



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

Fróes, Nathália Maria Fonseca; Batista, Cláudia Bacelar
Conhecimento e percepção de estudantes de medicina sobre aborto legal
Revista Bioética, vol. 29, núm. 1, 2021, Enero-Marzo, pp. 194-207
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021291459>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361570669020>

- [Cómo citar el artículo](#)
- [Número completo](#)
- [Más información del artículo](#)
- [Página de la revista en redalyc.org](#)

UAEH [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Conocimiento y percepción de estudiantes de medicina sobre el aborto legal

Nathália Maria Fonseca Fróes¹, Cláudia Bacelar Batista¹

1. Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, Brasil.

Resumen

El aborto es una práctica frecuente en Brasil y una importante causa de mortalidad materna. Incluso cuando cumplen con las condiciones legales, las mujeres enfrentan varias barreras para acceder al procedimiento, a menudo debido a la falta de conocimiento de los médicos sobre los marcos regulatorios. Este artículo tiene como objetivo evaluar el conocimiento de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Bahía sobre las leyes que permiten el aborto en Brasil, así como la percepción de estos estudiantes sobre el tema. Se trata de un estudio transversal con análisis cualitativo de datos obtenidos mediante la aplicación de un cuestionario a 237 alumnos. Si bien los participantes demostraron un conocimiento teórico adecuado de los aspectos legales, hubo inconsistencias y errores cuando se les preguntó sobre la aplicación de las leyes en situaciones prácticas de atención al aborto legal. Los resultados demuestran la necesidad de fortalecer la enseñanza de la temática durante la graduación, de manera multidisciplinaria y transversal. Finalmente, cabe mencionar que los participantes mostraron una inclinación favorable hacia la despenalización del aborto.

Palabras clave: Aborto legal. Estudiantes de medicina. Conocimiento. Legislación. Salud pública.

Resumo

Conhecimento e percepção de estudantes de medicina sobre abortamento legal

O abortamento é prática frequente no Brasil e importante causa de mortalidade materna. Mesmo em condições legais, as mulheres enfrentam diversas barreiras para acessar o procedimento, muitas vezes em decorrência do desconhecimento de médicos acerca dos marcos regulatórios. Este artigo objetiva avaliar o conhecimento de estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia sobre as leis que permitem o aborto no Brasil, bem como a percepção desses estudantes sobre o tema. Trata-se de estudo de corte transversal com análise qualitativa de dados obtidos pela aplicação de questionário a 237 estudantes. Apesar de os participantes demonstrarem conhecimento teórico adequado dos aspectos legais, houve incongruências e erros quando questionados sobre aplicação das leis em situações práticas de atendimento ao aborto legal. Os resultados demonstram a necessidade de fortalecer a abordagem do tema durante a graduação, de modo multidisciplinar e transversal. Vale ressaltar, por fim, que se observou entre os participantes inclinação favorável à descriminalização do aborto.

Palavras-chave: Aborto legal. Estudantes de medicina. Conhecimento. Legislação. Saúde pública.

Abstract

Knowledge and perception of medical students on legal abortion

Abortion is a frequent practice in Brazil and a major cause of maternal mortality. Even under legal conditions, women face many barriers to access the procedure, often related to physicians' unfamiliarity with the legislation. This article assess the knowledge of medical students from Faculdade de Medicina da Bahia of Universidade Federal da Bahia about the laws that regulate abortion in Brazil and their perception on the topic. This qualitative cross-sectional study analyzed data collected from a questionnaire answered by 237 students. Although the participants showed adequate theoretical knowledge of legal aspects, discrepant and incorrect answers were observed when asked about law enforcement in situations of legal abortion care, showing that education focused on the topic is required using multidisciplinary and transversal discussions during the medical course. Finally, we observed that participants tended to favor decriminalization of abortion.

Keywords: Abortion, legal. Students, medical. Knowledge. Legislation. Public health.

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aprobación CEP-UFBA 2.406.450

Aunque son tratados como sinónimos por la literatura técnica, “*abortamento*”, en portugués brasileño, corresponde a la interrupción de un embarazo hasta la 20.^a o 22.^a semana con un producto que pesa menos de 500g, mientras que “aborto” es el resultado del *abortamento*¹. Práctica frecuente en el país, el *abortamento* tiene un gran impacto en la salud de las mujeres brasileñas y es una causa importante de mortalidad materna².

Debido al subregistro, es difícil establecer la magnitud real de la morbilidad materna a causa del aborto ilegal en Brasil³. En general, los estudios utilizan datos secundarios de los sistemas de información del Sistema Único de Salud (SUS), como el Sistema de Informaciones Hospitalarias (SIH/SUS), el Sistema de Informaciones sobre Nacidos Vivos, el Departamento de Informática del SUS y el Sistema de Informaciones sobre Mortalidad (SIM). Incluso con estas limitaciones, se estima que hay más de un millón de *abortamentos* inducidos al año en Brasil¹.

En 2011, el SIM registró 77 muertes maternas asociadas al aborto, lo que equivale al 4,8% de todas las muertes maternas ocurridas en el mismo año³. Como la mortalidad corresponde solo a una parte de la situación, los datos de hospitalización corroboran la magnitud del problema. Un estudio que analizó los registros obtenidos en el SIH/SUS para el período 1996-2012 señala datos alarmantes⁴. El legrado en pacientes que llegan en proceso de *abortamento* es el segundo procedimiento obstétrico más realizado en la red sanitaria pública. En este período, hubo aproximadamente 240 mil hospitalizaciones por complicaciones derivadas del aborto por año, generando al SUS un costo anual de aproximadamente R\$ 45 millones. Además, el coeficiente medio de abortos inseguros correspondió a 17 ocurrencias por cada mil mujeres en edad fértil, a razón de 33,2 abortos por cada cien nacidos vivos⁴. La investigación realizada en el estado de Pernambuco tuvo resultados similares, encontrando un promedio anual de abortos inseguros equivalente al 36,1% del total de nacidos vivos⁵.

