



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA

OMAR ISMAIL SANTOS PEREIRA DARZÉ

**SAÚDE REPRODUTIVA E OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA:
UMA PROPOSTA EDUCACIONAL**

TESE DE DOUTORADO

Salvador
2018

OMAR ISMAIL SANTOS PEREIRA DARZÉ

**SAÚDE REPRODUTIVA E OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA:
UMA PROPOSTA EDUCACIONAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Medicina e Saúde Humana

Orientador: Prof. Dr. Ubirajara Barroso
Oliveira Junior

Salvador
2018

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

D213 Darzé, Omar Ismail Santos Pereira
Saúde reprodutiva e objeção de consciência: uma proposta educacional. / Omar Ismail Santos Pereira Darzé. – 2018.
98f.: il. color; 30cm.

Orientadora: Prof. Dr. Ubirajara Barroso

Doutor em Medicina e Saúde Humana.

Inclui bibliografia

1. Educação Médica.
 2. Direitos Reprodutivos.
 3. Contracepção.
 4. Aborto/Legislação.
 5. Adolescência.
- I. Título.

CDU: 618.3

OMAR ISMAIL SANTOS PEREIRA DARZÉ

**“SAÚDE REPRODUTIVA E OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA: UMA
PROPOSTA EDUCACIONAL”**

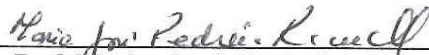
Tese apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Medicina e Saúde Humana.

Salvador, 11 de junho de 2018.

BANCA EXAMINADORA



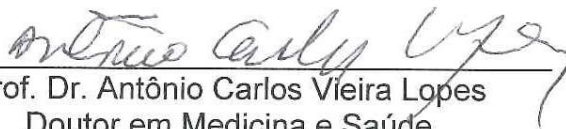
Prof. Dr. Paulo Benigno Pena Batista
Doutor em Medicina (Nefrologia)
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP



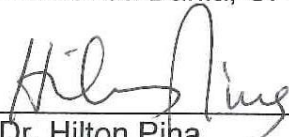
Prof.^a. Dr.^a Maria José Pedreira Ramalho
Doutora em Fisiologia
Universidade Federal da Bahia, UFBA



Prof. Dr. Edson O'Dwyer Junior
Doutor em Medicina e Saúde
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP



Prof. Dr. Antônio Carlos Vieira Lopes
Doutor em Medicina e Saúde
Universidade Federal da Bahia, UFBA



Prof. Dr. Hilton Pinha
Doutor em Medicina e Saúde
Universidade Federal da Bahia, UFBA

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

EBMSP – ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

FBDC – FUNDAÇÃO BAHIANA PARA O DESENVOLVIMENTO DAS CIÊNCIAS

FIOCRUZ – BAHIA – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

*Aos meus saudosos pais, Nagib e Lygia,
a quem devo a vida, minha gratidão
pelos nossos eternos momentos.*

AGRADECIMENTOS

- Aos alunos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, o “futuro da medicina”, a quem devo a realização deste trabalho.
- Ao Professor Dr. Ubirajara Barroso, pelo acolhimento, paciência e dedicação em mais esta jornada.
- Aos Professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana, pelos ensinamentos, sugestões e incentivos.
- À Dra. Isadora Almeida Darzé, pela consultoria jurídica.
- Ao Professor Dr. Elias Darzé, meu Mestre, meu Amigo, meu Exemplo, minha eterna gratidão.
- Às atrizes Barbara Amádio, Camila Motta, Diana Magalhães, Maíra Sá, aos cineastas Jacqueline Durans e Rafael Mattos, e à JD&EG Publicações e Produções Culturais, responsáveis pela realização dos filmes utilizados neste projeto.
- À Iwana, Isadora e a Lucas, motivos da minha existência.

*“O mais importante na vida é a
marca que deixamos na vida dos outros”*

(Nelson Mandela)

RESUMO

A discussão sobre objeção de consciência no currículo médico, requer um modelo educacional que estimule o raciocínio ético e habilidades de comunicação, minimizando o conflito moral e os prejuízos que a recusa possa causar aos pacientes. **Objetivos:** Avaliar a eficácia da técnica do role-playing na abordagem do tema da objeção de consciência no currículo médico. Verificar entre acadêmicos de medicina a prevalência, fatores motivadores à recusa em prestar serviços em saúde reprodutiva e o conhecimento ético sobre o tema. Os resultados serão apresentados sobre a forma de artigos. **Métodos:** Estudo de intervenção, envolvendo 120 estudantes de medicina. O projeto foi composto por 8 módulos com 15 alunos cada. Inicialmente aplicou-se um questionário incluindo informações demográficas, religiosidade, conhecimentos éticos sobre objeção de consciência na prática médica e sobre a concordância, ou não, e o seu conforto em conduzir situações como o abortamento legal, a prescrição da contracepção de emergência e a orientação contraceptiva a adolescentes. Após, foram exibidos 3 filmes de curta metragem, criados exclusivamente para o projeto. O primeiro aborda a negação de um médico a realizar um abortamento em uma jovem de 15 anos, vitimada sexualmente. O segundo simula a objeção de um médico a fornecer orientação contraceptiva a uma adolescente de 13 anos, e sem a ciência dos pais. O último filme retrata a recusa do médico em prescrever a contracepção de emergência a uma jovem. Em seguida, estimulou-se uma discussão considerando principalmente: as legislações existentes sobre o tema, o direito à objeção de consciência do médico, a violação da autonomia da paciente, o potencial de discriminação e o prejuízo à saúde do solicitante decorrente da recusa. Formaram-se então subgrupos de 3 alunos que simularam os casos clínicos, atuando o mais próximo possível de uma situação real, havendo um revezamento entre os papéis de médico, paciente e observador. Ao final, foi reaplicado o questionário. Os dados foram analisados pelos testes do χ^2 , teste t e teste de McNemar, com nível de significância de 5%. **Resultados:** O abortamento foi recusado por 35,8% dos estudantes, a contracepção aos adolescentes por 17,5% e a contracepção de emergência por 5,8%. A alta religiosidade ($p < 0,001$) e a maior frequência a cultos ($p = 0,034$) foram os preditores identificados ao abortamento previsto em lei. A recusa da contracepção aos adolescentes foi significativamente maior entre os homens ($p = 0,037$). Da amostra, 25% não explicaria o motivo da recusa, 15% não descreveria todos os procedimentos e 25% não faria o encaminhamento. A alteração do conforto na condução do abortamento previsto em lei, após a intervenção, foi significativa ($p < 0,001$). O mesmo foi observado na orientação contraceptiva a jovens adolescentes ($p < 0,001$) e na prescrição da contracepção de emergência ($p = 0,002$). A mudança de opinião quanto à objeção ao abortamento legal foi significativa ($p = 0,003$) e, também, quanto à orientação contraceptiva a jovens adolescentes ($p = 0,012$). Não se observou diferenças na prescrição da contracepção de emergência ($p = 0,500$). Conclusões: O abortamento previsto em lei foi a situação mais objetada. Os fatores motivadores a esta recusa foram o alto compromisso e ~~uma~~ maior prática religiosa. Uma parcela razoável dos alunos não demonstrou ter conhecimentos éticos sobre o tema. A aplicação desta metodologia, no grupo participante, tornou mais confortável a condução dos casos discutidos e forneceu um conteúdo técnico, legal e ético para o melhor embasamento de suas opiniões.

Palavras-chave: Aborto/legislação e jurisprudência. Adolescência. Direitos Reprodutivos. Educação Médica. Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. Contracepção. Saúde da Mulher. Objeção de Consciência. Role-playing.

ABSTRACT

The discussion about conscientious objection in the medical curriculum requires an educational model that encourages ethical reasoning and communication skills, minimizing moral conflict and the damage that a refusal can cause to patients. **Objectives:** To evaluate the effectiveness of role-playing in addressing the issue of conscientious objection in the medical curriculum and to verify the prevalence, factors motivating the refusal to provide services in reproductive health and ethical knowledge on the subject among medical students. The results will be presented in the form of articles. **Methods:** An intervention study, involving 120 medical students. The project was composed of 8 modules with 15 students each. Initially a questionnaire was applied to obtain demographic information, religiosity, ethical knowledge on conscientious objection in medical practice and on the concordance, or not, and the degree of comfort in driving situations such as legal abortion, the prescription of emergency contraceptives and contraceptive guidance to young adolescents. Subsequently, 3 short films, created exclusively for the project, were shown. The first addressed the denial of a doctor to perform an abortion on a 15-year-old girl who is a victim of sexual violence. The second simulates a doctor's objection to providing contraceptive guidance to a 13-year-old adolescent without parental consent. The last film portrays the doctor's refusal to prescribe emergency contraception to a young woman after unprotected intercourse. A discussion was then stimulated taking into account mainly: the existing legislation on the subject, the right to conscientious objection by the doctor, violation of the autonomy of the patient, the potential of discrimination and harm to the health of the petitioner due to refusal. Subgroups of 3 students were then formed to simulate the clinical cases, acting as close as possible to a real situation, with a relay between the roles of physician, patient and observer. At the end, the questionnaire was reapplied. Data were analyzed by the χ^2 test, t-test and McNemar's test, with a significance of 5%. **Results:** Abortion was rejected by 35.8% of the students, contraception to adolescents by 17.5% and emergency contraception by 5.8%. A high religiosity ($p < 0.001$) and a higher attendance of cults ($p = 0.034$) were the predictors identified with abortion provided by law. The refusal of contraception to adolescents was significantly higher among men ($p = 0.037$). Of the sample, 25% did not explain the reason for the refusal, 15% did not describe all procedures and 25% would not forward patients. The change in comfort in conducting abortion provided by law after the intervention was significant ($p < 0.001$). The same was observed in the contraceptive orientation of young adolescents ($p < 0.001$) and in the prescription of emergency contraception ($p = 0.002$). The change of opinion regarding objection to legal abortion was significant ($p = 0.003$) and also regarding the contraceptive orientation of young adolescents ($p = 0.012$). No differences were observed in the prescription of emergency contraception ($p = 0.500$). **Conclusions:** Abortion provided for by law was the most objected situation. The motivating factors for this refusal were a high commitment and higher religious practice. A reasonable portion of the students did not have ethical knowledge on the subject. The application of this methodology in the participant group made the conduct of the cases discussed more comfortable and provided a technical, legal and ethical content for a better grounding of their opinions.

Keywords: Abortion / legislation and jurisprudence. Adolescence. Reproductive Rights. Medical Education. Knowledge, attitudes and practices in health. Contraception. Women's Health. Conscientious refusal. Role-playing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	13
2.1	Objecção de consciência – conceito / generalidades	13
2.2	A objecção de consciência ao abortamento	14
2.3	A objecção de consciência à contracepção de emergência	15
2.4	A objecção de consciência à orientação contraceptiva a jovens adolescentes	16
2.5	A objecção de consciência e o prejuízo a saúde reprodutiva	18
2.6	O gerenciamento da objecção de consciência aos cuidados em saúde reprodutiva	19
3	OBJETIVOS	21
4	MÉTODOS.....	22
5	ÍNDICE DE ARTIGOS	24
5.1	Artigo 1 - Versão em Português - Prevalência, atitudes e fatores motivadores à objecção de consciência em saúde reprodutiva, entre estudantes de medicina.....	25
5.1.1	Versão em Inglês	39
5.2	Artigo 2 - Uma proposta educativa para abordar objecção de consciência em saúde reprodutiva, durante o ensino médico.....	51
6	DISCUSSÃO	69
7	CONCLUSÕES.....	71
	REFERÊNCIAS.....	72
	APÊNDICES	78
	Apêndice 1 - Tabelas	78
	Apêndice 2 - Termo de consentimento livre e esclarecido	88
	Apêndice 3 - Questionários.....	90
	ANEXO	93
	Anexo A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	93

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização, criada pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2003, com o objetivo de fortalecer os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como a universalidade, integralidade e equidade, passou a exigir do profissional, a competência para cuidar, aliada ao respeito à autonomia do paciente⁽¹⁾. A medicina, antes materializada pelo princípio da caridade, extremamente paternalista, impondo seus critérios de prática, ignorando a autonomia do paciente, passa a uma relação contratual, regida pelo equilíbrio entre o consentimento e a autonomia. Assim, o médico não deve impor o seu critério e sim adaptá-lo de acordo com a vontade do paciente. Em alguns momentos deste relacionamento, duas consciências podem se chocar, de um lado o médico, com seu direito à liberdade de prescrição e, por outro, o direito do paciente de ser ouvido e ter suas necessidades sanadas.

Os profissionais de saúde podem opor-se moralmente a determinados tratamentos mesmo amparados por lei, por questões morais, religiosas, filosóficas ou éticas⁽²⁻⁵⁾. Esta prática é referida como “objeção de consciência”, um intrigante e emergente tema da bioética. Alguns autores consideram este direito como incompatível com a medicina, representando uma violação da integridade científica e expondo o solicitante a prejuízos⁽⁶⁾. Outros defendem que o direito à recusa é uma manifestação da autonomia e liberdade de pensamento, garantia da independência profissional, da sua identidade e, conseqüentemente, da sua consciência^(7,8). Procurando equilibrar estas duas correntes e reconhecendo, os danos relacionados que este direito individual possa causar ao sistema de saúde, o tema tem sido abordado de forma moderada⁽⁹⁻¹¹⁾. O direito da recusa é reconhecido, porém não desobriga do dever do cuidado, sendo necessário que o médico objetor exponha claramente os motivos da recusa, descreva todos os procedimentos cabíveis, inclusive os que se opõe e se responsabilize pelo paciente até que este realize o tratamento necessário.

A objeção de consciência é um direito garantido pelo Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos⁽¹²⁾. O exercício da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia expõe o profissional a situações de objeção de consciência principalmente no tocante a situações de medicina reprodutiva como o aborto, a contracepção e infertilidade^(5, 13). O tema é polêmico, porque embora individual, é regido por considerações subjetivas possuindo efeitos empiricamente prováveis a terceiros e com conseqüências negativas para o paciente e todo o sistema de saúde⁽¹¹⁾. São raros os trabalhos sobre o assunto e pouco se sabe sobre a prevalência de médicos objetores.

Preparar profissionais médicos com conteúdo científico, humanizado com postura ética e moral adequadas, é o grande desafio do ensino médico. Para tal, muitos paradigmas pedagógicos devem ser repensados. O professor de medicina não deve assumir o papel de um transmissor de conhecimentos e sim de um facilitador e mediador do processo de aprendizagem que seja centrado no aluno e nas necessidades do paciente. O emprego de metodologias que envolvam discussões de casos reais ou mesmo fictícios com pequenos grupos, facilitando um contato mais próximo entre o docente e alunos torna-se necessário.

A motivação deste estudo foi a necessidade de se identificar esta ferramenta pedagógica, capaz de estimular o raciocínio ético e habilidades de comunicação, competências essenciais para a correta postura do médico objetor, minimizando os conflitos e prejuízos provocados pela recusa. A qualidade do profissional médico não deve ser graduada apenas pelo preparo científico, mas também pelos seus padrões morais e éticos. O currículo médico deve almejar como produto, um profissional de alto padrão, com capacidade de resolutividade e não esquecendo, a empatia que rege a relação médico-paciente. Para que se possa alcançar estes objetivos, torna-se necessário o delineamento de metodologias pedagógicas que extrapolem a mera aprendizagem de conteúdo científico e técnicas. Ferramentas de ensino-aprendizagem mais apropriadas à questão da humanização da relação médico-paciente, são necessárias com o objetivo de favorecer a livre expressão, o respeito às diversidades e à criatividade.

Este trabalho relata o resultado da aplicação do *role-playing* na abordagem do tema Objeção de Consciência em Saúde Reprodutiva. Este é um recurso psicodramático, que permite a "troca de papéis" proporcionando a experimentação dos diversos pontos de vista, ao interpretar o papel do "outro". Esta técnica, desenvolve atitudes como empatia e solidariedade, pilares para um atendimento médico humanizado e respeitoso quanto às diversidades, o que pode facilitar o enfrentamento nas situações de conflitos éticos, não incomuns no exercício profissional.

Os resultados deste trabalho serão apresentados sob a forma de artigos, prontos para publicação.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Objeção de consciência – conceito / generalidades

Objeção de consciência pode ser definida como uma oposição a cumprir uma normativa que contraria a moral, religiosidade ou ética do indivíduo⁽¹²⁾. A objeção é despertada por uma situação de conflito entre duas obediências, quais sejam: a obediência à lei e a obediência à consciência⁽¹⁴⁾. Consiste na recusa em realizar um comportamento prescrito, por razões íntimas, de tal sorte que, se o mesmo atendesse à norma, sofreria grave tormento moral, ético ou religioso⁽¹⁵⁾.

A objeção de consciência não deve ser confundida com a desobediência civil. A objeção de consciência é de caráter individual e se opõe a uma normativa legal, legítima e moral, porém incompatível com seus princípios. Já a desobediência civil possui um caráter coletivo e procura modificar ou revogar uma norma legal, porém considerada ilegítima ou imoral⁽¹⁶⁾. A objeção de consciência é individual, excepcional e se encontra fundamentada em razões éticas, morais e religiosas que, por sua vez, devem ser sinceras e autênticas⁽¹⁷⁾. Deve possuir um caráter constante, não devendo ser um capricho temporário, ou seja, uma postura mutável e moldável a cada circunstância⁽¹⁸⁾.

O direito à objeção de consciência é o reconhecimento da liberdade de religião, consciência e pensamento, garantido pelo Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, considerado o pilar jurídico da Declaração Universal dos Direitos Humanos⁽¹²⁾. O tema é muito discutido, porque embora individual, é regido por considerações subjetivas e possui efeitos empiricamente prováveis a terceiros e com consequências negativas.

A objeção de consciência sanitária é definida como a recusa por profissional de saúde de realizar, por razão ética, moral ou religiosa, certos atos que são amparados por lei⁽¹⁹⁾. O direito à objeção de consciência do médico é a manifestação da autonomia e liberdade de prescrição. O profissional não deve impor o seu critério. Pelo contrário, a sua aplicação deve ser o resultado de um consenso com o solicitante. O médico, ao alegar a objeção de consciência, rejeita atos e não pessoas. A justificativa da recusa deve ser lastreada por motivos de fórum íntimo, moral ou religioso, o procedimento objetado não deve ser emergencial e que seja possível o encaminhamento do solicitante a um outro profissional que realize o procedimento necessário^(8,9).

Na medicina, muitos procedimentos, tanto diagnósticos quanto terapêuticos, têm sido recusados por alguns médicos por serem incompatíveis com suas convicções religiosas, morais

ou éticas⁽³⁾. Cuidados paliativos na fase terminal da vida, tratamentos com células-tronco, o cuidado dos agravantes relacionados ao uso de drogas lícitas e ilícitas, o atendimento às vítimas de suicídio, têm sido motivos de recusa por profissionais médicos^(20,21). A medicina reprodutiva é a mais afetada por estas objeções, principalmente no tocante à interrupção da gravidez, contracepção, rastreamento de malformações congênitas e técnicas de fertilização assistida^(5,13). O impacto da recusa a estes procedimentos se relaciona com agravos importantes aos que os necessitam e ao sistema de saúde como um todo⁽³⁾.

2.2 A objeção de consciência ao abortamento

O abortamento é o procedimento que mais desperta recusa em todo o mundo⁽²⁰⁾. O Ministério da Saúde da Itália informa que 70% dos ginecologistas e obstetras e 50% dos anestesistas se declaram como objetores ao abortamento⁽²²⁾. No Reino Unido, quase 1/3 de uma amostra aleatória de estudantes de medicina se objetou a realizar este procedimento⁽²³⁾. O abortamento legal é recusado por, aproximadamente, 80% dos ginecologistas em Portugal^(24,25). Nos Estados Unidos, uma amostra aleatória de médicos revelou que metade deles se recusam a medidas de contracepção e de aborto a adolescentes sem o consentimento dos pais⁽²⁶⁾. No Brasil, um estudo envolvendo 1174 estudantes de medicina, relatou objeção ao abortamento previsto em lei por 50% da amostra⁽²⁷⁾. Cifra semelhante também foi relatada por outro estudo, também envolvendo acadêmicos de medicina, que procurou avaliar suas atitudes e opiniões quanto ao abortamento no Brasil⁽²⁸⁾.

Em um trabalho envolvendo 1308 estudantes de medicina, na África do Sul, o abortamento sob qualquer circunstância foi recusado por 20% da amostra. Este mesmo estudo descreve em menor possibilidade a recusa entre os mais velhos, nos sexualmente ativos, naqueles mais adiantados no curso e sem filiação religiosa⁽²⁹⁾. Seguir uma religião parece ser o principal motivador à objeção ao abortamento⁽³⁰⁾.

O abortamento em situações de violência sexual, risco de vida materno e devido a malformações incompatíveis com a vida extrauterina são acatados em quase todo o mundo. Apenas uns poucos países proíbem o aborto em todas as circunstâncias, como o Chile, a Nicarágua, Malta e El Salvador. Em outros países, as leis são restritivas e não são suficientemente claras com relação às circunstâncias em que o procedimento é permitido⁽³¹⁾. Nos países que oferecem melhor acesso aos serviços de abortamento seguro e legal, registram-se menores taxas de abortos clandestinos e, conseqüentemente, menos danos à saúde da mulher⁽³²⁾. Registra-se uma

taxa de 6% de abortos inseguros em países desenvolvidos, enquanto que naqueles em desenvolvimento, esta cifra é de 56%⁽³³⁾. Quase metade dos 46 milhões de abortos induzidos anualmente no mundo não são seguros e, ao redor de 98%, ocorrem em países em desenvolvimento com poucos investimentos na saúde⁽³³⁾. Complicações médicas graves se associam a quase 25% destes abortos ditos como inseguros e estima-se que 47.000 mulheres padecem anualmente⁽³³⁾. A implementação e a eficácia dos programas de cuidado pós-aborto têm sido prejudicados pela aclamação da objeção de consciência dos profissionais médicos⁽³⁴⁾.

No Brasil, o acesso ao abortamento legal tem sido dificultado pela recusa dos médicos a prestar este tipo de procedimento⁽³⁵⁾. Objeção essa, muitas vezes sem justificativa moral, ética ou religiosa, mas sim por não acreditarem que a gravidez tenha sido fruto de violência sexual, exigindo documentações que comprovem a agressão, ignorando assim as jurisprudências que tratam do assunto^(36, 37).

