro próximo, o hábito de realizarmos tais testes para

identificar muitas outras condições e doenças, como autismo e predisposição para o desenvolvimento de cânceres (100).

Apelo emotivo contrário ao direito ao abortamento: suas características principais são o discurso sensacionalista, as frases carregadas de adjetivos e a ênfase exagerada sobre os aspectos negativos da IVG ou de suas supostas consequências. Geralmente consiste na valorização do estatuto moral do nascituro por meio da antecipação de seu estado de desenvolvimento biopsicossocial, passando, assim, a ser chamado de “criança”, “bebê”, “pessoa”, “ser humano”, ou “cidadão”, independentemente da sua idade gestacional. Frequentemente, o apelo emotivo em favor do aumento das restrições legais ao direito ao aborto ocorre mediante a utilização de imagens de fetos geradas pelos cada vez mais sofisticados aparelhos de ultrassonografia (101, 102). Nesse caso, a linha de raciocínio implícita é algo como “veja, ele se move, é uma pessoa, tem direito à vida”. Na internet, a veiculação de fotografias de fetos abortados é recorrente. Basta realizar uma busca por termos como “*abortion debate*” em sites como o *Google*, por exemplo, para que apareçam imagens reais de fetos desmembrados ou deformados. São imagens chocantes, publicadas com o objetivo claro de convencer, pela via das emoções, que o abortamento é uma forma hedionda de assassinato, pois seus métodos são violentos e sua vítima é absolutamente inocente.

Estatuto moral contrário ao direito ao abortamento: defende a ideia de que o nascituro possui o estatuto moral de uma pessoa, e, portanto, deve ser respeitado por seus semelhantes, sobretudo em relação à manutenção da vida. Geralmente, os proponentes desse argumento estabelecem uma relação de identidade entre as noções de “pessoa” e “vida humana”, de tal modo que, uma vez que tiver ocorrido a fertilização, essa nova vida

já seria dotada do estatuto moral de uma pessoa, devendo, portanto, ter seu direito à vida respeitado. Um exemplo dessa perspectiva é a afirmação de Monte, segundo o qual, “o aborto é um desrespeito a uma vida que está sendo gerada” e o “respeito à vida é um princípio absoluto da ética” (103). Para Cardoso, “desde a concepção até ao nascimento, e deste até a morte, apenas se assiste a uma evolução da vida humana”, de tal modo que “a identidade não surge com o nascimento, mas em momento anterior” (104). Frequentemente, os proponentes de tal perspectiva buscam demonstrar a semelhança entre o nascituro e as pessoas nascidas, caso, por exemplo, do Procurador Geral da República Claudio Fontelles: “o feto anencéfalo se forma, o nariz se forma, a boca se forma, os olhos se formam, as unhas vêm, as pernas vêm, as mãos vêm, o sangue flui e o coração bate”; e continua: “não posso, não posso; como ser humano, como ser humano, tirar a ilação de que no ventre materno por ter um bebê anencéfalo, ali não há um ser vivo. Meu Deus!” (88). Embora tais argumentos sejam propostos, às vezes, de forma laica, seus adeptos mais frequentes são os religiosos de diversas denominações, para os quais a vida humana é sagrada (1). Para Gomes, a premissa de que a vida é um dom de Deus é consenso entre as religiões e tanto impulsiona as ações dos religiosos como fundamenta as ações e reações contrárias à descriminalização do aborto pelas mais distintas instituições religiosas (105).

Argumento político contrário ao abortamento: sustenta-se na premissa de que “a vida intrauterina constitui um bem jurídico-penal” (104), devendo, portanto, ser protegida pelo Estado por meio do Direito Penal, cuja função consiste “na proteção dos bens jurídicos fundamentais da comunidade, essenciais ao desenvolvimento pessoal-social, bens esses que encontram correspondência nos valores constitucionalmente consagrados” (92). De fato, a Constituição brasileira estabelece como direito e garantia fundamental “a inviolabilidade do

direito à vida” – não ficando claro, entretanto, a partir de qual momento esse direito deve ser garantido, se desde a concepção, do nascimento, ou de algum momento específico do desenvolvimento intrauterino. Cite-se, ainda, que o Brasil é signatário do Pacto de São José de Costa Rica, de 22 de novembro de 1969, um tratado internacional que defende o direito à vida desde o momento da concepção, bem como o reconhecimento da personalidade jurídica a partir do mesmo momento.

Consentimento tácito e responsabilidade: trata-se da afirmação da responsabilidade dos pais pela manutenção da vida e cuidado do produto de uma relação sexual realizada com o consentimento livre por ambos, ainda que a gravidez não tenha sido desejada ou planejada.

Utilitarismo de escopo individual contrário ao direito ao abortamento: enfatiza os possíveis prejuízos da IVG para o casal e para os profissionais de saúde envolvidos na interrupção, sobretudo quando realizada de forma ilegal. Em especial, são abordados eventuais danos emocionais para os envolvidos, como sentimentos de culpa e ansiedade e até mesmo depressão (106).

3.2.5. Redação dos fragmentos de argumentos

Após a identificação dos padrões de argumentos, procedeu-se à redação de seus fragmentos. Um fragmento é uma frase curta elaborada de modo a aludir determinado argumento de modo intencionalmente superficial, ou seja, sem reproduzi-lo em sua forma lógica completa. Desse modo, o fragmento apresenta apenas o conteúdo mínimo necessário para se transmitir certa linha de raciocínio, ao invés de se reproduzir um argumento

completo defendendo uma ação ou outra (41, 107, 108). Por exemplo, o silogismo abaixo consiste num argumento em sua forma lógica completa:

Premissa A: O feto é uma pessoa;

Premissa B: Pessoas têm direito à vida;

Conclusão: O feto tem direito à vida.

Uma vez convertido em fragmento, o silogismo acima poderia ser redigido do seguinte modo: “O feto é uma pessoa e tem direito à vida”. Embora essa frase não reproduza o argumento em sua forma lógica completa, quem a lê é capaz de identificar sua linha de raciocínio implícita. É preciso esclarecer, no entanto, que essa “linha de raciocínio implícita” não é a mesma coisa que o silogismo introduzido anteriormente. Ou seja, quando uma pessoa se identifica ou rejeita um suposto fragmento, isso não significa que ela esteja, necessariamente, avaliando as regras de validade lógica implícitas no argumento. Embora exista, de fato, um argumento subentendido no fragmento, e, portanto, seja possível avaliar sua validade lógica, a aprovação ou rejeição do fragmento depende de uma apreciação mais superficial pelos sujeitos do estudo. O que essa apreciação mais superficial leva em conta são os conceitos tangenciados pelo fragmento. Por exemplo, “direito à vida” é uma expressão curta e incompleta, mas que tende a ser aprovada por pessoas que concordem com a proibição do direito ao abortamento, em favor do direito à vida do feto. Semelhantemente, no fragmento “A mulher deve ter o direito de controlar seu próprio corpo”, conceitos como “próprio corpo” e “a mulher deve ter o direito” tendem a ser bem vistos por simpatizantes de movimentos feministas clássicos, ainda que o fragmento não reproduza o argumento feminista em sua forma lógica completa e válida.

Esse método de conversão de argumentos em fragmentos foi sistematicamente utilizado por James Rest (que o denomina “*fragmente strategy*”) no desenvolvimento do DIT (41). Para isso, o pesquisador se valeu dos estudos de Piaget a respeito da formação da inteligência na criança. Segundo Piaget, uma vez que determinada pessoa já possua o conceito de um suposto objeto, a evocação desse conceito não requer a apresentação integral do objeto, mas apenas de um fragmento dele (por exemplo, ver o pé de uma boneca por trás de uma cortina é suficiente para que a criança infira a presença da boneca inteira) (109, 110). Na prática, isso significa que, ao julgarmos dilemas morais relacionados à questão do aborto, lançamos mão de determinadas estruturas conceituais (ou “agrupamentos de ideias”) que o estímulo (ou seja, o próprio dilema) ativa em nossa mente (111). Estruturas podem conter, por exemplo, expectativas, conceitos, hipóteses, categorias e estereótipos a respeito de pessoas, objetos e situações (112, 113). Numa pessoa, a formação dessas estruturas, doravante chamadas “esquemas”, se dá mediante a observação de similaridades e recorrências na experiência cotidiana. Por exemplo, observamos ao longo de nossas vidas que a água tem o poder de saciar nossa sede; em virtude dessa recorrente associação empírica, basta que vejamos um copo d’água para que creiamos em seu poder de saciar a sede (114). Neste caso, a ideia de saciação da sede corresponde ao esquema ativado em nossa mente pelo estímulo sensorial do copo d’água. No caso do aborto, sua apreciação moral também leva em consideração os esquemas que desenvolvemos ao longo de nossas vidas. Esses esquemas podem conter, por exemplo, experiências de mulheres que passaram por graves períodos de depressão após terem interrompido a gravidez. Nessa suposta situação, a tendência seria que nos posicionássemos contrariamente à interrupção da gravidez, dada a expectativa de que a depressão voltasse a se seguir ao abortamento.

Naturalmente, esquemas morais apresentam uma complexidade muito maior do que aqueles que evocamos diante de objetos simples, como um copo d'água ou um pé de boneca, por exemplo. Esquemas morais correspondem a concepções sobre os papéis que devemos desempenhar uns em relação aos outros na vida em sociedade (41). Por exemplo, uma pessoa pode ter um esquema segundo o qual mendigos são pessoas grosseiras. Por conta desse esquema, tal pessoa organiza suas ações de modo coerente com sua opinião sobre mendigos. Ao mesmo tempo, a pessoa tende a descartar as informações incoerentes com o esquema estabelecido. Assim, os esquemas exercem grande influência sobre o que fazemos ou deixamos de fazer, além de nos privarem, em certos casos, de fixar informações que contrariem nossa visão de mundo (115). Portanto, essas estruturas conceituais são de fundamental importância no exercício da moralidade, sobretudo no que diz respeito à capacidade de julgar e justificar ações a partir de uma perspectiva moral.

A partir desse referencial teórico, foram elaborados, para a primeira versão do Mosai (Apêndice 1), entre sete e nove fragmentos para cada padrão de argumento, totalizando 105 fragmentos, sendo que cada vinheta era seguida por uma série de 15 fragmentos. Na segunda versão do questionário (Apêndice 2), o número de fragmentos foi reduzido para 90. Neste ponto, cabe ressaltar que, dentre esses 105 fragmentos originalmente presentes no questionário, 8 eram apenas medidas de atenção e não faziam qualquer referência coerente à questão do aborto. A utilização desse recurso visa a identificar eventuais problemas de preenchimento do Mosai. As frases de medida de atenção foram inseridas aleatoriamente ao longo do questionário. Espera-se que elas só sejam pontuadas por aqueles sujeitos do estudo que eventualmente responderem as questões de modo aleatório ou desinteressado.

3.2.6. Validação de conteúdo

A validade do conteúdo de um instrumento, isto é, o grau com que suas questões são representativas do problema analisado (50, 116), foi estabelecida mediante o julgamento de especialistas sobre o assunto, conforme se recomenda na literatura (47, 117). Para isso, foram convidados (as) por e-mail ou por telefone 24 pesquisadores (as) atuantes em pelo menos uma das seguintes áreas de conhecimento: ética, bioética, direito e aborto. Tratou-se de uma amostra intencional (36, 37), definida segundo a lógica de casos ricos em informação e composta por especialistas reconhecidos por sua atuação nas áreas mencionadas e, portanto, capazes de contribuir criticamente com a validação de conteúdo do Mosai.

Dos (as) 24 sujeitos convidados (as), 12 manifestaram consentimento por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e participaram efetivamente da pesquisa. Para isso, lhes foi enviado pelos correios um envelope pré-selado, contendo uma versão original do Mosai (Apêndice 1), um envelope (para ser utilizado na devolução do material), o TCLE (Apêndice 3) e um guia (Apêndice 4). Esse guia consistia numa espécie de passo a passo a ser utilizado pelos especialistas durante a validação do questionário. Ele continha todos os conteúdos do Mosai, bem como os critérios (e suas respectivas definições) que deveriam ser utilizados para a avaliação do instrumento. As vinhetas deveriam ser avaliadas de duas formas pelos especialistas: com notas de zero a cinco para os critérios de “adequação à amostra”, “relevância para o tema” e “clareza da redação”; e com comentários, críticas e sugestões redigidas livremente. Já os fragmentos seriam julgados com notas de zero a cinco para os critérios de “pertinência ao domínio”,

“adequação à amostra”, “relevância para o tema” e “clareza da redação”; e com comentários, críticas e sugestões redigidas livremente. Ressalte-se que todos esses critérios foram esclarecidos no corpo do próprio guia.

3.2.7. Análise dos dados

As notas geradas pelo painel de juízes para os critérios introduzidos no tópico anterior foram avaliadas segundo a taxa de concordância, um escore que descreve a nota média recebida por cada conteúdo avaliado pelos especialistas (116). Geralmente, a taxa de concordância utiliza uma escala tipo *Likert* com quatro possíveis respostas (de um a quatro), de tal modo que apenas as notas “três” e “quatro” indicam que o conteúdo é válido. Em nossa pesquisa, utilizamos uma escala com cinco níveis (um para “péssimo”, dois para “ruim”, três para “regular”, quatro para “bom” e cinco para “ótimo”) e consideramos satisfatórios os conteúdos com médias entre “quatro” e “cinco”. Em valores percentuais, consideraram-se válidos os conteúdos com médias entre 60 e 100.

Além dessa análise quantitativa, as vinhetas e os fragmentos foram avaliados segundo os comentários livres redigidos pelos especialistas. Para isso, empregou-se a chamada “técnica de análise de conteúdo” (36). Esse processo resultou na categorização de três tipos de comentários sobre as vinhetas: “clareza da redação”, “adequação do texto à amostra” e “correções contextuais”. No caso dos fragmentos, a categorização resultou em cinco padrões de comentários: “clareza da redação”, “adequação do texto à amostra”, “correções contextuais”, “adequações ao domínio” e “ajustamento ideológico”.

4.Resultados

Neste capítulo, apresentamos os dois manuscritos elaborados ao longo da pesquisa. O primeiro deles, “Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011”, consiste numa revisão de literatura de pesquisas empíricas sobre opiniões, conhecimentos e atitudes de profissionais da saúde com relação ao aborto induzido, divulgadas entre os anos de 2001 e 2011. O segundo, “Validação de conteúdo do Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido (Mosai)”, descreve o processo de desenvolvimento do questionário Mosai, com ênfase sobre os resultados de sua validação de conteúdo por um painel de especialistas.

4.1. Publicação: Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011

A proposta de manuscrito a seguir foi submetida ao periódico Saúde e Sociedade em 14 de março de 2012 e, atualmente, aguarda o parecer do editor quanto à possibilidade de publicação pela revista.



[PÁGINA INICIAL](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#) [NOTÍCIAS](#)

[Página inicial](#) > [Usuário](#) > [Autor](#) > [Submissões](#) > [#84960](#) > [Resumo](#)

#SAUSOC-1006 Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011

RESUMO | AVALIAÇÃO | EDIÇÃO

Submissão

Autores	Denis Barbosa Cacique, Renato Passini-Junior, Maria José Martins Duarte Osis
Título	Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011
Documento original	SAUSOC-1006-84960-427317-1-SM.DOCX 2012-03-14
Docs. sup.	SAUSOC-1006-84960-427324-1-SR.XLSX 2012-03-14 INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR SAUSOC-1006-84960-427325-1-SR.XLSX 2012-03-14 SAUSOC-1006-84960-427326-1-SR.XLSX 2012-03-14 SAUSOC-1006-84960-427327-1-SR.XLSX 2012-03-14
Submetido por	Sr. Denis Barbosa Cacique 
Data de submissão	março 14, 2012 - 08:50
Seção	
Editor	Nenhum(a) designado(a)

Situação

Situação	Aguardando designação
Iniciado	2012-03-14
Última alteração	2012-03-14

Manuscrito: Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011

Autores: Denis Barbosa Cacique ¹, Prof. Dr. Renato Passini Junior ², Prof. Dra. Maria José Martins Duarte Osis ³

¹ Núcleo de Estatística e Informações Hospitalares/Hospital da Mulher Professor Doutor José Aristodemo Pinotti – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism)/Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, Brasil – (Contato: denisbarbosa.c@gmail.com)

² Departamento de Tocoginecologia/Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, Brasil - (Contato: passini@caism.unicamp.br)

³ Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (Cemicamp), Campinas, Brasil - (Contato: mjosis@cemicamp.org.br)

Participação dos autores:

Denis Barbosa Cacique: trabalhou na concepção, na revisão de literatura, na análise dos dados e na redação final do artigo;

Prof. Dr. Renato Passini Junior: trabalhou na concepção e na revisão do artigo;

Prof. Dra. Maria José Martins Duarte Osis: trabalhou na concepção e na revisão do artigo.

Endereço para correspondência:

Cidade Universitária Zeferino Vaz - Distrito de Barão Geraldo, Av. Alexander Fleming, 101, CEP 13083-881 – Campinas – SP, Telefones: (19) 3521-9404

Título: Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011

Resumo:

O objetivo deste artigo é apresentar uma revisão das pesquisas brasileiras quantitativas e qualitativas sobre opiniões, conhecimentos e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido publicadas entre 2001 e 2011. Admitiram-se publicações com amostras compostas por profissionais com quaisquer graus de formação. Os trabalhos foram categorizados segundo características metodológicas: abordagem dos dados, técnica e instrumento para coleta de dados, categorias profissionais incluídas, local da pesquisa, tamanho amostral e técnica de amostragem. Na etapa seguinte, categorizaram-se os temas centrais das pesquisas (por exemplo, aconselhamento genético e anticoncepção de emergência). Finalmente, categorizaram-se os resultados das pesquisas: conhecimento técnico e legal, perspectiva moral, opiniões sobre a lei, opiniões sobre o Sistema Único de Saúde, e atitudes hipotéticas e concretas. As publicações identificadas sugerem ampla aprovação dos casos de aborto atualmente permitidos por lei, mas larga rejeição da criminalização em casos de malformações fetais graves. A maioria das publicações relatou ter investigado profissionais de medicina (especialmente gineco-obstetras) ou de enfermagem, sendo poucos ou inexistentes dados sobre assistentes sociais e psicólogos. Não foram identificados quaisquer instrumentos apresentando dados mínimos de validade, análise de confiabilidade ou adaptação transcultural. Acreditamos que, no futuro, o desenvolvimento de instrumentos com essas qualidades possa facilitar a realização de novas pesquisas sobre esse tema, inclusive com maior abrangência e diversificação das categorias profissionais a serem estudadas.

Descritores: Pessoal de saúde; Profissional da saúde; Literatura de revisão como assunto; Conhecimentos, atitudes e prática em saúde; Aborto; Interrupção voluntária da gravidez.

Title: Opinions, knowledge and attitudes of health professionals on induced abortion: a review of Brazilian studies published between 2001 and 2011

Summary:

The aim of this paper is to present a review of Brazilian quantitative and qualitative research on opinions, knowledge and attitudes of health professionals on abortion published between 2001 and 2011. We admit publications with samples composed of professionals with any degree of training. The papers were categorized according to methodological characteristics: data approach, technique and instrument for data collection, professional categories included, the research site, sample size and sampling technique. In the next step, we categorize the main themes of research (eg, genetic counseling and emergency contraception). Finally, we categorize the results of research on technical and legal knowledge, moral perspective, opinions on the law, opinions about the National Health System, and hypothetical and concrete attitudes. The publications identified suggest broad approval of the abortion cases currently allowed by law, but large rejection of criminalization in cases of serious fetal malformations. Most of the articles reported having investigated medical professionals (obstetricians-gynecologists) or nursing, with little or no data on social workers and psychologists. We have not identified any instrument providing minimum data validity, reliability analysis and cross-cultural adaptation. We believe that, in the future, the development of instruments with those qualities could facilitate the implementation of new research on this topic, including greater coverage and diversification of the professional categories to be studied.

Key words: Healthcare providers; Health Personnel; Review literature as topic; Health Knowledge, Attitudes and Practice; Abortion; Induced Abortion.

Introdução:

No debate em torno do aborto, as opiniões dos profissionais da saúde (PDS) revestem-se de grande valor, uma vez que eles são considerados autoridades em questões de saúde, e suas atitudes afetam diretamente a disponibilidade e a qualidade da assistência (Yam, Dries-Daffner et al., 2006). Eles desempenham papel central no contexto do aborto, seja induzindo-o nos casos previstos por lei, seja negando-se a fazê-lo com base no recurso legal (e ético) da objeção de consciência. Os PDS serão a categoria profissional mais envolvida por um eventual abrandamento das restrições legais contra a interrupção voluntária da gravidez (IVG). No caso específico dos médicos, é oportuno lembrar que a proposta de reforma do Código Penal, em tramitação no Senado, prevê que essa categoria seja incumbida de diagnosticar não apenas os casos em que a gravidez põe em risco a vida da gestante, mas também aqueles em que esta não apresenta condições psicológicas para arcar com a maternidade.

De qualquer modo, ainda que tal mudança não ocorra, os médicos e demais PDS já estão inseridos numa sociedade em que o procedimento é largamente praticado, frequentemente, de forma ilegal, fato que acaba os envolvendo de uma maneira ou de outra, ao menos para assistir mulheres com complicações de interrupções inseguras. Não raramente, os PDS encontram-se pessoalmente envolvidos em circunstâncias em que o abortamento lhes parece necessário, ainda que ilegal (Faúndes e Barzelatto, 2004). Nesses casos, a frequente condenação pública da IVG se contrapõe a aprová-la tacitamente em circunstâncias muito pessoais e absolutamente excepcionais que afetem familiares, amigos ou determinados clientes (Faúndes e Barzelatto, 2004).

Ao longo da última década, certamente por conta do quase-protagonismo dessa categoria no cenário do aborto (inferior apenas ao da mulher que se submete à IVG), mas também em decorrência dos interesses e disputas políticas em torno do tema, identifica-se um número significativo de publicações de pesquisas realizadas com vistas a se investigar suas opiniões, conhecimentos e atitudes (Yam, Dries-Daffner et al., 2006). Este artigo tem por objetivo identificar e descrever as principais características desses trabalhos, incluindo métodos, características das amostras estudadas e os principais resultados evidenciados.

Métodos:

As publicações foram incluídas mediante buscas nos indexadores Medline (via PubMed) e Lilacs (via Biblioteca Virtual de Saúde). No primeiro, buscaram-se os termos “abortion AND (brazil OR brasil) AND (opinions OR attitudes OR knowledge OR acceptability OR Physicians OR doctors OR psychologists OR physiotherapists OR providers OR psychiatrists OR nursing)”. No Lilacs, buscaram-se os termos “(aborto OR abortamento OR "interrupção voluntária da gravidez") AND (opiniões OR atitudes OR conhecimento OR médicos OR médicas OR psicólogos OR psicólogas OR assistentes sociais OR fisioterapeutas OR "profissionais da saúde" OR "profissional da saúde" OR psiquiatras OR farmacêuticos OR farmacêuticas OR terapeutas OR biomédicos OR biomédicas OR fonoaudiólogos OR fonoaudiólogas OR educadores OR educadoras OR trabalhadores OR trabalhadoras OR "profissionais de saúde" OR "profissional de saúde" OR "pessoa da saúde" OR "pessoal de saúde" OR enfermagem OR enfermeiro OR enfermeira)”. Quanto aos limites das buscas, ambas as estratégias aplicaram-se ao período entre 01/01/2001 e 08/11/2011, e foram aceitos os termos presentes em quaisquer índices das publicações.

Incluíram-se publicações que, em seus títulos ou resumos, descreviam claramente a intenção de estudar, empiricamente, opiniões, conhecimentos ou atitudes de PDS no Brasil em relação ao aborto. Foram incluídas publicações com amostras compostas por profissionais com quaisquer graus de formação (auxiliar, técnico ou superior). Incluíram-se estudos com abordagens quantitativa ou qualitativa dos dados. Não foram incluídos documentos de projetos, teses, monografias, artigos de revisão, editoriais e manuscritos teóricos, bem como pesquisas realizadas com amostras compostas exclusivamente de estudantes com formação incompleta, ou que tenham sido publicadas em periódicos não indexados nas bases consultadas.

Os trabalhos identificados foram categorizados segundo título, ano e idioma da publicação, bem como os nomes e sexo dos autores. A seguir, classificaram-se as características metodológicas: abordagem dos dados (qualitativa ou quantitativa), técnica e instrumento para coleta de dados, categorias profissionais incluídas na amostra, local onde a pesquisa foi realizada, tamanho amostral e técnica de amostragem. Na etapa seguinte, identificamos os temas principais das pesquisas (por exemplo, aborto induzido, aconselhamento genético

e anticoncepção de emergência (AE)). Finalmente, categorizamos e descrevemos os resultados evidenciados pelas pesquisas de acordo com os seguintes padrões: conhecimento técnico, conhecimento legal, perspectiva moral, opiniões sobre a lei, opiniões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), atitudes hipotéticas e atitudes concretas.

Resultados:

Aplicando-se os critérios de busca descritos anteriormente, foram identificadas 21 publicações, das quais, cinco redundâncias (artigos repetidos) entre os indexadores foram excluídas (Salzano e Shüler-Faccini, 2002; Díaz, Hardy et al., 2003a; b; Soares, 2003; Faúndes, Aníbal, Duarte, Graciana Alves et al., 2004; Faúndes, A., Duarte, G. A. et al., 2004; Loureiro e Vieira, 2004; Lunardi e Simões, 2004; Selli, 2004; Goldman, García et al., 2005; Corrêa e Guilam, 2006; Faúndes, Duarte et al., 2007; Faúndes, Simoneti et al., 2007; Gesteira, Diniz et al., 2008; De Zordo e Mishtal, 2011; Silva e Araújo, 2011). Desse modo, o número final de publicações incluídas foi igual a 16. Suas características básicas (como título, ano de publicação, sexo e número dos autores) estão descritas no “Quadro 1”.

As 16 publicações descreviam apenas 12 pesquisas, já que Faúndes e colaboradores apresentaram os diferentes resultados de um mesmo estudo em quatro publicações (Faúndes, Aníbal, Duarte, Graciana Alves et al., 2004; Faúndes, A., Duarte, G. A. et al., 2004; Faúndes, Duarte et al., 2007; Faúndes, Simoneti et al., 2007), e Díaz e colaboradores, em duas (Díaz, Hardy et al., 2003a; b). Quanto aos idiomas, seis das publicações foram redigidas em inglês, 10, em português. Em todas elas, o número de pesquisadoras é pelo menos igual ao de pesquisadores. Em números absolutos, as mulheres constituem mais que o dobro do número de homens nas publicações (32 para 14).

Características metodológicas

No “Quadro 2”, descrevemos as principais características metodológicas das publicações. Quanto à abordagem dos dados, observa-se um equilíbrio entre os métodos quantitativo e qualitativo, sendo sete para o primeiro tipo e nove para o segundo. A principal técnica de coleta de dados nas publicações qualitativas é a realização de entrevistas semiestruturadas, referida em sete publicações, ao passo que grupos focais e questionários abertos

autorrespondidos foram citados uma vez cada. Por sua vez, todas as publicações quantitativas relataram ter lançado mão de questionários fechados autorrespondidos. Esses questionários foram desenvolvidos pelos próprios pesquisadores e não se encontram informações sobre validação, embora se refira que tenham sido pré-testados. Destaque-se que a pesquisa de Salzano e Shüler empregou um questionário internacional traduzido para o português, sem, no entanto, apresentar informações sobre eventuais pré-testes, validação ou adaptação transcultural do instrumento (Salzano e Shüler-Faccini, 2002).

Quanto aos sujeitos dos estudos, observa-se um amplo predomínio de médicos, com 11 das 16 publicações relatando terem incluído essa categoria, das quais, nove com especialização em gineco-obstetrícia e duas sem especialização informada. Em segundo lugar, aparecem os profissionais de enfermagem, com seis publicações. Apenas quatro publicações relataram ter pesquisado psicólogos e assistentes sociais. Em duas publicações, foram incluídos “possíveis provedores de AE”, mas os profissionais participantes não foram informados. Não identificamos pesquisas quantitativas realizadas com enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais ou outras categorias não médicas.

Temas e categorização dos resultados

Os temas e categorias dos resultados estão descritos no “Quadro 3”. Note-se que, em quatro das publicações, o tema central não foi o aborto induzido, e sim a AE (Díaz, Hardy et al., 2003a; b), os usos e implicações das tecnologias de engenharia genética (Salzano e Shüler-Faccini, 2002), e o aconselhamento genético pré-natal (Corrêa e Guilam, 2006). Mesmo não abordando o aborto como tema principal, incluímos essas publicações em virtude de elas apresentarem, como resultados, pelo menos um dos dados que nos interessavam verificar: conhecimento, opiniões e atitudes de PDS sobre o aborto induzido. Nas duas primeiras publicações (Díaz, Hardy et al., 2003a; b), o tema do aborto surgiu espontaneamente na fala de alguns dos sujeitos do estudo, para os quais, o uso da AE, quando comparado ao aborto, era “o menor de dois males”. No segundo caso (Salzano e Shüler-Faccini, 2002), o tema correspondia a uma pequena parte de um amplo questionário estruturado, por meio do qual se pretendia verificar opiniões sobre as diferentes implicações do uso das tecnologias de engenharia genética, incluindo situações de diagnósticos fetais de problemas como predisposição ao alcoolismo e doença de

Huntington. Já no artigo sobre aconselhamento genético pré-natal (Corrêa e Guilam, 2006), o tema do aborto também surgiu espontaneamente na fala dos profissionais entrevistados. Todas as publicações avaliaram, com maior ou menor enfoque, opiniões, conhecimentos ou atitudes em relação ao aborto. Os resultados dessas avaliações foram categorizados em sete tipos: “conhecimento técnico”, “conhecimento legal”, “perspectiva moral”, “opiniões sobre a lei”, “opiniões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)”, “atitudes hipotéticas” e “atitudes concretas”. A seguir, definimos cada uma dessas categorias e descrevemos a frequência com que cada uma delas foi abordada nas publicações.

Nas 16 publicações, as duas avaliações mais comuns referiam-se às opiniões sobre as leis que regulam o aborto e às atitudes concretas em relação a ele, ambas aparecendo em 10 publicações cada. No primeiro caso, o objetivo era avaliar se os sujeitos concordavam com a atual configuração das leis que regulam o aborto no Brasil. No segundo, o objetivo era conhecer as atitudes reais dos pesquisados (por exemplo: se já haviam se submetido a uma IVG em caso de gravidez indesejada). A avaliação de atitudes hipotéticas em relação aborto foi referida em nove publicações. Neste caso, tratava-se de saber o que os sujeitos fariam em situações hipotéticas (por exemplo, o que um médico faria se uma paciente lhe solicitasse auxílio para abortar de modo ilegal e sigiloso?).

Em sete publicações, foram avaliados os conhecimentos sobre as leis que regulam a prática do aborto (por exemplo: quais documentos são necessários para se abortar em caso de violência sexual).

A investigação de perspectivas morais sobre o tema foi relatada em seis publicações. Nestes casos, emergiram não apenas as atitudes dos profissionais em relação ao aborto, nem tampouco as suas opiniões a respeito das leis que o regulam, e sim as razões implícitas nessas atitudes e opiniões. Ou seja, por que eles concordam ou não com as leis? Por que defendem o direito ao aborto ou se opõem a ele?

A avaliação de conhecimentos técnicos foi relatada em quatro publicações, e visavam a verificar se os sujeitos do estudo conheciam, por exemplo, os mecanismos de funcionamento da AE, alguns dos procedimentos médicos para a IVG, ou os dados

epidemiológicos mais importantes sobre o aborto (Díaz, Hardy et al., 2003a; b; Goldman, García et al., 2005; De Zordo e Mishtal, 2011).

Somente uma publicação avaliou opiniões sobre o papel do SUS em relação ao aborto (Goldman, García et al., 2005).

Conhecimento das leis que regulam o aborto no Brasil

No “Quadro 4”, descrevemos os principais resultados das publicações. Note-se que, com relação ao conhecimento das leis que regulam o aborto no Brasil, a maioria das pesquisas verificou um conhecimento adequado dos casos permitidos e proibidos por lei, mas inadequado quanto a quais documentos são exigidos para se abortar em situações de risco de morte para a gestante ou de malformações fetais graves). Também se verificaram conhecimentos inadequados quanto à necessidade de se denunciar a paciente que abortou ilegalmente, bem como a de se registrar a suspeita de aborto ilegal no prontuário médico. Um dos estudos identificou conhecimentos equivocados com relação à norma técnica do Ministério da Saúde para se assistir pacientes vítimas de violência sexual (Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. Brasília).

Opiniões sobre as leis que regulam o aborto no Brasil

Geralmente, os estudos realizados com médicos constataram opiniões favoráveis ao abrandamento das restrições nos casos de malformações fetais graves, com percentagens variando entre 77% e 89%, ao passo que os casos de riscos para a saúde física da mulher (sem risco de morte) apresentaram aceitabilidade mais baixa, com índices de 61,4% e 47,4%; todas as demais circunstâncias apresentaram índices inferiores a 50% (Faúndes, Aníbal, Duarte, Graciana Alves et al., 2004; Faúndes, A., Duarte, G. A. et al., 2004; Loureiro e Vieira, 2004; Goldman, García et al., 2005; Faúndes, Duarte et al., 2007; Faúndes, Simoneti et al., 2007; De Zordo e Mishtal, 2011).

Para alguns médicos, a criminalização do aborto em caso de malformação fetal é um fator limitante do sentido do trabalho de aconselhamento genético pré-natal; razão pela qual afirmavam que, nesses casos, o aborto deve ser desestimulado, mesmo havendo a

possibilidade de se obter autorização judicial para se realizá-lo, haja à vista a dificuldade para se consegui-la (Corrêa e Guilam, 2006).

As pesquisas realizadas com outros PDS, sobretudo de enfermagem, identificaram maior oposição ao abrandamento das restrições legais, e até mesmo algumas opiniões contrárias às possibilidades atualmente existentes. Ressalve-se que, como tais pesquisas não tiveram um caráter quantitativo, não é possível apresentar proporções de opiniões contrárias ou favoráveis, nem tampouco extrapolar esses dados para a população.

Conhecimentos técnicos sobre o aborto

Quanto aos conhecimentos técnicos sobre o aborto, duas publicações relatam que a AE não foi considerada abortiva por brasileiros (Díaz, Hardy et al., 2003a; b). Em outro estudo, 70% da amostra demonstraram ter bom conhecimento sobre o aborto, mas um em cada cinco médicos desconhecia dados epidemiológicos importantes sobre o tema, sobretudo sua relação com a mortalidade materna (Loureiro e Vieira, 2004). O desconhecimento de dados epidemiológicos também foi verificado no estudo de De Zordo e Mishtal (De Zordo e Mishtal, 2011). Já a pesquisa de Goldman e colaboradores constatou que 68,7% dos médicos jamais foram treinados para induzir o aborto (Goldman, García et al., 2005).

Atitudes hipotéticas

Quanto às atitudes hipotéticas, 49% dos sujeitos de um estudo afirmaram que aconselhariam a IVG em casos de anencefalia e 40% em casos de risco de morte para a gestante (Salzano e Shüler-Faccini, 2002). Os números são muito mais baixos para a maioria das outras condições, e zero para o nascituro de sexo indesejado (Salzano e Shüler-Faccini, 2002). Apenas outros dois estudos quantitativos verificaram atitudes hipotéticas. No primeiro deles, 40% dos médicos afirmaram que ajudariam uma cliente que lhes solicitasse ajuda para abortar num caso de gravidez indesejada, mas menos de 2% dos deles declarou que faria o aborto; assim, a ajuda consistiria, principalmente, em se encaminhar a paciente a um médico (a) de confiança e/ou ensiná-la a usar o misoprostol (Faúndes, Aníbal, Duarte, Graciana Alves et al., 2004). Em caso de familiar próximo com gravidez indesejada, a porcentagem de médicos que as ajudaria subiu para quase 48%, mas apenas

pouco mais de 2% faria o aborto nessas circunstâncias (Faúndes, Aníbal, Duarte, Graciana Alves et al., 2004). O terceiro estudo quantitativo com esse enfoque verificou que apenas 17,5% dos sujeitos realizaria o procedimento caso ocorresse a descriminalização (Loureiro e Vieira, 2004).

Atitudes concretas

As atitudes concretas foram avaliadas em quatro estudos quantitativos e em três qualitativos. Dentre os quantitativos, dois constataram atitudes mais liberais quando os PDS estão pessoalmente envolvidos em casos de gravidezes indesejadas, com taxas superiores a 75% de abortamentos realizados (Faúndes, Aníbal, Duarte, Graciana Alves et al., 2004; Faúndes, A., Duarte, G. A. et al., 2004). Já no ambiente de trabalho, com pacientes desconhecidas, essa permissibilidade diminui drasticamente. Uma pesquisa verificou que apenas 32,9% dos médicos já haviam realizado o procedimento de induzir o abortamento (Goldman, García et al., 2005). Já os resultados de outro estudo dão conta de que 12,3% dos médicos mantêm o mínimo de contato necessário com a paciente que realizou aborto ilegal, 8,8% sente raiva da mulher, e 33,3% reprova o abortamento; e, diante de um pedido de abortamento, 76,7% tenta dissuadir a paciente (Faúndes, Simoneti et al., 2007).

Uma das pesquisas qualitativas a investigar as atitudes concretas foi desenvolvida exclusivamente com uma equipe de enfermagem (Lunardi e Simões, 2004). Quando questionados quanto à participação nos casos de aborto legal, alguns profissionais demonstraram certa resignação frente à tomada de decisões por outros profissionais: “eu não tenho que resolver nada, eu tenho que acatar as decisões para o procedimento”. Em outro estudo, o fato de a decisão pelo abortamento (em caso de estupro) ser da mulher pareceu eximir a responsabilidade ética dos profissionais: “a decisão é da mulher, é um problema dela, não do profissional” (Soares, 2003). Desse modo, embora existissem conflitos de foro íntimo entre os pesquisados, observou-se, no mesmo estudo, uma unanimidade quanto ao dever de se manter uma postura neutra e imparcial a respeito da decisão da mulher: “o profissional não deve persuadir para fazer ou deixar de fazer o aborto”. Uma possível consequência dessa busca pela neutralidade, que, às vezes, tacitamente, trazia consigo uma condenação do aborto, foi o estabelecimento de uma relação distante com a paciente: “agente não se envolve com a história, com o sentimento

da mulher, mantém distância”. Talvez o extremo dessa neutralidade seja a indiferença. Em outra pesquisa, constatou-se que PDS discriminavam as mulheres que haviam provocado aborto, priorizando as parturientes, puérperas e gestantes de alto: “a gente começa com a discriminação desde a hora do atendimento” (Gesteira, Diniz et al., 2008).

Opiniões sobre o papel do SUS

Apenas uma pesquisa tratou das opiniões sobre a destinação de recursos públicos para se assistir pacientes que buscam abortamento, verificando uma taxa de 95,3% de aprovação (Goldman, García et al., 2005).

A moralidade do aborto

A moralidade do aborto foi abordada apenas nos estudos qualitativos. Numa dessas publicações, a maioria dos sujeitos, incluindo aqueles favoráveis ao direito de se abortar nos casos atualmente permitidos por lei, manifestou preferir não realizar o procedimento, porque “a missão dos obstetras deve ser salvar vidas”, e “o nascituro sempre é uma vida”. Além disso, um dos sujeitos demonstrou temer que uma maior permissibilidade levasse a uma “epidemia de abortamentos” (De Zordo e Mishtal, 2011).

