

**PESQUISA**

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

Ianna Muniz¹, Liliane 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.

Resumo

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.

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

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.

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.

Outrora, o médico era, além de cientista, artista dedicado às artes e à compreensão do ser humano em seu contexto integral. Entretanto, com a chegada do cientificismo à prática médica, os avanços se ampliaram, exigindo do graduando em medicina dedicação absoluta ao aprendizado técnico. Desse modo, para satisfazer esse currículo, disciplinas técnicas foram priorizadas em detrimento das humanidades, contribuindo significativamente para a formação de profissional voltado para a racionalização, desconsiderando a subjetividade inerente ao ser humano¹.

O ensino da ética e bioética, no curso médico, é imprescindível para a formação de profissionais de saúde. Não menos importante do que tratar visando à cura de doenças é saber enxergar sua influência na vida do paciente, considerando seus sentimentos, cultura e religião. É nesse aspecto que a ética contribui para a formação do profissional, ajudando-o a lidar com as particularidades de maneira justa e correta, procurando sempre aquilo que é melhor e mais digno para o paciente. Portanto, fomentar a busca pelo conhecimento ético de maneira didática e envolvente torna-se desafio para o educador.

O início do ensino da ética médica na faculdade, com discussões acerca de atitudes profissionais antes mesmo de o graduando ter entrado em contato com o paciente, muitas vezes desestimula o engajamento do aluno por ser algo distante de sua realidade, o que acaba prejudicando o processo de ensino-aprendizagem. Nesse sentido, filmes podem ser instrumento interessante e efetivo de ensino, pois trazem cenas da realidade que podem fazê-lo vivenciar situações concretas relacionadas a futuras práticas². As imagens podem despertar emoções, aproximando os alunos de conflitos reais, abrindo espaço para discussões nas quais expõem seus sentimentos e dúvidas². A força comunicativa do cinema pode potencializar o ensino-aprendizagem por apresentar realidades que palavras não conseguiriam evocar³.

“À margem do corpo”, de Débora Diniz⁴, tem o Goiás de 1996 e 1998 como cenário. Conta a história real de Deuseli, 19 anos, que foi violentamente estuprada por um homem. Sabendo da gravidez indesejada, fruto desse estupro, ela procurou seu direito a aborto assistido, o qual não foi realizado. A gravidez seguiu o curso natural e a criança nasceu. Depois de 11 meses do nascimento, Deuseli acabou assassinando a filha e sendo presa. Descobriu-se nova gravidez, ela deu à luz, mas morreu alguns meses depois por falência generalizada de órgãos. O filme aborda diversas temáticas importantes para a sociedade e, principalmente, para a boa formação médica, que devem ser pensadas, avaliadas e discutidas.

Este trabalho teve como finalidade: 1) avaliar o uso do filme “À margem do corpo” como instrumento de ensino-aprendizagem da ética médica; 2) identificar as principais temáticas éticas abordadas; e 3) conhecer a posição dos alunos sobre elas, levando em conta a importância desses temas para a educação do profissional médico e para sua relação com pacientes no seu cotidiano profissional.

Método

Trata-se de estudo descritivo com método qualitativo e análise temática que fez parte do projeto “O ensino das humanidades na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública” (EBMSP), iniciado em 2013. A amostra compreendeu 50 estudantes do segundo período do curso de medicina da EBMSP. Todos os participantes assistiram ao documentário “À margem do corpo” e não houve exclusão, sendo a amostra composta por 31 mulheres (62%) com idade média de 20,84±2,35 anos. O filme foi exibido durante a aula de ética e bioética e depois foi aberta discussão sobre as temáticas abordadas. Posteriormente, foi entregue a todos os participantes o questionário com seis perguntas subjetivas, as quais foram respondidas por escrito (Quadro 1).

A pré-análise dos questionários respondidos incluiu leitura exaustiva e flutuante, a fim de avaliar a representatividade, homogeneidade e pertinência do material, sendo levantadas hipóteses e objetivos. Na etapa de exploração do material, os questionários foram categorizados e as questões analisadas uma a uma para agregar conceitos e opiniões similares, ordenando-os por tema a fim de contribuir para resultado analítico significativo. Na terceira e última etapa, os resultados foram descritos, interpretando-se e discutindo-se as temáticas encontradas⁵.

Resultados e discussão

Após leitura e análise exaustiva dos questionários, foram identificadas quatro temáticas relevantes para o ensino de ética e bioética na formação em saúde: 1) vulnerabilidade e redução da autonomia; 2) objeção de consciência; 3) desumanização e negligência na assistência à saúde; e 4) aborto.

