



INVESTIGACIÓN

Uso de documental en la carrera de medicina y reflexión sobre temas éticos asociados al aborto

Ianna Muniz¹, Lilliane Lins², Marta Silva Menezes³

1. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Federal da Bahia (Ufba), Salvador/BA, Brasil. 2. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde / Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiente e Trabalho, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Ufba, Salvador/BA, Brasil. 3. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana/ Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador/BA, Brasil.

Resumen

La enseñanza de las humanidades en la carrera de grado de medicina, principalmente de la ética y la bioética, es imprescindible para la futura relación médico-paciente. La utilización del arte cinematográfico como instrumento de enseñanza-aprendizaje viene destacándose como un método eficaz y contributivo en este proceso, pues torna al alumno más reflexivo y preparado para lidiar con los diversos conflictos de la práctica médica. Se trata de un estudio descriptivo, con metodología cualitativa, aplicando la técnica de análisis temático que tuvo como objetivo evaluar la utilización de la película "Al Margen del Cuerpo" como instrumento de enseñanza-aprendizaje de la ética médica e identificar las principales temáticas éticas abordadas por los alumnos y sus posicionamientos frente a éstas. Participó de este estudio un grupo-clase del segundo período de la carrera de medicina compuesta por 50 alumnos. Se discutieron cuatro temáticas principales: vulnerabilidad y reducción de la autonomía; objeción de conciencia; deshumanización y negligencia en la asistencia sanitaria; y aborto.

Palabras clave: Cine como asunto. Ética médica. Bioética. Análisis de vulnerabilidad. Humanización de la atención. Aborto legal.

Resumo

Uso de documentário no curso de medicina e a reflexão sobre temas éticos associados ao aborto

O ensino das humanidades na graduação de medicina, principalmente da ética e bioética, é imprescindível para o sucesso da futura relação médico-paciente. A arte cinematográfica vem se destacando como instrumento eficaz de ensino-aprendizagem, pois prepara o aluno para refletir e lidar com diversos conflitos da prática médica. Trata-se de estudo descritivo, com método qualitativo e emprego da técnica de análise temática a partir do documentário "À margem do corpo" como recurso didático para identificar as principais temáticas éticas abordadas pelos alunos e seus posicionamentos em relação a elas. Participaram deste estudo 50 alunos do segundo período de curso de medicina. Quatro temáticas principais foram discutidas: vulnerabilidade e redução da autonomia; objeção de consciência; desumanização e negligência na assistência à saúde; e aborto.

Palavras-chave: Filmes cinematográficos. Ética médica. Bioética. Análise de vulnerabilidade. Humanização da assistência. Aborto legal.

Abstract

The use of documentary in medical course and a reflection on ethical issues associated with abortion

The teaching of the humanities in medical education, especially ethics and bioethics, is essential for the future doctor-patient relationship. The use of cinematographic art as a teaching / learning instrument has emerged as an effective and contributory method in this process, as it makes the student more reflective and prepared to deal with the various conflicts of medical practice. This is a descriptive study, with uses a qualitative methodology, applying the thematic analysis technique that aimed to evaluate the use of the film "À Margem do Corpo" as a teaching / learning instrument of medical ethics and also to identify the main ethical issues faced by the students and their positions in front of them. A group of 50 students from the second period of the medical course participated in the study. Four main themes were discussed: vulnerability and reduced autonomy; objection of conscience; dehumanization and neglect in health care; abortion.

Keywords: Motion pictures as topic. Ethics, medical. Bioethics. Vulnerability analysis. Humanization of assistance. Abortion legal.

Aprovação CEP-EBMSP CAAE 19010713.9.0000.5544

Declararam não haver conflito de interesse.

Antiguamente, el médico era, además de científico, un artista dedicado a las artes y a la comprensión del ser humano en su contexto integral. No obstante, con la llegada del cientificismo a la práctica médica, los avances se ampliaron, exigiendo de parte del estudiante de medicina una dedicación absoluta al aprendizaje técnico. De este modo, para satisfacer ese currículo, se priorizaron las disciplinas técnicas en detrimento de las humanidades, contribuyendo significativamente con la formación de un profesional abocado a la racionalización, desconsiderando la subjetividad inherente al ser humano¹.

La enseñanza de la ética y la bioética, en la carrera médica, es imprescindible para la formación de profesionales de salud. No menos importante que tratar tendiendo a la cura de enfermedades es saber percibir su influencia en la vida del paciente, considerando sus sentimientos, su cultura y su religión. Es en este aspecto que la ética contribuye a la formación del profesional, ayudándolo a lidiar con las particularidades de manera justa y correcta, buscando siempre aquello que es mejor y más digno para el paciente. Por lo tanto, fomentar la búsqueda del conocimiento ético de manera didáctica y participativa se torna un desafío para el educador.

El inicio de la enseñanza de la ética médica en la facultad, con discusiones acerca de actitudes profesionales antes de que el estudiante haya entrado en contacto con el paciente, muchas veces desestimula el compromiso del alumno por ser algo distante de su realidad, lo que acaba perjudicando el proceso de enseñanza-aprendizaje. En este sentido, las películas pueden ser un instrumento interesante y efectivo de enseñanza, pues presentan escenas de la realidad que pueden hacerlo vivenciar situaciones concretas relacionadas con futuras prácticas². Las imágenes pueden despertar emociones, acercando a los alumnos a conflictos reales, abriendo espacio para discusiones en las cuales exponen sus sentimientos y dudas². La fuerza comunicativa del cine puede potenciar la enseñanza-aprendizaje por presentar realidades que las palabras no consiguen evocar³.

