

Uma Proposta Educativa para Abordar Objeção de Consciência em Saúde Reprodutiva durante o Ensino Médico

An Educational Proposal to Address Conscientious Objection in Reproductive Health during Medical Education

Omar Ismail Santos Pereira Darze¹
Ubirajara Barroso Júnior¹

RESUMO

OBJETIVO: Este estudo procurou avaliar a técnica do role-playing na abordagem da objeção de consciência no currículo médico, estimulando o raciocínio ético e a habilidade de comunicação, competências necessárias a um maior conforto na alegação de recusa por parte do profissional. **MÉTODOS:** Estudo de intervenção que envolveu 120 acadêmicos de Medicina no momento em que encerravam o internato em Perinatologia. Os estudantes responderam a um questionário autoaplicável, antes e depois da intervenção, contendo variáveis demográficas e questões sobre a anuência de conduzir ou não situações em saúde reprodutiva, como abortamento legal, orientação contraceptiva a jovens adolescentes e prescrição da pílula do dia seguinte. O grau de conforto dos estudantes ao conduzirem estes casos e os conhecimentos éticos sobre o tema também foram questionados. Recolhidos os questionários, os alunos assistiram a três filmes de curta-metragem, um tratando da recusa de um médico a realizar um abortamento previsto em lei; outro sobre orientação contraceptiva a uma jovem de 13 anos e sem o consentimento dos pais; e um terceiro, acerca da prescrição da pílula do dia seguinte a uma jovem que teve uma relação desprotegida no 14º dia do ciclo. Encerrada esta etapa, se estimulou uma discussão sobre os seguintes tópicos: aspectos legais sobre o tema, direito à objeção de consciência do médico, violação da autonomia da paciente e prejuízo à saúde do solicitante decorrente da recusa por parte do médico. Encerrada esta fase preparatória, formaram-se subgrupos de três alunos que simularam os três casos clínicos, havendo um revezamento entre os papéis de médico, paciente e observador. Após a dramatização, os estudantes foram estimulados a discutir as inter-relações nos papéis de médico e paciente, a objeção de consciência do médico, o efeito da recusa ao tratamento no paciente e a capacidade de comunicação do médico. Ao final, foi reaplicado o mesmo questionário, com as mesmas questões sobre a anuência ou não da condução dos casos clínicos, o conforto ou não ao conduzi-los, como também as perguntas referentes aos conhecimentos éticos sobre objeção de consciência. Os dados foram analisados pelo teste do X², teste t e teste de McNemar, com nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** A alteração do conforto do estudante na condução do abortamento previsto em lei, após a intervenção, foi significativa ($p < 0,001$). O mesmo foi observado na orientação contraceptiva a jovens adolescentes ($p < 0,001$) e na prescrição da contracepção de emergência ($p = 0,002$). A mudança de opinião quanto à objeção ao abortamento legal foi significativa ($p = 0,003$) e também quanto à orientação contraceptiva a jovens adolescentes ($p = 0,012$). Não se observaram diferenças na prescrição da pílula do dia seguinte ($p = 0,500$). **CONCLUSÕES:** A aplicação dessa metodologia no grupo participante tornou mais confortável a condução dos casos discutidos e forneceu um conteúdo técnico, legal e ético para melhor embasamento de suas opiniões.

PALAVRAS-CHAVE

- Aborto / Legislação e Jurisprudência.
- Direitos Reprodutivos.
- Educação Médica.
- Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde.
- Saúde da Mulher.
- Objeção de Consciência.
- Role-Playing.

KEY-WORDS

- Abortion / Legislation and Jurisprudence.
- Reproductive Rights.
- Medical Education.
- Knowledge, Attitudes and Practices in Health.
- Women's Health.
- Objection of Consciousness.
- Role-Playing.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To evaluate the effectiveness of role-playing in addressing the issue of conscientious objection in the medical curriculum. **METHODS:** This is an intervention study involving 120 medical students on completion of their internship in Perinatology. The project consisted of eight modules with 15 students in each. Initially a questionnaire was applied to obtain the students' demographic information, religion, ethical knowledge of conscientious objection in medical practice, whether or not the students agreed with it, and the level of comfort in addressing situations such as legal abortion, the prescription of emergency contraceptives, and giving advice on contraception to young adolescents. Subsequently, three short films, created exclusively for the project, were shown. The first addressed a doctor's refusal to perform an abortion on a 15-year-old girl who had been the victim of sexual violence. The second simulated a doctor's objection to providing advice on contraception to a 13-year-old adolescent without parental consent, and the third portrayed the doctor's refusal to prescribe emergency contraception to a young woman after having unprotected intercourse on the 14th day of her cycle. A discussion was then instigated on the following topics: the existing legislation on the subject, the doctor's right to conscientious objection, violation of the patient's autonomy, and the potential for discrimination and harm to the patient's health due to the doctor's refusal. Subgroups of three students were then formed, to simulate clinical cases, with the students taking turns to play the roles of the physician, patient and observer. At the end, the questionnaire was reapplied. The data were analyzed by the χ^2 test, t-test and McNemar's test, with a level of significance of 5%. **RESULTS:** Abortion was rejected by 35.8% of the students, contraception for adolescents by 17.5%, and emergency contraception by 5.8%. The predictors identified with legal abortion were stronger religious belief ($p < 0.001$) and more frequent attendance of religious services ($p = 0.034$). The refusal to provide contraception to adolescents was significantly higher among women ($p = 0.037$). Of the sample, 25% did not explain the reason for their refusal, 15% did not describe all procedures, and 25% said they would not forward patients. The change in comfort in conducting legal abortion after the intervention was significant ($p < 0.001$). The same was observed in the attitude to providing contraceptives to young adolescents ($p < 0.001$) and in the prescription of emergency contraception ($p = 0.002$). The change of opinion regarding objection to legal abortion was significant ($p = 0.003$), as was the attitude to providing and also regarding the contraceptives to young adolescents ($p = 0.012$). No differences were observed in the prescription of emergency contraception ($p = 0.500$). **CONCLUSIONS:** The application of this methodology in the participant group made the students more comfortable about conducting cases like those discussed, and provided technical, legal and ethical content for a better grounding of their opinions.