Vulnerabilidade e redução da autonomia

Foram diversas as definições de vulnerabilidade entre os discentes, remetendo a conceitos complementares. A maioria definiu vulnerabilidade

como condição de fragilidade e risco de sofrer algum dano:

“A vulnerabilidade é a condição de risco em que uma pessoa se encontra” (E1);

“Vulnerabilidade é a qualidade que se dá a alguém que está suscetível a danos físicos, morais ou sociais devido às suas fragilidades” (E35).

Outros definiram vulnerabilidade como perda da autonomia, incapacidade de defender seus direitos e interesses:

“A vulnerabilidade é um estado no qual o indivíduo perde a sua capacidade de gerir sua autonomia enquanto cidadão” (E13);

“Vulnerabilidade é a uma condição na qual o indivíduo é incapaz de defender seus próprios interesses e direitos” (E32).

A minoria definiu vulnerabilidade como sendo incapacidade de exercer a liberdade ou estar em condições de desigualdade sociopolítica e cultural. Alguns afirmaram ainda que é submeter-se a algo ou a alguém:

“Vulnerabilidade é a condição de desigualdade na função social, cultural, política e econômica” (E40);

“Vulnerabilidade expressa a condição humana de sujeição perante algo, devido a fatores condicionantes da precariedade da sua existência, sendo ele privado de direitos essenciais como ser humano, portanto de autonomia também” (E26).

Etimologicamente, o termo “vulnerabilidade” vem do latim *vulnus*, que significa “ferida”. Em outras palavras, remete à possibilidade de alguém ser ferido⁶. Sendo vulnerabilidade considerada condição de fragilidade e risco de sofrer algum dano, deve-se entender que todos os seres humanos podem ser vulneráveis. A mínima condição de existência e finitude traz ao indivíduo a possibilidade de ser atingido por algo ou alguém e, portanto, ser incluído nessa condição.

Um olhar diferenciado sobre esse conceito reforça a ideia de defini-lo como princípio, ou seja, estado inerente a todo ser humano. Portanto, a obrigatoriedade de zelar, cuidar e ter respeito pela vulnerabilidade inerente e pela integridade pessoal é dever de todos⁶, como apontado pela *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*⁷, de 2005, em seu artigo 8^o.

Apesar da universalidade dessa concepção, existem situações que podem agravar esse estado, tornando-o mais complexo. Os fatores agravantes se relacionam, entre outras, a diversas questões culturais, socioeconômicas, psicológicas e físicas. Por exemplo, existem culturas inferiorizadas, vítimas históricas de preconceito situadas em cenário favorável e propício ao agravamento da vulnerabilidade⁸.

A distribuição do poder de produção e consumo na sociedade brasileira ressalta a fragilidade das classes mais pobres⁸. O desprivilégio financeiro agrava de forma incisiva a condição do indivíduo. A falta de saúde, educação, saneamento básico e estrutura familiar o afeta de forma negativa e pode levá-lo à criminalidade e, com isso, expô-lo a situações críticas, tornando-o extremamente vulnerável. Em contraposição, em cenário de grande desigualdade social e econômica, a condição mais estável também pode trazer medo e insegurança, refletindo, assim, na vulnerabilidade dos indivíduos diante da grande violência instaurada em todo o país.

É nesse contexto que os conceitos éticos devem esclarecer e contribuir para a atuação dos médicos, a fim de atenuar ao máximo a condição de vulnerável desses indivíduos e torná-los seres mais autônomos. O estabelecimento da vulnerabilidade como princípio ético reforça o caráter obrigatório de ação moral imposta à consciência moral do médico em sua prática⁶.

A falta de autonomia também está fortemente ligada à vulnerabilidade, como foi mencionado por alguns dos estudantes entrevistados. Na realidade brasileira, esses dois pontos devem ser analisados sob a ótica dialética, pois estão sempre presentes no indivíduo e interação entre si⁸. No cuidado à saúde, a forma dialética de pensar sobre autonomia e vulnerabilidade enfatiza tanto a necessidade de respeitar as decisões do paciente como a de ajudá-lo. Nesse sentido, os profissionais da saúde devem ser proativos para assegurar os direitos do indivíduo sob seus cuidados.

A autonomia está intrinsecamente ligada a questões socioeconômicas, culturais, étnicas, de gênero, ao estado de saúde, à idade e a outros tantos fatores. Quando questionados sobre aspectos que interferiam nessa questão, a maioria dos estudantes apontou condição econômica, nível educacional, gênero e cor; alguns ainda apontaram idade; outros, a ausência de boa estrutura familiar, doenças estigmatizadas, falta de acesso a serviços básicos e profissão. Houve também menção a abuso sexual, condições de moradia, estado de saúde, opção sexual, prática de condutas estigmatizadas e poder de decisão.