2.3 A objeção de consciência à contracepção de emergência

Contracepção de Emergência refere-se aos métodos contraceptivos que são utilizados após relações sexuais desprotegidas⁽³⁸⁾. A utilização do método pode resultar em uma redução de risco de gravidez em cerca de 75 a 89%⁽³⁹⁾. Este contraceptivo é preconizado para utilização ocasional, principalmente na eventualidade de falha, no caso de utilização incorreta ou, até mesmo, na ausência de método contraceptivo regular. É o único método, capaz de evitar uma gravidez não desejada, que pode ser realizado após a relação sexual. Possui grande validade nos casos de violência sexual, sendo a sua utilização amplamente difundida nesta eventualidade⁽⁴⁰⁾. Do ponto de vista da saúde pública, a contracepção de emergência pode ser considerada como uma importante estratégia preventiva primária, contra gravidezes não planejadas⁽⁴¹⁾.

São citados como obstáculos a este método contraceptivo, a sua indisponibilidade, dificuldade de acesso, a falta de informação ou conhecimento limitado sobre o método, a falta da percepção do risco da gravidez e as atitudes negativas dos profissionais de saúde⁽⁴²⁾. A atitude negativa dos profissionais de saúde sobre a contracepção de emergência, fruto da falta de conhecimento, provoca tabus e temores injustificáveis, sendo considerado um forte preditor à não utilização do método⁽⁴³⁾. As percepções errôneas de que seja abortivo, que provoque danos à gravidez no caso de falha, que se associe com efeitos colaterais importantes (pela ingestão de “grandes doses” de hormônio) e a interferência em práticas contraceptivas regulares e do uso

do condom, têm sido referidas por parcela considerável de profissionais de saúde, desencorajando a utilização deste método contraceptivo⁽⁴⁴⁾.

O debate sobre a objeção de consciência aflorou com a recusa da prescrição da contracepção de emergência por alguns médicos e farmacêuticos⁽²⁶⁾. Esta objeção se sustenta, principalmente, pela existência de um provável efeito abortivo, descrito nas primeiras publicações sobre o tema, mas não confirmadas pelos estudos mais atuais⁽⁴⁵⁾. A contracepção de emergência foi recusada por cerca de 80% dos médicos e enfermeiros do sul da Itália⁽⁴⁶⁾. Na Inglaterra, este método contraceptivo foi recusado por 10% dos médicos⁽⁴⁶⁾.

A ocorrência de uma gravidez não planejada expõe a mulher a riscos importantes, principalmente nos casos de adolescentes, culminando, na maioria das vezes em aborto induzido⁽⁴⁶⁾. Nos Estados Unidos, uma em cada nove mulheres em idade reprodutiva fez uso da contracepção de emergência entre os anos de 2006 e 2010⁽⁴⁷⁾. No Canadá, apesar da ampla disponibilidade de contraceptivos, 40 a 50% das gestações são rotuladas como “não desejadas”, tendo sido realizados, 91.310 abortos no decorrer de 2006⁽³⁸⁾. Estudos realizados em países desenvolvidos, com jovens adolescentes, comprovam que muitas delas poderiam não ter recorrido ao abortamento, mesmo permitido e seguro, se conhecessem e tivessem fácil acesso à contracepção de emergência⁽⁴⁸⁾. Esta conclusão seria mais contundente para as adolescentes que habitam países em desenvolvimento, nos quais o aborto não é permitido por lei, sendo, portanto considerado inseguro e clandestino⁽⁴⁹⁾.

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina, embasado pelos conceitos mais atuais, considera infração ética a recusa da prescrição da contracepção de emergência, devido aos inegáveis danos que possa causar, principalmente nos casos de violência sexual⁽⁵⁰⁾.

2.4 A objeção de consciência à orientação contraceptiva a jovens adolescentes

A adolescência é geralmente considerada como aquele período de vida que se encontra entre a infância e a idade adulta. Tem seu início na puberdade e termina com o pressuposto de uma independência, exercendo um papel adulto na sociedade. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estipulando um critério legal, dispõe que a adolescência se inicia aos 12 e termina aos 18 anos⁽⁵¹⁾. Os adolescentes fazem parte de uma população específica, que requer uma abordagem individualizada, para que se possa fornecer cuidados reprodutivos realmente eficazes. A dificuldade não se restringe à complexidade técnica dos agravos

específicos, mas sim pela delicada relação médico-paciente, o que a torna um campo desafiador à medicina moderna.

Dados do Ministério da Saúde do Brasil revelam que os brasileiros iniciam a vida sexual em média aos 15,3 anos e, aproximadamente 30% dos jovens, referiram sua primeira relação sexual antes dos 15 anos⁽⁵²⁾. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, revelou que, até os 15 anos, 35% das jovens já tinham tido sua primeira relação sexual, cifra três vezes maior do que a apurada em estudo anterior, realizada em 1996⁽⁵³⁾.

A orientação contraceptiva e sexual é tomada como um exemplo de um dilema ético comum no atendimento deste grupo populacional. Grandes avanços na legislação e nas políticas internacionais e nacionais sobre os direitos sexuais e reprodutivos como Direitos Humanos, incluindo, também, os adolescentes como sujeitos desses direitos, foram observados nas últimas décadas. Em 1988, a Constituição Brasileira reconheceu, no seu Artigo 277, as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, alterando a legislação anterior, que os considerava como direito dos pais⁽⁵⁴⁾. A Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989, aprovou a Convenção sobre os Direitos da Criança, reconhecendo crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, e não objetos de intervenção do Estado, da sociedade ou da família⁽⁵⁵⁾. Devido a estas importantes mudanças de paradigma de proteção da infância e adolescência, o Ministério da Saúde do Brasil, em 1989, criou o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), priorizando a saúde sexual e reprodutiva desta faixa etária (56). No programa de ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), ocorrida no Cairo em 1994, o capítulo VII trata dos direitos reprodutivos e da saúde reprodutiva, chamando a atenção aos países signatários para que protejam e promovam o direito aos adolescentes à educação, à informação, e aos cuidados de saúde reprodutiva⁽⁵⁷⁾.

Embora seja um direito, o exercício da sexualidade pelos adolescentes envolve riscos, principalmente se assumido de forma inadvertida ou irresponsável. Gravidez indesejada, aborto, infecções sexualmente transmissíveis são alguns dos riscos relatados, que podem comprometer o projeto de vida, o futuro reprodutivo e até mesmo a própria vida da adolescente⁽⁵⁸⁾. Uma probabilidade maior de baixo peso ao nascer, prematuridade, morte perinatal, desproporção céfalo-pélvica e óbito materno são relacionados com a gravidez na adolescência⁽⁵⁹⁻⁶¹⁾. Repercussões sociais como pobreza, delinquência e dependência química também são relatados⁽⁶²⁾. Uma causa importante de óbito materno entre estas jovens, principalmente naquelas em situação de pobreza, é o aborto inseguro⁽⁶³⁾.

Os Direitos Sexuais e Reprodutivos na Adolescência provocam diversas discussões sobre os mais variados aspectos, com destaque àqueles relacionados com a moral, a ética e a religião. Mais da metade dos médicos que participaram de um estudo sobre contracepção na adolescência, realizado nos Estados Unidos, recusaram oferecer estes serviços nesta faixa etária, sem a ciência dos pais, mesmo havendo jurisprudência contrária⁽²⁶⁾. A estratégia preconizada pela Organização Mundial da Saúde, com a criação de serviços direcionados a esta faixa etária, sucumbe perante o despreparo profissional que nega ao adolescente a liberdade de escolha e a confidencialidade, além de promover ações repressoras e controladoras, lastreadas em questões morais e religiosas⁽⁶⁴⁾.

A privacidade, a confidencialidade, o sigilo e a autonomia são considerados os pilares éticos na relação médico paciente, incluindo o atendimento ao adolescente⁽⁶⁵⁾. O respeito a estes preceitos é o principal fator encorajador para que os jovens procurem ajuda quando necessário⁽⁶⁶⁾. Devem se sentir seguros e protegidos, quanto à repressão e humilhação que possam resultar da exposição de sua intimidade. A orientação contraceptiva para menores de 14 anos, apesar de criteriosa, não constitui ato médico inadequado, desde que se afaste a possibilidade de uma situação de abuso ou violência sexual. Esta informação deve ser registrada em prontuário e prescrito o contraceptivo adequado. Esta é considerada como medida de salvaguardar-se de qualquer penalidade legal^(67, 68).

2.5 A objeção de consciência e o prejuízo a saúde reprodutiva

Em muitos países, principalmente os mais pobres, o acesso aos cuidados em saúde reprodutiva é dificultado, não só pelos poucos recursos destinados à saúde, como também pela falta de informações, entendimento inadequado das legislações locais e estigmas sociais, morais e religiosos relacionados à sexualidade e abortamento⁽⁶⁹⁾. A maior alegação da objeção de consciência, observada nos últimos anos, tem privado as mulheres de seus direitos sexuais e reprodutivos⁽³⁵⁾. Em vários países, a objeção de consciência é praticamente desregulamentada ou regulamentada minimamente, o que gera consequências desastrosas para a saúde das mulheres, que ficam impedidas de exercerem seus direitos fundamentais⁽³⁵⁾. No Brasil, mesmo com a objeção de consciência regulamentada pelo Ministério da Saúde, muitas mulheres são privadas do acesso ao abortamento legal, com desrespeito às legislações existentes⁽³⁶⁾.

A dificuldade de acesso a procedimentos como os discutidos, resultantes da recusa por profissionais médicos, provocam um impacto desigual na saúde reprodutiva nas populações

mais carentes. Regiões onde as taxas de mortalidade materna relacionadas à gravidez, parto puerpério e abortamento são elevadas⁽¹¹⁾. Consequências desastrosas também têm sido registradas em países com melhores recursos, promovendo obstáculos ao livre exercício dos direitos fundamentais⁽¹¹⁾.

A alegação da objeção de consciência na saúde reprodutiva por determinados profissionais médicos, provoca não apenas uma dificuldade de acesso aos serviços, como também sobrecarregam os médicos não objetores e os expõem ao risco de estigmatização. Este acesso reduzido propicia taxas mais elevadas de abortamento inseguro, induzindo um aumento na morbimortalidade materna e significativo impacto ao sistema de saúde^(3, 70). A recusa aos procedimentos de contracepção como os discutidos, reduz o número de profissionais dispostos a prestar este tipo de serviço, dificultando o acesso da população a uma contracepção segura e a uma vida sexual saudável. A carência de serviços de contracepção eficazes, por sua vez, se associa com maior possibilidade de gestações não planejadas e, conseqüentemente, com maiores taxas de abortamento inseguro e morbimortalidade, tanto materna quanto perinatal^(3, 59, 62).

2.6 O gerenciamento da objeção de consciência aos cuidados em saúde reprodutiva

Reconhecendo por um lado o direito do médico de recusar por motivos de foro íntimo, determinados procedimentos em saúde reprodutiva e o direito das mulheres do acesso a cuidados médicos de qualidade, entidades como a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) em suas “Diretrizes Éticas sobre Objeção de Consciência”⁽¹⁰⁾ e a Organização Mundial da Saúde em suas Diretrizes sobre o Aborto Seguro⁽¹¹⁾ concordaram em estabelecer padrões de cuidados que incluem:

- O direito dos profissionais de saúde à objeção de consciência e de não sofrerem discriminação pelas suas convicções;
- O direito à objeção de consciência do médico é secundário ao dever de consciência do médico de proporcionar benefícios e evitar prejuízos aos pacientes;
- Os profissionais de saúde têm a obrigação de seguir os padrões de cuidado em saúde reprodutiva amparadas cientificamente, sem deturpá-las com base em suas convicções pessoais;
- As mulheres têm o direito de informações sobre os procedimentos, inclusive sobre aqueles aos quais o profissional se recusa;

- As mulheres têm o direito de serem encaminhadas a profissionais de saúde que não se oponham ao tratamento necessário;
- Os profissionais de saúde devem prestar cuidado oportuno a seus pacientes, quando não for possível encaminhar para profissionais não objetores e o atraso puder prejudicá-los;
- Em emergências, os profissionais de saúde devem prestar o cuidado necessário independentemente de suas objeções.

Infelizmente as legislações existentes sobre a objeção de consciência diferem no que diz respeito a quais direitos procuram proteger: o direito a cuidados de qualidade em saúde reprodutiva ou o direito do profissional ao alegar a objeção de consciência. Algumas determinações procuram focar em manter um número suficiente de profissionais não objetores, outras no direito das mulheres de serem encaminhadas para profissionais que realizem os procedimentos necessários, e outros na definição do médico objetor. Em alguns países, como na Itália, Espanha, Colômbia, Noruega e Argentina, o médico é obrigado a se registrar como objetor⁽⁷¹⁾. Em alguns países, a objeção só é acatada quando alegada por escrito e relatando o motivo da recusa⁽³⁵⁾. As legislações também diferem quanto ao direito de objeção institucional; na Espanha, Colômbia e África do Sul, as legislações não reconhecem o direito institucional da objeção de consciência, o que é acatado na Argentina⁽⁷¹⁾. Nos Estados Unidos, a discussão não está totalmente resolvida⁽⁷²⁾. No Brasil, a objeção de consciência foi regulamentada pelo Ministério da Saúde em 2005, com a finalidade de limitar a recusa e proteger a saúde sexual e reprodutiva das mulheres vitimadas sexualmente⁽⁴¹⁾. Infelizmente, são vários os registros de descumprimento desta legislação por parte dos médicos, muitos deles confundindo a objeção com opinião, tornando a recusa algo seletivo⁽⁷¹⁾.

A ilegitimidade da objeção de consciência tem-se mostrada danosa à saúde sexual das mulheres. Ilegitimidade lastreada por desconhecimento do conceito de médico objetor, das legislações locais e embasamentos técnicos sobre o tema. A ausência de um mapeamento da prevalência de médicos objetores e da identificação dos fatores que motivam a recusa, impedem ~~um~~ o melhor delineamento do problema e, conseqüentemente, de se encontrar-se uma solução de equilíbrio entre o direito do profissional à recusa e o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, que são frequentemente violados nesta situação.

3 OBJETIVOS

Artigo 1: Prevalência, atitudes e fatores motivadores à objeção de consciência em saúde reprodutiva, entre estudantes de medicina

- Avaliar a prevalência de objetores ao abortamento previsto em lei, a orientação contraceptiva a jovens adolescentes e a prescrição da contracepção de emergência entre estudantes de medicina.

- Identificar prováveis determinantes à objeção ao abortamento previsto em lei, orientação contraceptiva a jovens adolescentes e à prescrição da contracepção de emergência entre estudantes de medicina.

- Avaliar os conhecimentos dos estudantes de medicina sobre objeção de consciência na prática médica.

Artigo 2: Uma proposta educativa para abordar objeção de consciência em saúde reprodutiva durante o ensino médico

- Avaliar a técnica do *role-playing*, na abordagem da “objeção de consciência” em situações relacionadas à Saúde Reprodutiva (abortamento previsto em lei, orientação contraceptiva a jovens adolescentes e a prescrição da contracepção de emergência).

- Testar o conceito de que a opinião é mutável pela vivência.

4 MÉTODOS

Este é um estudo de intervenção envolvendo 120 acadêmicos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, que estavam cursando o 9º semestre do currículo médico. O projeto foi composto por 8 módulos com 15 alunos cada. Os módulos foram formados e trabalhados isoladamente, com o mesmo facilitador e no momento em que os estudantes encerravam o estágio rotatório em Perinatologia.

O delineamento do estudo ocorreu em três etapas, iniciado pela aplicação de um questionário autoaplicável e não identificado, incluindo informações demográficas, religiosidade e conhecimentos éticos sobre objeção de consciência na prática médica. Neste mesmo questionário, se inquiriu sobre a concordância, ou não, em conduzir situações clínicas em saúde reprodutiva, como o abortamento legal, a prescrição da pílula do dia seguinte e a orientação contraceptiva a jovens adolescentes. Também se questionou sobre o conforto do estudante durante o enfrentamento dos casos descritos. A religiosidade foi graduada pela escala de motivação religiosa de Hoge⁽⁷²⁾ (vide metodologia do Artigo 2). O valor ético foi avaliado com a concordância, ou não, da afirmação: “não importa no que creio e sim em levar uma vida ética”. Os conhecimentos éticos sobre o tema investigado foram: a obrigação do médico objetor em expor claramente o motivo da recusa, de relatar todas as alternativas de tratamento possíveis ao paciente, inclusive as que se opõe e da obrigação de encaminhar o paciente para ~~um~~ outro profissional não objetor.

Encerrado este primeiro questionário, e com o objetivo de proporcionar um embasamento teórico sobre o tema, os estudantes foram convidados a assistir 3 filmes de curta metragem, criados exclusivamente para o projeto (vide metodologia do Artigo 2). Após a exibição dos filmes, o facilitador estimulou uma discussão considerando, principalmente, os seguintes tópicos: as legislações existentes sobre o tema, o direito à objeção de consciência do médico, a violação da autonomia da paciente, o potencial de discriminação e o prejuízo à saúde do solicitante em decorrência da violação da integridade científica. Em seguimento a esta fase preparatória, formaram-se subgrupos de 3 alunos que simularam os três casos clínicos, atuando o mais próximo possível de uma situação real, havendo um revezamento entre os papéis de médico, paciente e observador. As simulações foram realizadas em sala de aula sem adaptações, como espelhos investigativos ou filmagem. O estudante que interpretaria o médico tinha que informar à paciente que não faria o procedimento solicitado. O script da paciente envolvia a solicitação do procedimento e o questionamento da recusa do médico. Coube ao estudante, no

papel de observador, atentar para a postura e atitude do médico. Encerrada a simulação, os estudantes foram novamente estimulados a discutir as inter-relações nos papéis do médico e do paciente, a objeção de consciência do médico, o efeito da recusa ao tratamento no paciente, a capacidade de comunicação do médico e que atitudes adotadas por este poderiam minimizar o conflito. Neste momento, o facilitador ressaltou os limites do direito à objeção de consciência do médico e da sua responsabilidade em garantir o acesso ao serviço solicitado, evitando, assim, prejuízos aos pacientes. A intervenção se encerrou com a reaplicação do mesmo questionário, no qual se repetiu as questões sobre a anuência ou não da condução dos casos clínicos, o grau de conforto ao conduzi-los, como também os referentes aos conhecimentos éticos sobre o tema.

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

5 ÍNDICE DE ARTIGOS

Artigo 1 - Prevalência, atitudes e fatores motivadores à objeção de consciência em saúde reprodutiva, entre estudantes de medicina.

Contagem de palavras: 3015 palavras, exceto resumo, tabelas e referências.

Palavras-chave: Aborto legal; Adolescência; Direitos Reprodutivos; Educação Médica; Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde; Contracepção de Emergência; Saúde da Mulher; Aborto/legislação e jurisprudência; Objeção de Consciência.

Artigo submetido à Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

Artigo 2 - Uma proposta educativa para abordar objeção de consciência em saúde reprodutiva, durante o ensino médico.

Contagem de palavras: 4141 palavras, exceto resumo, tabelas e referências

Palavras-chave: Aborto/legislação e jurisprudência; Adolescência; Direitos Reprodutivos; Educação Médica; Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde; Contracepção; Saúde da Mulher; Objeção de Consciência; Role-playing

Artigo submetido à Revista Brasileira de Educação Médica.

5.1 Artigo 1 - Versão em Português - Prevalência, atitudes e fatores motivadores à objeção de consciência em saúde reprodutiva, entre estudantes de medicina.

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia



Prevalence, attitudes, and factors motivating conscientious objection toward reproductive health among medical students

Journal:	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
Manuscript ID:	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Confirm the relevant theme about Gynecology and Obstetrics:	Human Reproduction
Keyword:	Legal abortion, Adolescence, Reproductive rights, Medical education, Women's health

SCHOLARONE™
Manuscripts

Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

Home / Author

Author Dashboard / Submission Confirmation

Submission Confirmation Print

Thank you for your submission

Submitted to:	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
Manuscript ID:	RBGO-2018-0933
Title:	Prevalence, attitudes, and factors motivating conscientious objection toward reproductive health among medical students
Authors:	Diezê, Omar Irenaí Barroso Júnior, Ubirajara
Date Submitted:	17-Mar-2018

Author Dashboard >

Prevalência, atitudes e fatores motivadores à objeção de consciência em saúde reprodutiva, entre estudantes de medicina.

Resumo

Objetivo: Avaliar a prevalência e fatores motivadores da recusa em prestar serviços em saúde reprodutiva, bem como o conhecimento ético do tema, entre estudantes de medicina. **Métodos:** Estudo transversal, envolvendo 120 estudantes de medicina. Aplicou-se um questionário cujas variáveis dependentes foram as objeções ou não, quanto à condução de três casos clínicos sobre saúde reprodutiva: o abortamento previsto em lei, a orientação contraceptiva a uma adolescente sem consentimento dos pais, e a prescrição da contracepção de emergência. As variáveis independentes foram: idade, sexo, religião, valor ético, grau de religiosidade e frequência a cultos. Os conhecimentos éticos pesquisados foram a obrigação de expor os motivos da objeção, relatar as alternativas possíveis e encaminhar a outro profissional. Os dados foram analisados pelos testes do χ^2 , e teste t, com nível de significância de 5%. **Resultados:** O abortamento foi recusado por 35,8% dos estudantes, a contracepção aos adolescentes por 17,5% e a contracepção de emergência por 5,8%. A alta religiosidade ($p < 0,001$) e maior frequência a cultos ($p = 0,034$) foram os preditores identificados ao abortamento previsto em lei. A recusa da contracepção aos adolescentes foi significativamente maior entre os homens ($p = 0,037$). Entre os estudantes, 25% não explicaria o motivo da recusa, 15% não descreveria todos os procedimentos e 25% não fariam o encaminhamento. **Conclusões:** O abortamento previsto em lei, foi a situação mais objetada. Os fatores motivadores a esta recusa foram o auto compromisso e maior prática religiosa. Uma parcela razoável dos alunos não demonstrou ter conhecimentos éticos sobre o tema.

