

Ética em Ginecologia e Obstetrícia



Krikor Boyaciyan
Organizador

5^a EDIÇÃO

Krikor Boyaciyan

Organizador

**Ética em
Ginecologia e Obstetrícia**

5^a EDIÇÃO
Atualizada e revisada

Krikor Boyacyan

Organizador

Ética em Ginecologia e Obstetrícia



São Paulo, 2018

ÉTICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia

Rua Frei Caneca, 1282 – São Paulo – SP – CEP: 01307-002

Tel: (11) 4349-9900 – www.cremesp.org.br

Presidente do Cremesp

Lavínio Nilton Camarim

Vice-presidente do Cremesp

Renato Françoso Filho

Diretor do Departamento de Comunicação

André Scatigno Neto

Organizador

Krikor Boyaciyan

Autores (Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia/2018)

Agliberto Barbosa de Oliveira; Danilo Kfouri Ennes; Eduardo de Souza; Eurípedes Balsanufo Carvalho (conselheiro); Fabio Sgarbosa; João Bortoletti Filho; Jorge Yoshinori Shida; Júlio Elito Júnior; Krikor Boyaciyan (conselheiro); Luciano Marcondes Machado Nardozza; Luiz Camano; Marisa Teresinha Patriarca; Paulo Afonso Ferrigno Marcus; Roseli Mieko Yamamoto Nomura; Seizo Miyadahira; Silvana Maria Figueiredo Morandini (conselheira); Valério Delamanha; Valter da Cunha Sales.

Autores convidados

Airton Gomes, Cristião Fernando Rosas, José Carlos Riechelmann, Luiz Henrique Gebrim e Paula Véspoli Godoy

Edição

Concília Ortona – Jornalista do Centro de Bioética do Cremesp (5ª Edição)

Apoio Editorial

Fátima Barbosa

Apoio Bibliográfico

Dinaura Paulino Franco, Ivete Rodrigues dos Anjos, Maurício Seiko Yonamine

Revisão

Irina de Plato | Tikinet

Projeto gráfico e diagramação (capa e miolo)

Tainara Ricaldes

FICHA CATALOGRÁFICA

Ética em ginecologia e obstetrícia. 5ª edição / Organização de Krikor Boyaciyan. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2018.
354p.

Vários autores

ISBN 978-85-89656-35-1

1. Ética médica 2. Bioética 3. Ginecologia 4. Obstetrícia 5. Relação médico-paciente
6. Direitos Sexuais reprodutivos 7. Assistência ao parto I. Boyaciyan, Krikor (org.) II. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo III. Título

NLM WQ21

Apresentação

Conforme recente estimativa sobre Demografia Médica no Brasil, produzida pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em parceria com o Cremesp, os ginecologistas e obstetras representavam, em 2018, um total 30.415 especialistas. Para ilustrar este contingente, vale mencionar que quase 40% dos titulados em carreiras médicas no país estão distribuídos nesta especialidade, ao lado de Clínica Médica, Pediatria e Cirurgia Geral. Em São Paulo, há quase oito mil ginecologistas e obstetras em atividade, o que equivale a 17,61% por 100 mil habitantes.

Guardadas as devidas especificidades, se uma análise meramente quantitativa fosse feita, seria possível supor que, quanto maior o número de médicos em uma área, maiores são as chances de se tornarem alvo de queixas de natureza ética em uma Casa como esta. Porém, a reflexão não é tão simples, pois se tratam de atuações especiais que envolvem a intimidade feminina e suas nuances, bem como o atendimento a mulheres saudáveis em curso de um processo fisiológico do qual se espera apenas desfechos favoráveis.

Por essas razões, tornou-se imprescindível manter o curso de uma publicação importante e consagrada como “Ética em Ginecologia e Obstetrícia”, que tenho a honra de apresentar em sua 5^a edição atualizada e revisada.

Fruto do incansável trabalho de nossa Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia, o livro pretende nortear as condutas em situações de possíveis dúvidas no dia a dia de consultórios e ambulatórios, que envolvem desde documentos médicos, como o prontuário, à relação com outros profissionais. Abrange, ainda, as frequentes questões sobre a comunicação e relação médico-paciente.

Espero, enfim, que esta iniciativa facilite à vida dos (das) especialistas.

Boa Leitura!

Lavínio Nilton Camarim (Presidente do Cremesp)

Autores (em ordem alfabética)

Agliberto Barbosa de Oliveira

Ginecologista. Especialista em Cirurgia Oncológica e Mastologia. Mestre em Ginecologia e Doutor em Mastologia pela Universidade Estadual Paulista. Delegado do Cremesp. Membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremesp.

Airton Gomes

Ginecologista e obstetra. Advogado. Secretário da Comissão de Direito Médico da OAB-SP. Doutor pela Universidade de São Paulo e MBA em Gestão em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas.

Cristião Fernando Rosas

Ginecologista e obstetra. Integrante da Comissão Nacional de Violência Sexual e Interrupção da Gravidez Prevista em Lei. Coordenador da Rede Médica pelo Direito de Decidir – Global Doctors for Choice/Brazil. Delegado do Cremesp.

Danilo Kfouri Ennes

Ginecologista e obstetra. Advogado. Coordenador do Serviço de Ginecologia Cirúrgica do Hospital Municipal de Mogi das Cruzes. Delegado do Cremesp. Membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremesp.

Eduardo de Souza

Ginecologista e obstetra. Professor Adjunto, Livre-Docente do Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremesp.

Eurípedes Balsanufo Carvalho (conselheiro)

Ginecologista e obstetra. Mestre em Saúde Coletiva. Professor Assistente da disciplina de Saúde da Mulher do curso de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo. Coordenador da Câmara Temática de Políticas de Saúde. Membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremesp.

Fabio Sgarbosa

Ginecologista e obstetra. Mestre e Doutor em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista. Delegado do Cremesp. Membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremesp.

João Bortoletti Filho

Ginecologista e obstetra. Especialista em Medicina Fetal. Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremesp.

Jorge Yoshinori Shida

Ginecologista e obstetra. Especialista em Mastologia. Mestre e Doutor em Ginecologia pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Diretor Técnico do Hospital Pérola Byington. Membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremesp.

José Carlos Riechelmann

Ginecologista e obstetra. Especialista em Sexologia e Medicina Psicosomática. Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Delegado do Cremesp. Membro da Câmara Temática Interdisciplinar de Bioética do Cremesp.

Júlio Elito Júnior

Ginecologista e obstetra. Professor Associado Livre-Docente do Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremesp.

Krikor Boyaciyan (conselheiro)

Ginecologista e obstetra. Mestre e Doutor em Obstetrícia pela Universidade Federal de São Paulo. Especialista em Saúde Pública e Administração Hospitalar. Conselheiro e Diretor Corregedor do Cremesp. Responsável e Coordenador da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremesp. Membro Titular da Academia de Medicina de São Paulo (Cadeira 129).

Luciano Marcondes Machado Nardozza

Ginecologista e obstetra. Professor Associado Livre-Docente da disciplina de Medicina Fetal da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremesp.

Luiz Camano

Ginecologista e obstetra. Professor Titular Emérito do Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremesp.

Luiz Henrique Gebrim

Ginecologista, obstetra e mastologista. Professor Associado da disciplina de Mastologia da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Diretor do Hospital Pérola Byington. Membro da Câmara Temática de Política de Saúde do Cremesp.

Marisa Teresinha Patriarca

Ginecologista e obstetra. Coordenadora do Setor de Pesquisa em Patologia da Pele Feminina da Universidade Federal de São Paulo. Chefe do Setor de Climatério do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Membro da Câmara Técnica de Ginecologia do Cremesp.

Paula Véspoli Godoy

Advogada e cientista social. Mestre em Direito do Estado – Direito Constitucional pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Procuradora do Cremesp.

Paulo Afonso Ferrigno Marcus

Ginecologista e obstetra. Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto. Membro do Comitê Estadual de Vigilância à Morte Materna e Infantil do Estado de São Paulo. Membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremesp.

Roseli Mieko Yamamoto Nomura

Ginecologista e obstetra. Advogada e especialista em Direito Médico. Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremesp.

Seizo Miyadahira

Ginecologista e obstetra. Livre-Docente em Obstetrícia pela Universidade de São Paulo. Chefe do Setor de Avaliação da Vitalidade Fetal na disciplina de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremesp.

Silvana Maria Figueiredo Morandini (conselheira)

Ginecologista e obstetra. Diretora 2^a Secretária do Cremesp. Coordenadora da Câmara Técnica de Reprodução Humana e Técnicas de Reprodução Assistida do Cremesp. Membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremesp.

Valério Delamanha

Ginecologista e obstetra. Diretor da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo, Regional Campinas, e da Associação Paulista de Medicina, Regional Jundiaí. Delegado do Cremesp. Membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremesp.

Valter da Cunha Sales

Ginecologista, obstetra e mastologista. Advogado. Diretor Clínico do Hospital Pérola Byington – Centro de Referência da Saúde da Mulher do Estado de São Paulo. Membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremesp.

Introdução

Já se passaram quase duas décadas desde que a edição inicial do livro Ética em Ginecologia e Obstetrícia, do Cremesp, chegou pela primeira vez às mãos dos nossos caros colegas que exercem a especialidade.

De lá para cá, muitas foram as satisfações profissionais e pessoais obtidas como resultado deste árduo trabalho, concretizado pela Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremesp. Entre elas, a mais recente e explícita está no fato de termos chegado à 5^a edição da obra, à qual introduzimos e, por isso mesmo, observamos o quanto tem sido útil na superação de dilemas éticos de várias ordens em nossa área.

Esse alcance é comprovado, por exemplo, pelo fato de Ética em Ginecologia e Obstetrícia há muitos anos ser referência bibliográfica do concurso oficial para obtenção do Título de Especialista, realizado pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e Associação Médica Brasileira (AMB).

Para acompanhar de forma dinâmica as mudanças de parâmetro vivenciadas pela Medicina e, em especial, pelo nosso campo de atuação, todos os capítulos disponibilizados nas edições anteriores foram atualizados e revisados em conteúdo ético, deontológico, bibliográfico e legal, incluindo importantes inovações em relação aos direitos das gestantes, entre outros. Mudanças sociais e culturais que se desdobram com velocidade ímpar tornaram indispensável também a inclusão de novos assuntos, como a contracepção na menor de idade e a violência enfrentada por profissionais da Saúde.

Esperamos, enfim, que a história desta publicação continue tão exitosa quanto nos pareceu até então.

Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremesp
Krikor Boyacyan (Responsável e Coordenador)

Sumário

| | |
|---|----|
| 1. Princípios bioéticos | 19 |
| <i>Krikor Boyaciyan</i> | |
| 2. A responsabilidade médica no exercício da Ginecologia e Obstetrícia | |
| 2.1. A responsabilidade do médico | 29 |
| <i>Júlio Elito Júnior</i> | |
| 2.2. A responsabilidade do médico residente | 39 |
| <i>Júlio Elito Júnior</i> | |
| 2.3. A responsabilidade do médico em cargos de direção | 49 |
| <i>Roseli Mieko Yamamoto Nomura</i> | |
| 2.4. A responsabilidade do médico docente | 57 |
| <i>Roseli Mieko Yamamoto Nomura</i> | |
| 3. Prontuário e segredo médico. Consentimento livre e esclarecido | |
| 3.1. Prontuário médico | 67 |
| <i>Seizo Miyadahira</i> | |
| 3.2. Segredo médico | 77 |
| <i>Seizo Miyadahira</i> | |
| 3.3. Consentimento livre e esclarecido | 83 |
| <i>Seizo Miyadahira</i> | |

4. Ética no exercício da Ginecologia e Obstetrícia

| | |
|--|-----|
| 4.1. A relação médico-paciente | 91 |
| <i>Seizo Miyadahira</i> | |
| 4.2. Assistência ao parto | 97 |
| <i>Eduardo de Souza e Luiz Camano</i> | |
| 4.3. A cesariana a pedido | 103 |
| <i>Luiz Camano e Eduardo de Souza</i> | |
| 4.4. O plantão: internação, alta e transferência de pacientes | 109 |
| <i>Eduardo de Souza</i> | |
| 4.5. A relação do médico com o serviço de apoio diagnóstico e terapêutico | 117 |
| <i>Krikor Boyaciyan e Paulo Afonso Ferrigno Marcus</i> | |
| 4.6. A paciente com diagnóstico de câncer | 123 |
| <i>Luiz Henrique Gebrim e Jorge Yoshinori Shida</i> | |
| 4.7. O atendimento da adolescente | 131 |
| <i>Silvana Maria Figueiredo Morandini</i> | |
| 4.8. Contracepção na menor de idade | 135 |
| <i>Krikor Boyaciyan e Roseli Mieko Yamamoto Nomura</i> | |
| 4.9. Medicina Fetal | 139 |
| <i>João Bortoletti Filho e Luciano Marcondes Machado Nardozza</i> | |
| 4.10. A relação do médico com a indústria farmacêutica e de equipamentos | 145 |
| <i>Airton Gomes</i> | |

5. As condições de trabalho no exercício da Ginecologia e Obstetrícia

| | |
|---|-----|
| 5.1. As condições de trabalho do médico | 153 |
| <i>Eurípedes Balsanufo Carvalho</i> | |
| 5.2. A relação com as operadoras de saúde | 163 |
| <i>Eurípedes Balsanufo Carvalho</i> | |
| 5.3. A relação com os demais profissionais de saúde | 179 |
| <i>Fabio Sgarbosa</i> | |
| 5.4. A violência contra o médico e demais profissionais de saúde | 187 |
| <i>Agliberto Barbosa de Oliveira</i> | |

| | |
|---|-----|
| 6. Direitos sexuais e reprodutivos | |
| 6.1. Planejamento familiar | 195 |
| <i>Seizo Miyadahira</i> | |
| 6.2. Interrupção da gestação | 203 |
| <i>Cristião Fernando Rosas</i> | |
| 6.3. Violência sexual | 223 |
| <i>Cristião Fernando Rosas</i> | |
| 6.4. Reprodução assistida | 237 |
| <i>Roseli Mieko Yamamoto Nomura e Krikor Boyaciyan</i> | |
| 7. Os direitos da gestante e a legislação | 249 |
| <i>Krikor Boyaciyan e Paula Véspoli Godoy</i> | |
| 8. Atestação médica de condições de saúde, doenças, possíveis sequelas e óbito | 289 |
| <i>Valter da Cunha Sales e Valério Delamanha</i> | |
| 9. Assédio sexual e comportamentos inadequados na relação ginecologista-paciente | 309 |
| <i>José Carlos Riechelmann</i> | |
| 10. Publicidade médica | 331 |
| <i>Danilo Kfouri Ennes e Marisa Teresinha Patriarca</i> | |
| 11. Ética na pesquisa científica em Ginecologia e Obstetrícia | 339 |
| <i>Roseli Mieko Yamamoto Nomura</i> | |

1

Princípios bioéticos

1

Princípios bioéticos

Introdução

A palavra Bioética surgiu em 1971, em um artigo do oncologista Van Ressenlaer Potter, da Winsconsin University, sendo que esse campo do conhecimento foi criado e desenvolvido diante da necessidade de equilibrar a ciência e os valores humanos.¹ O respeito à vida é um princípio fundamental da Bioética; contudo, não é imutável, uma vez que se ajusta às condições da sociedade e ao seu desenvolvimento cultural e científico.

A Obstetrícia, que trata das fases mais significativas da vida (crescimento e desenvolvimento intrauterino, nascimento e pós-parto), enfrenta dilemas éticos imprevistos em cada avanço do conhecimento médico: a revolução biológica desencadeada pela descoberta do DNA, por Watson e Crick, em 1953, criou as condições para o surpreendente movimento de inovação científica e, em decorrência disso, situações inéditas surgiram, não só para as pacientes, mas para os profissionais de saúde.

Os dilemas vão desde as necessidades básicas de Saúde Pública e Direitos Humanos até as mais complexas consequências do aprimoramento técnico, como a utilização do genoma humano. A área de Reprodução Assistida (RA), por exemplo, trouxe mudanças inquestionáveis no âmbito da criação da vida: já faz 40 anos que o primeiro “bebê de proveta” veio ao mundo no Reino Unido e, desde então, cerca de oito milhões de outros nasceram como resultado das técnicas de RA e de outros tratamentos avançados.²

É exatamente nesse ambiente de grandes avanços e de preocupações contraditórias que a Bioética emerge, como assinala Maria do Céu Patrão Neves:³

É a ética aplicada à vida, um novo domínio da reflexão e da prática, que toma como seu objetivo específico as questões humanas na sua dimensão ética, tal como se formulam no âmbito da prática clínica ou da investigação científica, e como método próprio a aplicação de sistemas éticos já estabelecidos ou de teorias a estruturar.

Aliás, é justamente pela dificuldade de se chegar a consensos – e pelos receios em relação ao futuro – que, em Bioética, há quem prefira refletir em cima do conceito de *Slippery Slope*⁴ (algo como “ladeira escorregadia”, em tradução livre), ou seja, quando um ato particular e aparentemente inocente pode levar a um conjunto de eventos de crescente malefício. Assim, em temas controversos, o conceito justificaria ser reticente a pequenas concessões, à primeira vista, sem maiores consequências.

Princípios

Na tentativa de superar dilemas na área de Saúde, surgiu em 1979 um modelo de análise bioética comumente utilizado e de grande aplicação na prática clínica em muitos países, especialmente nos EUA e na Europa: o “Principalista”, introduzido por Beauchamp e Childress. Esses autores⁵ propõem quatro princípios bioéticos fundamentais ao contexto sanitário, que são a Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência e Justiça.

O princípio da Autonomia requer que indivíduos aptos a deliberar sobre suas escolhas pessoais devam ser tratados com respeito pela sua capacidade de decisão. Desde a década de 90, os Códigos de Ética Profissional, inclusive o de Ética Médica, tentam estabelecer uma relação médico-paciente na qual o respeito à autonomia tenda a ser ampliado, reconhecendo o direito de as pessoas atendidas decidirem sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida.⁶

Quaisquer atos médicos, portanto, devem ser autorizados pelo paciente: obter a permissão depende da capacidade de comunicação e empatia do médico, como explicam Muñoz e Fortes:

A postura do médico na relação com o paciente, dentro dos princípios bioéticos, é a de consultor, conselheiro, parceiro, companheiro e amigo, com maior ou menor predomínio de um desses papéis na dependência das características de personalidade do paciente e do próprio médico.⁶

Em relação às mulheres, o princípio da Autonomia enfatiza o importante papel que devem adotar na tomada de decisões quanto aos cuidados de sua própria saúde. Neste ponto, os médicos deverão observar a vulnerabilidade feminina, questionando expressamente sobre suas escolhas e respeitando suas opiniões,⁷ como salienta, desde 1994, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). O marco ético emitido pela FIGO tem sido divulgado por meio de seu Comitê para Assuntos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher.

Tratando a paciente com o adequado respeito à sua condição humana, o médico conseguirá obter seu consentimento para os atos propostos, ou então identificará, sem maiores dificuldades, os motivos da recusa, procurando, no diálogo, alternativas para solucionar ou aliviar o sofrimento. Deve-se, enfim, tentar compreender as razões da rejeição, identificando opções que sejam aceitas e satisfaçam a atendida.⁸

No caso de pacientes intelectualmente deficientes e de crianças, o princípio da Autonomia é visto como limitado, e, por isso, deve ser exercido pela família ou responsável legal. Entretanto, motivados por questões religiosas, culturais e emocionais, estes não têm o direito de forçar os menores a receberem tratamentos nocivos ou desproporcionalmente penosos. Isso significa que, quando a equipe médica concluir que as decisões de pais e responsáveis são contrárias aos melhores interesses do paciente, deve intervir ou negar-se a adotar condutas específicas, contando, por exemplo, com o apoio do Serviço Social ou Comitê de Bioética Hospitalar, e, como último recurso, fazendo uso de medidas de cunho legal.

É válido lembrar que, por não ser um direito moral absoluto, mesmo a autonomia da paciente legalmente responsável ou sem deficiência poderá entrar em conflito com a do profissional de saúde.⁶ Por razões éticas, é permitido ao médico alegar objeção de consciência para se opor aos desejos da paciente de realizar certos procedimentos, incluindo aborto e técnicas de reprodução assistida, ainda que haja amparo legal ou deontológico para essas ações.⁹

A autonomia do médico de recusar-se a prestar serviços que contrariem “os ditames de sua consciência” está explicitada no próprio Código de Ética Médica.⁹ Como exceção figuram situações de urgência e emergência, de dano ao paciente, ou na ausência de outro colega.

Por sua vez, o princípio da Beneficência refere-se à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo. A Beneficência vincula-se à obrigação moral de agir em favor dos outros, ajudando-os a promover seus interesses importantes e legítimos, muitas vezes prevenindo ou removendo

possíveis danos.¹⁰ Ou seja, o profissional deve ter convicção e informação técnica para assegurar que o ato médico será benéfico ao paciente (ação de fazer o bem).

O princípio da Beneficência proíbe infligir dano deliberado, e isso é enfatizado também pelo princípio da Não-Maleficência, que estabelece que a ação do médico deva levar ao menor prejuízo ou agravos à saúde do paciente (ação de não fazer o mal). A Não-Maleficência é universalmente consagrada pelo aforismo hipocrático “*primum non nocere*” (primeiro não prejudicar), cuja finalidade é reduzir os efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas no ser humano.^{8,11}

O princípio da Justiça estabelece como condição fundamental a equidade, obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado. Nos cuidados de saúde é geralmente definido como uma forma de justiça distributiva, ou, como dito por Aristóteles, “dar a cada um aquilo que lhe é devido”. Essa modalidade de justiça parece depender do fato de que alguns bens e serviços são escassos, e, sendo assim, meios justos de alocar tais recursos devem ser determinados.¹²

No âmbito individual, no consultório ou ambulatório, o médico que atende ao princípio bioético de Justiça deve atuar com imparcialidade, evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosos, financeiros, entre outros, interfiram na relação médico-paciente. Os recursos devem ser equilibradamente distribuídos, com o objetivo de alcançar com melhor eficácia o maior número de pessoas assistidas.

Em outro importante marco de referência ética para os cuidados ginecológicos e obstétricos, o Comitê para Assuntos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher⁷ assinala: ao se oferecer cuidados de saúde à mulher, o princípio da Justiça requer que todas sejam tratadas com igual consideração, independentemente de sua situação socioeconômica.

Sem hierarquia de princípios

É importante destacar que os quatro princípios não estão sujeitos a qualquer disposição hierárquica. Portanto, perante conflitos entre si, em situações concretas, será necessário estabelecer como, quando e o que determinará o predomínio de um sobre o outro.

Para exemplificar, é interessante registrar o que relatam Pedro Piva e Antonacci Carvalho:¹³ frente a um paciente com risco iminente de morte, justifica-se a aplicação de medidas salvadoras (diálise, amputação, histerec-

tomia, ventilação assistida, transplantes, etc.), mesmo que tragam consigo algum grau de sofrimento, prevalecendo assim a preservação da vida.

Por outro lado, quando a paciente se encontra em fase de morte inevitável e a cura já não é possível, o princípio da Não-Maleficência prepondera sobre o da Beneficência, ou seja, em primeira instância, tomam-se medidas que proporcionam o alívio da dor. Nesta fase, instituir um tratamento mais agressivo visando à cura (um transplante, por exemplo), além de ineficaz, traria maior sofrimento.

O atual Código de Ética Médica se coaduna com tal raciocínio, de acordo com o item XXII de seus Princípios Fundamentais e seu Art. 41, parágrafo único, respectivamente:

XXII – Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Em uma situação de paciente com câncer – submetida à quimioterapia – que desenvolve pneumonia bacteriana, mas se nega a tomar os antibióticos prescritos, o princípio da Autonomia da atendida deve ser avaliado inicialmente, entendendo-se, porém, que os médicos responsáveis pela assistência não concordarão com a recusa capaz de representar a morte da paciente, e atuarão no sentido de convencê-la a tomar os medicamentos. Dessa forma, surgirão conflitos a serem superados com tato e cautela.

Apropriadamente, a narrativa de Daisy Gogliano¹⁴ procura sintetizar os princípios bioéticos aplicados à prática médica:

Qualquer terapêutica médica tem por fundamento e por pressuposto o respeito à dignidade humana, na tutela de direitos privados da personalidade e na relação médico-paciente, em que sobreleva o direito ao respeito da vontade do paciente sobre o tratamento; o direito do doente ou enfermo à dignidade e à integridade (físico-psíquica); o direito à informação, que se deve fundar no consentimento esclarecido; o direito à cura apropriada e adequada; o direito de não sofrer

inutilmente, na proporcionalidade dos meios a serem empregados; na diferenciação que se impõe entre terapêutica ineficaz e terapêutica fútil, isto é, na utilização de uma terapia racional e vantajosa, que não conduza a uma terapia violenta e indigna.

Contraponto ao “Principialismo”

Em 2002, com o objetivo de priorizar o estudo ético das questões coletivas persistentemente constatadas nos países periféricos (os mais pobres e menos poderosos), surgiu na América Latina uma proposta conceitual anti-hegemônica ao Principialismo, conhecida como Bioética de Intervenção.

Em essência, essa proposta busca garantir que seja visto como “eticamente legítimo” intervir, e não somente analisar e descrever – como estabelecem os modelos bioéticos mais tradicionais –, nos conflitos morais verificados no cotidiano de nações e pessoas menos favorecidas, no próprio contexto em que os problemas estudados ocorrem. Propõe ainda o “desnívelamento” do discurso da bioética tradicional, no intuito de se tornar uma ferramenta teórica e metodológica capaz de minimizar a desigualdade social, o preconceito, a discriminação e a vulnerabilidade que afigem as nações periféricas.

Em termos concretos, a Bioética de Intervenção sugere uma aliança entre os países pobres e em desenvolvimento, no sentido do comprometimento político com os mais necessitados e do reconhecimento da responsabilidade social do Estado, promovendo e propiciando a libertação, o empoderamento e a emancipação de indivíduos, grupos e populações vulneráveis (como, por exemplo, as mulheres em situação de abuso e violência) – condições imperativas para mudar a desigual realidade constatada nas nações menos favorecidas.¹⁵

Referências

1. Zoboli E. Bioética: gênese, conceituação e enfoques. In: Oguisso T, Zoboli E, organizadoras. *Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. Barueri: Manole, 2006.
2. At least 8 million IVF babies born in 40 years since historic first. Cable News Network (CNN) EUA. [on-line]. [Acessado em: 17 jul 2018]. Disponível em: <https://edition.cnn.com/2018/07/03/health/worldwide-ivf-babies-born-study/index.html>
3. Neves MCP. A fundamentação antropológica da bioética. Bioética. 1996; 4(1):7-16.
4. Goldim, JR. Slippery Slope. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2005. [on-line]. [Acessado em: 17 jul 2018]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/slipperry.htm>
5. Beauchamp TL, Childress TL. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press; 1979.

6. Muñoz Dr, Fortes, PAC. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, organizadores. *Iniciação à Bioética*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 53
7. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology by the FIGO Committee for ethical aspects of human reproduction and women's health. London: FIGO; 2000.
8. Gillon R. Doctors and patients. *BMJ*. 1986; 292:466-9.
9. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931 de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 24 set. 2009; Seção 1: 90-2. Retificado. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 13 out. 2009; Seção 1:173.
10. Stanford Encyclopedia of Philosophy. The Principle of Beneficence in Applied Ethics. [on-line]. [Acessado em: 17 jul 2018]. Disponível em: <https://plato.stanford.edu/entries/principle-beneficence/>
11. Diretrizes éticas internacionais para pesquisas biomédicas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1995; 3(2):95-136.
12. Principles of Bioethics, Ethics in Medicine University of Washington School of Medicine [on line]. [Acessado em 17 jul 2018]. Disponível em: <https://depts.washington.edu/bioethx/tools/princpl.html>
13. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. *Bioética*. 1993; 1(2):129-38.
14. Gogliano D. Pacientes terminais: morte encefálica. *Bioética*. 1993; 1(2):145-56.
15. Gonçalves EH, Bandeira LM, Garrafa V. Ética e desconstrução do preconceito: doença e poluição no imaginário social sobre HIV/AIDS. *Bioética*. 2011; 19(1):159-78.

2

A responsabilidade médica no exercício da Ginecologia e Obstetrícia

2.1

A responsabilidade do médico

“Un médecin qui cesse de penser, cesse d’être un médecin.”

(Louis Portes, 1949)

Introdução

Responsabilidade é o dever jurídico de responder pelos próprios atos e os de outrem e de reparar os danos causados, quando esses atos violarem os direitos de terceiros, protegidos por lei. Também pode ser definida como a obrigação de resolver alguma coisa que se fez ou mandou fazer, por ordem pública ou particular.¹

Os médicos estão sujeitos a três ordens de responsabilidade: a civil, a penal e a ético-profissional. A responsabilidade civil o obriga a ressarcir os prejuízos decorrentes da sua conduta. A responsabilidade penal ou criminal submete o médico à justiça comum pela prática de delitos considerados como crimes. A responsabilidade ético-profissional é de competência dos Conselhos Regionais de Medicina, onde são recebidas, apuradas e julgadas as denúncias contra os profissionais. Fica claro que esta atividade está sujeita a ampla fiscalização e a julgamento, tanto pelos poderes judiciais como pelos Conselhos de Medicina.²

A responsabilidade médica é um dos assuntos mais polêmicos de nossa sociedade, mas nem sempre é tratada com o devido respeito pela mídia sensacionalista, que condena o profissional antes que seja julgado pelos órgãos competentes.

Neste sentido, a evolução da tecnologia lança um grande desafio para os ditames da Medicina; o uso de redes sociais e de aplicativos como o WhatsApp é exemplo típico. O Conselho Federal de Medicina, atendendo à necessidade dessa demanda, elaborou o Parecer 14/2017,³ que concluiu:

Do ponto de vista jurídico, visando promover uma interpretação sistemática das normas constitucionais, legais e administrativas que regem a Medicina brasileira, em especial nos termos do art. 5º, incisos XIII e XIV, da Constituição da República,⁴ da lei nº 3.268/1957,⁵ do Código de Ética Médica,⁶ bem como o inafastável sigilo da relação médico-paciente, cremos que a utilização, no contexto da Medicina, dos novos métodos e recursos tecnológicos é medida irreversível e que encontra amparo no atual cenário de evolução das relações humanas, já que, como dito, traz incontáveis benefícios ao mister do profissional médico na busca do melhor diagnóstico e do posterior prognóstico dos pacientes e de suas enfermidades. O WhatsApp e plataformas similares podem ser usados para comunicação entre médicos e seus pacientes, bem como entre médicos e médicos em caráter privativo para enviar dados ou tirar dúvidas com colegas, bem como em grupos fechados de especialistas ou do corpo clínico de uma instituição ou cátedra, com a ressalva de que todas as informações passadas têm absoluto caráter confidencial e não podem extrapolar os limites do próprio grupo, nem tampouco podem circular em grupos recreativos, mesmo que composto apenas por médicos, ressaltando a vedação explícita em substituir as consultas presenciais e aquelas para complementação diagnóstica ou evolutiva a critério do médico por quaisquer das plataformas existentes ou que venham a existir.

Quando falamos de responsabilidade médica na especialidade de Obstetrícia e Ginecologia, fica evidente a importância do tema: esta é uma das especialidades com maior número de denúncias e processos contra a má prática médica. Situações de plena normalidade se transformam rapidamente em graves quadros, colocando em risco a vida da paciente. Os erros em Obstetrícia ocorrem em uma proporção geométrica, e um diagnóstico ou conduta inicial pouco adequados podem gerar situações alarmantes e de difícil controle; além disso, o binômio materno-fetal expõe o profissional a uma chance maior de erros.⁷

Para minimizar os riscos, vale lembrar os designíos de Hipócrates: “de acordo com meu poder e discernimento, promoverei práticas para o benefício

cio do doente e evitarei o prejudicial e o errado". Todo especialista deve cultivar essas práticas, investindo na relação médico-paciente: é fundamental ouvir e dar atenção ao doente, adotando um caráter mais vulnerável.

Imperícia, imprudência e negligência

"Não é imperito quem não sabe, mas aquele que não sabe aquilo que um médico, ordinariamente, deveria saber; não é negligente quem descura alguma norma técnica, mas quem descura aquela norma que todos os outros observam; não é imprudente quem usa experimentos terapêuticos perigosos, mas aquele que os utiliza sem necessidade".⁸

Esse argumento, utilizado pelo procurador geral da Corte de Apelação de Milão, Itália,⁸ coloca a responsabilidade médica sobre a ótica da ponderação. Ao exercer sua profissão, o médico deve, em obediência a princípios éticos norteadores de sua atividade, zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da área.⁹ É o guardião da vida, bem maior assegurado ao ser humano. Dele, exige-se correção, dedicação e respeito pela vida, devendo, em razão de seu mister, agir sempre com cautela e diligência, evitando que seu paciente seja conduzido à dor, à angústia e a perdas irreparáveis.

Nesse sentido, o "erro médico" deve ser visto como exceção, um acontecimento isolado ou episódico, sendo certo que a responsabilidade do médico pode gerar efeitos nas esferas éticas, cível e criminal.

Ao médico é vedado praticar atos profissionais danosos que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência. Essas modalidades de culpa podem ser aferidas pelo Conselho Regional de Medicina, como falta ética, na Justiça Cível, para fins de indenização, ou na Justiça Criminal, para enquadrar a conduta a um tipo penal.

A negligência é evidenciada pela falta de cuidado ou de precaução com que se executam certos atos. Caracteriza-se pela inação, indolência, inércia e passividade. É um ato omissivo e oposto à diligência, que remete à sua origem latina *diligere*: agir com amor, com cuidado e atenção – evitando quaisquer distrações e falhas.⁹ A diligência exigível é a mediana do homem normal.

Exemplo da negligência seria o desleixo ou a falta dos controles obstétricos obrigatórios durante uma assistência ao parto. O termo Obstetrícia provém do verbo latim "*obstare*", que significa "estar ao lado"; este é o lema que guia a especialidade, e qualquer ato que o contrapõe pode resultar em um erro evitável.⁷

A imprudência resulta da imprevisão do agente em relação às consequências de seu ato ou ação; ou seja, há culpa comissiva. Age com imprudência o profissional que tem atitudes não justificadas, precipitadas, sem ter cautela. É resultado da irreflexão, pois o médico imprudente, tendo perfeito conhecimento do risco e ignorando também a Ciência médica, toma a decisão de agir. Exemplo de imprudência seria o caso da alta prematura, ou a realização de uma operação cesariana sem a equipe cirúrgica mínima necessária.⁹

A imperícia, por sua vez, ocorre quando o médico revela, em suas atitudes, insuficiência de conhecimentos técnicos da profissão; trata-se da falta de observação das normas, o despreparo prático. A imperícia deverá ser avaliada à luz dos progressos científicos que sejam de domínio público, os quais deveriam ser conhecidos por qualquer profissional medianamente diligente – por exemplo, a utilização de uma técnica não indicada para o caso.⁹

Aspectos das denúncias, processos disciplinares e das principais infrações éticas de tocoginecologistas

Baseado em levantamento de cerca de 12 mil denúncias registradas entre janeiro de 1996 e janeiro de 2002 pelo Cremesp, a especialidade que mais aparece é a Tocoginecologia, respondendo por cerca de 12,16%. Do total de denúncias, 86% são referentes à Obstetrícia e 14%, à Ginecologia. Dentre as denúncias que se transformaram em processos disciplinares (PD), 30% são referentes à tocoginecologia.¹⁰

Analizando outros aspectos dos processos contra os tocoginecologistas, observa-se que 45% dos profissionais possuem Título de Especialista, 60% são do interior, 57% estão na faixa etária entre 40 e 54 anos de idade, 80% são do sexo masculino e 50% são formados por faculdades do estado de São Paulo, com 47% formados em outros estados e 3% no exterior.¹⁰

Em relação à Obstetrícia, as principais queixas, colocadas em ordem decrescente, são: assistência ao parto com óbito do recém-nascido (RN); assistência ao parto com complicações maternas; parto com sequelas ao recém-nascido; assistência ao parto com óbito materno; assistência ao parto com óbito materno e do recém-nascido; pré-natal (mau acompanhamento, medição errada, falta de cuidados, falta de exames, má indicação para o tipo de parto, não observância de sintomas abortivos e eclampsia); prática do aborto e complicações; laqueadura sem consentimento; complicações anestésicas; infecção puerperal e corpo estranho.¹⁰

No que se refere à Ginecologia, as principais queixas, também em ordem decrescentes, são: assédio sexual, respondendo por 43% das queixas; complica-

ções de histerectomia; tratamento clínico ginecológico; complicações de outras cirurgias ginecológicas; laqueadura tubária; aborto; cirurgia sem consentimento; falhas do diagnóstico de tumor de mama e cauterização do colo uterino.¹⁰

Além das queixas citadas, não podem ser ignoradas as denúncias contra a cobrança de honorários médicos indevida ou exorbitante e a quebra da relação médico-paciente. Também cabe lembrar aos tocoginecologistas que, atualmente, algumas atitudes estão se tornando corriqueiras, podendo caracterizar infração ética, devendo ser evitadas. Como exemplo, temos a delegação de responsabilidade médica a profissionais não habilitados – principalmente na área de obstetrícia, em que o atendimento é feito por uma enfermeira e a conduta é tomada pelo médico sem ter visto e examinado a paciente, baseando-se apenas nas informações passadas; ainda, há a realização de atendimentos a distância e a prescrição sem exame direto da paciente:

(Art. 37. “Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento. Parágrafo único. O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.”).⁶

Portanto, recomenda-se que, se o tocoginecologista não estiver disponível, deverá sempre reavaliar a paciente o mais breve possível, a fim de confirmar ou não o diagnóstico para tomar a conduta mais adequada.

Dos processos concluídos e julgados contra a especialidade no período estudado, 18% sofreram condenação. As penalidades aplicadas foram: censura confidencial em 32% dos casos, censura pública em 12% e cassação em 7%.¹⁰

As infrações éticas mais frequentes ocorreram contra os seguintes artigos do Código de Ética Médica (CEM): Capítulo 1 – Princípios fundamentais: artigo II, IV, V; Capítulo 3 – Responsabilidade profissional: artigo 10, 30, 40, 60, 210; Capítulo V – Relação com pacientes e familiares: artigo 320; Capítulo X – Documentos médicos: artigo 870. Destes, a infringência do artigo 10 do Capítulo 3 ocorreu em quase 50% dos casos: “Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência. Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida”.⁶

Dos outros artigos do Código de Ética Médica, citamos:⁶

Capítulo I

Princípios fundamentais

II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

IV – Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

V – Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Capítulo III

Responsabilidade profissional

Art. 1º – Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único: A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 3º – Deixar de assumir a responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4º – Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 6º – Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 21º – Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Capítulo V

Relação com pacientes e familiares

Art. 32º – Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Capítulo X

Documentos médicos

Art. 87º – Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente. § 1º: O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em

ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º: O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

O Código de Ética Médica, Resolução CFM Nº 1.931/2009,⁶ normatiza a responsabilidade ético-disciplinar, zelando pelo cumprimento irrestrito da boa prática médica. Ainda, há a Lei Federal nº 3268/57,⁵ de 30 de setembro de 1957, que dispõe sobre os Conselhos de Medicina e sobre as sanções disciplinares a serem aplicadas quando ocorrerem infrações – sem ela, o Código torna-se incompleto.⁶

Assim, o Conselho Regional de Medicina toma a prerrogativa legal de receber denúncias, apurar os fatos, julgar os profissionais e ponderar qual sanção deverá ser aplicada a cada tipo de infração deste código.

Código de Processo Ético-Profissional

O Código de Processo Ético-Profissional está regulamentado pela Resolução CFM Nº 2.145, de 17 de maio de 2016,¹¹ e segue as etapas processuais descritas a seguir.

O médico denunciado está sujeito à apuração da denúncia, que consiste em duas fases. A primeira, chamada sindicância (expediente), é a fase preliminar para averiguação dos fatos denunciados, coleta de provas, manifestação escrita ou audiência com os envolvidos. As sindicâncias são abertas a partir de denúncias encaminhadas ao CRM ou por iniciativa do próprio conselho. Se forem constatados indícios de infração ética, passa-se à segunda fase: o processo disciplinar (PD). Segue-se a notificação do acusado e a fase da instrução do processo, quando o denunciante e o denunciado têm iguais oportunidades de apresentar provas de acusação e defesa, com a opção da presença de advogados. O próximo passo é o julgamento, realizado pelas Câmaras de Julgamento do CRM, formadas por conselheiros que decidirão pela inocência ou culpa do médico. O resultado deve ser homologado pelo Plenário de Conselheiros do CRM.⁹ O poder de disciplinar e aplicar penalidades aos médicos compete exclusivamente ao CRM em que estavam inscritos na época em que ocorreu o ato punível.

As sanções disciplinares do médico estão previstas no artigo 22 da Lei Federal 3268/57.⁵ Começam com advertência confidencial em aviso reservado, seguindo para censura confidencial em aviso reservado, censura pública

em publicação oficial, suspensão do exercício profissional por até 30 dias e cassação do exercício profissional, que necessita ser referendado pelo Conselho Federal de Medicina.⁹

Além da denúncia ao CRM, o paciente ou familiar insatisfeito tem o direito de ação contra o profissional na Justiça, nas esferas Criminal e Cível.

A Ginecologia e Obstetrícia constituem a segunda especialidade mais exercida no Brasil. A área trata das fases mais significativas da vida (nascimento, crescimento, reprodução e envelhecimento) e, desta forma, enfrenta dilemas éticos imprevistos em cada avanço do conhecimento médico. A existência de muitas denúncias é esperada, já que a especialidade lida com procedimentos de maior risco, ou seja, tem uma probabilidade maior de resultados adversos, mesmo na inexistência de falhas por parte dos médicos assistentes. Quando a formação médica é insuficiente, certamente os riscos aumentam, uma vez que a obtenção do diploma não caracteriza o final do estágio de aprendizagem, sendo necessário três anos de residência médica e, em seguida, o concurso para obtenção do Título de Especialista.²

A Obstetrícia é a especialidade que mais recebe denúncias, pois a sociedade considera o parto um evento puramente fisiológico, sem maiores complicações. Assim, a perda da mãe ou de um filho representa, para a população leiga, uma atuação médica desastrosa, situação em que o conhecimento técnico do médico assistente é imediatamente colocado em dúvida e, subsequentemente, ele é denunciado perante seus órgãos normatizadores e fiscalizadores.²

A responsabilidade do médico que exerce Obstetrícia e Ginecologia é grande e, por isso, deve estar atento ao preenchimento correto do prontuário médico, ao respeito ao sigilo médico, ao cuidado com o pudor das pacientes, ao conhecimento da legislação sobre esterilização feminina e ao respeito aos direitos sexuais e reprodutivos.^{12,13,14}

Para exercer com dignidade a especialidade, é obrigatório conhecer a fundo o Código de Ética Médica, conforme ressaltou o então presidente do CFM, Roberto Luiz D'Avila. Para ele, o código se reveste “de enorme responsabilidade social, na qual a conduta médica é observada e avaliada diuturnamente”. Por isso, a profissão exige do praticante um comportamento “exemplar, benevolente, cordial, compassivo, solidário, e, acima de tudo, com o uso da técnica adequada para cada caso. Cada médico deve seguir o Código de Conduta Moral que, ao ser infringido, resulta em punição. Tudo isso em benefício da sociedade”.

