

U.PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Perspectivas e Atitudes de Estudantes de Medicina do ICBAS-UP Perante a Interrupção Voluntária da Gravidez

Perspectives and Attitudes of Medical Students from ICBAS-UP on Abortion

Inês Ferreira Pita de Campos Matos

Orientador Dr. Paulo Maia

Mestrado Integrado em Medicina, 6º ano

Dissertação / Projecto / Relatório de Estágio

Resumo

A Interrupção Voluntária da Gravidez é um procedimento médico muito comum e cuja aplicação depende em grande parte da disponibilidade dos profissionais de saúde em executá-lo. Tendo sido alterada a lei há pouco tempo em Portugal, torna-se importante conhecer a disponibilidade dos futuros médicos, de forma a garantir a aplicabilidade desta Lei. Foram distribuídos questionários pelos estudantes de Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, que os inquiria acerca da sua percepção relativa à Interrupção Voluntária da Gravidez, a sua perspectiva sobre a Lei vigente e a sua disponibilidade futura para vir a participar neste acto clínico em diferentes situações. Cerca de 21% da população alvo respondeu ao questionário (214 estudantes), dos quais aproximadamente 66% considerou-se pró-escolha. A religião e a sua prática foram os únicos factores que se relacionaram de uma forma estatisticamente significativa com esta auto-classificação. As crenças dos estudantes relativas ao estado do feto e a sua perspectiva sobre a lei estavam também significativamente relacionados com a sua auto-classificação em pró-vida ou pró-escolha. A disponibilidade que os estudantes mostraram para no futuro vir a participar numa Interrupção Voluntária da Gravidez estava também relacionada com a sua auto-classificação. Apenas 30% dos estudantes estão disponíveis para executar este acto no caso de ser feito por escolha da mulher, sendo que 40% afirmam ainda que não estarão disponíveis a prestar-lhe um aconselhamento imparcial nesta situação. A equidade no acesso aos cuidados de saúde é posta em causa caso esta tendência se verifique junto dos profissionais de saúde directamente envolvidos na prática da IVG. É preocupante que uma proporção significativa dos estudantes declare que terá em algumas situações uma posição paternalista com as suas doentes. Seria interessante alargar o âmbito desta investigação a médicos e restantes profissionais de saúde directamente envolvidos nesta prática.

Abstract

Abortion is a very common medical procedure which largely depends upon the availability of health professionals to perform it. Having the Portuguese law concerning this subject been altered recently, it is imperative to know the availability of future doctors, thus guaranteeing the applicability of the law. Questionnaires were handed out to the medical students of the Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar of the University of Porto, asking them about their perceptions relative to abortion, their perspective on the law and their future availability to participate in this procedure in various situations. About 21% of the target population answered the questionnaire (214 students), of whom approximately 66% considered themselves to be pro-choice. Religion and its practice were the only factors that related in a statistically significant way to their self-classification. The students' beliefs relative to the status of the fetus and their views on the law were also significantly related to their self-classification in pro-choice and pro-life groups. The students' availability to participate in the future in an abortion was also related to their self-classification. Only 30% of the students are available to execute this medical procedure be it by choice of the woman, and 40% say they won't provide impartial counseling in this situation. The equity in the access to health care services is at risk should these results be reproducible amongst health care professionals directly involved with abortion practice. It is worrisome that a significant proportion of medical students should declare to assume a paternalist behavior with their patients. It would be interesting to widen the scope of this investigation to physicians and other health care professionals directly involved with the practice of abortion.

Palavras-Chave

Estudantes de medicina; interrupção voluntária da gravidez; aborto; ética médica.

Keywords

Medical students; abortion; medical ethics.

Introdução

De acordo com os números do Ministério da Saúde Português, realizaram-se em Portugal continental, um total de 4182 Interrupções Voluntárias da Gravidez (IVG) no ano de 2007¹, sendo que 1391 destas foram na Região Norte¹. É precisamente este o ano no qual é alterada a lei em Portugal, depois de referendada a população acerca da despenalização da IVG em caso de opção da mulher até às 10 semanas de gestação. É ainda permitido a uma mulher em Portugal interromper a sua gravidez até às 16 semanas no caso de violação; 24 no caso de malformações fetais; 12 se houver perigo para a saúde da mulher e em qualquer altura no caso de perigo de morte ou de lesão irreversível à mulher. Está ainda salvaguardado ao médico o direito de ser objector de consciência.

A IVG é um procedimento frequente em vários países de cultura ocidental², estimando-se que cerca de 22% das gestações acabaram numa IVG em 2005 nos Estados Unidos da América². É assim também expectável que um médico em Portugal, ao longo da sua vida de trabalho, venha a contactar com uma mulher que queira interromper a gravidez.

Sendo um acto médico que não depende apenas de uma avaliação clínica da situação, mas também da disponibilidade dos profissionais de saúde em executá-la, a sua objecção pode ter implicações práticas graves na implementação desta lei, tornando-se por isso essencial o estudo desta disponibilidade para a garantia do bom funcionamento dos serviços nacionais de saúde.

O ensino sobre a IVG em Portugal é variável entre as diversas escolas médicas. No Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS-UP), este tema encontra-se previsto nas unidades curriculares de Bioética e Deontologia Médica (4º ano) e em Ginecologia e Obstetrícia (5º e 6º anos). Os estudantes são por isso incentivados, no seu 4º ano de curso, a reflectir acerca das principais questões éticas em causa na IVG; em relação aos procedimentos técnicos, estes não fazem obrigatoriamente parte do plano de estudos das disciplinas de Ginecologia e Obstetrícia, sendo dados de forma variável.

De referir que os estudantes tendem a valorizar a inclusão deste tema no seu currículo³, e o contacto com esta realidade parece ter consequências nas perspectivas e intenções dos futuros médicos^{4,5}.

São escassos os estudos em Portugal nesta área, não havendo mesmo nenhum que se foque nos futuros médicos. Ribeiro e Araújo⁶ encontraram, em 1998, num grupo de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes sociais) diferenças estatisticamente significativas em função de diversos factores, nomeadamente religião, género, profissão e idade.

No que diz respeito às diferenças entre géneros, os estudos são contraditórios. Alguns mostram uma postura mais conservadora por parte dos homens^{6,7,8,9,10}, outros por parte das mulheres^{11,12,13} e outros ainda não encontram nenhuma diferença^{14,15,16}.