Noutro estudo, constatou-se uma grande variedade de opiniões, muitas das quais contraditórias entre si (Soares, 2003). Em alguns casos, defendeu-se o direito à IVG: “um direito da mulher como pessoa e cidadã”. Houve uma manifestação de identificação com a causa feminista “eu sempre fui uma pessoa que sempre pensei muito pelo lado da mulher: se ela não quer, porque continuar com aquele filho?”. Noutros depoimentos, afirmou-se a perspectiva religiosa em relação ao aborto segundo a qual ele seria um pecado. De acordo com os autores, mais de metade dos profissionais que tinham vinculação religiosa ou nutriam concepções espirituais revelaram uma representação do abortamento mais relacionada à culpa, ao sofrimento e ao pecado: “da maneira como a gente foi criada, eu sabia que era pecado, a mulher que fazia isso não ia para o céu. Mesmo que eu já tivesse dentro de mim que não era pecado, que não era nada, mas tinha aquela coisa que foi construída na minha vida do interior”.

Outra pesquisa também identificou perspectivas contraditórias (Lunardi e Simões, 2004). De um lado, valorizava-se a vida do nascituro: “Antes eu pensava, no caso de estupro, que tinha que fazer. A mãe não podia ter duas violências. Hoje, eu já não penso assim, é uma vida que tu tá tirando. Assim como aquela mãe não tem culpa, a criança também não tem. Tu decidir tirar uma vida é difícil. Depois que eu li o livro ‘Deixe-me viver’, me fez refletir bastante, comecei a enxergar as coisas de outra maneira”. Mas a maioria dos entrevistados pareceu concordar que a decisão é somente da gestante e, se ela decidiu pelo aborto, a sua vontade deve ser respeitada.

A investigação das perspectivas morais possibilitou a identificação de opiniões radicais em uma pesquisa (Gesteira, Diniz et al., 2008). Segundo os autores, o modo como as profissionais percebem o abortamento provocado traz à tona a doutrina do fatalismo:

“eu não sou a favor do aborto porque aquilo que vem para gente é aquilo que a gente tem condição de suportar. As mulheres que provocaram o aborto devem ser castigadas e punidas. Eu obrigaria colocar o DIU e filhos, mais do que quatro, a ligadura. Eu faria ela frequentar por uma semana o local que atendesse as mulheres de aborto para ela ficar presenciando o atendimento, preenchendo ficha, vendo os casos que chegam de pacientes chocando, sangrando, para ela ter a oportunidade de ver o outro lado da coisa, ver ao que ela se expôs”.

Algumas profissionais entrevistadas também relacionaram o aborto à noção de pecado: o aborto vai “Deus não aceita uma coisa dessas. Deus é amor. É vida”.

Discussão:

A seguir, apresentamos, em tópicos, uma discussão dos principais achados desta revisão.

Sujeitos e métodos

Apesar da constatação de um relativo equilíbrio entre o número de pesquisas quantitativas e qualitativas, observa-se que as pesquisas do primeiro tipo foram desenvolvidas exclusivamente com médicos. Ressalte-se que a perda de dados nesse tipo de estudo, geralmente realizado por meio eletrônico ou postal, não é desprezível. Desse modo, ainda

que muitos profissionais aceitem participar dos estudos, a proporção daqueles que se recusam a fazê-lo é quase sempre muito maior.

Não identificamos nenhuma publicação de estudo quantitativo com profissionais de enfermagem, serviço social, ou psicologia, dentre outros. Consequentemente, podemos considerar que inexistem informações amplas sobre as opiniões, atitudes e conhecimentos desses profissionais com relação ao aborto. Talvez isso se deva a uma eventual falta de respaldo para a realização de pesquisas de maior abrangência com esses profissionais não médicos, já que as pesquisas quantitativas, geralmente aplicadas em amostras bastante numerosas, demandam significativos montantes de recursos financeiros e apoio institucional. Lembre-se, por exemplo, que, dentre as pesquisas que analisamos, aquelas com maiores amostras foram realizadas com o financiamento e apoio logístico da Federação Brasileira das Associações de Gineco-Obstetrícia (Faúndes, Aníbal, Duarte, Graciana Alves et al., 2004; Faúndes, A., Duarte, G. A. et al., 2004; Goldman, García et al., 2005; Faúndes, Duarte et al., 2007; Faúndes, Simoneti et al., 2007).

Outro possível fator para a ausência de publicações de pesquisas amplas com PDS não médicos é a inexistência de questionários padronizados, validados e confiáveis que possam ser utilizados para essa finalidade. Lembramos que, dentre as pesquisas quantitativas incluídas, todas referiam ter utilizado questionários autorrespondíveis, alguns dos quais, pré-testados, mas nenhum apresentando dados mínimos sobre validação (nem mesmo de conteúdo), análise de confiabilidade, ou adaptação transcultural. A única publicação de pesquisa qualitativa que referiu ter utilizado um questionário também não relatou ter validado o instrumento.

Outro resultado que chamou atenção foi a escassez de dados sobre profissionais de saúde mental. Muito embora as normas técnicas sobre a atenção humanizada ao abortamento preconizem o atendimento multiprofissional à mulher, incluindo profissionais da saúde mental e de serviço social (Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. Brasília), somente quatro publicações apresentavam dados sobre assistentes sociais e psicólogos, ainda assim, de modo bastante modesto.

Esses dados indicam haver um possível viés de publicação nas pesquisas de profissionais da saúde sobre o aborto: quase sempre, somente os médicos são ouvidos. O viés de publicação é a tendência dos estudos publicados de serem sistematicamente diferentes do conjunto de todos os estudos realizados sobre a questão (Fletcher e Fletcher, 2006). Buscas não sistemáticas realizadas em bases mais amplas, como o Google Scholar, sugerem a existência de uma diversidade maior de profissionais da saúde ouvidos em pesquisas de opinião sobre o aborto. Dois exemplos são as pesquisas de Lolatto (Lolatto, 2004) e Matos (Matos, 2009), ambas mobilizando assistentes sociais, mas não publicadas.

De qualquer modo, cabe destacar que, face às dificuldades inerentes à realização de pesquisas empíricas sobre o aborto no Brasil, decorrentes da criminalização e do estigma social em torno de sua prática, os hospitais e maternidades da rede pública (frequentemente universitários) têm sido os locais privilegiados dos estudos sobre o tema (Saúde., 2009). Nesses locais, dado que os profissionais de medicina e de enfermagem são aqueles mais diretamente envolvidos na atenção às mulheres assistidas, é compreensível que as pesquisas visem mais às suas opiniões do que às de outras categorias.

Discordância entre as leis e as opiniões de profissionais da saúde

A maioria dos estudos apresentou, ou taxas elevadas de aceitação da inclusão das malformações fetais graves no rol de casos permitidos por lei, ou discursos defendendo essa mudança. As atuais situações permitidas por lei apresentaram aprovação quase absoluta em todas as pesquisas, mesmo entre aqueles PDS que se consideravam contrários ao aborto. Por outro lado, o abrandamento da lei para outros casos, como condição socioeconômica inadequada da mulher ou do casal, ou pais portadores de HIV, foi amplamente rejeitado pelos pesquisados.

A moralidade do aborto

Embora a maioria dos estudos tivesse apresentado opiniões favoráveis à atual configuração legal e até mesmo à inclusão dos casos de malformações fetais graves, o estudo da moralidade revelou, em grande parte das pesquisas, posições radicalmente contrárias ao aborto, que, em alguns casos, resultavam numa assistência discriminatória a mulher que

aborta. Nesses casos, o aborto foi frequentemente descrito como crime e pecado. O receio de que o abrandamento das leis levasse a uma “epidemia de abortamentos” também foi citado em um dos estudos. Em outra publicação, veio à tona a noção de fatalismo, segundo a qual “aquilo que vem para gente é aquilo que a gente tem condição de suportar”, e, por isso, o abortamento deveria ser evitado, e as mulheres que o realizam, “punidas”. A oposição à realização do aborto também se baseou na ideia de que “a missão dos obstetras é salvar vidas”.

Opiniões morais favoráveis também foram identificadas, mas em menor número. Nestes casos, o acesso ao abortamento seguro foi defendido, sobretudo, como um direito da mulher. Em outros discursos, a postura moral apareceu como o reconhecimento de que a escolha por interromper a gravidez diz respeito apenas à mulher, não cabendo ao profissional julgar.

Nenhuma pesquisa quantitativa revelou opiniões sobre a moralidade do aborto, razão pela qual não é possível determinar a distribuição dessas perspectivas em amostras mais amplas.

A necessidade de novas investigações

Identificamos apenas uma pesquisa (descrita em quatro publicações) apresentando a variação de opiniões ao longo do tempo (Faúndes, Aníbal, Duarte, Graciana Alves et al., 2004; Faúndes, A., Duarte, G. A. et al., 2004; Faúndes, Duarte et al., 2007; Faúndes, Simoneti et al., 2007). Sugerimos, então, o desenvolvimento de novos estudos longitudinais, a fim de que seja possível acompanhar a evolução das opiniões, conhecimentos e atitudes ao longo do tempo, de modo a potencializar o debate público e eventuais reformas legais sobre o tema.

Acreditamos que também seja necessária uma maior diversificação das categorias profissionais pesquisadas. Conforme dissemos anteriormente, a maioria das pesquisas inclui apenas médicos, muito embora o próprio Ministério da Saúde preconize que a assistência ao aborto deva ser multiprofissional. Essa diversificação muito provavelmente seria facilitada caso existissem questionários apresentando dados mínimos de validação e confiabilidade.

Outro dado que, talvez, necessite ser pesquisado com maior profundidade, e, se possível, com mais amplitude, é a moralidade do aborto. Os resultados das pesquisas aqui analisadas sugerem uma ampla aceitação dos casos atualmente permitidos por lei, e, além disso, nota-se que as situações de malformação fetal grave também contam com a aprovação da grande maioria dos PDS para serem descriminalizados. No entanto, na prática, ainda são poucos os profissionais que se dispõem a auxiliar as mulheres que recorrem ao SUS para realizarem a interrupção legal da gravidez. Por outro lado, estudos mostraram que, quando esses mesmos profissionais encontram-se pessoalmente envolvidos em circunstâncias nas quais a interrupção (mesmo que ilegal) lhes parece necessária, então eles a realizam.

Conclusões:

Os resultados de nossa investigação apontam para uma ampla aceitação dos casos de aborto atualmente permitidos por lei; mas rejeição da criminalização em casos de malformações fetais graves. Quanto ao conhecimento das leis que regulam o aborto, constatamos que os pormenores normativos (como relação de documentos necessários para se abortar em determinadas circunstâncias) ainda apresentam baixos índices de conhecimento, ao passo que as informações mais gerais (como quais casos são permitidos por lei) apresentam níveis mais satisfatórios, mas ainda deficitários. É possível que esse déficit de conhecimento possa estar respaldando atitudes às mulheres que abortam.

Com relação ao conhecimento técnico, notamos que poucos profissionais relataram ter sido treinados para realizar a IVG, e que, além disso, os principais dados epidemiológicos sobre o tema são pouco conhecidos. Outro resultado relevante diz respeito à discrepância entre, de um lado, as taxas de profissionais que aceitariam (ou, efetivamente, já aceitaram) induzir o aborto em circunstâncias nas quais estavam pessoalmente envolvidos, e, de outro, as taxas dos que se dispõem (ou, efetivamente, se dispõem) a assistir pacientes que buscam realizar a IVG legal e segura. Também identificaram-se publicações relatando perspectivas morais radicalmente contrárias ao aborto, implicando, às vezes, numa assistência discriminatória à mulher que busca o SUS para interromper a gravidez de modo legal e seguro. Ressalta-se que a posição de não envolvimento dos profissionais, numa atitude de pseudoneutralidade, pode, em certa medida, ser interpretada com uma forma de discriminação. Essa atitude fere as normas técnicas de atenção ao abortamento, que

estabelecem que o acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção de qualidade e humanizada à mulher.

A maioria das publicações relatou ter investigado apenas médicos; razão pela qual sugerimos uma diversificação das categorias profissionais investigadas. Quanto ao tipo de abordagem dos dados, verificamos a inexistência de pesquisas quantitativas com não médicos, fato que impossibilita a determinação, ao nível populacional, de qualquer informação quanto às opiniões, conhecimentos e condutas de psicólogos, assistentes sociais e outros.

Sobre os instrumentos utilizados, verificamos que, embora algumas publicações tenham relatado o pré-teste dos questionários, nenhuma delas fez menção a qualquer processo de validação. Assim, considerando o período analisado e os critérios utilizados para se identificar as publicações, podemos afirmar que inexistente qualquer questionário apresentando dados mínimos de validade e confiabilidade, e que possa ser utilizado para se avaliar as opiniões, conhecimentos e atitudes de PDS sobre o aborto induzido no Brasil.

Referências

CORRÊA, M. C. D. V.; GUILAM, M. C. R. O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, p. 2141-2149, 2006.

DE ZORDO, S.; MISHTAL, J. Physicians and abortion: provision, political participation and conflicts on the ground--the cases of Brazil and Poland. *Womens Health Issues*, v. 21, n. 3 Suppl, p. S32-6, 2011 May-Jun 2011.

DÍAZ, S. et al. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 2 - Facilitating factors versus obstacles. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, p. 1729-1737, 2003a.

_____. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico: 1 - Perceptions of emergency oral contraceptives. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, p. 1507-1517, 2003b.

FAÚNDES, A.; BARZELATTO, J. O drama do aborto: em busca de um consenso. Campinas, SP: Editora Komedi, 2004. 304

FAÚNDES, A. et al. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 26, p. 89-96, 2004.

_____. The closer you are, the better you understand: the reaction of Brazilian obstetrician-gynaecologists to unwanted pregnancy. Reprod Health Matters, v. 12, n. 24 Suppl, p. 47-56, Nov 2004.

_____. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. Rev. bras. ginecol. obstet, v. 29, n. 4, p. 7, 2007.

_____. Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about the Brazilian legislation on abortion. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 10, p. 6-18, 2007.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. Epidemiologia Clínica: Elementos essenciais. 4. Porto Alegre, RS: Artmed, 2006.

GESTEIRA, S. M. D. A.; DINIZ, N. M. F.; OLIVEIRA, E. M. D. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem, v. 21, p. 449-453, 2008.

GOLDMAN, L. A. et al. Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices. Reprod Health, v. 2, p. 10, Nov 2005.

LOLATTO, S. A Intervenção do Assistente Social Frente à Solicitação do Aborto. 2004. 140 (Mestrado). Centro Sócio Econômico: Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LOUREIRO, D. C.; VIEIRA, E. M. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, p. 679-688, 2004.

LUNARDI, V. L.; SIMÕES, A. R. (Re)Ações da equipe de enfermagem frente a possibilidade de participação em um aborto legal. *Rev. Enferm. UERJ*, v. 12, n. 2, p. 5, 2004.

MATOS, M. C. D. Cotidiano, ética e saúde: o serviço social frente à contra-reforma do Estado e à criminalização do aborto. 2009. 272 (Doutorado). Serviço Social, PUC, São Paulo.

Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. Brasília.

SALZANO, F. M.; SHÜLER-FACCINI, L. Perfil ético dos pesquisadores em genética. *Bioética*, v. 10, n. 1, p. 13-29, 2002.

SAÚDE., M. D. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília – DF: Ministério da Saúde. 2009.

SELLI, L. Os significados morais da solidariedade no Programa do Aborto Legal. *Saúde debate*, v. 28, n. 67, p. 118-129, 2004.

SILVA, J. P. L. D.; ARAÚJO, M. Z. Olhar Reflexivo sobre o Aborto na Visão da Enfermagem a Partir de uma Leitura de Gênero. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 14, n. 4, p. 19-24, 2011.

SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, 2003.

YAM, E. A.; DRIES-DAFFNER, I.; GARCÍA, S. G. Abortion opinion research in Latin America and the Caribbean: a review of the literature. *Stud Fam Plann*, v. 37, n. 4, p. 225-40, Dec 2006.

Quadro 1: características básicas das publicações

Dados Gerais da Publicação			Autores		
Título	Idioma	Ano	Nomes	Masc	Fem
1.Perfil ético dos pesquisadores em genética	Pt	2002	Salzano, Francisco M.; Shüler-Faccini, Lávnia	1	1
2.Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados	Pt	2003	Gilberta Santos Soares	0	1
3.Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 1 – Perceptions of emergency oral	Ing	2003	Díaz, Soledad; Hardy, Ellen; Alvarado, Gloria; Ezcurra, Enrique	1	3
4.Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 2 – Facilitating factors versus obstacles	Ing	2003	Díaz, Soledad; Hardy, Ellen; Alvarado, Gloria; Ezcurra, Enrique	1	3
5.Conhecimento, Opinião e Conduta de Ginecologistas e Obstetras Brasileiros sobre o Aborto Induzido	Pt	2004	Faúndes, Aníbal; Duarte, Graciana Alves; Neto, Jorge Andalaft; Olivatto, Adriane Elisabeth; Simoneti, Rosana Martins	2	3
6.The Closer You Are, the Better You Understand: The Reaction of Brazilian Obstetrician-Gynaecologists to Unwanted Pregnancy	Ing	2004	Faúndes, Aníbal; Duarte, Graciana Alves; Neto, Jorge Andalaft; De Sousa, Maria Helena	2	2
7.Os significados morais da solidariedade no programa do aborto legal	Pt	2004	Lucilda Selli	0	1
8.Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais	Pt	2004	Loureiro, David Câmara; Vieira, Elisabeth Meloni	1	1

Quadro 1: características básicas das publicações

Dados Gerais da Publicação			Autores		
Título	Idioma	Ano	Nomes	Masc	Fem
9.Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices	Ing	2005	Goldman, Lisa A.; García, Sandra G.; Díaz, Juan; Yam, Eileen A.	1	3
10.(Re)Ações da equipe de enfermagem frente a possibilidade de participação em um aborto legal	Pt	2005	Lunardi, Valéria Lerch; Simões, Aline Rios	0	2
11.O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal	Pt	2006	Corrêa, Marilena C. D.V.; Guilam, Maria Cristina R.	0	2
12.Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about the Brazilian legislation on abortion	Ing	2007	Faúndes, Aníbal; Simoneti, Rozana Martins; Duarte, Graciana Alves; Neto, Jorge Andalaft	2	2
13.Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005	Pt	2007	Faúndes, Aníbal; Duarte, Graciana Alves; Osis, Maria José M. Duarte; Neto, Jorge Andalaft	2	2
14.Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem	Pt	2008	Gesteira, Solange Maria dos Anjos; Diniz, Normélia Maria Freire; de Oliveira, Eleonora Menicucci	0	3
15.Physicians and Abortion: Provision, Political Participation and Conflicts on the GroundThe Cases of Brazil and Poland	Ing	2011	De Zordo, Silvia; Mishtal, Joanna	0	2
16.Olhar Reflexivo sobre o Aborto na Visão da Enfermagem a Partir de uma Leitura de Gênero	Pt	2011	Da Silva, João Paulo Lopes; Araújo, Maria Zélia	1	1

Quadro 2: características metodológicas das publicações

Nº	Título da Publicação	Abordagem	Técnica/Instrumento para Coleta de Dados	Profissionais	Ambientes/Técnica de Amostragem	Tamanho Amostral
1	Perfil ético dos pesquisadores em genética	Quanti	Questionário fechado, auto-aplicável e traduzido do inglês *	Pesquisadores de genética médica	Foram enviados questionários para 131 associados à Sociedade Brasileira de Genética Clínica e da Sociedade Brasileira de Genética interessados em genética médica	74
2	Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados	Quali	Entrevistas semi-estruturadas	Assist. sociais, psicólogas, enfermeiras e médicos gineco-obstetras	Foram convidados profissionais dos serviços que implantaram Programas de Assistência às Mulheres Vítimas de Violência Sexual na Paraíba e no Distrito Federal	12
3	Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 1 – Perceptions of emergency oral contraceptives	Quali	Entrevistas semi-estruturadas	Possíveis provedores de AE, autoridades e formadores de opinião **	Sujeitos incluídos pela técnica bola-de-neve (chain sampling technique)	44 ***
4	Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 2 – Facilitating factors versus obstacles	(idem nº 3)	(idem nº 3)	(idem nº 3)	(idem nº 3)	(idem nº 3)
5	Conhecimento, Opinião e Conduta de Ginecologistas e Obstetras Brasileiros sobre o Aborto Induzido	Quanti	Questionário fechado, auto-aplicável, e pré-testado	Médicos gineco-obstetras	Foram enviados questionários para 14.320 associados à Febrasgo	4.294
6	The Closer You Are, the Better You Understand: The Reaction of Brazilian Obstetrician-Gynaecologists to Unwanted Pregnancy	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)	4.261
7	Os significados morais da solidariedade no programa do aborto legal	Quali	Questionário aberto e auto-aplicável (sem dados sobre pré-teste ou validação)	Médicos (especialidade não especificada), enfermeira, assist. social e psicólogos	Foram convidados profissionais atuantes no programa Aborto Legal com mulheres vítimas de estupro no Hospital Materno-infantil de Brasília	6
8	Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais	Quanti	Questionário fechado, auto-aplicável, e pré-testado	Médicos gineco-obstetras e residentes	Amostragem por conveniência de médicos atuantes em dois hospitais da cidade de Ribeirão Preto, SP	57

Quadro 2: características metodológicas das publicações

Nº	Título da Publicação	Abordagem	Técnica/Instrumento para Coleta de Dados	Profissionais	Ambientes/Técnica de Amostragem	Tamanho Amostral
9	Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices	Quanti	Questionário fechado, auto-aplicável, e pré-testado	Médicos gineco-obstetras	Foram enviados 1.500 questionários para uma amostra aleatória dos associados à Febrasgo (10% do total)	572
10	(Re)Ações da equipe de enfermagem frente a possibilidade de participação em um aborto legal	Quali	Entrevistas semi-estruturadas	Profissionais de enfermagem	Foram convidados os profissionais de enfermagem das unidades de internação obst. de dois hospitais (não identificados)	14
11	O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal	Quali	Entrevistas semi-estruturadas	Médicos geneticistas, gineco-obstetras, psicólogos e assist. sociais	Pesquisa realizada no serv. de genética pré-natal do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz com todos os profissionais do serviço	8
12	Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about the Brazilian legislation on abortion	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)	4.323
13	Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)	Foi enviada uma segunda remessa de questionários para os membros da Febrasgo (qtde. não informada)	3.386
14	Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem	Quali	Grupo focal	Profissionais de enfermagem	Estudo realizado com profissionais de uma maternidade de Salvador referência para o atendimento a mulheres no período reprodutivo em situações de aborto	9
15	Physicians and Abortion: Provision, Political Participation and Conflicts on the GroundThe Cases of Brazil and Poland	Quali	Entrevistas semi-estruturadas	Médicos gineco-obstetras, enfermeiros, psicólogos e assist. sociais	Amostras de profissionais da saúde de duas maternidades de Salvador	45
16	Olhar Reflexivo sobre o Aborto na Visão da Enfermagem a Partir de uma Leitura de Gênero	Quali	Entrevistas semi-estruturadas	Profissionais de enfermagem	Profissionais de Enfermagem de um hospital especializados em gestação de alto risco de Campina Grande	6

NOTA: * Não há dados sobre a validação ou a adaptação transcultural do instrumento.

** Não há dados sobre quais foram as categorias profissionais dos provedores de AE incluídos.

*** Não há dados sobre quantos sujeitos dentre os 44 eram profissionais da saúde.

Quadro 3: Temas e categorias dos resultados produzidos pelas pesquisas

Nº	Título da Publicação	Tema da Pesquisa	Resultados produzidos *						
			Conhecimento Técnico	Conhecimento Legal	Perspectiva Moral	Opiniões sobre a lei	Opiniões sobre SUS	Atitudes Hipotéticas	Atitudes Concretas
1	Perfil ético dos pesquisadores em genética	Genética	N	N	N	N	N	S	N
2	Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados	Aborto induzido em casos de violência sexual	N	N	S	N	N	N	S
3	Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 1 – Perceptions of emergency oral contraceptives	AE	S	N	N	N	N	N	N
4	Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 2 – Facilitating factors versus obstacles	(idem nº 3)	(idem nº 3)	(idem nº 3)	(idem nº 3)	(idem nº 3)	(idem nº 3)	(idem nº 3)	(idem nº 3)
5	Conhecimento, Opinião e Conduta de Ginecologistas e Obstetras Brasileiros sobre o Aborto Induzido	Aborto induzido	N	S	N	S	N	S	S
6	The Closer You Are, the Better You Understand: The Reaction of Brazilian Obstetrician-Gynaecologists to Unwanted Pregnancy	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)
7	Os significados morais da solidariedade no programa do aborto legal	Aborto induzido em casos de violência sexual	N	N	S	N	N	N	N
8	Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais	Aborto induzido	N	S	N	S	N	S	S

Quadro 3: Temas e categorias dos resultados produzidos pelas pesquisas

Nº	Título da Publicação	Tema da Pesquisa	Resultados produzidos *						
			Conhecimento Técnico	Conhecimento Legal	Perspectiva Moral	Opiniões sobre a lei	Opiniões sobre SUS	Atitudes Hipotéticas	Atitudes Concretas
9	Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices	Aborto induzido	S	S	N	S	S	N	S
10	(Re)Ações da equipe de enfermagem frente a possibilidade de participação em um aborto legal	Aborto induzido	N	S	S	N	N	S	S
11	O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal	Aconselhamento genético pré-natal	N	N	N	S	N	N	S
12	Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about the Brazilian legislation on abortion	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)
13	Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)	(idem nº 5)
14	Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem	Aborto induzido	N	N	S	S	N	S	S
15	Physicians and Abortion: Provision, Political Participation and Conflicts on the GroundThe Cases of Brazil and Poland	Aborto induzido	S	N	S	S	N	S	N
16	Olhar Reflexivo sobre o Aborto na Visão da Enfermagem a Partir de uma Leitura de Gênero	Aborto induzido	N	N	S	S	N	N	N

NOTA: * "S" para "sim" e "N" para "não".

Quadro 4: Principais resultados

Nº da Publicação	Título da Publicação	Resultados
1	Perfil ético dos pesquisadores em genética	Quanto às atitudes hipotéticas em relação ao aborto: para 49% dos sujeitos do estudo, a IVG é aconselhável em casos de anencefalia, para 40% em casos de risco de morte para a gestante, para 31% em casos de Síndrome de Patau, e para 25% em casos de espinha bífida aberta grave. Os números são muito mais baixos para a maioria das outras condições, e zero para um embrião ou feto de sexo não desejado. Isto indica consenso de que mesmo embriões ou fetos com condições genéticas consideradas graves (como a síndrome de Hurler, a fibrose cística ou a fenilcetonúria) teriam direito à vida. Não foram avaliadas opiniões sobre a configuração legal do aborto.
2	Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados	Quanto às perspectivas morais sobre o aborto: o estudo constatou uma grande variedade de opiniões, muitas das quais contraditórias entre si. Em alguns casos, defendeu-se o direito à IVG: “um direito da mulher como pessoa e cidadã”. Houve uma manifestação de identificação com a causa feminista “eu sempre fui uma pessoa que sempre pensei muito pelo lado da mulher, se ela não quer, porque continuar com aquele filho?”. Em um dos depoimentos, o profissional da saúde, embora parecesse considerar o abortamento moralmente incorreto, demonstrou acreditar que os determinantes do abortamento podem atenuar a culpabilidade da mulher: “Eu acho que a gente deve olhar para a mulher que fez um aborto, sempre vendo as causas... Eu não conheço nenhuma mulher que depois que faz o aborto diga: ‘ah, eu abortei!’ com felicidade. Então, não podemos pensar que ela fez porque gosta de fazer crime, de fazer aborto... porque quando se incrimina a mulher é porque se acha que ela gostou de fazer”. Noutros depoimentos, afirmou-se a perspectiva religiosa do aborto, segundo a qual ele seria um pecado. Mais de metade dos profissionais que tinham vinculação religiosa ou nutriam concepções espirituais revelaram uma representação do abortamento mais relacionada à culpa, ao sofrimento e ao pecado: “Da maneira como a gente foi criada, eu sabia que era pecado, a mulher que fazia isso não ia para o céu... mesmo que eu já tivesse dentro de mim que não era pecado, que não era nada, mas tinha aquela coisa que foi construída na minha vida do interior”. Quanto às atitudes concretas em relação ao aborto: o fato de a escolha pelo abortamento em caso de estupro ser da mulher pareceu eximir a responsabilidade ética dos profissionais: “a decisão é da mulher, é um problema dela, não do profissional”. Desse modo, embora existissem conflitos de foro íntimo entre os pesquisados, houve, segundo os pesquisadores, unanimidade dos profissionais quanto ao dever de se manter uma postura neutra e imparcial a respeito da decisão da mulher: “O profissional não deve persuadir para fazer ou deixar de fazer o aborto”. Uma possível consequência dessa busca pela neutralidade, que, tacitamente, traz consigo uma condenação do aborto, é certa postura ou forma de se relacionar com a paciente: “agente não se envolve com a história, com o sentimento da mulher, mantém distância”.
3	Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 1 – Perceptions of emergency oral contraceptives	Quanto aos conhecimentos técnicos sobre o aborto: no Brasil, não foi identificada a opinião de que a AE possa ser abortiva.

Quadro 4: Principais resultados

Nº da Publicação	Título da Publicação	Resultados
4	Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 2 – Facilitating factors versus obstacles	idem nº 3
5	Conhecimento, Opinião e Conduta de Ginecologistas e Obstetras Brasileiros sobre o Aborto Induzido	Quanto ao conhecimento legal: quase 93% dos médicos demonstrou saber corretamente que a lei brasileira não pune o abortamento se a gravidez é resultado de estupro, e quase 90% em caso de risco de vida para a gestante. Quase um terço acreditava, incorretamente, que a lei também excluía de pena o aborto nos casos em que o feto tem malformações graves. Menos de 1% acreditava que a lei eximia de pena em qualquer outro dos casos propostos. Dois terços dos médicos acreditavam erradamente que era necessário alvará judicial para praticar aborto previsto na lei, e quase 80% referiram corretamente que o alvará era necessário em caso de malformação congênita grave. A necessidade de laudo de três médicos foi apontado corretamente por quase a metade dos respondentes para os casos previstos em lei, por 44% em caso de malformação fetal grave, e 42% responderam acertadamente que o boletim de ocorrência (BO) era necessário em caso de gravidez resultante de estupro - atualmente, a apresentação do BO não é mais necessária. Pouco mais de 25% dos médicos sabia que nos dois casos previstos na lei é necessária a solicitação da IVG por escrito pela mulher. E em torno de 20% sabia da necessidade de autorização do representante legal em caso de gestantes menores de idade. Quanto às opiniões sobre as leis que regulam a prática do aborto: a situação em que a maior parte dos respondentes opinou que a lei deveria permitir o aborto foi o caso em que a gravidez representa risco de vida para a gestante, com quase 80%, seguido por malformação fetal grave e gravidez resultante de estupro (ambas com porcentagens em torno de 77%). 10% responderam que a IVG deveria ser permitida em qualquer circunstância. Em relação a outras circunstâncias, menos de 20% foi favorável a casos em que a gestante demonstra não ter condições psicológicas/emocionais para manter a gestação, pouco mais de 10% para mulher ou parceiro HIV+, e percentagens mínimas para outras causas. Menos de 5% opinou que a IVG não deveria ser permitida nunca. Cerca de 60% respondeu que um aumento de 2 a 5 vezes no risco de morrer durante a gestação era suficiente para se justificar o aborto. Perto de um de cada oito dos médicos opinou que o aborto por risco de vida para a gestante nunca se justifica. Quanto a possíveis mudanças nas leis brasileiras sobre o aborto, quase dois terços respondeu que as circunstâncias em que o aborto não é punido deveriam ser ampliadas, e mais 15% opinaram que o aborto deveria deixar de ser considerado um crime em qualquer circunstância. Menos de 15% opinou que a lei não deveria ser mudada. Quanto às atitudes hipotéticas em relação ao aborto: 40% dos médicos ajudaria uma cliente que consulta por gravidez não desejada e solicita aborto, embora menos de 2% declarou que faria o aborto. Assim, a ajuda consistiria, principalmente, em encaminhar a paciente a um médico (a) de confiança e/ou ensiná-la a usar o medicamento misoprostol. Em caso de familiar próximo com gravidez indesejada, a porcentagem de médicos que as ajudaria subiu para quase 48%, mas apenas pouco mais de 2% faria o aborto nessas circunstâncias. Quanto às atitudes concretas em relação ao aborto: nos casos em que a própria mulher (médica) ou a parceira do homem (médico) viu-se na situação de uma gravidez absolutamente indesejada, a porcentagem que praticou o aborto foi de 77,6 e 79,9, respectivamente.
6	The Closer You Are, the Better You Understand: The Reaction of Brazilian Obstetrician-Gynaecologists to Unwanted Pregnancy	Quanto às atitudes concretas em relação ao aborto: quase um quarto das médicas e um terço dos médicos relatou terem tido uma gravidez indesejada, sendo que 80% delas resultaram em abortamentos induzidos. Dentre aqueles para os quais a religião era muito importante, 70% optaram pela IVG quando estiveram pessoalmente envolvidos com uma gravidez indesejada.

Quadro 4: Principais resultados

Nº da Publicação	Título da Publicação	Resultados
7	Os significados morais da solidariedade no programa do aborto legal	Quanto às perspectivas morais sobre o aborto: questionados sobre suas motivações para atuar programa Aborto Legal, os pesquisados revelaram, segundo os autores, um comprometimento solidário para com as mulheres, assim como a defesa de sua liberdade individual. Em face da decisão da mulher, os profissionais pareceram isentar-se de responsabilidade ética: “o mais importante é a opção consciente da mulher em prosseguir ou não a gravidez. Ela é entrevistada, orientada e a opção é apenas dela”. Segundo os autores, “em nenhum momento os profissionais deixaram transparecer preocupações amedrontadas com juízos morais opostos ao programa”. Ao contrário, segundo os autores, a solidariedade moral permeia quase todas as falas, especialmente na busca por um atendimento humanizado, integrado e acolhedor “a uma clientela que sempre foi discriminada pela sociedade e pelos profissionais da saúde”.
8	Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos	Quanto aos conhecimentos técnicos sobre o aborto: 70% da amostra demonstrou ter bom conhecimento sobre o aborto, mas um em cada cinco médicos está desinformado sobre o fato de o aborto ser responsável por muitas mortes maternas no Brasil. Quanto às opiniões sobre as leis que regulam o aborto: a maioria dos sujeitos aceita as condições permitidas por lei, mas ampliaria a permissão para os casos de malformação fetal incompatível com a vida extrauterina e se mostrou contrária à descriminalização do aborto por outros motivos. 59,7% considera que os médicos que realizam a IVG ilegalmente deveriam ser punidos. Quanto ao conhecimento sobre as leis que regulam o aborto: identificou-se um baixo conhecimento sobre as leis do aborto, principalmente com relação ao registro de casos de abortamento clandestino no prontuário médico, e a necessidade de denunciar tais casos à polícia. Quanto às atitudes concretas em relação ao aborto: 12,3% mantem o mínimo de contato necessário com a paciente que realizou aborto, 8,8% sente raiva da mulher, e 33,3% reprova o abortamento (mas não está claro se essa reprovação é explícita). Diante de um pedido de abortamento, 76,7% tenta dissuadir a paciente. Quanto às atitudes hipotéticas em relação ao aborto: apenas 17,5% realizaria o procedimento caso ocorresse a descriminalização.
9	Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices	Quanto ao conhecimento sobre as leis que regulam o aborto: menos de metade dos respondentes (48%) demonstrou conhecer corretamente as leis que regulam o aborto. Quanto às opiniões sobre as leis que regulam o aborto: 88,5% considera que a IVG deveria ser permitida em casos de malformações fetais graves, 31,5% em casos de riscos para a saúde materna, 12,9% por conta de razões socioeconômicas, 13,3% em respeito à escolha da mulher, e 4% nunca. Quanto aos conhecimentos técnicos sobre o aborto: 68,7% relatou nunca ter sido treinada para realizá-lo. Quanto às atitudes concretas em relação ao aborto: 32,9% disse já ter realizado o procedimento. Quanto à destinação de recursos públicos para a realização de abortamentos: 95,3% dos sujeitos era favorável.
10	(Re)Ações da equipe de enfermagem frente a possibilidade de participação em um aborto legal	Quanto às atitudes concretas em relação ao aborto: quando questionados quanto à sua participação nos casos de aborto legal, alguns profissionais demonstraram uma necessidade de aceitar a situação e até certa acomodação frente à tomada de decisões de outros profissionais, aparentemente aceitando as condutas sem questionar: “eu não tenho que resolver nada, eu tenho que acatar as decisões para o procedimento”. Fica claro que alguns membros da equipe de enfermagem parecem ainda fortemente dependentes das ações e opiniões de outros profissionais, sujeitando-se a condutas que podem ferir seus valores e crenças, aparentemente não analisando alternativas para determinadas situações, como no caso de aborto legal, mas submetendo-se a participar de sua realização, mesmo contra o que seria seu desejo. Quanto às atitudes hipotéticas em relação ao aborto: uma enfermeira afirmou recusar-se participar de qualquer procedimento de abortamento, mesmo sendo legal. Para exemplificar sua atitude, a profissional narrou um caso em que uma paciente internou com autorização judicial para realização do aborto, mas toda a equipe se negou a realizar o procedimento. Em face dessa história, a pesquisadora perguntou à enfermeira se sua atitude seria diferente se os demais profissionais tivessem consentido em realizar o procedimento: “eu gostaria de não participar. Conversaria com o médico, explicaria a minha posição e pediria pra outra pessoa ir no meu lugar”. Segundo os autores, mantendo sua decisão, a enfermeira demonstra que, a partir dos seus valores e princípios, exerce sua liberdade e autonomia na tomada de decisões referentes ao seu cotidiano profissional. Quanto ao conhecimento das leis que regulam o aborto: alguns profissionais parecem não conhecer adequadamente os casos em que o aborto é legal e quais são os trâmites legais para a sua realização. Quanto às perspectivas morais sobre o aborto: as duas principais perspectivas da moralidade do aborto eram contraditórias. De um lado, valorizava-se a vida do nascituro: “Antes eu pensava no caso de estupro, que tinha que fazer. A mãe não podia ter duas violências. Hoje, eu já não penso assim, é uma vida que tu tá tirando. Assim como aquela mãe não tem culpa, a criança também não tem. Tu decidir tirar uma vida é difícil. Depois que eu li o livro ‘Deixe-me viver’, me fez refletir bastante, comecei a enxergar as coisas de outra maneira”. Mas a maioria dos entrevistados pareceu concordar que a decisão é somente da gestante e, se ela decidiu pelo aborto, a sua vontade deve ser respeitada: “tu pode estar vivenciando uma situação de estupro e tu querer dar continuidade a uma gravidez. Então na realidade vai ser uma opção e tu, como profissional, tu tem que respeitar essa opção da pessoa. Talvez até eu não conseguisse conviver com isso, mas ela consiga. Então eu acho que varia muito de pessoa pra pessoa, porque na realidade a decisão não é minha”.