Referências

1. Responsabilidade [on line]. [Acessado em: 13 jul 2018]. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=português-portugues&palavra=responsabilidade>
2. Boyacian K, Jorge Filho I. Questões Ético-legais em Obstetrícia e Ginecologia no Brasil. In: Impey L. *Obstetrícia e Ginecologia*. São Paulo: Tecmedd editora; 2007. cap.36:247-250
3. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Parecer nº 14, de 2017. É permitido o uso do Whatsapp e plataformas similares para comunicação entre médicos e seus pacientes, bem como entre médicos e médicos, em caráter privativo, para enviar dados ou tirar dúvidas, bem como em grupos fechados de especialistas ou do corpo clínico de uma instituição ou cátedra, com a ressalva de que todas as informações passadas tem absoluto caráter confidencial e não podem extrapolar os limites do próprio grupo, nem tampouco podem circular em grupos recreativos, mesmo que composto apenas por médicos[on-line]. [Acessado em: 13 jul.2018] Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2017/14>
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988[on-line]. [Acessado em: 13 jul.2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoocompilado.htm
5. Brasil. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957 . Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências[on-line]. [Acessado em: 13 jul. 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=11204
6. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica[on-line]. [Acessado em: 13 jul 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8822
7. Rosas CF. Ética Médica. In: Mariani Neto C, Tadini V. *Obstetrícia e Ginecologia Manual para o Residente*. São Paulo: Roca; 2002. cap. 1:1-10.
8. Considerações sobre a responsabilidade médica: imperícia, imprudência e negligência. In: *Ética em ginecologia e obstetrícia* (Cadernos Cremesp). 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2002. Cap. 1:11.
9. Ética em Ginecologia e Obstetrícia (Cadernos Cremesp). 3. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2004. p. 11-16.
10. Boyaciyan K, Camano L. O perfil dos médicos denunciados que exercem ginecologia e obstetrícia no estado de São Paulo. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2006; 52(3):144-147.
11. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.145, de 17 de maio de 2016. Aprova o Código de Processo Ético-Profissional (CPEP) no âmbito do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselhos Regionais de Medicina (CRMs). *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 27 out. 2016. Seção 1:329-332.[on line]. [Acessado em: 13 jul. 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=14076

12. Cunha SP, Meziara FC, Barbosa HF, Duarte LB, Cavalli RC, Duarte G. *Ética e Leis em Ginecologia e Obstetrícia: Manual de defesa profissional*. Ribeirão Preto, SP: Funpec Editora; 2005. p.113-120.
13. Kfouri Neto, Miguel. *Responsabilidade civil do médico*. 4. ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais; 2001. p. 67-98
14. Stoco, Rui. *Tratado de responsabilidade civil: responsabilidade civil e sua interpretação doutrinária e jurisprudência*. 5. ed. São Paulo: Ed Revista dos Tribunais, 2001.

2.2

A responsabilidade do médico residente

Introdução

A Residência Médica é um período de fundamental importância na vida do médico. Após adquirir a teoria nos bancos acadêmicos, nesta fase de sua formação o médico residente realiza a lapidação dos seus conhecimentos e seu aprimoramento profissional por meio da prática. Para usufruir da profissão da melhor forma possível, é importante estabelecer preceitos éticos, para que nenhum dano macule esta época.

O médico residente de Obstetrícia e Ginecologia está exposto a particularidades da área. Diversas são as situações que expõem os residentes a riscos que devem ser evitados por medidas de orientação e de senso comum

A assistência ao parto é exemplo claro da complexidade da especialidade, pois pode resultar no comprometimento do indivíduo e de sua inserção na sociedade. Além de dilemas neste quesito, há questões como a interrupção de uma gestação em casos de violência sexual, que pode expor o residente a conflitos religiosos; e as falhas na relação preceptor-residente, capazes de resultar em atendimentos sem supervisão e seus riscos inerentes, por exemplo, durante plantões noturnos e com excesso de pacientes – o que pode comprometer o futuro de um brilhante especialista.

Com o objetivo de estabelecer a função e o papel do residente numa instituição de ensino, é relevante citar o artigo 1º da Lei n.º 6.932 de 07/07/81:

“A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob

a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional".¹

Dessa Lei, podemos extrair alguns tópicos sobre a atuação do médico residente:²

- A Residência Médica é definida como modalidade de ensino de pós-graduação. A pós-graduação lato sensu é o complemento da aprendizagem, em que o residente vai ter o contato direto com o paciente, colocando em prática a teoria obtida nos bancos acadêmicos. Configura-se assim a prática médica: são aprimoradas as habilidades técnicas, o raciocínio clínico e a capacidade de tomar decisões. É o treinamento em serviço.
- O residente realiza esse treinamento sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo esse o ponto chave para o bom andamento da residência. Ainda assim, subentende-se que o médico residente tenha os conhecimentos necessários para lidar com a vida humana. Por isso, ao prestar atendimento ao paciente, assume a responsabilidade direta pelos atos que pratica, não podendo em hipótese alguma atribuir o insucesso a terceiros.
- As instituições de saúde, universitárias ou não, também têm suas responsabilidades: os problemas podem surgir quando estas não oferecem supervisão adequada para seus residentes, ou quando o residente “se considera apto” para realizar o procedimento sem a orientação de um preceptor.
- Aspecto importante e atual é a ocorrência de assédio moral contra residentes praticado pelos próprios colegas residentes e também por preceptores.

De acordo com os princípios fundamentais estabelecidos no Código de Ética Médica, “as relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente” e “o médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos”.

Há uma frequente confusão entre o que é hierarquia e assédio. Hierarquia profissional consiste em ordenar diferentes níveis ou graus de poder dentro de uma instituição para que se estabeleçam relações entre superiores e subordinados. O médico deve cumprir os ditames propostos por seu superior hierárquico, desde que eles não firam a ética profissional.

Nesse sentido, o Código de Ética Médica, em seu artigo 56, prevê que é vedado ao médico “utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos”. Por sua vez, assédio significa perseguir com insistência, molestar, perturbar, aborrecer, incomodar, importunar.

O assédio moral é a exposição de alguém a situações humilhantes e constrangedoras, repetidas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções. Geralmente, é praticado por uma pessoa em posição hierárquica superior em relação a um subordinado, embora possa acontecer de colega para colega. O assédio se caracteriza, principalmente, pela regularidade dos ataques, que se prolongam no tempo, e a determinação de desestabilizar emocionalmente a vítima, visando afastá-la do trabalho.

Já o assédio sexual é um tipo de coerção de cunho sexual, que se caracteriza por alguma ameaça, insinuação de ameaça ou hostilidade para o ganho de algum objeto ou objetivo. O assédio é mais comum em relações hierárquicas autoritárias, nas quais predominam condutas negativas, relações desumanas e antiéticas de longa duração, da parte de um ou mais chefes, dirigida a um (ou mais) subordinado, desestabilizando a relação da vítima com o ambiente de trabalho e sua organização.

Algumas diferenças entre hierarquia e assédio no trabalho médico

Em relação à hierarquia, alguns requisitos são: exigir que o residente cumpra horário determinado em contrato, delegar tarefas e orientar o serviço, tratar com respeito todos os profissionais, apontar eventuais problemas e sugerir correções, reforçar e exigir que se cumpram as resoluções da Comissão de Residência Médica (Coreme) e do Código de Ética Médica.

Já o assédio seria, por exemplo: forçar o residente a trabalhar 80 horas semanais quando seu contrato prevê apenas 60; não supervisionar as atividades ou não orientar os residentes adequadamente; ignorar ou desrespeitar as resoluções do Conselho e solicitar que sejam seguidas condutas não éticas; atribuir erros imaginários, fazer críticas destrutivas ou brincadeiras de mau gosto, principalmente em público.³

Para estabelecer uma regra referente ao aspecto da supervisão do residente, a Comissão Nacional de Residência Médica emitiu a Resolução nº 4/78, já revogada. Atualmente está em vigor a Resolução nº 02, de 07 de julho de 2005,⁴ que diz, em seu artigo 23, alínea “d”: “a supervisão permanente do treinamento do residente por médicos portadores de Certificado de

Residência Médica da área ou especialidade em causa ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica, observada a proporção mínima de um médico do corpo clínico, em regime de tempo integral, para 06 (seis) residentes, ou de 02 (dois) médicos do corpo clínico, em regime de tempo parcial, para 03 (três) médicos residentes".

Convém ressaltar que, nos termos do artigo 17 da Lei no 3.268, de 30 de setembro de 1957,⁵ os médicos só poderão exercer legalmente a Medicina, em qualquer dos seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob a jurisdição em que se encontrar o local de sua atividade. Desta forma, o médico, ao se inscrever no Conselho Regional de Medicina, torna-se apto a exercer a profissão; ele assume, então, a responsabilidade direta pelos atos decorrentes ao prestar atendimento aos pacientes, não podendo atribuir o insucesso a terceiros, exceto quando devidamente comprovado (artigo 6º do Novo Código de Ética Médica).⁶

O segredo de uma boa Residência Médica é aquela que oferece uma equipe capacitada de supervisão em tempo integral, orientando os residentes nos ambulatórios, pronto-socorro, cirurgias e plantões noturnos. O programa de residência deve prever a implantação de escala progressiva de atribuições, tanto referente a responsabilidades quanto a funções com grau de dificuldade crescente dentro da hierarquia do serviço.

A importância da atribuição em graus distintos da responsabilidade nas diferentes etapas dentro do programa de Residência Médica condiciona uma progressiva adaptação não só a obrigações mais complexas, como também à capacidade de assumir maior responsabilidade frente a procedimentos e decisões, incluindo a coordenação de colegas residentes menos graduados.

A fórmula ideal de como preparar o residente tem sido testada de diversas maneiras, não existindo ainda um modelo definitivo consagrado. O melhor modo de controlar a qualidade da formação ética de cada residente resulta da avaliação desenvolvida por meio da estreita convivência entre orientador e orientando ao longo desse período de aquisição de qualificação profissional. Os preceptores são ao mesmo tempo mestres e responsáveis pelo residente, pois o guiam no processo de aquisição de conhecimento, liberando procedimentos médicos em escala crescente de complexidade para que o médico residente execute, à medida que este demonstre estar apto para tal atividade.

Mão de obra

O trabalho do residente não deverá ser utilizado somente como mão-de-obra. O compromisso da instituição é com sua formação adequada e com o competente atendimento assistencial prestado por todos os integrantes de um programa de Residência Médica. Desta forma, sendo a residência um processo de pós-graduação sob supervisão, não deve o residente efetuar procedimentos de qualquer complexidade sem a supervisão de seu orientador ou do coordenador do serviço.

O Código de Ética em vigência rege a atuação ética de todos os médicos – ou seja, também dos médicos residentes. É de suma importância que o residente conheça o Código de Ética Médica, incluindo seu preâmbulo que estabelece: “a transgressão das normas deontológicas sujeitará os infratores às penas disciplinares previstas em lei”.

Em seu Capítulo III, o Código traz artigos que alertam para situações de grande relevância quanto à responsabilidade profissional do médico; o Capítulo IV traz artigos sobre os Direitos Humanos; o Capítulo V, sobre a relação com pacientes e familiares; no Capítulo VII, fala-se sobre a relação entre médicos; no Capítulo IX, sobre sigilo profissional.⁶

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Este artigo sobre a responsabilidade profissional deve permear todas as instâncias da Medicina; a partir do momento em que o médico se inscreve no CRM, ele assume essa responsabilidade. A negligência se caracteriza pela omissão em fazer algo em prol do paciente; caso o residente efetue um procedimento sem comunicar ao seu preceptor ou sem solicitar sua autorização, deverá assumir isoladamente toda a responsabilidade das possíveis consequências advindas de seu ato, pois, dessa forma, incorrerá em negligência. A imprudência se caracteriza pela ação de fazer algo que não deveria ser feito, à revelia de seu preceptor. A imperícia se define por fazer algo que não se está capacitado a fazer, seja por falta de treinamento ou por falta de conhecimento – nesta situação, a atitude negligente seria de âmbito de quem se propõe a treiná-lo, ou seja, seu preceptor.⁷ Art. 3º Deixar de assumir responsabilidade sobre

procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 6º Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Nos artigos 3º e 6º, o médico residente responde pelos procedimentos médicos do qual participou e não pode atribuir a terceiros seu insucesso, exceto nos casos bem documentados no prontuário médico – por isso a importância do preenchimento adequado do prontuário médico.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 56. Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.⁷

Este artigo ressalta a importância da orientação do preceptor.

Art. 57. Deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 78. Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.⁷

Uma vez esclarecidos os principais tópicos que regulamentam a atividade do residente, cumpre salientar aspecto primordial na relação médico-paciente. Nela existe uma relação jurídica perfeitamente definida por dispositivos legais, existindo para ambos direitos e deveres. Destaca-se entre os deveres dos médicos a responsabilidade. Entre os direitos do paciente, o de não sofrer dano por culpa do médico.

Dessa forma, não há como isentar residentes e docentes da responsabilidade jurídica por eventuais danos, uma vez caracterizada a prática de ato ilícito.

No que tange a responsabilidade ética do preceptor pelos atos realizados por médicos residentes sob a sua supervisão, entende-se que tal responsabilidade é consequência do caráter peculiar da tarefa da preceptoria, redundan-

do no que o Prof. Genival Veloso de França, em seu livro “Direito Médico”, define por “responsabilidade derivada” ou “responsabilidade compartida”. Segundo essa definição, cada membro de uma equipe médica carrega consigo a corresponsabilidade por atos executados no âmbito da instituição prestadora de assistência médica.⁸

Assim, tanto o médico residente quanto o preceptor estão passíveis de responderem ética e juridicamente por atos médicos realizados, bastando que cada instância judicante defina a responsabilidade a ser atribuída a cada membro da equipe médica pelo ato médico realizado.

Kesselheim e Austad⁹ publicaram um artigo intitulado “Residents: employees or students aos olhos da lei?” (*Residents: Workers or students in the eyes of the law?*), em que fizeram uma reflexão sobre a Residência Médica. Comentam que os residentes, apesar do diploma, não são considerados médicos completos; por outro lado, também não se enquadram no papel de estudantes. Aos olhos da lei, no entanto, os residentes são julgados da mesma forma que qualquer outro médico em caso de erro.

Fato preocupante é que, entre o início da década de 90 e o final de 2000, houve aumento de 136% nas denúncias envolvendo médicos residentes, com falhas evidentes de aprendizado dos princípios básicos da Ética. Por isso, dentro da função educativa das Comissões de Ética Médica e preocupados com o desempenho ético da profissão, a Comissão Nacional de Residência Médica, cumprindo a Resolução CNRM nº 02, de 17 de maio de 2006,¹⁰ no seu artigo 7º, parágrafo 2º, determina que seja ministrado obrigatoriamente um curso de Ética Médica aos residentes nas atividades teórico-complementares. Ainda, o artigo 13º determina que sejam incluídos na avaliação periódica atributos como comportamento ético e relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente.

Esse curso é de extrema importância para o exercício profissional adequado, e é capaz de oferecer aos residentes amplo conhecimento do Código de Ética Médica, visando prevenir a progressão do número de denúncias.

Por fim, a diferença entre a responsabilidade de um médico residente e de outro profissional médico é o fato de que o residente não é o titular do paciente, por isso atua seguindo ordens e sob supervisão direta de um preceptor; portanto, não decide sozinho sobre a conduta a ser tomada em relação ao paciente. Ainda no âmbito processual, o residente sempre estará junto de outros membros da equipe no processo, cujo principal responsável será o preceptor, exceto quando tiver agido à revelia de seu preceptor – nessa situação, o médico residente estará suscetível a ser o único a ser responsabilizado no processo, tanto no Conselho Regional de Medicina quanto na Justiça Comum.⁷

Irany Novah Moraes (2003) propõe alguns mandamentos para os médicos residentes. Como ainda são inexperientes e participam intensamente das atividades hospitalares, correm grande risco de cometer erros por desconhecimento do comportamento correto. De forma a ajudar, ela elaborou em dez itens os mandamentos para que sirvam de guias, diminuindo assim as armadilhas do destino em que se pode cair:¹¹

- I. Estude diariamente** – Para o médico manter-se atualizado, precisa estudar diariamente. Erro cometido por desconhecimento da modernidade é imperícia. Ignorância é imperícia.
- II. Aprimore a relação médico/paciente/família** – Fale com o doente olhando em seus olhos. Ouça com paciência suas queixas. Mostre interesse. Examine-o de maneira completa. Ao término da consulta, refira o que prescreveu, especificamente, para sua queixa. Dificuldade no relacionamento com o paciente é deficiência do médico. Aprimore o relacionamento com o doente.
- III. Desenvolva suas aptidões** – O cirurgião deve treinar obsessivamente. Aprimore a atenção, a memória e a coordenação motora para os gestos finos e elegantes. Treine as habilidades pessoais. Seja perfeccionista.
- IV. Tenha postura digna** – Apresente-se sempre bem vestido, com a barba feita e sapatos limpos. Saiba que é proibido fumar em todas as dependências do hospital, ambulatório e consultório. A penalidade é prevista em Lei. Não eleve a voz quando estiver nervoso, é falta de educação e revela a sua insegurança. Saiba respeitar todos os integrantes da equipe de saúde. Respeite para ser respeitado.
- V. Respeite a hierarquia** – Obedeça para saber mandar. Aprenda com o mais experiente e ensine ao mais jovem. Seja rigoroso consigo próprio.
- VI. Seja assíduo e pontual** – Pontualidade em cirurgia é chegar antes da hora marcada, examinar o doente e fazer os preparativos para a operação iniciar na hora marcada. Seja disciplinado.
- VII. Não se ausente do plantão** – Não saia antes que o colega que o substituirá chegue. Use uma agenda e anote os casos graves, óbitos e reclamações (poderá ser útil no futuro). Ausência no plantão é enquadrada como omissão de socorro.
- VIII. Atenda imediatamente** – Quando chamado, não relute: vá atender o doente imediatamente. Atrasar o atendimento é erro crasso, enquadrado como omissão de socorro.

IX. Registre todo o procedimento – Faça a observação médica, não deixe para depois. Registre “o que e por que foi feito”. O Código do Consumidor facilita reclamações contra o trabalho do médico. Para o Juiz e para o CRM, o que não estiver escrito não foi feito. Escrever é sua garantia.

X. Respeite a instituição – Residência Médica é a melhor maneira de se preparar para o exercício profissional. Lembre-se de que você está na instituição por opção própria. Respeite-a ou demita-se.

Referências

1. Brasil. Lei Federal nº 6.932, de 07 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União 9 jul. 1981: 12789.
2. Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso do Sul. Parecer Consulta nº 27/2008. Plantão médico, gestação de alto risco, atendimento eletivo. Aprovado em 24.04.2009.
3. Cartilha do Cremesp orienta residentes sobre assédio moral. Jornal do Cremesp. 2017 mar; Jovem Médico: 13.
4. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 2, de 7 de julho de 2005. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica. Diário Oficial da União 14 jul. 2005. Seção 1:59-61. [acessado em: 28 jun. 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6836
5. Brasil. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1957 out. 04. [Acesso em 16 jul. 2018. Disponível em http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=11204.
6. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931 de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
7. Timi JRR. Limites da responsabilidade ética e legal do médico residente. In: A influência do direito no exercício da medicina. São Paulo: Revinter; 2004: 47-48.
8. França GV. Direito Médico. 10 ed. São Paulo: Revinter; 2010.
9. Kesselheim AS, Austad KE. Residents: workers or students in the eyes of the law? N Engl J Med 2011; 364(8): 697-9
10. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 2, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2006 maio 19. [Acesso em 28 jun. 2018]. Disponível em http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6475
11. Moraes IN. Responsabilidade do médico residente. In: Erro Médico e a Justiça. 5 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 2003: 571-4.

A responsabilidade do médico em cargos de direção

As instituições que prestam assistência à saúde, de natureza pública ou privada, apresentam estrutura organizacional com diversos órgãos diretivos, e o médico pode assumir diferentes cargos de direção. Nessas estruturas, destacam-se os cargos de Diretor Clínico e Diretor Técnico. O Diretor Clínico, escolhido pelos médicos do corpo clínico, representa a ligação entre os médicos e a administração da instituição. O Diretor Técnico, por sua vez, é escolhido pela administração, e é o responsável pela garantia das condições técnicas de atendimento na instituição, respondendo perante aos Conselhos Regionais de Medicina, às autoridades sanitárias, ao Ministério Público, ao Judiciário e às demais competências.

As atribuições dos profissionais que assumem cargos de direção são diversificadas e demandam grande responsabilidade, uma vez que, primordialmente, devem zelar pela prestação da assistência médica na instituição. Segundo o artigo 19 do Código de Ética Médica,¹ o médico investido em cargo ou função de direção não pode deixar de assegurar os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

As normas sobre a responsabilidade, as atribuições e os direitos de diretores técnicos e clínicos e de chefias de serviço estão estabelecidas na Resolução do CFM nº 2.147/2016.² O artigo 1º da referida resolução dispõe que a prestação de assistência médica e a garantia das condições técnicas de atendimento nas instituições públicas ou privadas são de responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico, que, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão ao Conselho Regional de Medicina.

Os cargos de Diretor Clínico e Diretor Técnico podem ser acumulados pelo mesmo médico (Art. 8º, Resolução CFM nº 2.147/2016),² na mesma instituição, desde que o corpo clínico tenha menos de trinta médicos. Entretanto, tendo em vista que o profissional pode exercer seu trabalho em empresas ou instituições distintas, é permitido a ele assumir a responsabilidade de Diretor Técnico ou Diretor Clínico em no máximo duas instituições prestadoras de serviços médicos, sejam elas públicas ou privadas – mesmo quando se tratarem de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma entidade.² O exercício da direção técnica em mais de dois estabelecimentos assistenciais será permitido quando preencher os requisitos da Resolução CFM nº 2.127/2015.³

Para o desempenho do cargo ou função de Diretor Clínico ou Diretor Técnico de serviços assistenciais especializados, é necessário ter a titulação na especialidade médica correspondente, devidamente registrada no Conselho Regional. Nos estabelecimentos assistenciais médicos não especializados, basta a graduação em Medicina para assumir a direção técnica ou direção clínica.²

Diretor Clínico

O Diretor Clínico é o médico de confiança do corpo clínico,⁴ representando-o perante o corpo diretivo da instituição. Em linhas gerais, ele é o responsável pela assistência, coordenação e supervisão dos serviços médicos da instituição, e é obrigatoriamente eleito pelo corpo clínico. Esse profissional tem como dever comunicar ao Diretor Técnico quanto às condições de funcionamento dos equipamentos, bem como sobre questões de abastecimento de medicamentos, para que as providências cabíveis sejam tomadas. Ele deve também zelar pelo cumprimento do regimento interno da instituição, incentivar a melhor prática da Medicina (estimulando a criação e organização de centros de estudos), e assegurar aos médicos estagiários e residentes condições de exercer suas atividades com meios de aprendizagem adequados e supervisionados.

As competências do Diretor Clínico, conforme estabelece a Resolução CFM nº 2.147/2016,² incluem ainda: garantir que o médico assistente realize ao menos uma evolução diária do paciente; ratificar a organização dos prontuários dos pacientes; exigir o registro em prontuário das intervenções médicas e evoluções realizadas por médicos plantonistas hospitalares, quando chamados a atender pacientes na instituição; disponibilizar meios de registro de ocorrências para os médicos plantonistas; e determinar que médicos plantonistas de UTI ou de serviços de urgência e emergência não sejam deslocados para atendimento fora de seus setores, exceto em situações de risco de morte.

O Diretor Clínico tem atribuições diversificadas que demandam grande responsabilidade. Destacam-se as iniciativas de reger e coordenar as atividades médicas locais, em colaboração com a Comissão de Ética Médica e com o Diretor Técnico. O cargo é privativo de médicos, em conformidade com a Lei Federal nº 3.999/61,⁵ que em seu artigo 15 prevê: “os cargos ou funções de chefias de serviços médicos somente poderão ser exercidos por médicos, devidamente habilitados na forma da lei”. Não se deve confundir a ocupação com chefias administrativas, que podem ser assumidas por profissionais de outras áreas.

Toda queixa, dúvida, reclamação ou denúncia sobre o atendimento médico prestado na instituição, de paciente ou familiar, deve ser prontamente averiguada e esclarecida. Cabe ao Diretor Clínico providenciar uma apuração preliminar. As queixas devem ser postas a termo, oferecendo oportunidades para o reclamante, o reclamado e as testemunhas se manifestarem. Além disso, as circunstâncias do fato deverão ser avaliadas, sendo concluídas pela procedência ou não da reclamação. Nas situações em que houver dúvidas de procedência da queixa, cabe ao Diretor Clínico o ato formal de instaurar sindicância, que será realizada pela Comissão de Ética da instituição. É essencial que qualquer denúncia ou reclamação seja analisada com profundidade, ouvindo-se também as partes contrárias. A família do reclamante deve ser atendida sempre que solicitar, mas os resultados não podem ser revelados antes da averiguação estar concluída.

É recomendável que a imprensa seja recebida em sala específica ou na sala da diretoria. Imagens dentro da instituição de saúde não devem ser permitidas, pois podem expor desnecessariamente pacientes e profissionais.⁶

Outras resoluções sinalizam atribuições adicionais ao Diretor Clínico, como: tomar providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha um médico assistente responsável, desde a internação até a alta (Art. 1º Resolução CFM nº 1.493/98);⁷ determinar que, nas cirurgias eletivas, o médico se assegure previamente das condições indispensáveis à execução do ato – em relação, inclusive, à necessidade de ter outro médico como seu auxiliar, substituindo-o em seu impedimento (Art. 2º da Resolução CFM nº 1.493/98).⁷

Cabe ao Diretor Clínico, ainda, dirigir as assembleias do corpo clínico, e encaminhar ao Diretor Técnico todas as decisões, a fim de que as devidas providências sejam tomadas. Quando houver necessidade de suspensão integral ou parcial das atividades médico-assistenciais, pela ausência de condições funcionais previstas na Resolução CFM nº 2.056/2013,⁸ o Diretor Clínico tem o direito de comunicar ao Conselho Regional de Medicina. Se necessário, pode informar também outros órgãos competentes.²

Diretor Técnico

Como já dito, o Diretor Técnico é o responsável perante os Conselhos Regionais de Medicina, as autoridades sanitárias, o Ministério Público, o Judiciário e demais competências, em razão dos aspectos formais de funcionamento da instituição a que presta a assistência. Os seus deveres estão estabelecidos na Resolução CFM nº 2.147/2016,² que incluem: zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor; assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica; garantir o funcionamento autônomo das Comissões de Ética Médica; certificar-se da regular habilitação dos médicos e especialistas perante os Conselhos de Medicina, bem como a inscrição de pessoas jurídicas que atuam na instituição; organizar escalas de plantonistas e solucionar problemas envolvendo faltas; assegurar a correção do repasse de honorários e pagamento de salários; propiciar as condições de trabalho dos médicos; ratificar o abastecimento de produtos e insumos; garantir o funcionamento de comissões oficiais; proporcionar a eticidade das propagandas institucionais; atestar o cumprimento do Regimento Interno da instituição; confirmar que os convênios de ensino atendam às normas vigentes.

Os Diretores Técnicos de planos de saúde, seguros saúde, cooperativas médicas e prestadoras de serviço em autogestão têm o dever de tutelar pelo cumprimento do que estiver pactuado nos contratos dos prestadores de serviço – por eles contratados ou credenciados. Isso deve ser feito através de supervisão em auditorias, preservando a qualidade dos serviços prestados ao mesmo tempo que assegura que as auditorias de procedimentos médicos sejam realizadas exclusivamente por auditores médicos.²

Fica garantido ao Diretor Técnico o direito de suspensão integral ou parcial das atividades do estabelecimento assistencial médico sob sua direção quando faltarem as condições funcionais previstas, atendendo às normativas vigentes.²

Corpo clínico

O corpo clínico da instituição é composto por todos os médicos que utilizam as instalações, dependências ou serviços do local, desde que se encontre em pleno direito de exercer a profissão. Portanto, é o conjunto de médicos de uma instituição que gozam de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural, cuja atribuição principal é prestar assistência aos pacientes que os procuram.

A Resolução CFM nº 1.124/83⁹ estrutura o corpo clínico dos estabelecimentos de saúde, disciplinando a admissão e exclusão de seus membros em registro do regimento interno. Em seu Art. 1º estabelece que: “o Regimento Interno dos Estabelecimentos de Saúde deverá estruturar o Corpo Clínico, especificando as atribuições do Diretor Clínico, dos Chefes de Clínicas e da Comissão de Ética, bem como a forma de admissão e de exclusão de seus membros”. Logo, depreende-se que o regimento interno das instituições também constitui fonte de atribuições para o Diretor Clínico e para o corpo clínico, devendo ser seguido pelos profissionais que atuam nesses locais.

Em relação às normas de comportamento a serem adotadas pelas instituições de assistência médica no que se refere a estudantes de Medicina oriundos de universidades estrangeiras, os Diretores Clínico e Técnico são responsáveis, solidariamente, pela observância da Resolução CFM nº 1.650/2002.¹⁰ Segundo o artigo 1º dessa resolução, é vedado aos membros dos corpos clínicos participar da execução, direta ou indireta, de convênios (ou quaisquer outros termos obrigacionais) para a realização de estágios ou internatos destinados a alunos oriundos de faculdades ou cursos de Medicina de outros países, junto a instituições de saúde privadas, filantrópicas ou públicas. O parágrafo único do artigo 1º dessa resolução exclui do mandamento disposto na norma os membros dos corpos clínicos de hospitais universitários, quando for celebrado acordo oficial entre as universidades.

Regimento interno

O regimento interno do corpo clínico tem como objetivo regulamentar a atuação dos médicos dentro das instituições prestadoras de assistência médica. Ele é definido pela Resolução Cremesp nº 185/2008,¹¹ que atua como instrumento jurídico regulamentador da relação entre médicos do corpo clínico, e também entre o corpo clínico e as entidades. Sua elaboração e aprovação é de responsabilidade do próprio corpo clínico, reunido em assembleia especialmente convocada para esse fim. O documento estrutura o corpo clínico: especifica a composição e organização dos médicos e discrimina as competências de cada um.

O regimento interno das instituições de saúde deve ser aprovado pelo Conselho Regional de Medicina da respectiva jurisdição, e é regulado pela diretrizes gerais emanadas da Resolução CFM nº 1.481/97¹² e pela Resolução Cremesp nº 134/2006.¹³

É atribuição dos Diretores Técnico e Clínico o encaminhamento do regimento interno para o Conselho Regional de Medicina. O documento de-

ve conter os direitos fundamentais dos médicos integrantes do corpo clínico, bem como os seus deveres, prevendo-se, inclusive, a possibilidade de punições no âmbito da instituição por fatos de natureza administrativa. Isso deve ser feito através de sindicância, garantindo-se a ampla defesa dos acusados – e as penalidades a serem aplicadas devem ser listadas. Cabe ao Diretor Clínico convocar assembleias deliberativas do corpo clínico com antecedência de 10 (dez) dias.

No Estado de São Paulo, de acordo com a Resolução Cremesp nº 134/2006,¹³ o responsável técnico da entidade perante o Cremesp é o agente responsável por apresentar o regimento interno do corpo clínico para registro junto ao Conselho, responsabilizando-se pelo seu teor e conteúdo (Art. 3º).

A prática médica na instituição de saúde é de responsabilidade do Diretor Clínico. Entende-se, assim, que cabe a ele a supervisão do exercício ético da medicina, da efetiva realização do ato médico, da compatibilidade dos recursos disponíveis, da preservação das prerrogativas do profissional médico, além da garantia de assistência disponível aos pacientes. Cabe também ao Diretor Clínico atestar a realização de atos médicos praticados pelo corpo clínico e pelo hospital, avalizando a prestação dos serviços.

Referências

1. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009; Seção 1:90-2.
2. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 2.147, de 17 de junho de 2016. Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 27 out. 2016. Seção I, p.332-334.
3. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 2.127, de 17 de julho de 2015. Estabelece critérios para a ocupação da função de diretor técnico que será aplicada em Postos de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Caps I e II, Caps i, Postos de Perícias Médicas da Previdência Social e Serviços de Hematologia e Hemoterapia, quando de sua inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 29 out. 2015. Seção I, p.236.
4. Manual de Diretoria Clínica. 2^a ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2006. 135p.
5. Brasil. Lei Federal nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961. Altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões dentistas. Acessado em: 04 jun.2018. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3084
6. Moraes IN. Suspeita de erro. In: Erro médico e a Justiça. 5^a ed. São Paulo: Editora dos Tribunais; 2003. p.633-6.

7. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.493, de 15 de maio de 1998. Determina ao Diretor Clínico do estabelecimento de saúde que tome providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta e que assegure previamente as condições para a realização do ato médico nas cirurgias eletivas. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mai. 1998; Seção 1:106.
8. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 2.056, de 20 de setembro de 2013. Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Trata também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil, inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 12 nov. 2013; Seção 1:p.162-165. REVOGADA PARCIALMENTE E ALTERADA PELA RESOLUÇÃO CFM 2.153, DE 30-09-2016
9. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.124, de 29 de agosto de 1983. Estrutura o Corpo Clínico dos Estabelecimentos de Saúde, disciplina a admissão e exclusão dos seus membros em registro do Regimento Interno. Revista de Resoluções do CFM; 12; dez.1981-out.1984.
10. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.650, de 6 de novembro de 2002. Estabelece normas de comportamento a serem adotadas pelos estabelecimentos de assistência médica, em relação a estudantes de Medicina oriundos de universidades estrangeiras. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 2 de dez. 2002; 232:Seção 1:80.
11. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº 185, de 28 de outubro de 2008. Altera o artigo 1º da Resolução 134/06, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, 8 nov. 2008; Seção 1:200.
12. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.481, de 08 de agosto de 1997. Determina que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no País deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes desta Resolução. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 8 set. 1997; 172:Seção 1:19.802.
13. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº 134 de 21 de março de 2006. Regulamenta a Resolução CFM nº 1481/97 e estabelece as diretrizes gerais para a elaboração de Regimentos Internos dos estabelecimentos de assistência médica no Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, 7 Abr. 2006; Seção 1:140.

A responsabilidade do médico docente

O ensino médico sobre temas de Ginecologia e Obstetrícia exige que o docente tenha habilidade em apresentar o conhecimento teórico e prático, promovendo o desenvolvimento de competências pelos alunos e rigorosamente assegurando atitudes éticas no relacionamento com as pacientes. O ensino deve ser integrado e formativo, isto é, além do conteúdo teórico e científico, deve haver um enfoque humanitário que leve em conta o contexto sociocultural e a formação ética do profissional.^{1,2} O Código de Ética Médica (CEM),³ em seu preâmbulo, contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão – inclusive no exercício de atividades relativas à docência na Medicina.

Atualmente, os alunos adquirem experiência em diferentes cenários: unidades básicas de saúde, ambulatórios, enfermarias, pronto atendimentos, hospitais, entre outros. O aluno é exposto a diversos professores e preceptores, presenciando condutas de diversos profissionais. Nessas circunstâncias, muitas vezes, a visão que se obtém não é abrangente o suficiente para compreender a realidade da saúde da mulher dentro do contexto social em que está inserida.⁴ É essencial que o professor de Ginecologia e Obstetrícia possua a habilidade de transmitir uma visão humanitária no atendimento prestado, reforçando a conduta ética do profissional e o respeito aos Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos.

A atuação do docente em atividades de ensino e assistência exerce grande influência na formação ética e moral do médico, que absorve os valores inerentes à profissão.¹ É necessário que exista constante preocupação na aplicação de princípios pedagógicos e morais, com diretrizes claras que respeitam

tem o ser humano. O professor tem o encargo de formular propostas educacionais que incluam os Direitos Humanos na base da formação dos médicos.

A postura do docente no contato com a paciente – seja na forma de se dirigir a ela, no respeito por suas indagações, ao colocá-las como centro ativo e participativo das atenções, ou na forma com que a examina e lhe transmite suas impressões e orientações – servirá de modelo para os alunos e residentes nas suas atuações profissionais.

A Ginecologia e Obstetrícia, por lidar com aspectos próprios da mulher, como sexualidade, fantasias e tabus, sem dúvida desperta indagações sobre esses assuntos, tanto naquele que está ensinando quanto naqueles que estão aprendendo. Assim sendo, deve-se abordar os temas com naturalidade, seja nos aspectos fisiológicos, seja nos desvios da normalidade e nas doenças, evitando-se qualquer tipo de discriminação ou sugestão de julgamento moral. Nas visitas didáticas ou mesmo assistenciais, na presença dos alunos e pacientes, o docente deverá sempre atentar no direito da paciente de participar, ouvindo e sendo ouvida, e todas as precauções devem ser tomadas para que ela não se torne apenas um objeto de estudo. As discussões devem ser compreensíveis; quando não forem, devem ser explicadas para que a paciente não chegue a conclusões equivocadas.

Na relação entre o docente e os alunos, existem ainda os aspectos das visitas ou discussões de casos, em que se analisam as condutas tomadas, principalmente na área obstétrica. Muitas vezes o manejo das situações clínicas ou cirúrgicas são controversas, e qualquer crítica sobre condutas adotadas por colegas deve ser pautada pelo respeito e pela ética, evitando-se comentários na frente das pacientes. Mesmo na ausência delas, a discussão deve ser encaminhada de forma a privilegiar os aspectos técnicos, e as correções devem ser feitas com respeito, denotando o aspecto construtivo da relação docente-aluno.

A noção de responsabilidade surge com o dever de responder pelos prejuízos (danos) causados a alguém. Portanto, responsabilidade é a faculdade pela qual uma pessoa ou organização responde pelos seus atos, sem referência à vontade de outrem. É uma conquista importante da sociedade, necessária para seu convívio harmônico, e que pode ser exercida em diversos planos: civil, penal, ética, administrativa, moral e social.⁵ Aqui, serão abordados os principais aspectos da responsabilidade civil e ética, relacionados ao ensino da Tocoginecologia.

Relacionamento com o paciente

É grande a responsabilidade do docente no ensino da Ginecologia e Obstetrícia. O ensino médico, hoje, focaliza primordialmente os aspectos técnicos que dizem respeito à prática médica.⁶ Entretanto, o professor deve enfocar que, ao entrar no mercado de trabalho, o médico deverá atuar de forma ética no relacionamento com o paciente, atendendo ao que está disposto no Código de Ética Médica, sem descuidar dos aspectos profissionais. Deve ainda alertar que a atuação ética tem como consequência direta a prevenção quanto a possíveis demandas judiciais, que tanto preocupa a classe médica.⁷ Os principais temas da Ética Médica que devem ser abordados no ensino da Ginecologia e Obstetrícia estão listados no quadro 1.

Quadro 1 – Principais temas da Ética Médica a serem abordados pelo professor de Ginecologia e Obstetrícia.

- Responsabilidade profissional
- Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos
- Relacionamento do médico com pacientes e familiares
- Relacionamento entre médicos
- Sigilo profissional
- Prontuário e documentos médicos
- Pesquisa médica
- Publicidade médica

Ao entrar em contato com a especialidade, o estudante de Medicina deve receber conhecimento sobre a importância da formação profissional, para que sejam evitadas demandas judiciais. O médico que se especializa por meio da Residência Médica adquire os conhecimentos da área, bem como os que adquirem o Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. As demandas judiciais surgem quando existe dúvida sobre a atuação do profissional, alegando-se imperícia, imprudência ou negligência do profissional que esteja ligado a algum dano (material ou moral) provocado ao paciente, e que, uma vez demonstradas em juízo, criam o dever de indenizar. É importante que o aluno perceba que, na atuação do ginecologista e obstetra, a obrigação

é tipicamente de meio; isto é, não está implícita a cura, mas a utilização dos meios adequados para obtê-la.

Para a prevenção da ocorrência de demandas judiciais, o estudante deve precocemente ser orientado sobre a importância da formação técnica e científica, sobre as responsabilidades geradas no relacionamento médico-paciente e sobre a imprescindibilidade da correta elaboração dos documentos médicos, principalmente do prontuário.

O docente de Ginecologia e Obstetrícia deve orientar à respeito de como deve se estabelecer um bom relacionamento médico-paciente na especialidade. A paciente não deve ser vista apenas como cliente, nem o médico como mero prestador de serviço – isso traz uma conotação mercantilista e consumerista para a Medicina, desvirtuando a ciência. A expressão “relação médico-paciente” evidencia a interação humana e ética entre a paciente e quem promove o seu tratamento. Além disso, o atendimento ginecológico e obstétrico, por vezes, permeia temas de cunho íntimo e envolve a revelação de aspectos que devem ser assegurados pelo sigilo profissional.⁵

É uma relação intersubjetiva de ajuda a alguém que necessita com aquele que pode exercer. Ou seja, a atuação do ginecologista não deve ser reduzida a uma atividade técnico-científica, sobretudo na atividade clínica em que se configura uma interação entre quem necessita de ajuda e o profissional que está apto, capaz e habilitado a ajudá-la. O conhecimento científico nem sempre tem respostas para todos os problemas postos pelas enfermidades e para todas as necessidades das pacientes; por isso, o médico deve reservar espaço para ouvir suas dúvidas, de forma a melhor orientá-las.⁵ No ensino da especialidade, em situações em que os alunos entram em contato com pacientes, é essencial que esses aspectos da formação sejam destacados, e as situações de conflito ético devem ser discutidas.⁸

A relação médico-paciente faz menção à atividade profissional médica em geral, enquanto em Obstetrícia temos a tríade obstetra-gestante-feto. No atendimento obstétrico, a atividade do médico é marcada por duas características essenciais que a diferenciam das outras que lhe são análogas: a vulnerabilidade particular da mulher no estado gestacional e os possíveis efeitos fetais frente às condutas terapêuticas aplicadas – nesses casos, as situações de conflito ético devem ser discutidas com os estudantes.⁵

Anamnese

Alguns cuidados são essenciais na postura profissional do professor de Ginecologia e Obstetrícia:⁵ chamar a paciente pelo nome, demonstrar respeito

to de acordo com sua idade; agir com discrição e cordialidade; olhar a paciente demonstrando interesse profissional e atenção; evitar postura exclusivamente técnica, fria ou distante; atender a paciente como ser humano, não como um órgão ou uma doença; respeitar sua privacidade, abordando com cautela queixas sexuais ou antecedentes obstétricos; não tomar atitudes que causem constrangimento (e.g. valer-se da posição de professor para censurar a paciente); dar atenção a queixas de caráter emocional, atentando quanto ao psiquismo da paciente, etc.