Quanto à idade, também aqui os estudos são contraditórios. Há, no entanto, a tendência para a constatação de que os estudantes mais velhos são em geral mais pró-escolha^{8,16}, sendo que, embora menos frequentes, também há os que mostram o contrário⁹. Gleeson *et al*¹¹ supõem que não tanto a idade, mas o ano de estudo será o principal factor de influência. De facto, Stennet e Bongiovi⁷ relataram uma tendência para um menor apoio à IVG em estudantes mais novos; Dans¹⁶ mostrou que pouca alteração ocorria na perspectiva dos estudantes neste assunto; nenhum destes estudos fazia referência à inclusão do ensino da IVG no currículo. A verdade é que são substanciais as alterações nas atitudes dos estudantes de medicina no que diz respeito a questões éticas à medida que avançam no seu curso¹⁷ e que o avanço na formação médica tende a aumentar a aceitação da IVG por parte dos médicos¹⁸.

A prática de uma religião é um dos factores culturais mais importantes na influência das atitudes de estudantes de medicina e de médicos perante a IVG^{6,11,19}, sendo que as crenças religiosas e a prática de uma religião se encontram geralmente associadas a uma maior oposição a este acto médico.

Esta investigação tem por principal objectivo averiguar o que pensam os futuros médicos do ICBAS acerca da IVG e de que forma a sua perspectiva é influenciada por diversos factores demográficos e culturais (género, idade, ano de curso, religião). Pretende-se também compreender porque é que pensam dessa forma, qual a sua perspectiva acerca da lei em Portugal que regula os casos não puníveis de interrupção da gravidez e qual ou quais as formas, e em que situações, estarão disponíveis para participar numa IVG no futuro.

Materiais e Métodos

Colheita de Dados

Foi utilizado um questionário já elaborado e validado por Gleeson *et al*², que por um método de tradução e contra tradução foi traduzido para português. Este questionário foi então sujeito a uma fase de teste-piloto, na qual foi entregue a 10 estudantes, entre o 2º e 6º ano de Medicina do ICBAS, que depois de responder transmitiram as suas impressões e principais dificuldades. O questionário sofreu então algumas alterações – foi substituída a palavra “nascituro”, desconhecida pela totalidade destes estudantes e foram inseridas notas explicativas em algumas das questões que mais dúvidas suscitaram.

O questionário final (anexo 1) foi então distribuído num formato digital aos estudantes de Medicina do ICBAS, tendo sido enviado o *link* de acesso ao questionário online através do seu mail dinâmico. Dos 1021 enviados, 214 foram respondidos. Não é possível saber quantos, dos enviados, foram de facto lidos.

Análise dos dados

Os dados foram analisados utilizando o SPSS, versão 16.0. Para além de dados estatísticos simples, como frequências e médias, foi utilizado o teste do Qui Quadrado para testar a relação entre a auto-classificação dos inquiridos (pergunta 6) e cada uma das restantes perguntas.

Foram ainda criados “índices” de acordo com as respostas aos diversos grupos de perguntas. Foi criado um “índice de crenças” de forma a

determinar se as crenças dos estudantes estariam relacionadas com a sua auto-categorização. Assim, com as oito frases da Secção A do questionário, pontuadas entre 1 e 5 de acordo com uma resposta mais associada a uma perspectiva pró-vida e pró-escolha, respectivamente, foi atribuída a cada inquirido uma pontuação que variava entre 8 e 40.

De uma forma semelhante, foi construído um “índice de lei”, de acordo com as respostas às 3 perguntas relacionadas com a lei vigente, sendo atribuída uma pontuação a cada estudante que variava entre 3 e 15, sendo os valores mais baixos atribuídos às respostas relacionadas com uma perspectiva pró-vida.

Por fim, com as perguntas da Secção C, foi criado um “índice de comportamento”. Nesta secção era perguntado aos estudantes qual a sua disponibilidade para participar numa IVG, em que circunstâncias (nos casos de violação, risco de vida para a mulher, risco de saúde grave para a mulher, risco de deficiência grave do feto, certeza de deficiência grave do feto e escolha da mulher) e de que forma (se dariam aconselhamento imparcial, se preencheriam os formulários próprios e se fariam o acto da interrupção em si). De acordo com cada uma destas situações, os inquiridos poderiam responder “Sim”, “Não” ou “Não Decidi”, sendo, mais uma vez, atribuído um valor mínimo (1) ao comportamento mais relacionado com uma perspectiva pró-vida (“Não”), o máximo à resposta “Sim” (3) e 2 para o “Não Decidi”. Assim, os valores variavam entre o 18 e o 54.

Todos os três índices foram utilizados para ser comparados com a auto-categorização dos estudantes.

Resultados

Dos 214 questionários preenchidos, nenhum deles estava incompleto. A tabela 1 mostra os dados demográficos dos inquiridos.

Dos estudantes que responderam “Não” ou “Não sei” à pergunta “Consideras a ética uma parte importante da formação médica?”, dois eram do terceiro ano do ciclo de estudos e um era do quarto.

Tabela 1 Dados demográficos dos inquiridos

Média de Idade (anos, média, mínima e máxima)	22,30 (2,166; 18-30)
Género	
Masculino	63 (29,44%)
Feminino	151 (70,56%)
Ano de Curso	
1º	11 (5,14%)
2º	47 (21,96%)
3º	32 (14,95%)
4º	52 (24,30%)
5º	35 (16,36%)
6º	37 (17,29%)
Tens alguma crença religiosa?	
Sim	138 (64,49%)
Não	76 (35,51%)
Se sim, és praticante?	
Sim	62 (44,9%)
Não	76 (55,1%)
A ética constitui uma parte importante da formação médica?	
Sim	211 (98,60%)
Não	2 (0,93%)
Não Sei	1 (0,47%)

A auto-classificação dos inquiridos resultou nos números demonstrados no Gráfico 1. Dos 214 estudantes de medicina do ICBAS-UP, 7,48% consideravam-se neutros, 26,64% consideraram-se pró-vida e 65,89% consideraram-se pró-escolha.

Religião

A forma como os estudantes se auto-classificam é influenciada, de uma forma estatisticamente significativa, com o facto de terem uma crença religiosa ($\chi^2 (4) = 26,342, p=0,00$), sendo que, dos que afirmaram possuir uma crença religiosa, 34,1% eram bastante ou moderadamente pró-vida, ao contrário dos que não a possuíam, dos quais apenas 13,1% se inseriam numa destas duas categorias. Cerca de 80% dos não religiosos eram bastante ou moderadamente pró-escolha, ao contrário dos que afirmaram ter crença religiosa, nos quais apenas 58% se inseriram numa destas duas categorias.

Prática da Religião

O facto de se afirmarem praticantes relacionou-se também de uma forma estatisticamente significativa com a sua auto-classificação ($\chi^2 (4) = 11,768, p=0,019$), quando comparados com os estudantes que também possuíam uma crença religiosa mas não se afirmavam praticantes dessa crença. Assim, dos não praticantes, 68,8% são moderadamente ou bastante pró-escolha, e dos que praticam a sua fé, 45,2% insere-se numa destas duas categorias.