Dada su magnitud, la morbilidad que provoca y el elevado coste que representa para el SUS, el aborto debe considerarse y tratarse como un problema de salud pública⁶. Cuando se realiza en condiciones precarias y sin la asistencia profesional adecuada, el procedimiento se denomina “aborto inseguro”, con una mayor tasa de muertes y complicaciones. La realización del procedimiento por un

tercero, que no es un profesional sanitario capacitado, es un factor de riesgo de lesiones físicas iatrogénicas, como perforaciones del útero y los anexos, infecciones y hemorragias. Otro riesgo importante es el posible empeoramiento de la salud psicológica de la mujer durante todas las fases del procedimiento⁷.

El aborto seguro se practica de forma legal, en un servicio sanitario estructurado, con un equipo multidisciplinar formado que ofrece a la mujer toda la atención necesaria⁴. El Código Penal brasileño considera, en su artículo 124, crimen contra la vida *provocar el aborto en sí mismo o consentir que otros lo provoquen*⁸, especificando las penas hasta el artículo 127. El artículo 128 no penaliza el aborto necesario: cuando es la única opción para salvar la vida de la mujer o cuando el embarazo es consecuencia de una violación, siempre que la mujer desee someterse al procedimiento y este sea realizado por un médico⁸.

Según Anjos y colaboradores⁶, más recientemente, en 2012, el Supremo Tribunal Federal estableció que las mujeres con fetos anencefálicos también tienen derecho a abortar. El Consejo Federal de Medicina⁹, por su parte, publicó una resolución en la que se describía el diagnóstico de anencefalia para estos casos de anticipación terapéutica del parto. Sin embargo, los *abortamentos* por malformaciones incompatibles con la vida siguen sin estar garantizados por la ley. Desde los años 80, las mujeres han recurrido a los tribunales brasileños para obtener el derecho a abortar en estos casos, siendo autorizadas a proceder con el procedimiento en la mayoría de los casos¹⁰.

En 2013, según Balogh¹¹, el Consejo Federal de Medicina remitió una propuesta a la comisión del Congreso Nacional encargada de evaluar la reforma del Código Penal, en la que defendía la autonomía de la mujer para decidir si sigue o no con el embarazo hasta la 12.^a semana. Sin embargo, la propuesta permanece hasta hoy fuera del orden del día del órgano legislativo.

En la práctica, los hospitales tienden a realizar el procedimiento cuando la mujer embarazada está en riesgo de muerte, pero no ocurre lo mismo en los casos de aborto por violencia sexual¹². Sigue siendo habitual que las víctimas de violaciones sufran violencia institucional, que se manifiesta en retrasos en la recepción o en la denegación de la atención, en la obstaculización del acceso o incluso en actos de discriminación explícita⁴. Además, por desconocer sus derechos o no conocer las

instituciones que ofrecen atención, muchas de estas mujeres ni siquiera llegan al servicio¹³.

Un estudio sobre las experiencias de aborto reveló que la relación con el equipo sanitario se basa en la desconfianza y el miedo al maltrato. Esta expectativa negativa retrasa la búsqueda de atención médica y genera tensión durante la hospitalización¹⁴. Otro estudio identificó algunas razones de la baja demanda del *abortamento* legal: la anticoncepción de emergencia obtenida por las propias víctimas; el desconocimiento de las instituciones públicas que ofrecen el servicio en situaciones legales; y el subregistro de la violencia sexual debido a las barreras culturales e institucionales¹⁵.

La negación de atención a la víctima de violencia sexual se considera omisión, y el médico está sujeto a sufrir una condena tanto civil como criminal por la muerte o el daño físico y psicológico causado a la víctima, según el artículo 135 del Código Penal^{8,13}. En los embarazos resultantes de una violación, el equipo de salud es el responsable de informar a la mujer sobre su derecho a interrumpir el embarazo, identificando su deseo de hacerlo y aclarándole, cuando la decisión es llevar el embarazo a término, sobre los cuidados prenatales, la posibilidad de quedarse con el niño o darlo en adopción, etc.¹³

No obstante, cabe señalar que el médico puede alegar la objeción de conciencia para negarse a realizar el procedimiento. Este dispositivo fue creado para preservar la integridad del profesional en casos de conflicto moral, permitiéndole no participar en procedimientos que considera contrarios a sus valores. Este derecho, sin embargo, no se reconoce cuando no hay otro médico disponible para realizar el procedimiento, o cuando hay riesgo de muerte o daño a la salud de la mujer embarazada como resultado de la omisión^{16,17}. En el momento inmediatamente posterior a la violencia, dados los graves riesgos para la salud de la mujer, el médico no puede utilizar este dispositivo, ni exigir un documento policial, como un informe policial o del Instituto Médico Legal. Al carecer de base legal, estas exigencias pueden constituir una conducta ilícita y no ética¹³.

El Código Penal⁸ no exige ningún documento para *abortamento* en caso de violencia sexual, porque la víctima no tiene obligación legal de denunciar el delito a la policía, y su declaración tiene presunción de veracidad, no correspondiendo al médico rebatirla¹³. La Ordenanza 1.508/2005 del Ministerio de Salud¹⁸ determinó los llamados "Procedimientos

de Justificación y Autorización de Interrupción del Embarazo", cinco términos que deben ser utilizados en el servicio en los casos de *abortamento* por embarazos resultantes de violación¹³. El médico no debe temer acciones legales si luego resulta que el embarazo no fue fruto de violencia sexual, ya que está protegido por el artículo 20 del Código Penal⁸. Si el servicio siguió las precauciones procesales, solo la mujer responderá penalmente¹³, con una pena de uno a tres años de reclusión.

Es importante destacar que, según el artículo 154 del Código Penal⁸, al médico le está prohibido revelar, sin causa justificada, cualquier información de la que tenga conocimiento durante el ejercicio de su profesión y que pueda causar daño a cualquier persona. Esto significa que mantener la confidencialidad sobre el aborto inducido es un deber ético y legal, y no corresponde al profesional denunciar a la paciente a las autoridades. El incumplimiento de esta norma puede llevar al médico a responder a demandas penales y ético-profesionales por los daños causados a la mujer^{1,8,9}.