No rol das respostas destacaram também padrão de beleza, suscetibilidade à violência, falta de alimentação, de liberdade, desemprego, dependência química e cultura como fatores importantes. Viver momentos frustrantes (como o aborto), a localização geográfica, religião e falta de informação também foram apontados como fatores que interferem nesse princípio. O estado vulnerável foi também relacionado como fator deflagrador da falta de autonomia:

“Temos como exemplo destes fatores: baixa renda, gênero, etnia, analfabetismo, doenças estigmatizadas, práticas estigmatizadas, grupos específicos” (E5);

“Fatores como classe social, nível educacional, gênero, idade, etnia, cultura, dentre outros, afetam a autonomia do indivíduo, interferindo no seu estado de vulnerabilidade” (E7);

“Ela era negra, não tinha escolaridade, de baixa renda econômica, vítima de estupro, fazendo parte de uma porção marginalizada da sociedade” (E14);

“A situação socioeconômica, cultural, psíquica e física na qual se encontra, levando em consideração algumas características como idade, gênero, raça ou etnia, opção sexual, escolaridade, moradia, acesso a serviços, alimentação, entre outros” (E27).

Sendo a autonomia o direito de ter as decisões respeitadas⁷, sua falta pode gerar diversos conflitos, principalmente na área biomédica. Para ter autonomia plena, o indivíduo precisa ter condições plenas de escolha. Quando isso não é possível, por diversas razões já citadas, ações de proteção podem ser necessárias⁸, e o profissional de saúde é fundamental para garanti-la.

Objecção de consciência

Esse foi outro aspecto abordado pelos participantes. Quando questionados se a alegação de objecção de consciência feita pelo médico que atendeu Deuseli foi correta, a maioria concordou com a postura do profissional, salvo em risco iminente de morte ou na ausência de outro profissional. Outros avaliaram a conduta como incorreta, afirmando que o médico não deveria se opor a realizar o aborto, exceto se outro profissional pudesse fazê-lo:

“O médico não poderia se opor a realizar o procedimento, já que este é legal em caso de estupro, a menos que houvesse outro médico no local que se dispusesse a realizar o aborto” (E1);

“Sim, o médico tem todo o direito de se negar a realizar o aborto, alegando objeção de consciência, ainda que haja o enquadramento do desejo da gestante dentro dos requisitos legais, exceto quando: existir risco de morte para a mulher; na ausência de outro médico que o faça, podendo a mulher sofrer danos[s] ou agravo[s] em razão da omissão do médico e na assistência às complicações oriundas de um atendimento inseguro, referente à emergência” (E11);

“O Código de Ética Médica deixa claro que a objeção de consciência é um direito do médico, pois este deve exercer a profissão com autonomia e não deve realizar procedimentos indesejáveis, mas o médico não pode fazer essa objeção quando sua negativa pode trazer danos irreversíveis ao paciente ou em casos de urgência” (E48).

Objecção de consciência é tema que se situa entre a responsabilidade e o direito, sendo dispositivo normativo de proteção dos profissionais em situações de conflito moral, podendo até ir de encontro aos deveres públicos e direitos individuais⁹. Ou seja, todo cidadão deve ter seus princípios éticos, morais, culturais e religiosos respeitados mesmo quando colidem com procedimento legal a ser realizado. O Código de Ética Médica descreve esse direito em seu primeiro capítulo, “Princípios Fundamentais”, item VII, quando afirma que o médico não é obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência (...), excetuada as situações de ausência de outro médico (...) ou emergência¹⁰.

No filme “À margem do corpo”, a objeção vem atrelada à condição do aborto legal, assim como em diversas discussões no âmbito ético. Com isso, o caráter absoluto desse direito vem sendo repensado, considerando-se se não seria passível de adaptação, tendo em vista a necessidade das pessoas que procuram o serviço público de saúde. Desses questionamentos surgiram duas teses sobre a objeção de consciência: a de incompatibilidade e a de integridade⁹.

A tese da incompatibilidade diz que, em situações como o aborto legal, a objeção de consciência deve ser proibida, pois vai de encontro ao princípio fundamental da medicina de zelar pela saúde dos indivíduos¹¹. A grande questão envolve uma pergunta: se o profissional é objetor de consciência em relação ao aborto legal, por que trabalhar em instituição referenciada para atender mulheres que querem abortar legalmente? Dessa forma, o direito dessas mulheres pode ser negado caso não haja outro profissional que o faça valer.