“Al margen del cuerpo”, de Débora Diniz⁴, tiene a la Goiás de 1996 y 1998 como escenario. Cuenta la historia real de Deuseli, 19 años, que fue violentamente abusada por un hombre. Sabiendo del embarazo indeseado, fruto de esa violación, ésta apeló a su derecho al aborto asistido, el cual no fue realizado. El embarazo siguió el curso natural y la niña nació. Después de 11 meses del nacimiento, Deuseli terminó asesinando a su hija y quedando presa. Se descubrió un nuevo embarazo, ella dio a luz, pero murió algunos meses después por

una falencia generalizada de los órganos. La película aborda diversas temáticas importantes para la sociedad y, principalmente, para la buena formación médica, que deben ser pensadas, evaluadas y discutidas.

Este trabajo tuvo como finalidad: 1) evaluar el uso del film “Al margen del cuerpo” como instrumento de enseñanza-aprendizaje de la ética médica; 2) identificar las principales temáticas éticas abordadas; y 3) conocer la posición de los alumnos sobre éstas, teniendo en cuenta la importancia de estos temas para la formación del profesional médico y para su relación con pacientes en su cotidianidad profesional.

Método

Se trata de un estudio descriptivo con metodología cualitativa y análisis temático que forma parte del proyecto “La enseñanza de las humanidades en la Escuela Bahiana de Medicina y Salud Pública” (EBMSP), iniciado en 2013. La muestra comprendió 50 estudiantes del segundo período de la carrera de medicina de la EBMSP. Todos los participantes vieron el documental “Al margen del cuerpo” y no hubo exclusión, quedando compuesta la muestra por 31 mujeres (62%) con una edad promedio de 20,84±2,35 años. El documental fue exhibido durante la clase de ética y bioética y después se abrió la discusión sobre las temáticas abordadas. Posteriormente, se entregó a todos los participantes el cuestionario con seis preguntas subjetivas, las cuales fueron respondidas por escrito (Cuadro 1).

El pre-análisis de los cuestionarios respondidos incluyó una lectura exhaustiva y fluctuante, con el fin de analizar la representatividad, homogeneidad y pertinencia del material, construyendo hipótesis y objetivos. En la etapa de exploración del material, los cuestionarios fueron categorizados y se analizaron las preguntas una por una para agregar conceptos y opiniones similares, ordenándolos por tema con el fin de contribuir con un resultado analítico significativo. En la tercera y última etapa, se describieron los resultados, interpretándose y discutiéndose las temáticas encontradas⁵.

Resultados y discusión

Luego de la lectura y el análisis exhaustivo de los cuestionarios, se identificaron cuatro temáticas relevantes para la enseñanza de la ética y la bioética en la formación en salud: 1) vulnerabilidad y reducción de la autonomía; 2) objeción de conciencia; 3)

deshumanización y negligencia en la asistencia de la salud; y 4) aborto.

Vulnerabilidad y reducción de la autonomía

Fueron diversas las definiciones de vulnerabilidad entre los estudiantes, remitiendo a conceptos complementarios. La mayoría definió vulnerabilidad como una condición de fragilidad y riesgo de sufrir algún daño:

“La vulnerabilidad es la condición de riesgo en la que una persona se encuentra” (E1);

“Vulnerabilidad es la cualidad que se da a alguien que está susceptible a daños físicos, morales o sociales debido a sus fragilidades” (E35).

Otros definieron vulnerabilidad como pérdida de la autonomía, incapacidad de defender sus derechos e intereses:

“La vulnerabilidad es un estado en el cual el individuo pierde su capacidad de gestionar su autonomía en tanto ciudadano” (E13);

“Vulnerabilidad es una condición en la cual el individuo es incapaz de defender sus propios intereses y derechos” (E32).

La minoría definió vulnerabilidad como la incapacidad de ejercer la libertad o estar en condiciones de desigualdad sociopolítica y cultural. Algunos afirmaron además que es someterse a algo o a alguien:

“Vulnerabilidad es la condición de desigualdad en la función social, cultural, política y económica” (E40);

“Vulnerabilidad expresa la condición humana de sujeción frente a algo, debido a factores condicionantes de la precariedad de su existencia, estando privado de derechos esenciales como ser humano, por lo tanto, de autonomía también” (E26).

Etimológicamente, el término “vulnerabilidad” viene del latín *vulnus*, que significa “herida”. En otras palabras, remite a la posibilidad de que alguien sea herido⁶. Siendo la vulnerabilidad considerada una condición de fragilidad y riesgo de sufrir algún daño, se debe entender que todos los seres humanos pueden ser vulnerables. La mínima condición de existencia y finitud trae al individuo la posibilidad de ser alcanzado por algo o alguien y, por lo tanto, ser incluido en esa condición.

Una mirada diferenciada sobre este concepto refuerza la idea de definirlo como principio, es decir, estado inherente a todo ser humano. Por lo tanto, la obligatoriedad de velar, cuidar y tener respeto por la

vulnerabilidad inherente y por la integridad personal es un deber de todos⁶, como señala la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*⁷, de 2005, en su artículo 8°.

A pesar de la universalidad de esta concepción, existen situaciones que pueden agravar ese estado, tornándolo más complejo. Los factores agravantes se relacionan, entre otras, a diversas cuestiones culturales, socioeconómicas, psicológicas y físicas. Por ejemplo, existen culturas inferiorizadas, víctimas históricas de prejuicios situadas en escenarios favorables y propicios para el agravamiento de la vulnerabilidad⁸.

La distribución del poder de producción y consumo en la sociedad brasileña resalta la fragilidad de las clases más pobres⁸. El perjuicio financiero agrava de forma incisiva la condición del individuo. La falta de salud, educación, saneamiento básico y estructura familiar lo afecta de forma negativa y puede llevarlo a la criminalidad y, con esto, exponerlo a situaciones críticas, tornándolo extremadamente vulnerable. En contraposición, en un escenario de gran desigualdad social y económica, la condición más estable también puede traer miedo e inseguridad, repercutiendo, así, en la vulnerabilidad de los individuos frente a la gran violencia instaurada en todo el país.