El desconocimiento de la legislación sobre el aborto puede predisponer al médico a actuar de forma inadecuada, poniendo en riesgo la salud de la mujer. La situación se agrava cuando el profesional teme ser juzgado moralmente o sufrir un proceso penal¹⁹. Por ello, y por tratarse de un problema de salud pública, además de ser un derecho contemplado en la ley, es relevante discutir la legislación sobre el tema en las facultades de medicina, así como los aspectos ético-legales y su aplicación práctica²⁰.

El objetivo de este estudio es precisamente evaluar el conocimiento y la percepción de los estudiantes de medicina sobre la legislación brasileña respecto al aborto. Se cree que los resultados pueden contribuir a las estrategias para ampliar la enseñanza sobre el tema, con el fin de promover la conciencia ética de la atención profesional y humanizada, de calidad, para las mujeres que pasan por este proceso delicado y difícil.

Método

Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo y transversal, con un muestreo no probabilístico. Los estudiantes de todos los semestres de la Facultad de Medicina de Bahía de la Universidad Federal

de Bahía (FMB-UFBA) respondieron voluntariamente a un cuestionario estructurado y autoaplicado. El instrumento se elaboró en la herramienta Google Forms y se envió por correo electrónico a todos los alumnos matriculados en el segundo semestre académico de 2017. Se realizaron cuatro envíos, con un intervalo mínimo de siete días entre ellos, de enero a marzo de 2018.

Los cuestionarios podían contestarse en cualquier momento y en el entorno que el entrevistado eligiera, en una duración media de 20 minutos. En el cuerpo del correo electrónico estaba el formulario de consentimiento informado y, si la persona aceptaba participar en la investigación, el estudiante podía acceder al enlace con las preguntas. Para mantener la confidencialidad, no se pidió la identificación del encuestado en el cuestionario.

No se realizó ningún cálculo del tamaño de la muestra, ya que el cuestionario se entregó a todos los estudiantes de la FMB-UFBA. La muestra incluyó a 237 estudiantes que aceptaron responder al cuestionario. Al haber 1.022 estudiantes con matrícula activa en el segundo semestre académico de 2017, la muestra corresponde al 23,2% de la población total. De los 237 participantes, 16 (6,8%) estaban en el 1.º semestre; 38 (16%) en el 2.º semestre; 11 (4,6%) en el 3.º semestre; 18 (7,6%) en el 4.º semestre; 17 (7,2%) en el 5.º semestre; 38 (16%) en el 6.º semestre; 16 (6,8%) en el 7.º semestre; 18 (7,6%) en el 8.º semestre; 23 (9,7%) en el 9.º semestre; 20 (8,4%) en el 10.º semestre; 7 (3%) en el 11.º semestre; 13 (5,5%) en el 12.º semestre; y 2 (0,8%) no lo informaron.

El cuestionario utilizado contenía únicamente preguntas objetivas y se adaptó a partir de dos estudios anteriores con médicos y otros profesionales de la salud^{20,21}. En total, había 22 preguntas divididas en cuatro secciones. La primera sección recogía datos sociodemográficos, como franja etaria, sexo, estado civil, religión, ingresos familiares y grupo racial. La segunda abordaba los conocimientos generales de los estudiantes sobre el *abortamento* mediante afirmaciones que debían identificarse como verdaderas o falsas. En esta misma sección también se buscó identificar con qué componentes del currículo el estudiante tuvo contacto en alguna actividad académica sobre el tema. La tercera sección trajo aspectos específicos de la legislación sobre el aborto en

Brasil a través de preguntas cerradas y de opción múltiple. Por último, la cuarta sección se propuso conocer la percepción de los participantes sobre el *abortamento*. El instrumento de recogida de datos está disponible en el Anexo de este artículo. Los datos se organizaron y analizaron con el software Microsoft Excel.

Resultados

Caracterización sociodemográfica

Un total de 237 estudiantes respondieron al cuestionario. La mayoría eran mujeres (61,2%), entre 19 y 22 años (41,1%), solteras (91,1%), pardas brasileñas (48,7%), con ingresos familiares entre 5 y 10 salarios mínimos (26,7%) y católicas (25%) o sin religión (25%). Los estudiantes de todos los semestres respondieron al cuestionario, con predominio de los del sexto semestre (16%).

Conocimientos generales sobre el aborto

La mayoría de los estudiantes clasificaron correctamente las afirmaciones sobre el aborto. La Tabla 1 muestra las afirmaciones con sus respectivas respuestas correctas, acompañadas del número absoluto y el porcentaje de estudiantes que marcaron cada afirmación como "verdadera" o "falsa". Aunque la mayoría acertó, muchos estudiantes no sabían que el aborto representa una gran proporción de las muertes maternas en los países en desarrollo (24,9%) y que la repetición de los procedimientos puede suponer riesgos para futuros embarazos (30%).

Sobre el perfil de las mujeres que abortan, el 21,1% de los estudiantes respondió erróneamente que las mujeres que más recurren al aborto inducido en Brasil suelen haber superado el número de hijos deseado, el 23,2% no sabía que la mayoría de estas mujeres son jóvenes. La mayoría (87,8%) está de acuerdo en que la planificación reproductiva contribuye a prevenir el aborto inducido. Casi todos los estudiantes creen que el aborto es un problema de salud pública (96,2%) y están en desacuerdo con que el acceso a la planificación reproductiva en Brasil sea adecuado (98,3%). Por último, el 62% de los estudiantes considera que el aborto no debería utilizarse como método de planificación reproductiva.