Exame físico

Durante o exame físico, algumas recomendações são aqui apresentadas para o professor de Ginecologia e Obstetrícia: realizar o exame em local que preserve a privacidade da paciente; respeitar o pudor; respeitar e acatar a solicitação de acompanhante durante o exame físico; quando ensinar como realizar o exame ginecológico, procurar fazê-lo com apenas um aluno, na presença de uma auxiliar de enfermagem ou de acompanhante da paciente; examinar com delicadeza, realizando apenas o contato físico necessário para a avaliação indispensável ao diagnóstico; examinar sem pressa ou insegurança; explanar os procedimentos que serão efetuados e seus objetivos.⁵

Caso a paciente recuse a presença de terceiros durante o exame ginecológico, o médico deve respeitar essa escolha, pois o artigo 31 do CEM³ vedava ao médico desrespeitar o direito da paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de risco de morte iminente.

Ao final do atendimento, o professor deve orientar o aluno sobre a importância de se explicar os achados e hipóteses diagnósticas em linguagem acessível, certificando-se de que houve compreensão por parte da paciente. A solicitação de exames complementares deve ser criteriosa, procurando justificar a indicação para que a paciente compreenda e colabore com o processo diagnóstico. Caso realize a prescrição de medicamentos, deve conter: o nome genérico das substâncias prescritas; clara indicação da posologia e dosagem; escrita impressa, digitada ou em caligrafia legível; textos sem códigos ou abreviaturas; o nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão; a assinatura do profissional e a data.

É importante salientar que o médico não deve revelar aspectos relatados pela paciente, a não ser que previamente autorizado, e o mesmo se aplica ao docente de Ginecologia e Obstetrícia quando lidar com pacientes durante o ensino médico. A privacidade da paciente deve ser respeitada.

A publicidade médica é tema de grande preocupação, e sua importância deve ser introduzida durante o ensino médico. Existem dois focos na publicidade médica: um voltado à propagação de atividades profissionais e habilidades do médico e outro para a divulgação de informações sobre o conhecimento e a pesquisa científica. Ambos devem atender aos princípios éticos, bem como à legislação pertinente.⁹ Os médicos não devem ser inibidos de fazer publicidade de seus serviços; é necessário, porém, que os preceitos éticos sejam respeitados, sem banalização da profissão. A divulgação das atividades médicas está sob a fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina.

O docente de Ginecologia e Obstetrícia deve alertar o aluno sobre os princípios que a publicidade médica deve seguir: a Medicina não é um comércio, pois o objeto da prestação de serviço é a saúde do ser humano; a publicidade não deve se restringir à busca do lucro, mas à correta divulgação do trabalho oferecido; e a publicidade não deve interferir na autonomia do paciente em decidir o que lhe parece mais conveniente.⁹

O docente de Ginecologia e Obstetrícia tem a responsabilidade de destacar o ensino médico como uma prática social, buscando novas atitudes perante a transmissão do conhecimento científico,¹⁰ em consonância com os preceitos éticos que regem a Medicina. O trabalho na área da saúde transcende os afazeres individualizados da profissão, e a atuação do professor no ensino médico assume a construção de caminhos formativos para o desenvolvimento da competência moral, em atendimento aos interesses da sociedade.

Referências

1. Maia JA, Serodio A. Do humanismo à ética: concepções e práticas docentes na promoção do desenvolvimento moral do estudante de medicina. *Revista Bioética*. 2009; 17:281-96.
2. Rego S. A educação médica e o plano nacional de educação em direitos humanos no Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2010; 34:479-80.
3. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União*; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009; Seção 1:90-2.
4. Amaral E, Azevedo GD, Abbade J. O ensino e o aprendizado de ginecologia e obstetrícia na graduação: desafios e tendências. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007; 29:551-4.
5. Nomura RMY, Miyadahira S, Zugaib M. Ética profissional. In: Zugaib M. editor. *Zugaib Obstetrícia*. São Paulo: Manole; 2008. p.1172-90.
6. Dutra de Oliveira JE, Carrillo SV, Almeida CAN. O papel de novas escolas de medicina no ensino médico do Brasil. *Pediatria Moderna*. 2003; 39(5):153-8.

7. Prestes Jr LCL, Rangel M. Prontuário Médico e suas implicações médico-legais na rotina do colo-proctologista. *Rev Bras Coloproct*, 2007; 27(2):154-7.
8. Serodio AMB, Almeida JAM. Situações de conflitos éticos relevantes para a discussão com estudantes de medicina: uma visão docente. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33:55-62.
9. Ética em publicidade médica. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 2006.
10. Batista SHS. A interdisciplinariedade do ensino médico. *Rev Bras Educ Med*. 2006; 30(1):39-46.

3

**Prontuário e
segredo médico.
Consentimento livre
e esclarecido**

3.1

Prontuário médico

Artigo do Código de Ética Médica (CEM) relacionado com o prontuário médico:

Art. 87 – É vedado ao médico deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente

§ 1º – O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro médico no Conselho Regional de Medicina.¹

Pode-se conceituar que o prontuário médico é um documento único constituído do registro de um conjunto de informações, sinais e imagens geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada. Possui caráter legal, sigiloso e científico, o que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.² É o instrumento que traduz o relacionamento entre o paciente, a equipe de saúde e a instituição.

As anotações no prontuário ou ficha clínica devem ser feitas de forma legível para a finalidade a que se destina. Em todos os formulários (ficha de internação, prescrição, evolução, descrição de procedimentos, solicitação de exames, etc.), o médico assistente deve se identificar por meio de carimbo ou de seu nome (ou número do CRM), grafado de forma legível, com rubrica ou assinatura em cada intervenção realizada.

O prontuário médico pertence ao paciente, ficando sob a guarda e responsabilidade dos médicos, em consultórios, e das instituições de saúde que constituem seus “fiéis depositários”.

Importância do prontuário

Não existe instrumento melhor para reproduzir com fidelidade todas as circunstâncias que envolvem o atendimento ao paciente do que o prontuário médico. Nele devem ser descritos, com lisura, a prescrição e a administração dos medicamentos, todos os sintomas, reações, procedimentos e cirurgias realizadas. Deve revelar as condutas adotadas com precisão, permitindo, com isso, o atendimento às diversas demandas, em situações privativas ou em instituições públicas: ensino, pesquisa, elaboração de censos, propostas de assistência à Saúde Pública, avaliação da qualidade da assistência médica, etc.

Entre os direitos do paciente está o de ser informado sobre o estado de saúde em que se encontra, bem como as alternativas de diagnóstico e terapêutica existentes, inclusive por escrito, se assim for solicitado. O prontuário bem preenchido facilita essa tarefa para a equipe de saúde.

Para a Justiça, nos casos *sub judice*, se os fatos não forem constantes das anotações de prontuário, eles não aconteceram. Por isso, o correto e completo preenchimento do prontuário são grandes aliados do médico para uma eventual defesa judicial junto à autoridade competente.

A elaboração de uma prova pericial, com a nomeação de um perito médico pela autoridade judiciária, é um procedimento rotineiro, quando a conduta técnica deve ser avaliada. A prática forense demonstra que, em um suposto erro médico, sendo o profissional de saúde nomeado (perito) hipossuficiente nos seus conhecimentos de Medicina, este não reunirá condições para apresentar as devidas provas.

O magistrado, invertendo o ônus da prova, incumbe ao médico acusado provar que agiu dentro dos parâmetros científicos e éticos, e também sob a correta postura técnica-profissional para aquela situação. Para que o médico reúna as provas técnicas necessárias à sua defesa, não há instrumento de maior relevância do que o prontuário médico. Não basta que a descrição dos procedimentos esteja correta; é fundamental que constem também os consentimentos e a plena ciência dos fatos, obtidas junto ao paciente ou seu representante legal. Em face das inúmeras disputas judiciais envolvendo médicos, hospitais e pacientes, a prudência na relação médico-paciente e a correta elaboração do prontuário médico podem ser consideradas os pilares que norteiam essas

demandas. Não se justifica, hoje, a desinformação acerca da importância do prontuário para os profissionais de saúde, notadamente quando o paciente está sob o cuidado de uma equipe multidisciplinar e multiprofissional.¹

Documentos padronizados do prontuário médico

Formulários específicos para cada situação de atendimento:

- Atendimento ambulatorial;
- Atendimento de urgência;
- Evolução médica;
- Evolução de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Partograma;
- Prescrição médica;
- Prescrição de enfermagem e de outros profissionais assistentes;
- Exames complementares (testes bioquímicos, radiológicos, ultrassonográficos, etc.) e seus resultados;
- Descrição cirúrgica;
- Descrição da anestesia;
- Resumo de alta;
- Boletins médicos;
- No centro cirúrgico ou obstétrico: formulário com gastos de sala.

Observação: uma etiqueta de identificação da paciente deve ser afixada em cada formulário.

Atendimento em pronto-socorro

Os documentos gerados em pronto-socorro (PS) devem ser arquivados com o prontuário no caso de internação do paciente. Não se justifica registrar e arquivar separadamente esses documentos, visto que eles podem conter informações úteis à assistência subsequente.

O modelo e a padronização da ficha de atendimento fica a cargo de cada instituição.

Itens obrigatórios:

- Identificação da paciente;
- Anamnese;
- Exame físico;
- Hipóteses diagnósticas;
- Diagnósticos definitivos;
- Tratamentos efetuados.

Preenchimento de prontuários: recomendações

- Não escrever a lápis;
- Não usar líquido corretor (conhecido como “branquinho”);
- Não deixar espaços em branco nas folhas de evolução, pois podem caracterizar ou facilitar a adulteração do prontuário;
- Não fazer anotações não referentes à paciente;
- Não riscar textos (adulteração) por eventual erro na descrição de quaisquer fatos. Quando alguma anotação for incorreta, ao invés de riscá-la, escreva em seguida a frase correta, após o termo “digo” ou outro equivalente.

Arquivamento do prontuário

§ 2º do Art. 87 – O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.¹

O prontuário médico é um documento de manutenção permanente pelos médicos e estabelecimentos de saúde (“fiéis depositários”), segundo o que determina a Resolução CFM 1.821/07,³ artigos 7º e 8º. É um documento que pode ser utilizado como meio de prova até 20 anos, quando finda o prazo prescricional, para efeitos de ações que possam ser impetradas na Justiça. Todos os documentos originais que compõem o prontuário devem ser guardados pelo prazo de 20 anos. Após esse período, esses e outros documentos do prontuário podem ser substituídos por métodos de registro capazes de assegurar a restauração plena das informações contidas (microfilmagem), e os originais podem então ser destruídos. Com o objetivo de dirimir as dúvidas geradas pela controvérsia do assunto, o Conselho Federal de Medicina expediu a Resolução 1.821/07, que aprovou as “Normas Técnicas para o uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”.^{2,3} Esse documento norteia a utilização do prontuário informatizado,

desde que o sistema utilizado assegure o sigilo profissional, a inviolabilidade do sistema e a recuperabilidade dos dados.

Acesso ao prontuário

Artigos do CEM relacionados:¹

Art. 88 – É vedado ao médico negar ao paciente acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Art. 89 – É vedado ao médico liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.

§ 1º – Quando requisitado judicialmente, o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.

§ 2º – Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.

Art. 90 – É vedado ao médico deixar de fornecer cópia do prontuário médico do seu paciente quando de sua requisição pelos Conselhos Regionais de Medicina.

1. Solicitação da própria paciente:

Como o prontuário pertence ao próprio paciente, mediante a sua solicitação, o médico deve preservar esse direito, facilitando o seu acesso a qualquer momento. As informações contidas em um prontuário podem se prestar para a continuidade do tratamento por outros profissionais, ou mesmo para subsidiar eventuais contestações por inadequações da conduta médica.

2. Solicitação dos familiares e/ou do responsável legal da paciente

Para os incapazes e para os menores de idade, a revelação dos dados de prontuários (cópias ou laudos) deve ser feita para os responsáveis legais. Nas mulheres plenamente capazes, a solicitação por parentes deve ter autorização expressa da paciente. Na hipótese de ela não estar apta para expressar o seu desejo, deve ser emitido um laudo ou até mesmo cópias.

Para as devidas orientações em caso de óbito da paciente ou do médico assistente, pode-se reportar, respectivamente, aos Pareceres do CFM nº

31/95⁴ e nº 6/10,⁵ que enfocam os pormenores sobre o assunto, tendo este último a Ementa transcrita abaixo:

O prontuário médico de paciente falecido não deve ser liberado diretamente aos parentes do de *cujus*, sucessores ou não. O direito ao sigilo tem efeitos projetados para além da morte. A liberação do prontuário só deve ocorrer ante a decisão judicial ou requisição do CFM ou de CRM.

Isso é certo, pois o prontuário muitas vezes possui informações pessoais das quais o paciente não quer que a família saiba. Desse modo, o sigilo deverá ser preservado. A personalidade do ser humano cessa com a morte, mas os direitos personalíssimos persistem mesmo após o óbito. Assim, se houver interesse justificado dos sucessores do *de cuius* em prestar informações, principalmente às companhias de seguro, pode haver a quebra do segredo com o acesso ao prontuário através de medidas judiciais e, por outro lado, outras oficiais, por parte dos Conselhos de Medicina, para eventuais esclarecimentos na instrução de sindicâncias ou processos disciplinares.

O prontuário original deve ser conservado no arquivo – entregam-se apenas as cópias. A elaboração dos laudos não deve resultar em ônus aos solicitantes, facultando-se, porém, a cobrança das despesas das cópias efetuadas.

3. Solicitação de outras entidades

Salvo autorização expressa da paciente, por justa causa e por dever legal, é vedado ao médico:¹

Art. 85 – Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

Art. 94 – Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 97 – Autorizar, vetar, bem como modificar, quando em função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

Art. 98 – Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência.

O prontuário médico deve estar permanentemente disponível, e sua liberação a outras pessoas que não o próprio paciente envolve a delicada questão do sigilo profissional, mencionado no Capítulo IX do Código de Ética vi gente, como também nos artigos 153 e 154 do Código Penal,⁶ artigo 207 do Código de Processo Penal⁷ e 407 do Código de Processo Civil.⁸

Em atenção a esses dispositivos normativos, os dados nele existentes somente podem ser divulgados a outrem por autorização expressa do próprio paciente ou de seu representante legal, ou quando houver “justa causa” ou, ainda, “dever legal”, explicados a seguir:

I) Justa causa:

Fundamenta-se na extensão de estado de necessidade. Haverá justa causa quando a revelação for o único meio de conjurar perigo atual ou iminente e injusto para si ou para outro. Entende-se por justa causa situações de grave risco à saúde coletiva, crimes de ação pública incondicionada quando solicitado por autoridade judicial ou policial, não dependendo de representação e que não exponha o paciente a procedimento criminal, e defendendo interesse legítimo próprio ou legítima defesa.

II) Dever legal:

Dever previsto em lei, decreto e outros. Deriva não da vontade do que o confia a outrem, mas de condição profissional, em virtude da qual ele é confiado, e na natureza dos deveres que, no interesse geral, são impostos aos profissionais.

- a) Leis penais
 - 1. Doenças infectocontagiosas de notificação compulsória, de declaração obrigatória e profissionais, regulamentadas pelo Departamento de Saúde Pública;
 - 2. Crimes de ação pública que teve conhecimento no exercício da Medicina, desde que a ação penal não exponha o paciente a procedimento criminal.
- b) Leis extrapenais (Exclusão de Ilícitude) – “Não há crime quando o agente pratica o fato em estrito cumprimento de dever legal ou no exercício regular de direito”.

- Médicos legistas;
- Médicos sanitaristas;
- Médicos peritos;
- Médicos de juntas de saúde;
- Médicos de companhias de seguro;
- Médicos de empresas;
- Médicos militares;
- Atestado de óbito;
- Em pacientes menores de idade, com abuso do pátrio poder, de qualidade de padrasto, tutor ou curador, nos casos de sevícias, castigos corporais, atentado ao pudor, sedução, estupro, supressão intencional de alimentos, desde que tenham capacidade de avaliar seus problemas e de se conduzir por seus próprios meios para solucioná-los, ou caso a não revelação possa acarretar danos a eles, pois se trata de crime de ação pública e independem de representação;
- Requisições do CFM e dos Conselhos Regionais de Medicina;
- Induzimento, instigação ou auxílio na prática do suicídio ou mesmo sua tentativa;
- Abortamento provocado por outrem, sem o consentimento do paciente.

O acesso ao prontuário pela figura do médico auditor enquadra-se no princípio do dever legal, porque ele tem atribuições de peritagem sobre a cobrança dos serviços prestados pela entidade, cabendo a ele opinar pela regularidade dos procedimentos efetuados e cobrados, tendo, inclusive, o direito de examinar a paciente para confrontar o que foi descrito no prontuário. Entretanto, esse acesso deverá ocorrer, impreterivelmente, dentro das dependências da instituição de assistência à saúde responsável por sua posse e guarda, não podendo a instituição ser obrigada, a qualquer título, a enviar os prontuários aos seus contratantes públicos ou privados (Resolução CFM nº1.614/01).⁹

4. Solicitação de autoridades policiais ou judiciárias

Além das exceções acima descritas, existe outra que decorre do ordenamento jurídico, ou seja, os representantes legais de pessoas que não têm aptidão para praticar pessoalmente os atos da vida civil, como, por exemplo, os pais de um menor de idade ou de maiores comprovadamente incapazes.

Com relação ao pedido de cópia de prontuário pelas autoridades policiais (delegados) e/ou judiciárias (promotores e juízes), vale citar o artigo 73 do CEM que preceitua: “É vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente”.¹

Portanto, na ocorrência das duas hipóteses – justa causa e dever legal – o médico está liberado do segredo médico. Entretanto, como a revelação do sigilo profissional pode causar constrangimento, a solução é a nomeação de um perito médico pelo Juiz, a fim de que este manuseie com maior fluência os documentos e elabore um laudo conclusivo sobre o assunto em investigação.

Ademais, deverão ser sempre resguardadas todas as informações contidas no prontuário médico por força do sigilo médico que alcança, além do médico, todos os seus auxiliares e pessoas afins que, por dever de ofício, tenham acesso às informações confidenciais constantes do prontuário.

Referências

1. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009; Seção 1:90-2.
2. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.638, de 10 de Julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Diário Oficial da União Poder Executivo, Brasília, DF, 09 de agosto de 2002. Seção I, p. 184-5.
3. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.821 de 11 de julho de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Diário Oficial da União Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de novembro de 2007; Seção 1:252.
4. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Parecer Consulta CFM nº 31/95, de 19 de maio de 1995[on-line]. Guarda de arquivos de médicos falecidos. [Acessado em: 05 jun.2018]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/1995/31_1995.htm
5. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Parecer Consulta CFM nº 06/10, de 05 de fevereiro de 2010. Liberação de prontuário médico a representante legal de paciente falecido [on-line]. [Acessado em: 05 jun. 2018]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2010/6_2010.htm
6. Brasil. Decreto-Lei nº 3689, de 03 de outubro de 1941. Código de Processo Penal [on-line]. [Acessado em: 05 jun.2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm
7. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal [on-line]. [Acessado em:05 jun. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm

8. Brasil. Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973. Código de Processo Civil [on-line]. [Acessado em: 05 jun. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5869impressao.htm
9. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.614, de 8 de fevereiro de 2001. Trata da inscrição do médico auditor e das empresas de auditoria médica nos Conselhos de Medicina. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 9 mar. 2001; 48:Seção 1:17.

3.2

Segredo médico

O respeito ao sigilo médico e a sua rigorosa observância se constituem numa das mais tradicionais características da profissão médica. Um fragmento do texto do Juramento de Hipócrates demonstra esse pormenor:

“Aquilo que, no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto.” Hipócrates (460-351 a.C.)

Portanto, o sigilo sempre foi considerado como uma característica moral obrigatória da profissão médica. Na presente contemporaneidade, o segredo profissional adquiriu fundamentação mais rigorosa, centrada nas necessidades e direitos dos cidadãos à intimidade, passando a ser entendido como confidencialidade. Essa dupla natureza do conceito de segredo profissional transforma-o em direito e dever, na medida em que, sendo um direito do paciente, gera uma obrigação específica aos profissionais da saúde.

Quanto à privacidade, conceitua-se como um direito individual, e o termo abarca muitas situações. Entre elas, a proteção da intimidade necessária para o pensamento criativo, a garantia da independência dos indivíduos para constituir um núcleo familiar ou núcleo de convivência social com valores próprios, e o direito de se sentir em segurança dentro de seu próprio lar e comunidade. Engloba, ainda, os direitos de autodeterminação, que permitem que uma pessoa mantenha em segredo certos fatos sobre si mesmo, de acordo com sua vontade.

No que concerne ao sigilo médico, no Código de Ética Médica (CEM),¹ as normas são claras e os seus enunciados não deixam dúvidas. No Capítulo I – Princípios Fundamentais, está previsto que:

Inciso XI – O médico guardará sigilo a respeito das informações confidenciais de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.

No Capítulo IX do CEM¹, que trata do sigilo profissional, salientam-se os seguintes artigos, os quais têm os seguintes teores quanto ao que é vedado ao médico:

Art. 73 – Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Parágrafo único – Permanece essa proibição:

a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido;

b) Quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

c) Na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74 – Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Art. 75 – Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.

Art. 76 – Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Quanto à apreciação da conjuntura de atendimento à saúde da população no Brasil, pode-se constatar que, há algumas décadas, o vínculo médi-

co-paciente era mais efetivo, estreitado e contínuo. A relação intimista e de confiança era a regra.

Superficial

Hoje, o médico está sobrecarregado de empregos, plantões e compromissos, tornando a relação com o paciente distante, superficial e impessoal, por isso, eivada de riscos. Essa situação é imponderável para ambos, pois o paciente não se consulta com o médico que deseja, mas com aquele que está de plantão ou que é referenciado pelo convênio.

Assim, o médico perde o contato com o paciente, quebrando a cumplicidade e a confiabilidade que deve haver entre ambos. A despeito disso, jamais se permite justificar o malogro da relação médico-paciente, que independe do sistema de saúde e deve ser estimulada e preservada. A integridade da relação médico-paciente pertence à vertente humanitária.

Entretanto, mesmo diante dessas transformações da Medicina moderna, em deterioração, e considerando-se as características do atendimento em Ginecologia e Obstetrícia, em que a exposição da intimidade da mulher é muito ampla, a revelação dos seus segredos para o médico, por essa influência, é inegavelmente exuberante.

A Constituição da República Federativa do Brasil garante, como direito fundamental: “Artigo 5º – inciso X – inviolabilidade à intimidade, à vida privada, à honra e à imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”.²

O Código Penal³ obriga os profissionais ao devido sigilo sobre as informações obtidas no exercício profissional na seção “Dos crimes contra a inviolabilidade dos segredos”, nos seguintes:

Art. 153 – Divulgar alguém, sem justa causa, conteúdo de documento particular ou de correspondência confidencial, de que é destinatário ou detentor, e cuja divulgação possa produzir dano a outrem.

Art. 154 – Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem.

O sigilo profissional médico pode, frente ao interesse coletivo maior, ou seja, por justa causa, excepcionar a sua obrigação frente às doenças de notificação obrigatória, conforme o previsto no capítulo dos crimes contra a Saúde Pública, também do Código Penal:³

Art. 269 – Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória.

E, no caso do funcionário público, preconiza ser crime:³

Art. 325 – Revelar fato de que tem ciência em razão do cargo e que deva permanecer em segredo, ou facilitar-lhe a revelação.

O Código de Processo Penal⁴ protege não apenas o direito individual, mas também a Medicina como direito coletivo, patrimônio de toda sociedade, assegurando a proteção da relação médico-paciente, prevendo, no capítulo das testemunhas, que:

Art. 207 – São proibidas de depor as pessoas que, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo, salvo se, desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar o seu testemunho.

Por outro lado, o dever legal se configura quando, compulsoriamente, o segredo médico deva ser revelado por força da disposição legal que expressa que assim determine.

Situam-se nessa condição a emissão de atestado de óbito, notificação compulsória de doenças, comunicação de crime de ação pública (arma de fogo ou branca, lesões corporais graves). Nesse caso, a comunicação deverá ocorrer à autoridade policial ou Ministério Público da cidade onde se procedeu o atendimento, observando a preservação do paciente.

É oportuno salientar que o médico não está obrigado a comunicar às autoridades um crime pelo qual o seu paciente possa ser processado. O dever de manutenção do segredo médico decorre da necessidade de o paciente confiar irrestritamente no médico, para que o tratamento o restabeleça da melhor forma possível e com menor possibilidade de agravo à saúde.

Um exemplo bastante ilustrativo é quando a paciente pratica o aborto: o médico pode preservar a revelação do fato à autoridade, pois isso poderá ensejar procedimento criminal contra a mulher.

Referências

1. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009; Seção 1:90-2.

2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Brasília, DF: Senado; 1988 [on-line]. [Acessado em 05 jun. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm
3. Brasil. Decreto-Lei nº 3689, de 03 de outubro de 1941. Código de Processo Penal [on-line]. [Acessado em: 05 jun.2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm
4. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal [on-line]. [Acessado em:05 jun. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm

3.3

Consentimento livre e esclarecido

A prática médica moderna, além de usufruir de recursos resultantes das notáveis conquistas tecnológicas que alavancaram inúmeros progressos na esfera do diagnóstico e da terapêutica, diferenciou-se para se ajustar à grande transformação na sociedade, cujas demandas resultaram em amplas mudanças na esfera dos direitos e consolidação dos códigos de proteção ao cidadão.

A luta contínua da sociedade na defesa da dignidade humana mobilizou as organizações sociais afins, que exerceram influências no mundo político, para a proposição, discussão e aprovação de leis em benefício dos cidadãos em geral e de grupos sociais vulneráveis, notadamente na assistência à doença.

Na esfera da Saúde, as discussões das situações em conflito (tradicional *versus* moderno) voltadas ao respeito ao paciente na preservação de sua dignidade e sob o abrigo da emergente Bioética passaram a ser o foco central. Como consequência, o paternalismo médico (tradicional) foi devidamente esmaecido, cedendo espaço ao compartilhamento de decisões com o paciente, fruto do advento dos preceitos bioéticos que foram definitivamente incorporados ao cotidiano profissional (moderno).

Certamente, o antigo e o atual Código de Ética Médica (CEM), em sua confecção, estiveram sob a égide dessas saudáveis mudanças. Nesse sentido, o consentimento livre e esclarecido consolida, na prática, a defesa incondicional da autonomia do paciente capaz e a proteção dos grupos vulneráveis.

O CEM¹ e o consentimento esclarecido

O CEM trata do assunto em três de seus capítulos: IV, V e XII.

No Capítulo IV, que trata dos Direitos Humanos, citamos dois artigos relacionados a esse tema:

É vedado ao médico:

Art. 22 – Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecer-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24 – Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

No Capítulo V, referente à relação com pacientes e familiares, pode-se citar o artigo 31:

É vedado ao médico:

Art. 31 – Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Portanto, o paciente decide livremente quanto aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, perante o direito à informação sobre diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento.

No Capítulo XII, que versa sobre ensino e pesquisa, cita-se que é vedado ao médico:

Art. 101 – Realizar pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido sobre a natureza e consequências da pesquisa.

Parágrafo único – No caso de o sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário o seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

Instrumento para o respeito e defesa dos valores individuais

A Ginecologia e Obstetrícia é uma especialidade médica que lida, em muitas situações, com pacientes com vulnerabilidade temporária. Na gestação, lembremos que há uma segunda personalidade envolvida nas ações diagnósticas e terapêuticas: o feto. Diz-se que aquilo que é bom para a mãe

nem sempre é bom para o conceito. Por consequência, tanto nos procedimentos diagnósticos quanto nos terapêuticos, no texto do consentimento esclarecido deve haver ponderação obrigatória a respeito de eventuais efeitos deletérios no produto da concepção, isto é, o feto e os anexos.

Por outro lado, em Reprodução Assistida, vinculada à especialidade, lida-se com um contingente de mulheres/casais com estresse emocional exacerbado, em função dos insucessos prévios. O termo de consentimento, nesse grupo de pacientes, deve ser elaborado de forma a contemplar a especificidade correspondente.

Outros grupos de pacientes, especialmente os mais humildes, trazem consigo uma cultura cheia de credíncies e valores talvez não harmônicos com os do cotidiano médico. Por dever de ofício e pelo princípio da afetividade, o tocoginecologista deve ser acolhedor e proceder conforme se sugere abaixo:

- Preservar a integridade dos valores e credos da paciente e suas preferências;
- Não interferir na expressão ou implantação desses valores;
- Dar assistência, quando necessário, à expressão e implantação desses valores;
- Quando esses valores violarem a consciência particular do médico assistente, indicar outro profissional.

Elaboração do termo de consentimento

O consentimento esclarecido deve ser obtido em todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos, podendo ser efetuado apenas verbalmente.

Já o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) oficializa o ato, uma vez que o paciente assina o formulário, sendo obrigatório nas pesquisas com seres humanos, quando elas não se baseiam apenas em dados de prontuários.

Não basta que o paciente seja informado; o texto necessita ser entendido e, portanto, esclarecido. Na elaboração de um termo de consentimento, o médico deve se certificar de que houve realmente o esclarecimento. Para isso, o texto deve ser desprovido de tecnicismo e de pormenores excessivos. O pleno entendimento do que se propõe, seja a utilização de um método diagnóstico ou terapêutico, invasivo ou não invasivo, oferece a oportunidade ao paciente de exercer a sua autonomia, ou seja, decidir livremente, sem coações.

Para essa finalidade, a autodeterminação é uma condição necessária ao consentimento esclarecido, cuja validade moral e legal depende da capacidade do indivíduo. Essa capacidade de decisão autônoma individual, além das

características de maturidade e equilíbrio psicológicos, baseia-se em diversas habilidades, entre as quais estão o envolvimento com o assunto, a compreensão das alternativas e a possibilidade de comunicação de uma preferência, que remete a outro componente – o de saber informar.

O arcabouço do termo deve ser delineado por determinadas características, garantidas quando se apresentar:

- Livre: de restrições internas (distúrbios psicológicos) e externas (familiares amigos e profissionais de saúde). É aceita a persuasão, mas não a manipulação;
- Esclarecido: informações adequadas e compreendidas pelos pacientes. Não basta ser informado;
- Renovado: quando houver mudanças significativas no curso da doença e do procedimento;
- Revogado: o consentimento não é imutável; pode ser revogado sem prejuízo ao paciente.

Como deve ser o termo de consentimento livre e esclarecido (modelo)

O TCLE deve ser feito segundo as normas emanadas do CEM,¹ sem que se converta em um compromisso de resultados.

Em linhas gerais, recomenda-se que o formulário do termo contenha os seguintes tópicos:

- Identificação do paciente ou de seu responsável;
- Nome do procedimento;
- Descrição técnica;
- Possíveis insucessos;
- Riscos e benefícios;
- Alternativas existentes (vantagens e desvantagens);
- Complicações do procedimento;
- Descrição da anestesia (quando pertinente);
- Esclarecer sobre a possibilidade de modificações na conduta durante o procedimento;

- Declaração de que as explicações foram efetivamente entendidas;
- Confirmação do consentimento, com descrição do local e data;
- Explicar que a revogação do consentimento não implica prejuízos na continuidade da assistência médica;
- Assinatura de testemunhas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em pesquisas

Particularmente em pesquisas, o consentimento esclarecido é um elemento característico do atual exercício da medicina. Não é apenas uma doutrina legal, mas um direito moral dos pacientes que gera obrigações morais para os médicos. É o aspecto normativo mais importante na experimentação com seres humanos e, quando obtido de forma correta, legitima e fundamenta o ato médico ou de pesquisa como justo e correto. Respeitar a norma moral equivale a respeitar os referenciais básicos da Bioética.

Em todas as pesquisas clínicas, especialmente as que envolvem medicamentos, tratamento sob teste e mulheres grávidas, o termo de consentimento livre e esclarecido deve obedecer rigorosamente às normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.²

Tópicos do TCLE:

- Justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados;
- Desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;
- Informações precisas sobre a metodologia empregada;
- Métodos alternativos existentes;
- Forma de acompanhamento e assistência;
- Equipe responsável;
- Liberdade da recusa de participar, sem prejuízo no tratamento;
- Possibilidade de participação em grupos placebo ou controle;
- Garantia de sigilo e privacidade – confidencialidade;
- Formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa;
- Formas de indenização diante de eventuais danos.

Legalidade do Termo de Consentimento

Existe a tendência de o médico imaginar equivocadamente que, uma vez elaborado o termo segundo as normas preconizadas, estará absolvido de eventuais complicações nos procedimentos sob sua responsabilidade, mesmo que não sejam previsíveis. A despeito de constituir peça importante na defesa do médico indiciado, o documento não o isenta, na ação judicial, diante de um mau resultado. Da mesma forma, a ausência de um termo assinado não condena automaticamente o médico em hipotéticos erros cometidos.

Com a elaboração do TCLE, o compartilhamento tácito do paciente passa a figurar como um contrato oficial. Como consequência, o consentimento do paciente ou do seu representante legal significa a outorga de poderes ao médico para o que realmente deva ser feito. Entretanto, vale a lembrança de que a licitude de um ato médico não pode depender apenas da vontade de uma pessoa; o que legitima o ato médico não é unicamente a sua permissão, mas a sua indiscutível necessidade.

Portanto, o rigor e a retidão dos atos médicos estão diretamente relacionados ao cabedal de conhecimentos do médico assistente. Não restam dúvidas de que a boa prática médica depende fundamentalmente da qualidade de sua formação, aliada ao respeito aos princípios bioéticos (Autonomia, Beneficência, Não Maleficência e Justiça), ao princípio do acolhimento e à postura de responsabilidade e seriedade na condução dos casos. Disso resulta uma adequada relação médico-paciente, essencial para que a confiabilidade mútua seja mantida.

Assim, mantidas a fluência, a harmonia e a correção no ato médico, a falha na obtenção dos resultados esperados será compreendida e aceita sem atropelos.

Referências

1. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009; Seção 1:90-2.
2. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução CNS/MS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção I, p.59-62.

4

Ética no exercício da Ginecologia e Obstetrícia

A relação médico-paciente

Pode-se dizer que a relação humana começa quando as pessoas se dispõem a fazer algo em comum na busca pelo benefício da aplicação do saber de outra. A partir daí, consolida-se uma relação de confiança. Sejam quais forem os motivos e as necessidades, o saber, a prática, a base moral e ética para o sucesso estarão plantadas nessa confiança. Assim é a relação médico-paciente.

Para que essa relação tenha fluência e manutenção garantidas, a dinâmica de atendimento dos pacientes deve obedecer a princípios e compromissos, conforme a Declaração de Genebra de 2002.¹ O bem-estar do paciente, o respeito à autonomia e à aplicação da justiça social são princípios fundamentais para o bom termo dessa relação. Além disso, o médico deve apresentar competência profissional, ser sincero com os pacientes, obedecer ao sigilo profissional (privacidade/confidencialidade), manter um relacionamento apropriado, destinar o tempo adequado às consultas, facilitar o acesso dos pacientes, atualizar continuamente seus conhecimentos, ser transparente nos conflitos de interesse e, acima de tudo, ter responsabilidade profissional. São compromissos inarredáveis para a boa prática médica.

Tendo em vista ainda que o doente, que já está fragilizado, desgastado e até desequilibrado, carrega também o fardo do sofrimento, é essencial a presença dos princípios da afetividade e do acolhimento. Essas premissas geram sentimentos de confiança, profissionalismo, respeito, urbanidade e credibilidade nos envolvidos. Esses princípios constituem a essência da vertente humanitária do atendimento médico.

Fatores que podem intervir na relação médico-paciente

a) Local e forma de atendimento

As atividades médicas relativas ao atendimento dos pacientes acontecem em diferentes situações e locais, tais como: emergências/urgências em prontos-socorros, atendimento eletivo em consultórios/ambulatórios e pacientes internados em enfermarias/apartamentos. Essa assistência médica pode ocorrer nos serviços públicos, em instituições benficiares, nos serviços privados ou sob a tutela da medicina de grupo. Logo, constata-se que o vínculo trabalhista do profissional médico se estabelece de forma ampla.

Em cada situação, a qualidade assistencial estará em estreita dependência dos recursos técnicos disponíveis, dos recursos humanos alocados para o local de atuação do médico e do volume de casos a serem atendidos. É evidente que inadequações podem intervir negativamente na qualidade da relação médico-paciente. De acordo com cada situação de trabalho e sua especificidade, essa relação pode se tornar tensa, desgastante e repleta de riscos.

b) Avanço tecnológico

Em que pese a existência de alguns aspectos negativos, o avanço tecnológico na Tocoginecologia deve ser celebrado, já que humanitarismo e tecnologia não são necessariamente antagônicos. Dentre esses avanços na especialidade tocoginecológica, destaca-se a ultrassonografia, que revolucionou a prática médica notadamente. Entretanto, na execução dos exames, é preciso adicionar cuidados em relação a toda metodologia diagnóstica – que consome muito da atenção médica e promove certo distanciamento do paciente que está sendo examinado. Esse fato é muito comum em períodos de aprimoramento médico: quando a utilização de maquinário como método auxiliar para o diagnóstico ou monitoramento de doenças induz o médico aprendiz não “automatizado” à abstração, o que pode ser um grande entrave no seu relacionamento com o doente.

c) As malformações fetais

Em Obstetrícia, a aplicação dos métodos de diagnóstico frequentemente ocasiona uma angústia adicional, especialmente nos casos em que anomalias estruturais são diagnosticadas no feto, gerando muita tensão no casal. A relação médico-paciente pode se deteriorar muito rápido – às vezes, por simples descuido do examinador ou do médico assistente. Nas malformações fetais, uma equipe multidisciplinar de Medicina Fetal, detentora de conhe-

cimentos sobre o tema, deve coordenar as ações para a obtenção do melhor porvir à gestação.

d) Cuidados dos grupos vulneráveis

Entre os grupos vulneráveis, destaca-se o atendimento às crianças e aos adolescentes, e a participação de seus familiares está fundamentada em evidências científicas e dispositivos legais (Estatuto da Criança e do Adolescente).² No caso das mulheres incapazes, fica determinada a necessidade de um responsável legal por ela, que deve se relacionar com a equipe médica em favor dos interesses da paciente.

e) Presença de acompanhante

A presença de acompanhante é garantida pela Lei Estadual nº 10.241/99 (conhecida como Lei Covas),³ pela Lei Federal nº 11.108/05⁴ e pela Portaria MS/GM nº 2.418/05.^{5,6} A presença é garantida em todos os procedimentos médicos, incluindo as consultas e partos. Indubitavelmente, isso gera uma tarefa adicional ao médico, por vezes até perniciosa para a fluência do seu trabalho. No entanto, cabe à paciente decidir pela presença ou não de acompanhante.

f) Atendimento aos direitos das pacientes:

- Dignidade no atendimento: as pacientes têm direito ao atendimento digno, solícito e respeitoso. Ela deverá ser chamada pelo nome e sobrenome e jamais pela patologia que porta, pelo número do leito ou de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso;
- Direito à autonomia: conforme visto sobre consentimento esclarecido (item 3.3), o respeito à autonomia constitui o mais importante pilar da Bioética;
- Direito à informação: o direito à informação é sagrado e essencial para que a cliente possa manifestar plenamente sua escolha, sem coação externa – ou seja, ela pode desempenhar sua autonomia nos procedimentos médicos;
- Direito ao prontuário: conforme descrito no tópico Prontuário médico (3.1), todos os pacientes têm o direito ao seu prontuário e podem solicitar uma cópia dele a qualquer momento;
- Direito ao respeito: de forma bastante especial, o respeito à intimidade da paciente na esfera tocoginecológica é item de suma importância. Por essa razão, a presença de auxiliar de sala em consultórios é imperiosa;⁷

Nas demais situações, o respeito aos pacientes é parte integrante da conquista da cidadania;

- Direito à segunda opinião: em situações conflitivas ou quando há prejuízos na relação médico-paciente, recomenda-se facilitar a procura de uma segunda opinião para a paciente. Nesse sentido, o médico assistente tem a obrigação de elaborar um relatório, mesmo que sucinto – mas verdadeiro –, sobre o quadro da paciente até o momento em que ela esteve sob sua responsabilidade;
- Direito ao sigilo: conforme o que foi explanado no capítulo Segredo Médico (3.2), o sigilo deve permanecer compulsoriamente resguardado.

Recomendações do CRM prolatadas no Guia da Relação Médico-Paciente¹

O que melhora a relação médico-paciente:

Por parte do médico:

- Prestar um atendimento humanizado, marcado pelo bom relacionamento pessoal e pela dedicação de tempo e atenção necessários;
- Saber ouvir o paciente, esclarecendo dúvidas e compreendendo suas expectativas, com registro adequado de todas as informações no prontuário;
- Explicar detalhadamente, de forma simples e objetiva, o diagnóstico e o tratamento para que o paciente entenda claramente a doença, os benefícios do tratamento e também as possíveis complicações e prognósticos;
- Após o devido esclarecimento, deixar que o paciente escolha o tratamento sempre que existir mais de uma alternativa. Ao prescrever medicamentos, dar a opção do genérico, sempre que possível;
- Atualizar-se constantemente por meio de participação em congressos, estudo de publicações especializadas, cursos, reuniões clínicas, fóruns de discussão na internet etc;
- Ter consciência dos limites da Medicina e falar a verdade para o paciente diante da inexistência ou pouca eficácia de um tratamento;
- Estar disponível nas situações de urgência, sabendo que essa disponibilidade requer administração flexível das atividades;
- Indicar o paciente a outro médico sempre que o tratamento exigir conhecimentos que não sejam de sua especialidade ou capacidade, ou quando ocorrer problemas que comprometam a relação médico-paciente;

- Reforçar a luta das entidades representativas da classe médica (conselhos, sindicatos e associações), prestando informações sobre condições precárias de trabalho e de remuneração e participando dos movimentos e ações coletivas.

Por parte do paciente:

- Lembrar-se de que, como qualquer outro ser humano, o médico tem virtudes e defeitos, observando que o trabalho médico é uma atividade naturalmente desgastante;
- Considerar cada médico principalmente por suas qualidades, lembrando que em todas as áreas existem bons e maus profissionais. Ter claro que o julgamento de toda a classe médica por conta de um mau médico não faz sentido;
- Não exigir o impossível do médico, que só pode oferecer o que a Ciência e a Medicina desenvolveram. Da mesma forma, jamais culpar o médico pela doença;
- Respeitar a autonomia profissional e os limites de atuação do médico. Ele não pode ser responsabilizado, por exemplo, por todas as falhas dos serviços de saúde, muitas vezes sucateado por seus gestores. Nesse sentido, é direito do paciente denunciar e reivindicar para que o Estado cumpra sua obrigação. Existem órgãos competentes para isso, como os Conselhos de Saúde e o Ministério Público, além da direção dos próprios serviços;
- Não exigir dos médicos exames e medicamentos desnecessários, lembrando que o sucesso do tratamento está muito mais na relação de confiança que se pode estabelecer com o médico;
- Seguir as prescrições médicas (recomendações, dosagens, horários etc.) e evitar a automedicação;
- Ter consciência dos seus direitos.