Recebido em: 7/5/18

Aceito em: 22/5/18

INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde podem se opor a determinados procedimentos por questões morais, religiosas, filosóficas ou éticas. Esta prática é referida como "objeção de consciência"¹. Este direito é garantido pelo Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, sustentáculo jurídico da Declaração Universal dos Direitos Humanos². Questões relacionadas à saúde reprodutiva, tais como interrupção da gravidez e contracepção, são as que mais provocam objeções de consciência na prática médica^{3,4}. A integridade moral, religiosa e ética do médico é

garantida, porém conflitos podem surgir quando este direito impede o acesso do paciente à informação ou assistência médica necessária. A alegação da objeção de consciência se associa com agravos importantes aos pacientes, impedindo, muitas vezes, o acesso a cuidados de saúde reprodutiva e sexual⁵. Por este motivo, a recusa de atendimento por um médico objeitor deve ser limitada, não sendo permitida a imposição de suas crenças morais ou religiosas aos indivíduos que necessitem de procedimentos assegurados pela lei⁴. A recusa não pode ser proclamada nas situações de impossibilidade de atuação de

outro profissional e quando a não realização do procedimento possa pôr em risco a integridade física ou mental do paciente⁶.

São raros os trabalhos sobre o tema, e pouco se sabe sobre a prevalência de médicos objetores. Na Itália, onde é obrigatório o registro de objetor, cerca de 70% dos ginecologistas e 50% dos anestesistas se registraram como objetores ao aborto⁷. Muitos profissionais médicos desconhecem o conceito de “objeto” e suas obrigações, tais como prestar informações sobre tratamentos que consideram censuráveis e o dever de encaminhar os pacientes a profissionais não objetores⁸.

Estes resultados comprovam a necessidade de discutir a objeção de consciência ainda nas escolas médicas, cabendo aos educadores delinear as habilidades necessárias e a metodologia a ser aplicada. Os estudiosos da ética sugerem que os profissionais devem desenvolver fortes habilidades de comunicação para implementar seu raciocínio ético⁹. A discussão sobre o tema “objeção de consciência” requer tal modelo educacional, pois o conflito ético brota a partir dos valores pessoais do médico e do forte abalo emocional frequentemente apresentado pelos pacientes que procuram estes serviços. O futuro médico precisa saber como se portar no momento de exercer seu direito à objeção de consciência, conhecendo a legislação local, respeitando a autonomia e integridade dos seus pacientes e não permitindo que sua recusa cause prejuízos a estes.

Métodos de ensino-aprendizagem mais apropriados à questão da humanização da relação médico-paciente vêm sendo desenvolvidos com o objetivo de favorecer a comunicação, o respeito às diversidades, a criatividade e a livre expressão, como proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina¹⁰. Este estudo procurou avaliar a técnica do *role-playing* na abordagem da objeção de consciência no currículo médico, estimulando o raciocínio ético e a habilidade de comunicação, competências necessárias a um maior conforto na condução dos casos.

O *role-playing* é uma simulação que permite a “troca de papéis”, proporcionando a experimentação dos diversos pontos de vista ao se interpretar o papel do “outro”. Esta metodologia desenvolve atitudes como empatia e solidariedade, pilares para um atendimento humanizado e respeitoso quanto às diversidades, facilitando o enfrentamento em situações de eventuais conflitos éticos em virtude da alegação de recusa por parte do médico. O objetivo secundário deste trabalho foi avaliar a absorção de conhecimentos éticos sobre o tema e a prevalência da recusa aos casos discutidos, antes e depois da intervenção, testando a hipótese de que a opinião é mutável pela vivência.

MÉTODOS

Este é um estudo de intervenção que envolveu 120 acadêmicos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Os estudantes que formaram a amostra estavam finalizando o internato em Perinatologia e foram incluídos de forma consecutiva, ou seja, não intencional, e após aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Aqueles que, por qualquer motivo, se recusassem a participar seriam excluídos. Ao final, o projeto foi composto por oito módulos com 15 alunos cada. Os módulos foram formados e trabalhados isoladamente, com o mesmo facilitador e no momento em que os estudantes encerravam o estágio rotatório em Perinatologia, entre junho de 2016 e julho de 2017.