A comparação entre os estudantes praticantes e todos os restantes (independentemente de possuírem uma crença religiosa ou não) não resultou em diferenças estatisticamente significativas.

Género

A Tabela 2 mostra a relação entre o género e a tendência de auto-classificação. Tal como é perceptível por esta tabela, não há diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres no que diz respeito à inclinação geral entre pró-vida e pró-escolha.

Tabela 2 Distribuição do género pela auto-classificação

	Feminino	Masculino	Total
Pró-Vida	39 (27,9%)	18 (31,0%)	57
Pró-Escolha	101 (72,1%)	40 (69,0%)	141
Total	140	58	198

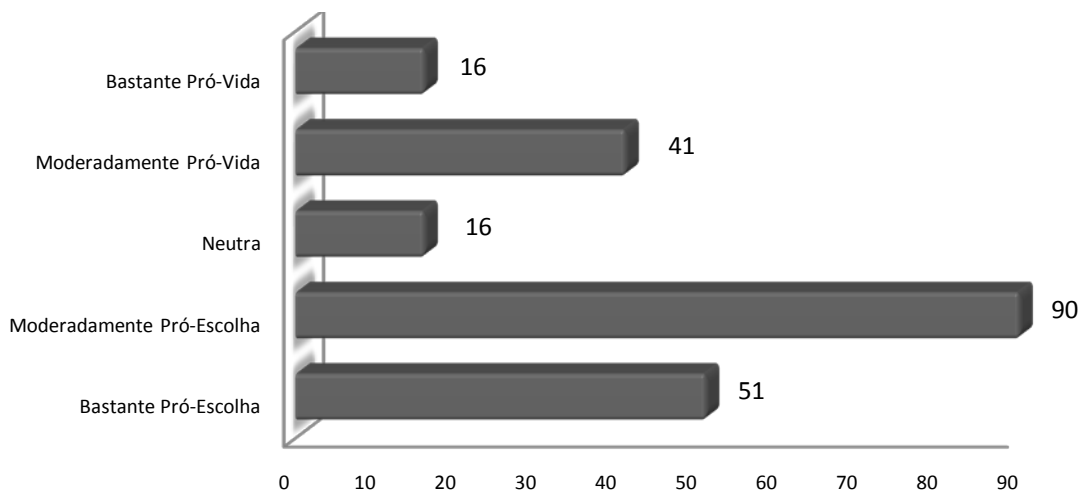
Ano de Estudo

O ano de estudo não se relacionava com a auto-categorização dos inquiridos, sendo a distribuição pelas diversas categorias bastante semelhante ao longo dos seis anos (Gráfico 2) e sem uma clara tendência para mudança.

Foram ainda agrupados e comparados os anos clínicos (do 4º ao 6º) e pré-clínicos (do 1º ao 3º), o primeiro com o segundo e terceiro anos e os três primeiros anos com o quarto ano, não tendo alguma destas comparações resultado em diferenças estatisticamente significativas.

Idade

Não foi possível estabelecer qualquer relação entre a idade e a auto-classificação dos

Gráfico 1 Auto-classificação, em números absolutos, dos estudantes inquiridos

inquiridos, não havendo nenhuma tendência visível entre as duas variáveis.

Secção A - Crenças

Todas as perguntas da Secção A, relacionadas com as crenças pessoais dos inquiridos, relacionavam-se de uma forma estatisticamente significativa com a auto-categorização dos estudantes, quando agrupada em categorias gerais pró-escolha e pró-vida. Assim, os estudantes que se consideraram pró-vida tendiam a concordar mais com a frase “Acredito que a vida começa na concepção”, enquanto que os estudantes que se consideraram pró-escolha tendiam a acreditar que a vida se inicia no momento do nascimento.

Houve ainda uma relação estatisticamente

significativa entre a auto-categorização e o índice de crenças ($\chi^2 (116) = 4,855, p < 0,05$), criado com os resultados das respostas a estas perguntas. De facto, as pessoas que se auto-categorizavam como sendo pró-vida, tinham tendencialmente um valor mais baixo no seu índice de crenças do que aquelas que se autocategorizavam como pró-escolha.

Secção B - Lei

Todas as perguntas que diziam respeito à Lei vigente em Portugal lavraram resultados que se relacionavam de uma forma estatisticamente significativa com a auto-categorização dos inquiridos, em categorias gerais de pró-vida e pró-escolha, excepto uma delas (“Acredito que a Justiça oferece opções suficientes às mulheres”), na qual a associação não foi estatisticamente

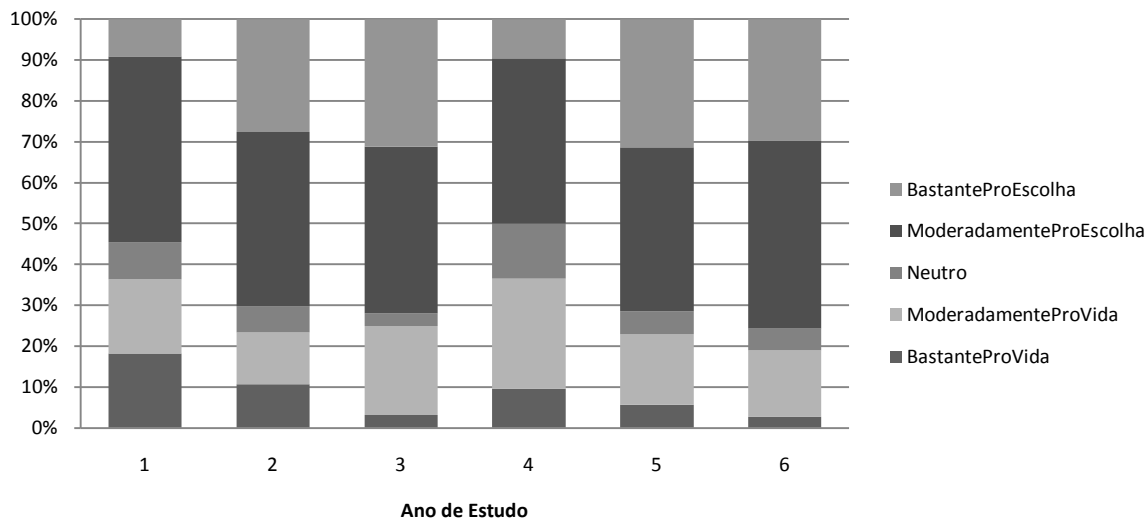
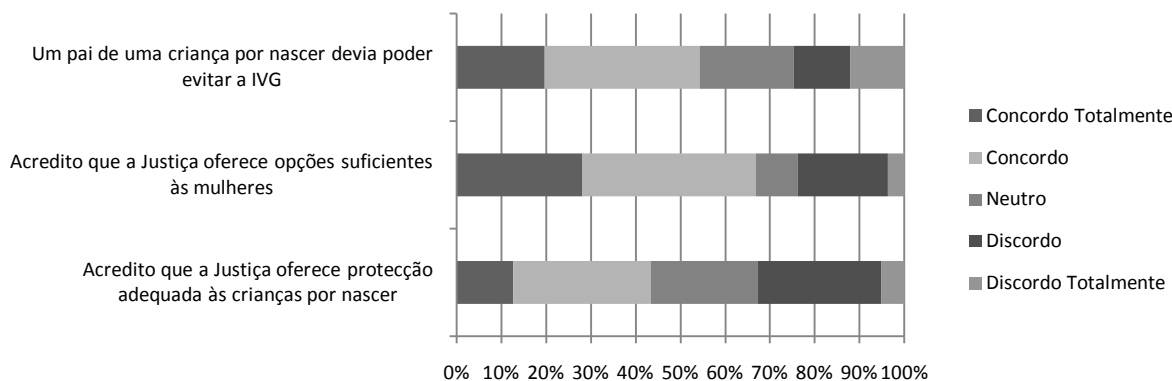
Gráfico 2 Relação entre o ano de estudo e a auto-classificação