Es en este contexto que los conceptos éticos deben esclarecer y contribuir con la actuación de los médicos, con el fin de atenuar al máximo la condición de vulnerable de estos individuos y tornarlos seres más autónomos. El establecimiento de la vulnerabilidad como principio ético refuerza el carácter obligatorio de una acción moral impuesta a la conciencia moral del médico en su práctica⁶.

La falta de autonomía también está fuertemente ligada a la vulnerabilidad, como mencionaron algunos de los estudiantes entrevistados. En la realidad brasileña, estos dos puntos deben ser analizados desde la óptica dialéctica, pues están presentes en el individuo e interactúan entre sí⁸. En el cuidado de la salud, la forma dialéctica de pensar sobre autonomía y vulnerabilidad enfatiza tanto la necesidad de respetar las decisiones del paciente como la de ayudarlo. En este sentido, los profesionales de la salud deben ser proactivos para asegurar los derechos del individuo bajo sus cuidados.

La autonomía está intrínsecamente ligada a cuestiones socioeconómicas, culturales, étnicas, de género, al estado de salud, a la edad y a otros tantos factores. Cuando son interrogados sobre aspectos que interferían en esa cuestión, la mayoría de los estudiantes señaló la condición económica, el nivel educativo, el género y el color de piel; algunos además señalaron la edad, otros la ausencia de

una buena estructura familiar, enfermedades estigmatizadas, falta de acceso a servicios básicos y profesión. Hubo también menciones al abuso sexual, condiciones de vivienda, estado de salud, elección sexual, práctica de conductas estigmatizadas y poder de decisión.

En la lista de respuestas destacaron también estándares de belleza, susceptibilidad a la violencia, falta de alimentación, de libertad, desempleo, dependencia química y cultura como factores importantes. Vivir momentos frustrantes (como el aborto), la ubicación geográfica, religión y falta de información también fueron señalados como factores que interfieren en ese principio. El estado vulnerable estuvo también relacionado como factor desencadenante de la falta de autonomía:

“Tenemos como ejemplo de estos factores: bajo ingreso, género, etnia, analfabetismo, enfermedades estigmatizadas, prácticas estigmatizadas, grupos específicos” (E5);

“Factores como clase social, nivel educativo, género, edad, etnia, cultura, entre otros, afectan la autonomía del individuo, interfiriendo en su estado de vulnerabilidad” (E7);

“Ella era negra, no tenía escolaridad, de bajo ingreso económico, víctima de violación, formando parte de una porción marginalizada de la sociedad” (E14);

“La situación socioeconómica, cultural, psíquica y física en la cual se encuentra, tomando en consideración algunas características como edad, género, raza o etnia, elección sexual, escolaridad, vivienda, acceso a servicios, alimentación, entre otros” (E27).

Siendo la autonomía el derecho a que se respeten las decisiones⁷, su falta puede generar diversos conflictos, principalmente en el área biomédica. Para tener plena autonomía, el individuo debe tener condiciones plenas de elección. Cuando esto no es posible, por diversas razones ya citadas, pueden ser necesarias acciones de protección⁸, y el profesional de salud es fundamental para garantizarla.

Objeción de conciencia

Este fue otro aspecto abordado por los participantes. Cuando se les preguntó si la alegación de objeción de conciencia realizada por el médico que atendió a Deuseli fue correcta, la mayoría estuvo de acuerdo con la postura del profesional, salvo en riesgo inminente de muerte o en la ausencia de otro profesional. Otros evaluaron la conducta como incorrecta, afirmando que el médico no debería

oponerse a realizar el aborto, excepto si otro profesional pudiese hacerlo:

“El médico no podría oponerse a realizar el procedimiento, ya que éste es legal en caso de violación, a menos que hubiese otro médico en el lugar que se dispusiese a realizar el aborto” (E1);

“Sí, el médico tiene todo el derecho a negarse a realizar el aborto, alegando objeción de conciencia, aunque exista el encuadramiento del deseo de la gestante dentro de los requisitos legales, excepto cuando: existiera riesgo de muerte para la mujer; en la ausencia de otro médico que lo haga, pudiendo la mujer sufrir daño[s] o agravio[s] en razón de la omisión del médico y en la asistencia a las complicaciones provenientes de una atención insegura, referida a la emergencia” (E11);

“El Código de Ética Médica deja claro que la objeción de conciencia es un derecho del médico, pues éste debe ejercer la profesión con autonomía y no debe realizar procedimientos indeseables, pero el médico no puede hacer esa objeción cuando su negativa puede traer daños irreversibles al paciente o en casos de urgencia” (E48).

La objeción de conciencia es un tema que se sitúa entre la responsabilidad y el derecho, siendo un dispositivo normativo de protección de los profesionales en situaciones de conflicto moral, pudiendo incluso ir en contra de los deberes públicos y los derechos individuales⁹. Es decir, todo ciudadano debe tener respetados sus principios éticos, morales, culturales y religiosos incluso cuando entren en colisión con un procedimiento legal a ser realizado. El Código de Ética Médica describe ese derecho en su primer capítulo, “Principios Fundamentales”, ítem VII, cuando afirma que el médico no está *obligado a prestar servicios que contraríen los dictámenes de su conciencia (...), exceptuadas las situaciones de ausencia de otro médico (...) o emergencia*¹⁰.

En el documental “Al margen del cuerpo”, la objeción viene anudada a la condición del aborto legal, así como en diversas discusiones en el ámbito ético. Con esto, el carácter absoluto de este derecho viene siendo repensado, considerándose si sería pasible de adaptación, teniendo en cuenta la necesidad de las personas que acuden al servicio público de salud. De estos cuestionamientos surgieron dos tesis sobre la objeción de conciencia: la de incompatibilidad y la de integridad⁹.