O delineamento do estudo ocorreu em três etapas, tendo se iniciado pela aplicação de um questionário autoaplicável e não identificado, incluindo informações demográficas, religiosidade e conhecimentos éticos sobre objeção de consciência na prática médica. Nesse mesmo questionário, se inquiriu sobre a concordância, ou não, em conduzir situações clínicas em saúde reprodutiva, como aborto legal, prescrição da pílula do dia seguinte e orientação contraceptiva a jovens adolescentes. Também se perguntou aos estudantes se se sentiriam confortáveis ou não durante o enfrentamento dos casos clínicos apresentados.

A religiosidade foi graduada de acordo com a escala religiosa de Hoge modificada¹¹, com base na concordância ou discordância de duas declarações: “eu me esforço para manter e seguir minhas crenças religiosas em todos os aspectos da minha vida” e “o meu modo de viver é conduzido por minha religião”. Os alunos que discordaram de ambas as declarações foram rotulados como de baixa religiosidade; os que concordaram com apenas uma foram classificados como de moderada religiosidade; e de alta, se concordavam com ambas. O maior valor da ética do que da religião para o estudante foi estabelecido segundo a concordância, ou não, com a afirmação: “não importa no que acredito e sim em levar uma vida ética”. O conhecimento investigado sobre a postura ética do objetor foi a obrigação de expor claramente o motivo da objeção, de relatar todas as alternativas de tratamento possíveis ao paciente, inclusive aquelas às que se opõe, e de encaminhar o paciente a outro profissional não objetor.

Encerrado este primeiro questionário e com o objetivo de proporcionar um embasamento teórico sobre o tema, os estudantes foram convidados a assistir a três filmes de curta-metragem, criados exclusivamente para o projeto. O primeiro filme aborda a negação de um médico a realizar um aborto numa jovem de 15 anos no curso da oitava semana de uma gestação fruto de violência sexual (<https://youtu.be/>

T41xQPTnidk). O segundo simula a objeção de um médico a fornecer orientação contraceptiva a uma adolescente de 13 anos de idade sem o conhecimento dos pais (<https://youtu.be/DDSZlnob3HI>). O último filme retrata a recusa do médico em prescrever a pílula do dia seguinte a uma jovem temerosa de uma provável gravidez após uma relação sexual desprotegida no 14º dia do ciclo (<https://youtu.be/vtPcNwCDUUA>). Após a exibição dos filmes, o facilitador estimulou uma discussão, considerando principalmente os seguintes tópicos: a legislação existente sobre o tema, o direito à objeção de consciência do médico, a violação da autonomia da paciente, o potencial de discriminação e o prejuízo à saúde do solicitante decorrente da violação da integridade científica.

Após esta fase preparatória, formaram-se subgrupos de três alunos que simularam os três casos clínicos, atuando o mais próximo possível de uma situação real, havendo um revezamento entre os papéis de médico, paciente e observador. As simulações foram realizadas em sala de aula sem adaptações, como espelhos investigativos ou filmagem. O estudante que interpretaria o médico tinha que informar à paciente que não faria o procedimento solicitado. O *script* da paciente envolvia a solicitação do procedimento e o questionamento da recusa do médico. Coube ao estudante no papel de observador atentar para a postura e atitude do médico. Encerrada a simulação, os estudantes foram novamente estimulados a discutir as inter-relações nos papéis do médico e do paciente, a objeção de consciência do médico, o efeito da recusa ao tratamento no paciente, a capacidade de comunicação do médico e que atitudes adotadas por este poderiam minimizar o conflito. Neste momento, o facilitador ressaltou os limites do direito à objeção de consciência do médico e da sua responsabilidade em garantir o acesso ao serviço solicitado, evitando, assim, prejuízos aos pacientes. A intervenção se encerrou com a reaplicação do mesmo questionário, no qual se repetiram as questões sobre a anuência ou não em conduzir os casos clínicos, do conforto ou desconforto durante o enfrentamento, como também aquelas referentes aos conhecimentos éticos sobre o tema.

A análise estatística foi realizada com o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* 14.0, e a significância estatística foi previamente definida por valor $p < 0,05$. Para o estudo analítico, foram utilizados os testes de χ^2 e teste t. Comparações entre as mudanças dos participantes com relação à absorção de conhecimentos sobre o tema, na condução dos casos e no conforto, antes e depois do *workshop*, foram avaliadas pelo teste de McNemar. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 54585216.6.0000.5544.

RESULTADOS

Participaram do estudo 120 alunos, com idade média de 24,35 ± 2,72 anos. Os do sexo feminino (75%) e os da raça branca (61,7%) compuseram a maior parte da amostra. Entre os alunos, 80% informaram seguir determinada religião, 9,2% se consideraram ateus, 3,3% agnósticos e 7,5% não se encaixaram em nenhuma opção. As religiões mais relatadas foram a católica (51,7%), a espírita (13,3%), a evangélica (5,8%), e a protestante (5,0%). Com relação à frequência a cultos religiosos, pouco menos da metade (49,2%) referiu que não os frequenta. A participação em pelo menos um culto ao mês foi informada por 30,8%, e apenas 20% informaram que o frequentam duas ou mais vezes ao mês. Aplicando a escala religiosa modificada de Hoge, 51,7% dos estudantes demonstraram baixa religiosidade, 30,8% moderada, e apenas 17,5% alta religiosidade. A concordância com a afirmação “não importa o que acredito e sim levar uma vida ética” foi referida como verdadeira por 64,2% da amostra.