Em defesa dessa tese, pensa-se que o profissional de saúde tem o direito de ter suas convicções morais e religiosas e até defendê-las e lutar por elas; no entanto, quando está a serviço do Estado, em serviço público de saúde, deve ser neutro a fim de garantir o bem-estar de todos os cidadãos¹¹.

A tese da integralidade defende outra vertente, remetendo-se à objeção de consciência como direito inviolável¹². Mesmo havendo sobreposição de médico e sujeito moral, sabe-se que, antes de ser profissional de saúde que trabalha a serviço do Estado, o indivíduo faz parte de comunidade que tem seus preceitos morais, culturais e religiosos. Por isso, tem toda sua vida e história alicerçadas em deveres de consciência, podendo escolher o que é certo e errado para si no exercício da medicina¹³.

Essa tese apresenta vertente radical e outra mais maleável. A mais extrema defende que, além de ter direito de não realizar procedimentos que julgar errados, o objetor pode também não querer informar o paciente de seus direitos nem encaminhá-lo a outro profissional¹². Então, sob esse ponto de vista, a mulher que tem direito ao aborto ficaria totalmente desassistida, obstruída por justificção moral⁹.

A versão mais maleável ressalta a importância da objeção de consciência como instrumento de proteção da moral do objetor. No entanto, traz também como responsabilidade profissional o dever de garantir os direitos do paciente, informando-o sobre eles para garantir sua saúde e bem-estar⁹. É nessa perspectiva entre direito e dever do médico que o Código de Ética Médica aborda a autonomia profissional como prerrogativa e o atendimento emergencial e de urgência ou encaminhamento a outro profissional, de forma que não cause danos ao paciente¹⁰.

Entretanto, conflitos surgem quando o profissional de centro de referência se mostra objetor seletivo. Uma vez que a mulher tem direito de interromper a gestação causada por violência sexual⁹, outra tese foi considerada: a justificção. Essa tese estabelece que a objeção de consciência seletiva em centro de referência de aborto do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser analisada pela instituição, a fim de garantir o direito do médico e a proteção dos seus valores, mas também que mulheres não tenham seus direitos obstruídos. Trata-se de entender que nem toda crença individual deve ser inquestionável em vista de bem básico, como o é a saúde da mulher⁹.

Com relação aos procedimentos da instituição quanto à objeção de consciência alegada pelo

médico, os discentes afirmaram que o Estado deve alocar profissional que realize o procedimento. Outros disseram que a instituição deveria penalizar o médico que se recusou a fazer o aborto:

“A instituição deveria tomar providências cabíveis, inclusive punindo o médico, já que, de acordo com o Código Penal, em caso de omissão o médico pode ser responsabilizado civil e criminalmente pela morte da mulher ou pelos danos físicos e mentais que ela venha a sofrer, pois podia e devia agir para evitar tais resultados” (E1);

“Desse modo, é dever do Estado garantir, nos hospitais públicos, profissionais prontos para realizar um abortamento” (E9).

Quanto ao ato de declarar objeção de consciência, o Código de Ética Médica¹⁰ afirma que é direito de todo médico se recusar a realizar qualquer procedimento que, mesmo permitido por lei, seja contrário à sua consciência moral. Portanto, *a priori*, o médico não deveria ser punido, a menos que tenha causado, com sua recusa, danos à saúde da paciente. Nesse caso, caberá a responsabilidade pessoal e/ou institucional. Entretanto, mesmo alegando objeção de consciência, é dever do profissional informar e instruir a paciente quanto a seu direito, conduzindo-a a outro profissional. É também dever do Estado manter em hospitais públicos médicos não objetores para que toda mulher tenha esse direito garantido, quando permitido por lei¹⁰.

Sobre a necessidade de autorização de juiz ou de Conselho Regional de Medicina (CRM) para interromper a gravidez, a maioria dos discentes disse não ser necessária. No entanto, alguns estudantes discordaram:

“No caso vivido por Deuseli era necessária a autorização do juiz e do CRM para a interrupção da gravidez” (E18);

“Não era necessário o médico requerer a autorização do juiz e do CRM para realizar a interrupção da gravidez de Deuseli, pois, de acordo com o Código Penal, não é crime e não se pune o abortamento praticado por médico se a gravidez foi resultante de estupro” (E26).

Segundo a Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, do Ministério da Saúde¹⁴, para interromper gravidez decorrente de violência sexual são exigidos apenas o consentimento da mulher e sua decisão de abortar.