La tesis de la incompatibilidad expresa que, en situaciones como el aborto legal, la objeción de conciencia debe ser prohibida, pues va en contra del principio fundamental de la medicina de velar

por la salud de los individuos¹¹. La gran cuestión implica una pregunta: si el profesional es objetor de conciencia con relación al aborto legal, ¿Por qué trabajaría en una institución referenciada para atender a mujeres que quieren abortar legalmente? De esta forma, el derecho de estas mujeres puede ser negado en caso de que no haya otro profesional que lo haga valer.

En defensa de esta tesis, se piensa que el profesional de salud tiene el derecho a tener sus convicciones morales y religiosas y hasta defenderlas y luchar por ellas; no obstante, cuando está al servicio del Estado, en un servicio público de salud, debe ser neutro con el fin de garantizar el bienestar de todos los ciudadanos¹¹.

La tesis de integralidad defiende otra vertiente, remitiéndose a la objeción de conciencia como derecho inviolable¹². Incluso habiendo una superposición de médico y sujeto moral, se sabe que, antes de ser un profesional de la salud que trabaja al servicio del Estado, el individuo forma parte de una comunidad que tiene sus preceptos morales, culturales y religiosos. Por esto, tiene toda su vida e historia basadas en deberes de conciencia, pudiendo escoger lo que es correcto de lo que es errado para sí en el ejercicio de la medicina¹³.

Esta tesis presenta una vertiente radical y otra más flexible. La más extrema defiende que, además de tener derecho a no realizar procedimientos que juzgue errados, el objetor puede también no querer informar al paciente sus derechos ni derivarlo a otro profesional¹². Entonces, desde este punto de vista, la mujer que tiene derecho al aborto quedaría totalmente desasistida, obstruida por una justificación moral⁹.

La versión más flexible destaca la importancia de la objeción de conciencia como instrumento de protección de la moral del objetor. No obstante, presenta también como responsabilidad profesional el deber de garantizar los derechos del paciente, informándolo sobre estos para garantizar su salud y bienestar⁹. Es en esta perspectiva entre derecho y deber del médico que el Código de Ética Médica aborda la autonomía profesional como prerrogativa y la atención de emergencia y de urgencia o la derivación a otro profesional, de forma que no cause daños al paciente¹⁰.

No obstante, los conflictos surgen cuando el profesional de un centro de referencia se muestra objetor selectivo. Dado que la mujer tiene derecho a interrumpir la gestación causada por violencia sexual⁹, se consideró otra tesis: la justificación. Esta tesis establece que la objeción de conciencia selectiva en un centro de referencia de aborto del Sistema Único de Salud (SUS) debe ser analizada por la institución, con el fin de garantizar el derecho del médico

y la protección de sus valores, pero también que las mujeres no tengan obstruidos sus derechos. Se trata de entender que no toda creencia individual debe ser incuestionable en vistas de un bien básico, como lo es la salud de la mujer⁹.

Con relación a los procedimientos de la institución en cuanto a la objeción de conciencia alegada por el médico, los estudiantes afirmaron que el Estado debe designar al profesional que realice el procedimiento. Otros dijeron que la institución debería penalizar al médico que se negó a hacer el aborto:

“La institución debería tomar las medidas correspondientes, incluso sancionando al médico, ya que, de acuerdo con el Código Penal, en caso de omisión el médico puede ser responsabilizado civil y penalmente por la muerte de la mujer o por los daños físicos y mentales que ella sufra, pues podía y debía actuar para evitar tales resultados” (E1);

“De este modo, es deber del Estado garantizar, en los hospitales públicos, profesionales preparados para realizar un aborto” (E9).

En cuanto al acto de declarar objeción de conciencia, el Código de Ética Médica¹⁰ afirma que es derecho de todo médico negarse a realizar cualquier procedimiento que, incluso permitido por ley, sea contrario a su conciencia moral. Por lo tanto, *a priori*, el médico no debería ser sancionado, a menos que haya causado, con su negativa, daños a la salud de la paciente. En ese caso, cabrá la responsabilidad personal y/o institucional. No obstante, incluso alegando objeción de conciencia, es un deber del profesional informar e instruir a la paciente en cuanto a su derecho, derivándola a otro profesional. Es también deber del Estado mantener en hospitales públicos médicos no objetores para que toda mujer tenga ese derecho garantizado, cuando sea permitido por ley¹⁰.

Sobre la necesidad de autorización de un juez o del Consejo Regional de Medicina (CRM) para interrumpir el embarazo, la mayoría de los estudiantes dijo que no era necesaria. No obstante, algunos estudiantes estuvieron en desacuerdo:

“En el caso vivido por Deuseli era necesaria la autorización del juez y del CRM para la interrupción del embarazo” (E18);

“No era necesario que el médico requiriera la autorización del juez y del CRM para realizar la interrupción del embarazo de Deuseli, pues, de acuerdo con el Código Penal, no es un delito y no se pune el aborto practicado por un médico si el embarazo fue el resultado de una violación” (E26).

Según la Norma Técnica sobre Prevención y Tratamiento de los Daños Resultantes de la Violencia Sexual contra Mujeres y Adolescentes, del Ministerio de Salud¹⁴, para interrumpir un embarazo resultante de violencia sexual se exigen sólo el consentimiento de la mujer y su decisión de abortar. En este caso, no son necesarios el boletín de ocurrencia o ningún documento que compruebe el abuso, teniendo en la palabra de la mujer el soporte legal para realizar el procedimiento. El objetivo del servicio de salud no es juzgar el hecho, sino brindar asistencia a la víctima, procurando garantizar su bienestar y salud^{14,15}.