Palavras-chave: Abortamento Legal, Adolescência, Direitos Reprodutivos, Educação Médica; Saúde da Mulher

Abstract

Objective: We evaluated the prevalence of and motivating factors behind the refusal to provide reproductive health services and the ethical knowledge of the subject among medical students from the Bahia School of Medicine and Public Health in Brazil. **Methods:** This cross-sectional study involved 120 medical students. A questionnaire was utilized; dependent variables were students' objections (or not) regarding three clinical reproductive health cases: abortion provided by law, contraceptive guidance to an adolescent without parental consent, and prescription of emergency contraception. The independent variables were age, sex, religion, ethical value, degree of religiosity, and attendance at worship services. Ethical knowledge comprised an obligation to state the reasons for the objection, report possible alternatives, and referral to another professional. Data were analyzed with χ^2 tests and t-tests with a significance level of 5%. **Results:** Abortion, contraception to adolescents, and emergency contraception were refused by 35.8%, 17.5%, and 5.8% of students, respectively. High religiosity ($p < .001$) and higher attendance at worship services ($p = .034$) were predictors of refusing abortion. Refusal to provide contraception to adolescents was significantly higher among women than men ($p = .037$). Further, 25% would not explain the reason for the refusal, 15% would not describe all the procedures used, and 25% would not refer the patient to another professional. **Conclusion:** Abortion provided by law was the most objectionable situation. The motivating factors for this refusal were high commitment and religiosity. A reasonable portion of the students did not demonstrate ethical knowledge about the subject.

Keywords: Legal abortion; Adolescence; Reproductive rights; Medical education; Women's health.

Introdução

Um grande número de procedimentos, tanto diagnósticos como terapêuticos, têm sido recusados por alguns médicos, por serem incompatíveis com suas convicções religiosas, morais ou éticas.¹ A Medicina Reprodutiva é notadamente a mais afetada por estas recusas, principalmente no tocante à interrupção da gravidez, contracepção, rastreamento de malformações congênitas e técnicas de reprodução assistida.^{2,3} O impacto da recusa a estes procedimentos se relaciona com agravos importantes aos que os necessitam e ao sistema de saúde como um todo.¹ Tem sido considerado como um obstáculo, e muitas vezes desigual, ao cumprimento de pactos internacionais dos direitos humanos, que garantem o acesso a cuidados de saúde reprodutiva e sexual de qualidade.^{4,5} Cuidados paliativos na fase terminal da vida,

tratamento com células- tronco, o cuidado dos agravantes relacionados ao uso de drogas lícitas e ilícitas, também têm sido motivos de recusa por profissionais médicos.^{6,7}

A objeção de consciência é excepcional e se encontra fundamentada em razões éticas, morais e religiosas que, por sua vez, deve ser sincera e autêntica.⁸ Deve possuir um caráter constante, não devendo ser um capricho temporário, ou seja, uma postura mutável e moldável a cada circunstância.⁹ O direito à liberdade de religião, consciência e pensamento é garantido pelo Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, considerado o pilar jurídico da Declaração Universal dos Direitos Humanos, porém, o limita, em prol do bem-estar de outros.¹⁰ A objeção de consciência é regida por considerações subjetivas e determinados critérios são exigidos para que a recusa seja legalmente acatada. A justificativa deve ser lastreada por motivos de fórum íntimo, moral ou religioso, o procedimento solicitado não deve ser emergencial, e que seja possível o encaminhamento para que outros médicos realizem o procedimento, não acarretando danos aos solicitantes.^{11,12}

O tema necessita de aprofundamento, discussão e pesquisas que contribuam para um maior número de publicações, ampliando assim o debate entre os diferentes profissionais e serviços de saúde. A literatura disponível comprova que os profissionais médicos desconhecem o conceito de “objeto” e de que são obrigados a justificar o motivo da recusa, a prestar informações sobre tratamentos que consideram censuráveis e do dever de encaminhar estes pacientes a profissionais que realizem tais procedimentos.¹³ Os dados sobre a prevalência de objetores são poucos e restritos a locais que obrigam que o médico se registre como tal. O Ministério da Saúde da Itália informa que 70% dos ginecologistas e obstetras, e 50% dos anestesistas, se registraram como objetores a interrupção da gravidez.¹⁴ Em Portugal, aproximadamente 80% dos ginecologistas se recusam a realizar abortos.^{15,16} São poucos os estudos que procuraram avaliar o tema na formação médica.

Este estudo procurou identificar, entre estudantes de medicina, concluindo o internato médico de Perinatologia, a prevalência da recusa em prestar serviços em saúde reprodutiva. O abortamento previsto em lei, a orientação contraceptiva a jovens adolescentes e, a prescrição da pílula do dia seguinte, foram as situações estudadas. Também se procurou identificar os fatores motivadores à objeção aos casos discutidos, e os conhecimentos dos estudantes quanto à postura ética que deve ser adotada pelo médico objeto.

Métodos

Este é um estudo transversal, desenvolvido entre junho de 2016 e julho de 2017, formado por 120 acadêmicos de medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Os estudantes

que compuseram a amostra, estavam cursando o 9º semestre e foram incluídos de forma consecutiva, ou seja, de forma não intencional e no momento em que encerravam o estágio rotatório em Ginecologia e Obstetrícia. Todos foram convidados a participar do projeto e os que concordaram, após a aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido, responderam a um questionário, autoaplicável, não identificado e com tempo livre para as respostas. Aqueles que, por qualquer motivo, se recusaram a participar do projeto foram excluídos.

As seguintes variáveis independentes foram consideradas: idade, raça (autodeclarada), possuir crença religiosa, sexo, frequência em cultos religiosos, grau de religiosidade e o valor ético na vida do estudante, além de conhecimentos sobre o tema. A religiosidade foi graduada de acordo como influenciava e promovia sentido à vida do entrevistado, com base na concordância ou discordância de duas declarações: “eu me esforço para manter e seguir minhas crenças religiosas em todos os aspectos da minha vida” e “o meu modo de viver é conduzido por minha religião”. Ambas as afirmações são derivadas da escala de motivação religiosa intrínseca de Hoge e validadas extensivamente em pesquisas.¹⁷ A religiosidade intrínseca foi então classificada como baixa, se os alunos discordaram com ambas as declarações, moderada se concordavam com apenas uma e, de alta, se concordavam com ambas. O valor ético foi avaliado com a concordância ou não da afirmativa “não importa no que creio e sim em levar uma vida ética”. As variáveis dependentes estudadas foram as objeções ou não, quanto à condução de três casos clínicos sobre saúde reprodutiva: o abortamento em uma jovem com gravidez proveniente de violência sexual, a orientação contraceptiva a uma adolescente de 14 anos e sem a anuência dos pais, e a prescrição da pílula do “dia seguinte” a uma jovem, após uma relação sexual desprotegida. Os conhecimentos éticos pesquisados foram a obrigação do médico em expor claramente o motivo da objeção, do dever do profissional em relatar todas as alternativas possíveis de tratamento ao paciente, inclusive as que se opõe moralmente ou religiosamente e da necessidade do encaminhamento do paciente para ~~um~~ outro médico, que não se oponha a realizar o procedimento indicado.

A análise estatística foi realizada com o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 14.0 e a significância estatística foi previamente definida por valor $p < 0,05$. Foram utilizados o Word e Excel 2016 for Windows® para processamento de texto e confecção de tabelas. Os dados foram analisados segundo a sua frequência e distribuição percentual. Para o estudo analítico, foram utilizados os testes de χ^2 e teste t . O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 54585216.6.0000.5544.

Resultados

Todos os 120 alunos que cumpriram o estágio em Perinatologia participaram do projeto. A idade média foi de $24,35 \pm 2,72$ anos. Os do sexo feminino (75%) e os que se autodeclararam de raça branca (61,7%) compuseram a maior parte da amostra. Entre os entrevistados, 80% informou seguir uma determinada religião. Com relação a frequência a cultos religiosos, pouco menos da metade (49,2%) referiu que não os frequenta. A participação de pelo menos 1 culto ao mês foi informada por 30,8% e apenas 20,0% dos estudantes informou a participação de duas ou mais celebrações religiosas ao mês. Aplicou-se a escala religiosa de Hoge, obtendo-se que 51,7% dos estudantes demonstrou baixa religiosidade; 30,8% moderada e apenas 17,5% alta religiosidade. A concordância com a afirmação “Não importa o que acredito e sim levar uma vida ética” foi referida como verdadeira por 64,2% da amostra. A objeção ao abortamento prevista em lei foi referida por 35,8% dos estudantes, a condução da orientação contraceptiva a jovens adolescentes foi recusada por 17,5% dos acadêmicos e 5,8% se opuseram à prescrição da pílula do dia seguinte (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos estudantes que participaram do estudo

Característica	n/ N (%)
Idade	24,35±2,72 anos
Sexo Feminino	90/120 (75)
Raça Branca	74/120 (61,7)
Seguir alguma religião	96/120 (80,0)
Frequência a cultos religiosos	
Nunca	59/120 (49,2)
1 vez ao mês	37/120 (30,8)
≥2 vezes ao mês	24/120 (20,0)
Escala de Hoge	
Baixa religiosidade	62/120 (51,7)
Moderada religiosidade	37/120 (30,8)
Alta religiosidade	21/120 (17,5)
Não importa no que creio e sim em levar uma vida ética	77/120 (64,2)
Objetores ao abortamento previsto em lei	43/120 (35,8)
Objetores à orientação contraceptiva a jovens adolescentes	21/120 (17,5)
Objetores à prescrição da pílula do dia seguinte	7/120 (5,8)

n = número de estudantes N= total da amostra

Entre os estudantes que se objetaram ao abortamento previsto em lei, observou-se uma associação significativa com maior frequência a cultos religiosos ($p=0,034$) e com alta motivação religiosa mensurada pela escala de Hoge ($p<0,001$). A recusa à orientação contraceptiva a jovens adolescentes, foi significativamente mais frequente entre os homens ($p=0,037$). Nenhuma das características estudadas se associou com a objeção à prescrição da pílula do dia seguinte (Tabela 2).

Tabela 2. Preditores da objeção aos casos clínicos discutidos

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

* χ^2 ** teste t n = número de alunos N= número total da amostra

Tabela 3. Conhecimentos éticos dos estudantes sobre a objeção de consciência

Conhecimentos Éticos	Sim n/N (%)	Não n/N (%)
Seria ético o médico descrever claramente ao paciente o motivo por qual opõe-se ao procedimento solicitado?	91/120 (75,8)	29/120 (24,2)
Será que o médico tem a obrigação de apresentar todas as opções de tratamentos possíveis para o paciente incluindo aquelas que possam ferir suas convicções?	112/120 (85,0)	18/120 (15,0)
Será que o médico objetor tem a obrigação de encaminhar o paciente para alguém que não se opõe ao procedimento solicitado e na impossibilidade a objeção não será acatada?	89/120 (74,2)	31/120 (25,8)

n = número de alunos N = total da amostra

Um percentual de 24,2% dos estudantes não concordou que seria ético o médico descrever claramente o motivo da recusa. A afirmação de que o profissional tem o dever de apresentar todas as alternativas possíveis ao tratamento em questão, e que sejam amparadas por lei, mesmo aquelas as quais se opõe, não foi reconhecida por 15% da amostra. Quando questionados sobre a obrigação do encaminhamento a um profissional que não se oponha ao tratamento e, na impossibilidade, a objeção não será acatada, foi rejeitada por 25,8% dos alunos (Tabela 3).

Discussão

São poucos os dados sobre a prevalência da objeção de consciência e de estudos que procuraram identificar as motivações para tal. Os relatos existentes, descrevem episódios generalizados, não existindo um mapeamento global. Neste estudo, a objeção foi identificada nas três situações clínicas discutidas, sendo mais prevalente na solicitação do abortamento legal, recusada por pouco mais de 1/3 dos estudantes que compuseram a amostra. O abortamento é o procedimento que mais desperta objeção de consciência em todo o mundo.¹⁶ Um estudo, envolvendo 1174 acadêmicos de medicina, de três escolas médicas do Piauí, a interrupção da gravidez, relacionada à violência sexual, foi recusada por metade destes.¹⁸ Também metade dos acadêmicos de medicina, que participaram de um projeto que procurou avaliar as atitudes e opiniões destes, quanto ao abortamento no Brasil, se mostrou desconfortável ao lidar com a interrupção da gravidez, mesmo com amparo legal.¹⁹ No Reino Unido, quase 1/3 de uma

amostra aleatória de internos de ginecologia e obstetrícia se rotularam como objetores ao abortamento.²⁰ Na Espanha, um estudo realizado, não só com estudantes de medicina, mas também de enfermagem, revelou que metade destes apoiam o acesso a interrupção da gravidez e que estariam dispostos a prestar este serviço.²¹ Um trabalho realizado na África do Sul, com 1308 estudantes de medicina, demonstrou que 1/5 destes, não admitiam o abortamento sob qualquer circunstância. Este mesmo estudo relatou menor possibilidade de recusa entre aqueles com idade mais avançada, nos sexualmente ativos, naqueles mais adiantados no curso e sem filiação religiosa.²² Seguir uma religião parece estar fortemente associada com atitudes relacionadas ao abortamento.²³ O presente estudo demonstrou que apenas ter uma filiação religiosa não indica maior possibilidade de recusa à interrupção da gravidez amparada por lei. A recusa ao abortamento legal, na amostra estudada, foi significativamente mais prevalente entre aqueles com alta motivação religiosa e os mais praticantes, o que reflete a sinceridade da crença do objetor. Outras características como idade, sexo e o valor moral não se mostraram como motivadores à objeção no grupo estudado.

O debate sobre a objeção de consciência aflorou, no mundo inteiro, com a recusa da prescrição da pílula do dia seguinte por alguns médicos e farmacêuticos.²⁴ Esta objeção se sustenta, principalmente, pela existência de um provável efeito abortivo, descrito nas primeiras publicações sobre o tema. Hipótese não confirmada pelos estudos mais atuais que comprovaram ser, o retardo da ovulação, seu verdadeiro mecanismo de ação.²⁵ No sul da Itália, cerca de 80% dos médicos e enfermeiros se consideraram como objetores à contracepção de emergência e sendo este o último país a liberar a utilização e comercialização do método, que só ocorreu a partir de 2016.²⁶ Na Inglaterra, 10% dos médicos se consideraram objetores à contracepção de emergência.²⁶ A baixa prevalência da recusa a este método contraceptivo no nosso estudo pode refletir o conhecimento mais atual sobre o tema, principalmente quanto ao seu mecanismo de ação e sua segurança, eliminando preconceitos e temores injustificáveis, que são considerados preditores à recusa da sua utilização.²⁷ Nenhuma das características avaliadas neste estudo, se associou à maior possibilidade da objeção a este método contraceptivo, inclusive a religiosidade, indicada pela literatura como o principal motivador à recusa desse método contraceptivo.²⁴

Mais da metade dos médicos que participaram de um estudo, sobre contracepção na adolescência, realizado nos Estados Unidos, recusaram oferecer estes serviços nesta faixa etária, sem a anuência dos pais, mesmo havendo jurisprudência contrária.²⁴ A orientação contraceptiva a adolescentes foi objetada por pouco mais de 15% dos estudantes desta amostra. A maior associação à objeção em prestar este tipo de assistência foi observada entre os estudantes do sexo

masculino, sugerindo atitudes preconceituosas, reflexo de uma educação sexual repressora. O livre exercício sexual dos adolescentes desperta muita discussão, principalmente nos aspectos éticos, morais e religiosos, que representam obstáculos ao sexo seguro e responsável pelos jovens dessa faixa etária. Outro fator motivador à recusa da orientação contraceptiva aos jovens é o desconhecimento das legislações existentes sobre o tema por parte dos profissionais. A relação médico-paciente é regida principalmente pela privacidade, confidencialidade, sigilo e autonomia, direitos também estendidos aos adolescentes. A orientação contraceptiva para meninas de 12 a 14 anos, apesar de criteriosa, não constitui infração, desde que se afaste a possibilidade de uma situação de abuso ou violência sexual.²⁸

A dificuldade de acesso a procedimentos, como os discutidos, resultantes da objeção dos profissionais médicos, provocam um impacto desproporcional na saúde reprodutiva nas populações mais pobres. Regiões onde são elevadas as taxas de mortalidade materna, relacionadas à gravidez, parto, puerpério e abortamento.⁴ Consequências individuais e populacionais desastrosas são, também, registradas em países com melhores recursos, promovendo dificuldades no livre exercício dos direitos fundamentais. No Brasil, embora a recusa consciente esteja regulamentada desde 2005, o acesso ao abortamento legal é dificultado pela objeção dos médicos a prestar esse procedimento.²⁹ Objeção, muitas vezes embasada não por cunho pessoal, religioso ou moral e sim, por não acreditarem que a gravidez tenha sido o resultado de violência sexual e, também, pela exigência de documentações que comprovem a agressão. As jurisprudências que tratam do assunto são ignoradas, criando assim, barreiras desnecessárias ao abortamento previsto em lei.³⁰

A recusa à prescrição de contracepção de emergência, pelos inegáveis danos que possa causar, é considerada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) uma infração ética.³¹ Além de ser o único método contraceptivo que pode ser utilizado após a relação sexual, possui grande validade nos casos de violência sexual, evitando em média, três de cada quatro gestações nesta eventualidade.³² A ocorrência de uma gravidez indesejada, oriunda de uma violência sexual, expõe a mulher a riscos importantes, culminando, na maioria das vezes em abortamento inseguro.⁴ As jovens brasileiras estão iniciando a vida sexual cada vez mais precocemente.³³ Embora como um direito, o exercício da sexualidade entre adolescentes envolve riscos. Em nosso país, as complicações relacionadas à gestação representam a segunda causa mais prevalente de óbito entre meninas de 15 a 19 anos.³⁴ A gravidez nesta faixa etária, frequentemente se associa com situações de vulnerabilidade social, ausência de informações e dificuldades de acesso a serviços especializados e de qualidade, principalmente entre as mais carentes. A estratégia preconizada pela OMS, com a criação de serviços direcionados a esta

faixa etária, sucumbe perante o despreparo profissional, negando ao adolescente a liberdade de escolha, e a confidencialidade, além de promover ações repressoras e controladoras, lastreadas em questões morais e religiosas.³⁵

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia³ e a Organização Mundial da Saúde⁴, propuseram recomendações relacionadas à tolerância da objeção de consciência em saúde reprodutiva, regendo-a sob o ponto de vista ético. Esta regulamentação visa o equilíbrio entre o exercício da objeção de consciência do médico, e o direito do paciente quanto à realização do procedimento com qualidade e sem discriminação, reconhecendo o quanto danosa pode ser a consequência da recusa. É garantido o direito do profissional à objeção de consciência e de não sofrer discriminação por suas convicções. Contudo, a tolerância da recusa por parte do médico é limitada pelo direito dos pacientes em obter os tratamentos necessários, evitando, assim, prejuízos a eles. Uma das obrigações do objetor é a de que descreva claramente o motivo da sua recusa. Esta recomendação não foi concordada por cerca de 25% dos estudantes do estudo. A obrigação do objetor em prestar informações sobre todos os tratamentos possíveis, inclusive àqueles aos quais se opõe, foi recusada por 15% dos acadêmicos. Cerca de 25%, não encaminharia o paciente para um outro profissional e tão pouco, fariam o procedimento na impossibilidade da atuação de outro médico. Estes dados divergem daqueles obtidos em um estudo anterior, que procurou avaliar as responsabilidades éticas envolvidas na objeção de consciência ao abortamento previsto em lei, entre estudantes de medicina, onde, 54% dos acadêmicos não encaminharia a mulher a outro profissional e mais de 70% não detalharia as opções de tratamento.¹⁸ A influência da religião sobre a objeção de consciência, e também o desconhecimento das obrigações legais do médico objetor, justificam estas atitudes. A dificuldade de alguns médicos em assumirem suas crenças perante os pacientes não permite, por vezes, um diálogo franco sobre os verdadeiros motivos da recusa. O não encaminhamento do paciente para ~~um~~ outro profissional, não objetor, é um obstáculo à realização do procedimento solicitado, não respeitando a autonomia do paciente, desrespeitando a integridade científica e deixando de cumprir seu maior dever, que é o de prestar assistência de qualidade. Estas determinações respeitam o status de objetor, porém, exigem que o médico se responsabilize pelo paciente, até que o procedimento solicitado e amparado por lei seja realizado. A recusa não deve ser absoluta, devendo ser tratada como uma exceção, seus limites devem ser respeitados, preservando a dignidade de todos os envolvidos.

Conclusões

A prevalência da objeção de consciência e as atitudes adotadas pelos estudantes desta amostra justificam que o tema deve ser discutido no currículo médico, procurando esclarecer o conceito de objetor e de suas obrigações. Os efeitos deletérios da recusa, principalmente no tocante à violação da autonomia da mulher e da integridade científica, devem ser esclarecidos. Ademais, o conhecimento das legislações existentes onde o futuro médico vai exercer a profissão é de fundamental importância. A absorção destes conteúdos pelos estudantes pode lhes oferecer uma maior vivência sobre o tema e, inclusive, modificar suas opiniões. Quando invocada, a objeção de consciência pode provocar um conflito ético devido ao enfrentamento dos valores pessoais do médico e o forte abalo emocional frequentemente apresentado pelos pacientes que buscam esses serviços. Neste momento, possuir boa habilidade de comunicação faz-se necessária. Um dos desafios do ensino da medicina é procurar desenvolver ferramentas de ensino-aprendizagem que sejam apropriadas ao desenvolvimento desta competência, colaborando com a formação de profissionais com elevado padrão moral e ético, capazes de suprir às necessidades do sistema de saúde. A orientação sobre a escolha do estudante, de referente à sua futura especialidade, deve considerar o conflito – que possa vir a causar a seus valores morais, éticos ou religiosos – a realização de determinados procedimentos.

Referências

1. Chavkin W, Leitman L, Polin K. Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: A White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2013;123:S41-S56.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion No. 385: the limits of conscientious refusal in reproductive medicine. *Obstet Gynecol*. 2007(110 (5)):1203-8.
3. Muramoto O, Rivero RO, Charo RA, Faúndes A, Duarte GA, Osis MJD, et al. Conscientious objection to referrals for abortion: pragmatic solution or threat to women's rights? *Journal of medical ethics*. 2014;28(2):15-.
4. World Health Organization [WHO] (2012). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2nd Ed. Geneva: World Health Organization.
5. Zampas C. Legal and ethical standards for protecting women's human rights and the practice of conscientious objection in reproductive healthcare settings. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;123 Suppl:S63-5.
6. Strickland SL. Conscientious objection in medical students: a questionnaire survey. *Journal of medical ethics*. 2012;38(1):22-5.
7. De Zordo S. O173 Obstetricians-Gynecologists' Attitudes Towards Abortion and Conscientious Objection in Italy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2012;119:S321-S.