Comparando-se o relato da objeção ao abortamento previsto em lei, antes e depois da intervenção, observou-se alteração com significância estatística (35,8 e 27,5%; $p = 0,003$). O mesmo ocorreu com a recusa à orientação contraceptiva a jovens adolescentes (17,5 e 7,5%; $p = 0,012$). Não se observaram, entretanto, diferenças significativas quanto à objeção à prescrição da contracepção de emergência (5,8 e 3,3%; $p = 0,500$) (Tabela 1).

TABELA 1
Prevalência da objeção de consciência entre estudantes de Medicina na condução do abortamento legal, orientação contraceptiva a jovens adolescentes e contracepção de emergência, antes e depois da intervenção

Objecção ao abortamento previsto em lei	n / N(%)	Valor de p
Antes da intervenção	43 / 120 (35,8)	0,003*
Após a intervenção	33 / 120 (27,5)	
Objecção à condução de contracepção a jovens adolescentes		0,012*
Antes da intervenção	21 / 120 (17,5)	
Após a intervenção	09 / 120 (7,5)	
Objecção à contracepção de emergência		0,500*
Antes da intervenção	07 / 120 (5,8)	
Após a intervenção	04 / 120 (3,3)	

* Teste de MacNemar; n = número de alunos objetores;
N = número total de alunos.

Nesta amostra, maior frequência a cultos religiosos ($p = 0,034$) e alta motivação religiosa ($p < 0,001$) influenciaram de forma significativa a objeção ao abortamento previsto em lei. A recusa à orientação contraceptiva a jovens adolescentes foi significativamente mais frequente entre os homens ($p = 0,037$).

Nenhuma das características estudadas se associou com a objeção à prescrição da pílula do dia seguinte (Tabela 2).

As questões sobre os aspectos éticos da objeção de consciência foram comparadas antes e depois da intervenção. Houve diferenças significativas quanto à absorção do conhecimento do dever do médico de esclarecer o motivo da sua ob-

jeção ($p < 0,001$), da obrigação do médico de apresentar todas as opções de tratamento possíveis, mesmo aquelas às quais se opõe ($p = 0,013$), e da obrigação de encaminhar o paciente a outro profissional que não se oponha ao procedimento solicitado ($p < 0,001$) (Tabela 3).

TABELA 2
Fatores motivadores da objeção de consciência ao abortamento legal, à orientação contraceptiva a jovens adolescentes e à contracepção de emergência entre estudantes de Medicina

Fatores motivadores	Objeção ao abortamento legal n/N (%) valor de p	Objeção à orientação contraceptiva a adolescentes n/N (%) valor de p	Objeção à contracepção de emergência n/N (%) valor de p
Idade	24,9 ± 3,49 $p = 0,075^{**}$	24,14 ± 3,42 $p = 0,750^{**}$	24,86 ± 1,57 $p = 0,617^{**}$
Ter uma religião	37/43 (86,0) $p = 0,216^*$	17/21 (81,0) $p = 0,904^*$	5/7 (71,4) $p = 0,559$
Raça branca	27/43 (62,8) $p = 0,850^*$	14/21 (66,7) $p = 0,604^*$	5/7 (71,4) $p = 0,584^*$
Sexo feminino	35/43 (81,4) $p = 0,227^*$	12/21 (57,1) $p = 0,037^*$	7/7 (100) $p = 0,115^*$
Participação em cultos religiosos			
Nunca	17/43 (39,5)	11/21 (52,4)	2/7 (28,6)
1 vez ao mês	12/43 (27,9)	6/21 (28,6)	3/7 (42,9)
≥ 2 vezes ao mês	14/43 (32,6) $p = 0,034^*$	4/21 (19,0) $p = 0,984^*$	2/7 (28,6) $p = 0,532^*$
Escala religiosa de Hoge			
Baixa	14/43 (32,6)	11/21 (52,4)	2/7 (28,6)
Moderada	14/43 (32,6)	6/21 (28,6)	4/7 (57,1)
Alta	15/43 (34,9) $p < 0,001^*$	4/21 (19,0) $p = 0,961^*$	1/7 (14,3) $p = 0,289^*$
Valor ético	29/43 (67,4) $p = 0,576^*$	14/21 (66,7) $p = 0,793^*$	3/7 (42,9) $p = 0,226^*$

* χ^2 ; ** teste t; n = número de alunos; N = número de alunos objetores.