Deshumanización y negligencia en la asistencia de la salud

Otro tema bastante abordado actualmente, relacionado con la medicina, es la deshumanización en el ejercicio médico. Considerando el escenario actual y el documental analizado, la atención brindada a Deuseli después de la violación fue sometida a debate. La médica que iba a realizar el examen solicitó que la víctima fuese a la casa a bañarse porque estaba “sucio” y volviese después. Los estudiantes clasificaron la atención como “negligente”, “inadecuada”, “contraria a la ley” e “inhumana”:

“Con relación a la atención brindada a Deuseli luego de la violación, en mi opinión, no se puede ni decir que hubo atención, ya que la médica que la ‘atendió’ simplemente dijo que se tenía que bañar, cuando ella le debería haber realizado un examen a Deuseli” (E4);

“Fue una atención paupérrima, yendo en contra de los principios legales de la Constitución y los principios morales y éticos de la medicina” (E6);

“Fue una atención deshumanizada, en la que una ciudadana vulnerabilizada tuvo su autonomía y sus derechos completamente desconsiderados” (E20).

La medicina que tiene como fundamento el cuidado de la persona humana, busca hoy de forma exhaustiva la rehumanización. La simple mención a esa preocupación es contradictoria y alarmante, ya que es en el ser humano y en sus padecimientos que se basa la ciencia. Con la intención de garantizar un cuidado digno y humanizado y una buena relación médico-paciente, el Código de Ética Médica introduce en sus Principios Fundamentales que la medicina debe servir al ser humano y ser ejercida sin ningún tipo de discriminación (ítem I), y que la salud del individuo debe ser el centro de la atención del médico, el cual debe actuar con el máximo cuidado y capacidad profesional (ítem II)¹⁰.

El debilitamiento de la relación médico-paciente genera diversos problemas, tanto en el ámbito de la salud como en la creciente judicialización de la medicina. Esta relación debe apoyarse en los parámetros éticos, en las emociones y, no menos importante, en la ciencia y en el profesionalismo. Ciertamente la mirada más humanizada, basada en el respeto a las creencias, cultura, historia, angustias y preocupaciones, minimizaría el sentimiento de descuido y la ausencia de confianza en la relación.

Un estudio¹⁶ realizado en una maternidad pública de Salvador, Bahía, Brasil, entrevistó a 11 mujeres internadas para legrado post-aborto. Tres de estas mujeres habían tenido aborto espontáneo y las otras ocho, aborto inducido por Cytotec. También se entrevistaron profesionales de la salud, y el 69% dijeron que las mujeres que abortan suelen sufrir discriminación por parte de médicos y enfermeros. No obstante, con relación a la conducta de los profesionales del propio servicio estudiado, el 43% dijeron que no había discriminación. Por su parte, algunas pacientes entrevistadas, expresaron haber presenciado escenas crueles de discriminación con relación a las mujeres en esas condiciones¹⁶.

Con el fin de evaluar la atención y el cuidado brindados a usuarias del SUS en proceso de aborto, un estudio¹⁷ comparó datos de tres ciudades de la región Nordeste: Salvador, Recife y São Luís. Se entrevistaron 2.804 mujeres (1.652 en Salvador, 391 en Recife y 761 en São Luís). Más de la mitad de las entrevistadas ya había finalizado la enseñanza media, 71,2% ya tenían dos hijos y 35,2% mencionaron un aborto anterior, siendo que el 45,8% afirmaron que se trataba de aborto provocado¹⁷.

La mayoría de ellas afirmó haber recibido una atención respetuosa durante el examen anterior al vaciamiento uterino. No obstante, 235 mujeres dijeron sentirse discriminadas, y 67,6% de éstas atribuyeron ese hecho a la sospecha o certeza de que el aborto había sido provocado. En cuanto al alivio del dolor antes del procedimiento, en las tres ciudades, gran parte de las mujeres no recibió sedación¹⁷. El Manual de Atención Humanizada al Aborto, del Ministerio de Salud¹⁸, refuerza la importancia de acoger y no juzgar a la paciente con un cuadro de aborto, ya sea espontáneo, inducido o provocado. Proclama también la acogida y la orientación, durante y después del aborto, como elementos esenciales para la atención de calidad y humanizada para la mujer potencialmente vulnerabilizada¹⁸.

Aborto

Otra temática fue la del aborto, su legalización y matices como problema de salud pública. La cuestión es considerada una de las principales causas de

muerte materna y se estima que más de un millón de abortos son inducidos por año en Brasil¹⁸. Este tema viene siendo estudiado hace más de 20 años, lo que demuestra su importancia e influencia en el ámbito de la salud y, consecuentemente, el mérito de discutirlo en las carreras de medicina.

Se preguntó a los alumnos por el perfil de las mujeres que abortan con notificación en Brasil y si ese perfil se asemeja al de Deuseli. Muchos de ellos afirmaron que las mujeres con edades entre 20 y 29 años, en unión estable, con hasta ocho años de estudio, católicas, trabajadoras, que tienen por lo menos un hijo, usan métodos anticonceptivos y hacen el procedimiento con misoprostol, son aquellas que más abortan con notificación en Brasil. Otros agregaron características como color de piel (blanca o negra), pobreza y dependencia financiera del marido o compañero. En cuanto a la semejanza de ese perfil con Deuseli, los alumnos citaron la edad, el hecho de ser trabajadora, católica, tener un grado de escolaridad bajo y bajos ingresos:

“El perfil de la mujer que aborta con notificación en Brasil muestra que se trata de mujeres jóvenes (entre 20 y 29 años, la incidencia es mayor), con hasta ocho años de estudio, en unión estable, trabajadoras, católicas, con por lo menos un hijo. Generalmente usan métodos anticonceptivos, y en la situación de aborto hacen uso de misoprostol” (E3);

“Mujeres negras, jóvenes y pobres” (E10);

“El perfil de la mujer que aborta con notificación en Brasil es: joven, predominantemente adolescentes entre 17 y 19 años, en una relación conyugal establecida, dependientes económicamente de la familia o del compañero, católica, debido a un embarazo no planificado” (E24).