Quadro 4: Principais resultados

Nº da Publicação	Título da Publicação	Resultados
11	O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal	Quanto às opiniões sobre as leis que regulam o aborto: segundo os autores, os sujeitos do estudo apontam a criminalização do aborto (em caso de malformação fetal) um fator limitante para o aconselhamento genético pré-natal. Assim, os pesquisados consideram que o aborto deve ser desestimulado, mesmo havendo a possibilidade de se obter autorização judicial para se realizá-lo, haja à vista a dificuldade para se conseguir essa autorização. Por isso, um dos médicos entrevistados afirmou que, “no atual contexto é difícil de trabalhar e decidir ou raciocinar na consulta genética pré-natal”. Só “uma revisão completa da questão do aborto, que deixasse para a mulher decidir, autorizar de uma maneira universal”, traria sentido à prática do aconselhamento.
12	Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about the Brazilian legislation on abortion	Quanto ao conhecimento das leis que regulam o aborto: para todas as faixas etárias, apenas em torno de 60% ou menos dos sujeitos demonstraram saber as circunstâncias nas quais o aborto é permitido por lei, não mais que 20% acertou quais documentos são necessários para se abortar legalmente, e em torno de 80% demonstrou saber quais documentos são necessários em casos de fetos apresentando malformações graves. Quanto às opiniões sobre as leis que regulamentam o aborto: para todas as faixas etárias, em torno de 80% dos sujeitos foi favorável a que as leis passassem a permitir a IVG e mais circunstâncias ou em todas as circunstâncias.
13	Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005	Quanto ao conhecimento das leis que regulam o aborto: foram comparados os resultados de dois inquéritos. A porcentagem de médicos que sabiam quais as circunstâncias em que o aborto não é punido esteve acima de 80% nos dois casos. Porém, houve redução na porcentagem daqueles que conheciam a legalidade do aborto por risco de vida (de 89,3 para 82,9). Aumentou em mais de um terço a proporção de respondentes que sabiam que o aborto por malformação congênita grave não está dentro dos permissivos legais atuais (o erro diminuiu de 31,8% para 19,6%). Quanto às opiniões sobre as leis que regulam o aborto: cresceu consistentemente a porcentagem de médicos favoráveis à permissão do aborto em várias circunstâncias, e diminuiu a proporção dos que consideravam que não deveria ser permitido em nenhuma circunstância (de 4,5% para 3,4%).

Quadro 4: Principais resultados

Nº da Publicação	Título da Publicação	Resultados
14	Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem	Quanto às opiniões sobre as leis que regulam o aborto: mesmo nos casos previstos em lei, a prática continua sendo considerada, pelas profissionais de enfermagem, como um crime: “mesmo em caso de estupro ou de uma gravidez que você saiba que uma criança vai nascer malformada, eu não sou a favor do aborto. Você tirar uma vida é crime. Aborto é crime. É uma prática incorreta”. Quanto às perspectivas morais sobre o aborto: segundo os autores, o modo como as profissionais percebem o abortamento provocado traz à tona a doutrina do fatalismo, ou seja, a atitude moral ou intelectual segundo a qual tudo acontece porque tem que acontecer: “eu não sou a favor do aborto porque aquilo que vem para gente é aquilo que a gente tem condição de suportar. As mulheres que provocaram o aborto devem ser castigadas e punidas. Eu obrigaria colocar o DIU e filhos, mais do que quatro, a ligadura. Eu faria ela frequentar por uma semana o local que atendesse as mulheres de aborto para ela ficar presenciando o atendimento, preenchendo ficha, vendo os casos que chegam de pacientes chocando, sangrando, para ela ter a oportunidade de ver o outro lado da coisa, ver ao que ela se expôs”. As profissionais de enfermagem percebem o abortamento também como pecado, no sentido de que ninguém tem o direito de tirar a vida do outro: “embora exista uma lei natural que é a lei da vida, ninguém tem direito de tirar sua própria vida, nem tem direito de tirar a vida do outro de forma nenhuma”. Para outra entrevistada: o aborto vai “contra os princípios tanto éticos quanto de Deus. Nós temos que respeitar tanto a lei de Deus como as leis dos homens. Deus não aceita uma coisa dessas. Deus é a mor. É vida”. As profissionais recriminam a atitude das mulheres que abortam com base “tanto na lei dos homens como na lei de Deus”. Nesse sentido, afirmam que “ela não pode decidir pelo aborto... ela tomou uma decisão, a culpa é dela. Tem algumas que, até depois, quando veem o feto ficam com sentimento de culpa, choram muito e naquele momento pedem perdão”. Quanto às atitudes concretas em relação ao aborto: segundo os autores, as profissionais de enfermagem têm a percepção de que discriminam as mulheres que provocam aborto quando lhes prestam assistência, priorizando a assistência a parturientes, puerperas e gestantes de alto risco em detrimento da assistência às mulheres que abortam: “A gente começa com a discriminação desde a hora do atendimento”. Quanto às atitudes hipotéticas em relação ao aborto: “tem um aborto e tem um parto, você corre para atender o parto, a não ser que aquele aborto esteja super grave”. Outra profissional afirma: “eu não gosto de trabalhar com mulheres em processo de aborto, eu prefiro trabalhar com parturientes, puerperas e gestante de risco”.
15	Physicians and Abortion: Provision, Political Participation and Conflicts on the Grounds The Cases of Brazil and Poland	Quanto ao conhecimento das leis que regulam o aborto: a maioria dos médicos não conhecia adequadamente as regulamentações do Ministério da Saúde, bem como os documentos necessários para se abortar legalmente em caso de estupro. Conhecimentos técnicos sobre o aborto: os sujeitos demonstraram pouco conhecimento com relação aos dados epidemiológicos sobre o aborto, sobretudo quanto à relação entre aborto e mortalidade materna. Quanto às perspectivas morais sobre o aborto: a maioria dos sujeitos, incluindo aqueles favoráveis ao abortamento legal, manifestou preferir não realizar o procedimento, sob a alegação de que a missão dos obstetras deve ser salvar vidas, e que o nascituro sempre é uma vida. Um dos sujeitos demonstrou o temor de que uma maior permissibilidade levasse a uma epidemia de abortamentos. Quanto às opiniões sobre as leis que regulam o aborto: a maioria dos sujeitos concordava com as atuais possibilidades, e era favorável a que os casos de malformações graves também fossem permitidos por lei.
16	Olhar Reflexivo sobre o Aborto na Visão da Enfermagem a Partir de uma Leitura de Gênero	Quanto às perspectivas morais sobre o aborto: segundo os autores, as respostas dadas pelas profissionais versavam sobre uma análise biológica e moral “o aborto é a interrupção da gravidez através do sangramento”; “irresponsabilidade, safadeza”; “um ato agressivo”; “é tirar uma vida indefesa”; e “é um ato desumano”. Quando se referiam ao aborto provocado (todos os casos não permitidos por lei), as profissionais se posicionaram contrariamente: “pois ninguém tem o direito de tirar uma vida”; “Contra. A vida pertence a Deus, só ele pode tirá-la”; “Contra. Porque o feto não deixa de ser uma vida”; “No momento em que é provocado é tirar uma vida, nesse caso sou contra” (P6). Quanto às opiniões sobre as leis que regulam o aborto: as entrevistadas afirmaram ser favoráveis ao aborto espontâneo e aos dois casos previstos por lei. Mesmo assim, uma entrevistada afirmou: “Direito ela tem. Mas não deve”. Para outra: “Desde que seja um estupro. Caso contrário, se ela não desejar engravidar usem os anticoncepcionais”.

4.2. Publicação: Validação de conteúdo do Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido (Mosai)

A proposta de manuscrito a seguir foi submetida ao periódico Revista de Saúde Pública em 11 de junho de 2012 e, atualmente, aguarda o parecer do editor quanto à possibilidade de publicação pela revista.

 **Revista de Saúde Pública**



Informações Gerais

Edição Atual

Busca

Política Editorial

Instruções aos Autores

Corpo Editorial

Assinatura

Sites Correlatos

Fale Conosco

Submissão de Artigos

Sair

Visualizar Artigo Enviado

Utilize esta tela para visualizar o artigo submetido.

Título com o idioma original do manuscrito:

Validação de conteúdo do Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido (Mosai)

Título traduzido:

Content validation of the "Mosaic of Opinions About Abortion"

Título resumido:

Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido

Idioma original do texto:

Português ▼

Manuscrito: Validação de conteúdo do Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido (Mosai)

Autores: Denis Barbosa Cacique ¹, Prof. Dr. Renato Passini Junior ², Prof. Dra. Maria José Martins Duarte Osis ³

¹ Núcleo de Estatística e Informações Hospitalares/Hospital da Mulher Professor Doutor José Aristodemo Pinotti – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism)/Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, Brasil – (Contato: denisbarbosa.c@gmail.com)

² Departamento de Tocoginecologia/Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, Brasil - (Contato: passini@caism.unicamp.br)

³ Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (Cemicamp), Campinas, Brasil - (Contato: mjosis@cemicamp.org.br)

Participação dos autores:

Denis Barbosa Cacique: trabalhou na concepção, na revisão de literatura, na análise dos dados e na redação final do artigo;

Prof. Dr. Renato Passini Junior: trabalhou na concepção e na revisão do artigo;

Prof. Dra. Maria José Martins Duarte Osis: trabalhou na concepção, na análise dos dados e na revisão do artigo.

Endereço para correspondência:

Cidade Universitária Zeferino Vaz - Distrito de Barão Geraldo, Av. Alexander Fleming, 101, CEP 13083-881 – Campinas – SP, Telefones: (19) 3521-9404

Título: Validação de conteúdo do Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido (Mosai)

Resumo:

Esta pesquisa teve como objetivo desenvolver e validar o conteúdo do Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido (Mosai), um questionário estruturado que se pretende utilizar como instrumento para coletar informações sobre as opiniões de profissionais da saúde acerca da moralidade do aborto induzido. Métodos: o conteúdo da primeira versão do questionário foi desenvolvido com base na técnica de análise temática de conteúdo de livros, artigos, filmes, sites e jornais relatando casos de abortamento, bem como argumentando sobre sua prática. O Mosai ficou composto por seis dilemas morais (vinhetas) relacionados a casos de abortamento, cujos desfechos devem ser escolhidos pelos respondentes e podem ser justificados mediante a classificação de 15 padrões de argumentos sobre a moralidade do aborto. A fim de validar seu conteúdo, o questionário foi submetido ao crivo de um painel de 12 especialistas, uma amostra intencional constituída de médicos, juristas, bioeticistas, sociólogos, enfermeiros e estatísticos, que avaliaram os critérios de clareza da redação, pertinência, adequação à amostra e adequação aos domínios. As notas atribuídas pelos especialistas foram submetidas ao método da taxa de concordância. Os comentários livres foram analisados mediante a técnica de análise de conteúdo. Resultados: todos os dilemas e argumentos foram considerados válidos segundo a taxa de concordância, entretanto, alguns comentários motivaram a exclusão de um dilema sobre anticoncepção de emergência, dentre outras mudanças. Discussão: o Mosai foi desenvolvido com vistas a contribuir com o aumento da amplitude e profundidade dos dados sobre as opiniões de profissionais da saúde com relação à moralidade do aborto. Conclusão: a validação do Mosai poderá contribuir para que tais opiniões possam ser avaliadas de maneira ao mesmo tempo abrangente e com maior profundidade. Requer-se continuar com o processo de validação do Mosai.

Descritores: Aborto. Estudos de validação. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Interrupção voluntária da gravidez. Profissional da saúde. Análise ética. Ética.

Title: Content validation of the “Mosaic of Opinions About Abortion”

Summary:

This study aimed to develop and validate the contents of the Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido (Mosai), a structured questionnaire intended to be used as a tool to collect information about the views of health professionals about the morality of abortion. Methods: The contents of the first version of the questionnaire was developed based on the technique of thematic content analysis of books, articles, films, websites and newspapers reporting cases of abortion, as well as arguing about their practice. The Mosai was composed of six moral dilemmas (vignettes) related to induced abortion, whose outcomes should be chosen by the respondents and could be justified by the classification of 15 patterns of arguments about the morality of abortion. In order to validate its contents, the questionnaire was submitted to the scrutiny of a panel of 12 experts, an intentional sample consisted of doctors, lawyers, ethicists, sociologists, nurses and statisticians, who evaluated the criteria of clarity of writing, relevance, appropriateness to sample and suitability to the fields. These scores were analyzed by the method of concordance rate, while the free comments were analyzed using the analysis technique content. Results: All the moral dilemmas and arguments were considered valid according to the rate of agreement, however, some comments led to the exclusion of a dilemma about emergency contraception, among other changes. Discussion: The Mosai was developed aiming to contribute to the increase of the breadth and depth of data on the opinions of healthcare professionals regarding the morality of abortion. Conclusion: the content of Mosai was considered valid to serve as a tool to collect the opinions of healthcare professionals regarding the morality of abortion. However, it is required to continue the validation process of the Mosai.

Key words: Abortion. Validation studies. Healthcare providers. Health knowledge, attitudes and practice. Ethical analysis. Ethics.

Introdução:

Os profissionais da saúde desempenham papel central no contexto do cuidado à mulher em situação de abortamento. Eles assistem pacientes com complicações de interrupções inseguras; induzem o aborto em casos previstos por lei; e serão a categoria profissional mais afetada por um eventual abrandamento das restrições legais contra a interrupção voluntária da gravidez (IVG). Não por acaso, os últimos anos têm apresentado uma expressiva publicação de pesquisas visando a conhecer a relação entre os profissionais da saúde e o aborto. Dentre esses estudos, os de abordagem qualitativa são os que melhor têm produzido conhecimento aprofundado a respeito das vivências e significados atribuídos ao aborto. No entanto, a abrangência de tais estudos é sabidamente limitada: “dado que el análisis es a profundidad, solamente son estudiadas unas pocas situaciones individuales, aunque muchas variables contextuales son consideradas” (1).

A situação parece se inverter no caso das pesquisas quantitativas. Aplicados, por exemplo, por meio eletrônico e alcançando, frequentemente, centenas de profissionais, esses estudos tendem a revelar pouco sobre as razões pelas quais os sujeitos se posicionam favorável ou contrariamente ao direito ao aborto. Por exemplo, uma pesquisa verificou que 40% dos médicos consultados ajudariam uma cliente que lhes solicitasse ajuda para abortar num caso de gravidez indesejada, mas menos de 2% deles faria o procedimento (2). Esses dados são reveladores da complexa relação entre o profissional da saúde e o aborto induzido. Mas eles poderiam revelar ainda mais caso apresentassem justificativas para atitudes aparentemente tão contraditórias. Ou seja, por que é aceitável orientar uma paciente a interromper a gravidez em segurança, mas não o é interrompê-la pessoalmente? Existe uma diferença ética e legal entre as duas ações? O que os profissionais da saúde teriam a dizer sobre elas?

No Brasil, ainda inexistem publicações de pesquisas empíricas com respostas aprofundadas e, ao mesmo tempo, abrangentes, para esse tipo de questão. A abordagem necessária para se preencher tais lacunas deveria empregar um instrumento de pesquisa passível de ser utilizado de modo abrangente, de forma autorrespondível e viável de ser aplicado eletronicamente ou enviado pelos correios. Tal instrumento deveria possibilitar a estimativa de proporções, taxas e porcentagens de conhecimentos, opiniões e atitudes sobre o aborto,

sem, no entanto, desprezar a investigação das vivências e significados implícitos em tais elementos. Pois, conforme defende Chaloner, há pouco sentido em se dizer que o aborto - ou qualquer outro tema controverso - seja moralmente correto ou incorreto se, ao fazê-lo, não forem apresentados os critérios com base nos quais essas perspectivas são defendidas (3).

O objetivo deste artigo é descrever o processo de desenvolvimento e validação de conteúdo do Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido (Mosai) (Anexo 1), um instrumento que se pretende utilizar para conhecer com abrangência e profundidade as opiniões de profissionais da saúde sobre o aborto.

Métodos:

Tratou-se de uma pesquisa metodológica (4-7) visando ao desenvolvimento do questionário Mosai, bem como sua validação de conteúdo por um painel de especialistas.

O Mosai constitui-se de seis vinhetas sobre pessoas considerando a possibilidade de abortar. Vinhetas são narrativas compactas de uma situação real ou fictícia, redigidas de modo a eliciar informações sobre as percepções, opiniões ou conhecimentos dos respondentes sobre algum fenômeno que se pretende estudar (8). No Mosai, todas as vinhetas consistem em dilemas morais, ou seja, circunstâncias em que obrigações morais demandam (ou parecem demandar) que uma pessoa realize duas ou mais ações mutuamente excludentes (9). Esses dilemas foram adaptados de casos reais relatados em publicações científicas ou em notícias sobre pessoas que interromperam a gravidez ou consideraram fazê-lo. Originalmente, o questionário apresentava sete vinhetas (e não seis), que versavam sobre as principais demandas por IVG segundo a classificação médica oficial: eugênica, terapêutica, seletiva e voluntária (10). Os títulos originais, tipo de demanda segundo a nomenclatura médica oficial, temas abordados e fontes utilizadas em cada uma dessas vinhetas estão resumidas no Quadro 1.

Quadro 1: Temas abordados por vinheta

Título	Nomenclatura	Tema	Fonte
Jussara	Seletiva	Feto anencéfalo	“O aborto dos outros” (11)
Turmalina (Maria)	Eugênica	Feto apresentando a Síndrome de Down	“Síndrome de Down: sentimentos vivenciados pelos pais frente ao diagnóstico” (12)
Graziane	Terapêutica	Síndrome de Eisenmenger na gravidez	Baseado em notícia publicada no Jornal de Londrina (13) e em dados de artigo científico (14)
Ângela	*	Anticoncepção de emergência	“Anticoncepção de emergência no Brasil: facilitadores e barreiras” (15)
Marina	Voluntária	Violência sexual	“Histórias de mulheres em situação de violência e aborto previsto em lei” (16)
Rita	Voluntária	Aborto social ou econômico	“Aborto Inseguro: prevenção e redução de riscos e danos” (17)
Mara	Voluntária	Violência sexual	Inspirado em casos relatados por um médico

Nota: * Note-se que a vinheta ‘Ângela’ não possui uma nomenclatura médica oficial, pois a AE tende a ser considerada, no meio médico e científico, um método contraceptivo sem implicações abortivas, muito embora esse ponto não seja, de fato, consensual, conforme discutimos na etapa de validação de conteúdo.

Após o desfecho de cada vinheta, inserimos uma série de frases afirmativas que devem ser classificadas mediante uma escala tipo Likert com cinco níveis, indo de “concordo muito” a “discordo muito”. Essas frases representam alguns dos principais argumentos utilizados no debate sobre o tema, e foram identificados por meio da técnica de análise temática de conteúdo de artigos, livros, páginas da internet, revistas, jornais e filmes sobre o assunto (11). Para introduzir esses argumentos, lançamos mão da técnica “fragment strategy”, redigindo cada frase (doravante chamada de “fragmento”) como se fosse a forma condensada de um argumento, ao invés de sua estrutura lógica completa (12-15). Ao todo, foram identificados quatorze padrões de argumentos: sete favoráveis ao direito ao abortamento (Quadro 2) e sete contrários (Quadro 3).

Além desses 14 padrões de argumentos, o Mosai também utiliza uma série de fragmentos com conteúdo irrelevante para o tema, e que só serão pontuadas por aqueles sujeitos que responderem as questões de modo aleatório, possibilitando, assim, o expurgo de questionários mal respondidos.

Após o desenvolvimento da primeira versão do questionário, procedemos à validação de conteúdo. A validade do conteúdo de um instrumento, isto é, o grau com que suas questões são representativas do problema analisado (16, 17), foi estabelecida mediante o julgamento

de especialistas sobre o assunto, conforme se recomenda na literatura (5, 18). Para isso, foram convidados (as) por e-mail ou por telefone 24 pesquisadores (as) atuantes em pelo menos uma das seguintes áreas de conhecimento: ética, bioética, direito e aborto. Tratou-se de uma amostra intencional (1, 19), definida segundo a lógica de casos ricos em informação e composta por especialistas reconhecidos por sua atuação nas áreas mencionadas e, portanto, capazes de contribuir criticamente com a validação de conteúdo do Mosai. Dos (as) 24 pesquisadores (as) convidados (as), 12 manifestaram consentimento por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e participaram efetivamente da pesquisa. Para isso, lhes foi enviado pelos correios um envelope contendo: versão original do Mosai, um envelope pré-selado, o TCLE e um guia para validação. Esse guia consistia numa espécie de passo a passo a ser utilizado pelos especialistas durante a validação do questionário. Ele continha todos os conteúdos do Mosai, bem como os critérios (e suas respectivas definições) que deveriam ser utilizados para a avaliação do instrumento. As vinhetas deveriam ser avaliadas de duas formas: com notas de zero a cinco para os critérios de “adequação à amostra”, “relevância para o tema” e “clareza da redação”; e com comentários, críticas e sugestões redigidas livremente. Já os fragmentos deveriam ser julgados com notas de zero a cinco para os critérios de “pertinência ao domínio”, “adequação à amostra”, “relevância para o tema” e “clareza da redação”; e com comentários, críticas e sugestões redigidas livremente.

As notas foram avaliadas segundo a taxa de concordância, um escore que descreve a nota média recebida por cada conteúdo (17). Geralmente, a taxa de concordância utiliza uma escala tipo Likert com quatro possíveis respostas (de um a quatro), de tal modo que apenas as notas “três” e “quatro” indicam que o conteúdo é válido. Em nossa pesquisa, utilizamos uma escala com cinco níveis (um para “péssimo”, dois para “ruim”, três para “regular”, quatro para “bom” e cinco para “ótimo”) e consideramos satisfatórios os conteúdos com médias entre “quatro” e “cinco”. Em valores percentuais, consideraram-se válidos os conteúdos com médias entre 60 e 100.

Quadro 2: Argumentos favoráveis ao aborto e respectivas ideias centrais

Argumento	Ideias centrais
Feminismo clássico	Defesa da autonomia sobre o próprio corpo; Crítica às éticas tradicionais; Crítica ao papel tradicional da mulher na sociedade.
Utilitarismo de escopo social	Ênfase sobre os custos econômicos para o SUS do tratamento de complicações de abortamentos; A implicação de injustiças sociais pela criminalização; Ineficácia da criminalização; Manutenção da indústria do aborto.
Apelo emotivo	Ênfase exagerada e com forte apelo emocional sobre aspectos negativos da manutenção da gravidez, ou sobre as razões para se fazê-lo.
Estatuto moral	Argumentação filosófica em torno dos critérios para se definir uma pessoa, incluindo o raciocínio gradualista; Contestação da sacralidade da vida.
Argumento político	Crítica às leis que violam o princípio jurídico da laicidade.
Utilitarismo de escopo individual	Ênfase sobre os eventuais benefícios (ou evitamento de prejuízos) para a mulher, o casal, os profissionais da saúde ou o próprio feto envolvidos num caso de IVG.
Direitos sexuais e reprodutivos	Baseia-se na noção de “direito à saúde”, entendendo-se que o acesso ao abortamento legal e seguro sob a demanda da mulher é condição de possibilidade para a conquista desse direito.

Os comentários livres redigidos pelos especialistas em relação às vinhetas e aos fragmentos foram avaliados segundo a técnica de análise de conteúdo (19). Isso resultou na categorização de três tipos de comentários sobre as vinhetas: “clareza da redação”, “adequação do texto à amostra” e “correções contextuais”. No caso dos fragmentos, a categorização resultou em cinco padrões de comentários: “clareza da redação”, “adequação do texto à amostra”, “correções contextuais”, “adequações ao domínio” e “ajustamento ideológico”.

Quadro 3: Argumentos contrários ao aborto e respectivas ideias centrais

Argumento	Ideias centrais
Ética feminista	Defesa de um suposto feminismo autêntico; Argumento de que as mulheres abortam pela falta de amparo social; A IVG seria um abuso de poder contra o feto análogo ao do homem contra a mulher; Argumento de que a IVG reforça a visão da mulher como objeto sexual.
Utilitarismo de escopo social	Uso de argumentos do tipo “ladeira escorregadia” e referência à chamada “cultura da morte”; Argumento de que a descriminalização levaria a um aumento da promiscuidade, seguido de mais abortamentos e da sobrecarga do SUS.
Apelo emotivo	Ênfase exagerada e com forte apelo emocional sobre aspectos negativos da IVG, ou sobre as razões para se fazê-lo; Referência ao nascituro mediante termos como “bebê”, “criança” e “pessoa”, independentemente do estágio de desenvolvimento.
Estatuto moral	Afirmção da sacralidade ou inviolabilidade da vida humana; Referência ao argumento da potencialidade e ao princípio da reciprocidade.
Argumento político	Argumento de que é dever do Estado proteger a vida humana, conforme consta na Constituição e em determinados acordos firmados internacionalmente.
Consentimento tácito	Argumento de que, num ato sexual consentido, o casal aceita, tacitamente, o risco de que a relação resulte numa gravidez, devendo, portanto, responsabilizar-se por ela; Afirmção da inocência do feto mesmo em casos de gestação decorrente de violência sexual ou risco de vida para a gestante.
Utilitarismo de escopo individual	Ênfase sobre os eventuais benefícios (ou evitamento de prejuízos) para a mulher, o casal, os profissionais da saúde e o feto caso a gestação seja mantida.

Resultados:

A amostra de 12 sujeitos foi predominantemente feminina, com apenas dois homens. Todos os participantes eram moradores da região sudeste (sete de Campinas, quatro de São Paulo e um do Rio de Janeiro). Quatro pessoas classificaram sua atividade profissional como “docente”, dois como “pesquisador” e os demais como “advogado”, “enfermeira”, “estatístico”, “profissional administrativo” e “psicóloga”; um participante não forneceu essa informação. O tema do aborto não fazia parte da atividade profissional de três sujeitos do estudo. Quanto aos demais, quatro lidavam profissionalmente com o tema há pelo menos 20 anos. Três entre 10 e 19 anos. E dois entre cinco e nove anos. O desenvolvimento de instrumentos de pesquisa fazia parte da atividade profissional de três sujeitos por períodos de tempo entre 21 e 30 anos; de cinco sujeitos por períodos entre 11 e 20 anos; e de dois sujeitos por períodos variando entre cinco e 10 anos. Apenas um participante não desenvolvia instrumentos de pesquisa. A idade média da amostra foi de 52 anos.

Nenhuma vinheta recebeu uma nota média menor ou igual a 85 para qualquer um dos critérios avaliados, de tal modo que todas foram consideradas válidas (Tabela 1).

Tabela 1: Notas médias recebidas pelas vinhetas (escore 0-100)

Vinheta/Tema	Clareza da Redação	Adequação à Amostra	Relevância para o Tema
1 - Jussara (Tema da Anencefalia)	86,7	95,0	100,0
2 - Turmalina (Síndrome de Down)	94,5	92,7	96,0
3 - Graziane (Síndrome de Eisenmenger)	93,3	100,0	96,7
4 - Ângela (Anticoncepção de Emergência)	96,4	96,7	93,3
5 - Marina (Violência Sexual)	95,0	93,3	100,0
6 - Rita (Aborto Social)	91,7	93,3	98,3
7 - Mara (Violência Sexual)	93,3	96,7	100,0

Com relação aos comentários livres dos especialistas, na categoria “clareza da redação” foram indicadas correções, sugestões e dúvidas relacionadas às qualidades formais do texto, como ortografia, sintaxe, e clareza. Quanto à “adequação do texto à amostra”, a consulta ao painel de especialistas nos permitiu perceber certa recorrência no uso de jargões, sobretudo de contexto médico e bioético. Uma vez que o questionário deverá ser aplicado em profissionais da área da saúde com formações diversas, procurou-se substituir esses jargões por expressões de conhecimento mais comum. Por fim, na terceira categoria, “correções contextuais”, a vinheta mais comentada foi “Ângela”, sobre o uso da anticoncepção de emergência (AE). Ao inserirmos uma vinheta sobre AE num questionário sobre o aborto, pretendíamos investigar como os futuros sujeitos do estudo avaliariam a moralidade do uso desse método, haja à vista que alguns estudos têm demonstrado conhecimentos tecnicamente equivocados de profissionais da saúde quanto ao seu uso e mecanismos de ação (20). Ocorreu, no entanto, que a maioria dos especialistas demonstrou preocupação quanto à relevância (e repercussões) desse objetivo. Um deles advertiu que “em momento algum você diz que ela engravidou...”, e, sendo assim, “acredito que esse tema não tenha relevância na legalização do aborto”. Para outro especialista, “o tema da AE está sempre associado erroneamente à interrupção da gravidez”, razão pela qual “recomendo não incluir este caso, pois facilita a sua correlação [com o efeito abortivo] ao invés de esclarecer que os seus efeitos são semelhantes aos da contracepção em alguns métodos”. Tendo em vista essas considerações, optamos por excluir a vinheta “Ângela” do questionário. Também retiramos a vinheta “Mara”, cujo tema, violência sexual, já era abordado no dilema “Marina”. Ao cabo desse processo de incorporação das críticas e sugestões dos especialistas, o Mosai foi reduzido a cinco vinhetas (“Jussara”, “Turmalina”, “Graziane”,

“Marina” e “Rita”). Posteriormente, criamos e acrescentamos uma sexta vinheta, “Paula”, que versa sobre uma gravidez indesejada decorrente da falha de método contraceptivo.

Quanto aos fragmentos, nenhum deles recebeu uma nota média menor ou igual a 80 para qualquer um dos critérios avaliados, de tal modo que todos foram considerados válidos. Porém, os fragmentos também foram avaliados segundo os comentários livres redigidos pelos especialistas, organizados em cinco categorias: “clareza da redação”, “adequação do texto à amostra”, “correções contextuais”, “adequações ao domínio” e “ajustamento ideológico”. As categorias de “clareza da redação” e “adequação do texto à amostra” seguiram os mesmos critérios das categorias homônimas utilizadas para a análise de conteúdo das vinhetas. Na terceira categoria, referente a “correções contextuais”, apareceram advertências com relação a afirmações equivocadas sobre o tema. Por exemplo, um dos fragmentos afirmava que “Interromper a gravidez num caso como esse talvez seja a melhor maneira de proteger o nascituro de um futuro repleto de sofrimento” (vinheta “Jussara”, sobre um caso de anencefalia). Um dos especialistas questionou se esse sofrimento ocorria de fato.

A quarta categoria, referente a “adequações ao domínio”, compreendeu as sugestões dos especialistas para adequação do conteúdo dos fragmentos aos argumentos a que se referiam. Por exemplo, dois fragmentos referentes ao “feminista clássico” (“um dos pontos centrais nesse caso é que Jussara não seja coagida nem pelo seu marido nem pelos profissionais de saúde a tomar uma decisão contra ou a favor do aborto” e “se Jussara chegar a uma posição definitiva sobre o que fazer, então sua vontade deverá ser respeitada, seja para interromper, seja para manter a gestação”) foram questionados por um especialista, que perguntou se “no feminismo clássico se aceita que a mulher faça outra escolha que não o aborto”.

Quanto os fragmentos do argumento “apelo emotivo”, foram recorrentes afirmações do tipo “eu acho que a frase está forte demais”. Um especialista discordou da “forma desrespeitosa dada ao embrião ou ao feto”, que não lhe parecia um “apelo emocional, mas os adjetivos desqualificam o conteúdo da argumentação sem apelar para uma discussão pertinente”. Ocorre que evitar a discussão e argumentação racional é a característica essencial do apelo emotivo. Por isso, optamos pela utilização de fragmentos com teores agressivos, não por

concordarmos com eles ou querermos endossá-los e sim por eles serem efetivamente empregados entre os polemistas do aborto.

Com relação aos fragmentos do “argumento político contrário ao aborto”, dois especialistas sugeriram mencionar o Pacto de São José de Costa Rica, de 22 de novembro de 1969, um tratado internacional que defende o direito à vida desde o momento da concepção, bem como o reconhecimento da personalidade jurídica a partir do mesmo momento, de tal modo que, segundo um dos especialistas, “permitindo o aborto, o Governo Brasileiro estaria descumprindo o Pacto de São José”.

Finalmente, em relação à categoria “ajustamento ideológico”, embora o objetivo dessa pesquisa não fosse o de conhecer as opiniões dos especialistas sobre a moralidade da interrupção voluntária da gravidez (IVG), mas sim validar o conteúdo do Mosai, alguns participantes se deram conta da tensão entre suas convicções pessoais e a exigência de neutralidade, expressando-a explicitamente: “é muito difícil separar o que pensamos; e como analisar a frase de forma neutra”.

O Mosai também recebeu uma série de mudanças graças às discussões entre os autores da pesquisa. Foi o caso, por exemplo, da alteração do nome da protagonista da segunda vinheta, de “Turmalina” para “Maria”.

Uma mudança mais estrutural foi a reformulação das questões subsequentes às vinhetas. Originalmente, após cada vinheta, o questionário perguntava ao respondente se ele era favorável ao abortamento naquele caso. Ocorre que, conforme adverte Faúndes, “praticamente ninguém está a favor do aborto ‘per se’ ou contra o aborto, sem exceção” (21); na verdade, “el verdadero dilema es condenar o no condenar a la mujer que aborta”, de tal modo que “hay quien cree que la solución al problema del aborto es condenar, mientras otros piensan que condenar a la mujer que aborta no es solución” (22). Tendo em vista essas considerações, nos convencemos da necessidade de reescrever aquela questão, dessa vez, buscando saber não mais se os respondentes são favoráveis ou contrários ao aborto, e sim se eles concordam ou não com a configuração legal do aborto para cada um dos casos abordados nas vinhetas.

Além de reformularmos a questão sobre o direito à IVG, acrescentamos uma pergunta sobre qual deveria ser o papel do SUS em cada uma das circunstâncias apresentadas pelo questionário. Por exemplo, no dilema “Jussara”, que versa sobre a gestação de um feto com Síndrome de Down, perguntamos: “Se Jussara pudesse interromper a gravidez legalmente, você seria a favor de que o procedimento fosse realizado pelo SUS?”.

Outra mudança importante ocorreu em vista do julgamento do Supremo Tribunal Federal (STF) sobre a possibilidade de interrupção da gravidez em casos de anencefalia. Originalmente, a vinheta “Jussara” era acompanhada de uma série de fragmentos relacionados à necessidade de se solicitar ao judiciário uma autorização para a interrupção legal da gravidez em tais circunstâncias. Com a decisão do STF, no entanto, esses fragmentos precisaram ser reformulados, passando a se referir à possibilidade de realizar o procedimento de modo legal e seguro, e não mais à necessidade de peticionar uma autorização judicial para fazê-lo. O Anexo 2 deste artigo consiste na versão atualizada do Mosai, ou seja, incorporando as correções e sugestões levantadas pelos especialistas, bem como a atualização do conteúdo sobre a possibilidade legal de interrupção da gravidez em casos de anencefalia.

Considerações finais:

Até a presente etapa, o objetivo desta pesquisa consistiu em desenvolver e validar o conteúdo do Mosai. Julgamos ter alcançado esse objetivo de modo satisfatório. As intervenções dos especialistas nos permitiram corrigir equívocos conceituais e contextuais, bem como identificar ambiguidades na redação do questionário. Na sequência, o processo de validação do Mosai continuará. As próximas etapas serão o seu pré-teste numa amostra de 10 médicos especialistas em gineco-obstetrícia, a fim de verificar sua aplicabilidade. As propriedades psicométricas do questionário também necessitam ser avaliadas em estudos vindouros, incluindo a validade de construto, a consistência interna e a confiabilidade.

Reconhecemos que uma possível limitação do processo de validação de conteúdo seja a ausência de especialistas de outras regiões brasileiras além da sudeste. Ressalve-se, porém, que foram convidados sujeitos de outros estados, incluindo Bahia, Rio Grande do Sul e Distrito Federal, que, entretanto, não puderam participar. Uma eventual consequência dessa

limitação pode ser a inadequação de determinadas características do questionário às especificidades do aborto induzido (bem como das perspectivas a seu respeito) em certas regiões brasileiras. Na prática, isso significa que algumas vinhetas e fragmentos podem não apresentar a relevância desejada para profissionais da saúde das regiões não representadas no painel de especialistas. Pelo mesmo motivo, é possível que o Mosai não aborde temas que são muito relevantes para profissionais dessas regiões, mas que não foram previstos pelos autores nem comentados pelo painel de especialistas que efetivamente avaliou o instrumento.

Outra possível limitação é a relação desbalanceada entre homens e mulheres na composição do painel de especialistas. Ressalve-se, no entanto, que a composição prevista para o painel era de um número mais equilibrado entre homens e mulheres. Porém, dos oito homens convidados a integrar o estudo, apenas dois acabaram participando. Embora esse dado possa ser interpretado como indicativo de um menor interesse masculino pela questão, tendemos a acreditar que essa ampla margem de abstenção seja casual, haja à vista que todas essas pessoas podem ser consideradas especialistas sobre o tema do aborto.

Salientamos que o Mosai é um questionário original no cenário brasileiro e sua criação e validação de conteúdo se pautaram nos parâmetros metodológicos recomendados para esse tipo de estudo. Trata-se de um instrumento desenvolvido com vistas a contribuir com o aumento da amplitude e da profundidade dos dados sobre as opiniões de profissionais da saúde com relação ao tema do aborto, incluindo médicos (as), enfermeiros (as), assistentes sociais e psicólogos (as), dentre outros (as). Esse tipo de informação é essencial para a elaboração de leis mais adequadas às perspectivas da sociedade, para o aprimoramento das condições de trabalho dos profissionais da saúde e para a melhora da qualidade da assistência que esses trabalhadores oferecem às mulheres em situação de abortamento.

Referências:

1. Mayan MJ. Una introducion a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Mexico: Qual Institute Press; 2001.

2. Faúndes A, Duarte GA, Andalaft Neto J, Olivatto AE, Simoneti RM. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2004;26:89-96.
3. Jones K, Chaloner C. Ethics of abortion: the arguments for and against. *Nurs Stand*. 2007;21(37):45-8.
4. Contrandipoulos APea. Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento. 2 ed. São Paulo, BR: Hucitec; 1997.
5. Polit D, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3 ed. Porto Alegre, BR: Artes Médicas; 1995.
6. Demo P. Metodologia Científica em Ciências Sociais. 3 ed. São Paulo, SP: Editora Atlas S.A.; 1995. 293 p.
7. Demo P. Pesquisa e Construção de Conhecimento: Metodologia Científica no Caminho de Habermas. 5 ed. Rio de Janeiro, RJ: Tempo Brasileiro; 2002.
8. Galante AC, Aranha JA, Beraldo L, Pelá NTR. A vinheta como estratégia de coleta de dados de pesquisa em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2003;11:357-63.
9. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4 ed. New Your, NY: Oxford University Press; 1994.
10. Diniz D, Almeida Md. Bioética e Aborto In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, editors. Iniciação à Bioética. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 320.
11. Minayo MCdS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1993. 269 p.
12. Rest JR, Narvaez D, Thoma SJ, Bebeau MJ. DIT2: Devising and testing a revised instrument of moral judgment. *Journal of Educational Psychology*. 1999;91(4):644-59.
13. Rest J, Narvaez D, Bebeau MJ, Thoma SJ. Postconventional moral thinking: a neo-Kohlbergian approach. 1 ed. London: Lawrence Erlbaum associates, Inc.; 1999. 229 p.
14. Rest J, Thoma SJ, Narvaez D, Bebeau MJ. Alchemy and Beyond: Indexing the Defining Issues Test. *Journal of Educational Psychology*. 1997;Vol. 89(3):498-507.
15. Rest J, Thoma S, Edwards L. Designing and validating a measure of moral judgment: Stage preference and stage consistency approaches. *Journal of Educational Psychology*. 1997;89(1):5-28.

16. Sampieri RH, Collado CF, Lúcio PB. Metodologia de la Investigacion. 4 ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
17. Wynd C, Schmidt B, Schaefer M. Two quantitative approaches for estimating content validity. West J Nurs Res. 2003;25(5):508-18.
18. Coolican H. Research Methods and Statistics in Psychology. 2 ed: Hodder & Stoughton; 1999.
19. Turato ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2 ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes Ltda.; 2003. 685 p.
20. Galvao L, Diaz J, Diaz M, Osis MJ, Clark S, Ellertson C. Emergency Contraception: Knowledge, Attitudes and Practices Among Brazilian Obstetrician-Gynecologists. International Family Planning Perspectives. 1999;25(4):5. Epub 171+180.
21. Faúndes A, Barzelatto J. O drama do aborto: em busca de um consenso. Campinas, SP: Editora Komedi; 2004. 304 p.
22. Faúndes A. El Falso Dilema de estar a Favor o en Contra del Aborto. 2004. Available from: <http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/libro3.pdf>.