8. Seoane J. El perímetro de la objeción de conciencia médica. *Revista para el Análisis del Derecho*, InDret [internet]. 2009; (4):1-21. Disponible en: http://www.indret.com/pdf/682_es.pdf access date 21/10/2017.
9. Herranz G. La objeción de conciencia en las profesiones sanitarias. Una defensa pacífica de las convicciones morales [internet]. 1995 Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/dhbghobjecion.html> access date 10/21/2017.
10. Pacto Internacional sobre Derechos Civiles e Políticos, adoptado em 16 de dezembro de 1966, Res. A.G. 2200A (XXI), ROAG ONU, 21ª Sess., Sup. nº 16, p. 52, Doc. ONU A/6316 (1966), 999 ST ONU 171 (entrou em vigor em 23 de março de 1976).
11. Magelssen M. When should conscientious objection be accepted? *J Med Ethics* [Internet]. 2012;38(1):18-21. .
12. Brock DW. Conscientious refusal by physicians and pharmacists: who is obligated to do what, and why? *Theor Med Bioeth*. 2008;29(3):187-200.
13. Figo Committee For The Ethical Aspects Of Human R, Women's H, Figo Committee For The Ethical Aspects Of Human R, Women's H, International Federation of G, Obstetrics. Ethical guidelines on conscientious objection in training. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;128(1):89-90.
14. República da Itália. Ministério da Saúde. Relatório do Ministério da Saúde sobre a Aplicação da Lei que Inclui Normas de Cuidado Social de Maternidade e Interrupção Voluntária de Gravidez: 2006-2007 (2008).
15. Heino A GM, Apter D, et al. Conscientious objection and induced abortion in Europe. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013;18 (4):231-3.
16. Oliveira da Silva M. Reflections on the legalisation of abortion in Portugal. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009;14:245–8.
17. Hoge D. A validated intrinsic religious motivational scale. *J Sci Study Relig*. 1972;11:369-76.
18. Madeiro A. Conscientious Objection and Legal Abortion: Medical Students' Attitudes. *Rev bras educ med* [online]. 2016;vol.40, n.1, pp.86-92.
19. Darzé OI, Azevêdo BK. Competences acquired during medical training and the opinions and attitudes about abortion. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(1):5-9.
20. Roe J, Francome C, Bush M. Recruitment and training of British obstetrician--gynaecologists for abortion provision: conscientious objection versus opting out. *RHM*. 1999;7(14):97–105.
21. Rodriguez-Calvo M, Martínez-Silva I, Concheiro L, Muñoz-Barús J. University students' attitudes towards Voluntary Interruption of Pregnancy. *Legal Medicine*. 2012;14(4):209-13.
22. Stephanie B, Wheeler, L Leah Zullig, et a. Abortion Attitudes Among Medical School Students in South Africa. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2012;Volume 38, Number 3.
23. Schwarz E. Willing and able? Provision of medication for abortion by future internists,. *Women' Health Issues*. 2005;15(1):39–44.
24. Curlin F, Lawrence R, MH MC, Lantos J. Religion, conscience, and controversial clinical practices. *N Engl J Med*. 2007;Feb 8;356(6):593-600.
25. Trussell J GK. Talking straight about emergency contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2017;33:139.

26. Montanari Vergallo G ZS, Di Luca NM, Marinelli E. The conscientious objection: debate on emergency contraception. *Clin Ter.* 2017;168-2:113-19.
27. Tilahun FDA, T.; Belachew, T. Predictors of emergency contraceptive use among regular female students at Adama University, Central Ethiopia. *Pan Afr Med J, Kampala.* 2011;7(16):1-14.
28. FEBRASGO/ SBP. Contraceção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência . *Adolesc Saude.* 2005;2(2):6-7 http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=168 acessado em 01/07/2017.
29. Uberoi D, Galli B. A Recusa dos Serviços de Saúde Reprodutiva por Motivo de Consciência na América Latina. *SUR Revista Internacional de Direitos Humanos.* 2016;13(24):105-16.
30. Diniz D, Madeiro A, Rosas C. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: A study among physicians in Brazil. *Reproductive Health Matters.* 2014;22(43):141-8.
31. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.811/2006. Estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da Anticoncepção de Emergência, devido a mesma não ferir os dispositivos legais vigentes no país. *Diário Oficial da União, Seção I, p.72, 17 jan. 2007.*
32. World Health Organization (WHO) Fact sheet nº 244. Emergency contraception. 2012. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/> Acessado em 24/05/2017.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf >. Acesso em: 20 jun. 2017.
34. World Health O. Adolescent Pregnancy Issues in Adolescent Health and Development. 2004:1-92.
35. Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira FdC, Santos MG, Bregmann SR, Malta DC, et al. Sexual behavior among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology.* 2014;17 Suppl 1:116-30.

5.1.1 Versão em Inglês

Prevalence, attitudes, and factors motivating conscientious objection toward reproductive health among medical students

Abstract

Objective: We evaluated the prevalence of and motivating factors behind the refusal to provide reproductive health services and the ethical knowledge of the subject among medical students from the Bahia School of Medicine and Public Health in Brazil. **Methods:** This cross-sectional study involved 120 medical students. A questionnaire was utilized; dependent variables were students' objections (or not) regarding three clinical reproductive health cases: abortion provided by law, contraceptive guidance to an adolescent without parental consent, and prescription of emergency contraception. The independent variables were age, sex, religion, ethical value, degree of religiosity, and attendance at worship services. Ethical knowledge comprised an obligation to state the reasons for the objection, report possible alternatives, and referral to another professional. Data were analyzed with χ^2 tests and *t*-tests with a significance level of 5%. **Results:** Abortion, contraception to adolescents, and emergency contraception were refused by 35.8%, 17.5%, and 5.8% of students, respectively. High religiosity ($p < .001$) and higher attendance at worship services ($p = .034$) were predictors of refusing abortion. Refusal to provide contraception to adolescents was significantly higher among men than women ($p = .037$). Further, 25% would not explain the reason for the refusal, 15% would not describe all the procedures used, and 25% would not refer the patient to another professional. **Conclusion:** Abortion provided by law was the most objectionable situation. The motivating factors for this refusal were high commitment and religiosity. A reasonable portion of the students did not demonstrate ethical knowledge about the subject.

Keywords: Legal abortion; Adolescence; Reproductive rights; Medical education; Women's health.

Introduction

Many diagnostic and therapeutic procedures have been refused by physicians because they are incompatible with their religious, moral, or ethical beliefs¹. Reproductive medicine is notably the most affected by these refusals, especially regarding termination of pregnancy,

contraception, tracing of congenital malformations, and assisted reproduction techniques^{2,3}. Refusal of these procedures negatively impacts the health of those who need them and the health system as a whole¹. Refusal also contradicts international human rights policies that guarantee access to high-quality reproductive and sexual health care^{4,5}. End-of-life palliative care, stem cell treatment, and care related to the use of licit and illicit drugs have also been grounds for refusal by medical professionals^{6,7}.

Conscientious objection is exceptional and is based on ethical, moral, and religious reasons, which, in turn, must be sincere and authentic⁸. It must have a constant character, and should not be a temporary caprice, that is, a changeable position according to each circumstance⁹. The right to freedom of religion, conscience, and thought is guaranteed by the International Covenant on Civil and Political Rights, considered the legal pillar of the Universal Declaration of Human Rights; however, these rights are limited to protect the well-being of others¹⁰. Conscientious objection is governed by subjective considerations and certain criteria are required for the refusal to be legally complied with. The justification must be supported by reasons of intimate, moral, or religious forum and the requested procedure should not be an emergency; therefore, referral to other physicians to conduct the procedure is possible, without causing damage to the patient^{11,12}.

The topic requires further discussion and research that will contribute to a greater number of publications, thus broadening the debate among diverse professionals and health services. Available literature shows that medical professionals are unaware of the concept of “objector” and that they are obliged to justify the reason for refusal, to provide information on treatments that they consider objectionable, and to refer them to professionals whom perform such procedures¹³. Data on the prevalence of objectors are few and are restricted to sites that require the physician to register as such. For example, the Italian Ministry of Health reports that 70% of gynecologists and obstetricians and 50% of anesthesiologists registered as objectors to pregnancy termination¹⁴. In Portugal, approximately 80% of gynecologists refuse to perform abortions^{15,16}. However, few studies have attempted to evaluate the subject in medical training.

Consequently, we identified the prevalence of refusal to provide reproductive health services among medical students who were concluding their medical internship in perinatology. Specifically, we examined three situations: abortion provided by law, contraceptive counseling for young adolescents, and prescribing emergency contraception (the “morning-after pill”). In addition, we identified the motivating factors behind students’ objection and sought to determine students’ ethical knowledge about the subject.

Methods

This was a cross-sectional study that was developed between June 2016 and July 2017. Participants were 120 medical students from the Bahia School of Medicine and Public Health in Brazil. Students were enrolled in the 9th semester and were included consecutively (i.e., unintentionally and when they finished an internship in perinatology). All were invited to participate in the project. Those who agreed, after providing free and informed consent written, answered an unidentified self-administered questionnaire. Those who refused to participate in the project, for any reason, were excluded.

The following independent variables were considered: age, ethnicity (self-declared), religious beliefs, sex, attendance at worship services, degree of religiosity and ethical value in students' lives, and knowledge about reproductive health. Religiosity was classified according to how it influenced and promoted meaning in the interviewee's life, based on the agreement or disagreement of two statements: "I strive to maintain and follow my religious beliefs in all aspects of my life" and "my way of living is driven by my religion." Both claims were derived from Hoge's scale of intrinsic religious motivation and extensively validated in several studies¹⁷. Intrinsic religiosity was then classified as low, if students disagreed with both statements; moderate; if they agreed with only one; and high, if they agreed with both. Ethical value was evaluated with the agreement or not with the affirmation, "No matter what I believe in but rather lead an ethical life."

The dependent variables studied were whether students objected to the conduct of three clinical cases about reproductive health: providing an abortion to a young woman who became pregnant from a sexually violent act, providing contraceptive guidance to a 14-year-old adolescent without parental consent, and the prescription of emergency contraception to a young woman after she had unprotected intercourse. The ethical knowledge researched was the physician's obligation to clearly state the reason for the objection; their professional duty to report all possible treatment alternatives to the patient, including those that they are morally or religiously opposed to; and the need to refer the patient to another doctor, who does not object to the indicated procedure.

Statistical analyses were performed using SPSS 14.0 and statistical significance was set at $p < .05$. Word and Excel 2016 (Windows[®]) were used for word processing and table creation. Data were analyzed using frequency and percentage distribution; χ^2 tests and t -tests were used for analyses.

This study was submitted to and approved by the Research Ethics Committee of the Bahian School of Medicine and Public Health, with Certificate of Presentation for Ethical Assessment (no. 54585216.6.0000.5544).

Results

All 120 students who completed the internship in perinatology participated in the project. Participants' general characteristics are shown in Table 1.

Table 1. Students' characteristics

Feature	n/N (%)
Age	24.35 ± 2.72 years
Female	90/120 (75)
Caucasian	74/120 (61.7)
Followed some religion	96/120 (80.0)
Attendance at worship services	
Never	59/120 (49.2)
Once per month	37/120 (30.8)
≥ Twice a month	24/120 (20.0)
Hoge Scale	
Low religiosity	62/120 (51.7)
Moderate religiosity	37/120 (30.8)
High religiosity	21/120 (17.5)
No matter what I believe in but rather lead an ethical life	77/120 (64.2)
Object to abortion provided by law	43/120 (35.8)
Object to contraceptive counseling for young adolescents	21/120 (17.5)
Object to prescribing emergency contraception	7/120 (5.8)

n = number of students, N = total sample size.

Among the students who objected to abortion provided by law, a significant association was observed with a higher attendance at worship service and with a high religious motivation as measured by the Hoge scale. The refusal of contraceptive guidance to young adolescents was

significantly more frequent among women than men. None of the features studied was associated with the objection to prescribe emergency contraception (Table 2).

Table 2. Predictors of objection in the discussed clinical cases

Predictor	Object to legal	Object to contraceptive	Object to prescribing
	abortion	guidance for young	emergency
	n/N (%)	adolescents	contraception
	p-value	n/N (%)	n/N (%)
		p-value	p-value
Age	24.9 ± 3.49	24.14 ± 3.42	24.86 ± 1.57
	<i>p</i> = .075 [§]	<i>p</i> = .750 [§]	<i>p</i> = .617 [§]
Followed some religion	37/43 (86.0)	17/21 (81.0)	5/7 (71.4)
	<i>p</i> = .216 ⁺	<i>p</i> = .904 ⁺	<i>p</i> = .559
Caucasian	27/43 (62.8)	14/21 (66.7)	5/7 (71.4)
	<i>p</i> = .850 ⁺	<i>p</i> = .604 ⁺	<i>p</i> = .584 ⁺
Female	35/43 (81.4)	12/21 (57.1)	7/7 (100)
	<i>p</i> = .227 ⁺	<i>p</i> = .037 ⁺	<i>p</i> = .115 ⁺
Attendance at worship services			
Never	17/43 (39.5)	11/21 (52.4)	2/7 (28.6)
Once per month	12/43 (27.9)	6/21 (28.6)	3/7 (42.9)
≥ Twice a month	14/43 (32.6)	4/21 (19.0)	2/7 (28.6)
	<i>p</i> = .034 ⁺	<i>p</i> = .984 ⁺	<i>p</i> = .532 ⁺
Hoge Religious Scale			
Low	14/43 (32.6)	11/21 (52.4)	2/7 (28.6)
Moderate	14/43 (32.6)	6/21 (28.6)	4/7 (57.1)
High	15/43 (34.9)	4/21 (19.0)	1/7 (14.3)
	<i>p</i> < .001 ⁺	<i>p</i> = .961 ⁺	<i>p</i> = .289 ⁺
Ethical value	29/43 (67.4)	14/21 (66.7)	3/7 (42.9)
	<i>p</i> = .576 ⁺	<i>p</i> = .793 ⁺	<i>p</i> = .226 ⁺

⁺ χ^2 -test, [§]*t*-test. n = number of students, N = total sample size.

A percentage of 24.2% of the students did not agree that it would be ethical for the physician to clearly describe the reason for the refusal. The assertion that the professional has

a duty to present all possible alternatives to the treatment in question, and that are supported by law, even those that oppose it, was not recognized by 15% of the sample. When questioned about the obligation of referral to a professional that does not oppose the treatment, and in the impossibility of objection will not be complied with, it was rejected by 25.8% of the students (Table 3).

Table 3. Ethical knowledge of students about conscientious objection

Ethical knowledge	Yes n/N (%)	No n/N (%)
Would it be ethical for the physician to clearly describe to the patient why they oppose the requested procedure?	91/120 (75.8)	29/120 (24.2)
Does the doctor have an obligation to present all possible treatment options for the patient, including those that may hurt their beliefs?	112/120 (85.0)	18/120 (15.0)
Does the objecting physician have an obligation to refer the patient to someone who does not object to the requested procedure and in the impossibility that the objection will it not be complied with?	89/120 (74.2)	31/120 (25.8)

n = number of students, N = total sample size.

Discussion

There are few data on the prevalence of conscientious objection and studies that attempt to identify the motivations for such objection. The existing reports describe generalized episodes, and there is no global mapping. In this study, students' objection was identified in three clinical situations, being more prevalent in the legal abortion request, which was rejected by slightly more than one-third of the sample.

Consistently, abortion is the procedure that most arouses conscientious objection globally⁶. In a study involving 1174 medical students from three medical schools in Piauí, Brazil, the termination of pregnancy related to sexual violence was rejected by half of them¹⁸. In addition, half of the medical students who participated in a project that sought to evaluate their attitudes and opinions about abortion in Brazil were uncomfortable dealing with the interruption of pregnancy, even when they had legal protection¹⁹. In the UK, almost one-third

of a random sample of gynecology and obstetrics students labeled themselves as objectors to abortion²⁰. In Spain, a study with medical/nursing students revealed that half supported access to termination of pregnancy and that they would be willing to provide this service²¹. A study conducted in South Africa with 1308 medical students showed that one-fifth would conduct an abortion under any circumstances. This same study reported a lower likelihood of refusal among students who were older, sexually active, further ahead in the degree, and without religious affiliation compared to their counterparts²².

Following a religion seems to be strongly associated with attitudes related to abortion²³. The present study demonstrated that just having a religious affiliation does not indicate a greater possibility of refusal to terminate pregnancy under the law. Refusing legal abortion was significantly more prevalent among those with high (vs. low) religious motivation and higher attendance (vs. lower) at worship services, reflecting the sincerity of the objector's beliefs. Other characteristics such as age, sex, and moral value were not shown to be motivating objections in the studied group.

The debate on conscientious objection surfaced throughout the world with the refusal to prescribe "the morning-after pill" by some doctors and pharmacists²⁴. This objection was mainly due to the existence of a probable abortive effect described in the first publications on the subject. This hypothesis has not been confirmed by the most current studies that showed that the delay of the ovulation is its true mechanism of action²⁵. In southern Italy, about 80% of doctors and nurses considered themselves as objectors of emergency contraception and this was the last country to release the use and marketing of the method, which only occurred after 2016²⁶. In England, 10% of doctors consider themselves to be objectors of emergency contraception²⁶. The low prevalence of refusal to use this contraceptive method in our study may reflect the most current knowledge about the subject, mainly regarding its mechanism of action and its safety, eliminating prejudices and unjustifiable fears, which are considered predictors of its refusal²⁷. None of the characteristics evaluated in this study were associated with a greater probability of objection to this contraceptive method, including religiosity, which is indicated by the literature as the main motivator behind the refusal of this contraceptive method²⁴.

More than half of the physicians who participated in a study on teenage contraception in the United States declined to offer these services in this age group, without parental consent, even though there was conflicting jurisprudence²⁴. Contraceptive counseling to adolescents was objected to by slightly more than 15% of the students in our sample. A greater association with the objection in providing this type of assistance was observed among women, suggesting

prejudiced attitudes that are reflective of repressive sexual education. Sexual activity among adolescents arouses much discussion, especially the ethical, moral, and religious aspects that represent obstacles to safe and responsible sex for young people. Another factor motivating the refusal of contraceptive guidance to young people is professionals' lack of knowledge of existing legislation on the subject. The doctor-patient relationship is governed mainly by privacy, confidentiality, secrecy, and autonomy, which are also extended to adolescents. Contraceptive counseling for girls aged 12–14 years, when offered carefully, does not constitute an offense, if the possibility of sexual abuse or violence is eliminated²⁸.

The difficulty of access to procedures, such as those discussed, resulting from the objection of medical professionals, has a disproportionate impact on reproductive health in the poorest populations. Regions where maternal mortality rates are high are related to pregnancy, childbirth, puerperium, and abortion⁴. Catastrophic individual and population consequences have also been noted in countries with abundant resources, thus creating difficulties in the free exercise of fundamental rights⁴. In Brazil, although conscientious objection has been regulated since 2005, access to legal abortion is hampered by the objection of physicians to perform this procedure²⁹. Objection is often not based on personal, religious, or moral reasons, but instead because the individual does not believe that the pregnancy was the result of sexual violence and demands documentation that proves aggression was present. The jurisprudence dealing with the subject is ignored, thus creating unnecessary barriers to abortion provided by law³⁰.

The refusal to prescribe emergency contraception, for the undeniable damages it may cause, is considered by the Federal Council of Medicine as an ethical infraction³¹. In addition to being the only contraceptive method that can be used after intercourse, emergency contraception has great validity in cases of sexual violence, avoiding, on average, three out of four pregnancies³². The occurrence of an unwanted pregnancy from sexual violence exposes a woman to vital risks, typically culminating in unsafe abortion⁴. In Brazil, young women commence sexual activity at an earlier age³³, which involves risks. Specifically, complications related to gestation represent the second most prevalent cause of death among girls aged 15–19 years³⁴. Pregnancy in this age group is often associated with situations of social vulnerability, lack of information, and difficulties in accessing specialized services and quality, especially among the neediest. The strategy advocated by World Health Organization (WHO), with the creation of services directed to this age group, succumbed to the lack of professional preparation, denying adolescents freedom of choice and confidentiality and promoting repressive and controlling actions that were based on moral and religious issues³⁵.

The International Federation of Gynecology and Obstetrics¹³ and the WHO⁴ proposed recommendations related to the tolerance of conscientious objection in reproductive health, ruling from an ethical perspective. This regulation is aimed at the balance between the conscientious objection of the doctor, and the patient's right to have the procedure with quality and without discrimination, recognizing how harmful the consequence of refusal could be. Conscientious objection is a guaranteed right of the professional, as is their right of not being discriminated by their convictions. However, physicians' tolerance of refusal is limited by patients' right to obtain the necessary treatments, thus avoiding harm.

Obligations of the objector included clearly stating the reason for the refusal; provide information on all possible treatments, including those they oppose, and refer the patient to another professional. The data we obtained regarding students' refusal to complete these three duties differed from those obtained in an earlier study, which sought to assess the ethical responsibilities involved in conscientious objection to abortion provided by law among medical students where 54% of academics would not refer women to another professional and more than 70% would not provide treatment options¹⁸. The influence of religion on conscientious objection, and the ignorance of the legal obligations of the objector justify these attitudes. Further, the difficulty of some doctors in being open about their beliefs with patients does not allow for frank dialogue about the true reasons for refusal. The non-referral of the patient to another professional, who is not a conscientious objector, is an obstacle to the performance of the requested procedure, not respecting the autonomy of the patient, disrespecting scientific integrity, and failing to fulfil their greatest duty, which is to provide quality care. These determinations respect the objector status; however, they require the physician to take responsibility for the patient until the procedure requested and supported by law is performed. The refusal should not be absolute, should be treated as an exception, and its limits must be respected, thus preserving the dignity of all involved.

Conclusions

The prevalence of conscientious objection and the attitudes adopted by the students of this sample justify that the subject should be discussed in the medical curricula, including clarifying the concept of the objector and their obligations. The deleterious effects of refusal, especially regarding the violation of women's autonomy and scientific integrity, must be illuminated. In addition, promoting future doctors' knowledge of the existing legislation is of

fundamental importance, as this can offer students a richer experience on the subject and even modify their opinions. When invoked, conscientious objection can provoke an ethical conflict due to the confrontation of physicians' personal values and the strong emotional shock often presented by patients seeking such services. Therefore, in these moments, effective communication skills are necessary. One of the challenges of medical education is to develop teaching–learning tools that are appropriate to the development of this competence and collaborating with the training of professionals with a high moral and ethical standard capable of meeting the needs of the health system. Lastly, guidance on students' future specialty should consider potential conflicts that may arise due to their moral, ethical, or religious values toward performing certain procedures.