TABELA 3
Conhecimentos éticos dos estudantes sobre objeção de consciência antes e depois da intervenção

	Pré-Intervenção			Pós-Intervenção			p
	Sim n (%)	Indeciso n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Indeciso n (%)	Não n (%)	
Deve o médico descrever o motivo por que se opõe ao procedimento solicitado?	91 (75,8)	15 (12,5)	14 (11,7)	117 (97,5)	2 (1,7)	1 (0,8)	< 0,001*
O médico deve apresentar todas as opções de tratamentos, incluindo aquelas que possam ferir suas convicções?	112 (85,0)	12 (10,0)	6 (5,0)	116 (96,7)	3 (2,5)	1 (0,8)	0,013*
O médico objetor é obrigado a encaminhar o paciente a outro profissional e, na impossibilidade, a objeção não será acatada?	89 (74,2)	13 (10,8)	18 (15,0)	117 (97,5)	2 (1,7)	1 (0,8)	< 0,001*

* Teste de McNemar-Bowker; n = número de alunos; N total = 120.

A alteração do conforto na condução do abortamento previsto em lei após a intervenção foi significativa (53,3 e 67,5%; $p < 0,001$). O mesmo foi observado na orientação contraceptiva a jovens adolescentes (55,0 e 81,7%; $p < 0,001$) e na prescrição da contracepção de emergência (83,3 e 93,3%; $p = 0,002$).

Nenhuma das características avaliadas se associou com maior possibilidade de alteração do conforto na condução do abortamento previsto em lei e na prescrição da pílula do dia seguinte. A alteração do conforto na orientação contraceptiva a jovens adolescentes foi significativamente maior entre as estudantes do sexo feminino ($p = 0,008$) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Pouco mais de um terço dos estudantes que participaram do estudo se mostrou como objetor ao abortamento legal – percentual menor do que o registrado em dois outros trabalhos realizados no Brasil e que também envolveram acadêmicos de Medicina, nos quais 50% se declararam como objetores ao abortamento previsto em lei^{12,13}. Um estudo realizado na Es-

panha que incluiu estudantes de Medicina e de Enfermagem revelou que metade destes apoiava a interrupção da gravidez em qualquer circunstância e que prestaria este tipo de serviço¹⁴. Outro trabalho, que envolveu 1.308 acadêmicos de Medicina, realizado na África do Sul, demonstrou que um quinto dos alunos não admitia o abortamento sob qualquer circunstância e identificou como motivadores à objeção: estar cursando níveis mais iniciais do curso, não ter uma vida sexualmente ativa e seguir uma religião¹⁵. Na amostra estudada, alta motivação religiosa e ser mais praticante foram as características que se associaram significativamente com a recusa ao abortamento legal. A religiosidade tem sido apontada como o principal fator motivador da objeção de consciência, principalmente em se tratando do abortamento¹⁶. Entre os estudantes, 17,5% objetaram a orientação contraceptiva aos jovens adolescentes – cifra menor do que a descrita em um estudo realizado nos Estados Unidos, no qual metade dos médicos participantes se mostrou objetora à contracepção nesta faixa etária e sem a anuência dos pais, mesmo havendo jurisprudência contrá-

TABELA 4
Características dos estudantes que referiram alteração no conforto na condução do abortamento legal, na orientação contraceptiva a adolescentes e na contracepção de emergência, após a intervenção

Características	Abortamento legal n/N (%) valor de p	Contracepção a jovens adolescentes n/N (%) valor de p	Contracepção de emergência n/N (%) valor de p
Idade	24,58 ± 3,46 $p = 0,758^{**}$	24,30 ± 2,28 $p = 0,632^{**}$	24,08 ± 4,23 $p = 0,720^{**}$
Ter uma religião	14/17 (82,4) $p = 0,793^*$	27/33 (81,8) $p = 0,489^*$	10/12 (83,3) $p = 0,555$
Raça branca	13/17 (76,5) $p = 0,138^*$	17/33 (51,5) $p = 0,116^*$	6/12 (50,0) $p = 0,283^*$
Sexo feminino	13/17 (76,5) $p = 0,574^*$	19/33 (57,6) $p = 0,008^*$	10/12 (83,3) $p = 0,380^*$
Participação em cultos religiosos			
Nunca	11/17 (64,7)	20/33 (60,6)	7/12 (58,3)
1 vez ao mês	4/17 (23,5)	7/33 (21,2)	4/12 (33,3)
≥ 2 vezes ao mês	2/17 (11,8)	6/33 (18,2)	1/12 (8,3)
	$p = 0,370^*$	$p = 0,253^*$	$p = 0,559^*$
Escala religiosa de Hoge			
Baixa	10/17 (58,8)	17/33 (51,5)	6/12 (50,0)
Moderada	3/17 (17,6)	12/33 (36,4)	5/12 (41,7)
Alta	4/17 (23,5)	4/33 (12,1)	1/12 (8,3)
	$p = 0,422^*$	$p = 0,548^*$	$p = 0,561^*$
Valor ético	12/17 (70,6) $p = 0,380^*$	25/33 (75,8) $p = 0,076^*$	6/6 (50,0) $p = 0,221^*$

* x²; ** teste t; n = número de alunos; N = número de alunos que informaram alteração no conforto.

ria¹⁷. A possibilidade de recusa a esta prestação de serviço, nesta amostra, foi maior entre os médicos, o que pode sugerir maior empatia das mulheres com a situação. A objeção à prescrição da contracepção de emergência foi recusada por uma pequena, porém significativa, parcela dos estudantes – cifra muito distante da registrada em um estudo na Itália, onde, em algumas regiões, cerca de 70% dos médicos se consideraram objetores a este método contraceptivo¹⁸. O percentual de objetores identificados neste trabalho justifica a necessidade de criar uma metodologia de ensino para abordar o tema durante a formação médica. Estes estudantes, após a graduação, com a interpretação equivocada de que a objeção de consciência é um direito universal e absoluto, poderão passar a objetar arbitrariamente estes procedimentos e a não prestar informações sobre eles, provocando agravos importantes aos pacientes e ao sistema de saúde¹.