5. Discussão

O objetivo principal dessa pesquisa foi o de desenvolver e validar o conteúdo de um questionário para se conhecer as opiniões de profissionais da saúde sobre a moralidade do aborto: o Mosai. Para isso, entendemos que, primeiramente, seria necessário realizar uma revisão de literatura de pesquisas empíricas sobre opiniões, conhecimentos e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido. A metodologia e os resultados desse processo de revisão foram descritos no manuscrito intitulado “Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011”. Nesse trabalho, constatamos que, ao longo do período entre 2001 e 2011, foram desenvolvidas 12 pesquisas empíricas, descritas em 16 publicações, visando a investigar as opiniões, conhecimentos e atitudes de profissionais da saúde com relação ao tema do aborto.

Quanto às principais características metodológicas das publicações incluídas, observa-se um equilíbrio entre os métodos quantitativo e qualitativo, sendo sete para o primeiro tipo e nove para o segundo. A principal técnica de coleta de dados nas publicações qualitativas é a realização de entrevistas semiestruturadas, referida em sete publicações, ao passo que grupos focais e questionários abertos autorrespondidos foram citados uma vez cada. Por sua vez, todas as publicações quantitativas relataram ter utilizado questionários fechados, autorrespondidos e de autoria dos próprios pesquisadores. No entanto, não encontramos informações sobre o processo de validação de qualquer um desses

instrumentos, que parecem ter sido apenas pré-testados. Além disso, é importante frisar que a perda de dados nesse tipo de estudo, geralmente realizado por meio eletrônico ou postal, não é desprezível. Desse modo, ainda que muitos profissionais aceitem participar dos estudos, a proporção daqueles que se recusam a fazê-lo é quase sempre muito maior. Destaque-se, ainda, que Salzano e Shüler utilizaram um questionário internacional traduzido para o português, sem, no entanto, apresentar dados sobre eventuais pré-testes, validação ou adaptação transcultural do instrumento (118).

Com relação aos principais resultados desses estudos, nossa revisão identificou taxas elevadas de aceitação da inclusão das malformações fetais graves no rol de casos permitidos por lei, mas são dados anteriores à decisão do STF para a ADPF 54. Quanto às situações que atualmente encontram respaldo legal para o abortamento (risco de morte para a gestante e gravidez decorrente de estupro), verificamos aprovação quase absoluta em todas as pesquisas. Por outro lado, o abrandamento da lei para demais casos (como condição socioeconômica inadequada da mulher ou do casal, ou pais portadores de HIV) tendeu a ser amplamente rejeitado pelos pesquisados. Esses dados sugerem que os profissionais da saúde brasileiros se posicionam de maneira parecida com a dos médicos de vários outros países. Estudo realizado na Argentina, por exemplo, constatou larga aprovação para que as leis do país permitissem a IVG em casos de violência sexual, risco para a saúde mental da gestante e presença de defeitos congênitos, todos os casos com pelo menos 77% de aceitação pelos médicos consultados (119). Já em situações de inadequação econômica ou gravidez indesejada, esse índice não chegou a 48% em ambos os casos. Em estudo realizado nos Estados Unidos, pesquisadores verificaram que apenas 13% dos médicos eram favoráveis à criminalização do aborto (120). Na Índia, pesquisadores

constatarem que 85,8% dos médicos eram favoráveis à interrupção tardia da gestação em casos de malformações fetais graves (121). Estudo realizado na Suécia verificou que 94% dos médicos participantes concordavam totalmente com a lei que permite a interrupção legal da gravidez (122). Tais resultados levam a crer que os profissionais da saúde, especialmente os médicos, tendem a apresentar posturas liberais com relação à permissibilidade do aborto. No entanto, essa parece ser uma liberalidade com limites, já que os casos de gravidez indesejada e inadequação econômica não costumam apresentar índices de aceitação superiores a 50. O que parece faltar tanto às pesquisas brasileiras como às internacionais é o enfrentamento dos possíveis determinantes de tais posturas com relação à legalidade do aborto. Por exemplo, uma pesquisa verificou que 40% dos médicos consultados ajudariam uma cliente que lhes solicitasse ajuda para abortar ilegalmente num caso de gravidez indesejada, mas menos de 2% deles faria o procedimento (38). Esse disparate aponta para a complexa relação existente entre o profissional da saúde e o aborto induzido. Mas esses dados poderiam revelar ainda mais caso apresentassem justificativas para atitudes aparentemente tão contraditórias. Lembrando-se que há pouco sentido em se dizer que o aborto seja moralmente correto ou incorreto se, ao fazê-lo, não forem apresentados os critérios com base nos quais essas perspectivas são defendidas (39).

Nos estudos incluídos em nossa revisão o estudo da moralidade revelou posições contrárias ao aborto, que, em alguns casos, resultavam numa assistência discriminatória à mulher que interrompe a gravidez. Nesses casos, o aborto foi frequentemente descrito como crime e pecado. O receio de que o abrandamento das leis levasse a uma “epidemia de abortamentos” também foi citado em um dos estudos. Em outra publicação, veio à tona a noção de fatalismo, segundo a qual “aquilo que vem para gente é

aquilo que a gente tem condição de suportar”, e, por isso, o abortamento deveria ser evitado, e as mulheres que o realizam, “punidas”. A oposição à realização do aborto também se baseou na ideia de que “a missão dos obstetras é salvar vidas”, numa clara oposição à ideia subentendida da morte do nascituro.

Tratado como sinônimo de “ética”, o termo “moralidade” designa, aqui, os costumes, os hábitos, os comportamentos dos seres humanos e as regras de comportamento adotadas pelas comunidades (123). Trata-se, portanto, de um domínio diferente daquele do direito. Este, de fato, recolhe da moral princípios vitais e constitutivos dos processos de eleição de valores e formas de compreensão de conteúdos de ações humanas específicas (124). Porém, isso não significa um reducionismo do direito à moral. Antes, significa que o direito é forma, e que esta forma se apropria das experiências gerais da sociedade, incluindo, dentre elas, as morais, religiosas, políticas, ideológicas, dentre outras (125). No primeiro caso, está-se diante de um direito moral (ou justo). No segundo, imoral (ou injusto). De todo modo, ao se analisar a relação entre moral e direito, deve-se notar que o segundo nutre-se do primeiro, mantendo, contudo, uma relação continuamente dialética com aquele, ao enviar-lhe novos conceitos e normas, e receber novos conceitos e normas (125). Ocorre que, enquanto a moralidade pode expressar convicções muito pessoais, o exercício do poder político deve se pautar em razões públicas, ou seja, em razões que, uma vez apresentadas num debate, mostrem-se capazes de persuasão independentemente de convicções ou crenças individuais, sempre visando à manutenção do bem comum (126). Tome-se, por exemplo, as ações de saúde pública. Por meio delas, objetiva-se a interferir no processo saúde-doença da coletividade, com a finalidade de proporcionar um melhor estado de saúde das populações. Não raramente, essa busca implica em conflitos morais, pois,

muitas vezes, limitam ou restringem liberdades e decisões individuais, ensejando o bem comum ou evitando consequências antissociais. Ora, conforme observam Fortes e Zoboli (127), as ações da saúde pública que sobrepõem à autonomia individual devem fazê-lo sempre em nome do interesse público, caso, por exemplo, das leis impedindo o fumo em locais públicos fechados, bem como aquelas que tornam compulsória a vacinação de crianças e adolescentes.

Essa reflexão talvez nos ajude a entender a incongruência que se observa entre as opiniões de profissionais da saúde sobre a legalidade e a moralidade do aborto. Enquanto que, no domínio da legalidade (isto é, no da vida pública), nota-se uma ampla aprovação do direito à IVG em diversas circunstâncias, no domínio da moralidade (ou seja, no da vida privada), percebe-se uma tendência contrária. Pesquisadores constataram que 88,5% dos entrevistados consideravam que a IVG deveria ser permitida em casos de malformações fetais graves, 31,5% em casos de riscos para a saúde materna, 12,9% por conta de razões socioeconômicas, 13,3% em respeito à escolha da mulher e 4% nunca (128). No entanto, quando perguntados sobre se já haviam realizado o procedimento, apenas 32,9% responderam afirmativamente. Poucos médicos consideram que a IVG deva ser criminalizada, mas isso não pode ser interpretado como uma aprovação da moralidade do aborto por essa categoria. Na verdade, parece ser o caso de inferir que esses profissionais não consideram correto abortar, reconhecendo, ainda assim, que seria pior para a sociedade se o procedimento não fosse permitido por lei, pelo menos em algumas circunstâncias.

Por outro lado, é preciso destacar que os artigos incluídos em nossa revisão também identificaram discursos legitimando a moralidade do aborto, só que em menor número do que os contrários. A pesquisa desenvolvida por Lucilda com profissionais

vinculados ao programa Aborto Legal talvez tenha sido aquela que identificou a maior proporção de opiniões defendendo a validade moral da IVG (129). Segundo a autora, “em nenhum momento os profissionais deixaram transparecer preocupações amedrontadas com juízos morais opostos ao programa”. De qualquer modo, é importante ressaltar que essas opiniões foram verificadas entre profissionais que já atuam na interrupção da gravidez de mulheres vítimas de estupro, fato que, talvez, possa ser considerado um viés de seleção.

Não identificamos nenhuma publicação de estudo quantitativo com profissionais de enfermagem, serviço social ou saúde mental. Muito embora as normas técnicas sobre a atenção humanizada ao abortamento preconizem o atendimento multiprofissional à mulher, incluindo profissionais da saúde mental e de serviço social (130), somente quatro publicações, todas qualitativas, apresentavam dados sobre assistentes sociais e psicólogos, ainda assim, de modo bastante modesto. Consequentemente, podemos considerar que inexiste informações amplas sobre as opiniões, atitudes e conhecimentos desses profissionais com relação ao aborto. Talvez, esse fato se deva a uma eventual falta de respaldo para a realização de pesquisas de maior abrangência com tais categorias, já que esse tipo de estudo tende a demandar significativos montantes de recursos financeiros e apoio institucional. Lembre-se, por exemplo, que, dentre as pesquisas que analisamos, aquelas com maiores amostras foram realizadas com o financiamento e apoio logístico da Febrasgo (38, 128, 131-133). Outro possível determinante da ausência de publicações de pesquisas amplas com profissionais não médicos é a inexistência de questionários padronizados, validados e confiáveis que possam ser utilizados para essa finalidade.

Esses dados indicam haver um possível viés de publicação nas pesquisas de profissionais da saúde sobre o aborto: quase sempre, somente os médicos são ouvidos. O

viés de publicação é a tendência de os estudos publicados serem sistematicamente diferentes do conjunto de todos os estudos realizados sobre a questão (134). Buscas não sistemáticas realizadas em bases mais amplas, como o Google Acadêmico, sugerem a existência de uma diversidade maior de profissionais da saúde ouvidos em pesquisas de opinião sobre o aborto. Dois exemplos são as pesquisas de Lolatto (135) e Matos (136), ambas mobilizando assistentes sociais, mas não publicadas. De qualquer modo, cabe reconhecer que, face às dificuldades inerentes à realização de pesquisas empíricas sobre o aborto no Brasil, decorrentes da criminalização e do estigma social em torno de sua prática, os hospitais e maternidades da rede pública (frequentemente universitários) têm sido os locais privilegiados dos estudos sobre o tema (30). Nesses locais, dado que os profissionais de medicina e de enfermagem são aqueles mais diretamente envolvidos na atenção às mulheres assistidas, é compreensível que as pesquisas visem mais às suas opiniões do que às de outras categorias.

Mesmo fora do Brasil, se verifica que, desde a década de 1970, as pesquisas de opinião realizadas com profissionais da saúde geralmente privilegiam a inclusão de profissionais de medicina ou de estudantes dessa área, casos, por exemplo, de uma série de estudos realizados no México (137-141), Estados Unidos (120, 142, 143), Japão (144), Suécia (122, 145), Nova Zelândia (146), Vietnã (147), Jamaica (148), Bélgica (149), Argentina (119), Dinamarca (150), Bangladesh (151) e México, Honduras, Porto Rico e Nicarágua (152). Nessas 19 publicações, os profissionais de medicina constituem proporções considerável das amostras (geralmente também formadas de profissionais de enfermagem), ou então são a única categoria consultada. Isso mostra que, apesar de criticável, a tendência das pesquisas brasileiras de concentrar seus estudos na investigação

de profissionais de medicina está alinhada com uma tradição disseminada em vários continentes.

De qualquer modo, não se pode negar o papel central desempenhado pelos médicos gineco-obstetras no cotidiano do aborto induzido (153). São eles que assistem pacientes com complicações de interrupções inseguras. São eles que induzem o aborto em casos previstos pela lei. E serão eles a categoria profissional mais afetada por um eventual abrandamento das restrições legais contra a IVG. É oportuno lembrar que a proposta de reforma do Código Penal, em tramitação no Senado, prevê que essa categoria seja incumbida de diagnosticar não apenas os casos em que a gravidez põe em risco a vida da gestante, mas também aqueles em que esta não apresenta condições psicológicas para arcar com a maternidade (35). Não por acaso, alguns autores consideram que os médicos gineco-obstetras devam ser naturais defensores da saúde da mulher (154). Além disso, afirma-se que a liderança dos gineco-obstetras na prevenção a interrupções inseguras e na provisão do acesso a uma saúde sexual e reprodutiva constitui um imperativo profissional e ético (64). Considera-se, pois, que, como uma categoria profissional, mas também como indivíduos, tais profissionais encontram-se numa posição única para apoiar e defender as mulheres. Eles podem falar com credibilidade sobre as necessidades médicas das mulheres, bem como sobre as intervenções clínicas capazes de salvar suas vidas ou protegê-las de danos à saúde. Encontram-se em posição privilegiada para identificar e combater a violência doméstica e sexual contra a mulher (155-158). E possuem significativo capital social (recursos, contatos e experiência), o que lhes permite um acesso privilegiado e especial influência sobre políticos, grupos de elite, mídia e outros profissionais da saúde.

Outro aspecto importante a se destacar nos estudos incluídos em nossa revisão é a ausência de especificações das semanas de gestação nos enunciados das questões feitas aos participantes. Estudos sugerem que essa variável seja de grande importância para a verificação da aceitabilidade ou rejeição da IVG. Um trabalho revelou que, numa pesquisa de opinião, a menção da idade gestacional pode gerar uma diferença de mais de 10 pontos percentuais quando comparada com um enunciado sem esse dado (159). Dentre os estudos incluídos em nosso trabalho de revisão, grande parte cuidou de avaliar a aceitabilidade ou rejeição do aborto para circunstâncias específicas. Foi o caso, por exemplo, da pesquisa de Faúndes e colaboradores, que avaliou a opinião de médicos sobre a possibilidade de realização do procedimento em casos como gravidez resultante de estupro, risco de morte para a gestante, feto com malformação congênita grave, mãe ou parceiro HIV positivo, e mulher sem condições psicológicas para ter o bebê, dentre outros (38). Abordagem semelhante foi utilizada por Loureiro e Vieira (160) e Goldman e colaboradores (128). Apesar da amplitude das questões abordadas nesses trabalhos, é preciso ressaltar que nenhum deles explicitava as semanas de gestação das mulheres que pretendiam abortar. O mesmo se observa no estudo de Benute e colaboradores, publicado após a conclusão de nosso manuscrito de revisão (161).

Uma possível abordagem do limite de semanas de gestação para a interrupção da gravidez pode ser observada em pesquisa realizada na Argentina, que investigou as opiniões de profissionais da saúde sobre a aceitabilidade do abortamento até a décima segunda semana, ou entre esta e a vigésima quarta semana (119). Para o primeiro período, constatou-se que 81,2% dos participantes consentiam com a realização do procedimento, mas apenas 12,1% para o período seguinte. Abordagem semelhante foi utilizada em outro

estudo, que verificou que a aceitabilidade do abortamento quando a gestante já é capaz de sentir os movimentos fetais é bastante reduzida (122). Em pesquisa realizada com médicos ingleses, constatou-se que, para períodos de gestação menores ou iguais a 12 semanas, 46,4% dos entrevistados eram a favor de que a mulher decidisse sozinha sobre se abortaria ou não, ao passo que, para gestações com mais de 12 semanas, essa taxa diminuía para 21% (162). Na Índia, verificou-se que 19,2% dos médicos consideravam que o produto da concepção já possuía direito à vida no momento da fecundação (121). Já para fetos com períodos de 20 semanas de gestação ou mais, esse valor era de 77,4%. Esses resultados sugerem que a explicitação da idade gestacional pode gerar uma ampla diferença nos valores observados em pesquisas de opinião sobre o aborto, numa clara relação inversa entre o avanço do tempo de gestação e a aceitabilidade da interrupção. Por isso, é importante que essa variável seja apresentada aos entrevistados, fato que ainda não se observa nas publicações brasileiras sobre o tema.

O uso de vinhetas é uma possível forma de se abordar o número de semanas de gestação. Vinhetas são descrições, geralmente narrativas, curtas e compactas de uma situação, concebidas de modo a eliciar informações sobre as percepções, opiniões ou conhecimentos dos respondentes sobre algum fenômeno que se pretende estudar (53). O ganho de se utilizar tal estratégia é que as respostas dos participantes tendem a se aproximar do que eles fariam em situações reais, ao passo que, quando é usada uma situação hipotética simplória, as respostas dos participantes não costumam refletir as decisões que eles teriam no dia-a-dia (163). Inexistentes no Brasil, é possível apontar diversos países com histórico de pesquisas utilizando esse recurso, como Índia (164), Tailândia (165), África do Sul (166), Timor Leste (168), Gana (167), Zanzibar e Filipinas

(169). Um uso recorrente de vinhetas pode ser observado em pesquisas realizadas com adolescentes, conforme se verifica na França (170) e nos Estados Unidos, onde se encontra um estudo de 1971 (171) e outro de 2011 (172). Na Irlanda, pesquisadores converteram vinhetas em vídeo dramas com atores reais, a fim de verificar as opiniões dos participantes sobre o desfecho que dariam para a história (173). Esse processo de dramatização foi inspirado num trabalho realizado na Austrália, onde se criou um jogo eletrônico para apresentar o dilema e coletar as opiniões dos participantes (174). Não parecem ser muitos os estudos que se utilizam de vinhetas para verificar, especificamente, as opiniões de profissionais da saúde sobre o aborto. Dentre as exceções, pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos utilizou vinhetas para eliciar as opiniões de médicos gineco-obstetras sobre casos de objeção de consciência relacionados à IVG (175). Também nos Estados Unidos, pesquisadores elaboraram um questionário de quatro páginas contendo vinhetas descrevendo possibilidades de abortamentos em situações variadas de condição fetal (176). Ainda nos Estados Unidos, pesquisadores desenvolveram um questionário de seis páginas e contendo 18 vinhetas, que versavam sobre mulheres solicitando a interrupção da gravidez (177). No ano de 1990, pesquisadores divulgaram os resultados de um estudo no qual se valeram de um questionário apresentando 14 dilemas morais relacionados ao trabalho de geneticistas, incluindo o tema do aborto (178). Aplicado, no início dos anos de 1990, em 18 países, o questionário foi traduzido para a língua espanhola nos anos 2000, para um estudo realizado no México (179).

Nosso trabalho de revisão também verificou uma escassez de dados de opiniões sobre qual deva ser o papel do Estado na provisão de assistência às mulheres que recorrem aos hospitais públicos para interromper a gravidez, bem como para tratar complicações de

procedimentos inseguros. Apenas uma pesquisa tratou das opiniões sobre a destinação de recursos públicos para se assistir pacientes que buscam abortamento, verificando uma taxa de 95,3% de aprovação (128). No cenário internacional, também não são muitos os estudos que abordam esse tema, caso, por exemplo, de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos (120) e outra, na Argentina (119).

Uma vez realizado o trabalho de revisão, procedemos ao desenvolvimento do Mosai. Todas as etapas desse processo estão relatadas no artigo intitulado “Validação de conteúdo do Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido (Mosai)”. No Mosai, todas as vinhetas consistem em dilemas morais, ou seja, circunstâncias em que obrigações morais demandam (ou parecem demandar) que uma pessoa realize duas ou mais ações mutuamente excludentes (51). Originalmente, o questionário apresentava sete vinhetas (Apêndice 1), que versavam sobre as principais demandas por IVG segundo a classificação médica oficial: eugênica, terapêutica, seletiva e voluntária (1). Tendo como base essa classificação, elaboramos as seguintes vinhetas: “Jussara” (feto anencéfalo (54)), “Turmalina” (feto apresentando a Síndrome de Down (55)), “Graziane” (Síndrome de Eisenmenger na gravidez (56, 57)), “Ângela” (AE (58)), “Marina” (violência sexual (59)), “Rita” (aborto social (60)), e “Mara” (inspirado em casos de violência sexual relatados por um médico).

Dentre essas vinhetas, o caso de interrupção terapêutica foi, certamente, o que gerou maiores dificuldades. Esse tipo de interrupção se dá com o objetivo de preservar a vida ou a saúde da mãe, que, de algum modo, é ameaçada pela gestação. No entanto, trata-se de uma prática cada vez mais rara nos dias de hoje, dados os avanços científico e tecnológico na medicina atual (1). No Mosai, esse tema é abordado na vinheta “Graziane”, sobre uma gestante portadora da Síndrome de Eisenmenger, cuja história se baseou em um

relato jornalístico e em uma publicação científica (56, 57). Antes de criarmos essa vinheta, consideramos a possibilidade de inserir uma vinheta sobre uma mulher que, após engravidar, fosse diagnosticada com câncer de mama. Parece, entretanto, haver pouco consenso entre os profissionais de medicina com relação a qual deva ser a melhor terapêutica numa tal circunstância. Alguns médicos sugerem a interrupção da gravidez e o início imediato do tratamento. Outros entendem que a realização do tratamento pode ocorrer concomitantemente à gravidez. É claro que tudo isso depende das particularidades da situação, como o tipo, localização e evolução do câncer, dentre outros fatores. Como o objetivo do Mosai não é o de fomentar o debate em torno de qual seja a melhor escolha terapêutica para gestantes portadoras de alguma doença (como o câncer), concluímos que seria melhor redigir uma vinheta abordando um caso menos suscetível a discussões técnicas. Redigimos, assim, o dilema “Graziane”, que descreve a história de uma gestante portadora da Síndrome de Eisenmenger. Embora seja de incidência inferior à do câncer, a Síndrome de Eisenmenger parece deixar menos margem para discussões relacionadas à possibilidade de se manter a gravidez sem que isso eleve demasiadamente o risco de morte para a mulher. Na gestação, essa síndrome está associada a altas taxas de mortalidade, variando entre 30% e 50% (57). Por isso, quando uma mulher portadora dessa síndrome engravidar, a interrupção da gravidez é fortemente recomendada, respeitando-se, no entanto, a autonomia da paciente para levar a gestação adiante caso essa seja sua vontade. Acreditamos que o principal benefício da introdução de uma vinheta versando sobre a Síndrome de Eisenmenger na gravidez (ao invés de uma sobre o câncer de mama, por exemplo) seja o fato de que os respondentes do questionário tenderão a concentrar-se na avaliação dos aspectos morais do relato, ao invés de perderem-se em divagações sobre os aspectos técnicos do caso. Essa síndrome representa a forma mais avançada da hipertensão

arterial pulmonar associada a defeitos cardíacos congênitos, cuja incidência na população geral é de 1%, dos quais, entre 8% e 11% desenvolvem a síndrome (180). É preciso reconhecer, portanto, que a baixa incidência dessa doença pode contribuir para que ela seja pouco conhecida pelos profissionais da saúde, especialmente os não médicos. Por isso, futuramente será necessário verificar se a vinheta “Graziane” será bem compreendida pelos participantes de estudos realizados com o Mosai.

Dentre as vinhetas originalmente presentes no questionário, duas foram excluídas após a consulta ao painel de especialistas. Primeiramente, excluímos a vinheta “Ângela”, que versava sobre o tema da AE. O método é uma forma de contracepção que pode ser usada pelas mulheres após uma relação sexual desprotegida (voluntária ou forçada), ou com uso incorreto ou inconsistente de um método contraceptivo (por exemplo: esquecimento de tomar a pílula ou de colocar o diafragma), ou, ainda, com a falha de métodos (como rompimento do *condom* ou expulsão do DIU) (58).

Ao inserirmos uma vinheta sobre AE num questionário sobre o aborto, pretendíamos investigar como os futuros sujeitos do estudo avaliariam a moralidade do uso desse método, haja à vista que alguns estudos têm demonstrado conhecimentos supostamente equivocados de profissionais da saúde quanto ao seu uso e mecanismos de ação (181). Ocorreu, no entanto, que a maioria dos especialistas demonstrou preocupação quanto à relevância (e repercussões) desse objetivo. Um deles advertiu que “em momento algum você diz que ela engravidou...”, e, sendo assim, “acredito que esse tema não tenha relevância na legalização do aborto”. Para outro especialista, “o tema da AE está sempre associado erroneamente à interrupção da gravidez”, razão pela qual “recomendo não incluir este caso, pois facilita a sua correlação [com o efeito abortivo] ao invés de esclarecer que os

seus efeitos são semelhantes aos da contracepção em alguns métodos”. Tendo em vista essas considerações, optamos por excluir a vinheta “Ângela” do questionário.

Com relação a essa mudança, é preciso reconhecer que, se, por um lado, ela atende às orientações dos especialistas consultados, por outro, retira do Mosai um tema que ainda é objeto de discussões no que diz respeito à possibilidade de a AE afetar o óvulo já fecundado, sendo, por isso, considerado abortivo por algumas pessoas. Na pesquisa realizada por Galvão e colaboradores, por exemplo, 30% dos 579 médicos gineco-obstetras entrevistados afirmaram que a AE era abortiva (181), contrariando, assim, um grande volume de publicações científicas que sugerem que esse método impediria não apenas a fertilização do ovo, mas, antes, o próprio encontro entre os gametas e, por conseguinte, a fecundação. É importante lembrar que uma relação sexual só resulta em gravidez se ela ocorrer no dia da ovulação ou nos cinco dias que a precedem. Uma vez liberado pelo ovário, o óvulo permanece capaz de ser fertilizado por, no máximo, 24 horas; e, por sua vez, o espermatozoide tem a capacidade de penetrar e fertilizar o óvulo até o sexto dia após ter sido depositado no canal vaginal (26). De acordo com alguns pesquisadores, é exatamente nessa janela de tempo que a AE atual (182), podendo, entretanto, variar bastante o mecanismo do método, a depender do momento de sua administração. Caso seja utilizado ainda na primeira fase do ciclo menstrual (antes do pico do hormônio luteinizante), o método altera o desenvolvimento dos folículos, de modo a impedir a ovulação ou retardando-a por vários dias (183-187). Já na segunda fase do ciclo, ou seja, após a ovulação, a anticoncepção age por outros mecanismos, afetando o transporte dos espermatozoides e do óvulo nas trompas. Nesses casos, o método modifica o muco cervical, tornando-o espesso e hostil, pelo quê impede ou dificulta a migração dos espermatozoides

até as trompas, onde se encontra o óvulo; além disso, a AE interfere na capacitação dos espermatozoides (aderência dos espermatozoides por horas às células que revestem as trompas), processo fundamental para a fecundação (187). Por meio de um ou mais desses mecanismos, afirma-se que a AE impediria o início do processo de fecundação, haja à vista que o encontro entre o óvulo e os espermatozoides sequer chegaria a ocorrer (183, 188). Por isso, defende-se que inexistente qualquer sustentação científica para se afirmar que o método resulte em aborto, nem mesmo em percentual pequeno de casos (187). É nesse sentido, portanto, que se diz que é um “conceito errado” atribuir ao método a propriedade de abortivo, e, talvez, de fato, seja necessário concordar com um dos especialistas consultados, que nos advertiu que “manter no texto do caso e nas frases a concordância de que a anticoncepção de emergência possa ser/é abortiva - já que ‘pode agir na fertilização’ - será um desserviço aos gineco-obstétricas”.

É preciso advertir, entretanto, que a exclusão da vinheta sobre AE não pode ser interpretada como a afirmação de uma suposta neutralidade da ciência. Pelo contrário, parece pouquíssimo provável que o produto das pesquisas de biólogos, químicos, farmacêuticos, médicos, psicólogos e outros profissionais envolvidos com as disputas em torno da reprodução humana possa ser considerado algo totalmente à parte das convicções e dos interesses dos indivíduos e dos grupos humanos que o produzem. Reconhecemos, ainda assim, que “as definições médicas de gravidez e aborto se baseiam no conhecimento biológico da reprodução humana” (26, 189). E, ao que parece, realmente existe um fato científico, evidenciado em pesquisas recentes, segundo o qual a AE impediria não apenas a fertilização do ovo, mas, antes, o próprio encontro entre os gametas e, por conseguinte, a

fecundação. Foi, portanto, assumindo a correção desses dados que excluímos a vinheta sobre a AE do Mosai.

A segunda vinheta excluída foi “Mara”, cujo tema, violência sexual, já era abordado no dilema “Marina”. Em seu lugar, criamos e acrescentamos uma sexta vinheta, “Paula”, que versa sobre uma gravidez indesejada decorrente da falha de método contraceptivo. Frisamos, porém, que essa vinheta foi introduzida no questionário após a consulta ao painel de especialistas, fato que pode ser considerado uma limitação do estudo. Problema semelhante ocorreu com os fragmentos de argumentos sobre os direitos sexuais e reprodutivos. Sua introdução no Mosai ocorreu após a etapa de validação de conteúdo pelos especialistas, sem, no entanto, que isso implicasse na exclusão de qualquer conteúdo já existente no questionário.

Outra mudança importante sofrida pelo instrumento após a consulta do painel foi a alteração das questões que se seguiam às vinhetas. Originalmente, após cada vinheta, o questionário perguntava ao respondente se ele era favorável ao abortamento naquele caso. Ocorre que, conforme adverte Faúndes, “praticamente ninguém está a favor do aborto ‘per se’ ou contra o aborto, sem exceção” (26); na verdade, “el verdadero dilema es condenar o no condenar a la mujer que aborta”, de tal modo que “hay quien cree que la solución al problema del aborto es condenar, mientras otros piensan que condenar a la mujer que aborta no es solución” (190). Tendo em vista essas considerações, nos convencemos da necessidade de reescrever aquela questão, dessa vez, buscando saber não mais se os respondentes são favoráveis ou contrários ao aborto, e sim se eles concordam ou não com a configuração legal do aborto para cada um dos casos abordados nas vinhetas. Além de reformularmos a questão sobre o direito à IVG, acrescentamos uma pergunta sobre qual

deveria ser o papel do SUS em cada uma das circunstâncias apresentadas pelo questionário. Por exemplo, no dilema “Jussara”, que versa sobre a gestação de um feto com Síndrome de Down, perguntamos: “Se Jussara pudesse interromper a gravidez legalmente, você seria a favor de que o procedimento fosse realizado pelo SUS?”.

No início de 2012, o julgamento do STF sobre a possibilidade de interrupção da gravidez em casos de anencefalia também implicou em mudanças no Mosai. Originalmente, a vinheta “Jussara” era acompanhada de uma série de fragmentos relacionados à necessidade de se solicitar ao judiciário uma autorização para a interrupção legal da gravidez em tais circunstâncias. Com a decisão do STF, no entanto, esses fragmentos precisaram ser reformulados, passando a se referir à possibilidade de realizar o procedimento de modo legal e seguro, e não mais à necessidade de peticionar uma autorização judicial para fazê-lo.

Além de todas essas mudanças, alteramos o nome da vinheta “Turmalina” para “Maria”. O nome original da protagonista dessa história fazia referência ao apelido utilizado pela autora do artigo “Síndrome de Down: sentimentos vivenciados pelos pais frente ao diagnóstico” para se referir a uma das participantes do estudo (55). O objetivo dessa mudança foi o de evitar que os respondentes tivessem sua atenção desviada pelo nome atípico da personagem.

Esse amplo conjunto de mudanças realizadas após a validação de conteúdo do questionário talvez justifique, no futuro, a realização de uma nova consulta a especialistas, a fim de assegurar a validade de conteúdo da segunda versão do Mosai (Apêndice 2). A possibilidade de submetermos o Mosai ao crivo de mais alguns especialistas também leva

em consideração o fato de que uma possível limitação do estudo tenha sido a ausência de especialistas de outras regiões brasileiras, além da sudeste, na composição do painel que validou o conteúdo da primeira versão do instrumento. Ressalve-se, porém, que, a princípio, foram convidados sujeitos de outros estados, incluindo Bahia, Rio Grande do Sul e Distrito Federal, que, entretanto, não puderam participar. Uma eventual consequência dessa limitação seria a inadequação de determinadas características do questionário às especificidades do aborto induzido em certas regiões brasileiras. Na prática, isso significa que algumas vinhetas e fragmentos podem não apresentar a relevância desejada para profissionais da saúde das regiões não representadas no painel de especialistas. Pelo mesmo motivo, é possível que o Mosai não aborde temas que sejam muito relevantes para profissionais dessas regiões, mas que não foram previstos pelos autores nem comentados pelo painel de especialistas. Outra possível limitação do estudo é a relação desbalanceada entre homens e mulheres na composição do painel de especialistas. Novamente, é preciso afirmar que a composição prevista para o painel era de um número melhor equilibrado entre homens e mulheres. No entanto, dos oito homens convidados a participar do estudo, apenas dois acabaram participando. Embora esse dado possa ser interpretado como indicativo de um menor interesse masculino pelo tema do aborto, tendemos a acreditar que essa ampla margem de abstenção se deva ao acaso, já que todos esses sujeitos podem ser considerados especialistas na investigação do tema do aborto.

Feitas essas considerações, reafirmamos que, até a presente etapa, o objetivo desta pesquisa consistiu em desenvolver e validar o conteúdo do Mosai. Julgamos ter alcançado esse objetivo de modo satisfatório. As intervenções dos especialistas nos permitiram corrigir os equívocos conceituais e contextuais originalmente presentes no

questionário, bem como identificar ambiguidades na redação e termos que, eventualmente, poderiam suscitar dificuldades de entendimento pelos sujeitos que vierem a responder o instrumento. Futuramente, o Mosai será submetido a novos processos de aprimoramento. Primeiramente, será importante realizar o seu pré-teste, a fim de verificar sua aplicabilidade. Nesta etapa, um dos aspectos a serem verificados diz respeito à extensão do questionário. Com seis páginas e diversos trechos que exigem uma leitura atenta, o Mosai pode ser considerado um questionário longo, fato que tende a desmotivar a participação de voluntários ou até mesmo prejudicar a qualidade dos dados fornecidos, já que os participantes poderão se cansar durante o preenchimento do instrumento. Após a realização do pré-teste, será necessário aplicar o questionário em amostras maiores, a fim de avaliar suas propriedades psicométricas, incluindo a validade de construto, a consistência interna e a confiabilidade.

Apesar dessas possíveis limitações, é importante frisar a originalidade do Mosai no cenário nacional, onde o uso de questionários validados para a investigação de opiniões sobre o aborto parece ainda não ter ocorrido. Já no cenário internacional, observa-se que o uso de vinhetas para eliciar opiniões sobre o aborto é comum, mas poucas vezes é realizado com profissionais da saúde, e, além disso, não parece haver qualquer exemplo de questionário validado que permita, além da escolha de desfechos para dilemas morais hipotéticos, a emersão das justificativas para tais escolhas. Esse cenário reforça a originalidade e relevância do Mosai, um instrumento desenvolvido com vistas a contribuir com o aumento da amplitude e da profundidade dos dados sobre as opiniões de profissionais da saúde com relação ao tema do aborto, incluindo médicos (as), enfermeiros (as), assistentes sociais e psicólogos (as), dentre outros (as). Esse tipo de informação é

importante para a elaboração de leis mais adequadas às perspectivas da sociedade, para o aprimoramento das condições de trabalho dos profissionais da saúde e para a melhora da qualidade da assistência que esses trabalhadores prestam às mulheres em situação de abortamento.

6.Referências

1. Diniz D, Almeida Md. Bioética e Aborto In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, editors. Iniciação à Bioética. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 320.
2. Altman LJ. Bioethics: who lives, who dies, and who decides? Berkeley Heights: Enslow Publishers, Inc.; 2006. 112 p.
3. Furedi A. Women versus babies. The Guardian. Acessado em 22 de Fevereiro de 2000. Disponível em: <http://www.guardian.co.uk/world/2000/feb/22/gender.uk>
4. Strickler J, Danigelis NL. Changing frameworks in attitudes toward abortion. Sociological Forum. 2002;17(2):187-201.
5. Joffe CE, Weitz TA, Stacey CL. Uneasy allies: pro-choice physicians, feminist health activists and the struggle for abortion rights. Sociology of Health & Illness. 2004;26(6):775-96.
6. Ribeiro JLP, Araújo T. Atitudes de Técnicos de Saúde e Interrupção Voluntária da Gravidez. Aná Psicológica. 1998;16(3):13.
7. Faúndes A, Barzelatto J. ¿Es posible un consenso social sobre el aborto? Rev chil salud pública. 2005;9(3):175-6.
8. Hunt G. Abortion: why bioethics can have no answer--a personal perspective. Nurs Ethics. 1999;6(1):47-57.
9. Gollop TR. Aborto por Anomalia Fetal. Revista Bioética. 2009;2(1):1-6.
10. Dallari SG. Aborto - Um Problema Ético da Saúde Pública. Revista Bioética. 2009;2(1):7-11.
11. Moisés ECD, Cunha SPd, Duarte LdB, Meziara Fc, Cavalli RC, Berezowski AT, et al. Aspectos Éticos e Legais do Aborto no Brasil. Duarte FAM, editor. Ribeirão Preto, SP: Funpec Editora; 2005.
12. Carvalho RBd. Sistema repressivo impede solução sobre aborto. Acessado em 9 de Maio de 2011. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2011-abr-14/ampliacao-sistema-repressivo-impede-solucao-aborto-anencefalo>.

13. Diniz D, Penalva J, Faúndes A, Rosas C. A magnitude do aborto por anencefalia: um estudo com médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14:1619-24.
14. Freire GdCL. *Bioética e direito: temas atuais*. Natal, RN: EDUFRN; 2011.
15. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009;31(12):1149-58.
16. Gutiérrez, Estrella. Aborto, moeda de pacto e de poder. Caracas, 8/3/2010 (IPS). Disponível em http://www.bibliotecafeminista.org.br/index.php?option=com_remository&Itemid=56&func=startdown&id=154.
17. Torres JHR. Aborto: legislação comparada. *Revista EPOS*. 2011;2(2):1-17.
18. Guzman CPdIR. Reflexiones Sobre el Aborto: Eficacia de las Normas que lo Regulan en Colombia. *Via Inveniendi Et Iudicandi*. 2012;7(1):1-36.
19. Levin C, Grossman D, Berdichevsky K, Diaz C, Aracena B, Garcia S, et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reprod Health Matters*. 2009;17(33):120-32.
20. Adesse L, Monteiro MFG, editors. *Magnitude do Aborto no Brasil: Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais*. XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2006 18-22 de Setembro de 2006; Caxambú, MG: Ipas Brasil; 2007.
21. Rocha MIBd. A discussão política sobre o aborto no Brasil: uma síntese. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2006;23(2):369-74.
22. Pagani, L. P. F. ; Albuquerque, A. S. . O retrato do aborto nos poderes de Estado: um problema de saúde pública. In: VIII Congresso Brasileiro de Bioética, 2009, Búzios. *Anais do VIII Congresso Brasileiro de Bioética*, 2009.
23. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15:959-66.
24. Vieira EM, Cordeiro LD, Monteiro RA. A mulher em idade fértil no Brasil: evolução da mortalidade e da internação por aborto In: Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. p. 143-70.
25. Pérez D' Gregorio R. Prevención del aborto inseguro. *Rev obstet ginecol Venezuela*. 2008;68(2):71-2.