Gráfico 3 Distribuição das respostas às três perguntas da Secção B – A Lei Vigente



significativa.

A distribuição das respostas às três perguntas relacionadas com a lei fez-se de acordo com o demonstrado Gráfico 3.

É possível ver que a maioria dos estudantes concordam com as duas primeiras afirmações (“Um pai de uma criança por nascer devia poder evitar a IVG” e “Acredito que a Justiça oferece opções suficientes às mulheres”), o que já não acontece com a terceira afirmação (“Acredito que a Justiça oferece protecção adequada às crianças por nascer”), na qual a proporção de pessoas neutras é maior.

O índice criado com as perguntas relativas à Lei relacionava-se com a auto-categorização de uma forma estatisticamente significativa

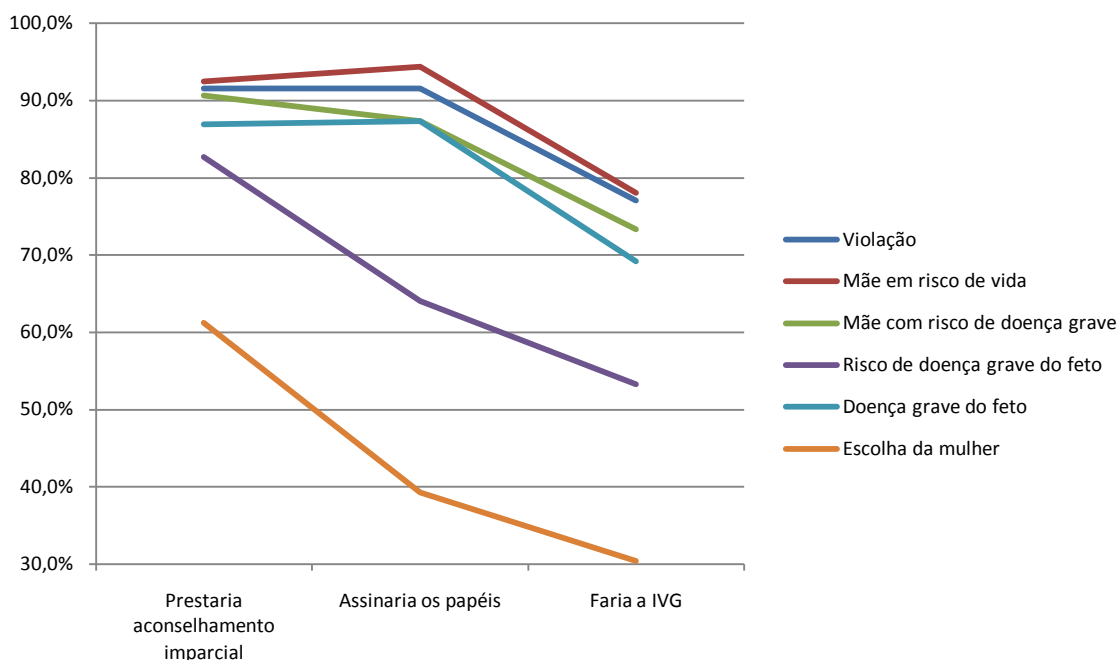
$$(\chi^2(48)=1,631, p<0,05).$$

Secção C – Comportamento Futuro

Tal como é possível ver pelo gráfico 4, a maioria dos estudantes está disposto a prestar aconselhamento imparcial em quase todas as situações apresentadas. Destaca-se, no entanto, que no que diz respeito à IVG por opção da mulher, a percentagem é significativamente menor (61,2%). Aliás, esta diferença é notável em todas as atitudes propostas (aconselhamento imparcial, preencher os formulários próprios ou fazer a IVG) para o caso de a interrupção ser por opção da mulher, atingindo o valor mínimo de 30,4% na hipótese de executar o acto.

No caso de risco de doença grave do feto, o

Gráfico 4 Comportamentos futuros dos estudantes inquiridos nas diversas situações apresentadas



número de estudantes dispostos a aconselhar de forma imparcial, preencher os formulários próprios ou a fazer a IVG é também mais baixo que em todos os outros casos, estando, no entanto, sempre mais de metade dos estudantes disponíveis para intervir de qualquer uma das formas.

De notar ainda que o risco de vida da grávida foi a situação que gerou maior disponibilidade, independentemente da forma de intervenção.

O índice de comportamento criado com as respostas relativas ao comportamento futuro dos estudantes estava relacionado de uma forma estatisticamente significativa com a auto-categorização dos estudantes ($X^2(92) = 9,645$, $p < 0,05$), estando os estudantes pró-escolha geralmente mais disponíveis a intervir em qualquer uma das situações apresentadas.

Discussão

Este estudo é o primeiro estudo em Portugal que aborda as perspectivas dos estudantes de medicina portugueses sobre a IVG, constituindo um contributo para a previsão da aplicabilidade da lei portuguesa que regula este acto médico no nosso Serviço Nacional de Saúde.

Os métodos utilizados nesta pesquisa permitem uma análise válida dos seus resultados; no entanto, a amostra utilizada (o número de estudantes que responderam ao questionário, cerca de 21% da população-alvo) não foi a ideal. De facto, a utilização do *mail* dinâmico disponível na página *online* do ICBAS-UP, apesar de garantir que o questionário era enviado para todos os estudantes e que cada um recebia o convite para responder apenas uma vez, fica dependente da consulta em tempo oportuno da caixa de correio. Alternativamente, a distribuição dos questionários poderia ter sido feita em papel, mas esse método implicaria custos e carga de trabalho de registo de dados incompatíveis com os condicionalismos deste trabalho.