Referências

1. Guia da Relação Médico Paciente. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2001.
2. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente [on-line]. [Acessado em: 06 jun 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm

3. São Paulo (Estado). Lei nº 10.241, 17 de março de 1999 - Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências [on-line]. [Acessado em: 06 jun 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3080
4. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [on-line]. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 67, de 8 abr. 2005. Seção 1, p. 1. [Acessado em: 6 jun. 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6110
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.418, de 2 dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS [on-line]. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 6 dez. 2005. Seção 1, p.32. [Acessado em: 06 jun 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6287 Revogada pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [on-line]. Diário Oficial da União; Suplemento, Brasília, DF, 3 out 2017, p.192-288. [Acessado em: 06 jun 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras_pdf/PORT_CONSOLIDACAO_3_2017.pdf
7. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Recomendação nº 1, de 26 de julho de 1988 [on-line]. Dispõe sobre a presença de auxiliar e/ou de pessoa acompanhante de paciente durante o exame ginecológico. [Acessado em: 06 jun.2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=14024

4.2

Assistência ao parto

Há um grande número de questionamentos e denúncias encaminhadas ao Conselho Regional de Medicina referentes à assistência ao parto.

Sabemos que nem sempre o desfecho da gravidez é repleto de satisfação, com a conquista da plena manutenção da saúde materna e fetal. Inúmeras intercorrências intraparto podem surgir, exigindo pronta e eficiente intervenção médica, a fim de minimizar potenciais agravos. Quando o resultado não é de sucesso total, geralmente surgem questionamentos por parte da família envolvida.

Sugere-se fortemente a assistência ao parto no ambiente hospitalar. O Conselho Regional de Medicina estabelece que o risco de se realizar o parto em atendimento domiciliar é de quem assume fazê-lo, com todas as implicações civis e criminais. O Cremesp estabelece, ainda, que deve haver referência hospitalar previamente estabelecida para eventuais intercorrências.¹

Ainda, não é encorajada a assistência ao parto nas chamadas Casas de Parto. Embora a Prefeitura do Município de São Paulo tenha publicado manual técnico específico com as normas para a prática nesses locais,² o Cremesp estabelece, na resolução 111 de 23 de novembro de 2004, que: “é vedado ao médico exercer atividades nos locais denominados Casas de Parto, por não serem os mesmos dotados de infraestrutura indispensável ao adequado atendimento à gestante, à parturiente e ao recém-nascido”.³

Na realidade atual, há casos de pacientes que fizeram pré-natal na rede pública e que também serão atendidas nesse regime no momento do parto, por equipe plantão. O vínculo médico-paciente que se forma nesse tipo de atendimento é mais precário, pois instala-se de forma súbita. Há necessidade

de entendimento pleno entre ambos, grávida e obstetra. A consulta na admissão deve ser primorosa, bem como a prestação de informações a respeito da conduta a ser adotada (dispensa ou necessidade de internação), assim como o completo registro nos prontuários.

Observa-se, também, as pacientes que serão atendidas pela rede de saúde suplementar ou privadas. Estas costumam procurar a admissão das maternidades credenciadas ou eleitas, e, quando internadas, receberão atendimento personalizado por parte de seus médicos (aqueles com os quais fizeram o seguimento pré-natal).

Todas essas parturientes (sem distinção entre serviços públicos e privados) têm direito a um acompanhante de sua escolha, durante o processo de parturição, no ambiente hospitalar (Lei Estadual 10.241 de 1999).⁴ A adequação dos recursos materiais e humanos para o cumprimento dessa lei compete às autoridades executivas e aos gestores da área da saúde. A Instituição acolhedora deve se adaptar, com estrutura física competente para permitir esse direito, sem restrição.⁵ Somente condições especiais que possam ser comprovadas, relacionadas à segurança e bem-estar da parturiente e do recém-nascido, devem obstar tal direito.⁶

Há um crescente movimento social pela humanização no atendimento ao parto no Brasil, que respeite a fisiologia do parto e o protagonismo da mulher nesse processo. Todas as recomendações disponíveis devem ser previamente discutidas com a paciente e, sempre que possível, a sua vontade deve ser respeitada.⁷ Caso a paciente apresente seu plano de parto, este deve ser discutido detalhadamente. A participação de doula escolhida pela parturiente possui amparo legal. Essa profissional atua como uma interface entre a equipe de atendimento e o casal; entretanto, a doula não deve executar nem discutir procedimentos médicos e de enfermagem.⁸

Durante a assistência ao parto, como em todo ato médico, o obstetra deve ficar atento aos preceitos de Beneficência e Não-Maleficência. Condutas que estão fundamentadas em evidências científicas devem ser valorizadas e adotadas.

No acompanhamento do trabalho de parto, o registro gráfico minucioso e descritivo (partograma) do acompanhamento intraparto é fundamental. A Organização Mundial da Saúde tornou obrigatório o uso deste instrumento nas maternidades desde 1994.

Principalmente em relação às gestantes/parturientes atendidas nas instituições de serviço suplementar, alguns questionamentos podem surgir. Algumas gestantes podem querer escolher a data exata de seu parto, de forma eletiva e sem motivos médicos para isso. O médico assistente não deve acatar

essa exigência materna; deverá, ao contrário, orientá-la a respeito das intercorrências inerentes a tais solicitações. Ao médico obstetra compete avaliar a necessidade de interromper a gestação e antecipar o parto, diante de intercorrências que possam comprometer a saúde materna e/ou fetal.⁹

Quando uma parturiente que possui obstetra próprio é internada, esse obstetra deve ser consultado a respeito da necessidade ou não da paciente ser acompanhada pela equipe obstétrica de plantão até sua chegada à maternidade.¹⁰

O obstetra credenciado em convênio ou cooperativa médica deve observar atentamente o seu contrato com a empresa, em relação à assistência ao parto, obedecendo as condições pré-estabelecidas. Caso o profissional entenda que a remuneração por tal assistência não contempla seus anseios, o melhor caminho é descredenciar-se do convênio. A negativa em fazer o parto por esse motivo não atende às normas da ética médica, assim como cobrar valor suplementar diretamente da paciente.¹¹

Constitui boa norma entre os obstetras o agendamento de suas férias em períodos afastados de datas prováveis de parto de suas clientes, deixar substitutos de sua confiança para prestar atendimento se necessário e orientar as gestantes para que, em situações emergenciais, procurem serviço de emergência para receberem os primeiros cuidados. É no início do acompanhamento pré-natal que a grávida deve ser informada a respeito dessas possibilidades:¹² o médico deverá divulgar da maneira mais eficaz possível seus prováveis impedimentos.¹³

O relacionamento do obstetra e outros profissionais da saúde (como enfermeiros obstetras, pediatras e anestesistas) deve ser cordial e ético. Os enfermeiros obstétricos de nível superior podem fazer assistência obstétrica às parturientes, como admissões e recusas de internações, acompanhamento de trabalho de parto, partos normais com ou sem episiotomia, com anestesia locorregional, além de auxiliar algumas cirurgias obstétricas (como fórceps).¹⁴

Esse atendimento de enfermagem, previsto em Lei, deve ser restrito aos casos de baixo risco e exercido em local que permita supervisão médica. É recomendável o ambiente hospitalar, mais adequado à tomada pronta de decisões que possam ser necessárias. É importante lembrar que o risco de realizar o parto no ambiente domiciliar é de quem assume fazê-lo, com todas as implicações civis e criminais cabíveis.¹

Quanto à anestesia em parturientes, é prudente lembrar que a indicação da analgesia é decisão médica, após a obtenção do consentimento da paciente e baseada em critérios técnicos (como momento adequado de instalação e agentes anestésicos). A equipe assistencial deve estar preparada para sanar as eventuais intercorrências inerentes ao procedimento.¹⁵ É válido ainda salien-

tar que a anestesia só deve ser iniciada na presença do cirurgião, evitando a possibilidade de a paciente ser anestesiada e a cirurgia não ocorrer por ausência do cirurgião, mesmo por questões de força maior.¹⁵

Quanto à presença de neonatologista na sala de parto, tanto em procedimentos eletivos como nos de urgências e emergências, a Portaria de 1993 do Ministério da Saúde determina a presença obrigatória desse profissional médico na sala de parto para assistência ao recém-nascido. Na sua ausência (por motivo de força maior), o atendimento inicial deve ser prestado pelo profissional mais habilitado a fazê-lo, ou seja, o anestesista. O próprio obstetra poderá assumir a missão dessa assistência, se necessário.¹⁶

Por fim, é necessário tecer breves considerações a respeito do parto ultimado com o uso do fórceps ou da vácuo-extracção. O delivramento fetal por via vaginal, em algumas circunstâncias, pode necessitar de intervenções obstétricas, como o emprego desses equipamentos – sempre respeitando suas indicações e condições de aplicabilidade. Obviamente, a experiência do tocólogo é fundamental para tornar sua execução em prática segura e relacionada aos melhores resultados.^{17,18}

Referências

1. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 27.639/10. O risco de realizar o parto em atendimento domiciliar é de quem assume fazê-lo. Homologado na 4.152^a Reunião Plenária, realizada em 09 fev.2010. Aprovado na 4.150^a Reunião Plenária de 06 de fevereiro de 2010.
2. São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 3. Estabelece o Manual Técnico das Casas de Parto do Município de São Paulo, contendo Protocolos de Enfermagem, como documentos de consenso técnico e de apoio para a prática do Enfermeiro Obstetra/Obstetriz, do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem nas Casas de Parto do Município de São Paulo. Diário Oficial da Cidade. 24 jan 2017:15
3. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº 111, de 23 de nov. 2004. Dispõe quanto aos procedimentos que o médico deve cumprir em relação aos estabelecimentos denominados casas de parto. Diário Oficial do Estado. 25 nov 2004; (221);Seção 1:92.
4. São Paulo (Estado). Lei nº 10. 241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado. 18 mar 1999; (51);Seção 1:1
5. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 126.620/05. Dispõe sobre Instituição que não tem estrutura física para se adequar à Lei 4.473, de 29.11.2005, que dá direito da mulher à acompanhante sem restrições, durante o pré-natal, o pré-parto e o parto. Aprovado na 3.429^a Reunião Plenária, realizada em 03 fev. 2006.

6. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 107.407/03. Dispõe sobre o item XVI da Lei 10.241, que versa sobre a presença do pai no momento do parto, se é aplicada somente a hospitais públicos, ou entende-se aos hospitais particulares. Homologado na 3.416^a Reunião Plenária, realizada em 10 jan. 2006. Aprovada na 3.413^a reunião plenária de 06 de janeiro de 2006.
7. Petrucce LFF, Oliveira LR, Oliveira VR, Oliveira SR. Humanização no atendimento ao parto baseada em evidências. *Femina* 2017; 45(4):212-22.
8. Conselho Regional de medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 24.385. Dispõe sobre a atuação das doulas na assistência ao parto e condições para o exercício da atividade. Aprovado na Reunião da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia, realizada em 20 fev. 2014. Aprovada na Reunião da Câmara de Consultas, realizada em 04 abr. 2014. Homologada na 4.599^a Reunião Plenária, realizada em 08 abr.2014.
9. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 24.379/07. Dispõe quanto à possibilidade de uma paciente exigir a data de seu parto, mesmo esta não estando em trabalho de parto. Aprovado na 3.820^a Reunião Plenária, realizada em 18 abr. 2008.
10. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 127.374/05. Dispõe sobre parturiente que chega ao hospital encaminhada por seu médico assistente, se deve ser acompanhada pela enfermeira obstetriz até a chegada deste, ou deve, obrigatoriamente, receber atendimento dos médicos de plantão. Aprovado na 3.578^o Reunião Plenária, realizada em 25 nov. 2006.
11. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 12.791/96. Dispõe sobre médico, por considerar que os valores pagos para o atendimento ao parto não são suficientes, recusar-se a atender paciente em trabalho de parto, que faz pré-natal em seu consultório. Aprovada na 1.821^a reunião plenária de 29 jun. 1996.
12. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 34.046/96. Dispõe sobre profissional que faz pré-natal correto e que não pode estar presente ao parto e, caso haja imperícia, imprudência ou má fé do profissional que prestou atendimento no momento do parto, se o pré-natalista pode ser imputado por algum motivo e de que forma. Aprovada na 2.296^a reunião plenária de 23 jul. 1999.
13. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 85.138/01. Dispõe sobre deixar exposto para pacientes saberem o período de afastamento ou se deve falar pessoalmente. Aprovada na 2.714^a reunião plenária de 11 jan. 2002.
14. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 27.151/95. Dispõe sobre enfermeiro obstetra internar, liberar ou medicar gestantes e parturientes que procuram o hospital, e até mesmo realizar o parto. Aprovada na 1.730^a reunião plenária de 08 de dezembro de 1995.
15. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 50.209/99. Dispõe sobre como proceder o anestesiologista quando o cirurgião está fora do centro cirúrgico e manda o aviso de que deve ser iniciada a anestesia programada. Aprovada na 2.369^a reunião plenária de 17 dez. 1999.

16. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 69.955/01. Dispõe quanto a ausência de pediatra na sala de parto/cesariana, tanto em procedimentos eletivos como em procedimentos de urgência e emergência. Aprovada na 2.718^a reunião plenária de 18 jan. 2002.
17. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 48.140/98. Dispõe sobre se o parto fórceps estar proibido. Aprovada na 2.181^a reunião plenária de 20 nov. 1998.
18. Souza E, Fava JL, Musiello RB, Camano L. Fórceps e vacuoextrator: diferenças de uso na prática obstétrica. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Urbanetz AA, Luz SH, organizadores. PROAGO Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia: Ciclo 14. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018.p. 141-55. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.4).

A cesariana a pedido

Acesariana a pedido constitui exemplo das mudanças que assistimos no exercício da Obstetrícia. É conceituada como intervenção tocúrgica realizada em função da convicção da paciente, com a anuência do tocólogo, na ausência de qualquer indicação obstétrica, em atendimento à livre manifestação da vontade, pelo desejo ou conveniência da gestante, semelhante à proposta por Zugaib¹ (2008) e Camano² e Souza (2017).

Em relação às razões alegadas pela grávida na solicitação da tomotocia a pedido, destacam-se:

- Evitar lesões do assoalho pélvico;
- Diminuir riscos de agravos ao conceito (tocotraumatismos, asfixia perinatal, etc);
- Evitar as incertezas e dor relativas a parturição;
- Fobia do parto vaginal;
- Experiências traumáticas em relação a partos anteriores;
- Medo da cesárea de urgência ou emergência;
- Julgar mais seguro para o nascituro;
- Outras conveniências.

Mancuso³ e col. (2006), em trabalho realizado no sul da Itália, relataram que o desejo de cesárea a pedido foi relacionado com a idade de 35 anos ou mais, com melhor nível de educação e com infertilidade prévia. A motivação mais frequente foi o nascimento seguro, e atribuíram a escolha a mudanças de atitudes na sociedade.

A paciente tem o direito de opinar pela cesariana a pedido, independentemente das motivações envolvidas no determinismo da escolha. Ressalta-se que, em outros campos da Medicina, já ocorrem cirurgias a pedido. Na Cirurgia Plástica, por exemplo, respeita-se a decisão da paciente em mudar o volume das mamas, do abdome, das nádegas ou do formato do nariz, só com o intuito de melhorar sua fisionomia. Salienta-se que os procedimentos preditos, a lipoaspiração e as mamoplastias não estão isentas de morbidade e mortalidade.

Impõem-se considerar que, por muitos lustros, é ensinado que o decesso materno na cesariana é cerca de quatro a cinco vezes maior que o encontra-dico no parto normal. Há convicção, contudo, de que a morbidade e a mortalidade materna na cesariana eletiva se aproximam à relatada no parto vaginal. Na cesariana não eletiva, a intervenção é realizada em uma paciente não hígida, cujos prognósticos muitas vezes tornam-se mais ominosos devido a intercorrências obstétricas e clínico-cirúrgicas (Camano² e Souza, 2017). Em apoio a essa convicção, citam-se os dados obtidos por Siaulys⁴ (2015), analisando resultados de 141 mil nascimentos ocorridos no Hospital e Maternidade Santa Joana. Foi apurado que a mortalidade e morbidade materna e neonatal não se alteraram em razão do elevado número de cesarianas, que atingiu a porcentagem de 90% dos partos. Nos Estados Unidos, Clark⁵ e col. (2009), em revisão de 1,5 milhão de gestações, detectaram mortalidade materna da ordem de 2,2 por 100.000 cesáreas.

Fica claro entender que a dramática redução da mortalidade materna na cesariana nas últimas décadas – absoluta antes do “Talho cesareo demolitore” de Eduardo Porro (1876) –, resultante do apuro técnico científico, da evolução da anestesia e do esmero operatório, proporcionou a ampliação das indicações para resolução do parto por via alta.

As considerações preditas deram suporte para a realização da cesariana a pedido, permitindo à gestante a escolha da via do parto, respeitando a liberdade individual e atendendo aos princípios de Autonomia, Beneficência e de Não-Maleficência.

Assinalaram Cunningham⁶ e col. (2010) que a cesariana a pedido é uma das questões mais importantes e controversas que a Obstetrícia enfrenta na atualidade, tendo aumentado em 50% na última década. Gossman e col. (2005) estimaram que, nos Estados Unidos, ela representa cerca de 2,5% de todos os nascimentos; e Ecker⁷ (2013) referiu sua realização em 1 a 2% dos partos.

À semelhança do cirurgião plástico, o obstetra deve respeitar o direito soberano das pacientes de escolher a maneira que deseja parir. É a autono-

mia na prática clínica, e significa a capacidade de governar a si próprio (independência), ou seja, é o princípio que reconhece que as pessoas detêm o poder de decidir sobre questões que lhe são inerentes.

A decisão de realizar ou não a cesárea a pedido deve ser conjunta, envolvendo o médico obstetra e a gestante. Os riscos e benefícios do procedimento devem ser expostos e compreendidos pelo paciente leigo. É fundamental que haja um pleno esclarecimento que possibilite à grávida tomar a decisão que julgar mais adequada.

Na paciente obstinada pela cesariana, dificilmente se consegue parturição eutóica. O obstetra deve insistir no diálogo, na procura de uma decisão compartilhada. Negar-lhe o atendimento irá resultar em neurose e ansiedade, ou até mesmo estado depressivo, lembrando que a persuasão é sempre melhor que imposições. Não se deve dar ênfase, ao persuadir a grávida pelo parto vaginal, aos riscos da cesariana, o que levará a pânico desatremado, se a indicação surgir (Rezende,⁸ 2002). É prudente lembrar que o médico também pode exercer o direito de sua autonomia e recusar-se a realizar o procedimento, encaminhando a gestante a outro profissional.

Afirmaram Cunningham⁶ e col. (2010) e Ecker⁷ (2013) que na literatura há dados suficientes, colaborando para a decisão ética do obstetra de aceitar a livre escolha informada da paciente ao optar pela cesariana.

Impõem-se enfatizar que não deve ser realizada a tomotocia eletiva a pedido antes de completada a 39º semana, e evitá-la nas mulheres que pretenda ter muitos filhos, em razão do aumento do risco a cada cesárea, da inserção baixa da placenta, do acretismo placentário e da histerectomia (Ecker,⁷ 2013).

É peça fundamental e necessária o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, reforçando as informações prestadas oralmente e explicando os princípios, as vantagens e as desvantagens potenciais da operação. Deve ser assinado pelo médico e pela paciente.

Em últimas palavras, enfatiza-se o apoio e o estímulo dado à resolução da mulher que deseja um parto normal. A outra, convicta em sua decisão de receber seu filho através da cesariana, também deve receber a mesma consideração.

Salienta-se que as Maternidades Públicas e as Instituições Universitárias não acolhem ainda a cesariana a pedido com facilidade, e essa atitude ambígua representa uma discriminação.

Julga-se que o esmero nas normas enunciadas para a realização da cesariana a pedido tem como desiderato atender o desígnio princípio da Obstetrícia, que é preservar a integridade da saúde materna e proporcionar ao

nascituro todo o promissor potencial para o seu pleno desenvolvimento somático, neurológico e psíquico, a fim de que se torne um cidadão saudável física e psiquicamente. Destarte, terá as condições necessárias para ser útil à sociedade, à família, e poderá deslumbrar um porvir venturoso (Camano⁹ e col. 2003).

No epílogo dessas considerações, é necessário ressaltar a deliberação do Conselho Federal de Medicina – Resolução CFM Nº 2.144,¹⁰ de 17 de março de 2016 – Diário Oficial da União: Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de junho de 2016. Seção I, p. 138:

Art. 1º – É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizadas sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos.

Parágrafo único – A decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante.

Art. 2º – Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39º semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário.

Art. 3º – É ético o médico realizar a cesariana a pedido, e se houver discordância entre a decisão médica e a vontade da gestante, o médico poderá alegar o seu direito de autonomia profissional e, nesses casos, referenciar a gestante a outro profissional.

Art. 4º – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Referências

1. Zugaib M. Obstetrícia. São Paulo. Editora Manole Ltda. 2008.
2. Camano L, Souza E. A visão do Obstetra Clínico na Polêmica Cesariana x Parto Normal. O Mundo da Saúde. São Paulo. 2017; 40 A: 555-568.
3. Mancuso A, De Vivo A, Fanara G, Settinieri S, Triuolo O, Giacobbe A. Women's preference on mode of delivery in Southern Italy. Acta Abstet - GynecolScand. 2006; 85: 694-9.
4. Siaulys MM. 1º Fórum sobre Consciência Obstétrica. Resultados da Prática Obstétrica nas Maternidades Particulares. Vida; 2015.
5. Clark SL, Miller DD, Belfort MA et al. Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery. Am J ObstetGynecol. 2009; 200 (2): 156.

6. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY editores. Williams Obstetrics. New York: The McGraw-Hill Companies; 2010.
7. Ecker J. Elective Cesarean Delivery on Maternal Request. *JAMA*. 2013; 309: 1930-1936.
8. Rezende J, Obstetrícia. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA; 2002.
9. Camano L, Souza E, Sass N, Mattar R, editores. Obstetrícia. São Paulo: Manole Ltda; 2003.
10. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM nº 2.144, de 17 de março de 2016. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. *Diário Oficial da União*: Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de junho de 2016. Seção I, p. 138.

O plantão: internação, alta e transferência de pacientes

Os médicos que exercem plantões de tocoginecologia devem respeitar as regras básicas estabelecidas pelo Código de Ética referentes a esse tipo de atendimento.

O atendimento de urgência e emergência nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia, especialmente nesta última, exige a presença diurna dos médicos nos locais sob sua responsabilidade. O Diretor Clínico das instituições hospitalares deve coordenar a confecção das escalas de plantão desses profissionais, bem como zelar para que sejam rigorosamente cumpridas; deve, ainda, afixá-las em local público, para que as pacientes, ou seus acompanhantes, participem do controle de seu cumprimento.¹

É permitido aos profissionais médicos que cumprem esquema de plantão realizar alterações nas escalas previamente fixadas. Todavia, tal fato deve ser comunicado oficialmente ao Diretor Clínico do hospital, preferentemente por documento escrito e firmado por ambas as partes interessadas. Caso tal providência não seja tomada, o ônus de uma possível ausência naquele dia irá recair sobre o tocoginecologista cujo nome consta na escala original.

Incorre em infração ética o tocoginecologista que deixar de comparecer ao plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.² Essa infração independe do surgimento de prejuízos graves às possíveis pacientes (omissão de socorro) que compareçam ao serviço médico no período de seu plantão.³ Além das punições éticas decorrentes dessa infração, o médico poderá receber sanções de ordem civil e penal, além das administrativas.

Com o intuito de evitar os problemas decorrentes de falta de plantão, todo tocoginecologista que descobrir antecipadamente ser impossível comparecer a um determinado plantão para o qual foi designado deve comunicar o fato ao Diretor Clínico em um prazo razoável, para que este possa escalar outro médico para a data em questão.⁴ A Ginecologia e Obstetrícia constitui especialidade de atendimento frequentemente emergencial e cirúrgico, impondo cuidados essenciais ao médico. A passagem de plantão requer algumas observações.

Para que um tocoginecologista possa deixar o pronto-socorro no qual está cumprindo plantão, ele deverá transferir ao seu substituto todas as informações pertinentes às pacientes que até então estavam sob seus cuidados. Assim sendo, ele precisa, obrigatoriamente, aguardar a chegada desse substituto; caso contrário, estará violando artigos do Código de Ética Médica.² Na eventualidade do não comparecimento de seu substituto, cabe ao plantonista comunicar o fato ao Diretor Clínico do hospital para que ele possa providenciar, o mais rápido possível, a presença de outro tocoginecologista, mesmo que para tal seja necessário trazer um profissional que não pertença ao corpo clínico daquela instituição. Essa medida deve ser adotada o mais rápido possível, evitando-se, assim, a permanência prolongada no plantão de um médico, muitas vezes desgastado por uma grande carga de trabalho.

Outro aspecto importante é a respeito da substituição de equipes que estão realizando determinado procedimento cirúrgico quando do término do plantão. Recomenda-se que o atendimento da equipe prossiga até seu final, a menos que seja impossível.

Quanto ao chamado plantão a distância ou de disponibilidade, cumpre salientar que esse tipo de atividade médica já foi alvo de regulamentação por parte do Cremesp. O profissional que se coloca à disposição para ser acionado por intermédio de celular, telefone ou outro meio de comunicação que proporcione o atendimento pronto e pessoal quando solicitado, faz jus à remuneração adequada, tenha ou não sido acionado no decorrer da jornada.⁵ Deve-se salientar que, nos grandes centros urbanos, esse tipo de cobertura médica poderá se revestir de grandes riscos, já que não raro os deslocamentos são bastante lentos e poderão implicar em danos às pacientes. Quem determina quais especialidades devem permanecer em disponibilidade são o Diretor Clínico, o Diretor Técnico e a Comissão de Ética Médica do hospital; o valor, por sua vez, é no mínimo um terço daquele pago ao médico de plantão no local.^{6,7} A responsabilidade por eventuais falhas será repartida entre a instituição na qual se presta o serviço e o profissional que se dispõe a esta

modalidade de trabalho. Importante salientar que é facultado ao médico do corpo clínico decidir livremente participar dessa escala de plantão – a instituição não pode obrigar-lo, se o profissional não desejar.⁸

A especialidade Ginecologia e Obstetrícia não compõe a equipe básica regulamentada de assistência em pronto-socorro.⁹ É recomendável que maternidades com expressivo movimento possuam equipe mínima composta por obstetra, anestesiologista, neonatologista e enfermeiro obstetra. Naquelas com baixa demanda, recomenda-se a permanência do especialista, ao menos em regime de disponibilidade. Tal situação comumente é verificada em hospitais de pequeno porte nas cidades interioranas e na periferia das grandes cidades.

O plantão à distância não pode ser confundido com atendimento à distância. Ao ser acionado, o médico deverá comparecer imediatamente ao local de trabalho e, de corpo presente, assumir a condução do caso até o seu desfecho ou estabilização. O Código de Ética veda ao médico prescrever tratamento ou outros procedimentos sem o exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.² Salienta, também, que o atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.²

É importante destacar que a inexistência de condições mínimas para a prática da tocoginecologia em um serviço que atende casos de urgência/emergência não permite ao profissional médico ausentar-se do plantão. Nesses casos, ele deverá manter o atendimento da melhor maneira possível e, em respeito aos ao Código de Ética Médica, informar os órgãos competentes (Comissão de Ética Médica da instituição ou o Conselho Regional de Medicina) sobre as condições inadequadas de trabalho.²

Internação, alta e transferência de pacientes

Todo médico tem assegurado seu direito de internar e assistir seus pacientes em hospital público ou privado, ainda que não faça parte de seu corpo clínico, ficando sujeitos, nessa situação, o médico e o paciente, às normas administrativas e técnicas do hospital.^{2,10}

Uma vez internado o paciente, este fica sob responsabilidade do médico assistente. Ele deve avaliá-lo diariamente, estabelecendo a prescrição e os procedimentos necessários, elaborando prontuário legível.²

Quando um médico tocoginecologista encaminha uma paciente para serviço de urgência/emergência, a responsabilidade pela internação e assistência passa a ser da equipe de plantão. Caso o médico possua relação bem estabelecida com a paciente e se prontifique a acompanhá-la durante o período de internação, a equipe de plantão não deverá questionar a necessidade da internação.

O médico responsável é que deve determinar o tempo de permanência do paciente no ambiente hospitalar. Solicitações de motivos de prorrogação por parte de auditores dos convênios não ferem a ética médica.

Quando a internação do paciente não é autorizada pelo convênio, seja qual for o motivo, o médico pode encaminhá-lo, se possível, para hospital público ou outro que o convênio permitir, desde que essa transferência seja feita com segurança para o paciente. Em caso de risco à vida ou de agravo à saúde do paciente, este deve ser internado no hospital do primeiro atendimento, e os procedimentos necessários devem ser realizados independentemente da autorização ou não do convênio.

Enfermeiros que têm especialização em Obstetrícia podem fazer a admissão de gestantes/parturientes.¹¹

Alta médica

A alta médica hospitalar é prerrogativa do médico assistente. O médico não deve aceitar o pedido de alta de paciente feito por imposição de chefe de serviço, Diretor Clínico ou convênios quando, de acordo com a sua avaliação técnica, não existirem condições para a liberação do paciente. Existem situações nas quais a alta hospitalar pode ser solicitada pelo paciente ou por seus responsáveis, denominada “alta a pedido”. No caso em questão, quando não há risco iminente à vida do paciente, nem o médico responsável nem o hospital podem ferir o princípio da autonomia do paciente. A liberação deve ser precedida de farta e clara documentação a respeito dessa decisão, confeccionando-se termo de responsabilidade contendo os riscos, as vantagens e desvantagens do ato, devidamente assinado pelo paciente ou por seus responsáveis.¹² Outra informação importante é que, mesmo tendo solicitado e recebido alta a pedido, o paciente ou seus familiares poderão solicitar nova internação, sendo esse seu direito, devendo o hospital atender a esta solicitação.¹² Entretanto, em caso de existir risco à vida do paciente, o médico deve se recusar a liberá-lo.^{13,14}

Em caso de a paciente abandonar a instituição onde está internada, a situação deve ser analisada de acordo com o grau de discernimento do indiví-

duo. Quando sua capacidade de entendimento está preservada, a sua saída deve ser explicitada no prontuário médico e pode ser feito boletim de ocorrência para melhor preservação de direito do médico e da instituição. Se o paciente é adolescente ou possui incapacidade de discernimento, a responsabilidade será transferida à pessoa ou ao estabelecimento a quem o mesmo foi confiado.

A alta hospitalar com garantia de leito é outra forma de alta médica hospitalar que tem sido utilizada em alguns hospitais, ressaltando-se, porém, a responsabilidade do médico que assiste o paciente em concedê-la ou não. Nessa situação, o paciente é liberado para o domicílio, usualmente nos finais de semana, retornando dois ou três dias após, tendo garantido o seu leito e sem prejuízo para o tratamento previsto. A responsabilidade do médico para com o paciente se limita ao período em que este estiver no ambiente hospitalar, desde a internação até a alta.¹⁵

Em relação à alta hospitalar após o parto, é usual ocorrer após 48-72 horas. Porém, esse prazo poderá ser aumentado ou, raramente, diminuído; para isso, o médico deverá sempre seguir os princípios bioéticos de Beneficência e Não-Maleficência.¹⁶

Destaca-se que a alta médica é um ato médico exclusivo da profissão; não pode ser delegada nem prescrita na visita anterior, sem o exame direto do paciente.¹⁷

Transferência de pacientes

Cabe ao médico que assiste ao paciente a decisão de transferi-lo para outro serviço, de menor ou maior complexidade, devendo esse ato ser precedido de todos os cuidados necessários para preservar a vida do paciente, avaliando, também, os recursos humanos e materiais indispensáveis para a remoção rápida e adequada. No caso de apenas um plantonista e se as condições do paciente exigirem o acompanhamento do médico, o Diretor Clínico do hospital deve ser acionado para que haja um médico substituto durante o período de transferência. Nos casos mais graves, além do médico devidamente treinado para o atendimento do caso, faz-se necessária a presença de pelo menos mais um profissional da área de enfermagem, habilitado para auxiliar o trabalho médico.

Em relação aos recursos materiais, a Portaria CVS-9/94¹⁸ define os tipos de veículos, público ou privado, destinados ao transporte de pacientes: ambulância de transporte, de suporte básico, de resgate, de suporte avançado (UTI móvel) e aeronaves de transporte médicos. Além disso, determina,

também, os requisitos gerais e específicos de equipamentos e instalações desses veículos.

Outra providência que o médico que pretende transferir alguém deve tomar é o contato com o médico do outro estabelecimento, avaliando conjuntamente a conveniência e a viabilidade e, sobretudo, inquirindo sobre a existência de vaga, a fim de que nenhum mal possa prejudicar o doente. Portanto, para que o paciente não tenha nenhum prejuízo em relação à sua transferência, a consulta prévia ao hospital para onde se encaminha o paciente é de extrema importância e só será feita a remoção no caso da existência de vaga e da concordância do médico que vai recebê-lo.¹⁹

A equipe médica que autorizou a transferência e a equipe que acompanha o paciente assumem a responsabilidade sobre seu atendimento durante o período de transporte até a concretização da transferência para o outro estabelecimento. Após isso, o paciente fica sob responsabilidade do médico, ou equipe médica, que assumiu a transferência.¹⁹

Em qualquer situação, acompanhando o paciente ou não, o médico deve fornecer relatório por escrito e detalhado sobre a situação do paciente, para que este possa ser atendido da melhor forma possível.

Caso haja óbito na ambulância, durante o transporte, o médico que acompanha o paciente no veículo de remoção deve, se houver convicção da condição diagnóstica, fornecer o atestado de óbito.²⁰

Referências

1. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta, nº 15.063/1994. Trabalho Médico - Divulgação de escala a população acerca dos serviços prestados pela instituição. [acessado em: 21 jul. 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=3491
2. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.997, de 10 de agosto de 2012. Altera a redação do artigo 77 do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Diário Oficial da União. 24 set 2009; Seção I:90-2.
3. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta, nº 22.791/1987. Dispõe se a falta a plantão caracteriza infração ética. Aprovado na 1.281^a Reunião Plenária de 26 de janeiro de 1988.
4. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 60.732/1998. Diretor de hospital pretende resolver algumas situações críticas criadas pela falta de médicos no plantão, colocando, então, algumas situações. Aprovado na 2.214^a Reunião Plenária de 29 de janeiro de 1999.

5. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº 74, de 25 julho de 1996. Versa sobre plantão de disponibilidade de trabalho. Diário Oficial do Estado. 28 jun 1996; (122):Seção1:80.
6. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 114.792/2007. Dispõe sobre quais especialidades obrigatórias no plantão à distância e de quem é a obrigatoriedade do pagamento aos profissionais. Aprovado na 3.935^a Reunião Plenária de 5 de dezembro de 2008.
7. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 110.802/2006. Dispõe se todos os médicos do corpo clínico, mesmo não sendo registrados nas irmandades de misericórdia tem direito a receber os plantões à distância, conforme a Resolução CREMESP 142/2006. Aprovado na 3.651^a Reunião Plenária de 28 de abril de 2007.
8. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 34.227/2006. Santa Casa desligar médico do corpo clínico da instituição pelo fato dele não aceitar realizar plantão de obstetrícia. Aprovado na 3.513^a Reunião Plenária de 21 de julho de 2006. Homologada na 3.516^a Reunião Plenária de 25 de julho de 2006.
9. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.451 de 10 de março de 1995. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência- emergência, nos Pronto Socorros Públicos e Privados. Diário Oficial da União. 17 mar 1995; Seção 1:3666.
10. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.231 de 10 de outubro de 1986. Assegura ao médico o direito de internar e assistir seus pacientes em hospital público ou privado, mesmo não fazendo parte do seu corpo clínico. Diário Oficial da União. 13 nov 1986; Seção1:16976.
11. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 27.151/1995. Enfermeiro Obstetra internar, liberar ou medicar gestantes e parturientes que procuram o hospital, e até mesmo realizar o parto. Aprovado na 1.730^a Reunião Plenária de 8 de dezembro de 1995.
12. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 1665-13/1986. Termo de Responsabilidade assinado pelos pacientes nos casos de alta a pedido. Aprovado na 1.222^a Reunião Plenária de 25 de novembro de 1986.
13. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 14.206/1997. Solicita parecer do CREMESP que proteja o médico quando este depara-se com situação de alta a pedido, sem colocar em risco a vida do paciente. Aprovado na 2.068^a Reunião Plenária de 6 de fevereiro de 1998.
14. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 16.948/1999. Alta a pedido da família do paciente que se encontrava em situação de iminente perigo de vida. Aprovado na 2.470^a Reunião Plenária de 21 de julho de 2000.
15. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 38.875/1999. Alta-licença hospitalar com reinternação programada. Aprovado na 2.391^a Reunião Plenária de 11 de fevereiro de 2000.
16. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 118.406/2004. Se a puérpera é obrigada a ter alta precoce (menos de três dias após o parto). Aprovado na 3.300^a Reunião Plenária de 20 de maio de 2005.

17. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 69.540/2001. Dispõe se é possível o médico deixar a alta hospitalar prescrita na visita anterior, no caso de impossibilidade justificada de comparecimento. Aprovado na 2.696^a Reunião Plenária de 24 de novembro de 2001.
18. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 9, de 16 de março de 1994. Dispõe sobre as condições ideais de transporte e atendimentos de doentes em ambulâncias. Diário Oficial do Estado. 17 mar 1994; (51);Seção 1:21-2.
19. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 29.576/1993. Responsabilidade do médico que transfere paciente. Aprovado na 1.609^a Reunião Plenária de 30 de julho de 1994.
20. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº Parecer Consulta nº 39.194/1996. Dispõe sobre a constatação de óbito durante a remoção de pacientes. Aprovado na 1.993^a Reunião Plenária de 22 de agosto de 1997.

A relação do médico com o serviço de apoio diagnóstico e terapêutico

É notório o progressivo deslocamento do modelo liberal da primeira metade do século XX – quando a Obstetrícia e a Ginecologia eram exercidas em consultório e na residência da paciente, com mínima tecnologia – para o atendimento nos dias atuais, realizado em hospitais com sofisticados equipamentos diagnósticos e terapêuticos.

Importante análise realizada por Greenlick,¹ da Universidade de Oregon, EUA, previu, para o ano de 2005, um profissional cercado de aparelhos de altíssima tecnologia e irreversivelmente afastado do atendimento individual ao paciente. Por que realizar o exame ginecológico se a mamografia, a ultrassonografia, a histeroscopia e a ressonância ultramagnética fornecem informações precisas?

Como assinala Siqueira,² a Medicina passa a ser exercida com base em novas regras extraídas da racionalidade moderna, que produz graves rupturas não só no relacionamento médico-paciente, mas também no atendimento do próprio ser humano doente. Este último é substituído pelo seu órgão doente que se transforma no objeto exclusivo da atenção médica.

A ação do médico tocoginecologista afasta-se cada vez mais do paciente, dirigindo-se para um universo repleto de equipamentos complexos pertencentes a um hospital ou clínica diagnóstica ou terapêutica, de propriedade estatal ou privada (empresa).

Não se questiona a importância dos equipamentos. São fundamentais para o tocoginecologista estabelecer o diagnóstico e administrar a conduta terapêutica. Contudo, a anamnese pormenorizada e o exame físico completo e cuidadoso não podem ser substituídos, sendo imprescindíveis, e não devem

ser transformados em atos cansativos e ultrapassados diante do poder inesgotável dos aparelhos modernos em constante evolução.

Os tocoginecologistas que solicitam e os médicos que executam exames diagnósticos e terapêuticos encontram-se profissionalmente relacionados, envolvendo, também, a paciente. Na atualidade, cada vez mais a instituição pagadora intromete-se nesse relacionamento – o que pode comprometer a qualidade da assistência. É inegável que há inúmeras reclamações desses quatro setores.

Uma das queixas mais frequentes está relacionada com a falta de informações simples e precisas à paciente ou a seus familiares sobre seu estado de saúde, bem como seus exames complementares.

A forma pouco clara ou erudita em termos médicos com que são prestadas as informações e seu não entendimento pela assistida gera interpretações errôneas e conflitos. A situação é agravada pela necessidade de explicações mais pormenorizadas nos casos graves ou com diagnóstico a esclarecer, pois há muito desgaste emocional.

A paciente tem direito aos seus exames subsidiários, mesmo se realizados em consultório, ambulatório ou hospital, de quaisquer natureza, seja filantrópica, particular, pública ou de ensino (exames laboratoriais, ultrassonografia, cardiotocografia, radiografia, histeroscopia, tomografia e outros).

Eventuais exames realizados em outros laboratórios ou clínicas devem ser anotados no prontuário da paciente e devolvidos a ela. Não devem ser retidos, uma vez que a mulher pode desejar consultar outro facultativo.

Outra dificuldade observada é que em muitas vezes os serviços de apoio diagnóstico dos hospitais não entregam aos pacientes os exames de imagem realizados, mantendo-os em seus arquivos digitais,³ apenas informando que, caso sejam necessários, as pacientes devem voltar à instituição e solicitar as cópias respectivas em mídia digital (CD ou DVD). Agindo desta maneira, fazem com que a paciente retorne obrigatoriamente para conseguir obter os seus exames, no mínimo causando atrasos, quando não novos gastos com eventuais consultas. Indiretamente, isso induz ou mesmo sugere a necessidade de um novo exame de imagem para comparar com os do arquivo digital, tendo como justificativa a finalidade de avaliar possível modificação do quadro.

Um problema por vez evidenciado ocorre quando outro profissional, vinculado ao sigilo médico, a pedido da paciente ou de seus familiares autorizados por ela, solicita acesso aos exames do prontuário da paciente internada na instituição e encontra barreiras ou impedimentos, quando não negativas – o que é vedado pelo Código de Ética Médico.⁴

Ressalta-se que o prontuário e os exames são da paciente, e esta detém o direito total sobre eles, inclusive a possibilidade assegurada de solicitar uma segunda opinião de outro profissional médico. A instituição é denominada fiel depositária, e assim considerada, tendo apenas o direito e o dever da guarda desses prontuários contendo os exames das pacientes.⁵

Nenhuma cobrança de honorário ou taxa deve ser imposta pela entrega dos exames complementares à paciente.

Outra queixa comum é a falta de informação no pedido do exame solicitado, isto é, por que motivo determinado exame está sendo solicitado. É insustentável que um especialista seja incapaz de especificar o porquê do exame e a sua suspeita diagnóstica. A clareza no pedido é imprescindível para o médico que irá realizar o procedimento, no sentido de obter o maior número de informações e aprimorar seu resultado, para o estabelecimento do diagnóstico preciso e tratamento adequado.

Muitas denúncias têm sido feitas em relação aos convênios de saúde de baixo padrão, que remuneram mal a equipe médica e nem permitem que a paciente escolha o especialista ou o laboratório. Restrições de coberturas, limitações de atendimentos e exames por parte desses planos privados de saúde constituem uma das principais causas de conflitos na assistência à saúde da mulher. Esta última, no papel de consumidora que paga tais convênios, deve exigir seus direitos, sabendo que existem canais competentes nesse sentido.

Difícil é a situação do tocoginecologista: em más condições de trabalho e de remuneração, acúmulo de empregos e atividades, aumento de tensão e estresse profissional, falta de tempo para se dedicar ao aprimoramento científico e, por temor de ser demitido, acaba por não denunciar o mau empregador.