26. Faúndes A, Barzelatto J. O drama do aborto: em busca de um consenso. Campinas, SP: Editora Komedi; 2004. 304 p.
27. 20 anos de pesquisa sobre o aborto no Brasil. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia; 2009. 72 p.
28. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. 1 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.; 2008. p. 641.
29. Política de atenção integral à saúde da mulher - Rede Cegonha: Balanço da mortalidade materna 2011. Brasil (DF): Ministério da Saúde. 2012.
30. Saúde. Md. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília (DF): Ministério da Saúde.; 2009.
31. Ribeiro RJ. Debate ou polêmica? Revista Filosofia, Ciência & Vida. 2007;1(11):2.
32. Boff L. Ethos Mundial: um consenso mínimo entre os humanos: Record; 2009.
33. Murcho D. Pensar outra vez: filosofia, valor e verdade. V.N. de Famalicão: Edições Quasi; 2006.
34. Rocha MIBd. Aborto: investigação, ação e prioridades em pesquisa. In: (Org.) MIBdR, (Org.) RMB, editors. Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. Campinas: Núcleo de Estudos de População – Nepo/Unicamp; 2009. p. 284.
35. Brasil. Senado Federal. Comissão de Juristas Responsável pela Elaboração de Anteprojeto de Reforma do Código de Processo Penal – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2009. 160 p.
36. Turato ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2 ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes Ltda.; 2003. 685 p.
37. Mayan MJ. Una introducion a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Mexico: Qual Institute Press; 2001.
38. Faúndes A, Duarte GA, Andalaft Neto J, Olivatto AE, Simoneti RM. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2004;26:89-96.

39. Jones K, Chaloner C. Ethics of abortion: the arguments for and against. *Nurs Stand.* 2007;21(37):45-8.
40. Biaggio AMB. *Psicologia do Desenvolvimento*. 9 ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 1988.
41. Rest J, Narvaez D, Bebeau MJ, Thoma SJ. *Postconventional moral thinking: a neo-Kohlbergian approach*. 1 ed. London: Lawrence Erlbaum associates, Inc.; 1999. 229 p.
42. Rest J. *Development in Judging Moral Issues*. Minnesota, US: University of Minnesota Press; 1979.
43. Piaget J. *O juízo moral na criança*. 4 ed. São Paulo, SP: Summus; 1994. 302 p.
44. Duska R, Whelan M. *O desenvolvimento moral na idade evolutiva: um guia de Piaget e Kohlberg*. São Paulo: Edições Loyola; 1994.
45. Shimizu AdM. Defining Issues Test-2: Fidedignidade da Versão Brasileira e Ponderações acerca de seu Uso em Pesquisas sobre Moralidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2004;17(1):5-14.
46. Contrandopoulos APea. *Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento*. 2 ed. São Paulo, BR: Hucitec; 1997.
47. Polit D, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3 ed. Porto Alegre, BR: Artes Médicas; 1995.
48. Demo P. *Metodologia Científica em Ciências Sociais*. 3ª ed. São Paulo, SP: Editora Atlas S.A.; 1995. 293 p.
49. Demo P. *Pesquisa e Construção de Conhecimento: Metodologia Científica no Caminho de Habermas*. 5 ed. Rio de Janeiro, RJ: Tempo Brasileiro; 2002.
50. Sampieri RH, Collado CF, Lúcio PB. *Metodologia de la Investigacion*. 4ª Edición ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
51. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 4th Edition ed. New Your, NY: Oxford University Press; 1994.
52. Jannini AWeJ, Renato Passini. *Interrupção da gestação em situações de fetos portadores de malformações incompatíveis com a vida extra-uterina: posicionamento de magistrados e membros do ministério público no Brasil*. Campinas, São Paulo. Brasil: Universidade Estadual de Campinas - Unicamp; 2008.

53. Galante AC, Aranha JA, Beraldo L, Pelá NTR. A vinheta como estratégia de coleta de dados de pesquisa em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2003;11:357-63.
54. Gallo C. O Aborto dos Outros. Brasil. 2008.
55. Sousa JIGdS, Ribeiro GTF, Melo APC. Síndrome de Down: sentimentos vivenciados pelos pais frente ao diagnóstico. *Pediatria: revista do Centro de Estudos Professor Pedro de Alcantara*. 2009;31(2):100-8.
56. Frazão M. Gravidez de risco coloca mãe em dilema. *Gazeta do Povo*. 2008. Acessado em 16 de novembro de 2008. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/opinioao/conteudo.phtml?id=828257>
57. Borges VTM, Magalhães CG, Martins AMVC, Matsubara BB. Síndrome de Eisenmenger na gravidez. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2008;90:e40-e1.
58. Hardy E, Duarte GA, Osis MJD, Arce XE, Possan M. Anticoncepção de emergência no Brasil: facilitadores e barreiras. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001;17:1031-5.
59. Pedroso D, Drezett J. Histórias de mulheres em situação de violência e aborto previsto em lei. 2008. Acessado em 6 de outubro de 2010. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/Biografia2008.pdf>.
60. Briozzo L, Bedone JA. Aborto Inseguro: prevenção e redução de riscos e danos. Campinas, SP: Komedi; 2009. 311 p.
61. Minayo MCdS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1993. 269 p.
62. Oliveira F. Bioética: Uma Face da Cidadania. 2 ed. São Paulo, SP: Editora Moderna Ltda.; 1997.
63. Domingos SRdF, Merighi MAB. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. *Escola Anna Nery*. 2010;14:177-81.
64. Gasman N, Blandon MM, Crane BB. Abortion, social inequity, and women's health: Obstetrician-gynecologists as agents of change. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2006;94(3):310-6.
65. Faúndes A, Rao K, Briozzo L. Right to protection from unsafe abortion and postabortion care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2009;106(2):164-7.

66. Faúndes A, Santos L, Carvalho M, Gras C. Post-abortion complications after interruption of pregnancy with misoprostol. *Adv Contracept.* 1996;12(1):1-9.
67. Briozzo L, Vidiella G, Rodríguez F, Gorgoroso M, Faúndes A, Pons J. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006;95(2):221-6.
68. Carino G, Barroso C, Ward V. Um modelo baseado em direitos: Perspectivas dos serviços de saúde. In: Briozzo L, Bedone A, editors. *Aborto Inseguro: prevenção e redução de riscos e danos.* Campinas, SP: Komedi; 2009. p. 311.
69. Bursztyn I, Tura LFR, Correa JdS. Acesso ao aborto seguro: um fator para a promoção da equidade em saúde. *Revista de Saúde Coletiva.* 2009;19(2):475-87.
70. Jewkes R, Rees H. Dramatic decline in abortion mortality due to the Choice on Termination of Pregnancy Act. *S Afr Med J.* 2005;95(4):250.
71. Okonta PI, Ebeigbe PN, Sunday-Adeoye I. Liberalization of abortion and reduction of abortion related morbidity and mortality in Nigeria. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.* 2010;89(8):1087-90.
72. Stephenson P, Wagner M, Badea M, Serbanescu F. Commentary: the public health consequences of restricted induced abortion--lessons from Romania. *Am J Public Health.* 1992;82(10):1328-31.
73. Bugalho AMA. Perfil epidemiológico, complicações e custo do aborto clandestino. comparação com aborto hospitalar e parto, em Maputo, Moçambique. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; 1995.
74. Vlassoff M, Walker D, Shearer J, Newlands D, Singh S. Estimates of health care system costs of unsafe abortion in Africa and Latin America. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2009;35(3):114-21.
75. Shearer J, Walker D, Vlassoff M. Costs of post-abortion care in low- and middle-income countries. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010;108(2):165-9.
76. Johnston H, Gallo M, Benson J. Reducing the costs to health systems of unsafe abortion: a comparison of four strategies. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2007;33(4):250-7.

77. Victora CG, Aquino EML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*. 2011;377(9780):1863-76.
78. Grimes D, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua F, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*. 2006;368(9550):1908-19.
79. Guttmacher Institute, 2007. Facts on induced abortion worldwide. Geneva, World Health Organization. Acessado em 11 de junho de 2012. Disponível em: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_Facts_on_Induced_Abortion_Worldwide.pdf
80. Barros SMdO, Juliano YeM, Antônio Fernandes. Crescimento e desenvolvimento de fetos humanos expostos ao misoprostol e sua avaliação perinatal. 21st Quadrennial Congress of International Concil of Nurses em Vancuver, Canadá1998.
81. Diniz D, Madeiro A. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2011. Acessado em 29 de setembro de 2011. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=7939.
82. Diniz D, Castro R. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27:94-102.
83. Singer P. *Practical Ethics*. 2 ed. New York, NY: Cambridge University Press; 1999. 395 p.
84. Dawkins R. *Deus, um delírio*. São Paulo, SP: Companhia das Letras; 2007. 520 p.
85. Warren MA. Moral and legal status of abortion. *Monist*. 1973;57(1):43-61.
86. Jessouroun T. *Fim do Silêncio*. Brasil. 2008.
87. Maclean A. *The Elimination of Morality: Reflections on Utilitarianism and Bioethics*. London: Routledge; 1993. 232 p.
88. Diniz D, Brum E. *Uma história severina*. Brasil. 2005.
89. Mill JS. *On Liberty*. Kitchener, Ontario: Batoche Books Limited; 2001.
90. Dora DD. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e direitos humanos: conceitos em movimento. In: Arilha M, Citeli MT, editors. *Políticas, Mercado, Ética: Demandas e Desafios no Campo da Saúde Reprodutiva*. São Paulo: Editora 34; 1998. p. 136.

91. Callahan S. Pro-life Feminism. In: Gensler HJ, Spurgin EWS, C.Swindal J, editors. *Ethics: Contemporary Readings*. Routledge Contemporary Readings in Philosophy. New York, NY: Routledge - Taylor & Francis Group; 2004.
92. Da-Cunha MdCF. O problema da liberalização do aborto: questões incomodas. In: Carvalho AS, editor. *Bioética e vulnerabilidade*. Coimbra: Edições Almedina, SA; 2008. p. 156-64.
93. Boonin D. *A Defense of Abortion*. MacLean D, editor. New York, NY: Cambridge University Press; 2002. 350 p.
94. Gilligan C. *Uma voz diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres, da infância à idade adulta*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Rosa dos Tempos; 1982. 190 p.
95. Paulus II I. *The Gospel of Life: Evangelium Vitae Civitas Vaticana: Libreria Editrice Vaticana*; 1995. Acessado em 24 de agosto de 2010. Disponível em: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae_en.html.
96. Madeira P. Argumentos sobre o aborto: Crítica na Rede. Acessado em 7 de agosto de 2010. Disponível em: www.criticanarede.com/aborto1.html.
97. Diniz D. Apresentação: diagnóstico pré-natal e aborto seletivo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2003;13:247-9.
98. Asch A. Prenatal diagnosis and selective abortion: A challenge to practice and policy. *American Journal of Public Health*. 1999;89(11):1649-57.
99. Asch A. Diagnóstico pré-natal e aborto seletivo: um desafio à prática e às políticas. *Physis: revista de saude coletiva*. 2003;13(2):287-320.
100. Lindeman R. Take Down syndrome out of the abortion debate. *Canadian Medical Association Journal*. 2008;179(10):1088-.
101. Kirklin D. Medical imaging - The role of medical imaging in the abortion debate. *Journal of Medical Ethics*. 2004;30(5):426-.
102. Hopkins N, Zeedyk S, Raitt F. Visualising abortion: emotion discourse and fetal imagery in a contemporary abortion debate. *Social Science & Medicine*. 2005;61(2):393-403.
103. Monte FQ. A ética na prática médica. *Bioética*. 2002;10(2):15.

104. Cardoso AL. Sobre a interrupção voluntária da gravidez: breves tópicos no plano da ciência jurídica. In: Carvalho AS, editor. Bioética e vulnerabilidade. Coimbra: Edições Almedina, SA; 2008. p. 137-53.
105. Gomes EdC. "Fé racional" e "abundância": família e aborto a partir da ótica da Igreja Universal do Reino de Deus. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana. 2009(2):97-120.
106. Benute GRG, Nomura RMY, Pereira PP, Lucia MCSd, Zugaib M. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. Revista da Associação Médica Brasileira. 2009;55:322-7.
107. Rest JR, Narvaez D, Thoma SJ, Bebeau MJ. DIT2: Devising and testing a revised instrument of moral judgment. Journal of Educational Psychology. 1999;91(4):644-59.
108. Rest J, Thoma SJ, Narvaez D, Bebeau MJ. Alchemy and Beyond: Indexing the Defining Issues Test. Journal of Educational Psychology. 1997;Vol. 89(3):498-507.
109. Narvaez D. The Influence of Moral Schemas on the Reconstruction of Moral Narratives in Eighth Graders and College Students. Journal of Educational Psychology. 1998;90(1):13-24.
110. Piaget J. The origins of intelligence in children. New York: International Universities Press, Inc.; 1952. 419 p.
111. The Cambridge Dictionary of Psychology. Cambridge University Press, New York; 2009.
112. Rest Jea. Postconventional moral thinking: a neo-Kohlbergian approach. London: Lawrence Erlbaum associates, Inc., Publishers; 1999.
113. Glossary of Psychological Terms, from: Psychology And Life. 16 ed: Published by Allyn and Bacon, Boston, MA. Pearson Education.; 2002.
114. Hume D. Investigação Acerca do Entendimento Humano. São Paulo, SP: Editora Nova Cultural Ltda.; 1989.
115. Psychology Glossary. 2010. Acessado em 11 de junho de 2012. Disponível em: www.alleydog.com
116. Wynd C, Schmidt B, Schaefer M. Two quantitative approaches for estimating content validity. West J Nurs Res. 2003;25(5):508-18.

117. Coolican H. *Research Methods and Statistics in Psychology*. 2 ed: Hodder & Stoughton; 1999.
118. Salzano FM, Shüler-Faccini L. Perfil ético dos pesquisadores em genética. *Bioética*. 2002;10(1):13-29.
119. Vasquez DN, Das Neves AV, Golubicki JL, Di Marco I, Loudet CI, Roberti JE, et al. Critical care providers' opinion on unsafe abortion in Argentina. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2012;116(3):249-52.
120. Chuang CH, Martenis ME, Parisi SM, Delano RE, Sobota M, Nothnagle M, et al. Contraception and abortion coverage: what do primary care physicians think? *Contraception*. 2012. In press.
121. Phadke SR, Agarwal M, Aggarwal S. Late termination of pregnancy for fetal abnormalities: The perspective of Indian lay persons and medical practitioners. *Prenat Diagn*. 2011;31(13):1286-91.
122. Hammarstedt M, Jacobsson L, Wulff M, Lalos A. Views of midwives and gynecologists on legal abortion--a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84(1):58-64.
123. Murcho D. Ética e moral: uma distinção indistinta. Acessado em 11 de junho de 2012. Disponível em: http://criticanarede.com/html/fil_eticaemoral.html.
124. Jürgen H. *Direito e democracia: entre facticidade e validade*. 4 ed. Rio de Janeiro, RJ: Tempo Brasileiro; 1997. 354 p.
125. Bittar ECB, de Almeida GA. *Curso de Filosofia do Direito*. 8 ed. São Paulo, SP: Atlas; 2010. 752 p.
126. Emmerick R. A constituição como um documento cultural, histórico e aberto. In: Bello E, Vieira JR, Nunes WCG, editors. *Cadernos de Estudos Constitucionais: Teoria constitucional contemporânea e seus impasses*. 1. Rio de Janeiro: PUC; 2005. p. 222.
127. Fortes PAdC, Zoboli ELCP. Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo. In: Fortes PAdC, Zoboli ELCP, editors. *Bioética e saúde pública*. 3 ed. São Paulo: Edições Loyola; 2009.
128. Goldman LA, García SG, Díaz J, Yam EA. Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practices. *Reprod Health*. 2005;2:10.

129. Selli L. Os significados morais da solidariedade no Programa do Aborto Legal. *Saúde debate*. 2004;28(67):118-29.
130. Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. Brasília (DF).
131. Faúndes A, Duarte GA, Neto JA, de Sousa MH. The closer you are, the better you understand: the reaction of Brazilian obstetrician-gynaecologists to unwanted pregnancy. *Reprod Health Matters*. 2004;12(24 Suppl):47-56.
132. Faúndes A, Simoneti RM, Duarte GA, Andalaft-Neto J. Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about the Brazilian legislation on abortion. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2007;10:6-18.
133. Faúndes A, Duarte GA, Osis MJD, Andalaft Neto J. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. *Rev bras ginecol obstet*. 2007;29(4):7.
134. Fletcher RH, Fletcher SW. *Epidemiologia Clínica: Elementos essenciais*. 4 ed. Porto Alegre, RS: Artmed; 2006.
135. Lolatto S. *A Intervenção do Assistente Social Frente à Solicitação do Aborto*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
136. Matos MCd. *Cotidiano, ética e saúde: o serviço social frente à contra-reforma do Estado e à criminalização do aborto*. São Paulo: PUC; 2009.
137. González De León Aguirre D, Salinas Urbina AA. [Abortion and physicians in training: the opinion of medical students in Mexico City]. *Cad Saude Publica*. 1997;13(2):227-36.
138. Espey E, Leeman L, Ogburn T, Skipper B, Eyman C, North M. Has mifepristone medical abortion expanded abortion access in New Mexico? A survey of OB-GYN and Family Medicine physicians. *Contraception*. 2011;84(2):178-83.
139. Silva M, Billings DL, Garcia SG, Lara D. Physicians' agreement with and willingness to provide abortion services in the case of pregnancy from rape in Mexico. *Contraception*. 2009;79(1):56-64.
140. Lisker R, Carnevale A, Villa AR. Acceptance of induced abortion amongst medical students and physicians in Mexico. *Revista De Investigacion Clinica*. 2006;58(4):305-12.

141. Casanueva E, Lisker R, Carnevale A, Alonso E. Attitudes of Mexican physicians toward induced abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 1997;56(1):47-52.
142. Powell V, Griffore RJ, Kallen DJ, Popovich SN. Physicians' preferences for adoption, abortion, and keeping a child among adolescents. *Res Sociol Health Care.* 1991;9:33-47.
143. Rasinski KA, Yoon JD, Kalad YG, Curlin FA. Obstetrician-gynaecologists' opinions about conscientious refusal of a request for abortion: results from a national vignette experiment. *J Med Ethics.* 2011;37(12):711-4.
144. Kahyo H. [Opinion survey on the bioethical views of Catholic physicians in Japan. I. Contraception and induced abortion]. *J UOEH.* 1989;11(2):193-211.
145. Lindström M, Wulff M, Dahlgren L, Lalos A. Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses. *Scand J Caring Sci.* 2011;25(3):542-8.
146. Facer W. Professional and public opinion on abortion law proposals. *N Z Nurs Forum.* 1978;6(1):13-5.
147. Klingberg-Allvin M, Nga NT, Ransjo-Arvidson AB, Johansson A. Perspectives of midwives and doctors on adolescent sexuality and abortion care in Vietnam. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2006;34(4):414-21.
148. Smith KA, Johnson RL. Medical opinion on abortion in Jamaica: a national Delphi survey of physician, nurses, and midwives. *Stud Fam Plann.* 1976;7(12):334-9.
149. Donnay F, Bregentzer A, Leemans P, Verougstraete A, Vekemans M. Safe Abortions in an Illegal Context: Perceptions from Service Providers in Belgium. *Studies in Family Planning.* 1993;24(3):150-62.
150. Norup M. Attitudes towards abortion among physicians working at obstetrical and paediatric departments in Denmark. *Prenat Diagn.* 1998;18(3):273-80.
151. Obiadullah M, Khan AR, Measham AR, Rosenberg MJ, Jabeen S, Rochat RW, et al. Induced abortion in rural Bangladesh: mortality levels and physicians' attitudes. *Rural Demogr.* 1981;8(1):91-120.
152. Espinoza H, Abuabara K, Ellertson C. Physicians' knowledge and opinions about medication abortion in four Latin American and Caribbean region countries. *Contraception.* 2004;70(2):127-33.

153. Gonzalez D, Aguirre L. Los Médicos y el Aborto. *Salud Publica de Mexico*. 1995;37(3):248-55.
154. Shaw D, Faundes A. What is the relevance of women's sexual and reproductive rights to the practising obstetrician/gynaecologist? *Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2006;20(3):299-309.
155. Phillips SP. Violence and abortions: What's a doctor to do? *Canadian Medical Association Journal*. 2005;172(5):653-4.
156. Fisher WA, Singh SS, Shuper PA, Carey M, Otchet F, MacLean-Brine D, et al. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *Canadian Medical Association Journal*. 2005;172(5):637-41.
157. Faúndes A, Andalt J. Sexual violence against women. The role of gynecology and obstetrics societies in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002;78 Suppl 1:S67-73.
158. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. *Interface comun saúde educ*. 1999;3(5):11-26.
159. Bumpass LL. The measurement of public opinion on abortion: the effects of survey design. *Fam Plann Perspect*. 1997;29(4):177-80.
160. Loureiro DC, Vieira EM. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20:679-88.
161. Benute GRG, Nonnenmacher D, Nomura RMY, Lucia MCSd, Zugaib M. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2012;34:69-73.
162. Francome C, Freeman E. British General Practitioners' Attitudes toward Abortion. *Family Planning Perspectives*. 2000;32(4):189-91.
163. FeldmanHall O, Mobbs D, Evans D, Hiscox L, Navrady L, Dalgleish T. What we say and what we do: The relationship between real and hypothetical moral choices. *Cognition*. 2012;123(3):434-41.
164. Vaz L, Kanekar S. Indian college students' attitudes toward abortion in different contexts. *J Appl Soc Psychol*. 1992;22(7):567-82.
165. Whittaker A. 'The truth of our day by day lives': abortion decision making in rural Thailand. *Culture Health & Sexuality*. 2002;4(1):1-20.

166. Macleod C, Sigcau N, Luwaca P. Culture as a discursive resource opposing legal abortion. *Critical Public Health*. 2011;21(2):237-45.
167. Bowen V, Hindin MJ, Adanu R. Contraception and abortion decision-making in Accra, Ghana: the lesser of two evils. *Contraception*. 2012;85(3):319.
168. Belton S, Whittaker A, Fonseca Z, Wells-Brown T, Pais P. Attitudes towards the legal context of unsafe abortion in Timor-Leste. *Reproductive Health Matters*. 2009;17(34):55-64.
169. Gipson JD, Becker D, Mishtal JZ, Norris AH. Conducting Collaborative Abortion Research in International Settings. *Women's Health Issues*. 2011;21(3, Supplement):S58-S62.
170. Muñoz Sastre MT, Peccarisi C, Legrain E, Mullet E, Sorum P. Acceptability in France of Induced Abortion for Adolescents. *American Journal of Bioethics*. 2007;7(8):26-32.
171. Gabrielson IW, Goldsmith S, Potts L, Mathews V, Gabrielson MO. Adolescent attitudes toward abortion: effects on contraceptive practice. *American Journal of Public Health*. 1971;61(4):730-8.
172. Wilson JL, Ferguson GM, Thorn JM. Genetic testing likelihood: the impact of abortion views and quality of life information on women's decisions. *J Genet Couns*. 2011;20(2):143-56.
173. Lohan M, Cruise S, O'Halloran P, Alderdice F, Hyde A. Adolescent men's attitudes and decision-making in relation to an unplanned pregnancy. Responses to an interactive video drama. *Social Science & Medicine*. 2011;72(9):1507-14.
174. Condon JT, Corkindale CJ, Russell A, Quinlivan JA. Processes and Factors Underlying Adolescent Males' Attitudes and Decision-Making in Relation to an Unplanned Pregnancy. *Journal of Youth and Adolescence*. 2006;35(3):423-34.
175. Rasinski KA, Yoon JD, Kalad YG, Curlin FA. Obstetrician-gynaecologists' opinions about conscientious refusal of a request for abortion: results from a national vignette experiment. *Journal of Medical Ethics*. 2011;37(12):711-4.
176. Fischer RL, Schaeffer K, Hunter RL. Attitudes of obstetrics and gynecology residents toward abortion participation: a Philadelphia area survey. *Contraception*. 2005;72(3):200-5.

177. Aiyer AN, Ruiz G, Steinman A, Ho GYF. Influence of physician attitudes on willingness to perform abortion. *Obstetrics & Gynecology*. 1999;93(4):576-80.
178. Wertz DC, Fletcher JC, Mulvihill JJ. Medical geneticists confront ethical dilemmas: cross-cultural comparisons among 18 nations. *Am J Hum Genet*. 1990;46(6):1200-13.
179. Lisker R, Carnevale A. Changing Opinions of Mexican Geneticists on Ethical Issues. *Archives of Medical Research*. 2006;37(6):794-803.
180. Simão FA, Pena FM, Carvalho FA, Faria CACd. Síndrome de Eisenmenger em paciente com comunicação interatrial: A propósito de um caso. *Insuficiencia cardíaca*. 2010;5:197-200.
181. Galvao L, Diaz J, Diaz M, Osis MJ, Clark S, Ellertson C. Emergency Contraception: Knowledge, Attitudes and Practices Among Brazilian Obstetrician-Gynecologists. *International Family Planning Perspectives*. 1999;25(4):5. Epub 171+180.
182. Schiavon R, Jiménez Villanueva CH, Ellertson C, Langer A. Anticoncepción de emergencia: un método simple, seguro, efectivo y económico para prevenir embarazos no deseados. *Rev invest clín*. 2000;52(2):168-76.
183. Croxatto A H, Ortiz S ME. Mecanismo de acción del levonorgestrel en la anticoncepcion de emergencia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2004;69:157-62.
184. Ling WY, Robichaud A, Zayid I, Wrixon W, MacLeod SC. Mode of action of DL-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. *Fertil Steril*. 1979;32(3):297-302.
185. Piaggio G, von Hertzen H, Grimes DA, Van Look PF. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *Lancet*. 1999;353(9154):721.
186. Swahn ML, Westlund P, Johannisson E, Bygdeman M. Effect of post-coital contraceptive methods on the endometrium and the menstrual cycle. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1996;75(8):738-44.
187. Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 3. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 20 p.

188. Grou F, Rodrigues I. The morning-after pill--how long after? Am J Obstet Gynecol. 1994;171(6):1529-34.
189. Faúndes A, Hardy E, Duarte G, Osis MJD, Makuch MY. Relatório técnico narrativo final: o papel da religiosidade na perspectiva e no agir de médicos ginecologistas em relação ao aborto previsto por lei, à anticoncepção de emergência e ao DIU. Campinas: Cemicamp; 2005. p. 20.
190. Faúndes A. El Falso Dilema de estar a Favor o en Contra del Aborto. 2004. Acessado em 19 de setembro de 2011. Disponível em: <http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/libro3.pdf>.

7. Anexos

7.1. Anexo 1: Amostra do Definig Issues Test (DIT), em sua versão para o português

DIT 2 – OPINIÕES SOBRE PROBLEMAS SOCIAIS

Adaptação de Shimizu, A. M., Bataglia, P. U. R. e Lepre, R. M., realizada com base na tradução e adaptação de Biaggio, A. M. B., Shimizu, A. M. e Martinez, T. M.

Direitos Autorais, James Rest & Darcia Narvaez (Todos os direitos reservados, 1998)

HISTÓRIA 1 – A FOME

Uma pequena aldeia no norte da Índia já passou por falta de alimentos anteriormente, mas este ano a situação está ainda pior. Algumas famílias estão até tentando se alimentar fazendo sopa com casca de árvores. A família de Mustaq Singh está quase morrendo de fome. Ele ouviu dizer que um homem rico, na sua aldeia, tem alimentos guardados em um depósito, e que ele está guardando a comida até que os preços subam, para que ele possa vender a comida, mais tarde, com um lucro enorme. Mustaq está desesperado e pensa em roubar um pouco de comida do depósito desse homem rico. A pequena quantidade de que ele precisa para sua família, provavelmente, nem seria notada.

O que deve fazer Mustaq Singh?
Você é a favor da ação de pegar a comida?
(assinale uma das alternativas)

- () Sou extremamente favorável
- () Sou favorável
- () Sou ligeiramente favorável
- () Sou neutro(a)
- () Sou ligeiramente contra
- () Sou contra
- () Sou extremamente contra

Em relação à história apresentada, qual o grau de importância que tem, para você, cada uma das afirmações seguintes? (Para cada afirmação, você deve assinalar um dos itens: Máxima; Muita; Média; Pouca; Nenhuma)

M Á X I M A	M U I T A	M É D I A	P O U C A	N E N H U M A	
					1- Mustaq Singh tem bastante coragem para se arriscar a ser pego roubando.
					2- É natural que um pai amoroso se importe tanto com sua família que chegue a roubar.
					3- As leis da comunidade deveriam ser respeitadas.
					4- Deve-se pensar se Mustaq Singh sabe uma boa receita para preparar sopa com casca de árvore.
					5- Deve-se pensar se o homem rico tem algum direito legal de acumular comida, quando outras pessoas estão morrendo de fome.
					6- Deve-se pensar se a motivação de Mustaq Singh é para roubar para si próprio ou para roubar para sua família.
					7- Deve-se considerar quais valores servirão de base para a cooperação social.
					8- A epítome de comer é irreconciliável com a culpabilidade de roubar.
					9- O homem rico merece ser roubado pelo fato de ser tão ganancioso.
					10- Deve-se pensar se a propriedade particular é, ou não é, uma instituição que proporciona a exploração do pobre pelo rico.
					11- Deve-se considerar se, de forma geral, o roubo traria, ou não, mais benefícios para as pessoas envolvidas.
					12- As leis, nesse caso, estão atrapalhando a reivindicação mais básica de qualquer membro de uma sociedade.

7.2. Anexo 2: Carta de aprovação da Comissão de Pesquisa do Caism



Comissão de Pesquisa do DTG / CAISM

Título do Projeto: Desenvolvimento e validação de conteúdo do questionário: Mosaico de opiniões sobre o aborto induzido.

Tipo: Mestrado | X | Doutorado | | Pesquisa | | Iniciação Científica | | Outro | | :

Protocolo nº: 069/10

Pesquisador responsável: Denis Barbosa Cacique

Relator 1:

Relator 2:

Data: 14/12/2010

- 1 **Folha de identificação:** Ok
Título do projeto: OK

Do(s) pesquisador(es): Informar com clareza qual será a participação do Prof. Roberto Romano

Nome completo do pesquisador principal (o aluno, se for da pós-graduação), orientador e co-orientador, se houver:

- ✓ **formação:** OK
- ✓ **função:** OK
- ✓ **local de trabalho:** OK
- ✓ **telefone para contato:** OK
- ✓ **endereço eletrônico:** OK
- ✓ **assinatura:** OK
- ✓ **Indicar se é projeto para mestrado, doutorado, iniciação científica ou pesquisa para outra finalidade:** OK
- ✓ **Nome e assinatura do responsável pela área/divisão/instituição onde será desenvolvida a pesquisa, concordando com sua realização:** OK
- ✓ **Mês e ano de apresentação (muda cada vez que o projeto é re-apresentado):**
OK

- 2 **Resumo estruturado:** Incluir informação sobre Processamento e Análise dos Dados

- 3 **Sumário:** OK

- 4 **Introdução:** Incluir informação sobre princípios teóricos do MOSAI.

- 5 **Justificativa:** OK

- 6 **Objetivos:** OK

- 7 Hipóteses: OK
- 8 Sujeitos e métodos:
- 8.1 Desenho do estudo: OK
- 8.2 Tamanho amostral: OK
- 8.3 Variáveis e conceitos: OK
- 8.4 Seleção dos sujeitos: OK
- 8.5 Tratamentos, técnicas, testes e/ou exames: OK
- 8.6 Instrumento(s) para coleta dos dados: OK
- 8.7 Coleta dos dados - (Deve indicar o(s) local(is) onde serão coletados os dados. Se a pesquisa irá ser desenvolvida no CAISM o local deve ser um ou mais dos incluídos na listas da Comissão): OK
- 8.8 Acompanhamento dos sujeitos: OK
- 8.9 Critérios para descontinuação: O K
- 9 Controle de qualidade: OK
- 10 Processamento e plano de análise dos dados: OK
- 11 Considerações éticas e TCLE: OK
- 12 Referências bibliográficas: OK
- 13 Cronograma: OK
- 14 Orçamento, justificativa de cada linha e indicação da instituição que financiaria: OK
15. Observações:

Parecer:

() Aprovado (x) Aprovado com sugestões () Retornar com correções () Reprovado

MÁRCIA REGINA B. AVILA SIQUEIRA
Departamento de Tocoginecologia/FCM
Matrícula 180235

2

7.3. Anexo 3: Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 22/02/11
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 033/2011 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 0009.0.146.000-11

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO QUESTIONÁRIO MOSAI: MOSAICO DE OPINIÕES SOBRE O ABORTO INDUZIDO”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Denis Barbosa Cacique

INSTITUIÇÃO: CAISM/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 02/02/2011

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 22/02/12 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II - OBJETIVOS

Desenvolver o questionário Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido (MOSAI) a fim de conhecer as opiniões e argumentos com que médicos com especialização em ginecologia e obstetria julgam a moralidade da interrupção voluntária da gravidez.

III - SUMÁRIO

O questionário, a ser chamado de “Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido” (MOSAI), apresenta uma série de dilemas morais relacionados à interrupção voluntária da gravidez. Ao respondê-lo, os sujeitos do estudo precisarão escolher um desfecho para cada dilema e justificar tal escolha. A primeira versão do questionário será submetida ao crivo de um painel de nove especialistas intencionalmente selecionados, a fim de validar o conteúdo do instrumento. A etapa seguinte consistirá num estudo piloto com 10 voluntários, a fim de verificar a aplicabilidade do questionário. A última etapa será a aplicação da versão final do instrumento num amostra de 51 pessoas. A amostra da pesquisa nessas duas últimas etapas será composta de médicos com especialização completa ou em formação em gineco-obstetrícia, que atuem no Hospital da Mulher – Caism como contratados, docentes ou alunos do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Os dados coletados na etapa de validação de conteúdo serão submetidos ao cálculo da taxa de concordância para os critérios de clareza da redação, pertinência, adequação à amostra, e adequação a domínios. Os dados qualitativos informados pelos especialistas serão interpretados de acordo com a metodologia adequada. Durante a etapa piloto, os sujeitos do estudo serão convidados a tecer comentários sobre a utilização do questionário, a fim de desvelar possíveis problemas em sua aplicabilidade. Finalmente, os dados coletados na etapa última da pesquisa serão submetidos a análise estatística fatorial, com vistas a verificar a correlação entre as frases pertencentes a cada um dos quinze domínios do questionário.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto conta com metodologia adequada aos objetivos. Os critérios de inclusão, exclusão e descontinuação dos sujeitos estão bem definidos; cálculo do tamanho amostral e análise estatística foram calculados adequadamente. Os aspectos éticos estão bem discutidos no corpo do projeto e o Termo de

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



Consentimento Livrer e Esclarecido é claro e adequado às recomendações. O orçamento é detalhado e prevê todas as despesas.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

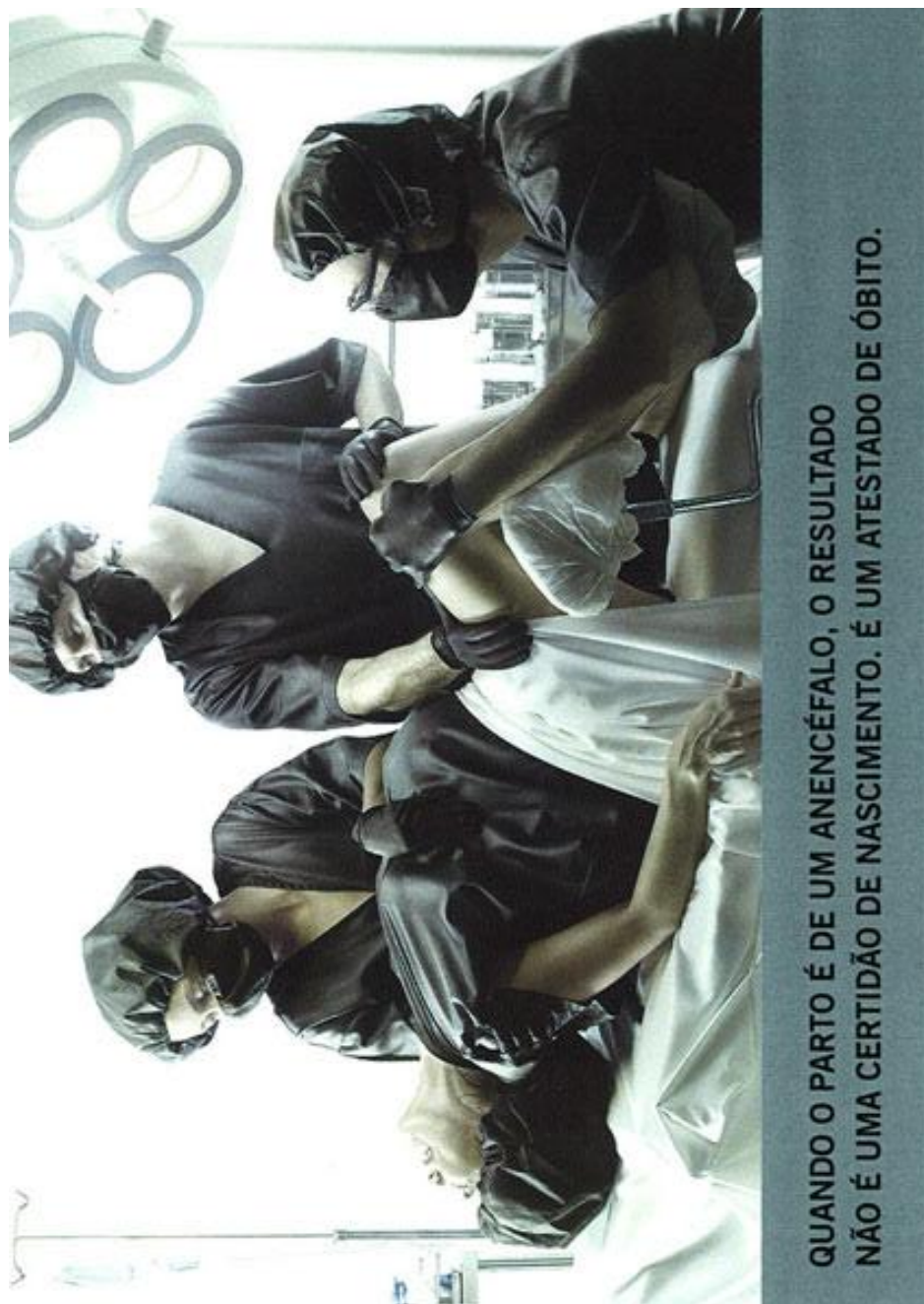
Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO

Homologado na II Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de fevereiro de 2011.

Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

7.4. Anexo 4: Material de campanha promovida pela Cepia



8. Apêndice

8.1. Apêndice 1: Primeira versão do Mosai

O questionário a seguir corresponde à primeira versão do Mosai, não incorporando, portanto, as correções e sugestões elaboradas pelo painel de especialistas consultado para a validação de conteúdo do instrumento.

POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE A HISTÓRIA A SEGUIR: JUSSARA

Desde o começo do casamento, Jussara e seu marido desejavam um bebê, pois se sentiam muito sós sem um filho. Assim, foi com imensa alegria que receberam a notícia de que Jussara estava grávida: eles teriam um menino. No entanto, logo com 16 semanas, quando se realizou o primeiro ultrassom, o médico percebeu malformações nos rins e na cabeça do feto. Ele era anencéfalo. Ao ouvir o diagnóstico, o primeiro pensamento de Jussara foi deixá-lo nascer. Mas, conversando com seu marido, ela concluiu que isso traria ainda mais sofrimento, pois seu filho teria uma vida curta e dolorosa. Agora, já no segundo trimestre da gravidez, ela se dá conta de que, independentemente da decisão que tomar, ela será muito difícil.

AGORA, RESPONDA: VOCÊ É A FAVOR DA INDUÇÃO DO ABORTO NESSE CASO?

BASTANTE FAVORÁVEL	UM POUCO FAVORÁVEL	NÃO SEI	UM POUCO CONTRÁRIO	BASTANTE CONTRÁRIO
()	()	()	()	()

AGORA, TENDO EM MENTE O DESFECHO ESCOLHIDO PARA A HISTÓRIA DE JUSSARA, **CLASSIFIQUE AS FRASES ABAIXO DE ACORDO COM O QUANTO VOCÊ CONCORDA COM CADA UMA DELAS**. PARA CADA FRASE, SUA AVALIAÇÃO PODE IR DE “CONCORDO MUITO” ATÉ “DISCORDO MUITO”. SE VOCÊ IDENTIFICAR ALGUMA FRASE IRRELEVANTE PARA A SOLUÇÃO DO DILEMA, CLASSIFIQUE-A COMO “INDIFERENTE”.

CONCORDO MUITO	CONCORDO UM POUCO	INDIFERENTE	DISCORDO UM POUCO	DISCORDO MUITO	Nº DA FRASE	
☐	☐	☐	☐	☐	1	Ao engravidar voluntariamente, Jussara consentiu com seu marido em relação à responsabilidade de uma nova vida, e, agora, deve manter essa vida até quando for possível.
☐	☐	☐	☐	☐	2	A utilização de técnicas de imagem para o diagnóstico fetal é uma importante conquista da medicina moderna na corrida espacial rumo às galáxias distantes.
☐	☐	☐	☐	☐	3	O Estado brasileiro deve primar pela defesa da vida em si, não importando o quanto essa vida carece das qualidades ou atributos das pessoas tidas como normais.
☐	☐	☐	☐	☐	4	Um dos pontos centrais nesse caso é que Jussara não seja coagida nem pelo seu marido nem pelos profissionais de saúde a tomar uma decisão contra ou a favor do aborto.
☐	☐	☐	☐	☐	5	Apesar das malformações, o bebê de Jussara possui tanto valor quanto qualquer outra pessoa, de tal modo que somente Deus deve atuar sobre sua terminação.
☐	☐	☐	☐	☐	6	Anencéfalo e, portanto, sem qualquer perspectiva de desenvolvimento psicológico, o feto de Jussara não poderá satisfazer os critérios mínimos pelos quais identificamos uma pessoa plena.
☐	☐	☐	☐	☐	7	Uma pessoa não deve ser assassinada simplesmente porque a natureza não lhe deu a forma que os outros gostariam que ela tivesse.
☐	☐	☐	☐	☐	8	Se um juiz não autorizar a interrupção da gravidez de Jussara, então ela irá procurar por uma clínica clandestina ou por medicamentos ilegais, pois a proibição do aborto é ineficaz.
☐	☐	☐	☐	☐	9	Se a sociedade brasileira legalizar o aborto para fetos com malformações graves, é bem possível que, depois, venham exigir coisas ainda piores, como a eutanásia.
☐	☐	☐	☐	☐	10	É absurdo que as vidas de Jussara e de seu companheiro sejam prejudicadas simplesmente para proteger um feto anencéfalo, que sequer é um ser humano.
☐	☐	☐	☐	☐	11	Ainda que em certos casos, como o de Jussara, a maternidade aconteça numa atmosfera de angústia, trata-se de uma parte essencial e maravilhosa da natureza feminina.
☐	☐	☐	☐	☐	12	Ainda que isso desperte a ira de algumas religiões, a legalização do aborto em casos de malformações graves atenuaria os sofrimentos da família e do feto.
☐	☐	☐	☐	☐	13	Se Jussara chegar a uma posição definitiva sobre o que fazer, então sua vontade deverá ser respeitada, seja para interromper, seja para manter a gestação.
☐	☐	☐	☐	☐	14	A decisão de abortar deve basear-se em um diagnóstico confiável, a fim de proteger uma vida que poderia ter um futuro como o de qualquer outra pessoa.
☐	☐	☐	☐	☐	15	Interromper a gravidez num caso como esse talvez seja a melhor maneira de proteger o nascituro de um futuro repleto de sofrimento.

POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE A HISTÓRIA A SEGUIR: TURMALINA E SEU MARIDO

Turmalina estava grávida de 16 semanas quando a amniocentese confirmou a suspeita do obstetra: seu filho apresentava o distúrbio genético trissomia 21, a Síndrome de Down. A notícia abalou Turmalina e seu marido. Eles sentiam como se suas expectativas e sonhos tivessem ruído. Pelos dias seguintes, ambos sofreram bastante. Não tinham apetite e mal conseguiam dormir. Pensar no futuro era algo que os angustiava. Teriam a condição financeira adequada para proverem seu filho da atenção e do cuidado ideais? Como lidariam com o preconceito? Quem cuidaria de seu filho quando eles não estivessem por perto? Será que ele teria um emprego? Faria uma faculdade? Angustiados, Turmalina e seu marido têm dúvidas sobre se deveriam levar a termo a gestação.

AGORA, RESPONDA: VOCÊ É A FAVOR DA INDUÇÃO DO ABORTO NESSE CASO?				
BASTANTE FAVORÁVEL	UM POUCO FAVORÁVEL	NÃO SEI	UM POUCO CONTRÁRIO	BASTANTE CONTRÁRIO
()	()	()	()	()

BASTANTE CONTRÁRIO

()

AGORA, TENDO EM MENTE O DESFECHO ESCOLHIDO PARA A HISTÓRIA DE TURMALINA E SEU MARIDO, **CLASSIFIQUE AS FRASES ABAIXO DE ACORDO COM O QUANTO VOCÊ CONCORDA COM CADA UMA DELAS**. PARA CADA FRASE, SUA AVALIAÇÃO PODE IR DE “CONCORDO MUITO” ATÉ “DISCORDO MUITO”. SE VOCÊ IDENTIFICAR ALGUMA FRASE IRRELEVANTE PARA A SOLUÇÃO DO DILEMA, CLASSIFIQUE-A COMO “INDIFERENTE”.

CONDORDO MUITO	CONDORDO UM POUCO	INDIFERENTE	DISCORDO UM POUCO	DISCORDO MUITO	Nº DA FRASE	
☐	☐	☐	☐	☐	1	Diante da evidência de que o casal será incapaz de cuidar adequadamente de uma criança com necessidades especiais, a interrupção da gravidez talvez seja a melhor escolha.
☐	☐	☐	☐	☐	2	Turmalina e seu marido não devem ser submetidos a tão violento sofrimento só para que seja protegido um ser humano que sequer será normal.
☐	☐	☐	☐	☐	3	É preciso avaliar com seriedade a ideia de que uma pessoa com Síndrome de Down é menos digna de respeito moral do que as pessoas tidas como normais.
☐	☐	☐	☐	☐	4	Se Turmalina e seu marido decidirem interromper a gravidez, a proibição legal não os impedirá de fazê-lo, pois eles recorrerão à indústria do aborto clandestino.
☐	☐	☐	☐	☐	5	A Síndrome de Down, ou trissomia do cromossoma 21, tem esse nome como homenagem ao jogador de futebol John Langdon Down.
☐	☐	☐	☐	☐	6	Se o sonho de um casal é ter um filho, então, ao engravidarem, eles devem se responsabilizar por isso, independentemente de outros fatores, pois fizeram uma escolha livre.
☐	☐	☐	☐	☐	7	Num Estado laico e de direito, como o Brasil, não há sentido em se proibir os cidadãos de tomarem decisões que só afetam a eles mesmos.
☐	☐	☐	☐	☐	8	É um absurdo: atualmente as pessoas se preocupam mais com os cachorros do que as pobres pessoas portadoras da Síndrome de Down.
☐	☐	☐	☐	☐	9	Nessa idade gestacional, tendo ou não a Síndrome de Down, o feto ainda não é capaz de pensar ou de ter consciência, ou seja, ainda não é plenamente uma pessoa.
☐	☐	☐	☐	☐	10	Turmalina pode até estar decepcionada agora, mas, se manter a gravidez, esse filho poderá lhe proporcionar as alegrias que somente a maternidade é capaz de produzir.
☐	☐	☐	☐	☐	11	A descriminalização do aborto em casos de fetos com Síndrome de Down poderia abrir portas para a discriminação de deficientes e outras pessoas com necessidades especiais.
☐	☐	☐	☐	☐	12	Supondo que Turmalina ou seu marido portassem a Síndrome de Down, então certamente seriam gratos aos seus pais e mães por não os terem abortado.
☐	☐	☐	☐	☐	13	Países que permitem a interrupção de gravidez de fetos com trissomia do cromossoma 21 falham na proteção dos mais vulneráveis.
☐	☐	☐	☐	☐	14	Qualquer profissional de saúde que atendesse um eventual pedido do casal para interromper a gravidez estaria sujeito às previsões penais por auxiliar um abortamento ilegal.
☐	☐	☐	☐	☐	15	O aborto talvez seja a melhor maneira de proteger o nascituro de um futuro em que será rejeitado pelos próprios pais.

POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE A HISTÓRIA A SEGUIR: ÂNGELA E RAFAEL

Ambos solteiros, Ângela, vendedora num shopping, e Rafael, administrador de empresas, mantiveram contato durante três meses pela internet antes de se conhecerem pessoalmente. Moravam em cidades diferentes, distantes entre si. Quando se encontraram pela primeira vez, pretendiam apenas um jantar romântico e talvez um filme no cinema. Assim, não estavam prevenidos com contraceptivos quando o encontro evoluiu para um contato mais íntimo. Eles passaram a noite juntos, e, já pela manhã, por via das dúvidas, Rafael sugeriu a Ângela que utilizasse uma pílula-do-dia-seguinte para evitar uma possível gravidez. Por mais que tudo lhes indicasse um futuro promissor no relacionamento, aquele definitivamente não era o momento para um filho. Mesmo assim, Ângela hesitou. Entendia que, como já poderia ter ocorrido a fertilização do óvulo, então a pílula seria o mesmo que um aborto.

AGORA, RESPONDA: VOCÊ É A FAVOR DA UTILIZAÇÃO DA PÍLULA-DO-DIA-SEGUINTE NESSE CASO?

BASTANTE FAVORÁVEL **UM POUCO FAVORÁVEL** **NÃO SEI** **UM POUCO CONTRÁRIO** **BASTANTE CONTRÁRIO**
 () () () () ()

AGORA, TENDO EM MENTE O DESFECHO ESCOLHIDO PARA A HISTÓRIA DE ÂNGELA E RAFAEL, **CLASSIFIQUE AS FRASES ABAIXO DE ACORDO COM O QUANTO VOCÊ CONCORDA COM CADA UMA DELAS**. PARA CADA FRASE, SUA AVALIAÇÃO PODE IR DE “CONCORDO MUITO” ATÉ “DISCORDO MUITO”. SE VOCÊ IDENTIFICAR ALGUMA FRASE IRRELEVANTE PARA A SOLUÇÃO DO DILEMA, CLASSIFIQUE-A COMO “INDIFERENTE”.

CONCORDO MUITO	CONCORDO UM POUCO	INDIFERENTE	DISCORDO UM POUCO	DISCORDO MUITO	Nº DA FRASE	
☐	☐	☐	☐	☐	1	Se Ângela e Rafael ainda não estão afetivamente e financeiramente preparados para formar uma família, então a eventual chegada de um filho tornaria suas vidas muito difíceis.
☐	☐	☐	☐	☐	2	Se ninguém interferir, o provável produto da concepção, ainda que em processo de fertilização, irá se tornar num ser humano como qualquer outro.
☐	☐	☐	☐	☐	3	Ângela e Rafael não devem sacrificar seus ideais e projetos de vida em nome de um ajuntamento microscópico de células.
☐	☐	☐	☐	☐	4	O fato de a relação sexual entre Ângela e Rafael ter sido voluntária obriga-os a arcar com as consequências dessa união.
☐	☐	☐	☐	☐	5	Uma pessoa que se recusa a utilizar métodos contraceptivos seguros e eficazes certamente está sendo manipulada por religiões fundamentalistas e irresponsáveis.
☐	☐	☐	☐	☐	6	Tudo bem se as pessoas dizem que um ovo fertilizado ou em processo de fertilização seja uma vida, mas, ainda sim, ele carece das qualidades que definem uma pessoa plena.
☐	☐	☐	☐	☐	7	Essa anticoncepção de emergência é reconhecidamente responsável por vômitos, diarreias, náuseas, cefaleias e alterações no ciclo menstrual, devendo, portanto, ser evitada.
☐	☐	☐	☐	☐	8	A possibilidade de se utilizar uma contracepção de emergência é uma das causas da pluralidade moral da sociedade pós-moderna.
☐	☐	☐	☐	☐	9	Toda mulher, incluindo Ângela, deve ter o pleno direito a utilizar a contracepção de emergência para evitar ou adiar uma gravidez indesejada ou inoportuna para o momento.
☐	☐	☐	☐	☐	10	Ângela não deve utilizar a contracepção de emergência só porque teme que as transformações de seu corpo tornem-na menos atraente para Rafael.
☐	☐	☐	☐	☐	11	A utilização de métodos contraceptivos eficazes e seguros não deve ser dificultada, pois a falta de planejamento familiar é uma causa importante de desigualdades sociais.
☐	☐	☐	☐	☐	12	Entre um zigoto ainda em formação e um bebê recém-nascido há pouquíssimas semelhanças, razão pela qual o uso da contracepção de emergência não incorre em qualquer dano moral.
☐	☐	☐	☐	☐	13	Num Estado de direito, uma concepção religiosa sobre a vida ainda em processo de fertilização não deve ser um entrave para o planejamento familiar das pessoas.
☐	☐	☐	☐	☐	14	A possibilidade de utilizar contraceptivos de emergência é uma forma simples, segura e eficiente de se combater a indústria ilegal do aborto.
☐	☐	☐	☐	☐	15	A vida de uma criança não planejada pode se dar num ambiente de rejeição afetiva ou de situação financeira precária.

POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE A HISTÓRIA A SEGUIR: MARINA

Marina tem 23 anos. É evangélica (não praticante), solteira, branca. Concluiu o ensino médio e trabalha numa bilheteira de cinema. Foi violentada por um ex-parceiro, na residência do agressor. Por medo, não buscou atendimento imediato. Engravidou em decorrência do estupro. Quando soube, sentiu-se em risco, amedrontada e sem alternativas. Contou apenas para seus pais e uma amiga. Mas ninguém parecia lhe dar crédito. Sozinha, buscou ajuda numa unidade básica de saúde, onde foi orientada sobre a possibilidade legal de interromper a gravidez e sobre o que deveria fazer caso estivesse realmente decidida. Porém, no fundo, Marina está confusa. Mais de uma vez ouviu dizerem que ela é culpada pela gravidez. E, além disso, a indução do aborto contraria suas convicções religiosas sobre o valor da vida. Profundamente angustiada e sem qualquer apoio de amigos ou familiares, Marina não sabe o que fazer.

AGORA, RESPONDA: VOCÊ É A FAVOR DA INDUÇÃO DO ABORTO NESSE CASO?

BASTANTE FAVORÁVEL **UM POUCO FAVORÁVEL** **NÃO SEI** **UM POUCO CONTRÁRIO** **BASTANTE CONTRÁRIO**
 () () () () ()

AGORA, TENDO EM MENTE O DESFECHO ESCOLHIDO PARA A HISTÓRIA DE MARINA, **CLASSIFIQUE AS FRASES ABAIXO DE ACORDO COM O QUANTO VOCÊ CONCORDA COM CADA UMA DELAS**. PARA CADA FRASE, SUA AVALIAÇÃO PODE IR DE "CONCORDO MUITO" ATÉ "DISCORDO MUITO". SE VOCÊ IDENTIFICAR ALGUMA FRASE IRRELEVANTE PARA A SOLUÇÃO DO DILEMA, CLASSIFIQUE-A COMO "INDIFERENTE".

CONCORDO MUITO	CONCORDO UM POUCO	INDIFERENTE	DISCORDO UM POUCO	DISCORDO MUITO	Nº DA FRASE	
☐	☐	☐	☐	☐	1	Tudo depende de se Marina realmente está dizendo a verdade, pois a vida humana é sagrada, não devendo, portanto, ser eliminada por motivos fúteis.
☐	☐	☐	☐	☐	2	Marina pode até estar sofrendo agora por causa do estupro, mas sofrerá ainda mais se interromper a gravidez, sobretudo psicologicamente.
☐	☐	☐	☐	☐	3	É compreensível haver uma lei que permita o aborto em caso de estupro, pois ela ajuda a mulher a superar o trauma da violência sofrida, mas essa lei falha na proteção do feto.
☐	☐	☐	☐	☐	4	A criança no ventre de Marina não deve ser punida só porque ela foi incapaz de manter-se afastada do ex-namorado.
☐	☐	☐	☐	☐	5	Felizmente, Marina vive num Estado de direito, onde lhe é garantida a possibilidade de interromper a gravidez de modo seguro caso tenha sido vítima de violência sexual.
☐	☐	☐	☐	☐	6	Marina poderia ter enviado um e-mail para seu ex-namorado ao invés de tê-lo visitado pessoalmente e sozinha, possibilitando, assim, o estupro.
☐	☐	☐	☐	☐	7	A não necessidade de comprovar o estupro ou de apresentar boletim de ocorrência para abortar em um hospital visa a proteger mulheres como Marina de uma angústia ainda maior.
☐	☐	☐	☐	☐	8	Do ponto de vista do feto, não faz diferença se ele foi concebido num ato de amor ou de ódio, pois sua dignidade e direito à vida não dependem de fatores externos.
☐	☐	☐	☐	☐	9	O estupro demonstra o modo como a mulher é vista por parte da sociedade, ou seja, como objeto sexual, mas, se abortar, Marina irá apenas reforçar essa visão tão ruim.
☐	☐	☐	☐	☐	10	Só seria justo que Marina interrompesse a gravidez se ela realmente tiver sido violentada, pois, do contrário, ela é responsável por essa vida.
☐	☐	☐	☐	☐	11	O Estado tem o dever de proteger os mais vulneráveis, sobretudo em casos em que as pessoas parecem faltar com a verdade só para terem o direito ao aborto.
☐	☐	☐	☐	☐	12	Não importa se Marina mente ou diz a verdade, e sim o fato de que ela deseja interromper a gravidez, e deve ter sua autonomia reprodutiva respeitada.
☐	☐	☐	☐	☐	13	Se Marina estiver mentindo, então ela não tem direito ao aborto, pois sua relação sexual com o ex-namorado foi voluntária, pelo que ambos devem assumir as consequências da gravidez.
☐	☐	☐	☐	☐	14	Agora que não é necessário apresentar boletim de ocorrência nem comprovar o estupro, qualquer mulher pode ir a um centro referenciado, mentir, e solicitar o aborto.
☐	☐	☐	☐	☐	15	Se uma eventual mentira de Marina for descoberta, então tanto ela como a equipe médica responsável pelo aborto terão de responder criminalmente pelo ato.

POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE A HISTÓRIA A SEGUIR: RITA

Grávida de 11 semanas, Rita, de 26 anos, é analfabeta e possui antecedentes de epilepsia desde a infância, mas sem acompanhamento médico. Vive em situação de extrema pobreza com dois filhos e três irmãos. Teve outros três filhos, cada um deles vivendo com seus respectivos pais. Em Casa, utiliza energia elétrica de forma clandestina. Não tem banheiro nem água potável. Vive de benefícios do governo e de bicos dos irmãos. Atualmente, apresenta parceiros ocasionais, pelo quê desconhece o responsável pela gravidez atual. Muitas dessas relações se mantiveram num âmbito de violência sexual no entorno familiar. Quer interromper a gravidez, mas não pode fazê-lo legalmente. Pretende recorrer a uma conhecida na favela onde mora, que inclusive já lhe provocou um aborto anteriormente com sonda vesical intracervical. Entretanto, isso quase a matou da outra vez.

AGORA, RESPONDA: VOCÊ É A FAVOR DA INDUÇÃO DO ABORTO NESSE CASO?

BASTANTE FAVORÁVEL **UM POUCO FAVORÁVEL** **NÃO SEI** **UM POUCO CONTRÁRIO** **BASTANTE CONTRÁRIO**
 () () () () ()

AGORA, TENDO EM MENTE O DESFECHO ESCOLHIDO PARA A HISTÓRIA DE RITA, **CLASSIFIQUE AS FRASES ABAIXO DE ACORDO COM O QUANTO VOCÊ CONCORDA COM CADA UMA DELAS**. PARA CADA FRASE, SUA AVALIAÇÃO PODE IR DE “CONCORDO MUITO” ATÉ “DISCORDO MUITO”. SE VOCÊ IDENTIFICAR ALGUMA FRASE IRRELEVANTE PARA A SOLUÇÃO DO DILEMA, CLASSIFIQUE-A COMO “INDIFERENTE”.

CONCORDO MUITO	CONCORDO UM POUCO	INDIFERENTE	DISCORDO UM POUCO	DISCORDO MUITO	Nº DA FRASE	
☐	☐	☐	☐	☐	1	A defesa do aborto de mulheres como Rita esconde um desejo xenofóbico de controle da natalidade de negros, imigrantes, analfabetos e pessoas em condição de extrema pobreza.
☐	☐	☐	☐	☐	2	O caso de Rita ilustra a injustiça do aborto no Brasil, onde as mulheres ricas e da classe média podem induzi-lo em segurança recorrendo a clínicas particulares e a médicos confiáveis.
☐	☐	☐	☐	☐	3	As pessoas que apoiam a interrupção da gravidez de Rita também apoiariam grupos de extermínio contra favelados, pedintes e mendigos.
☐	☐	☐	☐	☐	4	A situação de Rita engloba as piores formas de degeneração de uma mulher, como sua transformação em objeto sexual e o desrespeito a sua autonomia reprodutiva.
☐	☐	☐	☐	☐	5	Esse mosquitinho no ventre de Rita é o menor de seus problemas, e deve ser retirado o quanto antes para que ela possa tomar as rédeas de sua vida.
☐	☐	☐	☐	☐	6	Nosso país não será capaz de combater situações de miséria e calamidades extremas como a de Rita enquanto suas leis refletirem ideais morais ou religiosos de grupos particulares.
☐	☐	☐	☐	☐	7	No Brasil, a criminalização do aborto, além de prejudicar mulheres como Rita, afronta à ideia de que vivemos num Estado de direito, laico e democrático.
☐	☐	☐	☐	☐	8	O feto de Rita ainda não pode ser considerado uma pessoa plena, pois ainda não apresenta atividade organizada do córtex cerebral, ou seja, não tem capacidade de consciência.
☐	☐	☐	☐	☐	9	Se Rita fizesse um empréstimo com um agiota, talvez conseguisse, com isso, dinheiro para interromper a gravidez numa clínica particular, e voltaria para casa de táxi.
☐	☐	☐	☐	☐	10	A situação de Rita evidencia o fracasso do Estado brasileiro não apenas em amparar pessoas em situação de miséria, mas também em cuidar dos mais vulneráveis, como o feto de Rita.
☐	☐	☐	☐	☐	11	Uma coisa é certa: o contexto social, familiar e de saúde de Rita não legitima que façamos com o feto algo que não queremos que seja feito contra nós mesmos.
☐	☐	☐	☐	☐	12	Se pessoas como Rita fossem legalmente autorizadas a interromper a gravidez, então a promiscuidade seria ainda pior, e os abortamentos sobrecarregariam o SUS.
☐	☐	☐	☐	☐	13	A melhor solução nesse caso não é a mera interrupção da gravidez de Rita, e sim o amparo social a mulheres como ela para cuidarem de si e de suas famílias.
☐	☐	☐	☐	☐	14	Caso existisse, a possibilidade de interromper uma tal gravidez de modo legal e seguro beneficiaria Rita, que já demonstra sérias dificuldades para cuidar de si e de seus filhos.
☐	☐	☐	☐	☐	15	Se algum profissional de saúde se compadecesse de Rita e interrompesse sua gravidez, então ele estaria sujeito às penalidades legais pela indução criminosa de um aborto.

POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE A HISTÓRIA A SEGUIR: MARA

Apenas a evidência da gravidez foi capaz de romper o constrangimento de Mara, 19 anos, para procurar um centro de referência na saúde da mulher. Sua história apresenta diversas lacunas, o que reforça a tese de que fora vítima de alguma das chamadas “drogas do estupro”. Ela lembra-se de ter ido a uma festa para comemorar o aniversário de uma amiga. Já pela madrugada, enquanto conversava com um rapaz que conheceu no local, começou a sentir um pouco de tontura. Então o rapaz se ofereceu para conduzi-la para um local mais arejado. Eles saíram do salão. Mara foi até o carro do rapaz, sentou-se no banco de passageiros, abriu os vidros e reclinou o banco. Depois disso, só se recorda de despertar num quarto desconhecido abandonada à própria nudez e a dores na região genital. Dois meses depois, Mara ainda considera a possibilidade de encaminhar-se para um serviço de referência para interromper a gestação.

AGORA, TENDO EM MENTE O DESFECHO ESCOLHIDO PARA A HISTÓRIA DE MARA, **CLASSIFIQUE AS FRASES ABAIXO DE ACORDO COM O QUANTO VOCÊ CONCORDA COM CADA UMA DELAS**. PARA CADA FRASE, SUA AVALIAÇÃO PODE IR DE “CONCORDO MUITO” ATÉ “DISCORDO MUITO”. SE VOCÊ IDENTIFICAR ALGUMA FRASE IRRELEVANTE PARA A SOLUÇÃO DO DILEMA, CLASSIFIQUE-A COMO “INDIFERENTE”.

AGORA, RESPONDA: VOCÊ É A FAVOR DA INDUÇÃO DO ABORTO NESSE CASO?

BASTANTE FAVORÁVEL **UM POUCO FAVORÁVEL** **NÃO SEI** **UM POUCO CONTRÁRIO** **BASTANTE CONTRÁRIO**
 () () () () ()

CONCORDO MUITO	CONCORDO UM POUCO	INDIFERENTE	DISCORDO UM POUCO	DISCORDO MUITO	Nº DA FRASE	
☐	☐	☐	☐	☐	1	A composição química das drogas utilizadas em estupros desse tipo geralmente pertence à família da benzodiazepina, prima dos Silva e Silva.
☐	☐	☐	☐	☐	2	Esse agrupamento microscópico de células no ventre de Mara não deve impedi-la de interromper a gestação, superar a agressão sofrida, e seguir sua vida normalmente.
☐	☐	☐	☐	☐	3	A criança que Mara carrega não deve ser assassinada simplesmente porque Mara foi incapaz de afastar-se de pessoas suspeitas, submetendo-se voluntariamente a uma situação de risco.
☐	☐	☐	☐	☐	4	O estupro é um dos mais graves crimes que se pode cometer contra uma mulher, pois lhe retira o poder de decisão sobre o próprio corpo.
☐	☐	☐	☐	☐	5	A interrupção da gravidez reflete um ato de violência do mais forte contra o mais fraco semelhante ao que mulheres como Mara têm sofrido ao longo dos tempos pelos homens.
☐	☐	☐	☐	☐	6	Abortar é algo que pode causar mais danos psicológicos para Mara do que manter a gravidez, principalmente por causa de um provável sentimento de culpa.
☐	☐	☐	☐	☐	7	Caso a indução do aborto em situações de estupro fosse criminalizada, isso somente ajudaria a alimentar a indústria ilegal do aborto no Brasil.
☐	☐	☐	☐	☐	8	Às oito semanas de gestação, a forma, desenvolvimento neurológico, órgãos vitais e aproximados 3 cm de tamanho lembram muito pouco um ser humano completo.
☐	☐	☐	☐	☐	9	Num caso como esse, também é preciso considerar que o produto da concepção é tão inocente quanto Mara, não devendo, portanto, ser punido pela violência cometida.
☐	☐	☐	☐	☐	10	O fato de a pluralidade religiosa ser garantida nos Estados modernos não significa que concepções religiosas devam impedir a interrupção da gravidez em casos como o de Mara.
☐	☐	☐	☐	☐	11	A possibilidade legal de se abortar em casos como o de Mara reforça a proteção e respeito à mulher pelo Estado, que, contudo, com isso, falha na proteção do nascituro.
☐	☐	☐	☐	☐	12	É natural que Mara tenha caído no sono, pois já era alta hora da madrugada, e o carro do desconhecido pode ter sido bastante confortável, inclusive com ar-condicionado.
☐	☐	☐	☐	☐	13	O fato de Mara ter sido dopada lhe exime da responsabilidade pelo produto da concepção, pois a relação sexual ocorreu sem seu consentimento.
☐	☐	☐	☐	☐	14	A possibilidade de interromper a gravidez em casos como o de Mara visa à proteção da mulher, principalmente do ponto de vista psicológico.
☐	☐	☐	☐	☐	15	A descriminalização do aborto em caso de violência sexual contribui para que as pessoas se tornem menos cuidadosas ao escolherem suas companhias, como no caso de Mara.

8.2. Apêndice 2: Segunda versão do Mosai (pós validação de conteúdo)

O questionário a seguir corresponde à segunda versão do Mosai, incorporando, portanto, as correções e sugestões elaboradas pelo painel de especialistas consultado para a validação de conteúdo do instrumento.

POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE A HISTÓRIA DE JUSSARA E RESPONDA AS QUESTÕES SUBSEQUENTES

Desde o começo do casamento, Jussara e seu marido desejavam um bebê, pois sentiam-se muito sós sem um filho. Assim, foi com imensa alegria que receberam a notícia de que Jussara estava grávida. No entanto, com 16 semanas, quando se realizou o primeiro ultrassom, o médico percebeu malformações nos rins e na cabeça do feto, que era anencéfalo (não tinha cérebro). Ao ouvir o diagnóstico, o primeiro pensamento de Jussara foi deixá-lo nascer. Mas, conversando com seu marido, ela considerou a possibilidade de que a manutenção da gravidez causasse ainda mais sofrimento a ela, ao seu marido e ao feto. Agora, estando no segundo trimestre da gravidez, ela se dá conta de que, qualquer que seja sua decisão - manter a gravidez ou interrompê-la - será difícil tomá-la.

A. Você é favorável à atual possibilidade legal de se interromper a gravidez em casos de anencefalia?

MUITO FAVORÁVEL	FAVORÁVEL	UM POUCO FAVORÁVEL	UM POUCO CONTRÁRIO	CONTRÁRIO	MUITO CONTRÁRIO
()	()	()	()	()	()

B. Você é a favor de que o SUS continue a interromper a gravidez de fetos anencéfalos?

MUITO FAVORÁVEL	FAVORÁVEL	UM POUCO FAVORÁVEL	UM POUCO CONTRÁRIO	CONTRÁRIO	MUITO CONTRÁRIO
()	()	()	()	()	()

Para sustentar suas respostas para os itens A e B acima, classifique as frases seguir de acordo com o quanto você concorda com cada uma delas. Se você identificar alguma frase irrelevante para a solução do problema, classifique-a como “indiferente”.

CONDORDO MUITO	CONDORDO UM POUCO	INDIFERENTE	DISCORDO UM POUCO	DISCORDO MUITO	Nº DA FRASE	
☐	☐	☐	☐	☐	1	Ao engravidarem por vontade própria, Jussara e seu marido se tornaram responsáveis por uma nova vida, que deve ser preservada até quando for possível.
☐	☐	☐	☐	☐	2	A utilização de técnicas de imagem para o diagnóstico fetal é uma importante conquista da medicina moderna na corrida espacial rumo às galáxias distantes.
☐	☐	☐	☐	☐	3	Deveria ser um dever do Estado brasileiro a proteção incondicional da vida intrauterina, mesmo nos casos de anencefalia.
☐	☐	☐	☐	☐	4	Um dos pontos centrais nesse caso é que Jussara não seja coagida nem pelo seu marido nem pelos profissionais de saúde a tomar uma decisão contra ou a favor do aborto.
☐	☐	☐	☐	☐	5	Apesar das malformações, o bebê de Jussara tem tanto direito à vida quanto qualquer outra pessoa, cabendo somente a Deus atuar sobre sua terminação.
☐	☐	☐	☐	☐	6	Anencéfalo e, portanto, sem perspectivas de desenvolvimento neurológico e psicológico, o feto de Jussara não poderá se tornar uma pessoa humana plena.
☐	☐	☐	☐	☐	7	Uma pessoa não deve ser assassinada simplesmente porque a natureza não lhe deu a forma que os outros gostariam que ela tivesse.
☐	☐	☐	☐	☐	8	Se o Supremo Tribunal Federal não tivesse autorizado o aborto em casos de anencefalia, Jussara talvez fizesse como tantas outras mulheres brasileiras que recorrem ao abortamento ilegal.
☐	☐	☐	☐	☐	9	A autorização do Supremo Tribunal Federal para interrupção da gravidez nos casos de anencefalia torna a sociedade menos sensível ao valor incondicional da vida.
☐	☐	☐	☐	☐	10	Se não fosse possível interromper a gravidez de um feto anencéfalo de forma legal e segura, Jussara seria submetida a uma situação análoga à da tortura durante o resto da gestação.
☐	☐	☐	☐	☐	11	Mulheres que interrompem a gravidez em casos de anencefalia podem estar sob pressão de seus companheiros.
☐	☐	☐	☐	☐	12	As leis que regulam a vida de todos, inclusive com relação à vida reprodutiva, não podem ter como referência crenças religiosas de grupos específicos, e sim o bem da sociedade.
☐	☐	☐	☐	☐	13	Se Jussara chegar a uma posição definitiva sobre o que fazer, então sua vontade deverá ser respeitada, seja para interromper, seja para manter a gestação.
☐	☐	☐	☐	☐	14	O aborto deve basear-se em um diagnóstico confiável da anencefalia, ou seja, na certeza de que, infelizmente, o nascituro jamais terá um futuro.
☐	☐	☐	☐	☐	15	Numa sociedade que respeitasse os direitos sexuais e reprodutivos dos cidadãos, Jussara teria o direito a decidir sobre se manteria ou não a gestação.

POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE A HISTÓRIA DE MARIA E RESPONDA AS QUESTÕES SUBSEQUENTES

Maria, de 38 anos de idade, é a irmã mais nova de uma família de cinco mulheres, todas casadas e mães de pelo menos um filho, exceto Maria. Ela casou-se há oito anos e recentemente conseguiu engravidar. Porém, na 16ª semana de gestação, um exame confirmou que seu feto apresentava a Síndrome de Down. O diagnóstico abalou o casal, que sempre desejou ter um filho, mas jamais imaginou que ele pudesse ser diferente das demais crianças da família. Eles sentiam como se suas expectativas e sonhos tivessem ruído. Pelos dias seguintes, sofreram bastante. Não tinham apetite e mal conseguiam dormir. Pensar no futuro era algo que os angustiava imensamente. Maria e seu marido têm dúvidas sobre se deveriam manter a gravidez, e pensam seriamente em abortar.

A. Se Maria optasse por interromper a gravidez, você seria a favor de que ela pudesse fazê-lo de modo legal?

MUITO FAVORÁVEL	FAVORÁVEL	UM POUCO FAVORÁVEL	UM POUCO CONTRÁRIO	CONTRÁRIO	MUITO CONTRÁRIO
()	()	()	()	()	()

B. Se Maria pudesse interromper a gravidez legalmente, você seria a favor de que o procedimento fosse realizado pelo SUS?

MUITO FAVORÁVEL	FAVORÁVEL	UM POUCO FAVORÁVEL	UM POUCO CONTRÁRIO	CONTRÁRIO	MUITO CONTRÁRIO
()	()	()	()	()	()

Para sustentar suas respostas para os itens A e B acima, classifique as frases seguir de acordo com o quanto você concorda com cada uma delas. Se você identificar alguma frase irrelevante para a solução do problema, classifique-a como “indiferente”.

CONDORDO MUITO	CONCORDO UM POUCO	INDIFERENTE	DISCORDO UM POUCO	DISCORDO MUITO	Nº DA FRASE	
☐	☐	☐	☐	☐	1	A verdadeira natureza feminina deve se pautar pelo amor materno, que é incondicional e não rejeita um filho só porque ele apresenta a Síndrome de Down.
☐	☐	☐	☐	☐	2	A impossibilidade de abortar de modo legal e seguro é a terrível vilã dessa história, forçando o casal a manter uma gravidez que só lhes causa um enorme sofrimento emocional.
☐	☐	☐	☐	☐	3	É preciso repensar a ideia de que uma pessoa com Síndrome de Down tem menos direito à vida do que as pessoas tidas como normais.
☐	☐	☐	☐	☐	4	Se Maria e seu marido decidirem interromper a gravidez, a proibição legal não os impedirá de fazê-lo, pois eles recorrerão à indústria do aborto clandestino.
☐	☐	☐	☐	☐	5	A Síndrome de Down, ou trissomia do cromossomo 21, tem esse nome como homenagem a um personagem de um desenho animado lançado nos cinemas em 3D em 2010.
☐	☐	☐	☐	☐	6	Se o sonho de um casal é ter um filho, então, ao engravidarem, eles devem se responsabilizar por isso, independentemente de outros fatores, pois fizeram uma escolha livre.
☐	☐	☐	☐	☐	7	No Brasil, as leis e a Constituição deveriam garantir o exercício da liberdade de escolha em relação à vida reprodutiva.
☐	☐	☐	☐	☐	8	É um absurdo: atualmente a sociedade se preocupa mais com os cachorros do que com as pobres pessoas portadoras da Síndrome de Down.
☐	☐	☐	☐	☐	9	Nessa idade gestacional, tendo ou não a Síndrome de Down, o feto ainda não é capaz de pensar ou de ter consciência, ou seja, ainda não é plenamente uma pessoa.
☐	☐	☐	☐	☐	10	Maria pode até estar decepcionada agora, mas, se mantiver a gravidez, esse filho poderá lhe proporcionar grandes alegrias.
☐	☐	☐	☐	☐	11	A legalização do aborto em casos de fetos com Síndrome de Down tende a aumentar a discriminação de deficientes e outras pessoas com necessidades especiais.
☐	☐	☐	☐	☐	12	As pessoas com Síndrome de Down de fato são diferentes, mas, ainda assim, são pessoas, e devem ter o direito à vida protegido.
☐	☐	☐	☐	☐	13	Países que permitem a interrupção de gravidez de fetos com trissomia do cromossomo 21 falham na proteção dos mais vulneráveis.
☐	☐	☐	☐	☐	14	A imposição legal de que Maria leve diante uma gravidez indesejada fere os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, reconhecidos internacionalmente pela ONU e OMS.
☐	☐	☐	☐	☐	15	O aborto talvez seja a melhor maneira de proteger o nascituro de um futuro em que poderá sofrer a rejeição de seus pais e da sociedade.

POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE A HISTÓRIA DE GRAZIANE E RESPONDA AS QUESTÕES SUBSEQUENTES

Graziane, grávida de 13 semanas, é portadora da rara Síndrome de Eisenmenger, uma enfermidade em que diferentes defeitos cardíacos congênitos causam aumento na resistência vascular pulmonar e hipertensão pulmonar. O problema está associado a um alto grau de mortalidade. Ele leva a pessoa a não poder desenvolver as mais simples atividades físicas sem que sinta falta de ar e cansaço. A única forma de cura é um transplante de coração combinado com o de pulmão. Em caso de gravidez, a indicação médica é a interrupção. Até mesmo o aborto envolve riscos para a mulher, mas menores do que a manutenção da gravidez, principalmente se for realizado durante o primeiro trimestre. Porém, Graziane e seu marido desejam muito ter um filho. Por enquanto, o feto está em perfeita formação. Mas o casal ainda não sabe o que fazer.