Apesar destas limitações, as respostas obtidas foram em número considerável e distribuídas de uma forma relativamente uniforme ao longo dos

seis anos lectivos. A clara predominância de mulheres é típica da população-alvo em causa.

A visão dos estudantes de acordo com os seus dados demográficos e culturais

Apenas três estudantes não consideraram a ética uma parte importante da formação médica, sendo que dois deles ainda não tinham tido formação nesta área (frequentavam o 3º ano). No entanto, este reduzido número não permite obter conclusões acerca da importância atribuída pelos estudantes a este tipo de formação, antes e depois de a terem.

A maioria dos estudantes classificou-se como pró-escolha (66%), quando comparados com aqueles que se classificaram como pró-vida (27%) ou neutros (7%). A bibliografia neste ponto é contraditória, havendo alguns estudos que têm resultados semelhantes^{4,5,11,15} e outros exactamente contrários (a maioria dos estudantes sendo pró-vida)^{15,18}. Também de acordo com a literatura na área^{6,11,19}, tanto a religião como a sua prática estavam fortemente associadas a uma perspectiva pró-vida, provavelmente pela visão da vida como algo de sagrado, crença central em diversas religiões.

O género, no entanto, não se relacionava de uma forma estatisticamente significativa com a perspectiva sobre a IVG. De facto, aproximadamente 30% das mulheres, bem como 30% dos homens, eram pró-vida, e os restantes pró-escolha. De facto, esta distinção não é uniforme nos estudos realizados até o momento, sendo que vários têm conclusões diferentes no que diz respeito a esta distinção entre géneros.

Também o ano de estudo e a idade não se relacionavam de uma forma estatisticamente significativa com qualquer uma das perspectivas. De notar que a maior percentagem de estudantes bastante pró-vida se encontrou no 1º ano, que quando comparado com o 6º ano, era constituído por uma proporção muito maior de pessoas pró-escolha. No entanto, verifica-se, por exemplo, no 4º ano uma distribuição muito semelhante à do 1º ano, pelo que não é possível identificar qualquer tipo de tendência contínua ao longo destes seis anos lectivos.

A observação do gráfico 2 permite notar uma tendência que se repete ao longo dos dois ciclos de 3 anos: no 1º e no 4º há menos estudantes pró-escolha e mais estudantes pró-vida, sendo que no 2º, 3º, 5º e 6º a tendência se inverte – é significativo o aumento do número de estudantes pró-escolha e a redução dos estudantes pró-vida. Alterações na perspectiva sobre um assunto relacionado com a ética médica nos primeiros três anos de ensino superior podem estar fortemente relacionadas com a entrada na vida adulta, a saída de casa e todas as mudanças comuns nesta fase da vida. Assim, a tendência para se tornar progressivamente mais pró-escolha ao longo destes três primeiros anos pode estar relacionada com o processo de maturação, o afastamento dos pais e da família e dos seus valores morais e éticos, que serão possivelmente mais conservadores que os das gerações mais jovens. O retorno a uma perspectiva conservadora no 4º ano de estudo poder-se-á explicar por um contacto próximo e permanente com os dilemas éticos que são levantados todos os dias num trabalho no hospital, algo que acontece pela primeira vez neste ano de estudo. Este contacto poderá de certa forma tornar os estudantes mais sensíveis ao valor da vida e fazê-los valorizá-la de uma forma mais intensa. Ao longo do 5º e do 6º ano poderá ocorrer uma dessensibilização, um afastamento desta perspectiva, que permite um retorno a uma posição mais pró-escolha.

A impossibilidade de confirmar esta relação com o ano lectivo pode dever-se ao reduzido tamanho da amostra. Aprofundar o conhecimento sobre esta relação permitiria descobrir se de facto ela existe e, se sim, a que se deve, se se trata de uma influência da formação médica ou só de uma tendência relacionada com a idade e a maturação.

As crenças dos estudantes e a sua auto-classificação

Os inquiridos, como seria de esperar, foram consistentes no que diz respeito à sua auto-classificação e às suas crenças relativamente ao início da vida, ao estado do feto e aos direitos da mulher. De facto, era significativa a diferença entre os estudantes pró-escolha e os estudantes

pró-vida no que diz respeito aos resultados do “índice de crenças”.

A perspectiva sobre a Lei

Relativamente à perspectiva que os estudantes têm da lei portuguesa, os estudantes pró-escolha tendem a considerar que esta oferece uma protecção adequada às crianças por nascer, e apesar da maioria destes estudantes considerarem também que um pai deveria poder evitar uma IVG (cerca de 44%), esta percentagem era significativamente maior no grupo de estudantes pró-vida (cerca de 79%). No entanto, a percentagem de estudantes que acreditam que a justiça oferece protecção suficiente às mulheres era semelhante no grupo de estudantes pró-escolha e no grupo pró-vida. Este resultado poderá reflectir uma concordância por parte dos estudantes pró-escolha com a lei, tal como ela está (i.e., não consideram que seja castradora da liberdade da mulher), enquanto que os estudantes pró-vida poderão não concordar com ela, mas considerar que a liberdade da mulher está mais que salvaguardada.

A disponibilidade futura em participar numa IVG

Como seria de esperar, a disponibilidade dos estudantes em participar numa IVG, seja na forma de aconselhamento, de preenchimento dos formulários necessários ou de executar o acto médico, estava relacionada de uma forma estatisticamente significativa com as suas visões sobre a IVG.

De notar que houve algumas situações nas quais os estudantes estariam disponíveis a assinar os formulários necessários mas não para prestar aconselhamento imparcial. Apesar de estas três formas de intervenção estarem por uma ordem que se consideraria “crescente” no nível de intervenção, i.e., que quem estivesse disposto a assinar os formulários faria de certeza um aconselhamento imparcial, este facto não se verificou em todas as situações postas, muito provavelmente porque a indisponibilidade para o aconselhamento imparcial foi interpretada tanto no sentido de tentar influenciar uma mulher a não fazer uma IVG, como a fazê-la. Assim é explicado o facto de, por exemplo, alguns estudantes que se consideraram pró-

escolha, não se disponibilizaram a fazer um aconselhamento imparcial no caso de uma mulher ter sido violada (tenderiam a aconselhá-la a interromper a gravidez, não sendo por isso imparciais).