Situação conflitante vem à tona quando a paciente pergunta ao médico que está realizando o exame sobre o seu resultado. Na realização de uma ultrassonografia em uma gestante, por exemplo, a mãe questiona o médico, logo após o procedimento, se o seu conceito está bem e se está bem formado. Essa condição coloca os profissionais que executam os procedimentos diagnósticos em dificuldade.

O médico ultrassonografista deve esclarecer o resultado do exame para a paciente e orientá-la para que procure o seu médico (que solicitou o exame), levando o respectivo laudo. Se constatar alguma anormalidade materna, fetal ou feto-anexial, também a esclarecerá a respeito, mas não deverá ditar a conduta. O relacionamento médico-paciente estabelecido inicialmente foi com o tocoginecologista consultante, que fez a anamnese, exame físico, exame ginecológico e solicitou o procedimento (a ultrassonografia da gestante, no caso citado). Portanto, é o mais indicado para estabelecer a conduta.

Muitas mulheres leem o resultado dos seus exames antes de entregá-los ao seu médico assistente. Essa atitude não deve prejudicar a relação médico-paciente, pois os exames lhes pertencem e estão no seu direito. Contudo, a situação torna-se delicada quando mostram e pedem a opinião de um outro tocoginecologista ou familiar médico. A recomendação é para que estes últimos também orientem a paciente a procurar o seu médico consultante inicial.

É importante, ainda, lembrar que é vedada a realização de exames compulsórios, sem a autorização da paciente, como condição necessária para internação hospitalar, exames pré-admissionais ou periódicos e, ainda, em estabelecimentos prisionais e de ensino.

Como bem assinala o Guia da Relação Médico-Paciente,⁶ a mulher deve receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas, diagnósticos realizados, exames solicitados, ações terapêuticas, riscos, benefícios e inconvenientes das medidas propostas e duração prevista do tratamento.

No caso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos, a paciente deve ser informada sobre a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser administrada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e as consequências indesejáveis, a duração esperada do procedimento, os exames e as condutas a que será submetida, a finalidade dos materiais coletados e as alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes no serviço onde está sendo realizado o atendimento e em outros serviços.

Aspectos elementares da relação humana necessitam ser resgatados. O convívio entre os profissionais, fundamentado na confiança, na honestidade, no diálogo franco e no respeito mútuo, certamente diminuirá as dificuldades inerentes ao relacionamento dos tocoginecologistas com o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

Referências

1. Greenlick M. Education physicians for the twenty-first century. *Acad.Med.*1995; 70:179-85.
2. Siqueira JE. A evolução científica e tecnológica, o aumento dos custos em saúde e a questão da universalidade do acesso. *Bioética.* 1997; 5(1):41-8.
3. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.821 de 11 de julho de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. *Diário Oficial da União Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de novembro de 2007; Seção 1:252.*

4. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009; Seção 1:90-2.
5. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.638, de 10 de Julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Diário Oficial da União Poder Executivo, Brasília, DF, 09 de agosto de 2002. Seção I, p. 184-5.
6. Guia da Relação Médico Paciente. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2001.

A paciente com diagnóstico de câncer

O diagnóstico de câncer desencadeia um movimento de desordem na vida da paciente. O projeto de vida passa a ser repensado, não só pelo risco iminente de morte, mas, principalmente, pelo tratamento muitas vezes prolongado e associado a mutilações. Em nossa cultura, o câncer está diretamente associado à morte e ao sentimento de culpa.

Desta forma, a paciente que tem câncer inicia muitas vezes um comportamento de retração social, de vergonha de si mesma, como se o fato do adoecer de câncer fosse um castigo ou uma provação, um sinal de alguma atitude de errada do passado. Esta ideia é muitas vezes compartilhada por parentes e amigos, renegando-a à solidão pela condição de doença grave.

A atenção da equipe de saúde e, em particular, do médico a estes fenômenos mentais e socioculturais possibilita que intervenções sejam feitas com a família e com o paciente, com intuito de desmistificar o câncer, inserindo-o no contexto do adoecer como uma doença qualquer, à qual estamos sujeitos pela nossa própria condição biológica.

Quando o assunto é o câncer de mama, em especial, é necessário levar em conta que, além de todos os estereótipos e associações culturais acima relacionados, trata-se de uma doença que atinge a mulher em sua feminilidade, em seu papel social como mulher, pelo caráter muitas vezes mutilatório de seu tratamento. A mulher que tem câncer de mama, por exemplo, lida com duas problemáticas: o câncer e a mutilação, como alguém diferente de seus pares, diferença esta muitas vezes concretizada na mastectomia. Alguns aspectos éticos, emocionais e culturais relacionados à doença, em suas várias fases e possíveis intervenções e cuidados por parte da equipe de saúde, serão discutidos a seguir.

O diagnóstico

Inserido no contexto ético, o diagnóstico deve ser breve e preciso. Grande parte das neoplasias malignas pode progredir e comprometer o prognóstico quando, inadvertidamente, os exames permanecem por longo período no consultório do médico solicitante ou nem sempre são verificados. Vale ressaltar que nem sempre o laboratório que realiza o exame comunica ao solicitante a suspeita de malignidade. Outro aspecto importante é a resolutividade do exame alterado, que deve ser breve, não só para evitar a progressão da doença como para minimizar o intenso sofrimento gerado pela ansiedade do diagnóstico, mesmo em se tratando de benignidade. Nos casos de forte suspeita clínica, a confirmação histopatológica deve ser priorizada. Havia- do discordância entre diferentes métodos, o diagnóstico deve ser cuidadosamente revisto, bem como a lateralidade em órgãos pares (mamas, rins, etc.).

A maneira com a qual o diagnóstico é revelado deve ser cuidadosamente pensada, sempre levando em conta a ética do sigilo e a personalidade da paciente em sua rede social de apoio. Atualmente, a disponibilidade dos exames pela internet, com intuito de reduzir o tempo de espera pelo resultado, acarreta uma grave distorção na relação médico-paciente: a simples leitura do diagnóstico comprobatório de malignidade leva o paciente a consultar dados prognósticos da doença e diferentes formas terapêuticas, nem sempre apropriadas, agravando ainda mais o trauma psíquico.¹

Uma avaliação prévia do contexto familiar e social, traços de personalidade, quadros psiquiátricos anteriores e contato anterior com a doença podem ajudar o médico na escolha da melhor maneira de falar sobre diagnóstico, prognóstico e necessidade de tratamento. A comunicação deve ser clara, na linguagem adaptada ao paciente leigo, contendo as principais informações de interesse médico, empático à personalidade do paciente.²

Dentro dos aspectos de personalidade, o padrão de resposta da paciente aos momentos de estresse, a presença de depressão e a maneira de pensar sobre sua doença são dados de história que auxiliam nos cuidados com o momento do diagnóstico. O contato prévio com a doença, principalmente através de um familiar ou pessoa próxima, pode influenciar a paciente a tomar para si, desde o momento do diagnóstico, a expectativa do mesmo desfecho, bem-sucedido ou não, daquela situação. É importante que o médico e a equipe de saúde possam tentar intervir nesta ideia, deixando claro que pessoas diferentes têm histórias e momentos de tratamento diferentes, e que os avanços da Medicina mudam.

Em nossa cultura, o médico é considerado a autoridade em Saúde e, mesmo quando existe uma maior intimidade com outros profissionais dos serviços de saúde, a ele é creditada a confiança de diagnósticos e prognósticos, o que aumenta sua responsabilidade em sua relação com essas pacientes.

O diagnóstico de câncer é interpretado como uma sentença de sofrimento e morte, o que pode influenciar o tempo de procura pelo médico e o retorno para tratamento (adiamento de cirurgias urgentes sem explicação aparente). Adiar o tratamento é como se a paciente pudesse guardar mais um tempo a vida de sempre, sem as mudanças e inseguranças que estão implicadas no tratamento do câncer.

Quanto mais precocemente, na relação médico-paciente, o médico puder estar atento a que, além da mudança física, a paciente sofrerá uma profunda mudança emocional que atingirá toda a visão de si mesma em seu papel social, melhor poderá acompanhá-la em sua trajetória através da doença, no diagnóstico, tratamento e seguimento, colaborando com a reorganização de uma nova maneira de ela viver e se olhar.¹

A busca de uma razão compreensível para seu câncer surge da tentativa de organizar dentro de sua vida o advento da doença, incompreensível sob a ótica cultural a que o câncer está associado, segundo a qual a paciente se sente culpada e envergonhada. Não raro, essa ideia é partilhada por familiares e até pela equipe de saúde, acarretando um sofrimento emocional adicional além do sofrimento inerente ao tratamento e à incerteza da doença.

Frequentemente, as pacientes atribuem seus cânceres a momentos negativos em suas vidas, em geral relacionadas a situações culturalmente mal vistas como: guardar mágoa, ser indócil, egoísta ou pessimista. Sob essa perspectiva, elas falharam em suas vidas, e por isso receberam o câncer como castigo. Tentam, então, no curso e em face às incertezas da doença, ter sempre melhor qualidade de vida e novos ideais, devendo ser incentivadas muitas vezes pela rede social.³

Não raro observamos mulheres em grande sofrimento pela doença, tentando tirar de suas mentes a dor psíquica sobre a qual, na verdade, precisam falar e receber ajuda para conseguir processá-la. É interessante notar que, entre as doenças clínico-cirúrgicas, a comorbidade da depressão e da desesperança, dentro de sua sintomatologia, particularmente, está associada ao aumento de mortalidade. Esse quadro, no entanto, constitui transtorno psiquiátrico que demanda um tratamento especializado, não sendo, pois, um capricho relacionado à vontade da paciente – muitas vezes considerado assim, equivocadamente, pelo médico ou familiares.

A ideia do “pensamento positivo” é sempre marcada pela ambiguidade nas suas consequências. Por um lado, proporciona uma sensação de controle frente ao imponderável que sempre acompanha o diagnóstico e o processo de tratamento de um câncer. Por outro lado, quando a doença segue seu curso sendo contrário ao desejado, o estereótipo do “pensamento positivo” implica que, mais uma vez, a paciente fora responsável pelo “fracasso de sua doença e tratamento”, gerando uma culpa que não raro se traduz em grave depressão clínica.

A equipe de saúde deve adotar a postura de que o câncer é uma doença como outra qualquer, em que a contribuição de fatores constitucionais orgânicos é inegável, sobre a qual ainda desconhecemos muito – mas que ocorre, a exemplo de outras enfermidades, porque somos humanos e adoecer faz parte da existência. Uma postura que leva em conta o conhecimento científico atual, sem responsabilizar a paciente, é geralmente um alívio para essas mulheres já sobrecarregadas pela própria condição de sofrimento real inerente à doença e seu tratamento.

É interessante notar que, por vezes, a presença de hereditariedade no câncer de mama, para algumas pacientes, pode aliviar o peso da “culpa” pelo adoecer, já que a causa não parte dela, mas de uma condição familiar.^{1,4}

O tratamento

Após o diagnóstico, as pacientes mergulham num processo de tratamento marcado por procedimentos desconhecidos e muitas vezes assustadores, por sua repercussão e estereótipos culturais. Assim ocorre com a quimioterapia, a cirurgia e a radioterapia. É importante neste momento que a equipe de saúde leve em conta o fato de que, para um leigo, o mundo médico e a proximidade com uma infinidade de procedimentos nele naturais pode ser motivo de medo e grande insegurança, sendo a resistência e desconfiança sentimentos comuns e não necessariamente relacionadas a um questionamento da capacidade da equipe.

Um exemplo é o da quimioterapia. Para o médico, os benefícios desse tratamento são conhecidos e inegáveis, mas para as pacientes, que não conhecem princípios de celularidade ou fisiologia, a quimioterapia é um tratamento que expõe o câncer, que as degrada fisicamente, que lhe impõe momentos de grande mal-estar, nos quais a dor física e psíquica se confunde num mesmo sofrimento, e que o momento mais propício para pensar sobre a doença é o das horas em que permanece na quimioterapia.⁴

O paciente reconhece o médico como autoridade científica, mas seu diagnóstico e prognóstico são assustadores, devido à mudança de vida e perspectivas, podendo com frequência haver questionamentos ou até falta de adesão ao tratamento, muitas vezes como forma de evitar o sofrimento da mudança de vida trazida pela doença. É importante que o médico possa reconhecer e reestabelecer com o paciente um vínculo construtivo marcado pela empatia e confiança, colaborando assim com a adesão ao tratamento.

Quando abordamos os aspectos psicológicos envolvidos no tratamento cirúrgico do câncer de mama, precisamos levar em conta uma multiplicidade de opções, das mais conservadoras às mutiladoras, que interferem de maneira diferente com o emocional e com a reorganização da vida da paciente após o procedimento. No entanto, seja qual for o tratamento de escolha, é importante que a equipe de saúde compreenda que, por todas as associações culturais da doença, mesmo quando diagnosticado e tratado na forma *in situ*, a realidade de ter tido um câncer marcará para sempre o paciente.⁴

Esta marca se torna aparente quando consideramos a necessidade da mastectomia. A mutilação concretiza a mudança inevitável no corpo da paciente, deixando exposta a realidade do câncer. A decisão pessoal pela cirurgia, seu tempo de efetivação, enfim, a adesão ao tratamento proposto, é um processo marcado pela ambiguidade entre a possibilidade de viver e a rejeição à necessária mudança radical da maneira da paciente de se ver e de ser.⁵ A mastectomia significa, para estas mulheres, uma esperança de permanecerem vivas; no entanto, a partir dela, terão diante de si um longo caminho, reconstruindo suas vidas agora com as marcas emocionais e físicas de sua doença.

Se considerarmos a mudança a que as pacientes são submetidas pela mastectomia como uma situação apenas física, podemos pensar na reconstrução da mama como a resolução deste estresse. Entretanto, nem sempre a reconstrução mamária pode ser uma opção técnica viável, principalmente em estágios mais avançados, reforçando o papel fundamental do médico de explicar de forma mais acolhedora e amável possível, por vezes com auxílio multidisciplinar (psicoterapeutas, familiares, cirurgião plástico, etc.), objetivando a aderência ao tratamento.² Reconstruir a vida, no entanto, é muito mais que reconstruir a mama. É poder construir para si uma vida emocional sadia dentro das possibilidades que restam com as mudanças a que as pacientes foram submetidas.

Adoecer por câncer traz mudanças aos sentimentos, apreciações sobre a vida e, muitas vezes, às atividades diárias, profissionais e sociais das pacientes. A própria ideia de ter tido um câncer e necessitar de seguimento acarreta

uma insegurança sempre presente e com a qual é preciso viver e conviver no dia a dia.⁶ Mesmo quando a paciente se sente bem, o que para o leigo é a referência possível de saúde, a expectativa dos exames periódicos de seguimento é sempre geradora de tensão, uma vez que estes podem revelar algo que as pacientes não sentem, sendo o único parâmetro concreto de um novo adoecer e um permanente contato com a ideia do câncer.

Estimular o sentimento de inclusão social, nessas pacientes, é função importante da equipe de saúde. O câncer deve estar sempre inserido no contexto geral das doenças, e as questões relacionadas às suas sequelas devem ser tratadas com naturalidade, já que limites e restrições não são prerrogativas suas, mas presentes em outras afecções clínicas e ainda na vida em geral.

É importante o aconselhamento sobre opções para lidar com questões impostas pela doença, estimulando assim um sentimento de que a vida após o câncer é uma vida diferente, porém não necessariamente “anormal”.^{4,6}

Diagnósticos genéticos de risco para doenças têm sido desenvolvidos e amplamente difundidos globalmente. Pacientes, com ou sem doença, interpretam tais informações de forma superficial, aumentando a demanda voluntária da cirurgia preventiva ou redutora de risco, sem conhecer as complicações da técnica. A mastectomia redutora de risco é um procedimento irreversível que reduz o risco em 90%; porém, em boa parte dos casos (20%), traz resultados insatisfatório. Dessa forma, recomenda-se que, após esclarecimentos dos riscos e benefícios, o consentimento seja uma opção motivada pelo paciente.^{7,8}

Para as pacientes mais graves e que possam trazer para o diálogo com a equipe o assunto da terminalidade, a ideia de que a morte é algo natural e que atinge a todos igualmente – e, muitas vezes, inesperadamente – propicia às pacientes uma sensação de que não estão descartadas ou condenadas, mas vivendo suas vidas da melhor maneira possível até ao fim.

Em todo o processo do adoecer de câncer, a família tem um papel determinante, podendo representar uma alternativa ao sentimento de isolamento e exclusão social. É dentro dela que as pacientes podem se sentir aceitas e acolhidas, valorizadas, queridas, quando muitas vezes se sentem diferentes e estigmatizadas.^{2,5,9} Com seus familiares, podem experimentar rotinas e situações de cumplicidade que as fazem se sentir vivas e participantes do mundo social, ocupando um lugar onde a doença é assimilada e o tratamento, incentivado.

A vida em família propicia ainda uma série de códigos preciosos, de pequenas situações diárias que a tornam palatável e importante de ser vivida, cumprindo um papel muito importante na adesão das pacientes à vida. É

através dela que se mantém a rotina, garantindo sua pertinência a um espaço social, com o conforto e a esperança proporcionados por se verem queridas e parte integrante de um mundo. Tudo isso serve de ajuda às pacientes para suportar seu câncer física e emocionalmente, seguindo adiante.^{6,10}

É interessante notar que essa função integradora das pacientes com a vida não é necessariamente a função de uma família biológica, podendo ser exercida por outras pessoas próximas com a mesma importância, devendo ser encorajada pela equipe que atende a paciente.

O câncer é uma doença que propicia, além do sofrimento físico relacionado à sua gravidade e às características de seu tratamento, um sofrimento emocional intenso, não só pelos estereótipos culturais a ele associados como pelas mudanças na vida e na maneira de pensar que a doença e tratamento acarretam.

Cada fase da doença, o diagnóstico, a reorganização da vida após o tratamento, a cura ou a vida com o câncer, suscita dúvidas e incertezas, reformulações de estereótipos anteriores – como o do câncer ser sinônimo de morte –, influenciando a adesão ao tratamento e o bem-estar das pacientes acometidas.

O médico tem um papel importante desde o diagnóstico, que deve ser rápido e devidamente comprovado pela biópsia, esclarecendo as dúvidas e incertezas, seus limites e conjecturas. Cabe à equipe estar atenta ao sofrimento psíquico, participar na reorganização de suas vidas após o câncer, esclarecer dúvidas, acompanhar suas incertezas, discutir e propor alternativas para os limites introduzidos. Quando associado à depressão e outros sintomas psicossomáticos, recomenda-se o encaminhamento ao profissional de saúde mental para diagnóstico e tratamento especializado.

Referências

1. Becker HS, Geer B, Hughes EC, Strauss AL. Boys in white, student culture in medical school. New Brunswick, USA: Transaction; 1997.
2. Clayton JM et al. Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. MJA 2007;186(12 Suppl):S77–S108
3. Camargo ALS. A experiência de ter câncer de mama: do diagnóstico à reorganização da vida após a doença. São Paulo. Dissertação [Mestrado]- EPM-UNIFESP; 2002.
4. Camargo ALS, Mari, J. Aspectos psicológicos da paciente com câncer. In: Gebrim LH, editor. Mastologia de Consultório. São Paulo: Atheneu; 2011.

5. Hackett TP, Gassem NH, Raker. Patient delay in cancer. *New England Journ Med.* 1973; 289:14-20.
6. Lima GR, Gebrim LH, Oliveira VC, Martins NV. *Ginecologia Oncológica*. São Paulo: Atheneu; 1999.
7. Hartmann LC, Schaid DJ, Woods JE, Crotty TP, Myers JL, Arnold PG et al. Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in women with family history of breast cancer. *N Engl J Med* 1999;340(2):77.
8. D, Kuntz KM, Garber JE, Weeks JC. Decisions analysis-effects of prophylactic mastectomy and oophorectomy on life expectancy among women with BRCA 1 or BRCA 2 mutations. *N Engl J Med* 1997;336(20):1465-71.
9. Montero P. Da doença à desordem: *a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
10. Steward JH. Theory of culture change: *the methodology of multilinear evolution*. USA: University of Illinois Press Urbana; 1955.

4.7

O atendimento da adolescente

Período caracterizado por profundas modificações biológicas e com repercussões psicossociais, a adolescência requer um atendimento especializado em razão da maior vulnerabilidade desse grupo às diversas situações de risco, entre elas a exposição a doenças sexualmente transmissíveis, a gestação indesejada e não planejada, o uso de drogas e os diversos tipos de violência, especialmente a sexual.

Atender bem o adolescente significa, como ambiciona a OMS, criar uma nova geração de indivíduos sadios física e psicologicamente, e bem integrados à sociedade.¹

A Hebiatria é a área de atuação do Pediatra que foi certificado como apto pela AMB (Associação Médica Brasileira) e SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria) para o atendimento ao adolescente, faixa etária dos 10 a 20 anos de idade, como definido pela Organização Mundial da Saúde. O nome deriva de Hebe, deusa grega da juventude, e *iatros*, termo grego para médico.

É nessa fase de transição de criança para adulto que o hebiatra atua. A consulta enfoca o desenvolvimento físico do adolescente e esclarece suas preocupações com o corpo e suas mudanças; discute as necessidades nutricionais próprias da idade e orienta as atividades físicas e seus exageros; alerta quanto ao perigo das doenças sexualmente transmitidas e do abuso de substâncias psicoativas, além de promover a prevenção da gravidez de risco. Cabe ao hebiatra reforçar os elos familiares, promovendo entendimento e respeito entre pais e filhos nessa difícil fase, que envolve perda ou luto pela morte da criança e do renascer desta para a vida adulta.

Relevância especial é dada às vacinações, por tantas vezes esquecidas nessa idade, orientando os reforços e nas doses sazonais, bem como reco-

mendações de vacina contra o HPV, a H1N1 e outras gripes – e também a febre amarela, quando há uma viagem em vista, por exemplo.²

O câncer do colo de útero mata mais de 250 mil mulheres por ano, e 85% dos óbitos são registrados em países de baixa e média renda.³ Na população feminina brasileira, essa variedade do câncer é o terceiro mais incidente, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma. Políticas públicas nessa área vêm sendo desenvolvidas no Brasil desde meados dos anos 80, impulsionadas pelo Programa Viva Mulher em 1996.

O controle do câncer do colo do útero é hoje uma prioridade da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, lançado pelo Ministério da Saúde em 2011.⁴

A eficiência da vacina foi testada para os tipos 6, 11, 16 e 18 do vírus (esses últimos, causadores do câncer de colo uterino). Por atacar quatro tipos de HPV, a vacina recebe o nome de quadrivalente. Além do combate às verrugas, a vacina foi eficiente em 85,6% dos casos para evitar a infecção persistente pelo vírus. Nos homens, o HPV pode levar a câncer no pênis, no ânus e na orofaringe.

O Ministério da Saúde adotou a vacina quadrivalente, que protege contra o HPV de baixo risco (tipos 6 e 11, que causam verrugas anogenitais) e de alto risco, em meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, que receberão duas doses com intervalo de seis meses (0 e 6 meses), e mulheres vivendo com HIV na faixa etária de 9 a 26 anos, que receberão três doses (0, 2 e 6 meses).⁵ O ideal é que a imunização contra o HPV seja feita antes do início da vida sexual, já que o HPV é transmitido por meio de relações sexuais.

Além das vacinas já existentes e previamente aprovadas pela FDA, foi elaborada a vacina nonavalente, que fornece uma proteção mais ampla na prevenção das infecções cervicais, vulvar, vaginal e câncer anal causadas por HPV tipos 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58, e para a prevenção de verrugas genitais provocadas pelos tipos de HPV 6 ou 11.⁶

Considerando a grande complexidade do atendimento aos adolescentes, os Departamentos de Bioética e de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo apresentaram as seguintes recomendações:⁷

Recomendações para o atendimento do adolescente

- O médico deve reconhecer o adolescente como indivíduo progressivamente capaz e atendê-lo de forma diferenciada;

- O médico deve respeitar a individualidade de cada adolescente, mantendo uma postura de acolhimento, centrada em valores de saúde e bem-estar do jovem;
- O adolescente, desde que identificado como capaz de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, tem o direito de ser atendido sem a presença dos pais ou responsáveis no ambiente da consulta, garantindo-se a confidencialidade e a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários. Dessa forma, o jovem tem o direito de fazer opções sobre procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou profiláticos, assumindo integralmente seu tratamento;⁸
- Os pais ou responsáveis somente serão informados sobre o conteúdo das consultas, como, por exemplo, nas questões relacionadas à sexualidade e prescrição de métodos contraceptivos, com o expresso consentimento do adolescente;
- A participação da família no processo de atendimento do adolescente é altamente desejável. Os limites desse envolvimento devem ficar claros para a família e para o jovem. O adolescente deve ser incentivado a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas;
- A ausência dos pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento médico do jovem, seja em consulta de matrícula ou nos retornos;
- Em situações consideradas de risco (por exemplo: gravidez, abuso de drogas, não adesão a tratamentos recomendados, doenças graves, risco à vida ou à saúde de terceiros) e frente à realização de procedimentos de maior complexidade (por exemplo, biópsias e intervenções cirúrgicas), torna-se necessária a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis;
- Em todas as situações em que se caracterizar a necessidade da quebra do sigilo médico, o adolescente deve ser informado, justificando-se os motivos para essa atitude.

Referências

1. Crespin J, Reato NLF. Hebiatria: medicina da adolescência. São Paulo: Editora Rock; 2007. p 7.
2. Hebiatria e a fase tão especial que é adolescer. Hospital Sírio-Libanês [on line]. [Acesso em: 16 de julho de 2018]. Disponível em: <https://hospitalsiriolibanes.org.br/imprensa/noticias/Paginas/Hebiatria-e-a-fase-t%C3%A3o-especial-que-C3%A9-adolescer.aspx>

3. Daudt CVG. Fatores de Risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis em uma Comunidade Universitária do Sul do Brasil (UFRGS). Porto Alegre. Tese [Doutorado] [on line]. [Acesso em: 16 de julho de 2018]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/88424/000911726.pdf?sequenc>
4. Controle do Câncer do Colo do Útero. INCA [on line]. [Acesso em: 16 de julho de 2018]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uter
5. HPV. Ministério da Saúde [on line]. [Acesso em: 16 de julho de 2018]. Disponível em: <http://portalmgs.saude.gov.br/saude-de-a-z/hpv>
6. Information About Gardasil 9. Gardasil 9 Human Papillomavirus – 9 valent Vaccine, Recombinant [on line]. [Acesso em: 16 de julho de 2018]. Disponível em: <https://www.gardasil9.com/>
7. Oselka G, Troster EJ. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. Rev. Assoc. Med. Bras. 2000; 46(4):306-307.
8. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009; Seção 1:90-2 [on line]. [Acessado em: 13 jul 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8822

Contracepção na menor de idade

A adolescência é um período caracterizado por profundas alterações biológicas, sociais, afetivas e emocionais. É de capital importância que o ginecologista tenha conhecimento das especificidades éticas no atendimento desse seguimento da população.

O Código Civil Brasileiro¹ estabelece que são absolutamente incapazes os menores de 16 anos e relativamente incapazes os menores entre 16 e 18 anos. Dessa forma, os menores de 16 anos não têm capacidade para exercer, de forma plena e direta, os atos da vida civil: precisam ser representados por seus pais e, nessa impossibilidade, por representantes legais. No período entre 16 e 18 anos, o menor pode praticar alguns atos da vida civil com a anuência de seus pais ou representantes legais.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente,² é considerado adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos de idade. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos, definição também adotada pelo Ministério da Saúde como a segunda década de vida.

A maior vulnerabilidade desse grupo aos agravos, determinada pelo processo de crescimento e desenvolvimento, coloca-o em condição desfavorável às mais diferentes situações de risco, como gravidez precoce, muitas vezes indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, acidentes, violência, uso de drogas, etc.

Reconhecendo essas particularidades e as dificuldades enfrentadas pelos médicos, a Sociedade Brasileira de Pediatria elaborou importantes recomendações sobre os princípios éticos básicos que devem nortear o atendimento médico dessa faixa etária:³

- O médico deve reconhecer o adolescente como indivíduo progressivamente capaz e atendê-lo de forma diferenciada;
- O médico deve respeitar a individualidade de cada adolescente, mantendo uma postura de acolhimento, centrada em valores de saúde e bem-estar do jovem;
- O adolescente, desde que identificado como capaz de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, tem o direito de ser atendido sem a presença dos pais ou responsáveis no ambiente da consulta, garantindo-se a confidencialidade e a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários. Dessa forma, o jovem tem o direito de fazer escolhas sobre procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou profiláticos, assumindo integralmente seu tratamento. Os pais ou responsáveis somente serão informados sobre o conteúdo das consultas, como por exemplo, nas questões relacionadas à sexualidade e prescrição de métodos contraceptivos, com o expresso consentimento do adolescente;
- A participação da família no processo de atendimento do adolescente é altamente desejável. Os limites desse envolvimento devem ficar claros para a família e para o jovem, que deve ser incentivado a envolver pais ou responsáveis no acompanhamento dos seus problemas;
- A ausência de familiares não deve impedir o atendimento médico do jovem, seja em consulta de matrícula ou nos retornos;
- Em situações consideradas de risco (por exemplo: gravidez, abuso de drogas, não adesão a tratamentos recomendados, doenças graves, risco à vida ou à saúde de terceiros) e frente à realização de procedimentos de maior complexidade (por exemplo, biópsias e intervenções cirúrgicas), torna-se necessária a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis;
- Em todas as situações em que se caracterizar a necessidade da quebra do sigilo médico, o adolescente deve ser informado, justificando-se os motivos para essa atitude;

No atendimento de crianças e adolescentes, o médico tem o dever legal de proteção. Assim, a prescrição de métodos contraceptivos é uma medida de proteção. Entretanto, às vezes, dilemas éticos⁴ de difícil resolução: ao tomar conhecimento de que uma criança menor de 14 anos tem vida sexual ativa, deve prescrever contraceptivo e guardar sigilo médico?

O Código Penal brasileiro, em seu capítulo II – Dos crimes sexuais contra vulnerável, artigo 217-A (incluído pela Lei 12.015, de 2009)⁵ estabelece como sendo estupro de vulnerável “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos”.

O Código de Ética Médica (resolução CFM nº 1931/2009), em seu artigo 74, estabelece que é vedado ao médico revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente. Por sua vez, os artigos 17 e 18 desse mesmo Código determinam, respectivamente, que é vedado ao médico deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina (...), e que é vedado ao médico desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.⁶

Na literatura em geral, alguns autores têm demonstrado aumento nas intercorrências materno-fetais em todas as etapas do ciclo gestacional entre gestantes adolescentes. As complicações associadas à gravidez na adolescência, especialmente em menores de 14 anos, estiveram mais associadas ao recém-nascido que propriamente à genitora. A ocorrência de nascimentos prematuros, recém-nascidos de baixo ou muito baixo peso e mortalidade foi显著mente maior entre os filhos de mães adolescentes.⁷

Assim, em resposta ao questionamento anterior e na intenção de solucionar a grande dificuldade do médico assistente, o normatizador deve procurar atingir os fins pretendidos pela lei, utilizando-se dos meios adequados e agindo com razoabilidade ao evocar o bom senso e a prudência em seus atos, de forma que sejam moderados, aceitáveis e desprovidos de excessos.

Nesse sentido, acredita-se que no presente momento, o dilema ético possa ser contemporizado com o Parecer nº 55/2015 do Conselho Federal de Medicina, que estabelece que a quebra do sigilo médico-paciente está vedada ao médico no caso de orientação sexual para adolescentes na faixa etária de 14 anos completos até 18 anos incompletos, pois fere a garantia e o direito à autonomia, à liberdade, à privacidade e à intimidade do menor, essenciais à confiança e ao desenvolvimento de seu ser, de sua saúde e de seu bem-estar.

Já a relação sexual com menores de 14 anos é crime de estupro, conforme estabelecido no Código Penal Brasileiro. No entanto, ao atender menores nessa faixa etária com vida sexual ativa, o médico tem a obrigação ética de acolhê-los e orientá-los, estando dentro de sua autonomia profissional a decisão de prescrever anticoncepcional, devendo obrigatoriamente comunicar o fato aos pais ou representantes legais.⁸

Referências

1. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil Brasileiro[on line]. [Acesso em: 3 ago. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406compilada.htm
2. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente[on line]. [Acesso em: 3 ago. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069Compilado.htm
3. Oselka G, Troster EJ. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. *Rev Assoc Med Bras.* 2000;46(4):306-7.
4. Boyaciyan K, Saito MI, Cunha ASC. Debate: Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente *Revista Ser Médico* do CREMESP. 2018 jul./ago./set.;(84):20-6
5. Brasil. Lei nº 12.015, de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 10 de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. (Inclusão do artigo 217-A)[on line]. [Acesso em: 3 ago. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm
6. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931 de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*. Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção 1:90-2.
7. Azevedo WF, Diniz MB, Fonseca ES, Azevedo LM, Evangelista CB. Complições da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. *Einstein*. 2015;13(4):618-26.
8. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Parecer nº 55 de 11 de dezembro de 2015. Menoridade e vida sexual relacionadas a autonomia da menor e sigilo médico[on line]. [Acesso em 3 ago. 2018]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2015/55>

4.9

Medicina Fetal

Introdução

A Medicina Fetal, importante área de atuação em Obstetrícia, tem como escopo maior a busca do “status” do feto em seu ambiente ovular. Para tanto, seu especialista necessita de consistente conhecimento de Genética, Embriologia e Fisiopatologias Fetal e Materna.

A ultrassonografia é a ferramenta que permite ao fetólogo o acesso ao ambiente fetal, para pesquisa de diversas dismorfologias do concepto, além de seus distúrbios de crescimento e eventuais estados hipoxêmicos.

Novas perspectivas surgem para o obstetra ao interagir com o médico fetal, que contribuem de modo decidido para uma melhor assistência pré-natal e, consequentemente, aumentam a chance para um *deliverance* mais adequado.

Com o evoluir dos anos, a especialidade vem enveredando para horizontes cada vez mais promissores, como, por exemplo, a tecnologia 3D/4D,¹ cirurgias fetais,² diagnósticos genéticos cada vez mais precisos, entre outros.

Entretanto, no bojo dessa nova especialidade, alguns dilemas éticos passaram a emergir.

Neste capítulo serão enumeradas, do modo mais didático e simples possível, as mais frequentes situações e qual a postura ética recomendável do especialista nessa área.

O fetólogo e a sua relação com o casal

Durante a realização dos procedimentos diagnósticos, o fetólogo não deve:

- Determinar condutas terapêuticas ao casal;
- Sugerir a interrupção da gravidez;
- Sugerir o feticídio ou redução embrionária, como, por exemplo, nos casos de gestações múltiplas com mais de 3 conceptos ou de qualquer anomalia do ambiente ovular;
- Comentar que o resultado do exame foi “normal”, pois o ultrassom morfológico tem limite de sensibilidade de 83,5%.³ Mais conveniente seria comunicar que o diagnóstico foi adequado, considerando o limite da sensibilidade do método;
- Indicar de modo impositivo a realização de procedimentos invasivos, como biópsia de vilocorial, amniocentese, cordocentese, derivações ou cirurgias fetais, assim como a pesquisa do diagnóstico genético fetal através do NIPT (*Noninvasise Prenatal Testing*). Tais procedimentos devem, no máximo, ser sugeridos, conjuntamente com o aconselhamento livre e esclarecido e após prévio contato com o obstetra da paciente.

O fetólogo diante do choque emocional do casal

Diante do diagnóstico de anomalia durante a avaliação ultrassonográfica, deve o médico considerar e respeitar os aspectos culturais, filosóficos e religiosos no contexto social do casal.⁴

É comum, nesses casos, que o casal entre em choque emocional. É recomendável, nessa condição, sugerir ao obstetra da paciente a indicação de assistência psicológica, praticada por profissional especializado na área de Psicologia Obstétrica.^{4,5}

O fetólogo e seu relacionamento com o obstetra da paciente

Deve o médico lembrar que o casal não é seu paciente, mas do obstetra, que os confiou para seu apoio diagnóstico. Portanto, diante de conclusão diagnóstica adversa, é recomendável contatar o colega para comunicar o evento, interagindo com ele para o estabelecimento da melhor norma de conduta diante do feto.

Entretanto, é dever do médico explicar ao casal a natureza do problema e seu eventual significado, tomando cuidado para evitar a notícia abrupta e sensacionalista diante do diagnóstico.

Convém ressaltar que o feto é o paciente do fetólogo e que, por consequência, os princípios bioéticos da Beneficência e Não-Maleficência devem ser respeitados no atendimento do conceito. Obviamente, o princípio da Autonomia não se aplica ao feto; todavia, deve ser observado na relação com o casal grávido.

O fetólogo diante do diagnóstico da impossibilidade de sobrevida neonatal do conceito

Diante do diagnóstico da impossibilidade de sobrevida neonatal do conceito, não deve o médico sugerir medidas de interrupção imediata da gravidez. Essa conduta é vedada e considerada crime pela Constituição em vigor em nosso país, excetuando-se do caso de anencefalia.^{6,7}

Além disso, uma conduta muito invasiva do médico nesse sentido poderá provocar complicações emocionais extremamente graves na gestante, incluindo quadros depressivos ou até psicóticos no puerpério.^{8,9}

O fetólogo deverá preferentemente entrar em contato com o obstetra da paciente, comunicando o diagnóstico e explicando que existe jurisprudência para eventuais rogos judiciais visando à interrupção da gravidez nesses casos, nas quais houve decisão favorável do juiz para tal conduta.

Deve o médico sugerir também ao casal o apoio psicológico a ser realizado por profissional especializado, evitando, com isso, danos emocionais graves aos seus pacientes, que podem levar a condutas inadequadas com sérias consequências legais e para a saúde física da gestante.

O fetólogo e a elaboração do laudo do ultrassom

Levando-se em consideração o limite de sensibilidade de 83,5% do ultrassom morfológico do 2º trimestre,³ nunca citar na conclusão a suposição de normalidade do exame. É recomendável concluir como avaliação morfológica adequada para a idade gestacional.

Não realizar o ultrassom morfológico fora da idade gestacional recomendada para tal método, ou seja, entre 11 semanas e 3 dias a 13 semanas e 6 dias para o 1º trimestre e 18 a 24 semanas para o 2º trimestre. Evita-se, com isso, graves equívocos diagnósticos decorrentes do momento inadequado para boa avaliação dos parâmetros inerentes ao método.

Nunca declarar no laudo análise estrutural de órgão que não tenha sido devidamente avaliada. Ainda, incluir observações sobre eventual dificuldade

técnica de avaliação de algumas estruturas, citando inclusive que elas não foram analisadas, citando o motivo para tal.

Nos ultrassons não morfológicos, incluir observações citando o objetivo específico do método, como, por exemplo, a avaliação do desenvolvimento e/ou bem-estar do feto.

Na eventualidade de diagnóstico de grave comprometimento do bem-estar fetal, é recomendável que o fetólogo entre em contato com o obstetra da paciente e o informe do fato clara e objetivamente. Convém ressaltar que, nessas circunstâncias, a conduta a ser tomada diante da situação cabe ao obstetra; no entanto, se este solicitar sugestão terapêutica, o médico fetal poderá discutir o caso e explanar sua opinião a respeito.

Por fim, deve-se conferir pormenorizadamente cada laudo, evitando graves equívocos e consequentes condutas clínicas inadequadas por parte do obstetra da paciente.

O fetólogo e o ambiente da realização do ultrassom

Na sala de ultrassonografia, é recomendável a presença exclusiva do esposo da grávida, ficando a critério do médico a autorização da presença de outros elementos da família ou de amigos mais próximos, desde que autorizados pela gestante.

Fica a critério do médico autorizar ou não a gravação em vídeo do exame ultrassonográfico, bem como de fotos e gravações sonoras do ambiente. Note que gravações desse tipo poderão se transformar em instrumento contra o médico em eventuais ações judiciais posteriores.

O fetólogo e as cirurgias a céu aberto

As cirurgias fetais a céu aberto devem seguir as resoluções do Conselho Federal de Medicina, o qual, até o momento, determina que sejam realizadas apenas no caso de diagnóstico de malformação adenomatoide cística pulmonar em vias de risco de descompensação hemodinâmica do feto e correção de meningomielocele.

Em março de 2011 foi publicado estudo randomizado realizado nos Estados Unidos, o qual comparou, no recém-nato, o resultado da terapêutica cirúrgica da meningomielocele durante a gestação com o tratamento cirúrgico pós-natal dessa patologia. A conclusão do estudo mostra que o tratamento cirúrgico intrauterino é vantajoso em relação à cirurgia pós-natal, em termos de resultados terapêuticos.¹⁰

Portanto, novas perspectivas no que diz respeito ao tratamento cirúrgico fetal a céu aberto têm sido uma realidade atual, e sua realização deve ser encorajada, desde que sejam respeitados os devidos critérios bioéticos.

A fetoscopia e outros procedimentos invasivos

Técnicas terapêuticas, como derivações de compartimentos fetais para a cavidade amniótica, entre outras, têm sido cada vez mais frequentes.

Nesse mister, o objetivo terapêutico e o risco de complicações e eventual desfecho desfavorável dos procedimentos devem ser devidamente explicados e discutidos com o casal grávido, o qual deverá assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Deve o fetólogo estar muito bem treinado e capacitado para tais procedimentos, uma vez que sua realização envolve considerável dificuldade, evitando com isso ser imputado como profissional imprudente e ser enquadrado em futuros processos disciplinares.

Referências

1. Baba K, Satoh K, Sakamoto S, Okai T, Ishii S. Development of an ultrasonic system for three-dimensional reconstruction of the fetus. *J Perinat Med.* 1989; 17(1):19-24.
2. Bruner JP. Maternal surgery. *Clin Perinatol.* 2003; 30(3); xiii-xvi.
3. Gonçalves LFA. *Rev Soc Bras Med.* 2000; 5: 5-12.
4. Quayle J, Neder M, Miyadahira S, Zugaib M. Repercussões na família no diagnóstico de mal-formações fetais: algumas reflexões. *Ginecol Obstet.* 1996;7(1):33-9.
5. Bortoletti, FF. Assistência psicológica em medicina. In: Moron AF, Camano L, Kullay Junior L, editores. *Obstetrícia.* São Paulo: Ed Manole; 2011. p.195-207.
6. Benute, GRG. Do diagnóstico de malformação fetal à interrupção da gravidez: psicodiagnóstico e intervenção. Fac de Medicina da Univ de São Paulo. São Paulo. 2005.
7. Silva MSC. Psicoprofilaxia em gestações de fetos inviáveis: atuação psicológica. In: Moron AF, Cha SC, Isfer EV. São Paulo: Escritório, 1996. p. 199-201.
8. Setúbal MSV, Barini R, Zaccaria R, Silva JLP. Reações psicológicas diante da gravidez complicada por uma malformação. *Rev Soc Bras Med.* 2001;7: 9-11.
9. Consonni EB, Petean EB. Loss and grieving: the experiences of women who terminate a pregnancy due to lethal fetal malformations. *Cien Saude Colet.* 2013; Sep;18(9):2663-70.
10. Adzick NS, Thom EA, Spong CY, Burrows PK, Johnson MP, Farrell JA, Dabrowiak ME, Sutton LN, Gupta N, Tulipan NB, D'Alton ME, Farmer DL. MOMS Investigators. A randomized trial of prenatal versus postnatal repair of myelomeningocele. *N Engl J Med.* 2011;364(11):993-1004.