References

1. Chavkin W, Leitman L, Polin K. Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: A White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses. *Int J Gynecol Obstet.* 2013; 123: S41-S56.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion No. 385: The limits of conscientious refusal in reproductive medicine. *Obstet Gynecol.* 2007; 110(5): 1203-1208.
3. Muramoto O, Rivero RO, Charo RA, et al. Conscientious objection to referrals for abortion: Pragmatic solution or threat to women's rights? *J Med Ethics.* 2014; 28(2): 15.
4. World Health Organization. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2012.
5. Zampas C. Legal and ethical standards for protecting women's human rights and the practice of conscientious objection in reproductive healthcare settings. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013; 123 Suppl: S63-65.
6. Strickland SL. Conscientious objection in medical students: A questionnaire survey. *J Med Ethics.* 2012; 38(1): 22-25.
7. De Zordo S. O173 Obstetricians-gynecologists' attitudes towards abortion and conscientious objection in Italy. *Int J Gynecol Obstet.* 2012; 119: S321.
8. Seoane JA. The perimeter of the medical conscience objection. *Indret.* 2009 (4).
9. Herranz G. La Objeción de Conciencia en las Profesiones Sanitarias. Una Defensa Pacífica de las Conviccionesmorales. 1995. Accessed October 21, 2017.

10. Pacto Internacional Sobre Direitos Civis e Políticos, adotado em 16 de dezembro de 1966, Res. A.G. 2200A (XXI), ROAG ONU, 21ª Sess., Sup. No. 16, p. 52, Doc. ONU A/6316 (1966), 999 ST ONU 171 (em vigor a partir 23 de março de 1976).
11. Magelssen M. When should conscientious objection be accepted? *J Med Ethics*. 2012; 38(1): 18-21.
12. Brock DW. Conscientious refusal by physicians and pharmacists: Who is obligated to do what, and why? *Theor Med Bioeth*. 2008; 29(3): 187-200.
13. Figo Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical guidelines on conscientious objection in training. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015; 128(1): 89-90.
14. Minerva Francesa. Conscientious Objection in Italy. *Journal of Medical Ethics*. 2015;41(2):170-3
15. Heino A, Gissler M, Apter D, Fiala C. Conscientious objection and induced abortion in Europe. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013; 18 (4): 231-233.
16. Oliveira da Silva M. Reflections on the legalisation of abortion in Portugal. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2009; 14: 245-248.
17. Hoge D. A validated intrinsic religious motivational scale. *J Sci Study Relig*. 1972; 11: 369-376.
18. Madeiro A. Conscientious objection and legal abortion: Medical students' attitudes. *Rev Bras Educ Med*. 2016; 40(1): 86-92.
19. Darzé OI, Azevêdo BK. Competences acquired during medical training and the opinions and attitudes about abortion. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36(1): 5-9.
20. Roe J, Francome C, Bush M. Recruitment and training of British obstetrician--gynaecologists for abortion provision: Conscientious objection versus opting out. *RHM*. 1999; 7(14): 97-105.
21. Rodriguez-Calvo M, Martínez-Silva I, Concheiro L, Muñoz-Barús J. University students' attitudes towards voluntary interruption of pregnancy. *Legal Med*. 2012; 14(4): 209-213.
22. Wheeler SB, Zullig LL, Reeve BB, Buga GA, Morroni C. Abortion attitudes among medical school students in South Africa. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2012: 154-163.
23. Schwarz E. Willing and able? Provision of medication for abortion by future internists. *Womens Health Issues*. 2005; 15(1): 39-44.
24. Curlin FA, Lawrence RE, Chin MH, Lantos JD. Religion, conscience, and controversial clinical practices. *N Engl J Med*. 2007; 356(6): 593-600.

25. Trussell J, Guthrie KA. Talking straight about emergency contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2017; 33: 139-142.
26. Vergallo GM, Zaami S, Di Luca NM, Marinelli E. The conscientious objection: Debate on emergency contraception. *Clin Ter*. 2017; 168(2): 113-119.
27. Tilahun D, Assefa T, Belachew, T. Predictors of emergency contraceptive use among regular female students at Adama University, Central Ethiopia. *Pan Afr Med J*. 2010; 7(1).
28. Febrasgo SBP. Contraceção e ética: Diretrizes atuais durante a adolescência. *Adolesc Saude*. 2005; 2(2): 6-7.
29. Uberoi D, Galli B. A recusa dos serviços de saúde reprodutiva por motivo de consciência na América Latina. *SUR Revista Internacional de Direitos Humanos*. 2016; 13(24): 105-116.
30. Diniz D, Madeiro A, Rosas C. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: A study among physicians in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2014; 22(43): 141-148.
31. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM No. 1.811/2006. Estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da Anticoncepção de Emergência, devido a mesma não ferir os dispositivos legais vigentes no país. *Diário Oficial da União, Seção I*, p. 72; 2007.
32. World Health Organization. Fact Sheet No. 244. Emergency contraception. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en>. Published 2012. Accessed May 24, 2017.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: Relatório. Brasília: Ministério da Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf. Published 2008. Accessed June 20, 2017.
34. World Health Organization. *Adolescent Pregnancy Issues in Adolescent Health and Development*. 2004: 1-92.
35. Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira FdC, et al. Sexual behavior among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014; 17 Suppl 1: 116-130.

5.2 Artigo 2 - Uma proposta educativa para abordar objeção de consciência em saúde reprodutiva, durante o ensino médico

Revista Brasileira de Educação Médica



Uma proposta educativa para abordar objeção de consciência em saúde reprodutiva, durante o ensino médico

Journal:	Revista Brasileira de Educação Médica
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Keyword - Go to DeCS or MeSH to find your keywords.:	Abortion / legislation and jurisprudence, Reproductive rights., Medical education., . Knowledge, attitudes and practices in health., . Women's health

SciendoOne Manuscripts™ [Omar Torral Detail](#) | [Instructions to Authors](#) | [Web](#) | [Log Out](#)

SciELO Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

[Home](#) | [Author](#)

[Author Dashboard](#) / [Submission Confirmation](#)

Submission Confirmation Print

Thank you for your submission

Submitted to	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
Manuscript ID	RBG/O 2010-0035
Title	Prevalence, attitudes, and factors motivating conscientious objection toward reproductive health among medical students
Authors	Darzi, Omar Torral Barroso Junior, Ubirajara
Date Submitted	17-Mai-2010

[Author Dashboard](#)

Uma proposta educativa para abordar objeção de consciência em saúde reprodutiva, durante o ensino médico

Resumo

Objetivo: Este estudo procurou avaliar a técnica do *role-playing* na abordagem da objeção de consciência no currículo médico, estimulando o raciocínio ético e habilidade de comunicação, competências necessárias ao maior conforto na alegação da recusa por parte do profissional. **Métodos:** Estudo transversal envolvendo 120 acadêmicos de medicina, no momento em que encerravam o internato em Perinatologia. Os estudantes responderam a um questionário autoaplicável, antes e após a intervenção, contendo variáveis demográficas, e da anuência de conduzir ou não situações em saúde reprodutiva, como o abortamento legal, a orientação contraceptiva a jovens adolescentes e a prescrição da pílula do dia seguinte. O grau de conforto dos estudantes ao conduzir estes casos e os conhecimentos éticos sobre o tema, também foram questionados. Depois de recolhido os questionários, os alunos assistiram a três filmes de curta metragem, um tratando da recusa de um médico a realizar um abortamento previsto em lei, outro sobre a orientação contraceptiva a uma jovem de 13 anos e sem o consentimento dos pais e, um terceiro, acerca da prescrição da pílula do dia seguinte a uma jovem que teve uma relação desprotegida no 14º dia do ciclo. Encerrada esta etapa, estimulou-se uma discussão sobre os seguintes tópicos: os aspectos legais sobre o tema, o direito à objeção de consciência do médico, a violação da autonomia da paciente, e o prejuízo à saúde do solicitante em decorrência da recusa por parte do médico. Encerrada esta fase preparatória, formaram-se subgrupos de 3 alunos que simularam os três casos clínicos, havendo um revezamento entre os papéis de médico, paciente e observador. Logo após a dramatização, os estudantes foram estimulados a discutir as inter-relações nos papéis do médico e do paciente, a objeção de consciência do médico, o efeito da recusa ao tratamento no paciente, e a capacidade de comunicação do médico. Ao final, foi reaplicado o mesmo questionário, com as mesmas questões sobre a anuência ou não da condução dos casos clínicos, do grau de conforto ao conduzi-los, como também as perguntas referentes aos conhecimentos éticos sobre objeção de consciência. Os dados foram analisados pelo teste do X^2 , teste *t* e teste de McNemar, com nível de significância de 5%. **Resultados:** A alteração do conforto do estudante na condução do abortamento previsto em lei, após a intervenção, foi significativa ($p < 0,001$). O mesmo foi observado na orientação contraceptiva às jovens adolescentes ($p < 0,001$) e na prescrição da contracepção de emergência ($p = 0,002$). A mudança de opinião quanto à objeção ao

abortamento legal foi significativa ($p=0,003$) e também quanto à orientação contraceptiva a jovens adolescentes ($p=0,012$). Não se observou diferenças na prescrição da pílula do dia seguinte ($p=0,500$). **Conclusões:** A aplicação desta metodologia, no grupo participante, tornou mais confortável a condução dos casos discutidos e forneceu um conteúdo técnico, legal e ético para o melhor embasamento de suas opiniões.

Palavras-chave: Abortamento/Legislação e Jurisprudência, Direitos Reprodutivos, Educação Médica, Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde, Saúde da Mulher, Objeção de Consciência, Role-playing.

Abstract

The discussion about conscientious objection in the medical curriculum requires an educational model that encourages ethical reasoning and communication skills, minimizing moral conflict and the damage that a refusal can cause to patients. **Objectives:** To evaluate the effectiveness of role-playing in addressing the issue of conscientious objection in the medical curriculum. **Methods:** An intervention study, involving 120 medical students, at the moment they gradually finished the internship in Perinatology. The project was composed of 8 modules with 15 students each. Initially a questionnaire was applied to obtain demographic information, religiosity, ethical knowledge on conscientious objection in medical practice and on the concordance, or not, and the degree of comfort in driving situations such as legal abortion, the prescription of emergency contraceptives and contraceptive guidance to young adolescents. Subsequently, 3 short films, created exclusively for the project, were shown. The first addressed the denial of a doctor to perform an abortion on a 15-year-old girl who is a victim of sexual violence. The second simulates a doctor's objection to providing contraceptive guidance to a 13-year-old adolescent without parental consent. The last film portrays the doctor's refusal to prescribe emergency contraception to a young woman after unprotected intercourse on the 14th day of her cycle. A discussion was then stimulated taking into account mainly: the existing legislation on the subject, the right to conscientious objection by the doctor, violation of the autonomy of the patient, the potential of discrimination and harm to the health of the petitioner due to refusal. Subgroups of 3 students were then formed to simulate the clinical cases, acting as close as possible to a real situation, with a relay between the roles of physician, patient and observer. At the end, the questionnaire was reapplied. Data were analyzed by the χ^2 test, t-test and McNemar's test, with a significance of 5%. **Results:** Abortion was rejected by 35.8% of

the students, contraception to adolescents by 17.5% and emergency contraception by 5.8%. A high religiosity ($p < 0.001$) and a higher attendance of cults ($p = 0.034$) were the predictors identified with abortion provided by law. The refusal of contraception to adolescents was significantly higher among men ($p = 0.037$). Of the sample, 25% did not explain the reason for the refusal, 15% did not describe all procedures and 25% would not forward patients. The change in comfort in conducting abortion provided by law after the intervention was significant ($p < 0.001$). The same was observed in the contraceptive orientation of young adolescents ($p < 0.001$) and in the prescription of emergency contraception ($p = 0.002$). The change of opinion regarding objection to legal abortion was significant ($p = 0.003$) and also regarding the contraceptive orientation of young adolescents ($p = 0.012$). No differences were observed in the prescription of emergency contraception ($p = 0.500$). **Conclusions:** The application of this methodology in the participant group made the conduct of the cases discussed more comfortable and provided a technical, legal and ethical content for a better grounding of their opinions. **Keywords:** Abortion / legislation and jurisprudence. Reproductive rights. Medical education. Knowledge, attitudes and practices in health. Women's health. Objection of consciousness. Role-playing.

Introdução

Os profissionais de saúde podem se opor a determinados procedimentos por questões morais, religiosas, filosóficas ou éticas. Esta prática é referida como “objeção de consciência”.¹ Este direito é garantido pelo Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, sustentáculo jurídico da Declaração Universal dos Direitos Humanos.² Questões relacionadas à saúde reprodutiva, tais como a interrupção da gravidez e contracepção, são as que mais provocam objeções de consciência na prática médica.^{3,4} A integridade moral, religiosa e ética do médico é garantida, porém, conflitos podem surgir quando este direito impede o acesso do paciente à informação ou assistência médica necessária. A alegação da objeção de consciência se associa com agravos importantes aos pacientes, impedindo, muitas vezes, o acesso a cuidados de saúde reprodutiva e sexual.⁵ Por este motivo, a recusa de atendimento por um médico objetor, deve ser limitada, não sendo permitida a imposição de suas crenças morais ou religiosas aos indivíduos que necessitem de procedimentos assegurados pela lei.⁴ A recusa não pode ser proclamada nas situações de impossibilidade da atuação de outro profissional e, quando a não realização do procedimento possa pôr em risco a integridade física ou mental do paciente.⁶ São raros os trabalhos sobre o tema, e pouco se sabe sobre a prevalência de médicos objetores. Na Itália, onde é obrigatório o registro de objetor, cerca de 70% dos ginecologistas e 50% dos

anestesiastas se registraram como objetores ao abortamento.⁷ Muitos profissionais médicos desconhecem o conceito de “objedor” e suas obrigações, tais como a de prestar informações sobre tratamentos que consideram censuráveis, e o dever de encaminhar os pacientes a profissionais não objetores.⁸ Estes resultados comprovam a necessidade de se discutir a objeção de consciência, ainda nas escolas médicas, cabendo aos educadores delinear quais as habilidades necessárias e a metodologia a ser aplicada. Os estudiosos da ética sugerem que os profissionais devam desenvolver fortes habilidades de comunicação para implementar seu raciocínio ético.⁹ A discussão sobre o tema “objeção de consciência” requer tal modelo educacional, pois o conflito ético brota a partir dos valores pessoais do médico e o forte abalo emocional frequentemente apresentado pelos pacientes que procuram estes serviços. O futuro médico precisa saber como se portar no momento de exercer seu direito à objeção de consciência, conhecendo a legislação local, respeitando a autonomia e integridade dos seus pacientes, não permitindo que sua recusa lhes cause prejuízos.

Métodos de ensino-aprendizagem, mais apropriados à questão da humanizada da relação médico-paciente, vêm sendo desenvolvidos com o objetivo de favorecer a comunicação, o respeito às diversidades, à criatividade e livre expressão, como proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.¹⁰ Este estudo procurou avaliar a técnica do *role-playing* na abordagem da objeção de consciência no currículo médico, estimulando o raciocínio ético e habilidade de comunicação, competências necessárias ao maior conforto na condução dos casos. O *role-playing* é uma simulação que permite a “troca de papéis”, proporcionando a experimentação dos diversos pontos de vista, ao interpretar o papel do “outro”. Esta metodologia desenvolve atitudes como empatia e solidariedade, pilares para um atendimento humanizado e respeitoso quanto às diversidades, facilitando o enfrentamento em situações de conflitos éticos, que podem surgir na alegação da recusa por parte do médico. Avaliar a absorção de conhecimentos éticos sobre o tema e a prevalência da recusa aos casos discutidos antes e após a intervenção, testando a hipótese que a opinião é mutável pela vivência, foram os objetivos secundários deste trabalho.

Métodos

Este é um estudo de intervenção envolvendo 120 acadêmicos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Os estudantes, que formaram a amostra, estavam cursando o 9º semestre do currículo médico e foram incluídos de forma consecutiva, ou seja, de forma não intencional, e após a aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido. Aqueles que, por qualquer motivo, se recusaram a participar, foram excluídos. Ao final, o projeto foi composto

por 8 módulos com 15 alunos cada. Os módulos foram formados e trabalhados isoladamente, com o mesmo facilitador e no momento em que os estudantes encerravam o estágio rotatório em Perinatologia, entre junho de 2016 e julho de 2017.

O delineamento do estudo ocorreu em três etapas, iniciado pela aplicação de um questionário autoaplicável e não identificado, incluindo informações demográficas, religiosidade e conhecimentos éticos sobre objeção de consciência na prática médica. Neste mesmo questionário, se inquiriu sobre a concordância, ou não, em conduzir situações clínicas em saúde reprodutiva, como o abortamento legal, a prescrição da pílula do dia seguinte e a orientação contraceptiva a jovens adolescentes. Também se questionou sobre o grau de conforto do estudante durante o enfrentamento dos casos descritos. A religiosidade foi graduada de acordo como influenciava e promovia sentido à vida do entrevistado, com base na concordância ou discordância de duas declarações: “eu me esforço para manter e seguir minhas crenças religiosas em todos os aspectos da minha vida” e “o meu modo de viver é conduzido por minha religião”. Ambas as afirmações são derivadas da escala de motivação religiosa intrínseca de Hoge¹¹ e validadas em pesquisas. A religiosidade intrínseca foi classificada como baixa, se os alunos discordaram com ambas as declarações; moderada, se concordavam com apenas uma, e alta, se concordavam com ambas. O valor ético foi avaliado com a concordância, ou não, da afirmação: “não importa no que creio e sim em levar uma vida ética”. Os conhecimentos éticos sobre o tema investigado foram: a obrigação do médico objeitor em expor claramente o motivo da recusa, de relatar todas as alternativas de tratamento possíveis ao paciente, inclusive as que se opõe, e da obrigação de encaminhar o paciente para um profissional não objeitor.

Encerrado este primeiro questionário, e com o objetivo de proporcionar um embasamento teórico sobre o tema, os estudantes foram convidados a assistir 3 filmes de curta metragem, criados exclusivamente para o projeto. O primeiro filme aborda a negação de um médico em realizar um abortamento em uma jovem de 15 anos, vítima de violência sexual, no curso da 8ª semana de gestação. O segundo, simula a objeção de um médico em fornecer orientação contraceptiva a uma adolescente de 13 anos de idade, e sem o consentimento dos pais. O último filme retrata a recusa do médico em prescrever a pílula do dia seguinte a uma jovem, temerosa de uma provável gravidez, após uma relação sexual desprotegida, no 14º dia do ciclo. Após a exibição dos filmes, o facilitador estimulou uma discussão considerando, principalmente, os seguintes tópicos: as legislações existentes sobre o tema, o direito à objeção de consciência do médico, a violação da autonomia da paciente, o potencial de discriminação e o prejuízo à saúde do solicitante decorrente da violação da integridade científica. Em seguimento a esta fase preparatória, formaram-se subgrupos de 3 alunos que simularam os três casos clínicos, atuando

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

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

Resultados

Participaram do estudo 120 alunos, com idade média de $24,35 \pm 2,72$ anos. Os do sexo feminino (75%) e os da raça branca (61,7%) compuseram a maior parte da amostra. Entre os estudantes, 80% informaram seguir uma determinada religião; 9,2% se consideraram ateus; 3,3% agnósticos e 7,5% não se encaixaram em nenhuma opção. As religiões mais relatadas foram a Católica (51,7%), a Espírita (13,3%), a Evangélica (5,8%), e a Protestante (5,0%). Com relação à frequência a cultos religiosos, pouco menos da metade (49,2%) referiu que não os frequenta. A participação em pelo menos 1 culto ao mês foi informada por 30,8% e apenas 20% informou que os frequenta duas ou mais vezes ao mês. Aplicando a escala religiosa de Hoge, 51,7% dos estudantes demonstraram baixa religiosidade; 30,8% moderada e apenas 17,5% alta

religiosidade. A concordância com a afirmação “Não importa no que creio e sim levar uma vida ética” foi referida como verdadeira por 64,2% da amostra (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos estudantes que compuseram a amostra

Característica	n/N (%)
Idade 24,35±2,72 anos	
Sexo feminino	90/120 (75,0)
Raça branca	74/120 (61,7)
Católicos	62/120 (51,7)
Protestantes	6/120 (5,0)
Evangélicos	7/120 (5,8)
Espíritas	16/120 (13,3)
Judaicos	1/120 (0,8)
Messiânicos	1/120 (0,8)
Ateus	11/120 (9,2)
Agnósticos	4/120 (3,3)
Segue uma outra religião não listada	3/120 (2,2)
Seque alguma religião	96/120 (80,0)
Não se enquadrou em nenhuma das opções	9/120 (7,5)
Nunca frequenta cultos religiosos	59/120 (49,2)
Frequenta 1 culto por mês	37/120 (30,8)
Frequenta 2 ou mais, cultos ao mês	24/120 (20,0)
Baixa religiosidade	62/120 (51,7)
Moderada religiosidade	37/120 (30,8)
Alta religiosidade	21/120 (17,5)
Concordaram com a afirmação “Não importa no que creio e sim levar uma vida ética”	77/120 (64,2)

n = número de alunos N = 120

Comparando o relato da objeção ao abortamento previsto em lei, antes e após a intervenção, se observou uma alteração com significância estatística (35,8 e 27,5%; $p=0,003$). O mesmo ocorreu com a recusa à orientação contraceptiva a jovens adolescentes (17,5 e 7,5%;

$p=0,012$). Não se observou, entretanto, diferenças significativas quanto à objeção a prescrição da contracepção de emergência (5,8 e 3,3%; $p=0,500$) (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência da “recusa” na condução dos casos, antes e após a intervenção

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

*Teste de MacNemar

n = número de alunos N = número total de alunos

Maior frequência a cultos religiosos ($p= 0,034$) e uma alta motivação religiosa ($p< 0,001$) influenciaram de forma significativa a objeção ao abortamento previsto em lei, nesta amostra. A recusa à orientação contraceptiva a jovens adolescentes, foi significativamente mais frequente entre os homens ($p=0,037$). Nenhuma das características estudadas se associou com a objeção à prescrição da pílula do dia seguinte (Tabela 3).