A mudança de opinião entre os estudantes após a intervenção foi estatisticamente significativa, sugerindo que a objeção pode ser influenciada não só por características pessoais, religiosas ou morais, como também por desconhecimento técnico e da legislação sobre o tema. Muitos médicos objetam seletivamente o abortamento previsto em lei por não acreditarem que a gravidez seja fruto de violência. Passam a exigir extensa documentação, ignorando a jurisprudência sobre o assunto, confundindo objeção de consciência com opinião¹⁹.

A recusa, por parte de alguns médicos e farmacêuticos, à prescrição da contracepção de emergência fez aflorar em todo o mundo o debate acerca da objeção de consciência na prática médica. Isto porque foram divulgados, à época, trabalhos sobre o tema que descreviam um provável efeito sobre o endométrio impedindo a nidificação. Esta hipótese, no entanto, não é confirmada pelos estudos mais atuais, que comprovam ser o retardo da ovulação seu mecanismo de ação, eliminando, assim, preconceitos e temores injustificáveis²⁰. Este desconhecimento dificultou muito a adoção desse importante método contraceptivo em algumas regiões do mundo, como na Itália, onde sua liberação e a comercialização só ocorreram a partir de 2016²¹.

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina, embasado pelos conhecimentos mais atuais, considera infração ética a recusa de prescrição da contracepção de emergência, devido aos inegáveis danos que pode causar, principalmente nos casos de violência sexual²². Além dos aspectos éticos, morais e religiosos, o desconhecimento da legislação sobre a relação médico-paciente na adolescência é um dos fatores motivadores da objeção da orientação contraceptiva a estes jovens²³. Os adolescentes têm direito a um atendimento sigiloso, confidencial e respeitoso quanto a sua autonomia. A orientação contracep-

tiva a adolescentes de 12 a 14 anos, apesar de criteriosa, não constitui infração, contanto que se afaste a possibilidade de situação de abuso ou violência sexual²⁴. Estes fatos são desconhecidos por uma parcela considerável de médicos, motivando recusas e influenciando negativamente os direitos sexuais dos indivíduos nesta faixa etária²⁵. Estes conteúdos foram discutidos antes das encenações, assim como a necessidade de respeitar a autonomia da paciente, evitando atitudes paternalistas, que não mais devem reger a relação médico-paciente. A violação da integridade científica e os agravos que a objeção, por parte dos médicos, pode causar na saúde das mulheres também foram discutidos. Acreditamos que a absorção destes conhecimentos tenha gerado maior tolerância e aceitabilidade, reduzindo o percentual de objetores entre os estudantes da amostra.

O exercício promoveu uma alteração significativa sobre os conhecimentos dos estudantes quanto à postura ética do médico objetor, propostos pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo)⁸ e pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁵. Estas determinações procuram equilibrar o direito de objeção do médico e o direito da paciente a realizar o procedimento solicitado, sem discriminação e evitando prejuízos a seu bem-estar. Antes da intervenção, um percentual significativo dos alunos desconhecia a obrigatoriedade de informar à paciente o motivo da recusa, apresentar todas as opções possíveis de tratamento, incluindo as que se objetiva, transferir a paciente para outro profissional que realize o procedimento solicitado e até mesmo realizá-lo, na impossibilidade de esse outro profissional atendê-la. Tais resultados são similares aos de um outro estudo sobre o assunto, envolvendo 1.144 médicos¹⁶.

Estas mudanças de opinião podem resultar não só da absorção de conhecimentos, como também da intenção dos estudantes de abordar as coisas de forma diferente. O objetor deve esclarecer o real motivo da recusa, deixando claro que não se trata de uma medida discriminatória, não impondo seus critérios e buscando um consenso com o paciente. O médico objetor permanece responsável pelo paciente até que este realize o procedimento necessário, uma vez que o direito à saúde e à vida deve ser assegurado acima de qualquer outro²⁶. Explanar sobre todos os tratamentos cabíveis, mesmo aqueles a que se opõe, e transferir o paciente para outro médico são considerados, por alguns objetores, uma cumplicidade, o que equivaleria a realizar o tratamento recusado. Esta premissa, no entanto, não é válida, pois a objeção de consciência só é admitida quando existe participação direta do médico²⁷. Um profissional contrário ao abortamento em qualquer circunstância diminui significativamente a possibilidade de transferir

a mulher a outro que realize o procedimento, expondo-a, assim, a importantes agravos²⁸.