A relação do médico com a indústria farmacêutica e de equipamentos

Hipócrates, a quem foi atribuído o título de pai da Medicina, tem seu trabalho reconhecido até hoje, dando um caráter sistemático a essa ciência ao entender que as doenças tinham causa e curso que podiam ser modificados. Centrou, desse modo, a prática da observação e descrição das doenças, utilizando-se da anamnese e do exame físico.¹ Separou, ainda, a Medicina da parte mística, que atribuía as doenças à ira dos deuses; dessa maneira, traçou os pilares para o desenvolvimento da Medicina científica, que passou a se desenvolver, absorvendo tecnologia e desenvolvendo medicamentos.

Ao longo de cerca de 2500 anos, a Medicina tem evoluído continuamente, sem se afastar dos princípios morais exigidos pela sociedade e dos preceitos da ética.

Conforme palavras de Munir Massud:²

Os médicos e a indústria de medicamentos estão vinculados por mútua necessidade, haja vista que os primeiros prescrevem os medicamentos e o segundo os desenvolve e comercializa. Ocorre uma interação, muitas vezes íntima, nessa relação complexa em que há vários interesses envolvidos, inclusive o financeiro, que podem vir a comprometer a independência do médico na formulação de suas prescrições, em detrimento da inequívoca responsabilidade de prescrever o medicamento mais seguro, eficaz, de menor custo e baseado em seu julgamento clínico imparcial e científico.

Sabidamente, a indústria farmacêutica desenvolve seus medicamentos tendo como sustentação conceitos financeiros e de mercado. O interesse da indústria é vender mais o seu produto, buscando o lucro – o que nem sempre se coaduna com o melhor interesse do paciente. Como o lucro é princípio básico para o Capitalismo, é esse lucro que mantém o interesse no desenvolvimento de novos produtos e na concorrência com os demais laboratórios.

Com essas premissas, fica evidenciado um nítido conflito de interesse entre o médico, preocupado em utilizar o melhor medicamento para o seu paciente, e a indústria farmacêutica, preocupada em buscar o lucro para satisfazer os seus interesses e os de seus acionistas, que investem nessas empresas e exigem retorno.

Como esses conflitos dizem respeito aos cidadãos, que poderão ser afetados, há uma preocupação social e uma busca em redigir normas éticas que visem regular este conflito.

Descobertas científicas têm permitido o controle de várias doenças crônicas como hipertensão arterial, arteriosclerose, diabetes. Os avanços da cirurgia, preceitos de higiene, vacinas, técnicas de diagnósticos, radioimunoensaio, tomografia, ressonância magnética, entre outras, e a correção de hábitos alimentares têm sido medidas decisivas para o aumento do patamar de saúde da população de uma maneira geral.

Para que esses avanços sejam alcançados, faz-se necessária uma intensa atividade de pesquisa, com grande número de pesquisadores e um montante intenso de recursos financeiros, voltada à indústria farmacêutica.

É inegável que a indústria farmacêutica participa de maneira significativa na busca de novos produtos. Essa mesma indústria contribui ainda junto às universidades, financiando pesquisas e participando de projetos de educação continuada, patrocinando eventos médicos, edição de livros e colaborando, dessa maneira, para sua atualização. Entretanto, não se pode negar também que se trata de um negócio em um mercado altamente competitivo e rentável.

Para visualizar sua magnitude, conforme dados da Sindusfarma (fonte IQVA), as vendas de medicamentos de 550 laboratórios ultrapassaram 4 bilhões e 500 milhões de reais em um período de 12 meses, entre 2017 e 2018, ocupando a 11ª posição no ranqueamento do mercado farmacêutico mundial em relação a vendas no varejo. Nesse período, foram vendidas 4 bilhões de caixas de remédios. A previsão de crescimento do setor é de 7 a 10% ao ano.

Ainda conforme dados da Sindusfarma, a indústria farmacêutica é o segundo setor que mais investe em inovação no Brasil – inovação esta que é a

principal prioridade na agenda estratégica de 62% das empresas da área farmacêutica.

Nesse período, o gasto dessas empresas com marketing médico correspondeu a 30% do faturamento, sugerindo que o médico representa um elo importante no esquema de vendas; logo, seu convencimento se faz importante.

Os conflitos de interesse financeiro podem ensejar questionamentos sobre a atividade de pesquisa e suscitar desconfiança sobre os resultados obtidos.

Conforme publicado na Revista *New England Journal*, em 1993, o conflito de interesses, para DF Thompson:³

Trata-se de um conjunto de condições em que o julgamento profissional relacionado a um interesse primário, bem-estar do paciente ou validade de uma pesquisa, tende a ser definitivamente influenciado por um segundo interesse, ganho financeiro.

Nos Estados Unidos, onde se realizam a maioria das pesquisas em Medicina, as relações entre os centros médicos acadêmicos e a indústria farmacêutica e de Biotecnologia tornaram-se preocupantes. Embora a transferência de tecnologia seja desejável, tem sido considerada exagerada.³

Depreende-se do estudo de Bodenheimer⁴ que os centros médicos acadêmicos, que antes investigavam medicamentos de maneira independente, estabelecem agora um tipo de relacionamento que tem levantado suspeitas quanto à idoneidade de estudos acerca da efetividade de medicamentos.

Caso ilustrativo da relação condenável entre a indústria de medicamentos e os médicos ocorreu em Verona, na Itália, denunciado em 2003 pela polícia daquele estado, conforme relatado por Turone.⁵ A conclusão da polícia apontava o envolvimento do ramo italiano da empresa GSK, cujas ações eram destinadas a premiar os médicos que prescrevessem medicamentos da empresa e os indicassem a outros médicos, caso fossem formadores de opinião.⁵

Segundo relata ainda esse autor, dos 72 acusados, 35 eram médicos, perfazendo 48,6% do total – ou seja, praticamente metade dos envolvidos. Gerentes e representantes de vendas foram acusados pela prática de suborno, uma vez que premiavam médicos que concordavam em prescrever e recomendar os medicamentos da companhia, ao invés de outros das empresas concorrentes ou genéricos e assemelhados. A empresa também se utilizava de um programa de informática, chamado de Giove, que permitia que as prescrições médicas fossem monitoradas, fazendo com que os médicos prescritores, envolvidos no esquema, recebessem propina pela participação no processo.⁵

Alguns professores universitários foram considerados como mais importantes no esquema, provavelmente pelo poder de convencimentos dos demais médicos, e recebiam prêmios em dinheiro e viagens. Pessoas que dão ou recebem presentes demonstram algum grau de expectativa de serem alvo de algum tipo de reciprocidade. Certamente, essa expectativa de reciprocidade pode motivar a doação de brindes por parte da indústria farmacêutica.

Conforme mencionado por Roberto d'Avila,⁶ a maioria dos médicos consultados sobre possível constrangimento ao receber brindes da indústria farmacêutica, responderam que não, afirmando que não se sentiam influenciados ou pressionados para receber determinados medicamentos por haverem recebido brindes, que variavam desde canetas com o nome do produto até viagens, estadia, inscrição em congressos, jornadas ou simpósios. Curiosamente, esses mesmos médicos, quando perguntados sobre o comportamento adotado por seus pares, entendiam que provavelmente estariam sendo influenciados ou pressionados pelos propagandistas para que incorporassem estes fármacos em suas prescrições.

Nesse sentido, foi firmada a Resolução CFM 1.595/2000,⁷ que traz no artigo 1º a proibição de vinculação da prescrição médica ao recebimento de vantagens materiais oferecidas por agentes econômicos interessados na produção, comercialização e distribuição de produtos farmacêuticos ou equipamentos de uso na área médica.

Em seu artigo 2º, essa Resolução preconiza que o médico deve obrigatoriamente, ao proferir palestras, declarar os agentes financeiros que patrocinaram as pesquisas, as referências bibliográficas e a metodologia empregada. A Resolução 96/2008⁸ da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ao dispor sobre publicidade médica, determina que essa publicidade não pode induzir ou estimular o uso indiscriminado de medicamentos; sugerir diagnósticos ao público; incluir imagens de pessoas consumindo medicamentos; sugerir características como gostoso, saboroso e outros termos semelhantes; ou, ainda, fazer propagandas em blocos de receituários. Os palestrantes que mantiverem relacionamento com a indústria farmacêutica deverão informar potencial conflito de interesse.

Merece menção que o médico não é cliente da indústria de medicamentos e não tem direito aos privilégios que aufera do relacionamento fornecedor-cliente, como bem salienta d'Avila. O cliente é o paciente, que paga pelo produto e se submete aos riscos e benefícios advindos do tratamento.⁶

A obrigação do médico é prescrever o medicamento mais benéfico, seguro, eficaz e de menor custo, baseado em julgamento imparcial e científico.

O Código de Ética Médica⁹ e a Resolução CFM 1.595/2000,⁷ proíbem aos médicos a comercialização da Medicina e a submissão a outros interesses que não o benefício do paciente, ou que receba vantagens pessoais.

Conforme exposto, as regras são várias, mas cabe a cada médico zelar para que essa prática seja respeitada e seguida por todos em benefício do paciente, alvo de toda a atenção por parte do médico.

Considerando os elevados desígnios da Medicina, os profissionais sensíveis e conscientes da majestade de sua profissão devem se negar a participar de uma relação que os diminui, ao retirar-lhes a liberdade, e que pode persuadi-los nesse caminho. Estaria ainda atentando contra os interesses mais legítimos da sociedade, ao encarecer produtos para uso destinado à saúde, além do inegável desrespeito a princípios ético-profissionais que norteiam a Medicina.

Referências

1. Grisard N. Medicina, Ciência e Ética: da serpente de Asclépio ao duplo hélix. *Revista Bioética* 2006; 14(2):143-50
2. Massud M. Conflito de interesses entre os médicos e a indústria farmacêutica. *Revista Bioética* 2010; 18(1):75-91.
3. Thompson DF. Undestanding financial conflict of interest. *N Engl J Med* 1993; 329:573-6.
4. Bodenheimer T. Uneasy alliance: clinical investigators and the pharmaceutical industry. *N Engl J Med* 2000; 342:1539-44.
5. Turone F. Italian police investigate GSK Italy for bribery. *BMJ* 2003 Feb 22; 326(7386):413
6. D'Avila R. Conflito de interesses no relacionamento entre médicos e a indústria farmacêutica. In: Neves NMBC, coordenação. *A Medicina para Além das Normas: reflexões sobre o novo código de ética médica*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 2010. p. 135-8.
7. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.595, de 18 de maio de 2000. Proíbe a vinculação da prescrição médica ao recebimento de vantagens materiais oferecidas por agentes econômicos interessados na produção ou comercialização de produtos farmacêuticos ou equipamentos de uso na área médica. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, n. 97, 25 mai. 2000; Seção 1:18
8. Brasil. Órgão: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 96, de 17 de dezembro de 2008. Dispõe sobre a propaganda, publicidade, informação e outras práticas cujo objetivo seja a divulgação ou promoção comercial de medicamentos. *Diário Oficial da União; Poder executivo*, Brasília, DF, 18 dez. 2008; Seção 1:102-105.
9. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 24 set. 2009; Seção 1:90-2.

5

As condições de trabalho no exercício da Ginecologia e Obstetrícia

5.1

As condições de trabalho do médico

Quais são os referenciais que o médico que exerce Ginecologia e Obstetrícia (GO) pode usar para nortear-se em seu ambiente de trabalho? As condições de trabalho do médico ginecologista e obstetra devem propiciar o exercício adequado da Medicina e o atendimento de qualidade à mulher em todas as suas fases de vida, da adolescência ao climatério, e em particular durante o ciclo gravídico-puerperal.

Nesse sentido, o profissional de Ginecologia e Obstetrícia deve ter condições adequadas de trabalho e boa remuneração para que possa exercer a Medicina com autonomia e em benefício das mulheres, de seus filhos e da comunidade.

Assim, pretendemos oferecer aos colegas as bases legais do exercício da especialidade, da remuneração e das condições de trabalho. Procuraremos também fazer uma reflexão sobre nossa experiência no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) referente ao relacionamento das condições de trabalho com as exigências éticas do exercício da profissão.

O mercado de trabalho médico e em Ginecologia e Obstetrícia

A Medicina passa por grandes mudanças. Segundo a pesquisa Demografia Médica 2018,¹ com dados de 2016, parceria do Cremesp com a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Estado de São Paulo concentra o maior número de médicos do país, com 126.687 profissionais. O sexo feminino corresponde a 45,4% do total, e a média de idade dos médicos no estado é de 45,3 anos. A maior parte dos médicos (65,5%) possui pelo

menos um título de especialista: o estado possui 1,9 especialistas para cada médico generalista (sem especialidade). Entre 2009 e 2016, a maioria dos registros de novos médicos nos conselhos de Medicina foi de mulheres (média de 50,7% entre 2000 e 2016, e 54,9% de registros em 2016). As mulheres já são maioria entre os médicos mais jovens – representam 57,4% no grupo até 29 anos e 53,7% na faixa entre 30 e 34 anos.

Na capital de São Paulo, vivem 47,3% dos médicos do estado, contra 52,7% que atuam no interior; entretanto, o interior paulista apresenta a razão de 2,02 médicos por mil moradores, e a capital, 4,98 profissionais por mil moradores, ou seja, 2,46 vezes mais do que no interior. A Ginecologia e Obstetrícia é a quarta maior especialidade registrada no Cremesp (10,4%), com 8.668 especialistas.¹ Apesar de constituírem uma das profissões que a população mais confia, segundo o Ibope² e pesquisa contratada pelo CFM ao instituto Datafolha,³ também são os melhores remunerados, de acordo com o site Mundo Vestibular,⁴ usando como fonte: Piso Salarial 2016/Caged/CBO e de acordo com o CPS/IBRE/FGV;⁵ 10% dos médicos estavam insatisfeitos e 29% nem satisfeitos nem insatisfeitos, segundo o Datafolha.⁶ Isso é devido ao baixo salário e remuneração, jornada de trabalho excessiva, condições de trabalho, falta de reconhecimento, infraestrutura dos hospitais, planos de saúde e convênios, entre outros.

Também a pesquisa realizada em 2016 para o CFM mostra a mesma percepção, só que agora por parte da população; em pesquisa qualitativa para avaliar os veículos de comunicação do Cremesp, realizada em 2017, os médicos manifestaram as mesmas observações.

Em 2010, quando perguntado quais eram os maiores problemas que os médicos enfrentavam na época, 44% citaram os baixos salários; 21%, os planos de saúde e convênios; e 20%, a infraestrutura no local de trabalho. 56% dos médicos possuía três ou mais empregos, 64% trabalhavam mais de 40 horas por semana, 8% recebiam até 3 mil reais e 29%, entre 3 a 6 mil reais. 61% trabalhavam em hospitais públicos, 44% em hospitais privados, 40% em consultórios particulares, 28% em clínicas e 20% em centros de saúde. Segundo levantamento do departamento de fiscalização do Cremesp, em 2008 havia 9.249 médicos em cooperativas de trabalho. 80,9% destes médicos eram cooperados exclusivos, 17,1% tinham direito à assistência médica e apenas 4,3% tinham direito a férias. 12,2% das especialidades em cooperativas eram de Ginecologia e Obstetrícia.

Pesquisa realizada pela SOGEESP⁷ em junho de 2018 junto aos profissionais de Ginecologia e Obstetrícia mostra que 72% dos colegas atendem pla-

nos de saúde; 67% consideram os planos regulares/ruim/péssimos; e 94% identificam interferência dos planos na autonomia técnica dos médicos.

No caso das cooperativas médicas do sistema Unimed, pesquisa⁸ mostrou que, naquelas em que há benefícios sobre a remuneração dos médicos ginecologistas, como bonificações, gratificações, distribuição de sobras e valores correspondentes a seguros, assistência médica, previdência privada entre outros, há acréscimo de 5,58% na remuneração, e, para aquelas em que há férias, o acréscimo é de 15,17%.⁸

O Código de Ética (CEM) e o trabalho do médico

Dos 25 incisos do capítulo I do CEM – Princípios Fundamentais, nove (36%) se relacionam com o trabalho do médico, e o mesmo ocorre com a metade (cinco, de um total de dez) dos incisos do capítulo II – Direitos do Médico. Isso serve apenas para salientar o que já é sabido: que o exercício da Medicina se dá através do trabalho do médico.

O Capítulo I, dos Princípios Fundamentais, disciplina que:⁹

III – Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

XV – O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico.

O Capítulo II, dos Direitos Dos Médicos, consagra que é direito do médico:⁹

IV – Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina.

V – Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

VIII – Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo.

X – Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

Naturalmente, os princípios éticos do exercício da profissão e os direitos dos médicos devem ser exercidos obedecendo aos deveres estabelecidos em 118 artigos deontológicos que serão comentados, em outros capítulos deste caderno, quando se discutirem as responsabilidades do ginecologista e obstetra.

Chamamos a atenção, em função do seu ineditismo para o artigo 110, que afirma ser vedado ao médico:⁹

Art. 110 – Praticar a Medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado.

Entre os deveres do médico, consta obedecer à legislação vigente no Brasil e no Estado de São Paulo. Salientamos, entre outras, a recomendação do Cremesp ao médico ginecologista e obstetra para que tenha algum auxiliar durante a consulta e/ou atendimento à paciente;¹⁰ a Resolução CFM 2.147/2016, que estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de Diretores Técnicos, Diretores Clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos¹¹ a Resolução CFM 1.451/1995, que disciplina as normas de atendimento em pronto socorro;¹² e a Lei Estadual nº 10.241, de 17 de março de 1999, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado, que além de tratar da elaboração das prescrições médicas, afirma em seu inciso XVI ser direito dos usuários ter a presença do pai nos exames pré-natais e no momento do parto.¹³

Mais recentemente, a lei nº 15.759, de 25 de março de 2015,¹⁴ assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. Norma com enorme impacto na prática obstétrica é a Resolução CFM nº 2.144/2016,¹⁵ que consagra: “é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal”. Há também outras normas relativas aos exames obrigatórios aos recém-nascidos, solicitação de teste para HIV durante o pré-natal, notificação de morte materna e observação de diretrizes e protocolos clínicos do Ministério da Saúde.

Outro aspecto importante refere-se à observância da legislação dos programas de Residência Médica e das normas emanadas da Comissão Nacional de Residência Médica e das Comissões Regional e Locais de Residência Médica.

Caso o ginecologista e obstetra queira divulgar sua especialidade obtida através da Residência Médica ou da prova para Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, da Associação Médica Brasileira (AMB), ele deverá registrá-la junto ao Cremesp,¹⁶ uma vez que, de acordo com o art. 115 do CEM, é vedado ao médico: “anunciar títulos científicos que não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no Conselho Regional de Medicina”⁹.

Colegas que exerciam a especialidade até a década de 1980 podem registrá-la utilizando outros pré-requisitos. A Resolução CFM nº 1.960/2010 regulamenta os registros das especialidades em virtudes de documentos e condições anteriores a 15 de abril de 1989, dando respaldo aos pedidos, desde que o médico possua documentos que se enquadrem nos pré-requisitos.

Para registrar a especialidade, é preciso acessar a área de serviços aos médicos no site do Cremesp.¹⁶

A Reforma Trabalhista

Para Edson Gramuglia,¹⁷ a chamada “reforma trabalhista” de 2017 (Lei nº 13.467/2017) foi aprovada com os seguintes objetivos:

- Suprimir, reduzir e flexibilizar direitos dos trabalhadores previstos em lei ou consagrados em teses jurisprudenciais;
- Legalizar procedimentos patronais ilícitos visando eliminar ou reduzir “passivos trabalhistas”;
- Dificultar o acesso dos trabalhadores ao Judiciário e estimular quitações extrajudiciais;
- Reduzir a representação sindical.

Ressalvadas inconstitucionalidades que venham a ser declaradas, os efeitos da reforma impactam nas relações de trabalho de forma prejudicial aos trabalhadores de um modo geral. Podemos, entretanto, identificar algumas normas da reforma trabalhista que atingem mais determinados grupos. No caso dos médicos que atuam no setor privado, destacam-se as seguintes incidências:

- Pejotização (Art. 442-B introduzido na CLT): O dispositivo estabelece que, se a contratação de trabalhador autônomo estiver revestida das formalidades legais, essa simples atenção à forma é fator excludente da aplicação da legislação trabalhista. Trata-se de um estímulo para a contratação de trabalhadores por intermédio de pessoas jurídicas das quais sejam sócios, inclusive aquelas individuais (EIRELI), especialmente quando tais contratações estiverem relacionadas com prestação de serviços típica de profissionais liberais, como a Medicina. Os contratos assim estabelecidos são regidos pela Legislação Civil e, quiçá, até pelo Código de Defesa do Consumidor, figurando na condição de “consumidor” o próprio empregador disfarçado.
- Terceirização (Art. 4º-A introduzido na Lei nº 6.019/1974): O dispositivo permite que qualquer atividade da empresa seja transferida para terceiros. No caso do trabalho médico, a medida reestimula a criação de falsas cooperativas de trabalho, que é uma das modalidades mais comuns de fraude porque, além de terceirizar, exclui o vínculo de emprego. Essa prática – que foi intensamente combatida pelos sindicatos e pelo Ministério Público do Trabalho – tende a ser retomada. Aliado a isso, desaparecem os óbices para a terceirização da atividade médica em hospitais e laboratórios de análise por intermédio de clínicas.
- Contrato de trabalho intermitente (Art. 452-A introduzido na CLT): Trata-se da prática do contrato por demanda, sem jornada definida e mediante pagamento apenas das horas trabalhadas. Essa prática era vedada, não havendo precedentes. No entanto, afigura-se como alternativa para cobertura de plantões médicos, com absoluta precarização de direitos do trabalhador.
- “Hipersuficiência” (Art. 444, parágrafo único, introduzido na CLT): O dispositivo forma a categoria jurídica de “superempregado”, assim definido aquele que tem nível superior de escolaridade e que recebe salário mensal igual ou superior ao dobro do teto dos benefícios previdenciários (aproximadamente 11 mil reais, em 2017). Com esses empregados, o empregador poderá transacionar validamente quaisquer direitos trabalhistas, inclusive aqueles decorrentes de norma coletiva de trabalho, independentemente de assistência sindical.
- Acordos individuais relativos à jornada de trabalho (Arts. 4º, 59, 59-A, 60, 71, todos da CLT modificada): Esses dispositivos viabilizam a transação individual para estabelecer jornadas extensas (plantões de 12 ou 24 horas), para suprimir e/ou diminuir pausas de descansos intrajor-

nadas (v.g. dos 10 minutos a cada 90 trabalhados, previstos na Lei nº 3.991/1961), para compensar horas extras.

Ressalvadas as mudanças acima, quando o profissional tem um contrato de trabalho assinado com um empregador, provavelmente estará subordinado às normas das convenções coletivas de trabalho, que são firmadas entre o sindicato dos médicos da região do estado em que reside e o respectivo sindicato patronal. Em caso de não haver acordos entre as partes, pode ser arbitrado um dissídio coletivo pela Justiça do Trabalho, com valor legal.

A título de exemplo, serão apresentados aspectos das convenções dos Sindicatos dos Médicos de São Paulo e Campinas.

No caso de São Paulo,¹⁸ em 2017, as convenções são com os seguintes sindicatos patronais: SINDHOSFIL – São Paulo (santas casas, hospitais filantrópicos e organizações sociais – OSSs); SINDHOSFIL – Vale do Paraíba; SINAMGE (medicinas de grupo); no caso de Campinas,¹⁹ as convenções são com o SINDHOSP e o SINDHOSFIL.

No caso de São Paulo, há cláusula que trata dos pisos salariais, com valores vigentes a partir da data-base de 1º de setembro – isto é, o menor valor que pode ser pago ao médico. É de conhecimento dos colegas a luta nacional dos Sindicatos de Médicos e das Federações dos Médicos pela atualização do salário mínimo profissional dos médicos, atualmente disciplinado pela Lei Federal nº 3.999 de 1961, em três salários mínimos por vinte horas semanais de trabalho.²⁰

As convenções de ambos os sindicatos médicos facultam a contratação de jornada inferior ou superior, ou em regime de plantão, com pagamento de salário proporcional ao número de horas contratadas, através de contrato escrito, firmado entre o médico e a empresa. Nesse caso, as horas excedentes serão consideradas como jornada extraordinária.

Há também cláusula que prevê participações em congressos e outros eventos, através da concessão aos trabalhadores de cinco dias úteis por ano, consecutivos ou não, para participação em congressos, seminários e outros eventos, sem desconto nos salários e nas férias, desde que previamente acordado com a direção da empresa e comprovação posterior. Essa cláusula vai ao sentido do que determina os princípios fundamentais do CEM, em seu inciso V – “Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente”.⁹ Esta também tem sido uma preocupação do Cremesp através de seu programa de educação médica continuada, assim como das associações de especialistas da Ginecologia e Obstetrícia.

Há, ainda, cláusulas que interessam ao trabalho das médicas, como direito à creche, estabilidade para a gestante até 60 dias após o término da licença maternidade, dispensa para fazer mamografia (Campinas) e garantia de remuneração igual. A íntegra das convenções pode ser acessada no site dos sindicatos na internet.^{18,19}

Quanto à remuneração, partiu da SOGESP/FEBRASGO e do Cremesp a consulta ao CFM, que teve nossa participação, referente à cobrança de atendimento personalizado para acompanhamento presencial do trabalho de parto – Parecer CFM nº 39/12.²¹ Esse assunto encontra-se sub judice na Justiça Federal de São Paulo.²²

Por outro lado, nossa experiência como conselheiros do Cremesp mostra que os colegas devem sempre procurar suas entidades representativas, como os Sindicatos Médicos e Associação Paulista de Medicina (APM), para melhorar as condições de trabalho – e para isso terão o apoio do Cremesp. No sentido de se precaver quanto a questionamentos futuros, poderá também informar, por escrito, ao Cremesp ou às Comissões de Ética Médica, ou verbalmente através dos conselheiros e delegados.

Por fim, a falta de condições de trabalho, embora interfira e às vezes condicione uma determinada ação médica, não é uma justificativa plausível para a má prática profissional.

Referências

1. Scheffer M, coordenador. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP/CFM/Cremesp; 2018. [Acessado em: 12 maio 2011]. Disponível em: http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-97e48472142cfdd1cd5d5b5ca6831cf4.pdf
2. Ibope revela que 70% dos brasileiros acham saúde boa e confiam nos médicos [on-line]. O Estado de São Paulo 2010 nov 23. [Acessado em 02 set.2011]. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,ibope-revela-que-70-dos-brasileiros-acham-saude-boa-e-confiam-nos-medicos,644153,0.htm>
3. Datafolha Instituto de Pesquisa. Percepção dos brasileiros sobre a confiança e credibilidade em profissionais e instituições. [on-line]. [Acessado em 27 de maio de 2018]. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentacaodatafolha2016.pdf>
4. Os 40 cursos mais bem remunerados. Mundo Vestibular. [on-line]. [Acessado em 27 de maio de 2018]. Disponível em: <https://www.mundovestibular.com.br/articles/769/1/Os-40-Cursos-Mais-Bem-Remunerados/Paacutepagina1.html>
5. Pesquisa da Fundação Getúlio Vargas mostra que o tempo de escolaridade interfere diretamente no salário do trabalhador [on-line]. Radio Band News Giro Business 10 out. 2008. [Acessado em 02 set.2011]. Disponível em: <http://www3.fgv.br/ibrecps/iv/midia/midia.htm>

6. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. O trabalho médico no Estado de São Paulo [on-line]; 2007. [Acessado em 13 maio 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/mercado_de_trabalho.pdf
7. Folha de S. Paulo. 94% dos ginecologistas veem interferência de planos de saúde. 06 jul. 2018.
8. Macedo RV. A Unimed Santos e a relação com os cooperados. Revista SOGESP 2011; (92):8.
9. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.931 de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União 24 set. 2009; Seção 1:90-2.
10. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Recomendação nº 1, de 26 de julho de 1988. Dispõe sobre a presença de auxiliar e/ou de pessoa acompanhante de paciente durante o exame ginecológico. [Acessado em 03 jul. 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=14024
11. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 2.147, de 17 de junho de 2016. Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos. [on-line]. Diário Oficial da União 17 jun. 2016. [Acessado em 27 de maio de 2018]. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2147>
12. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.451, de 10 de março de 1995. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência- emergência, nos pronto socorros públicos e privados. Diário Oficial da União 17 mar. 1995; Seção I:3666.
13. São Paulo (Estado). Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências [on-line]. Diário Oficial do Estado 18 mar. 1999. [Acessado em 12 maio 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3080
14. São Paulo (Estado). Lei nº 15.759, de 25 de março de 2015. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado. [on-line]. Diário Oficial do Estado 26 mar. 2015. [Acessado em 27 de maio de 2018]. Disponível em http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=13061
15. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 2.144, de 17 de março de 2016. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. [on-line]. Diário Oficial da União 22 jun. 2016. [Acessado em: 27 de maio de 2018]. Disponível em http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=13902
16. Registro de especialidade [on-line]. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. [Acessado em 28 de maio de 2018]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=ServicosMedicos&id=17>
17. Araújo EG. Publicação on-line [mensagem pessoal].

18. Convenções coletivas. Sindicato dos Médicos de São Paulo [on-line]. [Acessado em 27 de maio de 2018]. Disponível em: <http://www.simesp.com.br/juridico.php?Convencoes-coletivas>
19. Convenção Sindhosp. Sindicato dos Médicos de Campinas e Região [on-line]. [Acessado em 27 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.sindimed.org.br/?page_id=43
20. Brasil. Lei nº 3.999, de 15 dezembro de 1961. Altera o salário mínimo dos médicos e cirurgiões dentistas [on-line]. Diário Oficial da União 21 dez. 1961. [Acessado: 13 maio 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3084
21. Conselho Federal de Medicina PROCESSO-CONSULTA CFM nº 55/12 – PARECER CFM nº 39/12 É ético e não configura dupla cobrança o pagamento de honorário pela gestante referente ao acompanhamento presencial do trabalho de parto, desde que o obstetra não esteja de plantão e que este procedimento seja acordado com a gestante na primeira consulta. [on-line]. [Acessado: 10 julho 2018]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2012/39_2012.pdf
22. Justiça reafirma que cobrança de taxa extra pelo parto é ilegal. Exame.abril.com.br: <https://exame.abril.com.br/seu-dinheiro/justica-reafirma-que-cobranca-de-taxa-extra-pelo-parto-e-ilegal/>

5.2

A relação com as operadoras de saúde

Até 1998, o setor de planos de saúde não era regulamentado.¹ Em consequência de dezenas de anos de mobilização das entidades médicas, dos usuários de planos e entidades de defesa dos consumidores, foi sancionada em junho de 1998 a Lei nº 9.656, que regulamenta o tema. Em decorrência foram aprovadas novas normas legais, em particular as resoluções emanadas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que regulam essa importante área da saúde.

Quadro 1 – Marcos legais da regulamentação dos planos de saúde.

| Nº da Lei | Diário Oficial da República Federativa do Brasil | Ementa |
|---------------------|---|---|
| 9.656 ² | 04.06.1998 Foi atualizada pela medida provisória 2.177-44/200 ³ | Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde |
| 9.961 ⁴ | 29.01.2000 | Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências |
| 10.185 ⁵ | 14.02.2001 | Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências |
| 13.003 ⁶ | 24.06.2014 | Torna obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços |

Quadro 2 – Resoluções da ANS relacionadas com o trabalho médico.

| Resoluções ANS | Data de publicação no Diário Oficial | Ementa |
|-------------------------|--------------------------------------|--|
| RN Nº 363 ⁷ | 11.12.2014 | Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências |
| RN Nº 364 ⁸ | 11.12.2014 | Dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas |
| RN Nº 405 ⁹ | 09.05.2016 | Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS |
| RN nº 428 ¹⁰ | 07.11.2017 | Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016 |

Segundo dados da ANS,¹¹ nos últimos quinze anos, houve crescimento de 5,7% dos beneficiários de planos privados de assistência médica, com ou sem Odontologia, na população brasileira, porém uma diminuição de 1,2% nos últimos oito anos:

- Dezembro de 2003 – 31.771.197, cobrindo 18,0% da população;
- Março de 2018 – 47.435.915, cobrindo 22,7% da população;
- Desse total, 42.691.090 beneficiários pertencem a planos novos após a Lei 9.656/98, e 4.744.825 beneficiários são anteriores a essa lei. Há uma concentração das operadoras de planos de saúde (OPS) médico hospitalar, que eram 1.135 em 2008, e são 762 em 2018;
- A receita das operadoras médico-hospitalares em 2017 foi de R\$179.303.994.674;
- A cobertura no Estado de São Paulo, em 2018, era de 17.308.464 – 39,9 % da população.

A pesquisa nacional da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) 2016,¹² com dados referentes a 2015, mostrou que 30% da população pesquisada tinha mais de 59 anos, maior percentual entre todas as operadoras de planos de saúde, e que 54,4% eram mulheres.

Mostrou ainda a frequência por beneficiário de 0,15 em exame de Papanicolau para pesquisa do câncer do colo uterino e 0,11 em mamografia para pesquisa do câncer de mama, e que a incidência de cesárea foi de 91,4%, com 8,6% de partos normais. Em 2008 e em 2007, 87% dos partos realizados foram por cesárea e 13%, parto normal. A cesariana foi o terceiro procedimento de maior gasto.

Pesquisa Datafolha realizada em 2007 para o Cremesp¹³ mostrou que 40% dos médicos trabalham em consultórios, 20% em clínicas e 44% em hospitais particulares, sendo que 27% não trabalhavam nesses locais e 55% atendiam convênios. Ainda, 38% configuravam pessoa jurídica.

Em 2011, havia 21 mil médicos cooperados à União dos Médicos (Unimed)¹⁴ no Estado de São Paulo, segundo a Federação das Unimed's do Estado de São Paulo. No Brasil (2018), há 114 mil médicos cooperados.¹⁵

Conflitos éticos na saúde suplementar

Os seguintes artigos do Código de Ética Médica (CEM)¹⁶ vigente explicitam que o compromisso principal do médico é com a saúde dos pacientes, e não com a saúde das OPS. Dessa forma, fica evidente que a relação dos médicos com as operadoras é, por origem, conflituosa.

Capítulo I – Princípios Fundamentais

II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

VII – O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

IX – A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

X – O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros, com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

XI – O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.

XVI – Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

Capítulo II – Direitos Dos Médicos

É direito do médico:

II – Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

VIII – Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo.

X – Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

Capítulo V – Relação com Pacientes e Familiares

É vedado ao médico:

Art. 32 – Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Carvalho e Cecílio¹ publicaram em 2007 um artigo que visou reconstruir o processo de regulamentação dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde (PSS), ocorrida no Brasil entre 1991 e 1998, que propôs caracterizar os projetos em disputa pelos atores sociais e a evolução da legislação. Concluíram que ocorreram avanços significativos com a regulamentação, relativos à constituição e ao funcionamento das empresas; ampliação da cobertura como definição do plano de referência, proibição da seleção por faixas etárias e dos limites de internação.

Porém, o segmento de PSS ainda apresenta uma série de problemas de exclusões e restrições de procedimentos de alta complexidade. Ainda, com a introdução da administração gerenciada (*managed care*), houve ampliação do conflito entre médicos e PSS.

Essa questão foi demonstrada por pesquisa realizada em 2007 pelo Datafolha,¹³ a pedido do Cremesp: segundo o levantamento, 43% dos médicos referiam sofrer restrição ou imposição das OPS. As principais perguntas foram referentes à autorização de consultas, internações, exames, procedimentos e insumos (82%); glosar procedimentos ou medidas terapêuticas (81%); restrição a doenças pré-existentes; atos diagnósticos e terapêuticos mediante designação de auditores; e descredenciamento. Para 21% dos médicos, o maior problema que enfrentavam eram os planos de saúde e convênio, e para 9%, a jornada de trabalho excessiva.

Pesquisas nacionais da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS)¹² mostraram que houve aumento na utilização dos mecanismos de regulação. Em 2006, a autorização prévia foi utilizada em 83,9%; a coparticipação, em 82,1%; e a segunda opinião, em 33,9%. Em 2015, esses dados oscilaram para 100%, 95% e 50%, respectivamente. A porta de entrada em ambulatório próprio ocorreu em 20%, e em 40% no caso de rede credenciada. Havia 20% de franquia e de outros mecanismos de regulação.

Scheffer,¹⁷ em abril de 2006, mostrou que a negação de atendimento ao tratamento de câncer, doenças do coração e AIDS são os principais motivos de ações judiciais movidas pelos usuários contra os planos de saúde privados no Estado de São Paulo. Dentre os procedimentos médicos mais excluídos pelos planos de saúde e objeto de reclamações na Justiça paulista, destacam-se: transplantes; radioterapia e quimioterapia para tratamento do câncer; e o fornecimento de órteses e próteses, como os stents usados em cirurgias cardíacas.

Divulgado em junho de 2011, um levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisas Datafolha a pedido do Conselho Federal de Medicina (CFM),¹⁸ junto a usuários de planos de saúde em todo o Brasil, mostrou que 58% dos usuários têm reclamações. Entre as reclamações, foi relatado existir poucas opções de médicos, hospitais e laboratórios disponíveis para o atendimento de suas necessidades em 21% das respostas. Com relação ao atendimento médico, a principal queixa dos entrevistados foi a dificuldade em marcar uma consulta (19%) e o descredenciamento do profissional médico procurado (18%). A cobrança de valores adicionais, além da mensalidade, foi apontada por 19% dos entrevistados, que tiveram de efetuar pagamento extra para garantir a realização de consultas, exames ou outros procedimentos.

Com o objetivo de proteger o exercício ético da Medicina, o Conselho Federal de Medicina (CFM)¹⁹ editou a Resolução N.º 1.616/2001, modificada pela Resolução CFM nº 1.852, de 2008, cujo artigo 1º afirma:

“É vedado o desligamento de médico vinculado por referenciamento, credenciamento ou associação à Operadora de Plano de Saúde, exceto por decisão motivada e justa, garantindo-se ao médico o direito de defesa e do contraditório no âmbito da operadora”.

A resolução veio coibir esse tipo de prática pelas operadoras.

Há uma cobertura mínima obrigatória dos planos de saúde, que constitui o rol²⁰ que é obrigatório para todos os planos de saúde contratados a partir da entrada em vigor da Lei nº 9.656/98: são os chamados planos novos, ou aqueles que foram adaptados à lei. A lista de procedimentos cobertos pelos planos de saúde é atualizada a cada dois anos para garantir o acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento das doenças através de técnicas que possibilitem o melhor resultado em saúde, sempre obedecendo a critérios científicos comprovados de segurança, eficiência e efetividade, segundo a ANS.

Em janeiro de 2018 entrou em vigor a nova cobertura mínima obrigatória dos planos de saúde estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A Resolução Normativa10 com a atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde estabeleceu a inclusão de 18 novos procedimentos – entre exames, terapias e cirurgias que atendem diferentes especialidades – e a ampliação de cobertura para outros sete procedimentos, incluindo medicamentos orais contra o câncer.

No entanto, os direitos assegurados pela lei 9656,² de 1998, encontram-se ameaçados por substitutivo apresentado a 151 projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional. Embora os projetos iniciais visassem garantir direitos aos usuários dos planos, o substitutivo visa criar os chamados planos acessíveis/populares,²¹ através dos quais se criam planos com cobertura parcial, com segmentação definida em contrato, não obedecendo ao plano referencial e ficando à definição do rol de procedimentos subordinada à viabilidade econômica financeira das OPS, e não às necessidades de saúde dos beneficiários.

Outra questão importante é a proposta da ANS de mudar a regulamentação da coparticipação e das franquias,²² o que poderá dificultar o acesso dos beneficiários à assistência à saúde, uma vez que exigirá um pagamento do paciente pelo seu atendimento, além das mensalidades pagas aos planos. Mais uma vez é privilegiada a saúde financeira das OPS em detrimento da saúde dos beneficiários. O Cremesp tem alertado para as consequências destas mudanças e se manifestou contra a nova proposta de Lei dos Planos de Saúde, pois representa um retrocesso para o bom exercício da Medicina e compromete a qualidade do atendimento aos pacientes.

O trabalho médico na Saúde Suplementar (SS)

A Revista da APM, de agosto de 2010,²³ mostra que em 1997 a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe) calculou o valor da consulta médica que incluía o custo do consultório. O custo do consultório padrão foi de R\$30,00 a hora. A matéria cita que a Fipe calculou o valor da consulta, de acordo com a complexidade do trabalho médico e custo do consultório, em R\$29,00.

A pesquisa produzida pelo Instituto Datafolha para o CREMESP¹³ em 2007 mostra também que 34% dos médicos gastavam mais de seis salários mínimos ao mês para manter a atividade profissional.

Segundo a pesquisa nacional UNIDAS 2016,¹² o valor médio da consulta em 2015, na região Sudeste, foi de R\$72,28.

Em nível estadual, a Comissão Estadual de Negociações²⁴ com os planos de saúde apresentou um balanço sobre os valores dos honorários médicos, em novembro de 2017. Consultas da operadora Amil, por exemplo, que valiam R\$27,20 em abril de 2007, passaram até R\$88,00 em março de 2018. Já os valores da Sul América foram de R\$32,50 para R\$90,00 desde setembro de 2018.

A Comissão é composta por representantes da APM, do Cremesp e do Sindicato dos Médicos de São Paulo (Simesp). Ao início de cada ano, é realizada uma Assembleia com representantes das entidades que formam e apoiam a Comissão. Em 2017, a pauta incluía correção de 16,28% nos honorários (10% de recomposição das perdas não repostas, mais 6,28% do valor acumulado do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/IPC); reajuste por fator de qualidade de no mínimo 100% do IPCA; contratualização de acordo com a Lei 13.003; e avaliação do vínculo como relação de trabalho.

Mesmo com os avanços significativos em período recente, as entidades médicas entendem que os repasses para consultas deveriam girar, ao menos, em torno de R\$160,00. Isso porque, em 1996, houve um acordo entre várias entidades que definiu o valor da consulta em R\$29,00; atualizado por índices como o IGP-M, o montante equivaleria aos R\$160,00.

No entanto, há ameaça de retrocesso, pois a maior parte das empresas está buscando alternativas de remuneração diferentes das que valoram os procedimentos. Esses novos pacotes testados e oferecidos aos colegas podem significar redução de honorários e/ou não aplicação de reajuste.

As entidades têm procurado interferir e combater a introdução no Brasil das técnicas de Medicina gerenciada, ou *managed care*,¹⁻²⁵ caracterizadas por obrigatoriedade de consulta com o médico generalista, pagamentos por pacote e prêmio para quem solicitar menos exames, entre outros.

Em consequência, a Súmula Normativa nº 16, de 12 de abril de 2011, da ANS,²⁶ disciplina que é vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde adotar e/ou utilizar mecanismos de regulação baseados meramente em parâmetros estatísticos de produtividade, os quais impliquem inibição à solicitação de exames diagnósticos complementares pelos prestadores de serviços de saúde, sob pena de incorrerem em infração ao artigo 42 da Resolução Normativa – RN Nº 124,²⁷ de 30 de março de 2006.