Neste caso, não é necessário boletim de ocorrência ou qualquer documento que comprove o abuso, tendo na palavra da mulher o subsídio legal para realizar o procedimento. O objetivo do serviço de saúde não é julgar o fato, mas prestar assistência à vítima, visando garantir seu bem-estar e saúde^{14,15}.

Desumanização e negligência na assistência à saúde

Outro tema bastante abordado atualmente, relacionado à medicina, é a desumanização no exercício médico. Considerando o cenário atual e o filme analisado, o atendimento prestado a Deuseli depois do estupro foi colocado em debate. A médica que iria realizar o exame solicitou que a vítima fosse para casa tomar banho por estar “suja” e que voltasse depois. Os discentes classificaram o atendimento como “negligente”, “inadequado”, “incondizente com a lei” e “desumano”:

“Em relação ao atendimento dado a Deuseli após o estupro, em minha opinião, não pode nem se dizer que houve atendimento, já que a médica que a ‘atendeu’ simplesmente disse que era para ela tomar banho, quando ela deveria ter feito um exame em Deuseli” (E4);

“Foi um atendimento pífio, indo contra aos princípios legais da Constituição e os princípios morais e éticos da medicina” (E6);

“Foi um atendimento desumanizado, em que uma cidadã vulnerabilizada teve sua autonomia e seus direitos completamente desconsiderados” (E20).

A medicina, que tem como alicerce o cuidado da pessoa humana, busca hoje de forma exaustiva a reumanização. A simples menção a essa preocupação é contraditória e alarmante, já que é no ser humano e em suas mazelas que a ciência se baseia. Com intenção de garantir cuidado digno e humanizado e boa relação médico-paciente, o Código de Ética Médica traz entre seus Princípios Fundamentais que a medicina deve servir o ser humano e ser exercida sem qualquer tipo de discriminação (item I), e que a saúde do indivíduo deve ser o centro da atenção do médico, o qual deve agir com o máximo de zelo e capacidade profissional (item II)¹⁰.

O enfraquecimento da relação médico-paciente gera diversos problemas, tanto no âmbito da saúde quanto na crescente judicialização da medicina. Essa relação deve ser alicerçada nos parâmetros éticos, nas emoções e, não menos importante, na ciência e no profissionalismo. Certamente o olhar

mais humanizado, pautado no respeito a crenças, cultura, história, angústias e preocupações, minimizaria o sentimento de descaso e a ausência de confiança na relação.

Estudo¹⁶ realizado em maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil, entrevistou 11 mulheres internadas para curetagem pós-abortamento. Três dessas mulheres haviam tido aborto espontâneo e as outras oito, abortamento induzido por Cytotec. Profissionais de saúde também foram entrevistados, e 69% disseram que mulheres que abortam costumam sofrer preconceito por parte de médicos e enfermeiros. No entanto, em relação à conduta dos profissionais do próprio serviço pesquisado, 43% relataram não haver discriminação. Já algumas pacientes entrevistadas relataram ter presenciado cenas cruéis de discriminação em relação a mulheres nessas condições¹⁶.

A fim de avaliar a atenção e o cuidado prestados a usuárias do SUS em processo de abortamento, um estudo¹⁷ comparou dados de três cidades da região Nordeste: Salvador, Recife e São Luís. Foram entrevistadas 2.804 mulheres (1.652 em Salvador, 391 em Recife e 761 em São Luís). Mais da metade das entrevistadas já havia concluído o ensino médio, 71,2% já tinham dois filhos e 35,2% mencionaram aborto anterior, sendo que 45,8% afirmaram ter sido provocado¹⁷.

A maioria delas declarou ter recebido atendimento respeitoso durante o exame anterior ao esvaziamento uterino. No entanto, 235 mulheres disseram sentir-se discriminadas, e 67,6% destas atribuíram esse fato à suspeita ou certeza de o aborto ter sido provocado. Quanto ao alívio da dor antes do procedimento, nas três cidades, grande parte das mulheres não recebeu sedação¹⁷. O Manual de Atenção Humanizada ao Abortamento, do Ministério da Saúde¹⁸, reforça a importância de acolher e não julgar a paciente em quadro de abortamento, seja ele espontâneo, induzido ou provocado. Preconiza também o acolhimento e a orientação, durante e após o aborto, como elementos essenciais à atenção de qualidade e humanizada à mulher potencialmente vulnerabilizada¹⁸.