A objecção de consciência e a equidade ao acesso à IVG

A situação que gerou menor disponibilidade para vir a participar no futuro foi a IVG por escolha da mulher, sendo que apenas cerca de 30% dos estudantes está disposto a realizar mais tarde uma interrupção nesta situação. Dada a elevada percentagem de inquiridos que se afirmavam religiosos, e apesar da maioria dos estudantes se considerar pró-escolha, seria de esperar que muitos deles de facto não estivessem disponíveis para realizar uma interrupção nesta situação, já que o acto médico de interromper uma gravidez pode ser algo perturbante para um profissional de saúde.

No entanto, se esta tendência se verificar nos actuais e futuros profissionais de saúde em Portugal, é posto em causa o direito de uma mulher neste País receber este serviço, legalmente permitido. De facto, “é assegurado aos médicos e demais profissionais de saúde o direito à objecção de consciência relativamente a quaisquer actos respeitantes à interrupção voluntária da gravidez”, de acordo com o artigo 6.º da Lei 16/2007 de 17 de Abril²⁰; no entanto, de acordo com o artigo 4.º da mesma lei, “o Governo adoptará as providências organizativas e regulamentares necessárias à boa execução da legislação (...) designadamente por forma a assegurar que do exercício do direito de objecção de consciência dos médicos e demais profissionais de saúde não resulte inviabilidade de cumprimento dos prazos legais”.

De facto, o risco de alguns estabelecimentos de saúde não terem capacidade de realizar IVGs por objecções de consciência dos seus profissionais é uma realidade. Esta questão põe em confronto dois princípios fundamentais: (1) por um lado, o princípio da equidade na acessibilidade aos cuidados de saúde, universalmente aceite como um princípio orientador em matéria de bioética, bem patente na Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO²¹ no seu

artigo 10º ao afirmar que “a igualdade fundamental de todos os seres humanos em dignidade e em direitos deve ser respeitada para que eles sejam tratados de forma justa e equitativa”; (2) por outro lado, o princípio da diversidade moral obriga-nos a respeitar o direito à objecção de consciência, particularmente quando esta é apresentada por incompatibilidades na prática de um acto clínico com princípios morais alicerçantes para o médico.

De uma forma geral, o direito à objecção de consciência pelos profissionais de saúde é aceite pela maioria – principalmente em questões eticamente tão controversas como a IVG – que o utilizam essencialmente como uma de forma a proteger a sua integridade moral²². Por outro lado, para alguns autores, a liberdade de não participar em actos moralmente condenáveis pelo profissional de saúde acaba quando a liberdade, autonomia e saúde do doente é posta em causa, nomeadamente quando este é de alguma forma prejudicado por não ter acesso a uma intervenção no estabelecimento de saúde mais próximo de si²³. Os benefícios sociais que os médicos recebem bem como os malefícios sociais que advêm da sua indisponibilidade para realizar procedimentos que estes possam considerar moralmente inadmissíveis são também argumentos utilizados na perspectiva da obrigatoriedade dos médicos em realizar estes actos²⁴. Extremando esta posição, há mesmo quem afirme que “se uma pessoa não está preparada para oferecer os serviços legalmente permitidos, eficientes e benéficos para um doente porque estes conflituam com os seus valores, então não devia ser médico”, e que é “intolerável que a objecção de consciência comprometa a qualidade, eficiência ou oferta equitativa de um serviço”²⁵.

A autonomia da mulher e os valores do médico

Foi no caso de uma IVG por escolha da mulher que a maioria dos estudantes se afirmou indisponível para prestar um aconselhamento imparcial (quase 40% seria parcial). Também esta questão é alvo das perspectivas mais antagonistas. Mais uma vez, temos, por um lado, o direito à autonomia da mulher de tomar as suas próprias decisões, e por outro, aquele que é

considerado por alguns como um “dever moral” de um médico em aconselhar a mulher a fazer aquilo que ele considera mais correcto. De facto, há situações nas quais os próprios médicos não só consideram que têm a obrigação de explicar aos seus doentes porque é que são moralmente contra as suas escolhas, mas também que não têm a obrigação de lhes revelar todas as escolhas possíveis nem mesmo de os referenciar para um médico cujos valores não são contrários àqueles manifestados pelo doente²⁶.

Toda esta problemática depende em muito da perspectiva do médico sobre o seu papel na relação médico-doente. Se num extremo está a relação paternalista, dominante até depois da primeira metade do século XX, na qual o médico toma as decisões que considera correctas sem qualquer tipo de obrigação em informar ou consultar o doente, no outro extremo está a relação que enfatiza a autonomia do doente, transformando o médico num mero transmissor de factos, sobre os quais o doente toma a sua decisão.

É interessante notar a diversidade de perspectivas sobre este assunto. A idealização da relação médico-doente como uma relação paternalista é demonstrada por Peppin quando este questiona “se [o médico] acredita realmente que uma posição é a correcta, porque é que este quereria que o doente acreditasse ou aceitasse uma posição incorrecta?”²⁷. No outro extremo da discussão é valorizada a autonomia do doente, defendida por Madder quando afirma que “não só devemos respeitar as escolhas dos doentes como uma manifestação da sua autonomia, como devemos encorajá-los a tomar as suas próprias decisões, [processo este] essencial em ser autónomo”²⁸. Savulescu, numa tentativa de encontrar um equilíbrio, argumenta que “o médico não deve ser um fornecedor de factos mas sim um fornecedor de argumentos” e que “desta forma ele permite que o doente faça escolhas mais autónomas”²⁹.

Apesar da diversidade de perspectivas, o princípio da autonomia não deixa de ser geralmente aceite pela sociedade, tal como reflectido pela UNESCO na sua Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos e pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências

da Vida quando afirma que “o adoecer e a consequente necessidade dos cuidados é, sempre, um acontecimento individual (...), [e como tal] a procura de cuidados é uma decisão pessoal. Como decisão pessoal, ela deve ser livre pelo que o Sistema de Saúde deve respeitar o princípio da autonomia; ou seja, cada pessoa deverá poder escolher livremente os cuidados de saúde que pretende obter para a sua doença”³⁰. Assim, é de facto preocupante que a maioria dos estudantes, mesmo aqueles que já passaram pela sua formação em bioética e deontologia médica, declarem à partida que não dariam um aconselhamento imparcial no caso de serem abordados por uma grávida que não quer levar a gravidez a termo por sua opção. Apesar de se tratar de uma relação da qual é impossível retirar a sua humanidade, e, por isso, de retirar toda a influência que um médico possa ter sobre o seu doente, é preocupante que muitos destes futuros médicos se declarem, à partida, indisponíveis para prestar um aconselhamento imparcial.