Tabla 1. Conocimientos generales sobre el aborto

Aserciones	Verdadero		Falso	
	n	%	n	%
En los países en desarrollo, el aborto representa una gran proporción de las muertes maternas. (V)	178	75,1	59	24,9
El aborto repetido por dilatación y legrado puede suponer riesgos para un futuro embarazo. (V)	166	70,0	71	30,0
Las mujeres que más recurren al aborto inducido en Brasil suelen haber superado el número de hijos deseado. (F)	50	21,1	187	78,9
La mayoría de las mujeres que recurren al aborto inducido en Brasil son jóvenes. (V)	182	76,8	55	23,2
El acceso eficiente a la planificación familiar ayuda a prevenir el aborto inducido. (V)	208	87,8	29	12,2
El aborto es un problema de salud pública. (V)	228	96,2	9	3,8
El acceso a la planificación familiar promovido en Brasil es adecuado. (F)	4	1,7	233	98,3
El aborto no debe utilizarse como método de planificación familiar. (V)	147	62,0	90	38

V: verdadero; F: falso

Conocimiento de la legislación sobre el aborto

La Tabla 2 recoge afirmaciones sobre aspectos legales del aborto en Brasil con sus respectivas respuestas correctas ("verdadero" o "falso"), y el número absoluto y el porcentaje de respuestas correctas de los estudiantes. Sobre lo que establece el Código Penal⁸, el 92% de los estudiantes sabe que el aborto practicado por un médico no se penaliza cuando la embarazada corre riesgo de muerte, el 94,9% respondieron correctamente que no hay penalización cuando el embarazo es fruto de una violación, y el 91,1% de los encuestados reconoce que no hay penalización en los casos de malformación cerebral incompatible con la vida extrauterina. Sin embargo, el 28,3% desconocía que el aborto está penalizado cuando no hay riesgo para la salud de la embarazada. Solo el 1,7% de los estudiantes piensa que el aborto no se penaliza cuando la embarazada es menor de edad, así como el 0,8% en los casos en que la mujer no quiere tener el hijo.

Casi todos los estudiantes (98,3%) sabían que el aborto legal prescinde del consentimiento del marido. Los porcentajes más pequeños sabían que no es necesario un informe policial (80,3%) o un informe del Instituto Médico Legal (82,9%). Casi el 24% desconocía que no es necesario ningún documento y que es suficiente el testimonio de la mujer.

En cuanto a la actitud del médico si sospecha de un *abortamento* ilegal, solo el 51,5% de los estudiantes sabía que, salvo causa justificada, no se puede denunciar; el 89,6% era consciente de que no se debe denunciar a la policía; el 38,5% creía que no se debía denunciar en absoluto. En cuanto al registro de la sospecha en la historia clínica, el 69,9% de los encuestados sabía que el procedimiento debía ser debidamente anotado para la correcta conducción del caso. Sin embargo, el 27,5% creía erróneamente que la sospecha no debía figurar en la historia clínica porque la información es confidencial, y el 4,2% pensaba que la anotación en la historia clínica debía hacerse para fundamentar la denuncia.

Sobre la objeción de conciencia, el 86,8% de los estudiantes sabía que es un derecho profesional, pero que no se puede reivindicar en cualquier ocasión; el 74,8% era consciente de que, en las situaciones de *abortamento* legal permitidas, no se puede utilizar este dispositivo en ausencia de otro médico que realice el procedimiento. Sin embargo, solo el 30,3% sabía que el derecho a la objeción de conciencia no se aplica cuando hay complicaciones derivadas de un *abortamento* inseguro, así como solo el 50% entendía que este derecho no puede reivindicarse en casos de necesidad de *abortamento* por riesgo inminente de muerte de la mujer.

Tabla 2. Conocimiento de la legislación sobre el *abortamento*

Aserciones	Verdadero		Falso	
	n	%	n	%
Según el artículo 128 del Código Penal Brasileño y la sentencia del Supremo Tribunal Federal de 2012, el aborto practicado por un médico no es punible cuando:				
La mujer embarazada corre el riesgo de morir. (V)	218	92,0	19	8,0
El embarazo es el resultado de una violación. (V)	225	94,9	12	5,1
La mujer embarazada es menor de edad. (F)	4	1,7	233	98,3
La mujer no desea tener el hijo. (F)	2	0,8	235	99,2
Hay riesgo para la salud de la mujer embarazada. (F)	67	28,3	170	71,7
En casos de feto con malformación cerebral incompatible con la vida extrauterina. (V)	216	91,1	21	8,9
Para poder realizar un <i>abortamento</i> legal: ^a				
Se requiere un informe policial. (F)	46	19,7	188	80,3
Se requiere un informe del Instituto Médico Legal. (F)	40	17,1	194	82,9
Es necesario el consentimiento del marido. (F)	4	1,7	230	98,3
No se requiere ningún documento, solo la palabra de la mujer. (V)	178	76,1	56	23,9
Cuando se sospecha de un <i>abortamento</i> ilegal, el médico: ^b				
Debe denunciarlo a la policía. (F)	24	10,4	207	89,6
No debe denunciarlo en absoluto. (F)	89	38,5	142	61,5
No puede denunciarlo a menos que tenga una justa causa. (V)	119	51,5	112	48,5
¿Debe anotarse en la historia clínica la sospecha de <i>abortamento</i> ilegal? ^c				
Sí, porque el registro es necesario para la denuncia. (F)	10	4,2	226	95,8
No, porque es información confidencial. (F)	65	27,5	171	72,5
Sí, porque el registro es necesario para la correcta conducción de la atención. (V)	165	69,9	71	30,1
Sobre el derecho a la objeción de conciencia: ^a				
La objeción de conciencia es un derecho del profesional y puede reclamarse en cualquier ocasión. (F)	31	13,2	203	86,8
El derecho a la objeción de conciencia no se aplica en los casos de necesidad de <i>abortamento</i> por riesgo de muerte para la mujer. (V)	117	50,0	117	50,0
El derecho a la objeción de conciencia no se aplica en situaciones de <i>abortamento</i> legalmente permitidas en ausencia de otro(a) médico(a) que lo realice. (V)	175	74,8	59	25,2
El derecho a la objeción de conciencia no se aplica cuando hay complicaciones derivadas de un <i>abortamento</i> inseguro. (V)	71	30,3	163	69,7

V: verdadero; F: falso; ^a algunas aserciones no fueron evaluadas por todos los participantes; ^a 234 respuestas; ^b 231 respuestas; ^c 236 respuestas.

Percepción del aborto por parte de los estudiantes

Una gran parte de los estudiantes se posicionó a favor del aborto inducido en diversas situaciones. La mayoría está a favor en los casos previstos por la ley: violación (93,7%), riesgo de muerte (92,8%) y malformación incompatible con la vida (91,1%). Porcentajes significativos apoyan el procedimiento cuando hay riesgo para la salud (70,5%), cuando la mujer no quiere tener el hijo (69,2%), en presencia

de dificultades socioeconómicas (60,3%), cuando el embarazo se produce en la adolescencia (54,4%) y cuando hay malformación compatible con la vida (51,5%). Solo el 2,5% de los encuestados dijo estar en contra del aborto inducido en cualquier situación.