En 2009, el Ministerio de Salud¹⁹ publicó un estudio sobre los 20 años de investigación sobre aborto en Brasil, relacionando diversos trabajos sobre el tema, el perfil de las mujeres que abortan y las consecuencias de procedimientos abortivos inseguros para la salud pública. A pesar de que las investigaciones presentaron limitación debido al miedo frente a la exposición de las mujeres en cuanto a la criminalización, muestran la gran importancia de debatir y estudiar el tema y la evidente necesidad de llevar esa cuestión para ser discutida en diferentes espacios.

La mayoría de los estudios incluye a mujeres entre 10 y 39 años y revela que el mayor índice de interrupción del embarazo tiene lugar en la franja etaria entre 20 y 29 años¹⁹. La inserción de la mujer en el mercado de trabajo y el acceso a la educación

pueden estar relacionados con la mayor realización de abortos en ese intervalo. Los trabajos tradicionalmente femeninos, como empleos domésticos, en el comercio, como peluqueras o manicuras, están entre las principales ocupaciones de las mujeres que abortan, así como el hecho de ser estudiantes, dependientes financieramente de la familia y ganar hasta tres salarios mínimos. Cuando se analiza la situación conyugal, los estudios muestran que la mayoría de las mujeres que realiza el procedimiento vive en unión estable. La adquisición ilegal del misoprostol es muchas veces realizada por el propio compañero.

En cuanto al perfil de estas mujeres, más de la mitad también ya tiene hijos. En cuanto a la religiosidad, la mayoría que practicaron un aborto inducido se declararon católicas, en segundo lugar, espíritas y en tercero, protestantes. La mayoría que lo indujeron en las regiones Sur y Sudeste hicieron referencia al uso de métodos anticonceptivos, principalmente anticonceptivos orales, lo que remite al uso inadecuado y/o irregular de ese método. En el Nordeste, la mayoría de las mujeres que realizaron el procedimiento expresaron no estar usando ningún método anticonceptivo cuando se quedaron embarazadas¹⁸. Frente a este perfil, se puede inferir que las mujeres que lo provocaron no planificaron o desearon el embarazo y, por este motivo, no lo llevaron hasta el final, usando al aborto como instrumento de planificación familiar.

En cuanto a este proceso de inducción, se verificó un cambio significativo en la elección del método a lo largo del tiempo. A partir de 1990, el descubrimiento del misoprostol como droga abortiva lo tornó el recurso más utilizado en esta práctica. Algunos estudios muestran que del 54,4% al 84,6% de las mujeres lo utilizan como forma de abortar por el hecho de que trae menos riesgos a la salud de la mujer y disminuye el tiempo y el costo de internación hospitalaria post-aborto¹⁸.

También relacionado con este cambio, se observa que, a partir de los años 1990, el aborto dejó de ser la principal causa de muerte materna en Brasil, a pesar de ser una de las principales. Se sabe que las tasas de mortalidad materna cayeron de 140 por cada 100 mil nacidos vivos en 1990 a 75/100 mil en 2007²⁰. No obstante, en algunas ciudades, como Salvador, el aborto provocado continúa siendo la principal causa de mortalidad materna, siendo las principales víctimas mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad, negras y habitantes de las regiones metropolitanas periféricas²⁰.

Cabe destacar que muchas mujeres que buscan este recurso terminan no acudiendo al servicio de salud y, por lo tanto, muchos casos no llegan a ser registrados. Por lo tanto, probablemente los

números y las consecuencias del aborto provocado son subnotificados, no siendo presentados en su dimensión real a la sociedad.

Es justamente por los daños a la salud relacionados con el proceso realizado en condiciones inadecuadas y de manera insegura que el aborto viene siendo considerado un grave problema de salud pública. Al discutir esta problemática en los cuestionarios, sobre el porqué la cuestión es un problema de salud pública, los alumnos destacaron que su criminalización conduce a las mujeres a practicarlo de manera inadecuada, agravando su estado de salud. Otros afirmaron que el hecho de estar intrínsecamente ligado a cuestiones étnicas, sociales, económicas y culturales lo caracteriza como un problema público grave; otros lo justificaron por representar una de las principales causas de muerte materna en el mundo:

“Principalmente en países subdesarrollados, en los cuales no está legalizado el aborto, este acto acaba tornándose un problema de salud pública en el que se tiende a la realización de esta práctica sin condiciones adecuadas; así, las mujeres son derivadas al hospital, habiendo realizado alguna intervención en el embarazo, lo que puede traer complicaciones a la salud, cuadros de infección y muerte. Además, se generan altos costos hospitalarios” (E16);

“El aborto es un grave problema de salud pública, pues representa una de las principales causas de mortalidad materna en Brasil y en el mundo, además de que el legrado post-aborto representa el tercer procedimiento obstétrico más realizado en las unidades de internación de la red pública” (E28).

El aborto inducido realizado de forma insegura fue mundialmente reconocido como un problema de salud pública por los diversos daños a la salud de las mujeres sometidas al proceso. El hecho de que un procedimiento inducido e inseguro sea considerado como la cuarta causa de muerte materna en Brasil²¹ y la primera causa en algunas capitales, como Salvador²², demanda una amplia discusión y reflexión acerca de esta problemática. Se sabe que el aborto legal está sólo previsto en casos de riesgo para la salud de la gestante, gestaciones resultantes de violencia sexual y en casos de anencefalia²⁰.

Más que por la cuestión socioeconómica, el motivo por el cual las mujeres optan por el aborto puede estar intrínsecamente ligado a cuestiones como dudas morales entre lo “correcto” y lo “errado” ante la teoría de la sacralidad de la vida humana y la falta de apoyo del compañero y/o de la familia²¹. El cristianismo, así como otras religiones,

se opone al aborto, y enfatiza la óptica de la sacralidad de la vida, independientemente de la voluntad de la mujer²³.