Conclusão

Este estudo caracterizou uma amostra dos estudantes de medicina do ICBAS-UP quanto à sua perspectiva sobre a IVG e identificou alguns dilemas éticos na perspectiva da relação médico-doente. Cerca de 21% da população alvo respondeu ao questionário, da qual aproximadamente 66% considerou-se pró-escolha. As crenças relativas ao estado do feto, a perspectiva sobre a lei, a crença numa religião e a sua prática relacionaram-se todos de uma forma estatisticamente significativa com a auto-classificação em pró-vida e pró-escolha. A disponibilidade que os estudantes demonstraram para vir a participar numa IVG no futuro estava também relacionada de uma forma estatisticamente significativa com a sua auto-classificação. Apenas 30% dos estudantes se disponibilizam a executar uma IVG no caso de ser feita por escolha da mulher, sendo que 40% afirmam ainda que não lhe prestariam um aconselhamento imparcial nesta situação.

A verificar-se a generalização da tendência que este estudo demonstra, de uma indisponibilidade significativa por parte dos profissionais de saúde em executar uma IVG por

escolha da mulher, é inevitável colocar a questão se será garantido o princípio da equidade no acesso aos cuidados de saúde, principalmente numa questão tão delicada e perturbante para muitas mulheres que os procuram.

Não havendo um modelo único de relação médico-doente ideal, e quando se confrontam dois valores quase “intocáveis” como a autonomia de cada um dos participantes nesta relação, não deixa de ser perturbante que futuros médicos declarem tão claramente que terão uma postura paternalista perante as suas doentes, admitindo mesmo tentar convencê-las a seguir os seus valores (sendo uma relação da qual é impossível retirar toda a sua humanidade, por mais imparcial que um médico tente ser, nunca será um mero transmissor de conhecimento científico, podendo tender a fazer prevalecer os seus valores e a sua educação sobre os do doente na decisão final).

Finalmente, seria interessante alargar o âmbito desta investigação a médicos (e também aos restantes profissionais de saúde) potencialmente envolvidos na prática da IVG.

Referências

1. Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e produção do SNS: Ano de 2007. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2007. ISSN 1645-8893
2. Jones RK, Zolna MR, Henshaw SK e Finer LB (2008) Abortion in the United States: incidence and access to services, 2005. *Perspect Sex Reprod Health Mar* 40(1):6-16.
3. Espeya E, Ogburna T, Leemanb L, Nguyena T, Gilla G (2008) Abortion education in the medical curriculum: a survey of student attitudes. *Contraception* 77;205–208.
4. Espey E, Ogburn T, Dorman F (2004) Student attitudes about a clinical experience in abortion care during the obstetrics and gynecology clerkship. *Academic Medicine*, vol. 79, no. 1, Janeiro.
5. Pacea L, Sandahlb Y, Backusb L, Silveiraa M, Steinauera J (2008) Medical Students for Choice's reproductive health externships: impact on medical students' knowledge, attitudes and intention to provide abortions. *Contraception* 78; 31–35.
6. José R, Teresa A (1998) Atitudes de técnicos de saúde e interrupção voluntária da gravidez, *Análise Psicológica*, 3 (XVI): 469-479.
7. Stennett R e Bongiovi M (1991) Future physicians' attitudes on women's reproductive rights: a survey of medical students in an American university. *J Am Med Womens Assoc* 46:178–81.
8. Dobie SA, Rosenblatt RA, Glusker A et al (2000) Reproductive health service in rural Washington state: scope of practice and provision of medical abortions, 1996–1997. *Am J Public Health* 90:624–6.
9. Slevin KF, Aday DP (1993) Gender differences in self-evaluations of information about current affairs. *Sex Roles* 29:817–28.
10. Barrett FM (1980) Changes in attitudes toward abortion in a large population of Canadian university students between 1968 and 1978. *Can J Public Health* 71:195–200.
11. Gleeson R, Forde E, Bates E, Powell S, Eadon-Jones E e Draper H (2008) Medical students' attitudes towards abortion: a UK study. *J. Med. Ethics* 34;783-787.
12. Carlton CL, Nelson ES, Coleman PK (2000) College students' attitudes toward abortion and commitment to the issue. *Soc Sci J* 37:619–25.
13. Urbina A, Aguirre D (1997) Los médicos en formación y el aborto: opinión de estudiantes de medicina en la Ciudad de México. *Cad. Saúde Pública* vol.13 n.2
14. Meira A, Ferraz F (1989) Liberação do aborto: opinião de estudantes de medicina e de direito, São Paulo, Brasil, Ver. *Saúde Públ, S. Paulo*, 23(6):465-72.
15. Steele R (2009) Medical students' attitudes to abortion: a comparison between Queen's University Belfast and the University of Oslo. *J. Med. Ethics* 35;390-394.
16. Dans PE (1992) Medical students and abortion: reconciling personal beliefs and professional roles at one medical school. *Acad Med* 67:207–11.

17. Price J, Price D, Williams G e Hoffenberg R (1998) Changes in medical student attitudes as they progress through a medical course. *J Med Ethics*; 24:110-117.
18. Wonkam A, Hurst S (2007) Acceptance of abortion by doctors and medical students in Cameroon. *The Lancet*. 369:1999.
19. Aiyer NA, Ruiz G, Steinman A, et al (1999) Influence of physician attitudes on willingness to perform abortion. *Obstet Gynecol* 93:576–80.
20. DR (2007) “Lei nº 16/2007, Exclusão da Ilícitude nos casos de Interrupção Voluntária da Gravidez”, Diário da República, 1ª Série, Nº 75 de 17 de Abril de 2007, Imprensa Nacional – Casa da Moeda.
21. United Nations’ Educational, Scientific and Cultural Organization (2005) Universal Declaration in Bioethics and Human Rights. Paris: UNESCO. Retirado de: <http://portal.unesco.org>.
22. Childress J (1979) Appeals to conscience. *Ethics*; 89:315-35.
23. Cannold L (1994) Consequences for patients of health care professionals’ conscientious actions: the ban on abortions in South Australia. *J Med Ethics*; 20:80-86.
24. Meyers C, Woods R (1996) An obligation to provide abortion services: what happens when physicians refuse? *J Med Ethics*; 22:115-120.
25. Savulescu J (2006) Conscientious objection in medicine. *British Medical Journal* 332:294-297.
26. Curlin F, Lawrence R, Chin M, Lantos J (2007) Religion, Conscience and controversial clinical practices. *N Engl J Med*; 356:593-600.
27. Peppin J (1997) The christian physician in the non-christian institution: objections of conscience and physician value neutrality. *Christian Bioethics*; vol. 3 nr 1:39-54.
28. Madder H (1997) Existential autonomy: why patients should make their own choices. *J. Med. Ethics*; 23:221-225.
29. Savulescu J (1995) Rational non-interventional paternalism: why doctors ought to make judgments of what is best for their patients. *J Med Ethics*; 21:327-331.
30. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2001) Relatório-Parecer 39/CNECV/2001 Acerca do Projecto de Lei Nº 433/VIII “Lei de Bases da Saúde” Proposto pelos Deputados do Bloco de Esquerda.