En opinión del 74,7% de los estudiantes, la ley del aborto debería modificarse. Alrededor del 65% cree que el aborto debería estar totalmente despenalizado, mientras que el 56,7% está de acuerdo en que la ley debería ampliar el conjunto de casos

permitidos. Sin embargo, solo el 38,6% dijo que practicaría el acto profesionalmente en caso de despenalización; el 81,1% piensa que no se debe penalizar a los médicos que practican el *abortamento* ilegal; el 85,8% no denunciaría a los médicos por dicha práctica; y el 80,7% no considera un delito recomendar la medicación abortiva, siempre y cuando no haya una prescripción por escrito.

En una situación hipotética en la que se pidiera a un obstetra que realizara un *abortamento* ilegal, el 93,6% estuvo de acuerdo en que el médico debía explicar el problema a la paciente; el 25,1% creía que el profesional debía acceder a la petición; y el 20,4% afirmó que debía intentar revertir el deseo. Solo el 5,5% piensa que el médico debe recomendar a otro profesional, y el 5,1% que el obstetra debe indicar la medicación abortiva.

Cuando se les preguntó sobre la posibilidad, una vez graduados, de atender casos de aborto, el 94,5% dijo que adoptaría una postura de cercanía ante la angustia de la mujer. Ningún estudiante dijo que sentiría rabia hacia la paciente, pero el 1,3% dijo que desaprobaba el acto, y el 0,4% dijo que mantendría el mínimo contacto necesario. Por último, el 54,7% cree que la penalización del aborto crea situaciones difíciles y delicadas para los médicos.

Para el 81% de los estudiantes, los médicos que practican el *abortamento* legal deberían tener una cualificación específica; el 57,9% dice que actuaría en el servicio de referencia para el aborto legal u otro que implique el procedimiento. Solo el 40,7% sabe cual es el centro de referencia para la práctica del *abortamento* legal en la ciudad de Salvador/BA.

Discusión

Conocimientos generales sobre el aborto

La mayoría de los estudiantes demostraron un conocimiento general satisfactorio sobre el tema, acertando la mayoría de las afirmaciones propuestas. El resultado fue similar a lo encontrado en una encuesta de médicos de urgencias en ginecología y obstetricia²⁰. Los aspectos con mayores tasas de error se refieren al impacto en la mortalidad materna, las complicaciones para un futuro embarazo, el perfil de las mujeres que abortan y el uso del aborto como forma de planificación familiar. Esto demuestra un

déficit de conocimiento sobre la epidemiología del aborto y su impacto en la salud pública y la salud de las mujeres, además de la perpetuación de los estereotipos sobre las mujeres que abortan.

Conocimiento de la legislación sobre el aborto

Los participantes demostraron tener un buen conocimiento de las situaciones permitidas por la ley. Más del 90% estuvo de acuerdo en cuanto a las tres circunstancias que no constituyen un delito. La revisión publicada en 2013 analizó los estudios brasileños publicados entre 2001 y 2011 sobre el conocimiento y la conducta de los profesionales de la salud en relación con el aborto y encontró un conocimiento adecuado de las situaciones legales²². El mismo resultado se midió en una investigación con estudiantes de medicina en Rio Grande do Norte, con más del 90% de aciertos²³. Sin embargo, en una universidad pública del estado de São Paulo, solo alrededor de la mitad de los participantes respondieron a todas las preguntas referidas al tema¹⁹, y la investigación sobre la anencefalia con los médicos de Goiânia identificó que solo el 44,3% sabía que el médico puede realizar la anticipación del parto sin autorización estatal²⁴.

En este estudio, la tasa de error más alta encontrada fue la relacionada con el riesgo para la salud de la mujer embarazada, ya que el 28,3% de los estudiantes creía erróneamente que el aborto puede realizarse en este caso sin penalización. Otro estudio obtuvo resultados similares (20,9%)²³. El error más frecuente citado en la literatura es la creencia de que el procedimiento es legal en caso de cualquier malformación grave del feto^{19,25}. Este error se produce probablemente por las frecuentes autorizaciones judiciales en estos casos, sin embargo, salvo en el caso de la anencefalia, estas situaciones no están previstas en la ley²⁵. Esta idea errónea puede no haber sido tan frecuente entre los alumnos del presente estudio debido a la redacción de la pregunta, que inducía a la respuesta correcta, ya que el cuestionario especificaba solo las malformaciones cerebrales incompatibles con la vida extrauterina.

En cuanto a los documentos que deben exigirse en caso de violación, la mayoría de los estudiantes saben que no es necesario ningún informe policial ni del Instituto Médico Legal. Sin embargo, una parte considerable (23,9%) no sabía que el testimonio de la mujer es suficiente. Este parece ser un problema

recurrente en la formación médica, ya que varios estudios muestran un impacto negativo en la práctica profesional derivado del desconocimiento de los preceptos legales^{20,25,26}. Un estudio en el que participaron estudiantes también demostró un fracaso en este contenido y puso de manifiesto el poco énfasis que recibe el tema en la formación médica¹⁹. Esta falta de conocimiento puede ser un obstáculo en la atención al paciente.

Otras deficiencias fueron percibidas en el conocimiento del Código Penal Brasileño⁸ y del Código de Ética Médica¹⁶, destacando las cuestiones de confidencialidad, posibilidad de denuncia y registro en la historia clínica para los casos de *abortamento* inducido. Estos fallos parecen ser comunes entre los médicos²². Además, aunque la mayoría de los participantes en la presente investigación conocían las limitaciones de la objeción de conciencia, los estudiantes tuvieron dificultades para identificar las situaciones prácticas en las que no se puede ejercer este derecho.