En contrapunto, el inicio de la vida humana ha sido bastante discutido en el ámbito científico, situación en la que los argumentos biológicos y evolutivos se contraponen a los metafísicos²¹. El inicio de la vida humana puede darse en el momento en que la gestante establece una relación afectiva con su embrión o feto²⁴. Al presentarse el embarazo como algo sagrado, la autonomía de la mujer, sus libertades sexuales y reproductivas terminan en un segundo plano. Además, el paternalismo, autoritarismo y patriarcalismo son factores que influyen directamente en el ejercicio de la autonomía de la mujer – por ejemplo, la dificultad de negociar el uso del preservativo en las relaciones sexuales, lo que las expone a enfermedades sexualmente transmisibles y a embarazos indeseados. Esta violencia de género tiene lugar independientemente de la clase social, económica o nivel de instrucción²¹.

En base a la discusión del documental, los estudiantes fueron interrogados sobre cómo la criminalización del aborto interfiere en la salud pública. La mayoría de ellos señaló la realización del aborto en condiciones precarias e inadecuadas, sin seguridad y en clínicas clandestinas como agravantes de este proceso:

“La criminalización del aborto hace que muchas mujeres practiquen el aborto en condiciones inadecuadas, generando diversos problemas de salud, inclusive psíquicos y llevando a muchas de ellas a la muerte” (E1);

“La criminalización no hace que las mujeres dejen de realizar el aborto, hace que este procedimiento sea realizado clandestinamente, desencadenando problemas de salud pública” (E40);

“La criminalización del aborto interfiere en este proceso en el momento en que dificulta el acceso ‘saludable’ a esta práctica, haciendo que las mujeres pongan su propia vida en riesgo” (E47).

Las principales investigaciones realizadas en Brasil señalan que la criminalización del aborto perjudica gravemente la salud de las mujeres. Además de no cohibir la práctica, contribuye a aumentar la desigualdad social, teniendo en cuenta que la mayoría de las víctimas son mujeres de bajos ingresos, que no tienen recursos para realizar el procedimiento de manera segura¹⁹. En Brasil, una investigación²⁵ realizada con mujeres alfabetizadas que viven en un área urbana evidenció que, al completar 40 años de edad, una de cada cinco ya se realizó un aborto. Es decir, el número de mujeres que lo practican y sufren sus

consecuencias es aún mucho mayor de lo que muestran las investigaciones, ya que, por su ilegalidad, muchos casos no son expuestos.

La criminalización del aborto y la dificultad de tener acceso al procedimiento, en los casos legales, llevan a las mujeres a prácticas inseguras y, muchas veces, letales. A pesar de la caída de las tasas de mortalidad materna en Brasil relacionadas con el aborto²⁶, coincidentemente, desde el inicio del uso de misoprostol como abortivo, el número de mujeres que acude a hospitales para finalizar el aborto o por complicaciones relacionadas con el procedimiento aún es alarmante. Un estudio²⁷ informa que el legrado es el segundo procedimiento médico más realizado en maternidades públicas de Salvador.

A medida que la medicación se fue tornando conocida por las mujeres como un método abortivo más seguro, comenzó a usarse en gran escala – el hecho está comprobado por un estudio¹⁹ que mostró que el 76,1% de las mujeres internadas por este motivo conocían el medicamento. No obstante, a pesar de revelar una disminución en las tasas de morbimortalidad por aborto, el uso del medicamento en cuestión no aumentó el número de abortos, como demuestra el estudio¹⁹ realizado en la época en que la sustancia aún era vendida libremente en las farmacias.

Correlacionando el volumen anual de ventas de misoprostol en Brasil, la cantidad de internaciones por aborto inducido y la mortalidad materna por este procedimiento, se percibe nítidamente que causó cambios en el método abortivo, pero también tornó el procedimiento más seguro sin tornarse epidémico¹⁹.

Incluso con la popularización de esta sustancia, la mitad de las mujeres que provoca el aborto aún lo hace sin la ayuda de medicamentos y, por lo tanto, en condiciones precarias e insalubres,

principalmente las de bajo nivel educacional²⁵. Con esto, las tasas de hospitalización y las complicaciones aun generan muchos perjuicios para la salud física y emocional de las mujeres, teniendo en cuenta que la mitad de las que practican abortos son internadas por complicaciones relacionadas con el procedimiento²⁵.

Siendo así, es necesario romper el tabú relacionado con esta problemática, reflexionando sobre la autonomía de la mujer, su libertad sexual y reproductiva, su vulnerabilidad en caso de embarazo no deseado, correlacionándolo con los diversos factores que contribuyeron para esa situación, como violencia sexual, dificultad socioeconómica, falta de acceso a la salud, educación e información, ausencia de apoyo emocional tanto del compañero como de la familia, deseos y planes de la mujer y, simplemente, su elección de ser madre o no y el momento que juzgue adecuado para ello.

Consideraciones finales

El film “Al margen del cuerpo” como instrumento de enseñanza-aprendizaje fomentó debates enriquecedores y aprendizajes significativos sobre aspectos éticos y bioéticos relacionados con la temática de esta investigación. Se discutieron temas como vulnerabilidad y autonomía de la mujer, derecho médico a la objeción de conciencia y negligencia en la atención de la salud, así como los efectos negativos de conductas inadecuadas en la asistencia en casos de interrupción de la gestación permitidos por ley. La exhibición de películas en la formación médica puede contribuir positivamente para prácticas y conductas profesionales más humanizadas, considerando a los individuos en su contexto biopsicosocial.