Aborto

Outra temática debatida foi a do aborto, sua legalização e nuances como problema de saúde pública. A questão é considerada uma das principais causas de morte materna e estima-se que mais de um milhão de abortamentos sejam induzidos por ano no Brasil¹⁸. Esse assunto vem sendo pesquisado há

mais de 20 anos, o que demonstra sua importância e influência no âmbito da saúde e, conseqüentemente, o mérito em discuti-lo nos cursos de medicina.

Os alunos foram questionados sobre o perfil das mulheres que abortam com notificação no Brasil e se esse perfil se assemelha ao de Deuseli. Muitos deles afirmaram que mulheres com idade entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito anos de estudo, católicas, trabalhadoras, que têm pelo menos um filho, usam métodos contraceptivos e fazem o procedimento com misoprostol são aquelas que mais abortam com notificação no Brasil. Outros acrescentaram características como cor (branca ou negra), pobreza e dependência financeira do marido ou companheiro. Quanto à semelhança desse perfil com Deuseli, os alunos citaram a idade, o fato de ser trabalhadora, católica, ter grau de escolaridade baixo e baixa renda:

“O perfil da mulher que aborta com notificação no Brasil mostra que se trata de mulheres jovens (entre 20 e 29 anos a incidência é maior), com até oito anos de estudo, em união estável, trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho. Geralmente usam métodos contraceptivos, e na situação do abortamento fazem uso de misoprostol” (E3);

“Mulheres negras, jovens e pobres” (E10);

“O perfil da mulher que aborta com notificação no Brasil é: jovem, predominantemente adolescentes entre 17 e 19 anos, em relacionamento conjugal estabelecido, dependentes economicamente da família ou do companheiro, católica, devido a uma gravidez não planejada” (E24).

Em 2009, o Ministério da Saúde¹⁹ publicou estudo sobre os 20 anos de pesquisa sobre aborto no Brasil, relacionando diversos trabalhos sobre o assunto, o perfil das mulheres que abortam e as conseqüências de procedimentos abortivos inseguros para a saúde pública. Apesar de as pesquisas apresentarem limitações devido ao medo de exposição de mulheres quanto à criminalização, mostram a grande importância de debater e estudar o tema e a evidente necessidade de levar essa questão para ser discutida em diversos espaços.

A maioria dos estudos inclui mulheres entre 10 e 39 anos e revela que o maior índice de descontinuação da gravidez ocorre na faixa etária entre 20 e 29 anos¹⁹. A inserção da mulher no mercado de trabalho e o acesso à educação podem estar relacionados com a maior realização de abortos nesse intervalo. Os trabalhos tradicionalmente femininos,

como empregos domésticos, no comércio, como cabeleireiras e manicures, estão entre as principais ocupações das mulheres que abortam, assim como o fato de serem estudantes, dependentes financeiramente da família e ganharem até três salários-mínimos. Quando analisada a situação conjugal, estudos mostram que a maioria das mulheres que faz o procedimento vive em união estável. A aquisição ilegal do misoprostol é muitas vezes feita pelo próprio parceiro.

Quanto ao perfil dessas mulheres, mais da metade também já tem filhos. Quanto à religiosidade, a maioria que praticou aborto induzido se declarou católica, em segundo lugar espírita e em terceiro, protestante. A maioria que o induz nas regiões Sul e Sudeste refere uso de métodos contraceptivos, principalmente anticoncepcionais orais, o que remete ao uso inadequado e/ou irregular desse método. Já no Nordeste, a maioria das mulheres que fez o procedimento declarou não estar usando nenhum método contraceptivo quando engravidou¹⁸. Diante desse perfil, pode-se inferir que as mulheres que o provocaram não planejaram ou desejaram a gravidez e, por esse motivo, não a levaram até o fim, usando o aborto como instrumento de planejamento familiar.

Quanto a esse processo de indução, verificou-se mudança significativa na escolha do método ao longo do tempo. A partir de 1990, a descoberta do misoprostol como droga abortiva o tornou o recurso mais utilizado nessa prática. Estudos mostram que de 54,4% a 84,6% das mulheres o utilizam como forma de abortar pelo fato de trazer menor risco à saúde da mulher e diminuir o tempo e o custo de internação hospitalar pós-abortamento¹⁸.

Ainda relacionado a essa mudança, observa-se que, a partir dos anos 1990, o aborto deixou de ser a principal causa de morte materna no Brasil, apesar de ser uma das principais. Sabe-se que as taxas de mortalidade materna caíram de 140 a cada 100 mil nascidos vivos em 1990 para 75/100 mil em 2007²⁰. No entanto, em algumas cidades, como Salvador, o aborto provocado continua sendo a principal causa de mortalidade materna, sendo as principais vítimas mulheres jovens de 15 a 24 anos de idade, negras e moradoras das regiões metropolitanas periféricas²⁰.