A. Você é favorável à atual possibilidade legal de se interromper a gravidez em casos de risco de morte como o de Graziane?
MUITO FAVORÁVEL **FAVORÁVEL** **UM POUCO FAVORÁVEL** **UM POUCO CONTRÁRIO** **CONTRÁRIO** **MUITO CONTRÁRIO**
 () () () () () ()

B. Você é a favor de que o SUS continue a interromper a gravidez de mulheres com riscos de morte semelhantes ao de Graziane?
MUITO FAVORÁVEL **FAVORÁVEL** **UM POUCO FAVORÁVEL** **UM POUCO CONTRÁRIO** **CONTRÁRIO** **MUITO CONTRÁRIO**
 () () () () () ()

Para sustentar suas respostas para os itens A e B acima, classifique as frases seguir de acordo com o quanto você concorda com cada uma delas. Se você identificar alguma frase irrelevante para a solução do problema, classifique-a como “indiferente”.

CONDORDO MUITO	CONDORDO UM POUCO	INDIFERENTE	DISCORDO UM POUCO	DISCORDO MUITO	Nº DA FRASE	
☐	☐	☐	☐	☐	1	Talvez Graziane ainda não tenha caído em si, mas o fato é que a manutenção dessa gravidez será o mesmo que assinar o próprio atestado de óbito.
☐	☐	☐	☐	☐	2	As altas taxas de mortalidade para as grávidas portadoras dessa doença legitimam o aborto para proteger a vida da mãe.
☐	☐	☐	☐	☐	3	Indicar o aborto em casos da Síndrome de Eisenmenger é uma decisão cômoda e cruel, pois protege apenas uma das duas vidas humanas envolvidas.
☐	☐	☐	☐	☐	4	Os edemas causados pela Síndrome de Eisenmenger nos portadores da doença são um sério problema estético, fazendo com que os doentes saiam de casa com luvas de couro.
☐	☐	☐	☐	☐	5	A possibilidade legal de se interromper a gravidez em caso de risco para a vida da gestante é uma importante maneira de se combater a mortalidade materna.
☐	☐	☐	☐	☐	6	As leis que permitem a interrupção da gravidez em casos da Síndrome de Eisenmenger visam à proteção da gestante, mas falham na proteção do nascituro.
☐	☐	☐	☐	☐	7	É psicologicamente difícil para um profissional de saúde, cuja educação visa à proteção da vida, ter de interromper a gravidez de um feto saudável.
☐	☐	☐	☐	☐	8	Num estado laico e de direito, onde as liberdades individuais são respeitadas, há de se respeitar a decisão de Graziane e seu marido caso optem pela interrupção.
☐	☐	☐	☐	☐	9	Se Graziane não pudesse abortar de modo legal, talvez então recorresse a um aborto clandestino, correndo um sério risco de entrar para as estatísticas de mortalidade materna.
☐	☐	☐	☐	☐	10	Quando a opinião pública aceita que se salve a vida da mãe por meio da morte do nascituro, isso é sinal de que houve uma banalização do valor da vida naquela sociedade.
☐	☐	☐	☐	☐	11	Se Graziane mantiver a gravidez e vier a morrer, é provável que seu filho se orgulhe do heroísmo de sua mãe, que se sacrificara por ele.
☐	☐	☐	☐	☐	12	Uma ecografia 4D realizada numa gestação de 13 semanas não deixa dúvidas quanto ao fato de que ali está uma criança com real direito à vida, não importando as circunstâncias.
☐	☐	☐	☐	☐	13	A interrupção poderá ser prejudicial para Graziane e seu marido, pois estudos têm sugerido que a dificuldade para terem filhos contribui para a separação de casais.
☐	☐	☐	☐	☐	14	Com 13 semanas, o feto de Graziane já começa a apresentar um desenvolvimento cerebral, mas sua capacidade de sentir dor e angústia ainda é inferior à de uma pessoa nascida.
☐	☐	☐	☐	☐	15	O essencial nessa história é que Graziane tenha total liberdade para escolher abortar ao manter a gravidez, pois é a sua vida e o seu corpo que estão em risco.

POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE A HISTÓRIA DE MARINA E RESPONDA AS QUESTÕES SUBSEQUENTES

Marina tem 23 anos. É evangélica e solteira. Foi violentada por um ex-parceiro, na residência do agressor. Por medo, não buscou atendimento imediato. Engravidou em decorrência do estupro. Quando soube, sentiu-se em risco, amedrontada e sem alternativas. Contou apenas para seus pais e a uma amiga. Mas ninguém parecia lhe dar crédito. Sozinha, buscou ajuda numa unidade básica de saúde, onde foi orientada sobre a possibilidade legal de interromper a gravidez e sobre o que deveria fazer caso estivesse realmente decidida. Porém, Marina continuou confusa. Mais de uma vez, lhe disseram que ela é responsável pela gravidez, pois se colocou numa situação de risco ao visitar a casa do ex-parceiro, onde foi violentada. Além disso, a indução do aborto contraria suas convicções religiosas. Profundamente angustiada e sem qualquer apoio de amigos ou familiares, Marina não sabe o que fazer.

A. Você é favorável à atual possibilidade legal de se interromper a gravidez em casos de violência sexual como o de Marina?
MUITO FAVORÁVEL **FAVORÁVEL** **UM POUCO FAVORÁVEL** **UM POUCO CONTRÁRIO** **CONTRÁRIO** **MUITO CONTRÁRIO**
 () () () () () ()

B. Você é a favor de que o SUS continue a interromper gravidezes decorrentes de estupro, como no caso de Marina?
MUITO FAVORÁVEL **FAVORÁVEL** **UM POUCO FAVORÁVEL** **UM POUCO CONTRÁRIO** **CONTRÁRIO** **MUITO CONTRÁRIO**
 () () () () () ()

Para sustentar suas respostas para os itens A e B acima, classifique as frases seguir de acordo com o quanto você concorda com cada uma delas. Se você identificar alguma frase irrelevante para a solução do problema, classifique-a como “indiferente”.

CONDORDO MUITO	CONCORDO UM POUCO	INDIFERENTE	DISCORDO UM POUCO	DISCORDO MUITO	Nº DA FRASE	
☐	☐	☐	☐	☐	1	Tendo engravidado em decorrência da experiência traumática do estupro, é provável que Marina desse um jeito de abortar mesmo que as leis não a permitissem fazê-lo.
☐	☐	☐	☐	☐	2	De fato, Marina está sofrendo agora por causa do estupro, mas poderá sofrer ainda mais se interromper a gravidez e tiver sentimentos de culpa.
☐	☐	☐	☐	☐	3	O aborto permitido por lei em casos de violência sexual contraria o princípio constitucional de defesa da vida.
☐	☐	☐	☐	☐	4	A criança em gestação não deve ser assassinada só porque Marina foi incapaz de se defender da agressão do ex-namorado.
☐	☐	☐	☐	☐	5	Felizmente, Marina vive num Estado de direito, onde lhe é garantida a possibilidade de interromper a gravidez caso tenha sido vítima de violência sexual.
☐	☐	☐	☐	☐	6	Marina poderia ter enviado um e-mail para seu ex-namorado, convidando-o para participar de alguma rede social digital.
☐	☐	☐	☐	☐	7	A não necessidade de apresentar boletim de ocorrência para abortar em um hospital visa a proteger mulheres como Marina de maiores sofrimentos, principalmente psicológicos.
☐	☐	☐	☐	☐	8	Marina é evangélica e sabe muito bem que a vida é sagrada independentemente da forma como foi gerada.
☐	☐	☐	☐	☐	9	A possibilidade legal de interromper a gravidez decorrente de estupro desobriga as vítimas do horror de carregarem uma vida gerada num ato de terrível violência.
☐	☐	☐	☐	☐	10	Se Marina ainda estiver nas primeiras semanas de gravidez, o aborto não afetará uma pessoa plena, e sim um embrião, que, por definição, ainda não possui atividade cerebral.
☐	☐	☐	☐	☐	11	O Estado tem o dever de proteger os mais vulneráveis, e esse parece ser o ponto fraco das leis que permitem o aborto em caso de estupro.
☐	☐	☐	☐	☐	12	Não importa se Marina mente ou diz a verdade, e sim o fato de que ela deseja interromper a gravidez, e isso deveria ser suficiente para que ela pudesse abortar em segurança.
☐	☐	☐	☐	☐	13	Se Marina estiver mentindo, então ela não tem direito ao aborto, pois sua relação sexual com o ex-namorado foi voluntária, e ambos devem assumir as consequências da gravidez.
☐	☐	☐	☐	☐	14	Nos hospitais, dado que não é necessário apresentar boletim de ocorrência nem comprovar o estupro, é possível que muitas mulheres mintam para abortar, banalizando o procedimento.
☐	☐	☐	☐	☐	15	No Brasil, a possibilidade legal de se interromper a gravidez decorrente de estupro respeita os acordos internacionais sobre os direitos humanos sexuais e reprodutivos.

POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE A HISTÓRIA DE RITA E RESPONDA AS QUESTÕES SUBSEQUENTES

Grávida de 11 semanas, Rita, de 26 anos, é solteira e analfabeta. Não frequenta qualquer serviço de assistência à saúde e tem dificuldades de acesso a métodos contraceptivos seguros e eficazes. Vive em situação de extrema pobreza com dois filhos e três irmãos num assentamento ilegal. Teve outros três filhos, que atualmente vivem com seus respectivos pais. Em casa, utiliza energia elétrica de forma clandestina. Não tem banheiro nem água potável. Sobrevive graças a benefícios do governo e aos bicos dos irmãos, todos menores de idade. Atualmente, apresenta parceiros ocasionais, pelo quê desconhece o pai da gravidez atual. Quer interromper a gestação, mas não pode fazê-lo legalmente. Pretende recorrer a uma mãe-de-anjo (mulher que provoca abortos clandestinamente) na favela onde mora. Rita já apelou a essa conhecida para abortar numa gravidez anterior, mas isso lhe causou uma grave infecção, e ela quase morreu.

A. Se Rita optasse por interromper a gravidez, você seria a favor de que ela pudesse fazê-lo de modo legal?

MUITO FAVORÁVEL	FAVORÁVEL	UM POUCO FAVORÁVEL	UM POUCO CONTRÁRIO	CONTRÁRIO	MUITO CONTRÁRIO
()	()	()	()	()	()

B. Se Rita pudesse interromper a gravidez legalmente, você seria a favor de que o procedimento fosse realizado pelo SUS?

MUITO FAVORÁVEL	FAVORÁVEL	UM POUCO FAVORÁVEL	UM POUCO CONTRÁRIO	CONTRÁRIO	MUITO CONTRÁRIO
()	()	()	()	()	()

Para sustentar suas respostas para os itens A e B acima, classifique as frases seguir de acordo com o quanto você concorda com cada uma delas. Se você identificar alguma frase irrelevante para a solução do problema, classifique-a como “indiferente”.

CONDORDO MUITO	CONCORDO UM POUCO	INDIFERENTE	DISCORDO UM POUCO	DISCORDO MUITO	Nº DA FRASE	
☐	☐	☐	☐	☐	1	Se todas as mulheres em situação de miséria tivessem o direito a abortar caso quisessem, isso sobrecarregaria o SUS.
☐	☐	☐	☐	☐	2	No Brasil, mulheres com boas condições financeiras podem abortar em segurança, recorrendo a clínicas particulares e a médicos confiáveis, mas esse não é o caso de Rita.
☐	☐	☐	☐	☐	3	As pessoas que apoiam a interrupção da gravidez de Rita também apoiariam grupos de extermínio contra favelados, pedintes e mendigos.
☐	☐	☐	☐	☐	4	A dramática situação social de Rita, comum a um significativo número de mulheres brasileiras, a impede de viver com autonomia a sua vida reprodutiva.
☐	☐	☐	☐	☐	5	Se Rita não interromper essa gravidez, sua situação de miséria tende a se agravar ainda mais, pois terá mais uma boca para alimentar.
☐	☐	☐	☐	☐	6	O governo brasileiro deveria ser coerente com as posições políticas firmadas em fóruns internacionais, assegurando o livre exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.
☐	☐	☐	☐	☐	7	No Brasil, a criminalização do aborto, além de prejudicar mulheres como Rita, afronta à ideia de que vivemos num Estado de direito, laico e democrático.
☐	☐	☐	☐	☐	8	O feto de Rita ainda não pode ser considerado uma pessoa plena, pois ainda não apresenta atividade organizada do córtex cerebral, ou seja, não tem capacidade de consciência.
☐	☐	☐	☐	☐	9	Se Rita fizesse um empréstimo com um agiota, talvez conseguisse, com isso, dinheiro para comprar uma TV de plasma.
☐	☐	☐	☐	☐	10	Permitindo o aborto em casos como o de Rita, o Governo Brasileiro descumpriria o Pacto de São José de Costa Rica, firmado em 1969, que reconhece o direito à vida desde a concepção.
☐	☐	☐	☐	☐	11	É preciso entender que o contexto social e familiar de Rita não interfere no direito inalienável do feto à vida.
☐	☐	☐	☐	☐	12	Se pessoas como Rita fossem legalmente autorizadas a interromper a gravidez, então o procedimento se tornaria banal.
☐	☐	☐	☐	☐	13	No Brasil, deveria ser um direito básico de todo casal e de todo indivíduo decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos.
☐	☐	☐	☐	☐	14	Se Rita pudesse interromper essa gravidez de modo legal, seguro e gratuito, isso a beneficiaria, pois ela já enfrenta sérias dificuldades para cuidar de si e de seus filhos.
☐	☐	☐	☐	☐	15	Se Rita procurasse novamente a mãe-de-anjo que realizou seu aborto anterior, ela voltaria a se expor aos riscos de um aborto inseguro.

POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE A HISTÓRIA DE PAULA E RESPONDA AS QUESTÕES SUBSEQUENTES

Admirados por amigos e familiares, Paula e Eduardo têm 36 anos de idade e estão casados há oito anos. Ambos concluíram o ensino superior e sentem-se felizes com a evolução de suas carreiras profissionais. Além do trabalho, suas rotinas incluem aulas de dança-de-salão nas noites de terça e sexta-feira. Durante os finais de semana, trabalham como voluntários numa organização que distribui roupas e alimentos para moradores de rua. Quando saem de férias, gostam de aventurar-se pelo país, viajando de carro e conhecendo lugares pouco divulgados nos guias turísticos. O casal nunca pretendeu ter filhos. Porém, depois de alguns dias de menstruação atrasada, Paula fez um exame e confirmou estar grávida de aproximadamente sete semanas. Mas essa gravidez inesperada não mudou a opinião do casal quanto a ter filhos, e, agora, eles estão considerando a possibilidade de recorrer a um aborto.

A. Se Paula optasse por interromper a gravidez, você seria a favor de que ela pudesse fazê-lo de modo legal?
MUITO FAVORÁVEL **FAVORÁVEL** **UM POUCO FAVORÁVEL** **UM POUCO CONTRÁRIO** **CONTRÁRIO** **MUITO CONTRÁRIO**
 () () () () () ()

B. Se Paula pudesse interromper a gravidez legalmente, você seria a favor de que o procedimento fosse realizado pelo SUS?
MUITO FAVORÁVEL **FAVORÁVEL** **UM POUCO FAVORÁVEL** **UM POUCO CONTRÁRIO** **CONTRÁRIO** **MUITO CONTRÁRIO**
 () () () () () ()

Para sustentar suas respostas para os itens A e B acima, classifique as frases seguir de acordo com o quanto você concorda com cada uma delas. Se você identificar alguma frase irrelevante para a solução do problema, classifique-a como "indiferente".

CONDORDO MUITO	CONDORDO UM POUCO	INDIFERENTE	DISCORDO UM POUCO	DISCORDO MUITO	Nº DA FRASE	
☐	☐	☐	☐	☐	1	Paula e seu marido devem dispor de um aparelho de GPS atualizado quando viajarem pelo interior do país.
☐	☐	☐	☐	☐	2	No Brasil, o acesso ao aborto legal e seguro em casos de gravidez indesejada deve ser discutido como uma questão de direitos sexuais e reprodutivos.
☐	☐	☐	☐	☐	3	As leis que proíbem o aborto em casos como o de Paula forçam as mulheres a abrirem mão de seus sonhos e projetos pessoais.
☐	☐	☐	☐	☐	4	Como Paula está grávida de apenas sete semanas, a realização do aborto não afetará uma pessoa plena, pois o embrião ainda não pensa, sonha, deseja ou possui autoconsciência.
☐	☐	☐	☐	☐	5	Ao negar a maternidade em seu projeto de vida, Paula está recusando a verdadeira essência feminina, que é a capacidade, exclusiva das mulheres, de gerar uma nova vida.
☐	☐	☐	☐	☐	6	Paula e seu marido devem assumir a responsabilidade por essa nova vida, pois eles a geraram numa relação sexual consentida por ambos.
☐	☐	☐	☐	☐	7	Paula e seu marido são pessoas esclarecidas, e não podem alegar que não sabiam da possibilidade de engravidarem, ainda que essa possibilidade fosse, de fato, pequena.
☐	☐	☐	☐	☐	8	Paula e seu marido deveriam ter o direito a interromper a gravidez não planejada, pois eles sempre foram felizes sem filhos e não pretendiam tê-los.
☐	☐	☐	☐	☐	9	Paula pode arcar com os custos financeiros para interromper a gravidez em segurança numa clínica particular, mas, se fizer isso, correrá o risco de ser descoberta e presa.
☐	☐	☐	☐	☐	10	A possibilidade legal de interromper a gravidez deveria depender apenas da vontade de Paula, pois o corpo é dela.
☐	☐	☐	☐	☐	11	Num Estado verdadeiramente laico e democrático, Paula teria plena liberdade para agir de acordo com suas convicções pessoais, inclusive sobre se deveria ou não abortar.
☐	☐	☐	☐	☐	12	A possibilidade legal de controlar plenamente sua vida reprodutiva, incluindo o direito a abortar se for preciso, faria de Paula e seu marido pessoas ainda mais felizes.
☐	☐	☐	☐	☐	13	Qualquer profissional de saúde que se dispuser a interromper a gravidez de Paula em sigilo estará desrespeitando uma lei, e se colocando numa situação de risco.
☐	☐	☐	☐	☐	14	É preciso verificar se Paula realmente não deseja ser mãe, pois, em alguns casos, as mulheres são pressionadas por seus companheiros a terem ou não filhos.
☐	☐	☐	☐	☐	15	Quando duas pessoas adultas e em exercício pleno de suas capacidades mentais têm uma relação sexual livre, então elas têm o dever de assumir a vida que pode ser gerada nesse ato.

A seguir (tabela 1), apresentamos o gabarito da segunda versão do Mosai, ou seja, os padrões de argumentos a que se refere cada um dos fragmentos inseridos no questionário.

Tabela 1: Relação de padrões de argumentos segundo as vinhetas e fragmentos em que aparecem

Vinhetas / Fragmentos	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
Jussara	2F	3A	2E	1A	2D	1D	2C	1B	2B	1C	2A	1E	1A	2D	1G
Maria	2A	1C	2D	1B	3A	2F	1E	2C	1D	2A	2B	2D	2E	1G	1F
Graziane	1C	1F	2C	3A	1B	2E	2G	1E	1B	2B	2A	2C	2G	1D	1A
Marina	1B	2G	2E	2C	1E	3A	1F	2D	1C	1D	2E	1A	2F	2B	1G
Rita	2B	1B	2C	1A	1C	1G	1E	1D	3A	2E	2D	2B	1G	1F	2G
Paula	3A	1G	1C	1D	2A	2F	2F	1F	2G	1A	1E	1F	2G	2A	2F

NOTA: Os códigos na tabela referem-se a cada um dos 14 padrões de argumentos presentes na segunda versão do Mosai, adicionados dos fragmentos de medida de atenção, conforme legenda abaixo:

1A. Feminismo clássico; **1B.** Utilitarismo de escopo social; **1C.** Apelo emotivo favorável ao aborto; **1D.** Estatuto moral favorável ao aborto; **1E.** Argumento Político favorável ao aborto; **1F.** Utilitarismo de escopo individual favorável ao aborto; **1G.** Direitos sexuais e reprodutivos; **2A.** Ética feminista contrária ao aborto; **2B.** Utilitarismo de escopo social contrário ao aborto; **2C.** Apelo emotivo contrário ao aborto; **2D.** Estatuto moral contrário ao aborto; **2E.** Argumento político contrário ao aborto; **2F.** Consentimento tácito; **2G.** Utilitarismo de escopo individual contrário ao aborto; **3A.** Medida de atenção.

8.3. Apêndice 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) senhor (a), você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa “**Desenvolvimento e validação de conteúdo do questionário MOSAI: Mosaico de opiniões sobre o aborto induzido**”. O objetivo dessa pesquisa é desenvolver e validar um questionário que possibilite conhecer os argumentos com que profissionais de saúde avaliam a moralidade do aborto.

Acreditamos que as pesquisas que vierem a utilizar esse novo questionário poderão auxiliar o apoio a profissionais da saúde, norteando a realização de fóruns, cursos e palestras sobre o tema no interior do hospital ou até mesmo em escolas e faculdades, antes que essas pessoas concluam sua formação. Além disso, os resultados de tais estudos poderão sugerir a necessidade de outras formas de amparo aos profissionais, como eventuais mudanças de processos de trabalho, revisão das formas de comunicação e atribuição de responsabilidades entre as pessoas dos diversos níveis hierárquicos do hospital, e, finalmente, até mesmo a promoção institucionalizada de uma assistência psicológica aos trabalhadores. Essas medidas beneficiariam não apenas os profissionais de saúde, mas também as pacientes, cuja assistência poderia evoluir significativamente em seu aspecto humano.

Sua participação nessa pesquisa consistirá em auxiliar o processo de validação do conteúdo do questionário. Para isso, será necessário ler o questionário, que lhe será entregue pessoalmente ou por correspondência (em endereço definido previamente pelo (a) senhor (a)), e registrar sua avaliação a respeito do conteúdo. Para facilitar esse processo, desenvolvemos um guia, que irá orientá-lo detalhadamente sobre como realizar a análise.

Após proceder a avaliação, o material deverá ser devolvido para o pesquisador por correspondência (ou pessoalmente, dependendo do caso). Os custos com remessa serão arcados pelo próprio pesquisador, que utilizará envelopes pré-selados.

Sua participação nessa pesquisa não possui riscos ou desconfortos previsíveis. Para participar, calculamos que serão necessárias ao menos duas horas para ler e preencher todo o guia. O (a) senhor (a) pode recusar-se a participar da pesquisa ou até mesmo retirar seu consentimento a qualquer momento. Caso participe, seus dados sempre serão tratados com sigilo. Como a pesquisa não deve implicar em gastos para o (a) senhor (a), nenhuma forma de reembolso de dinheiro está prevista. Garantimos-lhe o direito a todo esclarecimento que achar necessário antes, durante e depois de sua participação, podendo entrar em contato com o pesquisador responsável ou com o Comitê de Ética em Pesquisa para isso. Os dados para contato estão disponíveis no rodapé desta folha. Ao assinar este documento, o (a) senhor (a) manifesta o interesse de contribuir com a pesquisa acima descrita como voluntário e de modo livre e esclarecido. Guarde consigo uma cópia deste documento.

Voluntário (nome legível)

Pesquisador Responsável

RG: _____

Local (cidade): _____ Data ____ / ____ / _____

8.4. Apêndice 4: Guia para validação de conteúdo do Mosai

A seguir, apresentamos o guia utilizado pelos membros do painel de especialistas para validar o conteúdo do Mosai.



Universidade Estadual de Campinas

Faculdade de Ciências Médicas

Departamento de Tocoginecologia

Guia para validação de conteúdo pelo painel de especialistas

Título da pesquisa: “Desenvolvimento e validação de conteúdo do questionário MOSAI:

Mosaico de opiniões sobre o aborto induzido”

Pesquisador responsável: Denis Barbosa Cacique

Orientador: Prof. Dr. Renato Passini Júnior

Coorientadora: Prof. Dra. Maria José Martins Duarte Osis

Apresentação

Prezado (a) colaborador (a), o (a) senhor (a) tem em mão a primeira versão do questionário MOSAI (Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido) (anexo 1). Estamos solicitando sua colaboração para avaliar o conteúdo desse instrumento. Essa avaliação faz parte do projeto de pesquisa “Desenvolvimento e validação de conteúdo do questionário MOSAI: Mosaico de Opiniões Sobre o Aborto Induzido””, cuja elaboração visa à obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde pelo Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médias da Unicamp. O pesquisador responsável pelo questionário é o bacharel em filosofia Denis Barbosa Cacique, sob-orientação dos docentes Prof. Dr. Renato Passini Júnior, Prof. Dra. Maria José Martins Duarte Osis, e Prof. Dr. Roberto Romano da Silva.

Antes de apresentarmos com mais detalhes o questionário MOSAI, gostaríamos de lhe solicitar o fornecimento de alguns dados:

1. Data de preenchimento: ____ / ____ / _____,
2. Data de nascimento: ____ / ____ / _____
3. Sexo: Masculino [] Feminino []
4. Como você classifica suas principais atividades profissionais? (por exemplo: médico e docente)
1º _____, 2º _____
5. O tema do aborto é objeto de sua atividade profissional? Em caso positivo, há quanto tempo?
Não [], Sim [], há _____ anos
6. O tema da ética e da moral é objeto de sua atividade profissional? Em caso positivo, há quanto tempo?
Não [], Sim [], há _____ anos
7. O desenvolvimento de instrumentos de pesquisa é objeto de sua atividade profissional? Em caso positivo, há quanto tempo?
Não [], Sim [], há _____ anos

Muito obrigado pelas informações!

Agora, por favor, vá para a próxima página para conhecer melhor essa pesquisa e auxiliar-nos no processo de validação do conteúdo do questionário que estamos desenvolvendo.

Introdução

O MOSAI foi desenvolvido com base numa ampla revisão de literatura e mídias sobre a permissibilidade moral da interrupção da gravidez, incluindo livros, artigos, documentários e páginas da internet. Trata-se de um questionário com escopo e objetivo originais, mas com leiaute inspirado no instrumento “*Defining Issues Test*”, adaptado para o português com o nome “Opiniões Sobre Problemas Sociais” (1). O MOSAI, que é o questionário que estamos desenvolvendo, visa a classificar os argumentos sobre a moralidade do aborto em uma série de categorias (descritas mais adiante), de acordo com os elementos comuns e centrais que eles partilham entre si, sem, no entanto, pressupor uma hierarquia entre eles ¹. Por meio do MOSAI, pretendemos verificar a aceitabilidade e a rejeição desses argumentos por médicos com especialização em gineco-obstetrícia (sendo exclusivamente esta a população que responderá o questionário). Uma vez que seu conteúdo tiver sido validado, o instrumento será aplicado numa amostra de 51 pessoas, constituída de médicos com as seguintes ocupações: docentes, contratados, estagiários e alunos atuantes no Hospital da Mulher – Caism / Unicamp.

Quanto à estrutura do questionário, o MOSAI constitui-se de sete dilemas morais sobre a interrupção da gravidez, ou seja, sete histórias a respeito de pessoas prestes a optarem pelo aborto ². Abaixo de cada uma dessas histórias, incluímos 15 frases para serem avaliadas pelos sujeitos do estudo (mediante uma escala que vai de “concordo muito” até “discordo muito”). Cada uma dessas frases corresponde a um tipo específico de argumento que poderia ser utilizado, ou para justificar, ou para criticar um eventual abortamento. Chamamos esses argumentos de “domínios” ³, entendendo por isso certo padrão de análise da moralidade do aborto. Esses domínios foram criados a partir da análise filosófica da ampla literatura sobre a permissibilidade moral da interrupção da gravidez. Assim, foram

¹ Cabe esclarecer que, com este estudo, de modo algum pretendemos defender uma ou mais perspectivas sobre a moralidade do aborto. Ao desenvolver o MOSAI, tratamos todos os argumentos com igual respeito, sem estabelecer qualquer hierarquia qualitativa entre eles. Ou seja, não estamos dizendo que certos argumentos sejam melhores ou piores que outros. Isso deverá ficar mais claro conforme o (a) senhor (a) ler este guia.

² Talvez você esteja mais acostumado à expressão “vinheta”. De qualquer modo, trata-se de uma narrativa curta, com aproximadamente um terço de página, sobre um personagem que se encontra diante de algum dilema moral. No caso do MOSAI, todas as vinhetas remetem à questão da interrupção voluntária da gravidez, e foram inspiradas em casos reais, mas sempre preservando a identidade das pessoas envolvidas.

³ Talvez você esteja mais familiarizado com a expressão “esquema”, bastante comum em pesquisas no campo da psicologia. De qualquer modo, entendemos por “domínio” certos padrões de resposta para um problema que se apresenta a um sujeito.

identificados padrões de resposta como, por exemplo, o feminismo clássico e o católico tradicional (ambos explicados mais detalhadamente adiante). Ao todo, o MOSAI engloba 15 domínios.

O processo de validação

Caso aceite colaborar com o estudo, manifestando o aceite no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em anexo, sua participação consistirá em avaliar o MOSAI quanto ao seu conteúdo. Para isso, inserimos neste guia as instruções necessárias. Assim, ao utilizar o guia, por favor, leia atentamente os quadros de orientação destacados. Se, apesar desses quadros, alguma dúvida persistir, por favor, entre em contato com o pesquisador responsável por telefone (019-35219404/32060334) ou por e-mail (denisbarbosa.c@gmail.com).

Esse processo consistirá basicamente de duas avaliações: dos dilemas morais e das frases presentes no MOSAI. Para isso, por uma questão didática, inserimos neste guia todas as partes do MOSAI a serem avaliadas. Assim, o (a) senhor (a) poderá transitar sem grandes dificuldades das instruções (quadros de orientação) para as avaliações a serem realizadas. Não será necessário, portanto, ter em mão qualquer outro material para a avaliação deste instrumento além do presente guia. De qualquer modo, lembre-se de que lhe enviamos como anexo o MOSAI, a fim de que o (a) senhor (a) possa conhecê-lo em sua formatação original. Mas reforçamos: o (a) senhor (a) precisará somente deste guia para realizar a avaliação.

Avaliação dos dilemas morais

Primeiramente, lhe apresentaremos os sete dilemas morais (sete histórias) que compõem o MOSAI. Para cada um deles, lhe solicitamos a avaliação de três critérios:

- **Clareza da redação:** diz respeito às qualidades formais do texto, isto é, à utilização da norma culta da língua escrita, à ortografia, à coesão e à coerência do texto;
- **Adequação à amostra:** trata da adequação do conteúdo do texto à população que responderá o questionário, a fim de evitar a utilização de termos muito complexos ou de jargões de uma área diferente daquela dos sujeitos do estudo (cabe lembrar que o MOSAI deverá ser aplicado exclusivamente a profissionais de saúde);

Relevância para o tema: diz respeito à relevância do assunto em relação ao tema geral do questionário, a saber, a permissibilidade moral da interrupção da gravidez. Cada um desses critérios deverá ser pontuado com um valor entre 1 e 5. Quanto maior a pontuação, melhor será a avaliação do critério. Além dos critérios

- supracitados, também será possível fazer críticas e sugestões com suas próprias palavras no espaço reservado para comentários.

ORIENTAÇÃO: Agora, por favor, leia os dilemas abaixo e avalie-os nos espaços adequados de acordo com os critérios introduzidos acima. Para isso, utilize as tabelas introduzidas abaixo de cada dilema.

Dilema Moral: Jussara, pág. 1 do MOSAI

(inspirado em caso relatado no documentário “O aborto dos outros” (2))

Desde o começo do casamento, Jussara e seu marido desejavam um bebê, pois se sentiam muito sós sem um filho. Assim, foi com imensa alegria que receberam a notícia de que Jussara estava grávida: eles teriam um menino. No entanto, logo com 16 semanas, quando se realizou o primeiro ultrassom, o médico percebeu malformações nos rins e na cabeça do feto. Ele era anencéfalo. Ao ouvir o diagnóstico, o primeiro pensamento de Jussara foi deixá-lo nascer. Mas, conversando com seu marido, ela concluiu que isso traria ainda mais sofrimento, pois seu filho teria uma vida curta e dolorosa. Agora, já no segundo trimestre da gravidez, ela se dá conta de que, independentemente da decisão que tomar, ela será muito difícil.

CRITÉRIO	Clareza da redação	Adequação à amostra	Relevância para o tema
NOTA			

Comentários:

Dilema Moral: Turmalina e seu marido, pág. 2 do MOSAI

(inspirado em caso relatado no artigo “Síndrome de Down: sentimentos vivenciados pelos pais frente ao diagnóstico”(3))

Turmalina estava grávida de 16 semanas quando a amniocentese confirmou a suspeita do obstetra: seu filho apresentava o distúrbio genético trissomia 21, a Síndrome de Down. A notícia abalou Turmalina e seu marido. Eles sentiam como se suas expectativas e sonhos tivessem ruído. Pelos dias seguintes, ambos sofreram bastante. Não tinham apetite e mal conseguiam dormir. Pensar no futuro era algo que os angustiava. Teriam a condição financeira adequada para proverem seu filho da atenção e do cuidado ideais? Como lidariam com o preconceito? Quem cuidaria de seu filho quando eles não estivessem por perto? Será que ele teria um emprego? Faria uma faculdade? Angustiadados, Turmalina e seu marido têm dúvidas sobre se deveriam levar a termo a gestação.

CRITÉRIO	Clareza da redação	Adequação à amostra	Relevância para o tema
NOTA			

Comentários:

Dilema Moral: Graziane, pág. 3 do MOSAI

(baseado em notícia publicada no Jornal de Londrina (4) e em dados de artigo científico (5))

A historiadora Graziane, de 31 anos, tem sete semanas para decidir se escolhe a favor da própria vida e aborta o feto que completa no ventre a 13ª semana, ou se prossegue com a gestação de risco e enfrenta a possibilidade de até 75% de chance de sofrer uma morte súbita. Desde criança, Graziane é portadora da rara Síndrome de Eisenmenger, que tem alto grau de mortalidade. A única forma de cura é um transplante de coração combinado com o de pulmão. O problema leva a pessoa a não poder desenvolver as mais simples atividades físicas sem que sinta falta de ar e cansaço. Em caso de gravidez, a indicação médica é a de interrupção. Mas há um importante “porém”: Graziane e seu marido desejam muito ter um filho, e consideram a possibilidade de correr os riscos necessários para isso. Por enquanto, o feto está em perfeita formação e desenvolvimento. E o casal ainda não sabe o que fazer.

CRITÉRIO	Clareza da redação	Adequação à amostra	Relevância para o tema
NOTA			

Comentários:

Dilema Moral: Ângela e Rafael, pág. 4 do MOSAI

(história desenvolvida a partir de opiniões presentes no artigo “Anticoncepção de emergência no Brasil: facilitadores e barreiras” (6))

Ambos solteiros, Ângela, vendedora num shopping, e Rafael, administrador de empresas, mantiveram contato durante três meses pela internet antes de se conhecerem pessoalmente. Moravam em cidades diferentes, distantes entre si. Quando se encontraram pela primeira vez, pretendiam apenas um jantar romântico e talvez um filme no cinema. Assim, não estavam prevenidos com contraceptivos quando o encontro evoluiu para um contato mais íntimo. Eles

passaram a noite juntos, e, já pela manhã, por via das dúvidas, Rafael sugeriu a Ângela que utilizasse uma pílula-do-dia-seguinte para evitar uma possível gravidez. Por mais que tudo lhes indicasse um futuro promissor no relacionamento, aquele definitivamente não era o momento para um filho. Mesmo assim, Ângela hesitou. Entendia que, como já poderia ter ocorrido a fertilização do óvulo, então a pílula seria o mesmo que um aborto.

CRITÉRIO	Clareza da redação	Adequação à amostra	Relevância para o tema
NOTA			

Comentários:

Dilema Moral: Marina, pág. 5 do MOSAI

(inspirado em caso relatado no artigo do IPAS “Histórias de mulheres em situação de violência e aborto previsto em lei” (7))

Marina tem 23 anos. É evangélica (não praticante), solteira, branca. Concluiu o ensino médio e trabalha numa bilheteira de cinema. Foi violentada por um ex-parceiro, na residência do agressor. Por medo, não buscou atendimento imediato. Engravidou em decorrência do estupro. Quando soube, sentiu-se em risco, amedrontada e sem alternativas. Contou apenas para seus pais e uma amiga. Mas ninguém parecia lhe dar crédito. Sozinha, buscou ajuda numa unidade básica de saúde, onde foi orientada sobre a possibilidade legal de interromper a gravidez e sobre o que deveria fazer caso estivesse realmente decidida. Porém, no fundo, Marina está confusa. Mais de uma vez ouviu dizerem que ela é culpada pela gravidez. E, além disso, a indução do aborto contraria suas convicções religiosas sobre o valor da vida. Profundamente angustiada e sem qualquer apoio de amigos ou familiares, Marina não sabe o que fazer.

CRITÉRIO	Clareza da redação	Adequação à amostra	Relevância para o tema
NOTA			

Comentários:

Dilema Moral: Rita, pág. 6 do MOSAI

(inspirado em caso relatado no livro “Aborto Inseguro: prevenção e redução de riscos e danos” (8))

Grávida de 11 semanas, Rita, de 26 anos, é analfabeta e possui antecedentes de epilepsia desde a infância, mas sem acompanhamento médico. Vive em situação de extrema pobreza com dois filhos e três irmãos. Teve outros três filhos, cada um deles vivendo com seus respectivos pais. Em Casa, utiliza energia elétrica de forma clandestina. Não tem banheiro nem água potável. Vive de benefícios do governo e de bicos dos irmãos. Atualmente, apresenta parceiros ocasionais, pelo quê desconhece o responsável pela gravidez atual. Muitas dessas relações se mantiveram num âmbito de violência sexual no entorno familiar. Quer interromper a gravidez, mas não pode fazê-lo legalmente. Pretende recorrer a uma conhecida na favela onde mora, que inclusive já lhe provocou um aborto anteriormente com sonda vesical intracervical. Entretanto, isso quase a matou da outra vez.

CRITÉRIO	Clareza da redação	Adequação à amostra	Relevância para o tema
NOTA			

Comentários:

Dilema Moral: Mara, pág. 7 do MOSAI

(inspirado em casos relatados por um médico)

Apenas a evidência da gravidez foi capaz de romper o constrangimento de Mara, 19 anos, para procurar um centro de referência na saúde da mulher. Sua história apresenta diversas lacunas, o que reforça a tese de que fora vítima de alguma das chamadas “drogas do estupro”. Ela lembra-se de ter ido a uma festa para comemorar o aniversário de uma amiga. Já pela madrugada, enquanto conversava com um rapaz que conhecera no local, começou a sentir um pouco de tontura. Então o rapaz se ofereceu para conduzi-la para um local mais arejado. Eles saíram do salão. Mara foi até o carro do rapaz, sentou-se no banco de passageiros, abriu os vidros e reclinou o banco. Depois disso, só se recorda de despertar num quarto desconhecido abandonada à própria nudez e a dores na região genital. Dois meses depois, Mara ainda considera a possibilidade de encaminhar-se para um serviço de referência para interromper a gestação.