A alteração do conforto referida pelos estudantes e observada após o exercício foi significativa nas três situações discutidas. Embora também fosse esperada uma alteração negativa, tal fato não foi demonstrado. O conforto foi alterado de forma positiva em todos os participantes. A ausência de diferenças significativas no impacto do conforto na condução dos casos quando avaliadas as características religiosas – comprovadamente motivadoras da objeção – sugere que esta alteração ocorreu em todos os estudantes, religiosos ou não. É importante observar que o conforto é um sentimento, não uma medida de competência. A alteração no sentimento é uma importante evidência de desenvolvimento de conscientização pessoal, considerado pelos estudiosos da ética como uma importante característica de médicos humanistas²⁹. A absorção de conhecimentos técnicos e legais também pode ter influenciado o conforto, deixando os alunos mais seguros no enfrentamento.

A objeção de consciência deve ser considerada uma exceção e com perímetro bem definido, garantindo a dignidade de todos os envolvidos. Os acadêmicos precisam saber se reconhecer como objetores, conhecer a legislação local sobre o tema e, no momento da alegação, saber se portar como tal e não prejudicar os pacientes. O futuro médico deve levar em conta suas características pessoais no momento da escolha da especialidade, pois o dever profissional, muito frequentemente, pode exigir que realize procedimentos aos quais se opõe do ponto de vista moral ou religioso. Enquanto estudante, é reconhecido o direito à liberdade de expressão, contanto que não comprometa o fundamental propósito do curso de Medicina, que é formar médicos com conhecimentos básicos, habilidades, atitudes e comportamentos necessários ao exercício profissional³⁰. No Reino Unido, a objeção de consciência pelos estudantes de Medicina não é reconhecida, pois se acredita que sua alegação traz prejuízos importantes à formação médica³¹. Existem relatos de estudantes muçulmanos que se recusam a realizar exame físico em pacientes de sexo oposto, a participar de aulas sobre agravos de doenças provocadas por dependência química, bem como determinadas situações em saúde reprodutiva, como abortamento e contracepção, não existindo uma forma que compense esta deficiência curricular e, conseqüentemente, influenciando negativamente a sua formação³¹.

O objetivo da intervenção não foi procurar mudar as opiniões dos estudantes, mas, sim, tornar mais confortável a condução dos casos por objetores ou não, melhorando sua habilidade de comunicação e fornecendo conhecimentos técnicos, éticos e legais para o melhor embasamento de suas opiniões, fatos observados nos acadêmicos que formaram esta amostra.

Perante a necessidade de humanizar a relação médico-paciente, têm-se proposto novos modelos de ensino e aprendizagem, buscando uma abordagem mais participativa no ensino e utilizando metodologias ativas, centradas nos participantes³². Entre estas metodologias, tem-se proposto a utilização do *role-playing*. Sua aplicação em diversas etapas e circunstâncias no currículo médico tem se associado com uma melhora no contato humano entre médico e paciente, aprimorando as habilidades de comunicação e estimulando atitudes mais humanizadas dos futuros médicos³³⁻³⁶. Esta metodologia promove um ambiente seguro para que os alunos possam expor suas opiniões, experimentando diferentes pontos de vista e passando a enxergar as coisas de um ângulo diferente daquele que já conhecem, estopim para que as mudanças aconteçam. Algumas limitações práticas do método são descritas, como a ansiedade, que pode ser despertada em diferentes graus, prejudicando a espontaneidade durante a atividade, e o fato de se estar representando um “papel” pode causar uma desvinculação dos sentimentos individuais^{36,37}.

Este trabalho possui algumas limitações. A amostra foi formada por estudantes de apenas uma escola médica e não foi probabilística, embora os alunos tenham sido incluídos consecutivamente, ou seja, de forma não intencional. O tema sofre importante influência religiosa, cultural e jurídica, o que pode impedir a generalização dos dados.

CONCLUSÃO

O impacto da proposta educacional sobre os estudantes que participaram do projeto pode ser comprovado pelas mudanças de atitudes, absorção de conhecimentos e novas posturas perante os casos clínicos discutidos. Esta é uma ferramenta que pode ser útil no momento da discussão da objeção de consciência no currículo médico, auxiliando a preservar a integridade moral, religiosa e ética do futuro médico, sem negligenciar o cuidado de promover uma saúde digna, de qualidade e sem discriminação.

REFERÊNCIAS

1. Chavkin W, Leitman L, Polin K. Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: A White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2013;123:S41-S56.
2. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, adotado em 16 de dezembro de 1966, Res. A.G. 2200A (XXI), ROAG ONU, 21ª Sess., Sup. nº 16, p. 52, Doc. ONU A/6316 (1966), 999 ST ONU 171 (entrou em vigor em 23 de março de 1976).