Vale ressaltar que muitas mulheres que buscam esse recurso acabam não procurando o serviço de saúde e, portanto, muitos casos não chegam a ser registrados. Dessa forma, provavelmente os números e as conseqüências do aborto provocado são subnotificados, não sendo apresentados em sua dimensão real à sociedade.

É justamente pelos agravos à saúde relacionados ao processo feito em condições impróprias e de maneira insegura que o aborto vem sendo considerado grave problema de saúde pública. Ao discutir essa temática nos questionários, sobre o porquê de a questão ser problema de saúde pública, os alunos destacaram que sua criminalização leva mulheres a praticá-lo de maneira inadequada, agravando seu estado de saúde. Outros afirmam que o fato de estar intrinsecamente ligado a questões étnicas, sociais, econômicas e culturais o caracteriza como problema público grave; outros o justificaram por representar uma das principais causas de morte materna no mundo:

“Principalmente em países subdesenvolvidos, nos quais não há uma legalização do aborto, este ato acaba se tornando um problema de saúde pública no que tange à realização dessa prática sem condições adequadas; assim, mulheres são encaminhadas ao hospital tendo feito alguma intervenção na gravidez, o que pode lhes trazer complicações na saúde, quadros de infecção e morte. Além disso, são gerados altos custos hospitalares” (E16);

“O abortamento é um grave problema de saúde pública, afinal, representa uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil e no mundo, além de que a curetagem pós-abortamento representa o terceiro procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública” (E28).

O aborto induzido realizado de forma insegura foi mundialmente reconhecido como problema de saúde pública pelos diversos agravos à saúde das mulheres submetidas ao processo. O fato de procedimento induzido e inseguro ser considerado a quarta causa de morte materna no Brasil²¹ e a primeira causa em algumas capitais, como Salvador²², demanda ampla discussão e reflexão acerca dessa problemática. Sabe-se que o aborto legal é apenas previsto em casos de risco para a saúde da gestante, gestações decorrentes de violência sexual e em casos de anencefalia²⁰.

Mais do que pela questão socioeconômica, o motivo pelo qual mulheres optam pelo aborto pode estar intrinsecamente ligado a questões como dúvida moral entre o “certo” e o “errado” diante da teoria da sacralidade da vida humana e falta de apoio do parceiro e/ou da família²¹. O cristianismo, assim como outras religiões, se opõe ao aborto, e enfatiza a ótica da sacralidade da vida, independentemente da vontade da mulher²³.

Em contraponto, o início da vida humana tem sido bastante discutido no âmbito científico, caso em que argumentos biológicos e evolutivos se contrapõem aos metafísicos²¹. O início da vida humana pode se dar no momento em que a gestante estabelece relação afetiva com seu embrião ou feto²⁴. Ao se colocar a gravidez como algo sagrado, a autonomia da mulher, suas liberdades sexuais e reprodutivas acabam em segundo plano. Além disso, paternalismo, autoritarismo e patriarcalismo são fatores que influenciam diretamente o exercício da autonomia da mulher – por exemplo, a dificuldade de negociar o uso do preservativo nas relações sexuais, o que as expõem a doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada. Essa violência de gênero ocorre independentemente de classe social, econômica ou nível de instrução²¹.

Com base na discussão do filme, os discentes foram questionados sobre como a criminalização do aborto interfere na saúde pública. A maioria deles apontou a realização do aborto em condições precárias e inadequadas, sem segurança e em clínicas clandestinas como agravantes desse processo:

“A criminalização do aborto acaba fazendo com que muitas mulheres pratiquem o aborto em condições inadequadas, gerando vários problemas de saúde, inclusive psíquicos, e levando muitas delas à morte” (E1);

“A criminalização não faz com que as mulheres deixem de realizar o aborto, faz com que esse procedimento seja realizado clandestinamente, desencadeando problemas de saúde pública” (E40);

“A criminalização do aborto interfere nesse processo no momento em que dificulta o acesso ‘saudável’ a essa prática, fazendo com que mulheres coloquem sua própria vida em risco” (E47).