En general, se observa que la población del estudio conoce los aspectos legales del aborto, lo que no se refleja, sin embargo, cuando se les pregunta por la aplicación práctica de las leyes. En otras palabras, los encuestados conocen la legislación, pero no saben cuándo y cómo aplicarla. Este resultado puede indicar falta de diálogo entre los componentes curriculares, es decir, que los contenidos teóricos aprendidos en las disciplinas del eje ético-humanístico no encuentran resonancia o no se refuerzan en las disciplinas que se ocupan específicamente de la formación para la práctica médica. Ampliar la inserción del tema del aborto en los componentes curriculares de las especialidades clínicas y quirúrgicas de ginecología y obstetricia, a través de la discusión de casos clínicos y situaciones problemáticas, sobre todo de la atención a la mujer, puede ayudar a la adecuada formación de los estudiantes.

Opiniones de los estudiantes sobre el aborto

La mayoría de los estudiantes están de acuerdo con el *abortamento* en situaciones ya previstas por la ley, lo que corrobora la opinión de los médicos encontrada en otros estudios^{22,25-27}. También se observó una postura favorable en otras circunstancias: cerca de dos tercios de los estudiantes apoyan el aborto cuando hay riesgo para la salud de la mujer embarazada, cuando

el embarazo es no deseado y en presencia de dificultades socioeconómicas. Algo más de la mitad está de acuerdo con la intervención cuando el embarazo se produce en la adolescencia y cuando existe una malformación en el feto compatible con la vida.

Este perfil contrasta con el de estudiantes de universidades privadas, también con sede en Salvador/BA, cuya anuencia fue del 27% para cualquier malformación y del 29,9% para la interrupción voluntaria del embarazo²⁸. Es posible que este contraste se deba tanto a las diferencias de perfil socioeconómico como a la carga académica dedicada a la ética médica. Cacique, Passini Junior y Osis²², en una revisión de estudios con médicos, observaron resultados más cercanos, con dos estudios que mostraron aprobaciones del 61,4% y del 47,4% para el riesgo de la salud física de la mujer embarazada y porcentajes por debajo del 50% para otras situaciones²².

En cuanto a la regulación, la mayoría de los participantes en esta investigación considera que la legislación debería modificarse, aproximadamente dos tercios creen que la práctica debería despenalizarse por completo. Más del 80% de ellos consideran que el médico que practica un *abortamento* ilegal no debe ser penalizado, y afirman además que no lo denunciarían. Además, uno de cada cuatro estudiantes cree que cuando se solicita un aborto ilegal, el profesional debe acceder a la petición.

Esta defensa de la ampliación del derecho al aborto, así como de una conducta más permisiva, difiere de los datos encontrados en la literatura^{20,25}, y se puede sugerir aquí la existencia de un sesgo de selección. Al tratarse de un tema impregnado de tabúes y prejuicios, es posible que precisamente los estudiantes con ideas más liberales e interesados en el tema se hayan mostrado dispuestos a responder al cuestionario.

Un dato interesante es que, a pesar del perfil más permisivo, solo el 38,6% afirmó que en su futura práctica profesional realizaría el procedimiento si el aborto estuviera despenalizado, lo que muestra una cierta contradicción. Esta situación converge con la literatura, que informa de una tendencia al aumento del número de solicitudes de objeción de conciencia²⁹. La investigación con estudiantes de las facultades de medicina de Piauí mostró altos índices de objeción de conciencia: el 13,2% de los participantes negaría el servicio en caso de riesgo de muerte para la mujer embarazada; el 31,6% en casos de anencefalia; el 50,8% en embarazos resultantes de una

violación²⁹. Lo más preocupante es que una parte considerable de estos estudiantes no recomendaría a otro médico a las mujeres que buscan atención ni las orientaría sobre todas las posibilidades para realizar el aborto. Los índices de objeción de conciencia casi se duplican en situaciones de violación²⁹. Estos resultados demuestran el impacto que la moral y las creencias personales del médico tienen en la salud de las mujeres, lo que puede explicar la discrepancia entre las opiniones de los estudiantes y las proyecciones de la práctica futura, una discrepancia que también se evidencia en otra investigación²⁸.

No se debe exigir al profesional que participe en prácticas con las que no está de acuerdo, pero el médico debe ser consciente del deber de garantizar y facilitar el acceso al tratamiento rechazado. La objeción de conciencia debería estar justificada éticamente, no ser una estrategia para ocultar los prejuicios o el miedo a la persecución y al linchamiento moral. Este dispositivo no puede ser un obstáculo para que las mujeres tengan acceso al aborto²⁹. En este sentido, también llama la atención que el 57,9% de los encuestados afirme que actuaría en el servicio de referencia para el aborto, pero un porcentaje notablemente menor estaría dispuesto a practicar el *abortamento* legal.

Consideraciones finales

Los participantes de este estudio demostraron conocer la legislación brasileña sobre el aborto, pero tuvieron dificultades para relacionar la ley con posibles situaciones prácticas. Es necesario, por tanto, tratar del tema de forma transversal y

multidisciplinar, en relación con la práctica clínica, reforzando las actitudes ejemplares de profesores y preceptores para que, además del respeto a la ley en los casos previstos, la acogida de las mujeres que llegan al servicio sanitario ya con el aborto en curso sea empática y solidaria. Este enfoque puede ayudar a formar profesionales mejor preparados para hacer valer los derechos reproductivos de las mujeres, lo que es una parte importante de la atención sanitaria integral a la población femenina.

Por otro lado, se pudo percibir una postura más liberal y menos prejuiciosa de los estudiantes, tal vez debido a la formación ética ofrecida por la universidad, ya que la institución donde se realizó la investigación ofrece un eje ético-humanista con ocho componentes curriculares que plantean temas de género, aborto y objeción de conciencia, inicio de la vida, derechos sexuales y reproductivos, autonomía de la mujer y ayuda a la paciente en la toma de decisión sobre la realización o no de un aborto legal³⁰.

La capacidad de comprender la magnitud y el alcance de este fenómeno social y de pensar en soluciones depende de la inversión en educación e información, con el objetivo formar individuos críticos. También se requiere el compromiso de los ciudadanos y de los sectores directamente implicados, como el Estado y los profesionales sanitarios, observando siempre principios básicos como la democracia, la laicidad del Estado, la igualdad de género y la dignidad humana. La atención humanizada en el proceso de *abortamento* forma parte de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres y garantizarla es un deber de todos los profesionales sanitarios¹.