Os médicos ginecologistas e obstetras, através da SOGESP e de sua comissão de valorização profissional,²⁸ têm uma estratégia de luta por remuneração digna na Saúde Suplementar e por mais qualidade na assistência à mulher.

Os médicos têm questionado a omissão da ANS, que não protege adequadamente em suas resoluções o trabalho médico, quanto a garantir sua valorização e dignidade.

A propósito dessa questão, os dirigentes médicos, reunidos no XII Encontro Nacional de Entidades Médicas (ENEM), organizado pela Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Federação Nacional dos Médicos, entre 28 e 30 de julho de 2010,²⁹ em Brasília, reiteraram o compromisso ético com a população brasileira. Em particular quanto à Saúde Suplementar, afirmou-se que:

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) precisa assumir seu papel legítimo de espaço de regulação entre empresas, profissional e a população para evitar distorções que penalizam, sobretudo, o paciente. A defasagem nos honorários, as restrições de atendimento, os descredenciamentos unilaterais, os “pacotes” com valores prefixados e a baixa remuneração trazem insegurança e desqualificam o atendimento.

Outros funcionários governamentais têm apresentado decisões parciais na relação entre médicos e OPS.³⁰

Em função disso, a luta histórica das entidades médicas por uma contratualização culminou na Lei 13.003.⁶ No entanto, é necessário que o processo de contratualização tenha parâmetros coletivos negociados pelas entidades.

Como deve ser estabelecida a relação entre uma operadora de planos e os prestadores de serviços de saúde de sua rede contratada, referenciada ou credenciada? Que regras devem ser obedecidas?

Em resposta a essa questão, a ANS³¹ afirma que:

A Lei 13.003, de 2014, e as Resoluções Normativas 363 e 364, de 2014, reforçaram a obrigatoriedade da existência de contratos assinados entre as operadoras de planos e hospitais, clínicas, profissionais de saúde autônomos, serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios que compõem sua rede conveniada ou credenciada para documentar e formalizar a relação entre essas partes. É, portanto, obrigatório formalizar em contratos escritos entre operadoras e prestadores de serviços as obrigações e responsabilidades entre essas empresas. Além do objeto e natureza do contrato, deve haver a definição dos valores dos serviços contratados, dos prazos para faturamento dos pagamentos e dos reajustes dos preços a serem pagos pelas operadoras, que deverão ser obrigatoriamente anuais. Adicionalmente, os contratos deverão prever as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas, bem como conter a identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização da operadora, além de estipular vigência e critérios para prorrogação, renovação ou rescisão.

O parágrafo 2º da lei disciplina que o contrato de que trata o caput deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinarem:

- I – O objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados.
- II – A definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados.
- III – A identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora.
- IV – A vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão.
- V – As penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

Questões práticas

No cotidiano do exercício da profissão pelo médico que exerce Ginecologia e Obstetrícia, colocam-se uma série de questões práticas.

A primeira delas se refere ao atendimento ao parto relacionado com a questão de realizar o atendimento personalizado, através do mesmo médico que fez o pré-natal, ou então realizar o parto através das equipes de plantão.

A urbanização de 85% da população brasileira e a transformação das cidades em metrópoles mudou a vida das pessoas e também a atividade profissional dos médicos de tal forma que o médico de família foi substituído pela estratégia da saúde da família. Nesse contexto, é possível subsistir o médico que acompanhará um parto por doze horas? Como isso se relaciona à sua sobrevivência profissional e saúde pessoal? Como fazer isso com uma OPS que remunera o parto de forma insuficiente?

Questionado pela ANS e tendo como interessados o Cremesp, a SO-GESP e FEBRASGO, entre outros, em 8 de novembro de 2012, o CFM emitiu parecer³² sobre a remuneração pelo acompanhamento presencial do trabalho de parto, cuja ementa é a seguinte:

É ético e não configura dupla cobrança o pagamento de honorário pela gestante referente ao acompanhamento presencial do trabalho de parto, desde que o obstetra não esteja de plantão e que este procedimento seja acordado com a gestante na primeira consulta. Tal circunstância não caracteriza lesão ao contrato estabelecido entre o profissional e a operadora de plano e seguro de saúde.

Outro aspecto importante são as altas taxas de cesárea na saúde suplementar superiores a 80%.³³ Quais são seus determinantes? É o atendimento personalizado? A realização de ligadura de trompa? É a baixa remuneração? É possível compatibilizar o parto vaginal com a atividade do médico em mais de três vínculos de trabalho, que correspondem à maioria dos médicos?

Visando interferir nesse cenário, a ANS apresentou a iniciativa do Parto Adequado.³⁴

O projeto Parto Adequado, desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pelo Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde, tem o objetivo de identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas sem indicação clínica na Saúde Suplementar. O Parto Ade-

quando está em sua Fase 2, a qual será desenvolvida ao longo de dois anos (até maio de 2019); nessa etapa, participam hospitais e operadoras de todo o país que manifestaram interesse em atuar como apoiadoras do projeto. Na Fase 1, também denominada “piloto”, o projeto contou com a adesão de 35 hospitais.

Norma com enorme impacto na prática obstétrica é a Resolução CFM nº 2.144/2016,³⁵ que consagra: “é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal”.

É singular também a consulta em Ginecologia e Obstetrícia, que consiste na anamnese, troca de roupa da paciente, exame físico, coleta do Papanicolaou e eventuais exames como o ultrassom.

Nesse sentido, o médico que exerce Ginecologia e Obstetrícia deve sempre ter em mente que, na relação com a OPS, seu objetivo primeiro é cuidar da saúde das mulheres.

Quanto ao vínculo de trabalho com as OPS, deve-se refletir sobre a necessidade de haver equipes de plantão para atender permanentemente às necessidades das pacientes, de preferência constituídas de médicos contratados pelas OPS ou por hospitais que lhes prestem serviços.

Resta, finalmente, o dilema: credenciar-se ou não às OPS. Pensamos que cada colega deve buscar para si o tipo de vínculo profissional que lhe permita sobreviver no exercício da profissão, que lhe traga felicidade e permita atender eticamente às mulheres e seus filhos.

Referências

1. Carvalho EB, Cecílio LCO. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. [on-line]. Cad. Saúde Pública. 2007. [Acessado em 30 Jun. 2011] 23(9):2167-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/17.pdf>
2. Brasil. Lei nº 9656, de 03 junho de 1998. Dispõe sobre os planos de seguros privados de assistência à saúde [on-line]. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 04 de jun. de 1998; Seção 1:1-5. [Acessado em: 30 jun. 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=9819
3. Brasil. Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os Planos Privados de Assistência à Saúde e dá outras providências [on-line]. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 27 ago. 2001; Seção 1:38; Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2001; Seção 1:1- RETIFICAÇÃO. [acessado em 03 jul. 2011]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=220726&anexos=>

4. Brasil. Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências [on-line]. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 29 de jan. de 2000; Seção 1:5-9. [Acessado em: 30 jun. 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=9897
5. Brasil. Lei nº 10185, de 12 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. [on-line]. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 14 de fev. de 2001. [Acessado em: 30 jun. 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10185.htm
6. Brasil. Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços. [on-line]. [Acessado em 31 de maio 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13003.htm
7. Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). RN nº 363, de 11 de dezembro de 2014. Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e dá outras providências. [on-line]. [Acessado em 31 de maio 2018]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&ancora=&id=Mjg1Nw==>
8. Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução Normativa-RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010. RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014. Dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas. [on-line]. [Acessado em 31 de maio 2018]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg1OA==>
9. Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). RN nº 405, de 9 de maio de 2016. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências.[on-line]. [Acessado em 31 de maio 2018]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&ancora=&id=Mjg1Nw==>
10. Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). RN N° 428, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2017. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016. [on-line]. [Acessado em 1º de junho 2018]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg==>

11. Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Dados e indicadores do Setor: Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - 2003-2018) [on-line]. [acessado em 30 maio.2018]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabcnet?dados/tabcnet_br.def
12. UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Pesquisa Nacional UNIDAS 2016. São Paulo. 2016. [on-line]. [Acessado em 2 jun. 2018]. Disponível em: <https://www.unidas.org.br/uploads/381282c1e3907d8430d669d4b1582f66.pdf>
13. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [on-line]. O trabalho médico no Estado de São Paulo. [acessado: 01 jul. 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/mercado_de_trabalho.pdf
14. Federação das Unimed's do Estado de São Paulo – Fesp. [on-line]. [Acessado em 01 jul. 2011]. Disponível em: <http://www.unimed.com.br/v9/?modulo=artigos&canal=1331>
15. Unimed do Brasil. [on-line]. [Acessado em 2 jun. 2018]. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/web/guest/home/sistema-unimed/a-unimed>
16. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica [on-line]. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009; Seção 1: 90-2; Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 out. 2009; Seção 1:173 – RETIFICAÇÃO. [Acessado em: 30 jun. 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislação/versao_impressao.php?id=8822
17. Scheffer, M. Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo. São Paulo. Dissertação [Mestrado] - Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2006.
18. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisas Datafolha junto a usuários de planos de saúde em todo o Brasil. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/JornalMedicina/2011/jornal197.pdf>
19. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.616, de 07 de abril de 2001 modificada pela Resolução CFM nº 1.852, de 2008. É vedado o desligamento de médico vinculado por referenciamento, credenciamento ou associação à Operadora de Plano de Saúde, exceto por decisão motivada e justa, garantindo-se ao médico o direito de defesa e do contraditório no âmbito da operadora. [on-line]. [Acessado em: 03 junho 2018]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2001/1616_2001.htm
20. Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Planos de saúde vão oferecer 18 novos procedimentos em 2018. [on-line]. [Acessado em 1º de junho 2018]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/resultado-da-busca?q=resolu%C3%A7%C3%A3o+sobre+rol+de+procedimentos&f=1>
21. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Proposta de Lei dos Planos de Saúde representa retrocesso e compromete a qualidade do atendimento. [on-line]. [Acessado em 3 de junho 2018]. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=4733>

22. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Cremesp repudia norma da ANS que autoriza cobrança de franquia pelas operadoras de planos de saúde. [on-line]. [Acessado em 3 de junho 2018]. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=4995>
23. Revista da APM, N.º 614. Agosto de 2010. Médicos querem revisão da Lei 9656 [on-line]. [Acessado em 22 de jul 2011]. Disponível em: http://www.apm.org.br/fechado/r_apm/APM_EDICAO_614_FINAL3.pdf
24. Associação Paulista de Medicina (Brasil). 29/11/2017 - Saúde Suplementar: Comissão Estadual apresenta avanços de 2017. [on-line]. [Acessado em 29 de maio 2018]. Disponível em: <http://associacaopaulistamedicina.org.br/noticia/saude-suplementar-comissao-estadual-apresenta-avancos-de-2017>
25. Carta à população: Médicos suspendem atendimento a planos de saúde. [on-line]. [Acessado em 03 de junho 2018]. Disponível em: <http://www.apm.org.br/noticias-conteudo.aspx?id=6074>
26. Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Súmula nº 16, de 12 de abril de 2011. É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde adotar e/ou utilizar mecanismos de regulação baseados meramente em parâmetros estatísticos de produtividade os quais impliquem inibição à solicitação de exames diagnósticos complementares pelos prestadores de serviços de saúde, sob pena de incorrerem em infração ao artigo 42 da Resolução Normativa - RN Nº 124, de 30 de março de 2006 [on-line]. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 abr. 2011. Seção 1:22. [acessado em: 03 junhos de 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=9901
27. Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução Normativa DC nº 124, de 30 de março de 2006. Dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde [on-line]. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 03 abr. 2006. Seção 1:67-70. [acessado em: 04 jul. 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=9526
28. SOGESP. Comissão de defesa e valorização do obstetra e ginecologista. [on-line]. [Acessado em: 03 jun. 2018]. Disponível em: <http://www.sogesp.com.br/valorizacao-profissional-honorarios-medicos>
29. FENAM – Federação Nacional dos Médicos [on-line]. Médicos divulgam manifesto à nação com as reivindicações da categoria. [acessado em 30 jun.2011]. Disponível em: <http://portal.fenam2.org.br/portal/showData/390135>
30. Em Protesto contra a SDE, CREMESP lança a campanha luto pela saúde. [Acessado em 14 agos. 2011]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Noticias&id=2133>
31. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Perguntas e Respostas sobre a Lei 13.003, de 2014. [on-line]. [Acessado em 31 de maio 2018]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_prestador/contrato_entre_operadoras_e_prestadores/faq_lei_13003-2014.pdf
32. Conselho Federal de Medicina (Brasil). PROCESSO-CONSULTA CFM nº 55/12 – PARECER CFM nº 39/12. [on-line]. [Acessado em: 5 de junho de 2018]. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/pmanexoiparecercfm392012.pdf>

33. Projeto de intervenção para melhorar a assistência obstétrica no setor suplementar de saúde e para o incentivo ao parto normal [on-line]. 2009. CFM, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). [Acessado em: 01 agos. 2011]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/projeto_inversao.pdf
34. Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Projeto Parto Adequado. [on-line]. [Acessado em 31 de maio 2018]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/prestadores/parto-adequado>
35. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM nº 2.144/201612. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. [on-line]. [Acessado em: 27 de maio de 2018]. Disponível em <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>

5.3

A relação com os demais profissionais de saúde

A relação profissional entre os médicos e desses com outros profissionais deve se basear no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente, como orienta o Código de Ética Médica (CEM)¹ no capítulo I – Princípios Fundamentais, item XVII.

O atendimento multiprofissional dentro da Medicina é hoje uma prática necessária. A complexidade e a rapidez com que nos deparamos com novas técnicas, conceitos e terapêuticas dificulta ao profissional médico conseguir atender a sua paciente de maneira completa. Sendo assim, é preciso discutir os casos em conjunto, pesquisar e compartilhar decisões. A compartimentalização do conhecimento médico, as múltiplas áreas de subespecialidades dentro da própria especialidade, associados à descoberta de particularidades muitas específicas da fisiologia e de cada patologia, torna imperioso o compartilhamento multiprofissional no atendimento integral ao paciente, visando a melhor forma de atendimento que estiver ao seu alcance.

Os tempos atuais trouxeram consigo a multiplicidade do conhecimento, distribuído para todos: não é incomum que a paciente ou familiares cheguem ao consultório com vasta teoria impressa extraída dos sites de busca na internet, questionando os médicos sobre o diagnóstico e sobre a necessidade de exames subsidiários, assim como tentam ditar condutas para a situação. O profissional deve estar atento à necessidade de compartilhamento da paciente com outros profissionais médicos ou não médicos, que possibilitem uma adequada resolução do caso em questão.

Considerando-se a atividade médica em Obstetrícia, podemos imaginar uma equipe multiprofissional composta por obstetras, neonatologistas, ul-

trassonografistas, enfermeiras e psicólogas. Apesar de estrategicamente perfeita, a interação dessa equipe é por vezes difícil, envolvendo aspectos éticos tanto na orientação sobre a evolução da gravidez fisiológica quanto nas condutas diante dos casos patológicos. O objetivo deste texto é sugerir formas de relacionamento dessa equipe multiprofissional, lembrando que, como ponto de partida, devem ser sempre respeitados os preceitos estabelecidos no atual Código de Ética Médica.

Há que se considerar ainda a atribulada vida da cidade grande, em que até mesmo curtos deslocamentos levam por vezes horas e impedem que o médico consiga chegar a tempo em situações de urgência/emergência. É por essas e outras razões que o bom relacionamento e o trabalho em equipe serão sempre encorajados na busca da melhor assistência ao paciente necessitado.

O tocoginecologista e o neonatologista

O relacionamento profissional entre esses dois especialistas é por vezes cercado de conflitos impostos pelo estresse inerente às duas especialidades. Por um lado, o obstetra é obrigado a enfrentar urgências que chegam ao pronto-socorro sem aviso prévio e demandam condutas que acabam culminando com recém-nascidos prematuros e/ou asfixiados. De outro lado, o neonatologista, ocupado com suas atividades assistenciais que envolvem internações de longa duração, é chamado às pressas para atender um caso que mal conhece e que precisa de assistência integral imediata.

Baseado nessas considerações, torna-se fundamental a busca da melhor forma de relacionamento entre essas duas especialidades. Portanto, postulamos que a equipe de Obstetrícia deve incluir na sua rotina de atendimento diário o relato à equipe de Neonatologia (verbal ou escrito) sobre as condições de atendimento, procedimentos previstos e internações que forem acontecendo ao longo dos seus trabalhos. Além de reduzir o estresse gerado pelas intercorrências inesperadas, essa conduta torna possível discutir a presença de alterações fetais que possam exigir intervenções clínico-cirúrgicas imediatas ou o uso de medicamentos que não fazem parte da rotina de prescrição diária.

Enfatizando-se o atendimento em consultórios privados, é interessante que a paciente tenha contato prévio com a equipe de Neonatologia que será responsável pelo atendimento do seu filho. Isso trará mais confiança e tranquilidade para a paciente e seus familiares. O obstetra deve também reportar previamente aos neonatologistas sobre casos de alterações fetais que possam demandar assistências que fujam das rotineiras, permitindo a esse que programe uma forma de atendimento mais adequada a cada caso em questão. Is-

so também gera confiabilidade no atendimento obstétrico pelo cuidado com o bem-estar do recém-nascido, bem como dá oportunidade aos neonatologistas de explicarem possíveis desdobramentos pós-nascimento, permitindo aos pais e familiares que também exponham suas dúvidas e ansiedades em relação ao caso e se posicionem diante das informações recebidas.

O artigo 34 do CEM¹ define que é vedado ao médico: deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

É fato que o sistema hospitalar brasileiro se encontra sobrecarregado, e que muitas vezes os hospitais funcionam com números de leitos aquém das suas necessidades. Dessa forma, as tentativas de transferências e remanejamentos de pacientes devem ser realizadas em conjunto pelas equipes de Obstetrícia e Neonatologia, com iguais responsabilidades.

Nos casos de divergências técnicas entre as equipes e de condutas que possam ser interpretadas como antiéticas por uma ou ambas as partes, é recomendável que o ocorrido seja documentado e encaminhado à chefia imediata e/ou Comitê de Ética da instituição, não devendo o prontuário médico ser usado para tais ocorrências.

O tocoginecologista e o ultrassonografista

O papel da ultrassonografia, associado ao desenvolvimento de equipamentos de última geração, trouxe um novo enfoque ao manejo pré-natal. A realização de exames de rastreamento, avaliação de riscos obstétricos e fetais, identificação de malformações, alterações placentárias e até mesmo a redução da ansiedade do casal quanto ao conceito que está por vir fazem da ultrassonografia uma ferramenta importante e muitas vezes fundamental no atendimento do pré-natal. Reduzido número de obstetras nos dias atuais não são afeitos à técnica e, ao contrário, muitos outros dispõem de aparelhos para realizar o exame em seu consultório próprio. Entra-se em uma seara delicada, que é a capacitação do obstetra pré-natalista para a realização do exame, pois a ultrassonografia em Obstetrícia não se resume somente na ausculta de batimentos cardíacos fetais e mensuração de partes fetais. Um cuidado importante a ser tomado pelo obstetra que faz uso desse artifício é explicar para a paciente que esse seu exame não substitui uma ultrassonografia realizada por profissional com a devida capacitação.

Por isso, na solicitação de um exame ultrassonográfico, entra em cena um profissional que, apesar de participar de um momento importante pa-

ra o casal, não faz parte da assistência pré-natal como um todo e não estará presente na assistência ao parto. Sendo assim, durante a realização do exame solicitado, o ultrassonografista deve se ater ao exame e demonstrar possíveis alterações encontradas à paciente. Mas isso deve ser realizado sempre com o cuidado de não dar opiniões ou definir condutas quanto aos resultados do exame. É sabido que, em alguns casos, as pacientes se sentem até mesmo mal assistidas quando o ultrassonografista deixa de explicar determinadas alterações que por vezes exigem uma conduta a ser tomada. Ainda assim, o ultrassonografista deve manter sua postura e orientar a paciente que procure o seu obstetra para esclarecer suas dúvidas. Considerando-se a gravidade e complexidade das alterações encontradas, o ultrassonografista deve entrar em contato direto com o obstetra da paciente para explicar o caso com mais clareza.

É importante enfatizar que o ultrassonografista deve sempre descrever de maneira pormenorizada as alterações encontradas durante os exames. Entretanto, em virtude do temor de processos judiciais, é comum, na prática atual, a confecção de laudos de exames em busca de certa isenção de participação no caso clínico em questão. Dessa forma, sempre que houver dúvida na clareza da descrição dos achados de exames, é recomendável que tanto o ultrassonografista quanto o médico solicitante entrem em contato, a fim de um melhor entendimento.

O exame de ultrassom, apesar de solicitado por um médico e realizado por outro, pertence à paciente. Esta, portanto, pode abri-lo quando desejar e também mostrá-lo a outros profissionais se julgar necessário, como ocorre nos casos em que a paciente deseja outras opiniões a respeito.

Por fim, o ultrassonografista deve ter cuidado ao realizar exames que não tenham sido solicitados pelo médico da paciente. É o que acontece, por exemplo, quando o médico solicita um exame a ser realizado por via abdominal e o ultrassonografista julga necessária a realização do exame pela via endovaginal. Considerando que esse é um procedimento desconfortável e que muitas vezes pode ser mal interpretado pela paciente – que pode julgar o exame como prejudicial à sua gestação naquele momento –, é de grande importância que a paciente seja esclarecida a respeito da necessidade desse outro exame, que o seu médico seja previamente informado a respeito e autorize sua realização. É também necessário obter a autorização da paciente, evitando, assim, incorrer em questionamento ético por parte dela. O artigo 31 do CEM¹ define que é vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte, e

o artigo 38 do CEM¹ define que é vedado ao médico desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

O tocoginecologista e o anestesiologista

O conceito de humanização da assistência ao parto vem trazendo interpretações equivocadas quanto à assistência prestada à paciente em trabalho de parto no que diz respeito ao controle da dor. Em nossa ótica, a melhor assistência ao parto inclui a realização de procedimentos de analgesia e anestesia sempre que a paciente os solicita, seja por excessiva sensação dolorosa ou quando o procedimento em si exige a sua realização. Portanto, é imprescindível a boa interação entre o obstetra e o anestesiologista.

O obstetra deve sempre estar pronto para passar todas as informações necessárias para a realização de qualquer procedimento anestésico, e deve estar preparado para discutir a melhor técnica a ser empregada. É de bom alvitre que o tipo de anestesia seja discutido entre os dois profissionais, levando-se em conta a segurança materno-fetal, as expectativas quanto ao desfecho do parto e o conhecimento técnico científico de cada profissional. Não cabe nesse momento qualquer disputa de autonomia entre os médicos, pois o bem maior está na realização de uma técnica adequada ao caso, visando a melhor forma de resolução da situação em tela. O artigo 1º do CEM¹ define que é vedado ao médico causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência, e o artigo 32 define que é vedado ao médico deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Ao considerar a possibilidade de partos com distocia ou mesmo a possibilidade de se partir para uma cesariana de urgência, o obstetra deve comunicar ao anestesiologista. Da mesma forma, o anestesiologista deve estar presente e discutir os casos, respeitando suas individualidades.

O tocoginecologista e a equipe de Enfermagem

O bom relacionamento interdisciplinar no ambiente hospitalar implica na melhor assistência ao paciente. Assim, é preciso que as equipes de médicos, enfermeiras e técnicos de Enfermagem interajam de maneira harmônica. É preciso também que todos tenham em mente que cada um dos profissionais tem a sua parcela de responsabilidade no atendimento, regido pelo

Código de Ética de sua especialidade, e que falhas individuais podem resultar em insucesso – gerando questionamentos éticos a respeito da função específica de cada um no referido atendimento.

Dessa forma, o médico deve estar sempre presente e pronto para atuar em situações de emergências. Já a Enfermagem, técnicos e/ou enfermeiros, é sabidamente a grande responsável pelo funcionamento dos hospitais e, principalmente, dos centros cirúrgicos. Por isso, a responsabilidade de reposição de materiais e medicamentos cabe a esses profissionais, assim como a de reportar quando seu funcionamento não se encontra adequado. Em hipótese alguma o médico pode ser impedido de dar atendimento adequado à sua paciente por falta de condições de trabalho. É nesse contexto que enfatizamos que a responsabilidade no atendimento é de todos na equipe de saúde.

É claro que o respeito e a cordialidade devem estar sempre presentes no convívio desses profissionais. Em casos de reclamações por parte de alguma das equipes, estas deverão ser feitas aos respectivos responsáveis para que sejam tomadas as devidas providências baseadas em seus Códigos de Ética Profissional.

Aspecto importante do relacionamento entre obstetras e enfermeiras diz respeito à participação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto. Algumas equipes são compostas pela enfermeira, que, por sua vez, costuma acompanhar o trabalho de parto em suas fases iniciais até a chegada do obstetra. Isso é permitido por lei, mas deve ser sempre exposta à paciente a forma de assistência desempenhada pela equipe em questão.

A Lei 7.498/86² permite às enfermeiras obstétricas dar assistência à parturiente e realizar partos eutópicos sem a presença necessária do médico obstetra. É importante frisar que muitas vezes os limites tênues que separam o parto eutópico daqueles com alguma distocia não são facilmente percebidos. Logo, ambos os profissionais devem ser responsáveis pelos seus procedimentos e pela descrição fiel de todas as etapas assistidas no prontuário da paciente. É dever da enfermeira obstétrica, ainda, identificar possíveis irregularidades na assistência ao parto e pedir auxílio ao obstetra participante do caso antes que complicações graves se instalem. Da mesma forma, o obstetra deve estar pronto a colaborar para a melhor assistência à paciente e seu feto.

O tocoginecologista e o psicólogo

A completa assistência médica implica no acolhimento da paciente como um todo. Ou seja, é importante considerar tanto o tratamento da doença em questão quanto o acompanhamento do quadro psicológico que pode dela

se originar. É importante frisar que, nesse momento, muitas vezes o médico não consegue dedicar seu tempo ao adequado acompanhamento psicológico de sua paciente – e é aqui que se torna fundamental a presença do psicólogo. Entretanto, é fundamental a inter-relação dessas duas especialidades. O psicólogo não deve interferir na evolução do tratamento médico da paciente; por sua vez, cabe ao médico fornecer as informações necessárias para que o psicólogo desenvolva suas atividades.

No âmbito obstétrico, a descoberta de alterações, como malformações fetais, pode ser acompanhadas de completo descontrole emocional das pacientes e até mesmo de toda a família. Nesse momento, é importante a participação do psicólogo, e o médico deve permitir que este use o tempo necessário para conduzir o caso da melhor forma possível.

Referências

1. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009; Seção 1:90-2.
2. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jun. 1986.

A violência contra o médico e demais profissionais de saúde

A violência esteve presente durante todo o processo evolutivo do ser humano. Inicialmente foi essencial na sobrevivência para a obtenção de alimentos, defesa do território e do grupo de indivíduos; com a evolução da espécie, ocorreu sensível redução, mas persistiu com características criticáveis, como a dominação de outros povos e a expansão territorial. Mais recentemente, observa-se um expressivo incremento da violência individual vinculada a atividades ilícitas e também, de forma desmedida e banalizada, como método de resolução de desentendimentos interpessoais.

Atualmente vivemos um “estado de violência” que aumenta progressivamente, em parte devido à universalidade e rapidez dos meios de comunicação, que replicam e exibem, continuamente, notícias sobre atos violentos dos mais diversos tipos, vulgarizando o inaceitável.

A violência, pelo número de vítimas e de sequelas – tanto orgânicas como emocionais –, tem caráter endêmico e é problema de Saúde Pública em vários países. Agudelo SF afirmou que a violência não é um problema específico da área da Saúde, mas não deixa de afetá-la: representa uma ameaça à vida, altera a qualidade da saúde, produz enfermidades e pode provocar a morte.¹

Vários estudos analisaram a influência da violência exibida nos desenhos animados e em jogos eletrônicos direcionados a crianças e adolescentes.² Observações do comportamento e a evolução dessas crianças demonstraram influência maléfica, como o isolamento social e familiar, aumento da obesidade, dos níveis de colesterol, do consumo de sódio, tabaco e álcool, desempenho escolar insatisfatório e aumento do comportamento violento e de agressões gratuitas a indivíduos vulneráveis. Está sendo formada uma população acostumada à violência.²

As mídias (televisão, rádio e imprensa) costumam ter predileção por temas sobre a assistência à saúde da população, com objetivos louváveis como a proteção aos desassistidos. Entretanto, com frequência, os destaques das matérias são as condições inadequadas, mas habituais, nos serviços públicos de urgência e emergência – condições que não são de responsabilidade dos profissionais envolvidos no atendimento.

Os médicos não têm o poder de interferir nas questões gerenciais e administrativas, que são a origem dessas deficiências. Habitualmente, os problemas estruturais são atribuídos ao médico que está realizando o atendimento, tornando-o vulnerável à violência dos pacientes e familiares.

Essas notícias facilitam a manutenção do chamado “estado de violência social” contra os médicos e outros profissionais de saúde. Essas tensões acompanham os médicos durante suas atividades e mesmo após o término do trabalho, podendo colaborar com a gênese da Síndrome do Esgotamento Profissional, ou Burnout. Essa síndrome é mais comum entre estudantes, médicos residentes e no início da carreira, oncologistas e emergencistas.

Entre os fatores que determinam o aumento do estresse doméstico estão a preocupação com o diagnóstico e tratamento adequados, visto que a possibilidade do erro médico é sempre um destaque nos meios de comunicação em massa; a falta de condições adequadas de higiene e conforto nos locais de trabalho; a sobrecarga de trabalho; as deficiências nos recursos disponíveis para o trabalho; a falta de sono; e as ameaças explícitas ou veladas de gestores, pacientes e acompanhantes.³

As atividades médicas têm apresentado uma característica defensiva, com solicitação por vezes exagerada de exames e encaminhamentos para avaliações especializadas, o que aumenta a demora nos atendimentos, gerando desentendimentos com os pacientes e acompanhantes. Em contrapartida, nas unidades que não dispõem de recursos diagnósticos, a violência contra os médicos pode ser desencadeada pela não solicitação de exames.³

A população entende como uma agressão aos seus direitos a falta de materiais, medicamentos, leitos e exames médicos. Estimulados com tais fatos, a população, já imbuída da vulgarização da violência presente em nossa sociedade, reage com atitudes violentas para exigir o que considera correto. Frequentemente, essas demandas são exercidas contra os profissionais médicos que estão realizando os atendimentos nas UBS, UPAS, PS e hospitais, sendo que esses não possuem nenhuma capacidade de resolução das deficiências advindas do subfinanciamento da Saúde, da gestão incompetente dos recursos e do desinteresse dos políticos que detêm os meios que poderiam corrigir as deficiências do Sistema de Saúde.

As unidades de saúde de localização periférica têm dificuldades para manter suas equipes médicas completas, devido ao desinteresse em trabalhar em locais inseguros, com deficiências estruturais e de funcionamento.^{4,10}

O subdimensionamento dos recursos assistenciais leva à formação de filas, demora no atendimento e frustração dos anseios daqueles que procuram um meio de solucionar seus males. Isso pode desencadear, em pessoas com personalidade violenta, atitudes agressivas contra os profissionais de saúde das unidades, em especial contra os médicos: é a degradação da relação médico-paciente.⁵

Os médicos, nessa situação, são profissionais vulneráveis e abandonados pelos gestores e pelas equipes de segurança – que têm como função a proteção do patrimônio, e não das pessoas. Entende-se que o maior patrimônio de uma unidade de saúde é o seu corpo de funcionários, que deve receber total proteção e condições para o trabalho.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde, a vulnerabilidade é “o estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido”.⁶ Complementando, Abdalla-Filho afirma que:

“Considerando-se o caráter relacional de vulnerabilidade, pode-se constatar que alguém não é, mas está ou não vulnerável, na dependência de suas relações, sendo, portanto, totalmente possível à existência de situação que acaba por inverter os papéis socialmente estabelecidos”. Em outras palavras, conforme o autor um indivíduo reconhecido como poderoso não ocupa este lugar de forma absoluta, podendo encontrar-se em uma condição de vulnerabilidade quando exposto a situações de violência.⁷

O médico está vulnerável quando submetido ao estresse de atuar em local sem condições técnicas ou emocionais de trabalho, o que é comum em unidades periféricas dos tipos UBS, UPA e PS. Existem muitas situações no trabalho em que o médico se distancia do poder a ele atribuído e assume a posição de vulnerável às ações de seus superiores, de gestores e de pacientes e acompanhantes.

No Código de Ética Médica consta em Direito dos Médicos: “Recusar-se a exercer sua profissão em Instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais”. Nesse caso, deve comunicar imediatamente sua decisão à Comissão de Ética Médica e ao Conselho Regional de Medicina; entretanto, muitas vezes por necessidade de subsistência pró-

pria e de seus familiares, o médico aceita trabalhar em condições inadequadas.

O assédio moral por parte dos superiores é frequente, compreendendo desde exigências de serviço descabidas ou humilhantes aos médicos residentes até as dos chefes imediatos nos serviços públicos e privados.

A agressão do médico por paciente caracteriza a situação do médico como vulnerável naquele momento da agressão.⁷

Heller e Deluty consideram como risco ocupacional as agressões de médicos psiquiatras por seus pacientes.⁸

Abdala discute proposta para discussão e mudança na visão segundo a qual o médico é sempre o “detentor do poder”. Propõe-se uma reflexão sobre as situações em que os médicos são agredidos e abusados em seu trabalho, assumindo a condição de vulneráveis.⁷ Até que ponto os médicos devem assumir o status de “poderosos”, condição delegada e cobrada pela sociedade, e que significa uma enorme exigência pessoal que os priva do direito de se mostrarem fragilizados, em determinados momentos, perante a sociedade e a si mesmos?

A mortalidade decorrente de violência durante o trabalho é baixa, por isso não chama atenção, mas os danos emocionais aos profissionais são endêmicos.

Modificações nos processos de administração de saúde, principalmente a pública, adequação das unidades de atendimento, proporcionando condições mínimas de trabalho, materiais e medicamentos, o adequado dimensionamento das equipes profissionais e a efetiva proteção às pessoas durante o trabalho podem diminuir a insatisfação dos usuários e dos profissionais de saúde, proporcionando melhor assistência e redução da violência.

Em sua maioria, os eventos violentos e os traumatismos não são acidentais, não são fatalidades, não são falta de sorte: eles podem ser enfrentados, prevenidos e evitados.⁹

Uma análise do Cremesp demonstrou a insegurança e insatisfação dos médicos, na pesquisa “Percepção da violência na relação médico-paciente”, do Databolha (2015).¹¹ Outra pesquisa, divulgada pelo Cremesp e COREN, em março de 2017, identificou que 7 em cada 10 profissionais de saúde já sofreram agressão causada por pacientes ou familiares, e que 59,7% dos médicos e 54,7% dos profissionais de enfermagem sofreram violência no trabalho mais de uma vez.¹²

Através de ação conjunta, o Cremesp e a AMEM apoiaram proposta de agravamento das penas aplicadas nos casos de violência contra médicos, que foi aprovada pela Comissão de Constituição e Justiça do Congresso no dia 24 de abril de 2018.

Dois projetos de lei propõem a modificação do Decreto 2848 de 1940,¹³ o PL nº 6749/16¹⁴ e o nº 7269/17,¹⁵ este último de autoria do médico e Deputado

Federal Sinval Malheiros. Nele, é prevista a tipificação dos casos de agressão aos profissionais de saúde dentro e fora do ambiente de trabalho, acrescentando o parágrafo 13 ao artigo 129 do Decreto Lei nº 2848 de 7 de dezembro de 1940:¹³ “Se a lesão for praticada contra profissionais ligados à área de atenção à saúde, ainda que fora do ambiente de trabalho, mas em virtude da condição da vítima como profissional da área”.¹³

O Projeto de Lei nº 6.749/16¹⁴ é de autoria do Deputado Federal Antônio Goulart dos Reis e está em tramitação na Câmara. Propõe, por sua vez, o aumento das penas, tipificando de forma mais gravosa os crimes de lesão corporal, contra a honra, ameaça e desacato, quando cometidos contra médicos e demais profissionais de saúde durante o exercício de suas profissões.¹³

O médico agredido verbalmente ou ameaçado em decorrência do seu trabalho pode:

- Lavrar boletim de ocorrência em Delegacia de Polícia próxima ou online pelo site eletrônico <http://www.ssp.sp.gov.br>;
- Comunicar o fato, por escrito, aos Diretores Técnico e Clínico;
- Encaminhar o paciente, caso não seja situação de urgência ou emergência, para continuar o atendimento com outro colega;
- Documentar os fatos, com cópias de documentos, nomes, endereços, telefones de testemunhas;
- Nos casos de agressão física consumada, deve também se dirigir à Delegacia de Polícia para efetuar queixa e providências para o exame de corpo de delito;
- Deverá providenciar um advogado para ajuizar medidas cabíveis, cíveis e criminais contra os agressores, e também poderá denunciar a instituição onde trabalhava como corresponsável por não prover segurança a seus funcionários.⁴

Há notícias de decisões judiciais, com médicos sendo indenizados pelos agressores, em ações movidas devido a agressões físicas, injúria, calúnia e difamação; e também pelos empregadores, por não proverem a segurança necessária.

A modificação da legislação penal e sua efetiva aplicação podem reduzir a incidência da violência na saúde.

Referências

1. Agudelo SF. La violencia: um problema de salud publica que se agrava em lareión. Boletin Epidemiologio de la OPS. 1990;11: 01-07.

2. Njaine K, Minayo MCS. A violência na mídia como tema da área de saúde pública: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(1):201-211.
3. Meleiro AMAS. Consequências do trabalho na saúde mental do médico: Qual a realidade? In: Trabalho e Saúde Mental dos Profissionais da Saúde. Organização de Cordeiro Q, Razoouk D, Lima MAG. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2015: 105-126.
4. Violência afasta médicos de postos de saúde periféricos. *Jornal do CREMESP*. 327, julho 2015; p.8-9.
5. SP cria grupo de combate à violência contra médicos e enfermeiros. [on-line]. [Acessado em: 12 jun.2018]. Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2016/07/sp-cria-grupo-de-combate-violencia-contra-medicos-e-enfermeiros.html>
6. Conselho Nacional de Saúde. (Brasil). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, de 13 de junho de 2013, seção 1, p59,coluna 3 .
7. Abdalla-Filho E. Violência em saúde quando o médico é o vulnerável. *Revista de Bioética*. 2006;12:121-126.
8. Haller RM, Deluty RH. Assaults on staff by psychiatric in pacientes. *The Bristish jornal of Psychiatry*.1988;152:174-9.
9. Minayo, MCS. Violência Social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 1984;10 suppl.1:1-10.
10. Oliveira CC, Almeida MAD, Morita I. Violência e Saúde: Concepções de Profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*:2011; 35(3): 412-420.
11. 64% dos médicos já vivenciam ou conhecem colegas que sofreu violência. *Jornal do CREMESP*. 332, dez.2015; p.6-7.
12. Violência não resolve. www.cremesp.org.br/pdfa/Sondagem_2017.pdf
13. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal [on-line]. [Acessado em:05 jun. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm
14. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n. 6749 de 15 de dezembro de 2016. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para tipificar de forma mais gravosa os crimes de lesão corporal, contra a honra, ameaça e desacato, quando cometidos contra médicos e demais profissionais da saúde no exercício de sua profissão. (Antonio Goulart dos Reis - PSD / SP). [Acessado em: 12 de jun.2018]. Disponível em: http://www.camara.leg.br/Internet/Deputado/dep_Detalhe.asp?id=5310382
15. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n. 7269 de 30 de março de 2017. Acrescenta o § 13 ao art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para qualificar a conduta de agressão contra profissionais de saúde. (Sinval Malheiros Pinto Júnior - PTN/SP). [Acessado em: 12 de jun.2018]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2127821>

6

Direitos sexuais e reprodutivos

Planejamento familiar

O planejamento familiar é conceituado como um “conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”.¹ Alguns direitos sociais são garantidos à mulher, a fim de protegê-la durante a gravidez, o parto e a amamentação – em atenção à função biológica de perpetuação da espécie humana.

O controle de natalidade, que tem como objetivo reduzir a pobreza pela redução do crescimento demográfico, diferencia-se do planejamento familiar, pois este último se caracteriza por: estimular a vida conjugal, o senso de responsabilidade e o objetivo de constituir famílias.

A Constituição Federal e o planejamento familiar

A Constituição Federal trata do planejamento familiar no parágrafo 7º do artigo 226:²

Art. 226 – A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

§ 7º – Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

O conteúdo do artigo da Constituição Federal que versa sobre o planejamento familiar demonstra preocupação do legislador com esse tema, que constitui um dos direitos da família, e responsabiliza o Estado no sentido de providenciar as informações sobre os meios de planejamento familiar.

Após longo período sem orientação oficial, surgem discussões a respeito do controle da fecundidade e, depois de anos de tramitação no Congresso, foram aprovados dispositivos que norteiam a sociedade médica e também os pacientes em relação a como se comportar diante desse assunto.

Escolha do método contraceptivo

Nas últimas décadas, a luta das mulheres pelo direito de não terem filhos se tornou notável. A escolha do método contraceptivo orbita na esfera dos direitos. No entanto, cabe ao médico orientar, para cada casal, o método adequado, informando-lhes quanto aos detalhes da indicação, segurança, efeitos colaterais e riscos.

Planejamento familiar – Lei nº 9.263/96¹

Essa lei¹ é compreendida por uma visão de atendimento global e integral à saúde. Ela deve ser orientada por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações sobre os meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

No capítulo I da lei, observa-se o que preceituam os artigos 1º, 2º e 4º:

Art. 1º – O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º – Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Art. 4º – O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

O artigo 10 da mesma lei estabelece pormenorizadamente as condições aprovadas para a esterilização cirúrgica em homens e mulheres.

A partir de uma análise do que está disposto na Lei nº 9.263/96¹ quanto à esterilização cirúrgica, observa-se sua desmesurada permissividade, tanto para o homem quanto para a mulher, em relação à autonomia e à manifestação da vontade. Entretanto, em mulheres no período gravídico-puerperal, essa permissividade é paradoxalmente muito restritiva. Isso reflete as motivações que culminaram com a sua discussão e posterior aprovação, quais sejam, os altos índices de cesárea no Brasil com a participação importante da esterilização cirúrgica por ocasião do parto (cesáreas desnecessárias), em nível do Sistema Único de Saúde. Portanto, a intenção inicial era criar dispositivos legais para se inibir a realização de cesáreas, especialmente aquelas executadas para a realização da laqueadura tubária.

Independentemente dos motivos, a lei se transformou em avanço e preencheu uma antiga lacuna, já que o controle da fecundidade jamais fora foco de tantas discussões. Hoje, ela constitui um importante guia para a conduta médica. Entretanto, antes de se conceber um formato final de orientação aos tocoginecologistas, necessitou passar por uma análise balizada pelos conselheiros do Cremesp.