As principais pesquisas realizadas no Brasil apontam que a criminalização do aborto prejudica gravemente a saúde das mulheres. Além de não coibir a prática, contribui para aumentar a desigualdade social, tendo em vista que a maioria das vítimas são mulheres de baixa renda, que não têm recursos para realizar o procedimento de maneira segura¹⁹. No Brasil, pesquisa²⁵ realizada com mulheres alfabetizadas que moram em área urbana evidenciou que, ao completar 40 anos de idade, uma em cada cinco já havia realizado aborto. Ou seja, o número de mulheres que o praticam e sofrem suas consequências é ainda muito maior do que mostram as pesquisas, já que, por sua ilegalidade, muitos casos não são expostos.

A criminalização do aborto e a dificuldade de ter acesso ao procedimento, nos casos legais, levam as mulheres a práticas inseguras e, muitas vezes, letais. Apesar da queda das taxas de mortalidade materna no Brasil relacionadas ao aborto²⁶, coincidentemente, desde o início do uso de misoprostol como abortivo, o número de mulheres que procura hospitais para finalizar o aborto ou por intercorrências relacionadas ao procedimento ainda é alarmante. Estudo²⁷ informa que a curetagem é o segundo procedimento médico mais realizado em maternidades públicas de Salvador.

À medida que a medicação foi se tornando conhecida pelas mulheres como método abortivo mais seguro, passou a ser usada em larga escala – o fato é comprovado por estudo¹⁹ que mostrou que 76,1% das mulheres internadas por esse motivo conheciam o medicamento. Entretanto, apesar de revelar diminuição nas taxas de morbimortalidade por aborto, o uso do medicamento em questão não aumentou o número de abortos, como demonstra estudo¹⁹ realizado na época em que a substância ainda era vendida livremente nas farmácias.

Correlacionando o volume anual de vendas do misoprostol no Brasil, a quantidade de internações por aborto induzido e a mortalidade materna por esse procedimento, percebe-se nitidamente que causou mudanças no método abortivo, mas também tornou o procedimento mais seguro sem se tornar epidêmico¹⁹.

Mesmo com a popularização dessa substância, metade das mulheres que provoca o aborto ainda o faz sem a ajuda de medicamentos e, portanto, em condições precárias e insalubres, principalmente as

de baixo nível educacional²⁵. Com isso, as taxas de hospitalização e complicações ainda geram muitos prejuízos à saúde física e emocional das mulheres, tendo em vista que metade das que praticam aborto são internadas por complicações relacionadas ao procedimento²⁵.

Sendo assim, é necessário quebrar o tabu relacionado a essa problemática, refletindo sobre a autonomia da mulher, sua liberdade sexual reprodutiva, vulnerabilidade em caso de gravidez indesejada, correlacionando-o com os vários fatores que contribuíram para essa situação, como violência sexual, dificuldade socioeconômica, falta de acesso à saúde, educação e informação, ausência de apoio emocional tanto do parceiro como da família, anseios e planos da mulher e, simplesmente, sua escolha de ser mãe ou não e o momento que julgar adequado para isso.

Considerações finais

O filme “À margem do corpo” como instrumento de ensino-aprendizagem fomentou debates enriquecedores e aprendizado significativo sobre aspectos éticos e bioéticos relacionados à temática desta pesquisa. Foram discutidos temas como vulnerabilidade e autonomia da mulher, direito médico à objeção de consciência e negligência na atenção à saúde, assim como os efeitos negativos de conduta inadequada na assistência em casos de interrupção da gestação permitidos por lei. A exibição de filmes na educação médica pode contribuir positivamente para práticas e condutas profissionais mais humanizadas, considerando os indivíduos em seu contexto biopsicossocial.

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

Participação dos autores

Ianna Muniz redigiu o texto e analisou resultados. Liliane Lins participou da concepção do projeto, orientou o trabalho, interpretou e analisou dados e efetuou revisão crítica. Marta Silva Menezes colaborou na concepção do projeto e revisão crítica. Todas as autoras foram responsáveis pela aprovação final do texto.



Anexo

Quadro 1. Roteiro para avaliação da percepção sobre o filme documentário “À margem do corpo”

1	Com base no documentário assistido, quais aspectos podem interferir na autonomia das pessoas?
2	De acordo com o observado no filme, como você abordaria a questão da humanização pelas equipes de saúde?
3	Quais são os direitos dos profissionais em relação à questão apresentada pelo documentário e como o serviço de saúde deve proceder?
4	Qual é a sua opinião sobre o atendimento médico prestado à personagem principal após a ocorrência de violência e durante o desdobramento do caso para a interrupção gestacional?
5	Na sua opinião, qual é o perfil da mulher que aborta com notificação no Brasil?
6	Na sua percepção, o aborto é problema de saúde pública? A criminalização do aborto interfere nesse processo?