Tabela 3 - Preditores da objeção aos casos clínicos discutidos

Preditor	Objeção ao abortamento legal n/N (%) valor de p	Objeção a orientação contraceptiva a jovens adolescentes n/N (%) valor de p	Objeção a prescrição da contracepção de emergência n/N(%) valor de p
Idade	24,9 ±3,49 $p= 0,075^{**}$	24,14±3,42 $p=0,750^{**}$	24,86±1,57 $p=0,617^{**}$
Ter uma religião	37/43 (86,0) $p=0,216^*$	17/21 (81,0) $p=0,904^*$	5/7 (71,4) $p=0,559$

Raça Branca	27/43 (62,8) $p=0,850^*$	14/21 (66,7) $p=0,604^*$	5/7 (71,4) $p=0,584^*$
Sexo Feminino	35/43 (81,4) $p=0,227^*$	12/21 (57,1) $p=0,037^*$	7/7 (100) $p=0,115^*$
Participação em cultos religiosos			
Nunca	17/43 (39,5)	11/21 (52,4)	2/7 (28,6)
1 vez ao mês	12/43 (27,9)	6/21 (28,6)	3/7 (42,9)
≥ 2 vezes ao mês	14/43 (32,6) $p=0,034^*$	4/21 (19,0) $p=0,984^*$	2/7 (28,6) $p=0,532^*$
Escala Religiosa de Hoge			
Baixa	14/43 (32,6)	11/21 (52,4)	2/7 (28,6)
Moderada	14/43 (32,6)	6/21 (28,6)	4/7 (57,1)
Alta	15/43 (34,9) $p<0,001^*$	4/21 (19,0) $p=0,961^*$	1/7 (14,3) $p=0,289^*$
Valor ético	29/43 (67,4) $p=0,576^*$	14/21 (66,7) $p=0,793^*$	3/7 (42,9) $p=0,226^*$

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

As questões sobre os aspectos éticos da objeção de consciência foram comparadas antes, e após a intervenção. Diferenças significativas foram demonstradas quanto à absorção do conhecimento do dever do médico de esclarecer o motivo da sua objeção ($p<0,001$), da obrigação do médico de apresentar todas as opções de tratamento possíveis, mesmo aquelas às quais se opõe ($p=0,013$), e a obrigação de encaminhar o paciente para outro profissional, que não se oponha ao procedimento solicitado ($p<0,001$) (Tabela 4).

Tabela 4. Conhecimentos éticos dos estudantes sobre Objeção de Consciência, antes e após a intervenção

	Pré Intervenção			Pós Intervenção			<i>p</i>
	Sim <i>n</i> (%)	Indeciso <i>n</i> (%)	Não <i>n</i> (%)	Sim <i>n</i> (%)	Indeciso <i>n</i> (%)	Não <i>n</i> (%)	
Seria ético o médico descrever claramente ao paciente o motivo pelo qual	91	15	14	117	2	1	<0,001*

opõe-se ao procedimento solicitado?	(75,8)	(12,5)	(11,7)	(97,5)	(1,7)	(0,8)	
Será que o médico tem a obrigação de apresentar todas as opções de tratamentos possíveis para o paciente incluindo aquelas que possam ferir suas convicções?	112 (85,0)	12 (10,0)	6 (5,0)	116 (96,7)	3 (2,5)	1 (0,8)	0,013*
Será que o médico objeter tem a obrigação de encaminhar o paciente para alguém que não se oponha ao procedimento solicitado e na impossibilidade a objeção não será acatada?	89 (74,2)	13 (10,8)	18 (15,0)	117 (97,5)	2 (1,7)	1 (0,8)	<0,001*

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

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

Tabela 5. Alteração do conforto na condução dos casos, antes e após a intervenção

Abortamento previsto em lei	n/N(%)	Valor de p
Antes da intervenção	64/120 (53,3)	< 0,001 *
Após a intervenção	81/120 (67,5)	
Contracepção a jovens adolescentes		
Antes da intervenção	66/120 (55,0)	< 0,001 *
Após a intervenção	98/120 (81,7)	
Contracepção de emergência		
Antes da intervenção	100/120 (83,3)	0,002 *
Após a intervenção	112/120 (93,3)	

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

Nenhuma das características avaliadas se associaram com maior possibilidade de alteração do conforto na condução do abortamento previsto em lei e na prescrição da pílula do

dia seguinte. A alteração do conforto na orientação contraceptiva a jovens adolescentes foi significativamente maior entre as estudantes do sexo feminino ($p=0,008$) (Tabela 6).

Tabela 6. Características dos estudantes que referiram alteração no conforto na condução dos casos discutidos, após a intervenção

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

* χ^2

** teste t

n = número de alunos N = número total de alunos

Discussão

Pouco mais de um terço dos estudantes que participaram do estudo, se mostraram como objetores ao abortamento legal. Percentual menor do que o registrado em dois outros

trabalhos, realizados no Brasil, e também envolvendo acadêmicos de medicina, nos quais 50% destes, se declararam como objetores ao abortamento previsto em lei.^{12,13} Um estudo realizado na Espanha envolvendo, não só estudantes de medicina, como também de enfermagem, revelou que metade destes apoiavam a interrupção da gravidez em qualquer circunstância e que prestariam este tipo de serviço.¹⁴ Um trabalho envolvendo 1308 acadêmicos de medicina, realizado na África do Sul, demonstrou que 1/5 dos alunos não admitia o abortamento, sob qualquer circunstância, e identificaram como motivadores à objeção: estar cursando níveis mais iniciais do curso, não ter uma vida sexualmente ativa e seguir uma religião.¹⁵ Uma alta motivação religiosa e ser mais praticante foram as características que se associaram significativamente com a recusa ao abortamento legal, na amostra estudada. A religiosidade tem sido apontada como o principal fator motivador à objeção de consciência, principalmente se tratando do abortamento.¹⁶ Entre os estudantes, 17,5% objetaram a orientação contraceptiva aos jovens adolescentes. Cifra menor do que a descrita em um estudo realizado nos Estados Unidos onde, metade dos médicos participantes se mostraram objetores à contracepção nesta faixa etária e sem a anuência dos pais, mesmo havendo jurisprudência contrária.¹⁷ A possibilidade da recusa a esta prestação de serviço, nesta amostra, foi maior entre as médicas, podendo sugerir uma postura decorrente de uma educação sexual repressora. A objeção à prescrição da contracepção de emergência foi recusada por uma pequena, porém, significativa parcela dos estudantes. Cifra muito distante da registrada em um estudo na Itália, onde, em algumas regiões, cerca de 70% dos médicos se consideraram objetores a este método contraceptivo.¹⁸ O percentual de objetores, identificados neste trabalho, já justifica a necessidade de criar uma metodologia de ensino para a abordagem do tema durante a formação médica. Estes estudantes, após a graduação, e com a interpretação equivocada de que a objeção de consciência é um direito universal e absoluto, poderão passar a objetar arbitrariamente estes procedimentos e a não prestar informações sobre eles, provocando agravos importantes aos pacientes e ao sistema de saúde.¹

A mudança de opinião entre os estudantes após a intervenção foi estatisticamente significativa, sugerindo que a objeção pode ser influenciada não só por características pessoais, religiosas ou morais, como também pelo desconhecimento técnico e das legislações sobre o tema. Muitos médicos se objetam seletivamente ao abortamento previsto em lei, por não acreditarem que a gravidez seja fruto de violência. Passam a exigir extensa documentação, ignorando as jurisprudências que tratam do assunto, confundindo objeção de consciência com opinião.¹⁹ A recusa, por parte de alguns médicos e farmacêuticos, à prescrição da contracepção de emergência fez aflorar, em todo o mundo, o debate da objeção de consciência na prática

médica. Isso porque foram divulgados, à época, trabalhos sobre o tema, que descreviam um provável efeito sobre o endométrio impedindo a nidificação. Esta hipótese, no entanto, não é confirmada pelos estudos mais atuais, que comprovam ser o retardo da ovulação seu mecanismo de ação, eliminando, assim, preconceitos e temores injustificáveis.²⁰ Este desconhecimento dificultou muito a adoção desse importante método contraceptivo em algumas regiões do mundo, como na Itália, onde sua liberação e comercialização só ocorreu a partir de 2016.²¹ No Brasil, o Conselho Federal de Medicina, embasado pelos conhecimentos mais atuais, considera infração ética a recusa da prescrição da contracepção de emergência, devido aos inegáveis danos que possa causar, principalmente nos casos de violência sexual.²² Além dos aspectos éticos, morais e religiosos, o desconhecimento acerca das legislações existentes sobre a relação médico-paciente na adolescência, são motivadores à objeção da orientação contraceptiva a estes jovens.²³ Os adolescentes têm o direito a um atendimento sigiloso, confidencial e respeitoso quanto à sua autonomia. A orientação contraceptiva a adolescentes de 12 a 14 anos, apesar de criteriosa, não constitui infração, contanto que se afaste a possibilidade de situação de abuso ou violência sexual.²⁴ Estes fatos são desconhecidos por uma parcela considerável de médicos, motivando recusas e influenciando negativamente nos direitos sexuais dos indivíduos nesta faixa etária.²⁵ Nas discussões realizadas antes das encenações, socializou-se estes conteúdos, assim como a necessidade de respeitar a autonomia da paciente, evitando atitudes paternalistas, que não mais devem reger a relação médico-paciente. A violação da integridade científica e os agravos que a objeção, por parte dos médicos, pode causar na saúde das mulheres, também foi discutido. Acreditamos que a absorção destes conhecimentos se refletiu em maior tolerância e aceitabilidade, reduzindo o percentual de objetores entre os estudantes da amostra.

O exercício promoveu uma alteração significativa sobre os conhecimentos dos estudantes quanto à postura ética do médico objetor, propostas pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo)⁸ e pela Organização Mundial de Saúde (OMS).⁵ Estas determinações procuram equilibrar o direito de objeção do médico, e o direito do paciente em realizar o procedimento solicitado, descriminando-o e evitando prejuízos ao seu bem-estar. Antes da intervenção, um percentual significativo dos alunos não tinha conhecimento da obrigatoriedade de informar ao paciente o motivo da recusa, da obrigatoriedade de apresentar todas as opções possíveis de tratamento, incluindo as que se objetiva, e da necessidade de transferir a paciente para outro profissional que realize o procedimento solicitado e até mesmo realizá-lo, na impossibilidade. Resultados similares aos de outro estudo sobre o assunto, envolvendo 1144 médicos.¹⁶ Estas mudanças de opinião podem refletir não só a absorção de conhecimentos, como também a intenção, por parte dos estudantes, de abordar as coisas de uma

forma diferente. O objetor deve esclarecer o real motivo da recusa, deixando claro que não é uma medida discriminatória, não impondo seus critérios e buscando um consenso com o paciente. O médico objetor permanece responsável pelo paciente, até que este realize o procedimento necessário, considerando que o direito à saúde e à vida devem ser assegurados acima de qualquer outro.²⁶ Explicar sobre todos os tratamentos cabíveis, mesmo àqueles a que se opõe, e a transferência do paciente a outro médico, é considerado, por alguns objetores, uma cumplicidade, o que equivaleria a realizar o tratamento recusado. Esta premissa, no entanto, não é acatada, pois a objeção de consciência só é admitida quando existe uma participação direta do médico.²⁷ Um profissional, contrário ao abortamento em qualquer circunstância, diminui significativamente a possibilidade de que transfira a mulher a outro que o realize, expondo-a, assim, a importantes agravos.²⁸

A alteração do conforto foi significativa nas três situações discutidas. Embora também fosse esperada uma alteração negativa, tal fato não foi demonstrado. O conforto foi alterado de forma positiva em todos os participantes. A ausência de diferenças significativas no impacto do conforto, na condução dos casos, quando avaliadas as características religiosas (comprovadamente motivadoras à objeção), sugere que esta alteração ocorreu em todos os estudantes, religiosos ou não. Importante observar que o conforto é um sentimento, não uma medida de competência. A alteração no sentimento é uma importante evidência de desenvolvimento de conscientização pessoal, considerado pelos estudiosos da ética, como uma característica importante de médicos humanistas.²⁹

A objeção de consciência deve ser considerada como uma exceção e com perímetro bem definido, garantindo a dignidade de todos os envolvidos. Os acadêmicos precisam saber se reconhecer como objetores, conhecer as legislações locais sobre o tema, e, no momento da alegação, saber se portar como tal e não prejudicar os pacientes. O futuro médico deve considerar suas características pessoais, no momento da escolha da especialidade a seguir, pois o dever profissional, muito frequentemente, pode exigir que realize procedimentos aos quais se opõe, moral ou religiosamente. Enquanto estudantes, é reconhecido o direito à liberdade de expressão, contanto que não comprometa o fundamental propósito do curso de medicina, que é formar médicos com conhecimentos básicos, habilidades, atitudes e comportamentos necessários ao exercício profissional.³⁰ No Reino Unido, a objeção de consciência pelos estudantes de medicina não é reconhecida, pois se acredita que sua alegação traz prejuízos importantes à formação médica.³¹ Existem relatos de estudantes muçulmanos que se recusam a realizar exame físico em pacientes de sexo oposto, a participar de aulas sobre agravos de doenças provocadas por dependência química e determinadas situações em saúde reprodutiva,

como abortamento e contracepção, não existindo uma forma que compense esta deficiência curricular e, conseqüentemente, influenciando negativamente na sua formação.³¹

O objetivo da intervenção não foi procurar mudar as opiniões dos estudantes, e sim, tornar mais confortável a condução dos casos por objetores ou não, melhorando sua habilidade de comunicação e fornecendo conhecimentos técnicos, éticos e legais para o melhor embasamento de suas opiniões, fatos observados nos acadêmicos que compuseram esta amostra. A mudança de opinião dos estudantes que participaram deste trabalho, quanto a serem objetores ou não, comprova a hipótese de que a opinião é mutável pela vivência. O *role-playing* promoveu um ambiente seguro para que os alunos pudessem expor suas opiniões pessoais, reconhecendo os diferentes pontos de vista, procurando enxergar as coisas de um ângulo diferente daqueles que já se conhece, estopim para que as mudanças aconteçam. Esta é uma ferramenta que pode ser útil na formação do futuro médico objetor, auxiliando a preservar sua integridade moral, religiosa e ética, sem negligenciar no cuidado de promover uma saúde digna, de qualidade e sem discriminação. Este trabalho possui algumas limitações. A amostra foi formada por estudantes de apenas uma escola médica e não foi probabilística, embora os estudantes tenham sido incluídos consecutivamente, ou seja, de forma não intencional. O tema sofre importante influência religiosa, cultural e jurídica, o que pode impedir a generalização dos dados.

Referências

1. Chavkin W, Leitman L, Polin K. Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: A White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2013;123:S41-S56.
2. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, adotado em 16 de dezembro de 1966, Res. A.G. 2200A (XXI), ROAG ONU, 21ª Sess., Sup. nº 16, p. 52, Doc. ONU A/6316 (1966), 999 ST ONU 171 (entrou em vigor em 23 de março de 1976).
3. Muramoto O, Rivero RO, Charo RA, Faúndes A, Duarte GA, Osis MJD, et al. Conscientious objection to referrals for abortion: pragmatic solution or threat to women's rights? *Journal of medical ethics*. 2014;28(2):15-.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion No. 385: the limits of conscientious refusal in reproductive medicine. *Obstet Gynecol*. 2007(110 (5)):1203-8.
5. World Health Organization [WHO] (2012). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2nd Ed. Geneva: World Health Organization.
6. Magelssen M. When should conscientious objection be accepted? *J Med Ethics* [Internet]. 2012;38(1):18-21. .

7. República da Itália. Ministério da Saúde. Relatório do Ministério da Saúde sobre a Aplicação da Lei que Inclui Normas de Cuidado Social de Maternidade e Interrupção Voluntária de Gravidez: 2006-2007 (2008).
8. Figo Committee For The Ethical Aspects Of Human R, Women's H, International Federation of G, Obstetrics. Ethical guidelines on conscientious objection in training. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;128(1):89-90.
9. Fischer Gs ARM. Measuring the effectiveness of ethics education. *J Gen Intern Med*. 1994(9):655-6.
10. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Resolução Cne/Ces Nº 4, de 07 de novembro de 2001; Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.
11. DR H. A validated intrinsic religious motivational scale. *J Sci Study Relig*. 1972;11:369-76.
12. Darzé OI, Azevêdo BK. Competences acquired during medical training and the opinions and attitudes about abortion. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(1):5-9.
13. Madeiro A. Conscientious Objection and Legal Abortion: Medical Students' Attitudes. *Rev bras educ med* [online]. 2016;vol.40, n.1, pp.86-92.
14. Rodriguez-Calvo M, Martínez-Silva I, Concheiro L, Muñoz-Barús J. University students' attitudes towards Voluntary Interruption of Pregnancy. *Legal Medicine*. 2012;14(4):209-13.
15. Stephanie B, Wheeler, L Leah Zullig, et a. Abortion Attitudes Among Medical School Students in South Africa. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2012;Volume 38, Number 3.
16. Schwarz E. Willing and able? Provision of medication for abortion by future internists,. *Women' Health Issues*. 2005;15(1):39-44.
17. Curlin F, Lawrence R, MH MC, Lantos J. Religion, conscience, and controversial clinical practices. *N Engl J Med*. 2007;Feb 8;356(6):593-600.
18. Sg B, Jd Y, Fa C, Brauer SG, Yoon JD, Curlin FA. US primary care physicians' opinions about conscientious refusal: a national vignette experiment. *J Med Ethics*. 2016;42(2):80-4.
19. Diniz D, Madeiro A, Rosas C. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil. *Reproductive Health Matters*. 2014;22(43):141-8.
20. Trussell J GK. Talking straight about emergency contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2017;33:139.
21. Montanari Vergallo G ZS, Di Luca NM, Marinelli E. The conscientious objection: debate on emergency contraception. *Clin Ter* 2017;Mar-Apr;168(2):113-e9.
22. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.811/2006. Estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da Anticoncepção de Emergência, devido a mesma não ferir os dispositivos legais vigentes no país. Diário Oficial da União, Seção I, p.72, 17 jan. 2007.

23. Schraiber, L.B. Equidade de Gênero e Saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: Villela, W.V.; Monteiro, S. Gênero e Saúde: Programa de Saúde na Família. Rio de Janeiro: ABRASCO; Brasília:UNFPA, 2005. p.39-61.
24. FEBRASGO/ SBP. Contracepção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência . *Adolesc Saude*. 2005;2(2):6-7
http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=168 acessado em 01/07/2017.
25. G O. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. *Rev Assoc Med Bras*. 2000;46:306-7.
26. Vega AM, Araya EG La objeción de conciencia en la práctica clínica. *Acta Bioethica* 2011; 17 (1): 123-131.
27. Cook RJ, Olaya MA, Dickens BM. Healthcare responsibilities and conscientious objection. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2009;104(3):249-52.
28. RT. S. Medical student misinformation and bias regarding elective pregnancy termination. *Contraception*. 2007;76:173.
29. Novack DH ER, Paulsen RH. . Toward creating physician-healers: fostering medical students' self-awareness, personal growth, and well-being. *Acad Med*. 1999;74:516.
30. Savulescu J. Conscientious objection in medicine. *BMJ*. 2006;332:294e7.
31. Strickland SL. Conscientious objection in medical students: a questionnaire survey. *J Med Ethics*. 2012;38(1):22-5.

6 DISCUSSÃO

Apesar de poucos estudos, a objeção em prestar serviços em saúde reprodutiva está muito difundida e em ascensão em todo o mundo⁽³⁾. Os dados obtidos por este trabalho e descritos no artigo 1, que procurou dimensionar o problema em nosso meio, justificam a importância da discussão deste tema no currículo médico. O percentual de objetores identificados e as atitudes equivocadas adotadas por eles no momento da recusa, sugerem uma exposição a conflitos éticos com prováveis danos a todos os envolvidos. A objeção foi registrada nas três situações clínicas estudadas, sendo mais prevalente com o abortamento legal, embora com um percentual menor que o registrado em dois outros trabalhos que também envolveram acadêmicos de medicina no Brasil^(27, 28). Essa melhor tolerância ao abortamento pode ser o reflexo da forma como o tema passou a ser abordado no currículo médico durante os últimos anos, procurando levar em conta seus aspectos subjetivos e não apenas técnicos. Os principais fatores motivadores à objeção ao abortamento previsto em lei, foi um alto compromisso religioso e ser mais praticante, o que comprova a sinceridade da crença do objetor. A religiosidade é a característica que mais provoca objeção de consciência principalmente no tocante ao abortamento⁽⁷³⁾.

O perfil ético do profissional objetor deve ser bem esclarecido, principalmente com referência às suas responsabilidades, garantindo ao médico o direito à objeção e, ao mesmo tempo, minimizando os efeitos deletérios que a recusa possa causar a si próprio, ao paciente e ao sistema de saúde. Os limites da objeção de consciência devem ser respeitados, o que preserva a dignidade de todos os envolvidos. Ter conhecimento que a objeção não deve ser absoluta e que não tira do médico a obrigação do cuidado, é fundamental para que se possa evitar prejuízos aos solicitantes, minimizando assim os conflitos que podem surgir no momento da recusa. Preparar o profissional com uma postura ética adequada no momento da alegação da objeção de consciência é um desafio ao ensino médico. Para tal, o desenvolvimento de competências como a criatividade, o respeito às diversidades e à livre expressão, torna-se imprescindível, tornando mais humana a relação médico-paciente.

Deve constar no currículo médico, uma intervenção educativa que aborde a objeção de consciência em saúde reprodutiva, preparando o futuro profissional para o enfrentamento dessa situação. Um profissional bem orientado quanto aos aspectos éticos e legais da objeção de consciência minimiza a possibilidade de conflitos éticos e prejuízos aos pacientes, como os discutidos anteriormente. A ferramenta proposta e avaliada por este trabalho foi um recurso psicodramático, que permite a troca de papéis, o que proporciona a experimentação dos diversos

pontos de vista, ao interpretar o papel do “outro”. Esta técnica, denominada *role-playing*, desenvolve empatia e solidariedade, atitudes essenciais para um atendimento mais humanizado e respeitoso quanto às diversidades.