Referencias

1. Brasil. Ministério da Saúde. Norma técnica: atenção humanizada ao abortamento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [acesso 12 fev 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3d4exrH>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso 30 jan 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3d8Coqk>
3. Adesse L, Silva KS, Bonan C, Fonseca VM. Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha. Saúde Debate [Internet]. 2015 [acesso 21 jan 2020];39(106):694-706. DOI: 10.1590/0103-1104201510600030011
4. Martins-Melo FR, Lima MS, Alencar CH, Ramos AN Jr, Carvalho FHC, Machado MMT, Heukelbach J. Temporal trends and spatial distribution of unsafe abortion in Brazil, 1996-2012. Rev Saúde Pública [Internet]. 2014 [acesso 21 jan 2020];48(3):508-20. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048004878

5. Mello FMB, Sousa JL, Figueroa JN. Magnitude do aborto inseguro em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2006. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [acesso 21 jan 2020];27(1):87-93. DOI: 10.1590/S0102-311X2011000100009
6. Anjos KF, Santos VC, Souzas R, Eugênio BG. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. *Saúde Debate* [Internet]. 2013 [acesso 21 jan 2020];37(98):504-15. DOI: 10.1590/S0103-11042013000300014
7. Sandi SF, Braz M. As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2010 [acesso 21 jan 2020];18(1):131-53. Disponível: <https://bit.ly/3Jlon3C>
8. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União* [Internet]. Rio de Janeiro, p. 23911, 31 dez 1940 [acesso 30 jan 2020]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3d8FTNe>
9. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.989, de 10 de maio de 2012. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 308-9, 14 maio 2012 [acesso 30 jan 2020]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3afMHXv>
10. Diniz D. Aborto seletivo no Brasil e alvarás judiciais. *Bioética* [Internet]. 1997 [acesso 21 jan 2020];5(1):19-24. Disponível: <https://bit.ly/3pfEhDV>
11. Balogh H. Conselho Federal de Medicina apoia opção de aborto até o terceiro mês. *Folha de S.Paulo* [Internet]. 23 out 2014 [acesso 21 jan 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3pmNPNC>
12. Duarte GA, Osís MJD, Faúndes A, Sousa MH. Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2010 [acesso 21 jan 2020];44(3):406-20. DOI: 10.1590/S0034-89102010005000006
13. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica [Internet]. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso 30 jan 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3rPidSk>
14. McCallum C, Menezes G, Reis AP. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos* [Internet]. 2016 [acesso 21 jan 2020];23(1):37-56. DOI: 10.1590/S0104-59702016000100004
15. Farias RS, Cavalcanti LF. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2012 [acesso 21 jan 2020];17(7):1755-63. DOI: 10.1590/S1413-81232012000700014
16. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 [Internet]. Brasília: CFM; 2010 [acesso 30 jan 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3tOn4oj>
17. Diniz D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 [acesso 21 jan 2020];45(5):981-5. DOI: 10.1590/S0034-89102011005000047
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, nº 170, p. 124-5, 2 set 2005 [acesso 12 fev 2021]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2ZfcPLK>
19. Almeida MAS, Amorim FHR, Barbosa IAF, Dias A, Morita I. Legislação brasileira relativa ao aborto: o conhecimento na formação médica. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2012 [acesso 21 jan 2020];36(2):243-8. DOI: 10.1590/S0100-55022012000400013
20. Loureiro DC, Vieira EM. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004 [acesso 21 jan 2020];20(3):679-88. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000300004
21. Rocha WB, Silva AC, Leite SML, Cunha T. Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 21 jan 2020];23(2):387-99. DOI: 10.1590/1983-80422015232077
22. Cacique DB, Passini R Jr, Osís MJMD. Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011. *Saúde Soc* [Internet]. 2013 [acesso 21 jan 2020];22(3):916-36. DOI: 10.1590/S0104-12902013000300023
23. Medeiros RD, Azevedo GD, Oliveira EAA, Araújo FA, Cavalcanti FJB, Araújo GL, Castro IR. Opinião de estudantes dos cursos de direito e medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2012 [acesso 21 jan 2020];34(1):16-21. DOI: 10.1590/S0100-72032012000100004

24. Santana MVMC, Canêdo FMC, Vecchi AP. Anencefalia: conhecimento e opinião dos médicos ginecologistas-obstetras e pediatras de Goiânia. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2016 [acceso 21 jan 2020];24(2):374-85. DOI: 10.1590/1983-80422016242138
25. Faúndes A, Duarte GA, Andalaft Neto J, Olivatto AE, Simoneti RM. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2004 [acceso 21 jan 2020];26(2):89-96. DOI: 10.1590/S0100-72032004000200002
26. Faúndes A, Duarte GA, Osis MJD, Andalaft Neto J. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2007 [acceso 21 jan 2020];29(4):192-9. DOI: 10.1590/S0100-72032007000400005
27. Benute GRG, Nonnenmacher D, Nomura RMY, Lucia MCS, Zugaib M. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2012 [acceso 21 jan 2020];34(2):69-73. DOI: 10.1590/S0100-72032012000200005
28. Darzé OISP, Azevêdo BKG. Competências adquiridas durante a formação médica e as opiniões e atitudes sobre o aborto. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2014 [acceso 21 jan 2020];36(1):5-9. DOI: 10.1590/S0100-72032014000100003
29. Madeiro A, Rufino A, Santos P, Bandeira G, Freitas I. Objeção de consciência e aborto legal: atitudes de estudantes de medicina. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2016 [acceso 21 jan 2020];40(1):86-92. DOI: 10.1590/1981-52712015v40n1e02382014
30. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. Matriz curricular [Internet]. c2021 [acceso 7 mar 2021]. Disponível: <https://bit.ly/2PTgBcp>

Nathália Maria Fonseca Fróes – Estudante de grado – nathaliamfroes@gmail.com

0000-0001-7681-4690

Cláudia Bacelar Batista – Doctora – claudia_bacelar@hotmail.com

0000-0003-1925-8813

Correspondencia

Nathália Maria Fonseca Fróes – Rua da Paz, 53, Graça CEP 40150-140. Salvador/BA, Brasil.

Participación de las autoras

Nathália Maria Fonseca Fróes diseñó el estudio, recopiló y analizó los datos y escribió el artículo. Cláudia Bacelar Batista participó en todas las etapas, orientando el trabajo de finalización de curso que dio origen al texto.