Anexo 1

QUESTIONÁRIO

Perspectivas e Atitudes de Estudantes de Medicina do ICBAS Perante a Interrupção Voluntária da Gravidez

O presente questionário insere-se num trabalho de investigação feito no âmbito da unidade curricular “Dissertação / Projecto / Relatório de Estágio” do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina do ICBAS, intitulado “Perspectivas e Atitudes de Estudantes de Medicina do ICBAS Perante a Interrupção Voluntária da Gravidez”.

Com este trabalho pretende-se estudar as atitudes dos estudantes de Medicina perante a Interrupção Voluntária da Gravidez, nomeadamente quais as suas perspectivas éticas e qual a sua visão sobre a actual lei que regula este acto médico. Pretende-se também relacionar estes dados com diversos factores demográficos, como a idade, o ano de estudo, a religião e religiosidade.

O questionário é confidencial e anónimo. Agradeço desde já a tua colaboração no seu preenchimento!

Inês Campos Matos
Estudante do 6º ano do MIM no ICBAS

1. Idade ____

2. Sexo
Feminino
Masculino

3. Que ano de curso frequentas?
1º
2º
3º
4º
5º
6º

4. Tens alguma crença religiosa?
Sim
Não

5. Se respondeste que sim, és praticante?
Sim
Não

6. Achas que a Ética constitui uma parte importante da formação médica?
Sim
Não

NOTA: Entenda-se, na pergunta seguinte, os termos “Pró-Vida” e “Pró-Escolha” posições relativas apenas à IVG

7. Consideras-te uma pessoa...

Bastante Pró-Escolha
Moderadamente Pró-Escolha
Neutra
Moderadamente Pró-Vida
Bastante Pró-Vida

Secção A

8. A próxima secção pretende identificar quais as tuas crenças em relação às principais questões morais e éticas que são colocadas na questão da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). Em relação a cada afirmação é pedido que escolhas um número, de 1 a 5, em que 1 corresponde a “Concordo Totalmente”, 3 é neutro e 5 a “Discordo Totalmente”.

	Concordo Totalmente		Neutro	Discordo Totalmente	
Acredito que a vida começa no nascimento	1	2	3	4	5
Acredito que a vida começa na concepção	1	2	3	4	5

9. A minha opinião sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) é influenciada por:

	Concordo Totalmente		Neutro	Discordo Totalmente	
A crença de que o feto pode sentir prazer e dor	1	2	3	4	5
O facto de o feto vir a tornar-se um indivíduo com direito à vida	1	2	3	4	5
O facto de o feto estar vivo	1	2	3	4	5
A crença de que o feto não tem consciência de si próprio como pessoa	1	2	3	4	5
A crença de que o feto vale tanto como um ser humano	1	2	3	4	5
O direito das mulheres a controlarem os seus próprios corpos	1	2	3	4	5

Secção B

10. Esta secção diz respeito à lei vigente em Portugal, nomeadamente a Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril, que regula a “Exclusão de ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez” e a portaria 741-A/2007 de 21 de Junho, que “estabelece as medidas a adoptar nos estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos com vista à realização da interrupção da gravidez”.

Relembra-se que, segundo a lei vigente em Portugal, não é penalizada a mulher que fizer uma IVG nas seguintes situações:

- Até as 16 semanas no caso de violação;

- Até as 24 semanas no caso de malformações fetais;
- Em qualquer altura no caso de perigo de morte ou de lesão irreversível à mulher;
- Até as 12 semanas se houver perigo para a saúde da mulher;
- Até as 10 semanas, por opção da mulher.

	Concordo Totalmente		Neutro	Discordo Totalmente	
Acredito que a Justiça oferece protecção adequada às crianças por nascer	1	2	3	4	5
Acredito que a Justiça oferece opções suficientes às mulheres	1	2	3	4	5
Um pai de uma criança por nascer devia poder evitar a IVG	1	2	3	4	5

Secção C

Esta secção pretende inquirir acerca da tua disponibilidade, mais tarde como médico/a, em participar numa IVG, de que forma estarás disposto a participar, e em que situações.

Relembra-se que um(a) médico/a pode participar neste processo de diversas formas, nomeadamente:

- Prestar aconselhamento imparcial: no aconselhamento a uma grávida que coloca a possibilidade de realizar uma IVG, aconselhá-la da melhor forma possível sem que valores morais do/a médico/a interfiram neste aconselhamento.
- Assinar os “papéis”: para que uma mulher faça uma IVG, é necessário que dois médicos declarem que concordam, e fazem-no assinando os papéis necessários.
- Fazer uma IVG: executar o acto que levará à interrupção (nomeadamente a prescrição dos medicamentos necessários ou a realização do acto cirúrgico em si).

11. Prestaria aconselhamento imparcial...

Se a mulher tiver sido violada	Não	Não Decidi	Sim
Se a gravidez puser em risco a vida da mãe	Não	Não Decidi	Sim
Se a gravidez representar um risco grave para a saúde da mãe	Não	Não Decidi	Sim
Se o feto correr o risco de desenvolver uma doença ou deficiência grave	Não	Não Decidi	Sim
Se o feto for mesmo desenvolver uma doença ou deficiência grave	Não	Não Decidi	Sim
Se a criança não for desejada	Não	Não Decidi	Sim

12. Assinaria os “papéis”...

Se a mulher tiver sido violada	Não	Não Decidi	Sim
Se a gravidez puser em risco a vida da mãe	Não	Não Decidi	Sim
Se a gravidez representar um risco grave para a saúde da mãe	Não	Não Decidi	Sim
Se o feto correr o risco de desenvolver uma doença ou deficiência grave	Não	Não Decidi	Sim
Se o feto for mesmo desenvolver uma doença ou deficiência grave	Não	Não Decidi	Sim
Se a criança não for desejada	Não	Não Decidi	Sim

13. Faria a IVG...

Se a mulher tiver sido violada	Não	Não Decidi	Sim
Se a gravidez puser em risco a vida da mãe	Não	Não Decidi	Sim
Se a gravidez representar um risco grave para a saúde da mãe	Não	Não Decidi	Sim
Se o feto correr o risco de desenvolver uma doença ou deficiência grave	Não	Não Decidi	Sim
Se o feto for mesmo desenvolver uma doença ou deficiência grave	Não	Não Decidi	Sim
Se a criança não for desejada	Não	Não Decidi	Sim