CRITÉRIO	Clareza da redação	Adequação à amostra	Relevância para o tema
NOTA			

Comentários:

ORIENTAÇÃO: Agora, o (a) senhor (a) encerrou a avaliação dos dilemas morais, e iniciará a avaliação das frases que acompanham cada um desses dilemas no MOSAI. Para isso, atente-se para as seguintes orientações:

- algumas das frases apresentadas abaixo são intencionalmente polêmicas e provavelmente falsas;
- algumas se baseiam em dogmas religiosos. Outras, em preconceitos difundidos na sociedade. Há também aquelas inspiradas em noções bioéticas. Bem como outras baseadas em dados de estudos epidemiológicos;
- independente do teor de verdade dessas frases, elas remetem a argumentos frequentemente utilizados no debate do aborto. É por isso que as incluímos no MOSAI;
- neste momento, nosso objetivo não é verificar se o (a) senhor (a) concorda ou discorda dessas frases. Sabemos que, se o objetivo desta etapa da pesquisa fosse esse, o (a) senhor (a) certamente teria valiosas considerações a fazer. É justamente por conhecermos sua competência sobre esse tema que o (a) convidamos para colaborar com a pesquisa;
- de acordo com os critérios que explicitaremos abaixo, nosso objetivo nesta etapa é verificar, com a ajuda do (a) senhor (a), se as frases são compreensíveis e fiéis aos seus respectivos domínios (por exemplo: uma frase inspirada no feminismo clássico será fiel se defender a autonomia da mulher sobre o próprio corpo). Já num domínio baseado em valores cristãos católicos tradicionais, seria de se estranhar a existência de uma frase com o seguinte enunciado: “a autonomia da mulher deve ser o principal elemento a ser considerado na avaliação da moralidade do aborto”.

Avaliação das frases

Cada uma das frases presentes no MOSAI remete a um dos 15 padrões de argumentação em torno da permissibilidade moral do aborto que identificamos em nossas pesquisas. A seguir, descrevemos os elementos essenciais de cada um desses domínios. Por uma questão didática, os

dividimos em dois blocos, sendo o primeiro para **argumentos favoráveis** e o segundo para **argumentos contrários** à interrupção voluntária da gravidez.

Argumentos favoráveis

1. Feminismo clássico

As ideias centrais desse domínio são a defesa da autonomia reprodutiva da mulher sobre seu próprio corpo; a crítica às concepções éticas e jurídicas tradicionais (que refletiriam perspectivas tipicamente masculinas ou machistas); e a crítica ao papel social comumente reservado à mulher (reprodutora, objeto sexual ou cuidadora do lar).

ORIENTAÇÃO: Na tabela a seguir, descrevemos as frases do MOSAI que remetem ao domínio do feminismo clássico. Note que, junto com as frases, incluímos espaços para que o (a) senhor (a) avalie cada um dos critérios. Utilize esses espaços para inserir suas notas e comentários. As notas vão de 1 a 5: quanto maior é o valor, melhor é a avaliação.

Os critérios para a avaliação das frases são os seguintes:

- **Pertinência:** avalia se a frase está adequada ao domínio a que ela se refere (por exemplo, uma frase que remeta ao cristianismo católico certamente defenderá o valor da vida do nascituro, mesmo que o faça em detrimento da autonomia reprodutiva da mulher);
- **Clareza da redação:** diz respeito às qualidades formais do texto, isto é, à utilização da norma culta da língua escrita, à ortografia, à coesão e à coerência do texto;
- **Adequação à amostra:** trata da adequação do conteúdo do texto à população que responderá o questionário, a fim de evitar a utilização de termos muito complexos ou de jargões de uma área diferente daquela dos sujeitos do estudo (cabe lembrar que o MOSAI deverá ser aplicado exclusivamente a profissionais de saúde);
- **Relevância para o tema:** diz respeito à relevância do assunto em relação ao tema geral do questionário, a saber, a permissibilidade moral da interrupção da gravidez.

Para compreender a tabela abaixo: a primeira coluna, à esquerda, apresenta o número da página do MOSAI em que a frase aparece. Já a segunda apresenta o número da frase dentro daquela página. Por exemplo, note que a última frase da tabela consta da sétima parte do MOSAI, na qual ela aparece como quarta frase a ser avaliada.

Lembre-se: nesta etapa da pesquisa, não estamos avaliando ainda se o (a) senhor (a) concorda com essas frases, mas apenas se cada uma delas atende, e em qual medida, os critérios elencados acima.

Nº DA PÁGINA	Nº DA FRASE	PERTINÊNCIA AO DOMÍNIO	ADEQUAÇÃO À AMOSTRA	RELEVÂNCIA PARA O TEMA	CLAREZA DA REDAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO	FRASES DESSE DOMÍNIO A SEREM AVALIADAS
1	4					Um dos pontos centrais nesse caso é que Jussara não seja coagida nem pelo seu marido nem pelos profissionais de saúde a tomar uma decisão contra ou a favor do aborto.	
1	13					Se Jussara chegar a uma posição definitiva sobre o que fazer, então sua vontade deverá ser respeitada, seja para interromper, seja para manter a gestação.	
3	15					“Qual é a vontade de Graziane?” Esse deve ser o primeiro de uma série de questionamentos e avaliações a serem feitos num caso com tão altos riscos em jogo.	
4	9					Toda mulher, incluindo Ângela, deve ter o pleno direito a utilizar a contracepção de emergência para evitar ou adiar uma gravidez indesejada ou inoportuna para o momento.	
5	12					Não importa se Marina mente ou diz a verdade, e sim o fato de que ela deseja interromper a gravidez, e deve ter sua autonomia reprodutiva respeitada.	
6	4					A situação de Rita engloba as piores formas de degeneração de uma mulher, como sua transformação em objeto sexual e o desrespeito a sua autonomia reprodutiva.	
7	4					O estupro é um dos mais graves crimes que se pode cometer contra uma mulher, pois lhe retira o poder de decisão sobre o próprio corpo.	

Comentários:

2. Utilitarismo de escopo social

Esse domínio desenvolve-se, sobretudo, com base nos problemas sociais relacionados à criminalização do aborto, em especial os custos econômicos decorrentes do tratamento hospitalar de complicações de abortamentos clandestinos; a injustiça social implícita na possibilidade de se abortar com sigilo e segurança caso se tenha dinheiro, em oposição às vicissitudes à que estão sujeitas as mulheres mais pobres quando precisam interromper a gravidez; a ineficácia da criminalização, que não tem impedido o aborto de ocorrer, mas tão somente piorado as condições em que é realizado; e a crítica à indústria do aborto, sobretudo às clínicas clandestinas e ao comércio ilegal de drogas abortivas.

Nº DA PÁGINA	Nº DA FRASE	PERTINÊNCIA AO DOMÍNIO	ADEQUAÇÃO À AMOSTRA	RELEVÂNCIA PARA O TEMA	CLAREZA DA REDAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO	FRASES DESSE DOMÍNIO A SEREM AVALIADAS
1	8						Se um juiz não autorizar a interrupção da gravidez de Jussara, então ela irá procurar por uma clínica clandestina ou por medicamentos ilegais, pois a proibição do aborto é ineficaz.
2	4						Se Turmalina e seu marido decidirem interromper a gravidez, a proibição legal não os impedirá de fazê-lo, pois eles recorrerão à indústria do aborto clandestino.
3	5						Para o sistema público de saúde, é muito menos dispendioso interromper a gestação de Graziane logo no início do que tratar as complicações da Síndrome de Eisenmenger.
3	9						Caso Graziane e seu marido não pudessem interromper a gravidez de modo legal e seguro, isso só beneficiaria a indústria do aborto clandestino e criminoso.
4	11						A utilização de métodos contraceptivos eficazes e seguros não deve ser dificultada, pois a falta de planejamento familiar é uma causa importante de desigualdades sociais.
4	14						A possibilidade de utilizar contraceptivos de emergência é uma forma simples, segura e eficiente de se combater a indústria ilegal do aborto.
6	2						O caso de Rita ilustra a injustiça do aborto no Brasil, onde as mulheres ricas e da classe média podem induzi-lo em segurança recorrendo a clínicas particulares e a médicos confiáveis.
7	7						Caso a indução do aborto em situações de estupro fosse criminalizada, isso somente ajudaria a alimentar a indústria ilegal do aborto no Brasil.

Comentários:

3. *Apelo emotivo*

Esse domínio refere-se à defesa do direito à interrupção da gravidez por meio de apelos ilegítimos às emoções. Geralmente, isso ocorre mediante a negação do estatuto moral do nascituro por meio de expressões depreciativas, como "matar um agrupamento microscópico de células" e "tira essa mosquinha logo". Outro recurso desse tipo é a ênfase exagerada em aspectos negativos da criminalização do aborto ou da manutenção da gravidez contrária à vontade da mulher ou do casal. Geralmente isso é feito com discursos sensacionalistas e frases carregadas de adjetivos.

Nº DA PÁGINA	Nº DA FRASE	PERTINÊNCIA AO DOMÍNIO	ADEQUAÇÃO À AMOSTRA	RELEVÂNCIA PARA O TEMA	CLAREZA DA REDAÇÃO	FRASES DESSE DOMÍNIO A SEREM AVALIADAS
1	10					É absurdo que as vidas de Jussara e de seu companheiro sejam prejudicadas simplesmente para proteger um feto anencéfalo, que sequer é um ser humano.
2	2					Turmalina e seu marido não devem ser submetidos a tão violento sofrimento só para que seja protegido um ser humano que sequer será normal.
3	1					Talvez Graziane ainda não tenha caído em si, mas o fato é que a manutenção dessa gravidez será o mesmo que assinar o próprio atestado de óbito.
4	3					Ângela e Rafael não devem sacrificar seus ideais e projetos de vida em nome de um ajuntamento microscópico de células.
4	5					Uma pessoa que se recusa a utilizar métodos contraceptivos seguros e eficazes certamente está sendo manipulada por religiões fundamentalistas e irresponsáveis.
6	5					Esse mosquitinho no ventre de Rita é o menor de seus problemas, e deve ser retirado o quanto antes para que ela possa tomar as rédeas de sua vida.
7	2					Esse agrupamento microscópico de células no ventre de Mara não deve impedi-la de interromper a gestação, superar a agressão sofrida, e seguir sua vida normalmente.

Comentários:

4. Estatuto moral

Esse domínio visa à desconstrução do estatuto moral do nascituro, isto é, à desconstrução da ideia de que ele deva ser considerado uma pessoa, que, enquanto tal, deve ter uma série de direitos respeitados, sobretudo à vida. Para isso, esse domínio desenvolve-se de modos bastante característicos. Um deles consiste na crítica à noção de sacralidade da vida humana, geralmente atrelada a valores religiosos, mas que também aparece ligada à ideia de inviolabilidade. Outro argumento desenvolve-se sobre os critérios segundo os quais reconhecemos que alguém é uma pessoa (por exemplo: x é uma pessoa se, e somente se, possui consciência de si mesmo e é plenamente capaz de sentir dor e prazer). Por fim, o estatuto moral também é criticado com argumentos gradualistas. Trata-se, neste caso, de enfatizar que o produto da concepção torna-se uma pessoa gradualmente, à medida que desenvolve as qualidades como movimento, atividade cerebral, sensibilidade, atividade cardiopulmonar, e viabilidade – ou seja, capacidade biológica de sobreviver por conta própria.

Nº DA PÁGINA	Nº DA FRASE	PERTINÊNCIA AO DOMÍNIO	ADEQUAÇÃO À AMOSTRA	RELEVÂNCIA PARA O TEMA	CLAREZA DA REDAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO	FRASES DESSE DOMÍNIO A SEREM AVALIADAS
1	6						Anencéfalo e, portanto, sem qualquer perspectiva de desenvolvimento psicológico, o feto de Jussara não poderá satisfazer os critérios mínimos pelos quais identificamos uma pessoa plena.
2	9						Nessa idade gestacional, tendo ou não a Síndrome de Down, o feto ainda não é capaz de pensar ou de ter consciência, ou seja, ainda não é plenamente uma pessoa.
3	14						Com 13 semanas, o feto de Graziane já começa a apresentar um desenvolvimento cerebral, mas sua capacidade de sentir dor e angústia ainda é inferior à de uma pessoa nascida.
4	6						Tudo bem se as pessoas dizem que um ovo fertilizado ou em processo de fertilização seja uma vida, mas, ainda sim, ele carece das qualidades que definem uma pessoa plena.
4	12						Entre um zigoto ainda em formação e um bebê recém-nascido há pouquíssimas semelhanças, razão pela qual o uso da contracepção de emergência não incorre em qualquer dano moral.
6	8						O feto de Rita ainda não pode ser considerado uma pessoa plena, pois ainda não apresenta atividade organizada do córtex cerebral, ou seja, não tem capacidade de consciência.
7	8						As oito semanas de gestação, a forma, desenvolvimento neurológico, órgãos vitais e aproximados 3 cm de tamanho lembram muito pouco um ser humano completo.

Comentários:

5. Argumento político

Inspirado no liberalismo de John Stuart Mill, que defendia que a única interferência legítima do Estado contra as liberdades individuais seria para evitar que uma pessoa produzisse dano contra outra, esse domínio visa a garantir que o Estado não limite a autonomia reprodutiva das pessoas (sobretudo das mulheres), especialmente no caso da interrupção voluntária da gravidez. Construído desse modo, esse argumento carrega consigo a premissa de que o aborto afeta tão somente a própria pessoa que o realiza, ou seja, a mulher e seu companheiro. Assim, num estado laico e de direito, a proibição legal ao aborto seria ilegítima, pois consistiria na institucionalização de dogmas religiosos ou concepções morais particulares, os quais deveriam limitar-se à esfera pessoal.

Nº DA PÁGINA	Nº DA FRASE	PERTINÊNCIA AO DOMÍNIO	ADEQUAÇÃO À AMOSTRA	RELEVÂNCIA PARA O TEMA	CLAREZA DA REDAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO	FRASES DESSE DOMÍNIO A SEREM AVALIADAS
1	12						Ainda que isso desperte a ira de algumas religiões, a legalização do aborto em casos de malformações graves atenuaria os sofrimentos da família e do feto.
2	7						Num Estado laico e de direito, como o Brasil, não há sentido em se proibir os cidadãos de tomarem decisões que só afetam a eles mesmos.
3	8						Num estado laico e de direito, onde as liberdades individuais são respeitadas, há de se respeitar a decisão de Graziane e seu marido caso optem pela interrupção.
4	13						Num Estado de direito, uma concepção religiosa sobre a vida ainda em processo de fertilização não deve ser um entrave para o planejamento familiar das pessoas.
5	5						Felizmente, Marina vive num Estado de direito, onde lhe é garantida a possibilidade de interromper a gravidez de modo seguro caso tenha sido vítima de violência sexual.
6	6						Nosso país não será capaz de combater situações de miséria e calamidades extremas como a de Rita enquanto suas leis refletirem ideais morais ou religiosos de grupos particulares.
6	7						No Brasil, a criminalização do aborto, além de prejudicar mulheres como Rita, afronta à ideia de que vivemos num Estado de direito, laico e democrático.
7	10						O fato de a pluralidade religiosa ser garantida nos Estados modernos não significa que concepções religiosas devam impedir a interrupção da gravidez em casos como o de Mara.

Comentários:

6. Utilitarismo de escopo individual

Esse domínio tem em vista os possíveis benefícios e prejuízos pessoais decorrentes da manutenção da gravidez para a mulher, seu companheiro, e até mesmo o próprio nascituro, que, em casos muito específicos, poderia vir a sofrer caso a gravidez seja mantida (por exemplo, num caso de malformação grave, uma vez nascido, o bebê poderá ter uma vida curta e dolorosa).

Nº DA PÁGINA	Nº DA FRASE	PERTINÊNCIA AO DOMÍNIO	ADEQUAÇÃO À AMOSTRA	RELEVÂNCIA PARA O TEMA	CLAREZA DA REDAÇÃO	FRASES DESSE DOMÍNIO A SEREM AVALIADAS
1	15					Interromper a gravidez num caso como esse talvez seja a melhor maneira de proteger o nascituro de um futuro repleto de sofrimento.
2	15					O aborto talvez seja a melhor maneira de proteger o nascituro de um futuro em que será rejeitado pelos próprios pais.
3	2					Embora haja raros casos em que a mãe e o feto sobrevivem à gravidez e ao parto, as altas taxas de mortalidade para essa doença legitimam o aborto para proteger a vida da mãe.
4	1					Se Ângela e Rafael ainda não estão afetivamente e financeiramente preparados para formar uma família, então a eventual chegada de um filho tornaria suas vidas muito difíceis.
4	15					A vida de uma criança não planejada pode se dar num ambiente de rejeição afetiva ou de situação financeira precária.
5	7					A não necessidade de comprovar o estupro ou de apresentar boletim de ocorrência para abortar em um hospital visa a proteger mulheres como Marina de uma angústia ainda maior.
6	14					Caso existisse, a possibilidade de interromper uma tal gravidez de modo legal e seguro beneficiaria Rita, que já demonstra sérias dificuldades para cuidar de si e de seus filhos.
7	14					A possibilidade de interromper a gravidez em casos como o de Mara visa à proteção da mulher, principalmente do ponto de vista psicológico.

Comentários:

Argumentos contrários

ORIENTAÇÃO: Até aqui, o (a) senhor (a) foi apresentado aos domínios com argumentos favoráveis ao direito ao aborto. Conforme lia cada um deles, o (a) senhor (a) pôde avaliar as frases do MOSAI que lhe faziam referência. A partir daqui, lhe apresentaremos os domínios com argumentos contrários ao direito ao aborto. O método de avaliação será o mesmo utilizado até aqui.
Lembre-se: nesta etapa da pesquisa, não estamos avaliando ainda se o (a) senhor (a) concorda com essas frases, mas apenas se cada uma delas atende, e em qual medida, os critérios elencados acima.

1. Feminismo "pro-life"

O feminismo "pro-life", frequentemente associado a movimentos da Igreja Católica, tem por característica principal a defesa da vida, o que, no caso do aborto, consiste na crítica aos movimentos feministas defensores da interrupção da gravidez. Trata-se, no entanto, de uma crítica pouco radical, admitindo o direito ao aborto em certos casos, como aqueles em que há risco de morte para a gestante ou em que a gravidez decorre de violência contra a mulher. O feminismo "pro-life" procura desvelar uma suposta natureza

feminina autêntica, na qual a maternidade desempenha um papel especial, devendo, portanto, ser valorizada. Dessa perspectiva, a negação da maternidade consistiria numa ressonância do discurso machista sobre a mulher, frequentemente vista como mero objeto sexual. Num tal sentido, o abortamento apenas reforça essa visão machista, já que o sexo, ao não resultar em filhos (as), exime o homem de estabelecer um relacionamento responsável com a mulher. Além de visar às distinções entre homens e mulheres no que diz respeito à vivência afetiva e sexual, o feminismo "pró-life" também adverte que a interrupção da gravidez reflete, de certo modo, um abuso de poder da mãe contra o nascituro análogo ao que a própria mulher tem sofrido do homem ao longo da história. Por fim, essa perspectiva também considera que a famigerada liberdade de escolha das mulheres pode encerrar, na verdade, uma gritante falta de liberdade. A mulher que interrompe a gravidez é objeto das mais diversas pressões sociais e familiares. Disso resulta que o aborto não é, como se costuma dizer, um ato de liberdade, mas sim justamente o contrário, dado que não há alternativa para a mulher senão a interrupção.

Nº DA PÁGINA	Nº DA FRASE	PERTINÊNCIA AO DOMÍNIO	ADEQUAÇÃO À AMOSTRA	RELEVÂNCIA PARA O TEMA	CLAREZA DA REDAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO	FRASES DESSE DOMÍNIO A SEREM AVALIADAS
1	11						Ainda que em certos casos, como o de Jussara, a maternidade aconteça numa atmosfera de angústia, trata-se de uma parte essencial e maravilhosa da natureza feminina.
2	10						Turmalina pode até estar decepcionada agora, mas, se manter a gravidez, esse filho poderá lhe proporcionar as alegrias que somente a maternidade é capaz de produzir.
3	11						A possibilidade de trazer ao mundo uma nova vida humana é o que há de mais sublime na natureza feminina, mesmo que isso às vezes envolva riscos para a gestante.
4	10						Ângela não deve utilizar a contracepção de emergência só porque teme que as transformações de seu corpo tornem-na menos atraente para Rafael.
5	9						O estupro demonstra o modo como a mulher é vista por parte da sociedade, ou seja, como objeto sexual, mas, se abortar, Marina irá apenas reforçar essa visão tão ruim.
6	13						A melhor solução nesse caso não é a mera interrupção da gravidez de Rita, e sim o amparo social a mulheres como ela para cuidarem de si e de suas famílias.
7	5						A interrupção da gravidez reflete um ato de violência do mais forte contra o mais fraco semelhante ao que mulheres como Mara têm sofrido ao longo dos tempos pelos homens.

Comentários:

2. Utilitarismo de escopo social

O utilitarismo de escopo social apresenta raciocínios desenvolvidos com base nas implicações sociais da interrupção da gravidez. Ao criticar o aborto, essa perspectiva busca demonstrar os danos sociais do aborto, seja ele legal ou criminoso. Para isso, argumenta-se que a incidência do aborto é maior entre as mulheres pertencentes aos estratos sociais mais pobres, ou então a minorias raciais, em especial as mulheres negras. Também se argumenta que a descriminalização do aborto implicaria no aumento da promiscuidade, com as pessoas tornando-se, além de promíscuas, menos responsáveis em suas relações sexuais. Como resultado, a descriminalização resultaria em um aumento na incidência de abortos, com uma possível sobrecarga do sistema público de saúde. Somam-se, ainda, diversos outros argumentos do tipo "slippery-slope" (ou seja,

ladeira escorregadia). Com isso, argumenta-se que a descriminalização pode acarretar em uma "cultura de morte" – expressão cunhada pelo Papa João Paulo II. Em tal circunstância (em que prevalece a cultura da morte), não apenas a interrupção da gravidez, mas também a discriminação de pessoas deficientes físicas ou mentais, além de idosos e neonatais, seria legítima. Em síntese, o argumento do tipo ladeira escorregadia contra o aborto não visa à moralidade do aborto em si ou ao estatuto moral do nascituro, e sim às possíveis consequências ruins que ele, o aborto, pode gerar.

Nº DA PÁGINA	Nº DA FRASE	PERTINÊNCIA AO DOMÍNIO	ADEQUAÇÃO À AMOSTRA	RELEVÂNCIA PARA O TEMA	CLAREZA DA REDAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO	FRASES DESSE DOMÍNIO A SEREM AVALIADAS
1	9						Se a sociedade brasileira legalizar o aborto para fetos com malformações graves, é bem possível que, depois, venham exigir coisas ainda piores, como a eutanásia.
2	11						A descriminalização do aborto em casos de fetos com Síndrome de Down poderia abrir portas para a discriminação de deficientes e outras pessoas com necessidades especiais.
3	10						Numa sociedade dominada pela cultura da morte, há quem considere normal salvar uma vida por meio da privação de outra.
5	14						Agora que não é necessário apresentar boletim de ocorrência nem comprovar o estupro, qualquer mulher pode ir a um centro referenciado, mentir, e solicitar o aborto.
6	1						A defesa do aborto de mulheres como Rita esconde um desejo xenofóbico de controle da natalidade de negros, imigrantes, analfabetos e pessoas em condição de extrema pobreza.
6	12						Se pessoas como Rita fossem legalmente autorizadas a interromper a gravidez, então a promiscuidade seria ainda pior, e os abortamentos sobrecarregariam o SUS.
7	15						A descriminalização do aborto em caso de violência sexual contribui para que as pessoas se tornem menos cuidadosas ao escolherem suas companhias, como no caso de Mara.

Comentários:

3. *Apelo emotivo*

Esse domínio engloba o apelo ilegítimo às emoções em favor da manutenção da gravidez. Geralmente consiste na valorização do estatuto do nascituro por meio da antecipação de seu estado de desenvolvimento biopsicossocial, passando, assim, a ser chamado de "criança", "bebê", "pessoa", "ser humano", ou "cidadão", não importando o estágio de desenvolvimento em que ele se encontre. São características desse domínio o discurso sensacionalista, as frases carregadas de adjetivos, e a ênfase exagerada aos aspectos negativos da interrupção da gravidez ou de suas supostas consequências.

Nº DA PÁGINA	Nº DA FRASE	PERTINÊNCIA AO DOMÍNIO	ADEQUAÇÃO À AMOSTRA	RELEVÂNCIA PARA O TEMA	CLAREZA DA REDAÇÃO	FRASES DESSE DOMÍNIO A SEREM AVALIADAS
1	7					Uma pessoa não deve ser assassinada simplesmente porque a natureza não lhe deu a forma que os outros gostariam que ela tivesse.
2	8					É um absurdo: atualmente as pessoas se preocupam mais com os cachorros do que as pobres pessoas portadoras da Síndrome de Down.
3	3					Indicar o aborto em casos da Síndrome de Eisenmenger é uma decisão cômoda e cruel, pois protege apenas uma das duas vidas humanas envolvidas.
3	12					Uma ecografia 4d realizada numa gestação de 13 semanas não deixa dúvidas quanto ao fato de que ali está uma criança com real direito à vida, não importando as circunstâncias.
5	4					A criança no ventre de Marina não deve ser punida só porque ela foi incapaz de manter-se afastada do ex-namorado.
6	3					As pessoas que apoiam a interrupção da gravidez de Rita também apoiariam grupos de extermínio contra favelados, pedintes e mendigos.
7	3					A criança que Mara carrega não deve ser assassinada simplesmente porque Mara foi incapaz de afastar-se de pessoas suspeitas, submetendo-se voluntariamente a uma situação de risco.

Comentários:

4. Estatuto moral

Trata-se da defesa da personalidade do embrião, isto é, de seu direito intrínseco a ser respeitado por outras pessoas, sobretudo em relação à manutenção da vida. O argumento possui várias vertentes, as quais geralmente incidem na defesa da vida e na crítica ao aborto. Algumas vertentes religiosas argumentam em favor da sacralidade da vida, que, enquanto tal, jamais deve ser violada pelo homem. Outros grupos argumentam defendendo que o feto é inocente, não devendo, portanto, ser punido em casos de estupro ou de risco de morte para a gestante. Com isso, esse argumento traz consigo a ideia de que o feto é uma pessoa, pois somente pessoas podem ser consideradas inocentes ou culpadas. Argumenta-se, também, em favor do princípio da eliminação de risco. Para isso, argumenta-se que, como é difícil definir o estatuto moral do feto, então, por via das dúvidas, o mais correto a se fazer é tomar a decisão com o menor risco possível, a saber, a manutenção da gravidez. Frequentemente, a defesa do estatuto moral é feita com base na noção de potencialidade, ou seja, defendendo que, embora o feto ou embrião possa carecer das qualidades que definem uma pessoa, isso não significa que ele será assim para sempre. Pelo contrário, se mantida a gravidez, o nascituro saudável se desenvolverá plenamente, podendo se tornar uma pessoa com tanto valor moral quanto qualquer outra. Nesse sentido, o argumento da potencialidade visa não ao que o feto é atualmente, e sim ao que ele poderá vir a ser caso a gravidez seja mantida. Associado a esse argumento é comum aparecer o princípio da reciprocidade, também conhecido como "regra de ouro". Em linhas gerais, trata-se de admoestar as pessoas a não fazerem

com seus pares aquilo que elas não gostariam que fosse feito contra elas mesmas (ainda que num estágio qualquer do desenvolvimento fetal ou embrionário).

Nº DA PÁGINA	Nº DA FRASE	PERTINÊNCIA AO DOMÍNIO	ADEQUAÇÃO À AMOSTRA	RELEVÂNCIA PARA O TEMA	CLAREZA DA REDAÇÃO	CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO	FRASES DESSE DOMÍNIO A SEREM AVALIADAS
1	5						Apesar das malformações, o bebê de Jussara possui tanto valor quanto qualquer outra pessoa, de tal modo que somente Deus deve atuar sobre sua terminação.
1	14						A decisão de abortar deve basear-se em um diagnóstico confiável, a fim de proteger uma vida que poderia ter um futuro como o de qualquer outra pessoa.
2	3						É preciso avaliar com seriedade a ideia de que uma pessoa com Síndrome de Down é menos digna de respeito moral do que as pessoas tidas como normais.
2	12						Supondo que Turmalina ou seu marido portassem a Síndrome de Down, então certamente seriam gratos aos seus pais e mães por não os terem abortado.
4	2						Se ninguém interferir, o provável produto da concepção, ainda que em processo de fertilização, irá se tornar num ser humano como qualquer outro.
5	1						Tudo depende de se Marina realmente está dizendo a verdade, pois a vida humana é sagrada, não devendo, portanto, ser eliminada por motivos fúteis.
5	8						Do ponto de vista do feto, não faz diferença se ele foi concebido num ato de amor ou de ódio, pois sua dignidade e direito à vida não dependem de fatores externos.
6	11						Uma coisa é certa: o contexto social, familiar e de saúde de Rita não legitima que façamos com o feto algo que não queremos que seja feito contra nós mesmos.
7	9						Num caso como esse, também é preciso considerar que o produto da concepção é tão inocente quanto Mara, não devendo, portanto, ser punido pela violência cometida.

Comentários:

5. Argumento político

O argumento político contra o aborto visa a demonstrar que o Estado tem o dever de proteger as pessoas, dentre as quais se encontram aqueles ainda desprovidos de voz própria, a saber, os fetos e embriões. Esse argumento se esforça por demonstrar que a interrupção afeta, sim, uma pessoa, o nascituro. Trata-se, portanto, de uma crítica ao argumento político pró-aborto, segundo o qual o Estado deve respeitar a autonomia reprodutiva das pessoas, já que, independentemente do que elas façam, isso afetará apenas elas mesmas.

Nº DA PÁGINA	Nº DA FRASE	PERTINÊNCIA AO DOMÍNIO	ADEQUAÇÃO À AMOSTRA	RELEVÂNCIA PARA O TEMA	CLAREZA DA REDAÇÃO	FRASES DESSE DOMÍNIO A SEREM AVALIADAS
1	3					O Estado brasileiro deve primar pela defesa da vida em si, não importando o quanto essa vida carece das qualidades ou atributos das pessoas tidas como normais.
2	13					Países que permitem a interrupção de gravidez de fetos com trissomia do cromossoma 21 falham na proteção dos mais vulneráveis.
3	6					Há de se reconhecer que as leis que permitem a interrupção da gravidez em casos da Síndrome de Eisenmenger salvam a gestante, mas falham na proteção do nascituro.
5	3					É compreensível haver uma lei que permita o aborto em caso de estupro, pois ela ajuda a mulher a superar o trauma da violência sofrida, mas essa lei falha na proteção do feto.
5	11					O Estado tem o dever de proteger os mais vulneráveis, sobretudo em casos em que as pessoas parecem faltar com a verdade só para terem o direito ao aborto.
6	10					A situação de Rita evidencia o fracasso do Estado brasileiro não apenas em amparar pessoas em situação de miséria, mas também em cuidar dos mais vulneráveis, como o feto de Rita.
7	11					A possibilidade legal de se abortar em casos como o de Mara reforça a proteção e respeito à mulher pelo Estado, que, contudo, com isso, falha na proteção do nascituro.

Comentários:

6. Consentimento tácito

Esse domínio visa a demonstrar que, numa relação sexual em que houve consentimento livre do casal, houve também um consentimento tácito de aceitação de um possível produto dessa relação, o nascituro. Assim, segundo o princípio da responsabilidade, o produto da concepção deve ser aceito e cuidado por seus pais ao invés de abortado.

Nº DA PÁGINA	Nº DA FRASE	PERTINÊNCIA AO DOMÍNIO	ADEQUAÇÃO À AMOSTRA	RELEVÂNCIA PARA O TEMA	CLAREZA DA REDAÇÃO	FRASES DESSE DOMÍNIO A SEREM AVALIADAS
1	1					Ao engravidar voluntariamente, Jussara consentiu com seu marido em relação à responsabilidade de uma nova vida, e, agora, deve manter essa vida até quando for possível.
2	6					Se o sonho de um casal é ter um filho, então, ao engravidarem, eles devem se responsabilizar por isso, independentemente de outros fatores, pois fizeram uma escolha livre.
4	4					O fato de a relação sexual entre Ângela e Rafael ter sido voluntária obriga-os a arcar com as consequências dessa união.
5	10					Só seria justo que Marina interrompesse a gravidez se ela realmente tiver sido violentada, pois, do contrário, ela é responsável por essa vida.
5	13					Se Marina estiver mentindo, então ela não tem direito ao aborto, pois sua relação sexual com o ex-namorado foi voluntária, pelo que ambos devem assumir as consequências da gravidez.
7	13					O fato de Mara ter sido dopada lhe exime da responsabilidade pelo produto da concepção, pois a relação sexual ocorreu sem seu consentimento.

Comentários:

7. Utilitarismo de escopo individual

Esse domínio enfatiza os possíveis benefícios pessoais decorrentes da manutenção da gravidez para a mulher e seu companheiro, bem como os possíveis prejuízos do aborto para o casal e os profissionais de saúde envolvidos na interrupção. Em síntese, ao defender a manutenção, essa perspectiva enfatiza os benefícios desse ato, em oposição aos possíveis prejuízos do aborto.

Nº DA PÁGINA	Nº DA FRASE	PERTINÊNCIA AO DOMÍNIO	ADEQUAÇÃO À AMOSTRA	RELEVÂNCIA PARA O TEMA	CLAREZA DA REDAÇÃO	FRASES DESSE DOMÍNIO A SEREM AVALIADAS
2	14					Qualquer profissional de saúde que atendesse um eventual pedido do casal para interromper a gravidez estaria sujeito às previsões penais por auxiliar um abortamento ilegal.
3	7					É psicologicamente difícil para um profissional de saúde, cuja educação visa à proteção da vida, ter de interromper a gravidez de um feto saudável.
3	13					A interrupção poderá ser prejudicial para Graziane e seu marido, pois estudos têm sugerido que a impossibilidade de ter filhos contribui para a separação de casais.
4	7					Essa anticoncepção de emergência é reconhecidamente responsável por vômitos, diarreias, náuseas, cefaleias e alterações no ciclo menstrual, devendo, portanto, ser evitada.
5	2					Marina pode até estar sofrendo agora por causa do estupro, mas sofrerá ainda mais se interromper a gravidez, sobretudo psicologicamente.
5	15					Se uma eventual mentira de Marina for descoberta, então tanto ela como a equipe médica responsável pelo aborto terão de responder criminalmente pelo ato.
6	15					Se algum profissional de saúde se compadecesse de Rita e interrompesse sua gravidez, então ele estaria sujeito às penalidades legais pela indução criminosa de um aborto.
7	6					Abortar é algo que pode causar mais danos psicológicos para Mara do que manter a gravidez, principalmente por causa de um provável sentimento de culpa.

Comentários:

Medida de atenção

ORIENTAÇÃO: Até aqui, o (a) senhor (a) foi apresentado a 14 domínios que defendiam ou criticavam a interrupção da gravidez. O ultimo domínio não é propriamente um padrão de argumentos sobre o aborto. Na verdade, trata-se apenas de uma medida de atenção a ser inserida entre as frases do questionário para verificar eventuais problemas em seu preenchimento, sobretudo o preenchimento aleatório ou desmotivado. Para isso, elaboramos uma série de frases cujos conteúdos não contribuem para solucionar os dilemas morais propostos. Assim, ao lê-los, esperamos que os sujeitos do estudo atribuam pontuações mínimas para o domínio da medida de atenção. Caso isso não ocorra, então isso poderá ser um indicio de que a pessoa está respondendo o questionário desmotivada ou aleatoriamente.

1. Afirmações sem sentido

Trata-se de um recurso utilizado no questionário a fim de avaliar a atenção com que os sujeitos do estudo respondem as perguntas. As frases apresentam conteúdo sem sentido para a análise dos dilemas morais propostos. E só serão pontuadas por aqueles sujeitos do estudo que eventualmente responderem as questões de modo aleatório.

Nº DA PÁGINA	Nº DA FRASE	PERTINÊNCIA AO DOMÍNIO	ADEQUAÇÃO À AMOSTRA	RELEVÂNCIA PARA O TEMA	CLAREZA DA REDAÇÃO	FRASES DESSE DOMÍNIO A SEREM AVALIADAS
1	2					A utilização de técnicas de imagem para o diagnóstico fetal é uma importante conquista da medicina moderna na corrida espacial rumo às galáxias distantes.
2	5					A Síndrome de Down, ou trissomia do cromossoma 21, tem esse nome como homenagem ao jogador de futebol John Langdon Down.
3	4					Os edemas causados pela Síndrome de Eisenmenger nos portadores da doença são um sério problema estético, fazendo com que os doentes saiam de casa com luvas de couro.
4	8					A possibilidade de se utilizar uma contracepção de emergência é uma das causas da pluralidade moral da sociedade pós-moderna.
5	6					Marina poderia ter enviado um e-mail para seu ex-namorado ao invés de tê-lo visitado pessoalmente e sozinha, possibilitando, assim, o estupro.
6	9					Se Rita fizesse um empréstimo com um agiota, talvez conseguisse, com isso, dinheiro para interromper a gravidez numa clínica particular, e voltaria para casa de táxi.
7	1					A composição química das drogas utilizadas em estupros desse tipo geralmente pertence à família da benzodiazepina, prima dos Silva e Silva.
7	12					É natural que Mara tenha caído no sono, pois já era alta hora da madrugada, e o carro do desconhecido pode ter sido bastante confortável, inclusive com ar-condicionado.

Comentários:

ORIENTAÇÃO: Caro (a) senhor (a), este é o final do guia para avaliação do MOSAI. Caso o (a) senhor (a) tenha recebido este material em mão, por favor, entre em contato com o pesquisador responsável para que ele o retire de volta. Caso o material lhe tiver sido entregue pelos Correios, então lhe solicitamos que o envie de volta para o pesquisador responsável (lembramos que lhe enviamos um envelope pré-selado). Nos dois casos, os dados para remessa e contato são os abaixo relacionados:

Pesquisador responsável: Denis Barbosa Cacique, telefone: 19-35219404 ou 91207784, e-mail: denisbarbosa.c@gmail.com, endereço: Rua Rafael Paulo Teixeira de Oliveira, 368 ou 362. Vila Lafayete Álvaro. Campinas, SP. CEP 13091-329.

Agradecemos imensamente sua valiosa contribuição para com o presente trabalho: muito obrigado!

Referências utilizadas para elaborar os dilemas morais

1. Shimizu AdM. *Defining Issues Test-2: Fidedignidade da Versão Brasileira e Ponderações acerca de seu Uso em Pesquisas sobre Moralidade. Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2004;17(1):5-14.
2. Gallo C. *O Aborto dos Outros. Brasil*2008.
3. Sousa JIGdS, Ribeiro GTF, Melo APC. *Síndrome de Down: sentimentos vivenciados pelos pais frente ao diagnóstico. Pediatría: revista do Centro de Estudos Professor Pedro de Alcantara.* 2009;31(2):100-8.
4. Frazão M. *Gravidez de risco coloca mãe em dilema. Jornal de Londrina.* 2008 16/11/2008.
5. Borges VTM, Magalhães CG, Martins AMVC, Matsubara BB. *Síndrome de Eisenmenger na gravidez. Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2008;90:e40-e1.
6. Hardy E, Duarte GA, Osis MJD, Arce XE, Possan M. *Anticoncepção de emergência no Brasil: facilitadores e barreiras. Cadernos de Saúde Pública.* 2001;17:1031-5.
7. Pedrosa D, Drezett J. *Histórias de mulheres em situação de violência e aborto previsto em lei2008: Available from: <http://www.ipas.org.br/arquivos/Biografia2008.pdf>.*
8. Briozzo L, Bedone JA. *Aborto Inseguro: prevenção e redução de riscos e danos. Campinas, SP: Komedi; 2009.*