Recibido: 28.7.2019

Revisado: 9.12.2020

Aprobado: 3.2.2021

Anexo

Cuestionario adaptado de Loureiro y Vieira²⁰ y Rocha y colaboradores²¹

Características de los estudiantes

Edad:

- () Hasta 18 años () De 19 a 22 años () De 23 a 26 años
() De 27 a 30 años () Más de 30 años

Sexo:

- () Femenino () Masculino

Estado civil:

- () Soltero () Casado () Unión libre

Religión:

- () Católica () Evangélica () Espiritualista () Testigos de Jehová
() Umbanda () Budismo () Matrices africanas () Otras
() Sin religión () Agnóstico/ateísta

Ingresos familiares:

- () Hasta 1,5 salarios mínimos () De 1,5 a 3 salarios mínimos () De 3 a 5 salarios mínimos
() De 5 a 10 salarios mínimos () De 10 a 30 salarios mínimos () Más de 30 salarios mínimos

Color:

- () Blanco () Negro () Pardo brasileño () Indígena () Amarillo () Otro

Semestre al que asiste:

- () 1.º semestre () 2.º semestre () 3.º semestre () 4.º semestre
() 5.º semestre () 6.º semestre () 8.º semestre () 9.º semestre
() 10.º semestre () 11.º semestre () 12.º semestre () No regular

Conocimientos generales sobre el aborto

Basándose en sus conocimientos, marque "V" para verdadero y "F" para falso:

- En los países en desarrollo, el aborto conlleva una gran proporción de las muertes maternas.
Los abortos repetidos por dilatación y legrado pueden entrañar riesgos para un futuro embarazo.
Las mujeres que más recurren al aborto inducido en Brasil suelen haber superado el número de hijos deseado.
La mayoría de las mujeres que recurren al aborto inducido en Brasil son jóvenes.
El acceso eficiente a la planificación familiar contribuye a prevenir el aborto inducido.
El aborto es un problema de salud pública.
El acceso a la planificación familiar promovido en Brasil es adecuado.
El aborto no debe utilizarse como método de planificación familiar.

Conocimiento de la legislación sobre el *abortamento*

Basándose en sus conocimientos, marque "V" para verdadero y "F" para falso.

- Según el artículo 128 del Código Penal Brasileño y la sentencia del Supremo Tribunal Federal de 2012, el aborto practicado por un médico no es punible cuando (no se tiene en cuenta la PEC 181/2015, aún en curso):**
La mujer embarazada corre el riesgo de morir.
El embarazo es el resultado de una violación.

continúa...

Continuación

Conocimiento de la legislación sobre el <i>abortamento</i>
Basándose en sus conocimientos, marque “V” para verdadero y “F” para falso.
La mujer embarazada es menor de edad.
La mujer no desea tener el hijo.
Hay riesgo para la salud de la mujer embarazada.
En casos de feto con malformación cerebral incompatible con la vida extrauterina.
Para poder realizar un <i>abortamento</i> legal:
Se requiere un informe policial.
Se requiere un informe del Instituto Médico Legal.
Es necesario el consentimiento del marido.
No se necesitan documentos, solo la palabra de la mujer.
Cuando se sospecha de un <i>abortamento</i> ilegal, el médico:
Debe denunciarlo a la policía.
No debe denunciarlo en absoluto.
No puede denunciarlo a menos que tenga una justa causa.
¿Debe anotarse en la historia clínica la sospecha de <i>abortamento</i> ilegal?
Sí, porque el registro es necesario para la denuncia.
No, porque es información confidencial.
Sí, porque el registro es necesario para la correcta conducción de la atención.
Sobre el derecho a la objeción de conciencia:
La objeción de conciencia es un derecho del profesional y puede reclamarse en cualquier ocasión.
El derecho a la objeción de conciencia no se aplica en los casos de necesidad de <i>abortamento</i> por riesgo de muerte para la mujer.
El derecho a la objeción de conciencia no se aplica en situaciones de <i>abortamento</i> legal permitidas en ausencia de otro(a) médico(a) que lo realice.
El derecho a la objeción de conciencia no se aplica cuando hay complicaciones derivadas de un <i>abortamento</i> inseguro.

Opiniones personales sobre el aborto
Marque tantas opciones cuantas sean necesarias.
¿Cuándo está usted a favor del <i>abortamento</i> inducido?
Nunca
Violación
Riesgo de muerte
Riesgo para la salud
Malformación compatible con la vida
Malformación incompatible con la vida
La mujer no desea tener el hijo
Dificultades socioeconómicas
Embarazo en la adolescencia

continúa...

Continuación

Opiniones personales sobre el aborto
Marque tantas opciones cuantas sean necesarias.
En su opinión:
La ley del aborto debe ser cambiada.
El aborto debería estar totalmente despenalizado.
Debe haber una ampliación de los casos permitidos por la ley.
Si se lo despenalizara, ejercería profesionalmente.
Los médicos que practican el aborto ilegal deben ser condenados.
Denunciaría a los médicos que practican el aborto ilegal.
Es un delito recomendar la medicación abortiva aunque no se la prescriba.
En el futuro, como profesional, si asiste a un caso de aborto, usted:
Mantendrá el contacto lo mínimo posible.
Se acercará lo más posible a la mujer y aclarará lo que le angustia a ella.
Sentirá rabia hacia la mujer.
Desaprobará el acto de la mujer.
Cree que la ilegalidad creará situaciones difíciles para los médicos.
Cuando el obstetra recibe una solicitud de <i>abortamento</i> ilegal, debe:
Asistirla.
Intentar revertir el deseo.
Aclarar el problema.
Remitir a otro médico.
Indicar la medicación para el aborto.
¿Qué posibilidad tiene de actuar en un servicio de referencia para la interrupción del embarazo en los casos previstos por la ley o en cualquier otro caso de aborto?
No actuaría.
Actuaría.
¿Cree que los médicos que practican el <i>abortamento</i> legal deben tener una cualificación específica?
Sí
No
¿Sabe cuál es el centro de referencia en la ciudad de Salvador para el <i>abortamento</i> legal?
Sí
No