Referências

1. Landsberg GAP. Vendo o outro através da tela: cinema, humanização da educação médica e medicina de família e comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2009 [acesso 28 nov 2017];4(16):298-304. Disponível: <https://bit.ly/2OfXJ1C>
2. Dantas AA, Martins CH, Militão MSR. O cinema como instrumento didático para a abordagem de problemas bioéticos: uma reflexão sobre a eutanásia. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2011 [acesso 28 nov 2017];35(1):69-76. Disponível: <https://bit.ly/2pBtyGt>
3. Blasco PG, Gallian DMC, Roncoletta AFT, Moreto G. Cinema para o estudante de medicina: um recurso afetivo/efetivo na educação humanística. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2005 [acesso 28 nov 2017];29(2):119-28. Disponível: <https://bit.ly/2OeD5iv>
4. Diniz D. *À margem do corpo* [DVD]. Brasília: ABA; 2006. 1 DVD: 43 min., cor.
5. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
6. Neves MP. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Rev Bras Bioética* [Internet]. 2006 [acesso 28 nov 2017];2(2):157-72. Disponível: <https://bit.ly/2x8SdqW>
7. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos* [Internet]. Lisboa: Unesco; 2005 [acesso 28 nov 2017]. Disponível: <https://bit.ly/1TRJFa9>
8. Anjos MF. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. *Rev Bras Bioética* [Internet]. 2006 [acesso 28 nov 2017];2(2):173-86. Disponível: <https://bit.ly/2x8SdqW>

9. Diniz D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 [acesso 28 nov 2017];45(5):981-5. Disponível: <https://bit.ly/2QnbSvo>
10. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1.931/09 (versão de bolso) [Internet]. Brasília: CFM; 2010 [acesso 28 nov 2017], p. 30-33. Disponível: <https://bit.ly/2gyRqtD>
11. Savulescu J. Conscientious objection in medicine. *BMJ* [Internet]. 2006 [acesso 28 nov 2017];332:294-7. Disponível: <https://bit.ly/2MrLX2k>
12. Pellegrino ED. The relationship of autonomy and integrity in medical ethics. In: Allebeck P, Bengt J, editores. *Ethics in medicine: individual demands versus demands of society*. New York: Raven Press; 1990. p. 3-15.
13. Asch A. Two cheers for conscience exceptions. *Hastings Cent Rep* [Internet]. 2006 [acesso 28 nov 2017];36(6):11-2. DOI: 10.1353/hcr.2006.0087
14. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 28 nov 2017]. Disponível: <https://bit.ly/1vztCad>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 1º set 2005 [acesso 28 nov 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2Mqfr0s>
16. McCallum C, Menezes G, Reis AP. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. *Hist Ciênc Saúde* [Internet]. 2016; [acesso 28 nov 2017] 23(1):37-56. Disponível: <https://bit.ly/2PieFJn>
17. Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Alves SV, Almeida MCC *et al*. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [acesso 28 nov 2017];17(7):1765-76. Disponível: <https://bit.ly/2MpyIEY>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso 28 nov 2017]. Disponível: <https://bit.ly/1FXLHT2>
19. Brasil. Ministério da Saúde. 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso 28 nov 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2D1usX8>
20. Zordo S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [acesso 28 nov 2017];17(7):1745-54. Disponível: <https://bit.ly/2CQmsZb>
21. Sandi SF, Braz M. As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2010 [acesso 28 nov 2017];18(1):131-53. Disponível: <https://bit.ly/2p4X8oD>
22. Menezes GMS. Aborto e juventude: um estudo em três capitais brasileiras [tese] [Internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2006 [acesso 28 nov 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2Dvpul2>
23. Durand G. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. São Paulo: Loyola; 2003.
24. Kottow M. A bioética do início da vida. In: Schramm FR, Braz M, organizadores. *Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 19-38.
25. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [acesso 28 nov 2017];15(Supl 1):959-66. Disponível: <https://bit.ly/2zwWCI3>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso 28 nov 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2ioyaLb>
27. Simonetti C, Souza L, Araújo MJO. Dossiê: a realidade do aborto inseguro na Bahia: a ilegalidade da prática e seus efeitos na saúde das mulheres em Salvador e Feira de Santana. Salvador: Imais; 2008.

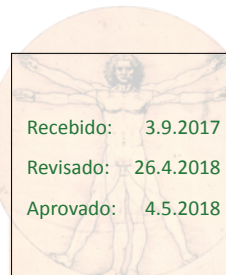
Correspondência

Liliane Lins – Faculdade de Medicina da Bahia. Núcleo de Pesquisa e Educação Transdisciplinar em Bioética. Praça XV de novembro, s/n, Largo Terreiro de Jesus CEP 40026-010. Salvador/BA, Brasil.

Ianna Muniz – Graduanda – ianna_muniz@hotmail.com
 Liliane Lins – Doutora – liliane.lins@ufba.br
 Marta Silva Menezes – Doutora – martamenezes@bahiana.edu.br

Participación de los autores

Ianna Muniz redactó el texto y analizó los resultados. Liliane Lins participó de la concepción del proyecto, orientó el trabajo, interpretó y analizó datos y efectuó una revisión crítica. Marta Silva Menezes colaboró en la concepción del proyecto y en la revisión crítica. Todas las autoras fueron responsables de la aprobación final del texto.



Anexo

Cuadro 1. Guion para la valuación de la percepción sobre la película documental “Al margen del cuerpo”

1	En base al documental que vieron, ¿qué aspectos pueden interferir en la autonomía de las personas?
2	De acuerdo con lo observado en el documental, ¿cómo abordaría la cuestión de la humanización por parte de los equipos de salud?
3	¿Cuáles son los derechos de los profesionales con relación a la cuestión presentada por el documental y cómo el servicio de salud debe proceder?
4	¿Cuál es su opinión sobre la atención médica prestada a la personaje principal luego de que tuviera lugar la violencia y durante el desarrollo del caso para la interrupción gestacional?
5	En su opinión, ¿cuál es el perfil de la mujer que aborta con notificación en Brasil?
6	En su percepción, ¿el aborto es un problema de salud pública? ¿La criminalización del aborto interfiere en este proceso?