Os resultados da intervenção, descritos no artigo 2, comprovaram benefícios importantes sob os diversos aspectos no grupo estudado. Sua aplicação reduziu de forma significativa a objeção, em todas as situações discutidas, comprovando que a opinião é mutável com a vivência. Essa alteração significativa nas atitudes dos estudantes, reflete uma absorção de conhecimentos sobre a postura ética dos objetores e da percepção dos efeitos danosos da objeção ao paciente. Muitos profissionais se consideram objetores pela falta de conhecimentos técnicos, científicos e legais e não por motivo de fórum íntimo, moral ou religioso. A objeção de consciência não é o único, embora seja um importante obstáculo aos serviços de saúde reprodutiva, principalmente em locais com poucos recursos e onde não existem legislações claras sobre o assunto⁽³⁵⁾. Quando invocada e, principalmente, de forma ilegítima, constitui uma grave violação a direitos reconhecidos internacionalmente, como a saúde, a informação, a não discriminação, a igualdade e a privacidade⁽¹²⁾. Um profissional que utilize de forma adequada seu direito à objeção, aumenta significativamente a possibilidade de que a paciente seja transferida a um profissional não objetor, evitando agravos à sua integridade física e psicológica⁽⁷⁴⁾. O médico objetor, por sua vez, mantém sua integridade ética, moral ou religiosa, sem deixar de oferecer um atendimento ético e de qualidade. O impedimento ao acesso a serviços de saúde reprodutiva gera resultados adversos e desiguais, constituindo um grave problema de saúde pública e um desrespeito aos Direitos Fundamentais⁽⁷⁵⁾. No nosso país, são realizados cerca de 1 milhão de abortamentos clandestinos anuais, sendo este um forte contributo à mortalidade materna^(76, 77). Esta cifra com certeza sofreria uma redução significativa se o direito dos indivíduos ao acesso a serviços de reprodução humana fosse garantido e facilitado.

A intervenção provocou uma alteração positiva do conforto na condução dos casos discutidos e em todos os estudantes, objetores ou não. Essa alteração de sentimento demonstra o desenvolvimento de uma conscientização pessoal, uma importante característica de médicos humanistas⁽⁷⁸⁾. O estudo não procurou alterar as opiniões dos estudantes. A intenção foi criar um ambiente seguro, tornando mais confortável e ética a condução da objeção de consciência, melhorando a capacidade de comunicação dos alunos e, ao mesmo tempo, fornecer conteúdos técnicos, éticos e legais. Estes objetivos foram alcançados no grupo estudado, oferecendo aos futuros profissionais melhor embasamento para suas opiniões, evitando conflitos e resultados adversos para si, seus pacientes e o sistema de saúde.

7 CONCLUSÕES

Artigo 1. Prevalência, atitudes e fatores motivadores à objeção de consciência em saúde reprodutiva, entre estudantes de medicina.

- O abortamento previsto em lei, foi a situação mais objetada. Os fatores motivadores a esta recusa foram o alto compromisso e maior prática religiosa. Uma parcela razoável dos alunos não demonstrou ter conhecimentos éticos sobre o tema.

Artigo 2. Uma proposta educativa para abordar objeção de consciência em saúde reprodutiva, durante o ensino médico.

- A aplicação do *role-playing*, no grupo participante, tornou mais confortável a condução dos casos discutidos e forneceu um conteúdo técnico, legal e ético para melhor embasamento de suas opiniões.

- A intervenção reduziu de forma significativa a objeção em todas as situações discutidas, comprovando que a opinião é mutável com a vivência

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Documento-base. Brasília, (2006).
2. Johnson BR, Kismödi E, Dragoman MV, Temmerman M. Conscientious objection to provision of legal abortion care. *Int J Gynecol Obstet.* 2013;123:S60-S2.
3. Chavkin W, Leitman L, Polin K. Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: a White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics.* 2013;123 Suppl: S41-56.
4. Faúndes A, Duarte GA, Osis MJD. Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations. *Int J Gynecol Obstet.* 2013;123:S57-S9.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion No. 385: the limits of conscientious refusal in reproductive medicine. *Obstet Gynecol.* 2007; 110 (5):1203-8.
6. Savulescu J. Conscientious objection in medicine. *BMJ.* 2006;332:294e7.
7. Bailey JE. Virtual Mentor. *Ethics.* 2010;12(7):197-201.
8. Brock DW. Conscientious refusal by physicians and pharmacists: who is obligated to do what, and why? *Theor Med Bioeth.* 2008;29(3):187-200.
9. Magelssen M. When should conscientious objection be accepted? *J Med Ethics [Internet].* 2012;38(1):18-21. .
10. Figo Committee For The Ethical Aspects Of Human R, Women's H, Figo Committee For The Ethical Aspects Of Human R, Women's H, International Federation of G, Obstetrics. Ethical guidelines on conscientious objection in training. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;128(1):89-90.
11. World Health Organization [WHO] . *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2nd Ed. Geneva: World Health Organization, 2012.
12. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, adotado em 16 de dezembro de 1966, Res. A.G. 2200A (XXI), ROAG ONU, 21ª Sess., Sup. nº 16, p. 52, Doc. ONU A/6316 (1966), 999 ST ONU 171 (entrou em vigor em 23 de março de 1976).
13. Muramoto O, Rivero RO, Charo RA, Faúndes A, Duarte GA, Osis MJD, et al. Conscientious objection to referrals for abortion: pragmatic solution or threat to women's rights? *Journal of medical ethics.* 2014;28(2):15-.

14. Simón C. La objeción de conciencia en la práctica médica. En: *Mujer y realidad del aborto, un enfoque multidisciplinar. Actas del I Congreso Internacional Multidisciplinar Mujer y realidad del aborto*. Cáceres: s. e.; 2007. p. 193-202.
15. Mendes, Gilmar Ferreira; Branco, Paulo Gustavo Gonet. *Curso de direito constitucional*. 7.ed. São Paulo: Saraiva, 2012.
16. BORN, Rogério Carlos. *Objecção de consciência: Restrições aos direitos políticos e fundamentais*. Curitiba: Juruá, 2014, p. 59.
17. Seoane J. El perímetro de la objeción de conciencia médica. *Revista para el Análisis del Derecho, InDret* [internet]. 2009 [citado 2012 jun 25]; (4):1-21. Disponible en: http://www.indret.com/pdf/682_es.pdf.
18. Herranz G. La objeción de conciencia en las profesiones sanitarias. Una defensa pacífica de las convicciones morales [internet]. 1995 [citado 2012 jun 25]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/dhbghobjecion.html> acessado em 23/02/2017.
19. Muñoz B. La objeción de conciencia,[internet] s.f.[citado 2015 jun 25] . Disponible en http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas//objecionConciencia/La_Objecion_de_Conciencia.pdf
20. Strickland SL. Conscientious objection in medical students: a questionnaire survey. *J Med Ethics*. 2012;38(1):22-5.
21. De Zordo S. O173 Obstetricians-Gynecologists' Attitudes Towards Abortion and Conscientious Objection in Italy. *Int J Gynecol Obstet*. 2012;119:S321-S.
22. República da Itália. Ministério da Saúde. *Relatório do Ministério da Saúde sobre a Aplicação da Lei que Inclui Normas de Cuidado Social de Maternidade e Interrupção Voluntária de Gravidez: 2006-2007*. 2008.
23. Roe J, Francome C, Bush M. Recruitment and training of British obstetrician--gynaecologists for abortion provision: conscientious objection versus opting out. *RHM*. 1999;7(14):97-105.
24. Oliveira da Silva M. Reflections on the legalisation of abortion in Portugal. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2009;14:245-8.
25. Heino A GM, Apter D, et al. Conscientious objection and induced abortion in Europe. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013;18 (4):231-3.
26. Curlin F, Lawrence R, MH MC, Lantos J. Religion, conscience, and controversial clinical practices. *N Engl J Med*. 2007;Feb 8;356(6):593-600.
27. Madeiro A. Conscientious Objection and Legal Abortion: Medical Students' Attitudes. *Rev bras educ med* [online]. 2016;vol.40, n.1, pp.86-92.
28. Darzé OI, Azevêdo BK. Competences acquired during medical training and the opinions and attitudes about abortion. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(1):5-9.

29. Stephanie B, Wheeler, L Leah Zullig, et a. Abortion Attitudes Among Medical School Students in South Africa. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2012;Volume 38, Number 3.
30. Schwarz E. Willing and able? Provision of medication for abortion by future internists. *Women' Health Issues*. 2005;15(1):39-44.
31. Centro de Direitos Reprodutivos. Mapa das Leis de Aborto no Mundo de 2013 e Atualização. 2013 [acesso em 15 jun 2013]. Disponível em: http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/AbortionMap_Factsheet_2013.pdf and <http://worldabortionlaws.com/>.
32. Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006;368(9550):1908-19.
33. Guttmacher Institute. In Brief: Fact Sheet. Facts on Induced Abortion Worldwide. http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html. Publicação em 2012. Acesso em 13 de abril 2018.
34. Ipas. Report on successes in achieving UN Global Strategy for Women's and Children's Health-September 2012.
35. Uberoi D, Galli B. A Recusa dos Serviços de Saúde Reprodutiva por Motivo de Consciência na América Latina. *SUR Revista Internacional de Direitos Humanos*. 2016;13(24):105-16.
36. Diniz D, Madeiro A, Rosas C. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: A study among physicians in Brazil. *Reproductive Health Matters*. 2014;22(43):141-8.
37. Diniz D. Estado laico , objeção de consciência e políticas de saúde Secular state , conscientious objection and public health policies Estado laico , la objección de conciencia y las políticas de salud. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(9):1704-6.
38. Dunn S, Guilbert É. Contraception d'urgence. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC. J Obstet Gynecol Can*. 2016;38(12S):S143-S52.
39. Ho PC KM. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Hum Reprod*. 1993;8:3:89-92.
40. World Health Organization (WHO) Fact sheet n° 244. Emergency contraception. 2012. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/> Acessado em 24/05/2017.
41. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3. ed. Brasília, DF, 2011. 124p.

42. Rede brasileira de promoção de informações e disponibilização da contracepção de emergência. [Available from: Disponível em: <<http://redece.org/criacao>>. Acesso em: 24 maio 2017.
43. Tilahun FDA, T.; Belachew, T. Predictors of emergency contraceptive use among regular female students at Adama University, Central Ethiopia. *Pan Afr Med J, Kampala*. 2011;7(16):1-14.
44. Rodriguez Mlea. Advance supply of emergency contraception: a systematic review. *Contraception*. 2013;87:590-601.
45. Trussell J GK. Talking straight about emergency contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2017;33:139.
46. Montanari Vergallo G ZS, Di Luca NM, Marinelli E. The conscientious objection: debate on emergency contraception. *Clin Ter* 2017;Mar-Apr;168(2):113-e9.
47. Daniels K JJ, Abma J. . Use of emergency contraception among women aged 15-44: United States, 2006-2010. *NCHS Data Brief No 112*. 2013.
48. Harper LM, Chang JJ, MacOnes Ga. Adolescent pregnancy and gestational weight gain: Do the Institute of Medicine recommendations apply? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2011;205(2):140.e1-.e8.
49. Figuerêdo ED, Lamy Filho F, Lamy ZC, Silva AAMd. Maternal age and adverse perinatal outcomes in a birth cohort (BRISA) from a Northeastern Brazilian city. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(12):562-8.
50. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.811/2006. Estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da Anticoncepção de Emergência, devido a mesma não ferir os dispositivos legais vigentes no país. *Diário Oficial da União, Seção I, p.72, 17 jan. 2007*.
51. Estatuto da Criança e Adolescente - ECA (Lei n 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília. Senado Federal; 1990).
52. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos. Brasília: Ministério da Saúde. 2005:175.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2017.
54. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

55. ONU. Assembleia Geral das Nações Unidas. Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança. 1989. Disponível em <http://www.onu-brasil.org.br/doc_crianca.php>. Acessado em 01/07/2017.
56. BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Assistência à Saúde . Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente. 1993. 1v.2v.3v.
57. UN. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. New York: United Nations, 1995: Sales No. 95.XIII.18.
58. Daniels K DJ, Jones J, Mosher W. Current Contraceptive Use and Variation by Selected Characteristics Among Women Aged 15-44: United States, 2011-2013. *Natl Health Stat Report*. 2015;1.
59. Chen CW, Tsai CY, Sung FC, Lee YY, Lu TH, Li CY, et al. Adverse birth outcomes among pregnancies of teen mothers: age-specific analysis of national data in Taiwan. *Child: care, health and development*. 2010;36(2):232-40.
60. de Vienne CM, Creveuil C, Dreyfus M. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. *Eur J Obstet Gynec Reprod Biol*. 2009;147(2):151-6.
61. Mukhopadhyay P, Chaudhuri RN, Paul B. Hospital-based perinatal outcomes and complications in teenage pregnancy in India. *J Health, Popul, Nutr*. 2010;28(5):494-500.
62. SilberTJ. Ethical and legal issues in adolescent pregnancy. *Clin Perinatol*. 1987;14(2):265-70.
63. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco Teórico e Referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a. 56 p.
64. Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira FdC, Santos MG, Bregmann SR, Malta DC, et al. Sexual behavior among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Revista Bras Epidemiol = Brazilian journal of epidemiology*. 2014;17 Suppl 1:116-30.
65. Fortes PACF SD. Ética na assistência á saúde do adolescente e do jovem. In: Ministério da Saúde, organizador. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde. 1999:147-61.
66. . Neinstein LS Understanding legal aspects of care In: Neinstein LS, editor *Adolescent health care: a practical guide* Baltimore: Williams & Wilkins; 1996 p 150-5.
67. World Health Organization (WHO) Department of Reproductive Health and Research, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP). Knowledge for health project. *Family planning: a global handbook for providers* (2011 update), CPP and WHO, Baltimore MD, Geneva, Switzerland, 2011.

68. Curtis KM JT, Tepper NK, et al. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use. *MMWR Recomm Rep.* 2016;65:1.
69. SA. C. Facts and Consequences: Legality, Incidence and Safety of Abortion Worldwide Guttmacher Policy Review 2009;12(4).
70. Shaw D. Abortion and human rights. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010;24(5):633-46.
71. Galli B, Drezett J, Cavagna Neto M. Aborto e objeção de consciência. *Ciência e Cultura.* 2012;64:32-5.
72. Hoge D. A validated intrinsic religious motivational scale. *J Sci Study Relig.* 1972;11:369-76.
73. Fischer Gs ARM. Measuring the effectiveness of ethics education. *J Gen Intern Med.* 1994(9):655-6.
74. Zampas C. Legal and ethical standards for protecting women's human rights and the practice of conscientious objection in reproductive healthcare settings. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;123 Suppl:S63-5.
75. Diniz D. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(9):1704-6.
76. Vieira EM, Cordeiro LD, Monteiro RA. A mulher em idade fértil no Brasil: evolução da mortalidade e da internação por aborto In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. p. 43-82.
77. Brasil . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas . Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
78. Novack DH ER, Paulsen RH. . Toward creating physician-healers: fostering medical students' self-awareness, personal growth, and well-being. *Acad Med.* 1999;74:516.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Tabelas

Tabela 1. Características dos estudantes de medicina que participaram do estudo

Característica	n/ N (%)
Idade	24,35±2,72 anos
Sexo Feminino	90/120 (75)
Raça Branca	74/120 (61,7)
Seguir alguma religião	96/120 (80,0)
Frequência a cultos religiosos	
Nunca	59/120 (49,2)
1 vez ao mês	37/120 (30,8)
≥2 vezes ao mês	24/120 (20,0)
Escala de Hoge	
Baixa religiosidade	62/120 (51,7)
Moderada religiosidade	37/120 (30,8)
Alta religiosidade	21/120 (17,5)
Não importa no que creio e sim em levar uma vida ética	77/120 (64,2)
Objetores ao abortamento previsto em lei	43/120 (35,8)
Objetores a orientação contraceptiva a jovens adolescentes	21/120 (17,5)
Objetores a prescrição da pílula do dia seguinte	7/120 (5,8)

n = número de estudantes N= total da amostra

Tabela 2. Fatores motivadores à objeção de consciência ao abortamento previsto em lei entre estudantes de medicina

Fator motivador à objeção	Objetor n/N (%)	Não objetor n/N (%)	Valor de p
Idade	24,9±3,49	24,02±2,14	0,075**
Ter uma religião			
Sim	37/43 (86,0)	59/77(76,6)	0,216*
Não	6/43 (14,0)	18/77 (23,4)	
Raça			
Branca	27/43 (62,8)	47/77 (61,0)	0,850*
Não branca	16/43 (27,2)	30/77(39,0)	
Sexo			
Feminino	35/43 (81,4)	47/77 (72,2)	0,227*
Masculino	8/43 (18,6)	22/77 (28,6)	
Participação em cultos			
Nunca	17/43 (39,5)	42/77 (54,5)	0,034*
1 vez ao mês	12/43(27,9)	25/77 (32,5)	
≥ 2 vezes ao mês	14/43 (32,6)	10/77 (13,0)	
Escala Religiosa de Hoge			
Baixa	14/43 (32,6)	48/77 (62,3)	<0,001*
Moderada	14/43 (32,6)	23/77 (29,9)	
Alta	15/43 (34,9)	6/77 (7,8)	
Valor ético			
Presente	29/43 (67,4)	48/77 (62,3)	0,576*
Ausente	14/43 (32,6)	29/77 (37,7)	

* x²; ** teste t; n = número de alunos; N = número total de alunos

Tabela 3. Fatores motivadores à objeção de consciência à orientação contraceptiva para jovens adolescentes entre estudantes de medicina

Fator motivador a objeção	Objetor n/N (%)	Não objetor n/N (%)	Valor de p
Idade	24,14±3,42	24,39±2,57	0,750**
Ter uma religião			
Sim	17/21 (81,0)	79/99(79,8)	0,904*
Não	4/21 (19,0)	20/99 (20,2)	
Raça			
Branca	14/21 (66,7)	60/99 (60,6)	0,604*
Não branca	7/21 (33,3)	39/99 (39,4)	
Sexo			
Feminino	12/21 (57,1)	78/99 (78,8)	0,037*
Masculino	9/21 (42,9)	21/99 (21,2)	
Participação em cultos			
Nunca	11/21(52,4)	48/99 (48,5)	0,984*
1 vez ao mês	6/21 (28,6)	31/99 (31,3)	
≥ 2 vezes ao mês	4/21 (19,0)	20/99 (20,2)	
Escala Religiosa de Hoge			
Baixa	11/21 (52,4)	51/99 (31,3)	0,961*
Moderada	6/21 (28,6)	31/99 (78,4)	
Alta	4/21 (19,0)	17/99 (17,2)	
Valor ético			
Presente	14/21 (66,7)	63/99 (63,6)	0,793*
Ausente	7/21 (33,3)	36/99 (36,4)	

* x²; ** teste t; n = número de alunos; N = número total de alunos

Tabela 4. Fatores motivadores à objeção de consciência à prescrição da pílula do dia seguinte entre estudantes de medicina

Fator motivador a objeção	Objetor n/N (%)	Não objetor n/N (%)	Valor de p
Idade	24,86±1,57	24,32±2,78	0,617**
Ter uma religião			
Sim	5/7 (71,4)	91/113(80,5)	0,559*
Não	2/7 (28,6)	22/113 (19,5))	
Raça			
Branca	5/7 (71,4)	69/113 (61,1)	0,584*
Não branca	2/7 (28,6)	44/113(38,9)	
Sexo			
Feminino	7/7 (100)	83/113 (73,5)	0,115*
Masculino	0/7	30/113 (28,6)	
Participação em cultos			
Nunca	2/7 (28,6)	57/113 (50,4)	0,532*
1 vez ao mês	3/7 (42,9)	34/113 (30,1)	
≥ 2 vezes ao mês	2/7 (28,6)	22/113 (19,5)	
Escala Religiosa de Hoge			
Baixa	2/7 (28,6)	60/113 (53,1)	0,289*
Moderada	4/7 (57,1)	33/113 (29,2)	
Alta	1/7 (14,3)	20/113 (17,7)	
Valor ético			
Presente	3/7 (42,9)	74/113 (65,5)	0,226*
Ausente	4/7 (57,1)	39/113 (34,5)	

* x²; ** teste t; n = número de alunos; N = número total de alunos

Tabela 5. Prevalência da objeção de consciência entre estudantes de medicina aos casos discutidos, antes e após a intervenção

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

*Teste de MacNemar

n = número de alunos

N = número total de alunos

Tabela 6. Conhecimentos éticos sobre objeção de consciência, entre estudantes de medicina, antes e após a intervenção

	Pré-Intervenção			Pós-Intervenção			<i>p</i>
	Sim <i>n</i> (%)	Indeciso <i>n</i> (%)	Não <i>n</i> (%)	Sim <i>n</i> (%)	Indeciso <i>n</i> (%)	Não <i>n</i> (%)	
Seria ético o médico descrever claramente ao paciente o motivo por qual opõe-se ao procedimento solicitado?	91 (75,8)	15 (12,5)	14 (11,7)	117 (97,5)	2 (1,7)	1 (0,8)	<0,001*
Será que o médico tem a obrigação de apresentar todas as opções de tratamentos possíveis para o paciente incluindo aquelas que possam ferir suas convicções?	112 (85,0)	12 (10,0)	6 (5,0)	116 (96,7)	3 (2,5)	1 (0,8)	0,013*
Será que o médico objetor tem a obrigação de encaminhar o paciente para alguém que não se opõe ao procedimento solicitado e na impossibilidade a objeção não será acatada?	89 (74,2)	13 (10,8)	18 (15,0)	117 (97,5)	2 (1,7)	1 (0,8)	<0,001*

* Teste de McNemar-Bowker

n = número de alunos

N total = 120

Tabela 7. O conforto na condução do abortamento previsto em lei, na orientação contraceptiva a jovens adolescentes e na prescrição da contracepção de emergência pelos estudantes de medicina antes e após a intervenção.