3. Muramoto O, Rivero RO, Charo RA, Faúndes A, Duarte GA, Osis MJD, et al. Conscientious objection to referrals for abortion: pragmatic solution or threat to women's rights? *Journal of medical ethics*. 2014;28(2):15-.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion No. 385: the limits of conscientious refusal in reproductive medicine. *Obstet Gynecol*. 2007(110 (5)):1203-8.
5. World Health Organization [WHO] (2012). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2nd Ed. Geneva: World Health Organization.
6. Magelssen M. When should conscientious objection be accepted? *J Med Ethics [Internet]*. 2012;38(1):18-21. .
7. República da Itália. Ministério da Saúde. Relatório do Ministério da Saúde sobre a Aplicação da Lei que Inclui Normas de Cuidado Social de Maternidade e Interrupção Voluntária de Gravidez: 2006-2007 (2008).
8. Figo Committee For The Ethical Aspects Of Human R, Women's H, International Federation of G, Obstetrics. Ethical guidelines on conscientious objection in training. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;128(1):89-90.
9. Fischer Gs ARM. Measuring the effectiveness of ethics education. *J Gen Intern Med*. 1994(9):655-6.
10. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Resolução Cne/Ces Nº 4, de 07 de novembro de 2001; *Diário Oficial da União*. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.
11. Hoge D. A validated intrinsic religious motivational scale. *J Sci Study Relig*. 1972;11:369-76.
12. Darzé OI, Azevêdo BK. Competences acquired during medical training and the opinions and attitudes about abortion. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(1):5-9.
13. Madeiro A. Conscientious Objection and Legal Abortion: Medical Students' Attitudes. *Rev bras educ med [online]*. 2016;vol.40, n.1, pp.86-92.
14. Rodriguez-Calvo M, Martínez-Silva I, Concheiro L, Muñoz-Barús J. University students' attitudes towards Voluntary Interruption of Pregnancy. *Legal Medicine*. 2012;14(4):209 13.
15. Stephanie B, Wheeler, L Leah Zullig, et a. Abortion Attitudes Among Medical School Students in South Africa. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2012;Volume 38, Number 3.
16. Schwarz E. Willing and able? Provision of medication for abortion by future internists,. *Women' Health Issues*. 2005;15(1):39-44.
17. Curlin F, Lawrence R, MH MC, Lantos J. Religion, conscience, and controversial clinical practices. *N Engl J Med*. 2007;Feb 8;356(6):593-600.
18. Sg B, Jd Y, Fa C, Brauer SG, Yoon JD, Curlin FA. US primary care physicians' opinions about conscientious refusal: a national vignette experiment. *J Med Ethics*. 2016;42(2):80-4.
19. Diniz D, Madeiro A, Rosas C. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil. *Reproductive Health Matters*. 2014;22(43):141-8.
20. Trussell J GK. Talking straight about emergency contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2017;33:139.
21. Montanari Vergallo G ZS, Di Luca NM, Marinelli E. The conscientious objection: debate on emergency contraception. *Clin Ter* 2017;Mar-Apr;168(2):113-e9.
22. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.811/2006. Estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da Anticoncepção de Emergência, devido a mesma não ferir os dispositivos legais vigentes no país. *Diário Oficial da União, Seção I*, p.72, 17 jan. 2007.
23. Schraiber, L.B. Equidade de Gênero e Saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: Villela, W.V.; Monteiro, S. *Gênero e Saúde: Programa de Saúde na Família*. Rio de Janeiro: ABRASCO; Brasília:UNFPA, 2005. p.39-61.
24. FEBRASGO/ SBP. Contracepção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência . *Adolesc Saude*. 2005;2(2):6-7 http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=168 acessado em 01/07/2017.
25. G O. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. *Rev Assoc Med Bras*. 2000;46:306-7.
26. Vega AM, Araya EG La objeción de conciencia en la práctica clínica. *Acta Bioethica* 2011; 17 (1): 123-131.
27. Cook RJ, Olaya MA, Dickens BM. Healthcare responsibilities and conscientious objection. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2009;104(3):249-52.
28. RT. S. Medical student misinformation and bias regarding elective pregnancy termination. *Contraception*. 2007;76:173.
29. Novack DH ER, Paulsen RH. . Toward creating physician-healers: fostering medical students' self-awareness, personal growth, and well-being. *Acad Med*. 1999;74:516.
30. Savulescu J. Conscientious objection in medicine. *BMJ*. 2006;332:294e7.

31. Strickland SL. Conscientious objection in medical students: a questionnaire survey. *J Med Ethics*. 2012;38(1):22-5.
32. Cyrino EG T-PM. Discovery-based teaching and learning strategies in health: problematization and problem-based learning. *Cad Saude Publica*. 2004;20(3):780-8.
33. Aragão JCS et al. The use of role-playing as a sensitization technique for medical students during gynecological examination. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2009, vol.33, n.1, pp.80-83. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000100011>. 2009.
34. Ramos-cerqueira ATDA, Rodrigues Torres A, Ferreira Martins ST, Pereira Lima MC. Um Estranho à Minha Porta: Preparando Estudantes de Medicina para Visitas Domiciliares. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009;33(2):276-81.
35. Rabelo L, Garcia VL. Role-Play para o Desenvolvimento de Habilidades de Comunicação e Relacionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2015;39:586-96.
36. Juca NBH, Gomes AMA, Mendes LS. A comunicação do diagnóstico sombrio na relação médico-paciente entre estudantes de medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. *Rev Bras Educ* 2010;34(1):57-64.
37. Kottow M. Literary narrative in medical practice. *Med Humanities*. 2002;28(1):41-4.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram na concepção, desenho, análise e interpretação dos dados desde estudo e também na redação do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores informam que não existe conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Omar Ismail Santos Pereira Darze
Rua Bicuiba, 1291 – apto 802
Patamares – Salvador
CEP 41680-050
E-mail: omardarze@bahiana.edu.br



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.