Abortamento previsto em lei	n/N(%)	Valor de p
Antes da intervenção	64/120 (53,3)	< 0,001 *
Após a intervenção	81/120 (67,5)	
<hr/>		
Contracepção a jovens adolescentes		
Antes da intervenção	66/120 (55,0)	< 0,001 *
Após a intervenção	98/120 (81,7)	
<hr/>		
Contracepção de emergência		
Antes da intervenção	100/120 (83,3)	0,002 *
Após a intervenção	112/120 (93,3)	

* Teste de MacNemar

n = número de alunos N = número total de alunos

Tabela 8. – Características dos estudantes de medicina que referiram alteração no conforto na condução do abortamento legal

Característica	Alterou o conforto n/N (%)	Não alterou o conforto n/N (%)	Valor de p
Idade	24,58±3,46	24,31±2,60	0,758**
Ter uma religião			
Sim	14/17 (82,4)	82/103(79,6)	0,793*
Não	3/17 (17,6)	21/103 (20,4)	
Raça			
Branca	13/17 (76,5)	61/103 (59,2)	0,138*
Não branca	4/17 (23,5)	42/103(40,8)	
Sexo			
Feminino	13/17 (76,5)	77/103 (74,8)	0,574*
Masculino	4/17 (23,5)	26/103 (25,2)	
Participação em cultos			
Nunca	11/17 (64,7)	48/103 (46,6)	0,370*
1 vez ao mês	4/17 (23,5)	33/103 (32,0)	
≥ 2 vezes ao mês	2/17 (11,8)	22/103 (21,4)	
Escala Religiosa de Hoge			
Baixa	10/17 (58,8)	52/103 (50,5)	0,422*
Moderada	3/17 (17,6)	34/103 (33,0)	
Alta	4/17 (23,5)	17/103 (16,5)	
Valor ético			
Presente	12/17 (70,6)	65/103 (63,1)	0,380*
Ausente	5/17 (29,4)	38/103 (36,9)	

* x²; ** teste t; n = número de alunos; N = número total de alunos

Tabela 9. Características dos estudantes de medicina que referiram alteração no conforto na condução da orientação contraceptiva a jovens adolescentes

Característica	Alterou o conforto n/N (%)	Não alterou o conforto n/N (%)	Valor de p
Idade	24,30±2,28	24,37±2,89	0,632**
Ter uma religião			
Sim	27/33 (81,8)	69/87(79,3)	0,498*
Não	6/33 (18,2)	18/87 (20,7)	
Raça			
Branca	17/33 (51,5)	57/87 (65,5)	0,116*
Não branca	16/33 (48,5)	30/87(34,5)	
Sexo			
Feminino	19/33 (57,6)	71/87 (81,6)	0,008*
Masculino	14/33 (42,4)	16/87 (18,4)	
Participação em cultos			
Nunca	20/33 (60,6)	39/87 (44,8)	0,253*
1 vez ao mês	7/33 (21,2)	30/87 (34,5)	
≥ 2 vezes ao mês	6/33 (18,2)	18/87 (20,7)	
Escala Religiosa de Hoge			
Baixa	17/33 (51,5)	45/87 (51,7)	0,548*
Moderada	12/33 (36,4)	25/87 (28,7)	
Alta	4/33 (12,1)	17/87 (19,5)	
Valor ético			
Presente	25/33 (75,8)	52/87 (59,8)	0,076*
Ausente	8/33 (24,2)	35/87 (40,2)	

* x²; ** teste t; n = número de alunos; N = número total de alunos

Tabela 10 – Características dos estudantes de medicina que referiram alteração no conforto na prescrição da contracepção de emergência

Característica	Alterou o conforto n/N (%)	Não alterou o conforto n/N (%)	Valor de p
Idade	24,08±4,23	24,38±2,53	0,720**
Ter uma religião			
Sim	10/12 (83,3)	86/108 (79,6)	0,555*
Não	2/12 (16,7)	22/108 (20,4)	
Raça			
Branca	6/12 (50,0)	68/108 (63,0)	0,283*
Não branca	6/12 (50,0)	40/108(37,0)	
Sexo			
Feminino	10/12 (83,3)	80/108 (74,1)	0,380*
Masculino	2/12 (12,7)	28/108 (25,9)	
Participação em cultos			
Nunca	7/12 (58,3)	52/108 (48,1)	0,559*
1 vez ao mês	4/12 (33,3)	33/108 (30,6)	
≥ 2 vezes ao mês	1/12(8,3)	23/108 (21,3)	
Escala Religiosa de Hoge			
Baixa	6/12 (50,0)	56/108 (51,9)	0,561*
Moderada	5/12 (41,7)	32/108 (29,6)	
Alta	1/12 (8,3)	20/108 (18,5)	
Valor ético			
Presente	6/12 (50,0)	71/108 (65,7)	0,221*
Ausente	6/12 (50,0)	37/108 (34,3)	

* x²; ** teste t; n = número de alunos; N = número total de alunos

Apêndice 2 - Termo de consentimento livre e esclarecido

TÍTULO DO ESTUDO: SAÚDE REPRODUTIVA E OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA – UMA PROPOSTA EDUCACIONAL

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Prof. Ubirajara Barroso

INSTITUIÇÃO: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

ENDEREÇO: Av. Dom João VI, n 275, Brotas. CEP: 40290-000

TELEFONE: (71) 3276-8200

O Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de um estudo de pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda a finalidade da pesquisa e o que ela envolve. Por favor, dedique um tempo para ler cuidadosamente as seguintes informações. Nos pergunte se houver qualquer coisa que não está clara ou se você precisar de mais detalhes. Utilize o tempo que for necessário para decidir se deseja participar ou não.

INFORMAÇÕES GERAIS: Este trabalho científico tem o objetivo de aplicar e avaliar uma metodologia de ensino, denominada de dramatização, na abordagem do tema “objeção de consciência” em situações relacionadas à saúde reprodutiva. Não será objetivo do trabalho, a discussão sobre o abortamento e tão pouco, influenciar moralmente ou religiosamente seus conceitos.

DESCRIÇÃO DO ESTUDO: Caso concorde, será inicialmente aplicado um questionário incluindo informações demográficas, religiosidade, conhecimentos gerais sobre o tema, e como se sente conduzindo três situações em medicina reprodutiva: a realização do abortamento previsto em lei, a prescrição da pílula do dia seguinte e a orientação contraceptiva a jovens adolescentes. Algumas destas questões serão repetidas após a realização de uma discussão sobre o tema “Objeção de Consciência”, onde os casos clínicos serão discutidos. Encerrada a discussão, grupos de 3 alunos serão formados e cada grupo representará um dos casos clínicos, havendo um rodízio de personagens (médico, paciente e observador). Encerrada a dramatização, os alunos são estimulados a discutir as inter-relações nos papéis do médico e do paciente, a objeção de consciência do médico e o efeito da recusa ao tratamento no paciente. O estudo se encerra com a repetição do questionário.

BENEFÍCIOS: Você poderá absorver conhecimentos sobre o tema “Objeção de Consciência”, aprender a lidar com as diversidades o que pode facilitar sua postura na situação de conflitos éticos.

RISCOS: A abordagem do tema "religião" pode lhe provocar algum grau de constrangimento.

PAGAMENTOS: Você não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: A privacidade de quem participa de pesquisa é muito importante. Todas as informações coletadas neste estudo serão mantidas confidenciais. Caso os resultados deste estudo sejam publicados, não haverá qualquer informação ou dado que possa

identificá-lo (a). Os regulamentos nacionais e internacionais fornecem proteção para sua privacidade, segurança e acesso autorizado. Exceto pelo nome neste documento, que também é confidencial, você não será identificado (a) por número de RG ou CPF, endereço, número de telefone ou qualquer outro dado.

SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA NO ESTUDO E SEU DIREITO DE RECUSAR OU DESISTIR DE PARTICIPAR: A decisão de participar deste estudo é totalmente voluntária. Uma vez que decidir entrar no estudo, você tem direito de desistir a qualquer momento sem necessidade de justificar seus motivos. A desistência não afetará a conclusão do seu internato tão pouco sua avaliação final.

INFORMAÇÕES DE CONTATO: Se houver qualquer problema ou dúvidas quanto a sua participação no estudo, entre em contato com o pesquisador responsável, Ubirajara Barroso, no telefone: (71) 981329946. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva ou entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FBDC. Endereço - Av. D. João VI, 274 – Brotas - Salvador – BA - CEP: 40290-000. Tel: 71-3276-8225 E-mail: cep@bahiana.edu.br

SENTIMENTO DO PARTICIPANTE: Eu confirmo que li e compreendi a descrição do estudo “SAÚDE REPRODUTIVA E OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA – UMA PROPOSTA EDUCACIONAL “, e o discuti com o pesquisador responsável até estar satisfeito (a). Compreendo que a participação no estudo é totalmente voluntária. Estou ciente do propósito, dos procedimentos, dos riscos e dos benefícios do estudo, e isso me torna apto (a) a participar do mesmo. Estou também ciente de que posso desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo. Declaro que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Nome da pessoa que aplicou o consentimento: _____

Assinatura da pessoa que aplicou o consentimento: _____

Data: _____

Apêndice 3 - Questionários

Projeto: Saúde Reprodutiva e Objeção de Consciência – Uma Proposta Educacional

Questionário 1

Registro:

1. Sexo:

2. Idade:

3. Raça:

branca não branca

4. Religião:

Católica Protestante Hindu Evangélica Espírita Budista Judaica Islã Messiânica T. de Jeová Candomblé outra nenhuma Agnóstica

5. Frequência em cultos religiosos:

nunca 1 vez ao mês ≥ 2 vezes ao mês

6. Minhas crenças religiosas influenciam todos os aspectos da minha vida.

V F

7. Me esforço ao máximo para viver de acordo com minha religião.

V F

8. Não importa no “que creio “e sim em levar uma vida ética.

V F

9. Já participou de alguma abordagem sobre “Objeção de Consciência”?

S N

10. Em que momento?

Como se sente, conduzindo os seguintes casos:

11. Uma jovem de 15 anos, no curso da 8ª semana de gestação, acompanhada de sua genitora, informando ser a gravidez decorrente de um ato de violência sexual e solicitando a realização do abortamento previsto em lei.

confortável desconfortável

12. Conduziria o caso?

Sim Não

13. Adolescente de 13 anos, procura consulta com ginecologista, buscando orientação contraceptiva pois está disposta a iniciar sua vida sexual sem o consentimento dos pais.

confortável desconfortável

14. Conduziria o caso?

Sim Não

15. Uma jovem temerosa de uma gravidez indesejada após uma relação desprotegido no 14º dia do ciclo menstrual, desejando orientação quanto a pílula do dia seguinte.

confortável desconfortável

16. Conduziria o caso?

Sim Não

17. Seria ético o médico descrever claramente ao paciente o motivo por qual opõe-se ao procedimento solicitado?

sim indeciso não

18. Será que o médico tem a obrigação de apresentar todas as opções de tratamentos possíveis para o paciente incluindo aquelas que possam ferir suas convicções?

sim indeciso não

19. Será que o médico objetor tem a obrigação de encaminhar o paciente para alguém que não se opõe ao procedimento solicitado?

sim indeciso não

Questionário 2

Como se sente conduzindo os seguintes casos:

1. Uma jovem de 15 anos, no curso da 8ª semana de gestação, acompanhada de sua genitora, informando ser a gravidez decorrente de um ato de violência sexual e solicitando a realização do abortamento previsto em lei.

confortável desconfortável

2. Conduziria o caso?

Sim Não

3. Adolescente de 13 anos, procura consulta com ginecologista, buscando orientação contraceptiva pois está disposta a iniciar sua vida sexual e sem o consentimento dos pais.

confortável desconfortável

4. Conduziria o caso?

Sim Não

5. Uma jovem temerosa de uma gravidez indesejada após uma relação desprotegido no 14º dia do ciclo menstrual, desejando orientação quanto ao uso pílula do dia seguinte.

confortável desconfortável

6. Conduziria o caso?

Sim Não

7. Seria ético o médico descrever claramente ao paciente o motivo por qual opõe-se ao procedimento solicitado?

sim indeciso não

8. Será que o médico tem a obrigação de apresentar todas as opções de tratamentos possíveis para o paciente incluindo aquelas que possam ferir suas próprias convicções?

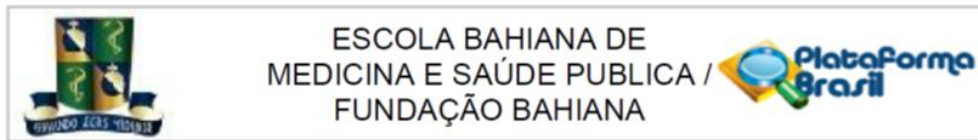
sim indeciso não

9. Será que o médico objetor tem a obrigação de encaminhar o paciente para alguém que não se opõe ao procedimento solicitado?

sim indeciso não

ANEXO

Anexo A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde Reprodutiva e Objeção de Consciência - Uma Proposta Educacional.

Pesquisador: Ubirajara de Oliveira Barroso Júnior

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54585216.6.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.545.399

Apresentação do Projeto:

Os profissionais de saúde podem opor-se moralmente a determinados tratamentos por questões morais, religiosas, filosóficas ou éticas. Esta prática é referida como "objeção de consciência". Questões relacionadas a saúde reprodutiva tais como, a interrupção da gravidez e contracepção, são as que mais provocam objeções de consciência na prática médica. Situações relacionadas aos cuidados paliativos na fase terminal da vida e tratamento com células tronco também têm sido motivos de recusa. O profissional objeto tem o direito da recusa, quando indicado um procedimento, mesmo considerado legal, mais que possa denegrir sua moral ou religiosidade. O respeito ao indivíduo, garantindo sua integridade moral é imperiosa porém, conflitos podem surgir quando estas objeções impedem o acesso do paciente a informação ou assistência médica necessária. Por este motivo, a recusa de atendimento por um médico objeto, deve ser limitada, não sendo permitido a imposição de suas crenças morais ou religiosas aos indivíduos que necessitem de tais procedimentos e, todos amparados por lei. A objeção não deve ser considerada naquelas situações de impossibilidade da atuação de um outro profissional e, quando a não realização do procedimento, possa pôr em risco a integridade física ou mental do paciente. O exercício da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia expõe o profissional a situações de objeção de consciência principalmente no tocante a questões de medicina reprodutiva como o aborto, a contracepção e infertilidade. Reconhecer e compreender a base dos conflitos éticos nestas

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

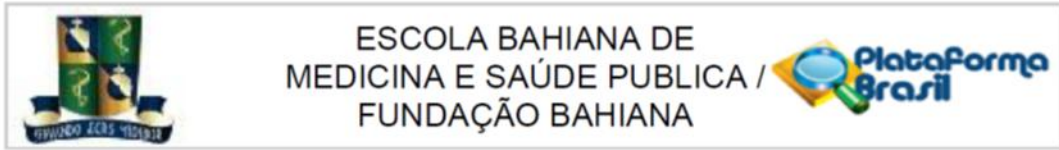
UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.290-000

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.545.399

situações, permitirá um melhor enfrentamento, melhorando a assistência prestada ao paciente. O tema necessita de aprofundamento, discussão e pesquisas que contribuam para um maior número de artigos publicados ampliando assim o debate entre os diferentes profissionais e serviços de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Aplicar e avaliar a eficácia do método da dramatização, para a abordagem do tema "objeção de consciência" em situações relacionadas à saúde reprodutiva, tais como o abortamento previsto em lei, a prescrição da pílula do dia seguinte e a orientação contraceptiva a jovens.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

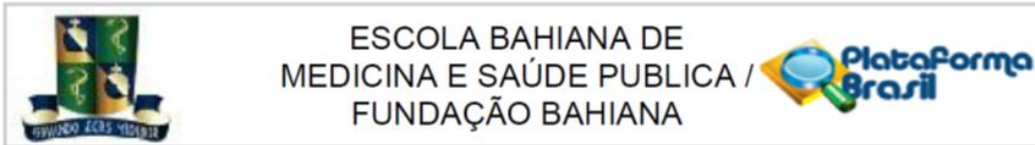
Riscos:

O pesquisador responsável informa que entre os riscos e incômodos identificados, existe a possibilidade de constrangimento pela abordagem do tema religião, porém tem a garantia de que este não será o objeto de discussão, sendo tratada apenas no questionário não identificado. A possibilidade de mobilização emocional provocada pela dramatização proposta é descrita na literatura, sendo garantido ao participante o respeito a sua opinião, e ter seus sentimentos reconhecidos e respeitados além do direito a retirar-se do projeto sem nenhum tipo de prejuízo caso não se sinta confortável e acompanhamento psicológico se necessário. Apesar do risco da identificação dos participantes uma vez que, se propõe uma atividade de grupo, todas as informações serão obtidas exclusivamente do questionário autoaplicável e confidencial e em momento algum, expostas nas discussões abertas.

Benefícios:

Desenvolver nos estudantes, atitudes como empatia e solidariedade, pilares para um atendimento médico humanizado e respeitoso quanto às diversidades, o que pode facilitar o enfrentamento nas situações de conflitos éticos, não incomuns no exercício profissional da medicina.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.290-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3276-8225 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br

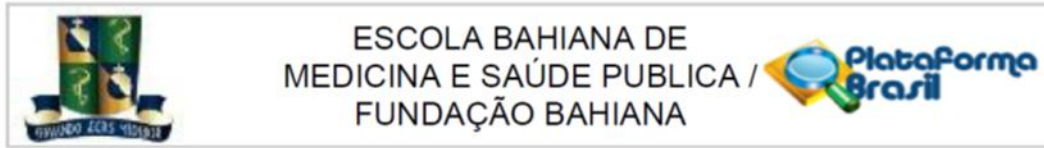


Continuação do Parecer: 1.545.399

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A amostra será formada por 120 estudantes de medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública a partir do 9º semestre, e que estejam cumprindo a última semana do Internato rotatório em Ginecologia e Obstetrícia. Será esclarecido que não será objetivo do trabalho, a discussão sobre o abortamento e tão pouco, influenciar moralmente ou religiosamente seus conceitos. Grupos serão formados de no máximo 15 alunos, com a finalidade de participar de um workshop sobre o tema. O delineamento do estudo ocorrerá em duas etapas. Antes do workshop, será aplicado um questionário incluindo informações demográficas, religiosidade, conhecimentos sobre o tema, e como se sente conduzindo algumas situações em medicina reprodutiva como o abortamento previsto em lei, o uso da pílula do dia seguinte e da orientação contraceptiva a jovens adolescentes. Estas três últimas questões serão repetidas em novo questionário, aplicado após o workshop, além do registro de como a dramatização dos diversos personagens o fez ou não, mais confortável na condução do caso e, sobre a utilidade da dinâmica na aprendizagem do tema. A religiosidade será graduada de acordo como a religião influencia e promove sentido a sua vida, com base na concordância ou discordância de duas declarações: "eu me esforço para manter e seguir minhas crenças religiosas em todos os aspectos da minha vida" e "o meu modo de viver é conduzido por minha religião". Ambas as afirmações são derivadas da escala de motivação religiosa intrínseca de Hoge e validados extensivamente em pesquisas. A religiosidade intrínseca será classificada como baixa se os médicos discordaram com ambas as declarações, moderada se concordavam com uma e de alta, se eles concordavam com ambas. O workshop trabalhará os casos clínicos apresentados no questionário através de relato. No primeiro cenário, um médico se recusa a realizar um aborto em uma jovem de 15 anos no curso da 8ª semana de gestação, vítima de violência sexual. No segundo, um médico se opõe a fornecer orientação contraceptiva a uma adolescente de 13 anos de idade, e sem o consentimento dos pais. Um terceiro cenário, envolveria a recusa do médico em prescrever a pílula do dia seguinte a uma jovem, temerosa de uma gravidez, após uma relação desprotegida no 14º dia do ciclo. Apresentados os casos, o facilitador delimita a discussão considerando os seguintes tópicos: a objeção de consciência; a violação da autonomia da paciente; o potencial de discriminação; e a violação da integridade científica. Finalmente, formam-se subgrupos de 3 alunos que interpretarão um dos 3 casos, um atuando como o médico, outro como o paciente e outro como observador, havendo revezamento entre os papéis. Encerrada a dramatização, os alunos são estimulados a discutir as inter-relações nos papéis do médico e do paciente, a objeção de consciência do médico e o efeito da recusa ao tratamento no paciente. Neste momento o

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.290-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3276-8225 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.545.399

facilitador deve provocar focar a responsabilidade de garantir o acesso ao serviço pelo paciente e da proteção do direito a objeção do médico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi incluído pelo pesquisador responsável :

1. Riscos e benefícios: o pesquisador indica os riscos de constrangimento, mobilização pessoal e identificação do participante. Descreve os meios de minimiza-los/sana-los, incluindo acompanhamento psicológico.

2. Adequação TCLE

3. Não indica quem fará o acompanhamento psicológico e nem anexou anuência do profissional ou instituição que fará esse acompanhamento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Pesquisador Responsável atendeu as pendências apontadas no parecer consubstanciado, em consonância com a Resolução 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Atenção : o não cumprimento à Res. 466/12 do CNS abaixo transcrita implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador.

XI DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) e b) (...)

c) desenvolver o projeto conforme delineado;

d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;

f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;

g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

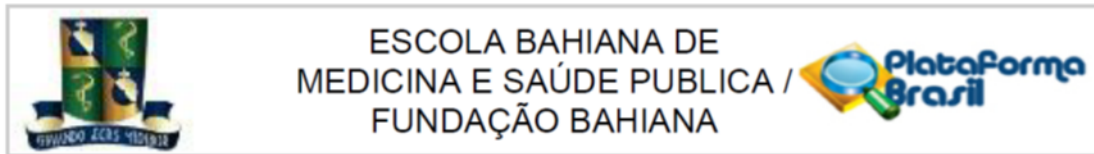
UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.290-000

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.545.399

h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_680136.pdf	14/04/2016 23:01:05		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	pendencias.pdf	14/04/2016 22:59:03	Omar Ismail Santos Pereira Darzé	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjalteradoCEP.pdf	14/04/2016 22:57:04	Omar Ismail Santos Pereira Darzé	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEOmarmodificado.pdf	14/04/2016 22:54:15	Omar Ismail Santos Pereira Darzé	Aceito
Folha de Rosto	folharOmar.pdf	22/03/2016 20:49:22	Ubirajara de Oliveira Barroso Júnior	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoEBMSP1.pdf	14/03/2016 21:11:55	Ubirajara de Oliveira Barroso Júnior	Aceito
Outros	ProjetoOmardef.pdf	14/03/2016 21:11:28	Ubirajara de Oliveira Barroso Júnior	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.pdf	14/03/2016 21:10:41	Ubirajara de Oliveira Barroso Júnior	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEOmarCEP.pdf	14/03/2016 21:08:25	Ubirajara de Oliveira Barroso Júnior	Aceito
Outros	NAPP.pdf	16/05/2016 08:26:58	CRISTIANE MARIA CARVALHO COSTA DIAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

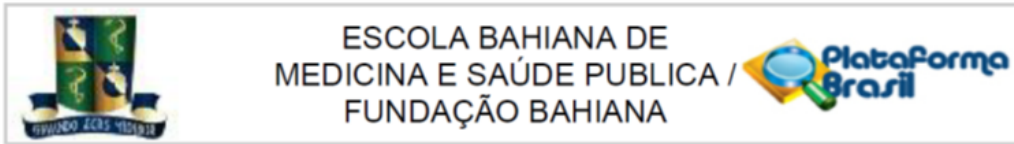
UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3276-8225

CEP: 40.290-000

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.545.399

SALVADOR, 16 de Maio de 2016

Assinado por:
CRISTIANE MARIA CARVALHO COSTA DIAS
(Coordenador)

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
Bairro: BROTAS **CEP:** 40.290-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3276-8225 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br