Consultas ao Cremesp e ao CFM

Em razão da restrição extrema da laqueadura no período gravídico-puerperal, foram enviadas várias cartas-consultas ao Cremesp com objetivo de se ampliar as permissões, especialmente nas mulheres com doenças crônicas. Por outro lado, a forma do enunciado da lei¹ e a inabilidade dos tocoginecologistas em lidar com as questões legais suscitaram importantes dúvidas que necessitavam serem dirimidas.

A seguir, apresenta-se as consultas e seus respectivos pareceres:

1. Consulta nº 67.890/97³

Motivo: laqueadura nas gestantes com doenças como hipertensão, diabetes e cardiopatias, que acarretam prejuízo à saúde da mulher.

Parecer: a laqueadura pode ser efetuada, seja durante uma operação cesariana ou após o parto vaginal, pela técnica periumbilical.

2. Consulta nº 60.174/98⁴

Motivo: limite inferior de idade e número mínimo de filhos.

Parecer: permite-se a esterilização em um indivíduo sem filhos com 25 anos, ou na adolescente com 16 anos, casada com pelo menos dois filhos.

3. Consulta nº 7.662/98 (CFM 16/99)⁵

Pergunta: a laqueadura pode ser realizada no parto, se houver aprovação no período pré-gestacional?

Parecer: não, somente nos casos de comprovada necessidade em situações de cesarianas sucessivas prévias.

4. Consulta número nº 4.210/98 (Parecer CFM nº 16/98)⁶

Pergunta: necessidade do consentimento do casal, obtenção de provas de cesarianas anteriores e necessidade de equipe multidisciplinar.

Parecer: consentimento é necessário, com prazo de 60 dias antes do ato cirúrgico. Na manifestação do desejo, deve-se constar o número de cesarianas (isso é o suficiente). Além da equipe médica, sugere-se: Enfermagem, Psicologia e Serviço Social.

5. Consulta nº 59.619/2004⁷

Pergunta: necessidade de apresentação de certidão de nascimento dos filhos; declaração emitida pelo último hospital sobre o número de cesáreas realizadas; nos casos graves, que são admitidos próximo à data do parto, a dispensa do prazo de 60 dias da manifestação do desejo da laqueadura tubária e sua realização.

Parecer: apresentação das certidões de nascimento é necessária e essencial; declaração de outro hospital a respeito do número de cesáreas anteriores não dirime dúvidas; é obrigatória a obediência aos 60 dias.

Com a aprovação dos pareceres, o Cremesp e o CFM esclareceram várias dúvidas emanadas da leitura da lei¹ e estendem a permissão da laqueadura. Além da comprovada necessidade pelas cesáreas sucessivas, é permitida a operação de esterilização nas situações de doenças maternas como: hipertensão, diabetes, cardiopatias, etc. As dúvidas que foram dirimidas são:

- Limite de idade;
- Necessidade de assinatura do termo de consentimento pelo casal;
- Necessidade de documentos;
- Equipe multidisciplinar para avaliação dos casos; sugere-se psicólogos, enfermeiras e assistentes sociais;
- Obrigatoriedade do prazo de 60 dias entre a manifestação do desejo e o ato cirúrgico, mesmo em casos muito graves;

- Permissão para se realizar a operação no puerpério;
- Permissão para se realizar pela técnica periumbilical;
- Não permissão da realização da laqueadura no parto ou no puerpério diante da existência de aprovação no período pré-gestacional.

Extensão da proibição no ciclo gravídico-puerperal

A Lei nº 9.263/96¹ estabelecia proibição da laqueadura tubária durante o parto e aborto. Em reunião plenária, o Cremesp aprovou o parecer nº 60.174/98,⁴ que estendeu a proibição até o 42º dia de puerpério.

Previsão de penas ao infrator da Lei nº 9.263/96¹

A realização da esterilização cirúrgica em desacordo com a lei submeterá o infrator à reclusão de dois a oito anos e multa. A pena pode, ainda, ser acrescida de um terço, se a esterilização for praticada durante a gestação, parto e puerpério, ou se ela não for voluntária em indivíduo com capacidade civil plena.

O Código de Ética Médica⁸ e o planejamento familiar

O Código de Ética Médica⁸ aborda a questão nos seguintes artigos:

É vedado ao médico:

Art. 14 – Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no país.

Art. 15 – Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

Art. 42 – Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.

Capítulo II – Direito dos Médicos

É direito do médico:

Inciso IX – Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Critérios para a realização da esterilização cirúrgica^{1,9}

Após todos os trâmites, incluindo os ajustes necessários e os esclarecimentos de dúvidas resultantes da leitura de um texto jurídico por médicos, eis como foram oficialmente descritos os critérios para a realização dessa cirurgia:

- Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período em que será propiciado à pessoa interessada acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;
- Em caso de risco à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos;
- A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada por laqueadura tubária, vasectomia ou outro método cientificamente aceito, sendo vedada por meio de hysterectomia ou ooforectomia;
- No prontuário médico, será obrigatório o registro da expressa manifestação de vontade em documento escrito e firmado – após informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de reversão e opção de contraceção reversível existente;
- É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos do parto, aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores ou quando a mulher for portadora de doença de base – e a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde. Neste caso, a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos;
- Não será considerada manifestação de vontade expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;
- Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges;
- A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial;

- É obrigatório o preenchimento de ficha de registro individual de notificação de esterilização, sendo que a ficha deve ser encaminhada ao SUS e uma cópia deve ser arquivada junto ao prontuário da paciente;
- Os estabelecimentos hospitalares interessados em realizar a esterilização cirúrgica deverão se credenciar junto ao SUS.

Referências

1. Brasil. Lei n. 9.263, de 12 janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências [on-line]. [Acessado em:14 jun. 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6202
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Brasília, DF: Senado; 1988 [on-line]. [Acessado em 05 jun. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm
3. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer consulta, nº 67.890/97, de 22 de outubro de 1997. Se é permitido efetuar o procedimento de laqueadura tubária em pacientes portadoras de patologias graves, durante o parto [on-line]. [Acessado em: 14 jun. 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=3926
4. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer consulta, nº 60.174/98, de 16 de março de 1999. Esterilização voluntária. Interpretação da Lei 9.263/96 [on-line]. [Acessado em: 14 jun. 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=3925
5. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Parecer Consulta nº 16/99.Veda a esterilização durante partos ou abortos [online]. [Acessado em: 14 jun. 2018]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/1999/16_1999.htm
6. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Parecer Consulta n. 16/98. Regulamentação sobre esterilização e planejamento familiar – Lei nº 9.263/96 [on-line]. [Acessado em: 14 jun. 2018]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/1998/16_1998.htm
7. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer consulta, nº 59.619/04, de 22 de novembro de 2005. Contracepção cirúrgica [on-line]. [Acessado em: 14 jun. 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=6922
8. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009; Seção 1:90-2.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999. Estabelece normas e procedimentos SIH/SUS para Planejamento Familiar. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 17 fev. 1999; Seção 1: 61-2.

Interrupção da gestação

Para analisar o aborto do ponto de vista da Ética Médica, é necessário, primeiramente, situá-lo no campo estratégico da saúde reprodutiva das mulheres. Por saúde reprodutiva, entende-se uma série de condições que traduzem o completo bem-estar físico e psíquico das mulheres, assim como sua satisfatória adequação na área reprodutiva.

Por aborto (ou abortamento), entende-se a interrupção da gestação, voluntária ou não, antes de o feto completar 22 semanas. Quando a idade gestacional não é conhecida, utiliza-se como parâmetro o peso fetal, que deve ser menor que 500 gramas, ou a estatura, que não deve ultrapassar 16,5 cm. Sob o ponto de vista clínico, o aborto pode ser precoce (até 12 semanas) ou tardio (13-22 semanas). Sob o ponto de vista jurídico, o aborto é simplesmente a interrupção da gestação, com o intuito da morte fetal, independentemente da idade gestacional.

No Brasil, o aborto voluntário (ou provocado) é considerado ato criminoso e detalhado nos artigos 124 até 127 do Código Penal.¹ Já o aborto legal (ou permitido por lei) é explicitado no artigo 128 do mencionado código, em situação bem caracterizada de exclusão de antijuridicidade:

Art. 128 – Não se pune o aborto praticado por médico:

I – se não houver outro meio de salvar a vida da gestante;

II – se a gravidez for resultante de estupro e o aborto for precedido de consentimento da gestante e, quando menor ou incapaz, de seu representante legal.

Embora legalizado no Brasil desde 1940 pelo Código Penal nas duas circunstâncias acima, o acesso à interrupção legal da gravidez por estupro foi somente garantida em 1989.² Desde 1993, mais de 5 mil autorizações judiciais vêm caracterizando uma jurisprudência dominante brasileira, nas situações de malformações fetais graves irreversíveis e incompatíveis com a vida extrauterina.

Em abril de 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou procedente a arguição de descumprimento de preceito fundamental (ADPF) nº 54,³ proposta pela Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde, e decidiu: “por maioria e nos termos do voto do relator, julgou procedente a ação para declarar a inconstitucionalidade da interpretação segundo a qual a interrupção da gravidez de feto anencéfalo é conduta tipificada nos artigos 124, 126, 128, incisos I e II, todos do Código Penal”.

Com a decisão, a mulher com gestação de feto anencéfalo poderá manter ou realizar a antecipação terapêutica do parto, se assim o desejar, na rede pública ou no serviço privado de saúde. Portanto, não é mais necessária qualquer autorização judicial para a realização do procedimento de interrupção de gestações de fetos anencefálicos.

Elencamos abaixo, de maneira mais detalhada, os critérios e procedimentos obrigatórios pela legislação e as recomendações éticas a serem observadas para interrupção da gravidez nos casos previstos em lei:

Gravidez por estupro – aborto sentimental

O Código Penal Brasileiro (Decreto-lei nº 2.848/1940)¹ estabelece que a única exigência jurídica para interrupção da gestação decorrente de estupro é o termo de consentimento. Entretanto, a Portaria nº 1.508/2005 – GM/Ministério da Saúde⁴ regulamenta o dispositivo legal e “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”. A portaria estabelece as condições necessárias e obrigatórias para adoção de qualquer medida de interrupção da gravidez no Brasil, excetuando-se os casos que envolvem riscos de morte à mulher.

Além disso, determina, no terceiro parágrafo do Art. 4º, que “a equipe de saúde multiprofissional deve ser composta, no mínimo, por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo”. O atendimento à solicitação de interrupção da gestação decorrente de estupro deve ser integralmente anotado pelos componentes da equipe multiprofissional. O aten-

dimento é composto por cinco fases que deverão ser registradas no formato de termos arquivados e precisam ser anexados ao prontuário médico.

Termos e documentos obrigatórios para interrupção da gravidez por estupro

- **Termo de relato circunstanciado do evento.** Realizado pela própria gestante, assinado por ela ou, quando incapaz, por seu representante legal, bem como por dois profissionais do serviço como testemunhas do depoimento. Nele deverá constar a data e hora aproximada da ocorrência, tipo e forma da violência, descrição dos agentes de conduta e identificação de testemunhas, se houver.
- **Parecer técnico.** Elaborado pelo médico, após detalhada anamnese, exame físico geral e ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e demais exames complementares, se houver, tendo em vista a compatibilidade entre a idade gestacional, a data do estupro e o laudo ultrassonográfico. Paralelamente, a mulher receberá atenção e avaliação da equipe multiprofissional (enfermeira, psicóloga, assistente social), que anotará suas avaliações em documentos específicos.
- **Termo de aprovação de procedimento de interrupção da gravidez decorrente de estupro.** Assinado por no mínimo três integrantes da equipe multiprofissional, sem desconformidade com a conclusão do parecer técnico.
- **Termo de responsabilidade.** Assinado pela gestante ou, quando incapaz, por seu representante legal, em que constará advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica¹ (art. 299 do Código Penal) e de aborto¹ (art. 124 do Código Penal), caso não tenha sido mesmo vítima de violência sexual.
- **Termo de consentimento livre e esclarecido.** Em que constará, em linguagem acessível, os desconfortos e riscos, os procedimentos que serão adotados durante a intervenção médica, a forma de acompanhamento e assistência e a garantia de sigilo, exceto quando em caso de requisição judicial. Deverá conter ainda declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez.

Todos os documentos deverão ser assinados pela mulher ou, quando incapaz, por seu representante legal, elaborados em duas vias, sendo uma fornecida para a gestante e outra arquivada no prontuário médico.^{4,5}

Recomendações éticas para a interrupção da gravidez decorrente de estupro

- Atendimento com equipe multidisciplinar, composta, no mínimo, por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo;
- Orientação à mulher no sentido de tomar as providências policiais e judiciais cabíveis. Caso ela não o faça, não pode lhe ser negado o direito de abortamento legal;
- Esclarecimento sobre as alternativas legais em relação ao destino da gestação e as possibilidades de atenção nos serviços de saúde, que deve ser garantida independente da opção da gestante;
- Informações sobre a possibilidade de interrupção da gravidez decorrente de estupro, estando a solicitação dentro dos pré-requisitos legais;
- Da mesma forma e com mesma ênfase, deve ficar claro o direito e a possibilidade de preservação da gestação até seu término, com garantia de cuidados pré-natais apropriados. Neste caso, a mulher deve receber informações completas e precisas sobre as alternativas após o nascimento, que incluem: permanecer com a criança e inseri-la na família ou proceder com os mecanismos legais de doação;
- A palavra da mulher que afirma ter sofrido violência deve ter credibilidade legal e ética, sendo obrigatoriamente recebida como presunção de veracidade;
- O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde, então seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à polícia ou à justiça;
- Deve-se observar as recomendações elencadas na norma técnica “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, do Ministério da Saúde,⁶ quanto ao limite da idade gestacional de até 20 semanas, a ser observada para a interrupção por estupro, além de quais são as técnicas cirúrgicas e medicamentosas cientificamente recomendadas;
- A decisão pela realização do abortamento em gestação decorrente de estupro cabe aos serviços de saúde, não sendo necessária a obtenção de autorização judicial;⁷
- A lei penal brasileira não exige alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento em casos de gravidez decorrente de violência

sexual.⁸ O mesmo cabe para o boletim de ocorrência e para o laudo do exame de corpo de delito e conjunção carnal, do Instituto Médico Legal. Embora esses documentos possam ser desejáveis em algumas circunstâncias, a realização do abortamento não está condicionada à apresentação deles;⁷

- O primeiro parágrafo do artigo 20 do Código Penal estabelece que “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima”;¹ Se todas as cautelas procedimentais forem cumpridas pelo serviço de saúde, caso seja verificada, posteriormente, inverdade na alegação de estupro, somente a gestante, em tal caso, responderá criminalmente;⁷
- Não são necessários: autorização judicial, laudo do IML, boletim de ocorrência, tampouco a comunicação do procedimento junto ao CRM.

Risco de morte materna – aborto terapêutico

Recomendações éticas para a interrupção da gestação em caso de risco de morte materna:

- Avaliação de, no mínimo, dois profissionais, sendo que um deles deverá ser clínico geral ou especialista na patologia que está motivando a interrupção;
- O prontuário médico deverá conter as justificativas médicas e todos os detalhes sobre o risco materno. O preenchimento completo do prontuário médico da paciente é obrigatório e deve ser feito por toda a equipe, onde deverão estar as opiniões e avaliações de cada profissional, além dos exames laboratoriais que justifiquem o grave risco à saúde e à vida da gestante com o evoluir da gestação;
- Ter a clareza de que a interrupção da gestação é a única e a mais adequada maneira de preservar a saúde e a vida da gestante;
- Ter a anuência e/ou consentimento livre e esclarecido assinado pela gestante ou por seus familiares – salvo em casos de impossibilidade, como em situações de eminente risco de morte;
- Ter apoio e acompanhamento de uma equipe multiprofissional, especialmente de psicólogos, tendo em vista que a gestação é desejada;
- Em situações especiais, como choque, coma, câncer, quimioterapia e radioterapia, a conduta deve ser individualizada e discutida com a equipe médica e multidisciplinar;

- Não são necessários: autorização judicial, laudo do IML, boletim de ocorrência, tampouco a comunicação do procedimento junto ao CRM.⁵

Aborto por anomalia fetal – aborto seletivo

Com o avanço experimentado pela Medicina, especialmente na área de diagnósticos por imagem, tem sido possível a detecção precoce das malformações do feto, muitas delas incompatíveis com a vida extrauterina. Mesmo não estando previstas nas possibilidades legais do Código Penal, a interrupção da gestação mediante autorização judicial vem sendo permitida, especialmente quando as malformações são irreversíveis e incompatíveis com a vida extrauterina.

Conforme levantamento de 263 autorizações judiciais, as causas mais frequentes de malformação nas solicitações para autorização judicial foram: anencefalia (104 casos), malformações congênitas múltiplas (39), malformações do sistema urinário (34), anomalias ósseas (17) e erros de fechamento da linha média (10).⁹

A Síndrome de Down (trissomia do cromossomo 21), patologia frequentemente diagnosticada ainda dentro do primeiro trimestre, por não ser incompatível com a vida extrauterina, não tem obtido autorização judicial para a interrupção. Malformações fetais com chance de sobrevida também não têm sido interpretadas com embasamento legal para a interrupção da gestação por parte do judiciário, salvo nos casos que envolvem risco de morte materna consequente à patologia fetal.

Até 2012, a malformação fetal que mais comumente demandava a decisão dos tribunais brasileiros era a anencefalia, cujo diagnóstico é 100% seguro através da ultrassonografia realizada por volta da 12^a semana de gravidez.¹⁰

Há severas repercussões para a saúde reprodutiva da mulher que se vê forçada a prosseguir com a gestação de feto anencéfalo, tais como: maior frequência de complicações maternas, hipertensão arterial, gravidez prolongada, apresentação pélvica ou de face, distocia bisacromial, rotura prematura de membranas, retenção placentária, atonia uterina e aumento do volume de líquido amniótico (polidrâmnio) – tudo isso, é claro, traz danos físicos à saúde da mulher.¹¹

A ocorrência de polidrâmnio eleva o risco de complicações na gravidez, favorecendo o surgimento de alterações respiratórias. Pode, ainda, ocorrer hemorragias vultuosas por descolamento prematuro da placenta e hemorragias no pós-parto por atonia uterina.¹² A literatura médica reconhece que o

sofrimento psíquico gerado pela gestação de um feto anencefálico pode promover também quadro de estresse pós-traumático de longa duração.¹³ Com a decisão do STF, a proibição do aborto prevista no atual Código Penal brasileiro não se aplica ao caso de fetos anencéfalos.³ Em síntese:

(i) porque a causa da morte fetal decorre, unicamente, de sua própria malformação incurável, sendo incabível alegar-se violação à vida do feto, não sendo possível, sequer, falar-se em aborto em termos jurídicos; (ii) porque não se pode interpretar a lei penal descriminadora de modo restritivo, desconsiderando-se a realidade e o fato de que, em 1940, quando redigido o Código Penal, era impossível prever as anomalias fetais, ao passo que, atualmente, a anencefalia é diagnosticável com 100% de certeza por ultrassonografia; (iii) porque obrigar a mulher a manter a gestação de anencéfalo, contra sua vontade, é submetê-la à tortura psicológica, violando sua saúde física e mental e afrontando seus direitos fundamentais, protegidos pela Constituição Federal, como: dignidade da pessoa humana, saúde, privacidade, liberdade e autonomia da vontade.¹⁴

Neste caso, se a mulher optar pela interrupção da gestação ou antecipação terapêutica do parto, os serviços de saúde têm o dever de realizar o procedimento, dando toda a assistência a ela.

Recomendações éticas diante de uma gestação por anomalia fetal grave e incompatível com a vida extrauterina

Em primeiro lugar, o diploma legal estabelece, no “Capítulo V – Relação com pacientes e familiares”, que é vedado ao médico:

Art. 34 – “Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal”.¹³

Dessa forma, é dever do médico dar todas as informações necessárias à mulher ou ao casal diante de um diagnóstico tão ominoso para ela. Através de boa interação e acolhimento, com informações claras e precisas, auxilia-se na tomada de decisões por parte da paciente e do casal. Verificou-se que a decisão pela interrupção da gravidez se dá a partir do desejo de minimizar o

sofrimento, quando a opção é tomada de forma consciente, por meio de reflexão e revisão de crenças e valores.¹⁰

O Comitê para Assuntos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher, instituído pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO),¹⁵ concluiu que:

o parto de um feto portador de severas malformações pode acarretar prejuízos físicos e mentais à mulher e à família. O comitê considerou como antiético negar ao casal progenitor a possibilidade de evitar essa situação, e recomendou que, nos países onde essa prática é legalmente aceitável, deve ser oferecida a antecipação terapêutica do parto sempre que uma malformação congênita incompatível com a vida seja identificada durante a avaliação pré-natal.¹⁵

Já a norma técnica “Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos”, do Ministério da Saúde,¹⁴ estabeleceu que:

cabe aos profissionais da Saúde, e aos médicos em especial, no âmbito de seus deveres éticos: a) Respeitar o direito à autodeterminação de todos os pacientes, homens ou mulheres, como dispõe a “Declaração da Associação Médica Mundial sobre os Direitos do Paciente”, adotada na 34º Assembleia Médica Mundial (Portugal), e emendada na 47º Assembleia Geral, no ano de 1995, (Indonésia); b) Respeitar o direito à autonomia dos pacientes e das pacientes, nos termos do artigo 7º da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), que dispõe que “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: (...) III – Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”; c) Atuar sempre em benefício do paciente, seja homem ou mulher, respeitando a sua dignidade, a sua autodeterminação e a sua autonomia (CEM Princípios Fundamentais, Capítulo I, itens V, VI e XVII e Capítulo IV, art. 28); e d) Respeitar o direito de decidir dos pacientes e das pacientes sobre a sua pessoa ou seu bem-estar, sendo defeso exercer a sua autoridade para limitar esse direito ou criar qualquer dificuldade para o seu exercício (CEM art. 24, Capítulo IV).

Capítulo I – Princípios Fundamentais¹³

I – A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

Capítulo IV – Direitos Humanos¹³

É vedado ao médico:

Art. 24 – Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 28 – Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

O egrégio Conselho Federal de Medicina aprovou a resolução nº 1989/2012,¹⁶ que “dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências”. A referida resolução foi motivada pela decisão do Supremo Tribunal Federal, que julgou procedente em abril de 2012 a arguição de descumprimento de preceito fundamental nº 54,³ e declarou a constitucionalidade da antecipação terapêutica do parto nos casos de gestação de feto anencéfalo – o que não caracteriza o aborto tipificado nos artigos 124, 126 e 128 (incisos I e II) do Código Penal, nem se confunde com ele.

A resolução do CFM,¹⁶ publicada em 10 maio de 2012, diz:

Art. 1º – Na ocorrência do diagnóstico inequívoco de anencefalia, o médico pode, a pedido da gestante, independente de autorização do Estado, interromper a gravidez.

Art. 2º – O diagnóstico de anencefalia é feito por exame ultrassonográfico realizado a partir da 12^a (décima segunda) semana de gestação e deve conter: I – duas fotografias, identificadas e datadas: uma com a face do feto em posição sagital; a outra, com a visualização do polo cefálico no corte transversal, demonstrando a ausência da calota craniana e de parênquima cerebral identificável; II – laudo assinado por dois médicos, capacitados para tal diagnóstico.

Art. 3º – Concluído o diagnóstico de anencefalia, o médico deve prestar à gestante todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados, garantindo a ela o direito de decidir livremente sobre a conduta a ser adotada, sem impor sua autoridade para induzi-la a tomar qualquer decisão ou para limitá-la naquilo que decidir:

§1º – É direito da gestante solicitar a realização de junta médica ou buscar outra opinião sobre o diagnóstico.

§2º – Ante o diagnóstico de anencefalia, a gestante tem o direito de: I – manter a gravidez; II – interromper imediatamente a gravidez, independentemente do tempo de gestação, ou adiar essa decisão para outro momento.

§3º – Qualquer que seja a decisão da gestante, o médico deve informá-la das consequências, incluindo os riscos decorrentes ou associados de cada uma.

§4º – Se a gestante optar pela manutenção da gravidez, ser-lhe-á assegurada assistência médica pré-natal compatível com o diagnóstico. §5º – Tanto a gestante que optar pela manutenção da gravidez quanto a que optar por sua interrupção receberão, se assim o desejarem, assistência de equipe multiprofissional nos locais onde houver disponibilidade.

§6º – A antecipação terapêutica do parto pode ser realizada apenas em hospital que disponha de estrutura adequada ao tratamento de complicações eventuais, inerentes aos respectivos procedimentos.

Art. 4º – Será lavrada ata da antecipação terapêutica do parto, na qual deve constar o consentimento da gestante e/ou, se for o caso, de seu representante legal.

Parágrafo único – A ata, as fotografias e o laudo do exame referido no artigo 2º desta resolução integrarão o prontuário da paciente.

Art. 5º – Realizada a antecipação terapêutica do parto, o médico deve informar à paciente dos riscos de recorrência da anencefalia e referenciá-la para programas de planejamento familiar com assistência à contracepção, enquanto essa for necessária, e à preconcepção, quando for livremente desejada, garantindo-se, sempre, o direito de opção da mulher.

Parágrafo único – A paciente deve ser informada expressamente que a assistência pré-concepcional tem por objetivo reduzir a recorrência da anencefalia.

Art. 6º – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.¹⁶

Em caso de decisão por manutenção da gravidez:

- Acolhimento e acompanhamento multidisciplinar em serviço de pré-natal de alto risco;
- Informação à gestante ou casal sobre a gravidade da patologia, de maneira que não reste dúvida quanto à inviabilidade fetal, e os riscos maternos envolvidos durante a gestação;
- Acompanhamento por equipe multidisciplinar (médico, psicólogo, enfermeiro) ao longo de todo o processo – do pré-natal até o parto e puerpério.

Em casos de decisão por interrupção da gravidez

A já citada norma técnica “Atenção às mulheres com gestação de anencefálos”, do Ministério da Saúde,¹⁴ e a resolução CFM nº 1989/2012¹⁶ estabeleceram os pontos fundamentais necessários e obrigatórios ao atendimento na condição de antecipação terapêutica de gestação de feto anencefálico. Acrescenta-se, assim, outros aspectos assistenciais envolvidos e a serem observados nesta complexa condição:

- Acolhimento e acompanhamento multidisciplinar em serviço de pré-natal de alto risco;
- Informação à gestante ou casal sobre a gravidade da patologia, de maneira que não reste dúvida quanto à inviabilidade fetal, e os riscos maternos envolvidos durante a gestação;
- Acompanhamento psicológico (se houver) da mulher e/ou casal em função do luto que invariavelmente se estabelece após o diagnóstico de anencefalia. Vale salientar que, em muitos casos, a gestação é desejada, devendo o profissional trabalhar medos, sentimento de culpa e reações emocionais que possivelmente surgirem;
- Não cabe ao médico, ao psicólogo ou qualquer outro profissional de saúde opinar sobre a escolha da mulher;
- Relatório técnico e parecer psicológico (quando disponível) atestando a capacidade mental plena e de decisão, o grau de sofrimento psíquico e concordante com o desejo da gestante;
- Um ou mais exames de ultrassonografia morfológica, assinados por dois médicos, onde precisam detalhar os achados no organismo fetal, que ateste anencefalia a partir da 12^a (décima segunda) semana de gestação

ou outra malformação fetal grave irreversível e incompatível com a vida extrauterina. Tais exames devem conter ainda:

1. Duas fotografias, identificadas e datadas: uma com a face do feto em posição sagital; a outra, com a visualização do polo cefálico no corte transversal, demonstrando a ausência da calota craniana e de parênquima cerebral identificável;
 2. Laudo assinado por dois médicos, capacitados para tal diagnóstico.
- Relatório técnico. Parecer médico atestando o diagnóstico da patologia, o fechado prognóstico fetal e os riscos de agravo à saúde física e mental, além da possibilidade de morte materna, se houver (excluído anencefalia);
 - Elaboração, pela gestante, de petição ao judiciário solicitando autorização judicial para interrupção da gestação (excluído anencefalia) – por se tratar de feto com graves malformações fetais, incompatíveis com a vida extrauterina. A petição deve estar acompanhada dos pareceres médico e psicológico (se houver) e dos laudos ultrassonográficos, bem como da referência bibliográfica anexa;
 - Orientação para retorno urgente ao serviço, assim que estiver de posse da autorização judicial para a interrupção da gravidez (não necessária no caso de anencefalia);
Ata de antecipação terapêutica do parto, onde deve constar o consentimento da gestante ou, se for o caso, de seu representante legal. A ata, as fotografias e o laudo dos exames e ultrassonografia integrarão o prontuário da paciente;
 - Assinatura do termo de consentimento pós-informado para interrupção da gravidez;
 - O esclarecimento à mulher deve ser realizado em linguagem acessível e constar:
 1. Os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde e prognóstico fetal;
 2. Quais os procedimentos que serão adotados quando da realização da intervenção médica. Orientação sobre a possibilidade da realização de indução do óbito fetal (feticídio) antes do início dos procedimentos de indução do aborto ou da antecipação terapêutica do parto;¹⁷
 3. A forma de acompanhamento e assistência, bem como os profissionais responsáveis;
 4. A garantia do sigilo que assegure sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos, exceto quanto aos documentos subscritos por ela em caso de requisição judicial;

5. Deverá conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez, assinada ou identificada por impressão dатiloscópica pela gestante ou, se for incapaz, por seu representante legal;
 6. Realizar o procedimento de interrupção da gravidez através da melhor técnica disponível, de acordo com a idade gestacional e o quadro clínico;
 7. No momento da alta, agendar consulta de revisão puerperal com obstetra e com psicóloga (se disponível no serviço);
 8. Orientação e acesso imediato ao planejamento reprodutivo no pós-procedimento e a métodos anticonceptivos modernos;
- Observar todos os aspectos contidos na Resolução CFM nº 1989/2012¹⁶ nos casos de antecipação terapêutica do parto em gestação de feto anencéfalo.

Objeção de consciência diante de uma situação de abortamento

O Código de Ética Médica, no seu Capítulo II – Direitos dos Médicos, versa:¹³

É direito do médico:

IX – Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Evidentemente, esse direito não é absoluto, não podendo ser invocado em situações que coloque em risco a vida de seu paciente ou de agravio a sua saúde. A objeção de consciência nunca pode ser entendida como uma autorização do diploma legal para que se pratique a omissão de socorro.

Estudo recente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) demonstrou que 43% dos tocoginecologistas associados já se colocaram contra a prática, mas em situações diferentes – por exemplo: quando, diante de um aborto legal por estupro, desconfiaram da palavra da mulher, solicitando provas da violência ou documentos que nem mesmo a lei penal e suas normativas federais exigem, como o boletim de ocorrência.

Um médico somente pode ser um objeta de consciência quando sua solicitação de recusa a realizar uma atividade ou prestar um serviço realmente for contra suas mais íntimas e profundas convicções e seja incompatível com os princípios religiosos, filosóficos, morais e éticos de sua consciência. É preciso haver um balanço entre a garantia da integridade profissional e a necessidade e interesses dos pacientes.

A tese do renomado bioeticista Mark Wicclair estabelece três pressupostos para o exercício da objeção de consciência:

1. A objeção de consciência não pode impedir a implementação de serviços;
2. Ela não pode ser barreira ao acesso a um direito legal de saúde nem fazer discriminação;
3. Ela não pode impedir outros que estejam dispostos a cumprir a lei.

Estamos claramente diante de direitos em tensão: direito de liberdade de consciência, pensamento e religião *versus* os direitos fundamentais à vida, à saúde, à autonomia e à dignidade.

Dessa forma, há limites para o exercício da objeção de consciência por parte dos médicos, devendo, para invocá-la, ter certeza de que se vai evitar danos ou agravo à saúde; que antes estará brindando informação completa sobre seu estado de saúde, inclusive sobre os direitos legais de interrupção da gravidez à paciente e os motivos de sua objeção. Deve-se sempre fazer referência a uma instituição previamente contatada pelo objetor para se ter certeza de que a paciente venha a ter acolhida sua solicitação.

Entende-se como boa norma a notificação antecipada de sua objeção de consciência por parte do médico ao Diretor Clínico da instituição, que deverá providenciar profissional não objetor, quando houver necessidade.

Ainda, somente poderá alegar objeção de consciência aquele que tem consciência, ou seja, o indivíduo – não podendo um hospital ou instituições de saúde alegarem objeção, sobretudo aquelas credenciadas pelo SUS, já que estas têm a obrigação de executar todos os programas do sistema público e possibilitar o acesso aos direitos de saúde.

A norma técnica “Atenção humanizada ao abortamento”, do Ministério da Saúde/2010,¹⁸ estabeleceu didaticamente as condições em que o médico não pode invocar seu direito de objetor de consciência. Não cabe objeção de consciência nas seguintes situações de abortamento:

- a) em caso de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher;
- b) em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro(a) médico(a) que o faça e quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) médico(a);
- c) no atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência.¹⁸

Lembramos que, na outra ponta da responsabilidade, está a instituição de saúde: que deverá manter profissionais em estado satisfatório quanto ao número, aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes em relação às questões de saúde complexas – como na atenção ao abortamento, evitando-se, assim, cargas excessivas a poucos médicos.

Aborto inseguro (provocado) ou criminoso

De modo geral, é motivado pelo surgimento de gestação não planejada e, muitas vezes, não desejada. O aborto provocado tem seu quadro clínico manifestado de acordo com o método utilizado para sua efetivação. Tende a ser realizado sob condições de risco e sem os necessários cuidados de assepsia e de antisepsia, como nas introduções de sonda uterina, agulhas de tricô e outras substâncias.

Na maioria das vezes, evolui com hemorragia e infecção uterina, podendo haver septicemia e falência de múltiplos órgãos decorrentes da infecção. Esse quadro grave requer medidas médicas e/ou cirúrgicas urgentes, a fim de que se evite a evolução para o óbito materno – que é uma consequência possível.

O aborto inseguro,¹⁹ realizado em condições de risco, representa uma importante causa de morte materna na cidade de São Paulo. Estima-se que um milhão de abortos sejam realizados por ano no Brasil.²⁰

Evidentemente, para se firmar um diagnóstico de aborto provocado, deve o tocólogo se valer dos dados clínicos e de exame ginecológico minucioso, além de tentar obter informação correta da paciente. Algumas vezes, o médico se vê diante de uma situação em que o aborto foi provocado por métodos medicamentosos, porém, o exame clínico simula um abortamento espontâneo.

É mister saber se a situação coloca a paciente em caso de risco de morte. Somente com boa interação e confiança na relação médico-paciente se pode ter certeza do acesso a todas as informações necessárias – e que, às vezes, são mascaradas pelo medo da paciente ser discriminada ou descuidada em seu tratamento; ou, ainda pior, pelo temor em ser denunciada à polícia, já que o aborto provocado teve o seu consentimento e ela poderá responder criminalmente.

Segredo médico

Quanto ao segredo médico nos casos de abortamento, vale destacar o parecer do Cremesp nº 24.292/00:¹⁹

1) Sempre que, ao examinar mulher grávida, em situação clínica de abortamento, deve o médico levantar dados de anamnese, e histórico obstétrico, bem como proceder aos exames clínico e obstétrico, além de, se necessário, utilizar-se de exames complementares para auxiliá-lo no raciocínio clínico. Isto objetiva esclarecer se está diante de um aborto espontâneo (natural) ou aborto induzido ou provocado, e proceder, assim, ao tratamento específico a cada situação de acordo com as necessidades clínicas da paciente, objetivando um menor agravio a sua saúde, bem como, preservar o seu futuro obstétrico.

2) Diante de um abortamento, seja ele natural ou provocado, não pode o médico comunicar o fato a autoridade policial ou mesmo judicial, em razão de estar diante de uma situação típica de segredo médico.

O segredo médico pertence ao paciente, sendo o médico o seu depositário e guardador, somente podendo revelá-lo em situações muito especiais como: dever legal, justa causa ou autorização expressa do paciente. Revelar o segredo sem a justa causa ou dever legal, causando dano ao paciente, além de antiético, é crime.

Portanto, ao ter ciência de tentativa de aborto da paciente, o médico não poderá revelar o fato às autoridades policiais e/ou judiciais, posto que a comunicação ensejará procedimento criminal contra a mulher. Vale ressaltar que, se o abortamento foi praticado contrariamente à vontade da paciente, o médico deve buscar o seu consentimento (ou de seu responsável legal) para comunicar o crime.¹⁹

Código de Ética Médica

No que diz respeito aos artigos do Código de Ética Médica¹³ que podem instruir eticamente os profissionais que lidam com o abortamento em qualquer de suas formas, merecem destaque:

Capítulo I – Princípios Fundamentais

VII – O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em casos de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

Capítulo II – Direitos do Médico

É direito do médico:

II – Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

IX – Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Capítulo III – Responsabilidade Profissional

É vedado ao médico:

Art. 15 – Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

Capítulo IV – Direitos Humanos

É vedado ao médico:

Art. 22 – Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24 – Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Capítulo V – Relação com pacientes e familiares

É vedado ao médico:

Art. 31 – Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34 – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

No que diz respeito à terapêutica do abortamento, deve o profissional estar devidamente capacitado para o manejo das técnicas instrumentais, bem como para a resolução dos abortamentos por técnicas aspirativas, como a aspiração manual intrauterina. Além disso, deve o profissional discutir com a paciente os procedimentos a serem adotados, obter sua autorização para o manuseio uterino e ainda oferecer aconselhamento pós-aborto.

Dessa forma, os médicos que respeitam os artigos do Código Penal exercem a Medicina de forma ética, especialmente nos temas que dizem respeito às permissões legais de abortamento, assim como os profissionais que observam os artigos do Código de Ética Médica: sempre com a finalidade única de promover a saúde e o bem-estar de seu paciente nos casos relacionados ao aborto.

Referências

1. Brasil. Decreto-Lei n. 2848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal[on line]. [acessado em: 03 de agos. de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm
2. Colás OR, Andalaft Neto J, Rosas CF, Kater JR, Pereira IG. Aborto legal por estupro: primeiro programa público do país. *Bioética*. 1994;2(1):81-5.
3. Brasil. Supremo Tribunal Federal – Acórdão de Arguição de descumprimento de preceito fundamental 54 – Distrito Federal – Decisão de Plenário em 12/04/2012, sendo Relator Ministro Marco Aurélio[on line]. [acessado em: 03 de jun. de 2018]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/acordao-interrupcao-gravidez-anencefalo.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.508, de 01 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; Poder Executivo*, Brasília, DF, 02 set. 2005; Seção 1:124-5.
5. Rosas CF, coordenador. *Ética em Ginecologia e Obstetrícia*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2002.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. 3º ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. 124p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. 2º ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. 48 p
8. Frigerio MV. Aspectos bioéticos e jurídicos do abortamento seletivo no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Fetal*. 2001;7: 12-8.
9. Posição da Febrasgo sobre gravidez com fetos anencéfalos[on-line]. [acessado em: 03 de agos. de 2018]. Disponível em: <http://itpack31.itarget.com.br/uploads/fba/arquivos/Carta-FETO-ANENCEFALO.pdf>
10. Orozco LT. La anencefalia como indicación médica para interrumpir el embarazo: sustento bibliográfico. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetría*. 2006;52(1):40-5.
11. Medical Task Force on Anencephaly. The Infant with Anencephaly. *New England Journal of Medicine*. 1990;322:10;669-674 .

12. Benute GRG, Nomura RMY, Kasai K E, De Lucia MCS, Zugaib M. O aborto por anomalia fetal letal: do diagnóstico à decisão entre solicitar ou não alvará judicial para interrupção da gravidez. *Revista dos Tribunais*. São Paulo. 2007;96 (859):485-509.
13. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1931 de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União Poder Executivo*, Brasília, DF, 24 set. 2009; Seção 1:90-2.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção às mulheres com gestação de anencefálos: norma técnica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. 52 p. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 11). [acessado em: 03 de jun. de 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_gestacao_anencefalos_1ed.pdf
15. Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (FIGO). Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical aspects concerning termination of pregnancy following prenatal diagnosis . *Int J Gynaecol Obstet*. 2008;102(1):97-8.
16. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.989/2012. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 14 mai. 2012; Seção I:308-309. [acessado em: 03 de jun. de 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=10674
17. World Health Organization. *Unsafe Abortion*; 1998
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento*. 2º ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. 60 p.
19. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta n. 24.292/2000. Dispõe sobre o segredo médico diante de uma situação de aborto. Aprovado na 2.466ª Reunião Plenária de 14 de julho de 2000.
20. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 6.823/1991. Dispõe sobre a conduta do plantonista que atende paciente com infecção decorrente de aborto criminoso em clínica clandestina. Aprovado na 17ª Reunião da Câmara de Triagem e 1.447ª Reunião Plenária de 15 de julho de 1991.

6.3

Violência sexual

A violência contra a mulher pode ser entendida como uma relação de forças que convertem as diferenças entre os sexos em desigualdade. Consiste na maneira pela qual os homens exercem controle sobre as mulheres, castigando-as e socializando-as dentro de uma categoria subordinada. O abuso sexual é, sobretudo, considerado uma violência de “gênero”, termo pelo qual se compreende o conjunto de papéis que a sociedade atribui, em cada cultura, para homens e mulheres. Assim, o sexo feminino destina para a mulher a menstruação, a gravidez, o parto e a amamentação. Mas é o gênero feminino que define que a mulher seja a responsável pelas trocas de fraldas e pelos cuidados com a criança. Enquanto o sexo determina condições estritamente biológicas, o gênero constrói comportamentos não biológicos.¹

A Convenção de Belém do Pará define como violência contra a mulher “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher”.² Reafirmando a importância da questão, a IV Conferência Mundial sobre Direitos da Mulher, em Beijing, reiterou que a violência contra a mulher constitui obstáculo ao se tentar alcançar a igualdade, o desenvolvimento e a paz.³

No Brasil, a Lei Nº 12.015/2009⁴ alterou o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848/1940 – Código Penal,⁵ e o artigo 1º da Lei no 8.072,⁶ de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do artigo 5º da Constituição Federal,⁷ passando a ser considerados crimes sexuais as situações que atentem contra a dignidade sexual, a liberdade sexual, e introduzindo o conceito de vulnerabilidade sexual, além de considerar crime qualquer forma de exploração sexual.

O estupro passou a ser tipificado no artigo 213 com a seguinte redação: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”.⁴

Entende-se por “violência” o emprego de força física suficientemente capaz de sobrepujar a resistência da vítima. A “grave ameaça” configura como promessa de efetuar tamanho mal, capaz de impedir a resistência da vítima. A “conjunção carnal” corresponde exclusivamente ao coito vaginal, e o “ato libidinoso” diverso da conjunção carnal inclui todas as situações diferentes da penetração vaginal: mordidas, sucção das mamas, manobras digitais eróticas e a penetração anal ou oral. A lei, portanto, considera agora o antigo Atentado violento ao pudor como parte da tipificação do estupro.

Alguns outros artigos da Lei 12.015/2009⁴ devem ser considerados por sua prevalência, tais como o artigo 217-A, que tipifica o estupro de vulnerável: “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos”.⁴ A mesma interpretação de vulnerabilidade também é válida para “quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência.”

Ainda, a lei caracteriza como crimes sexuais a “satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente”, o “favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável”, o “tráfico de pessoas com fim de exploração sexual”, o “assédio sexual” e o “rufianismo”.

Embora não sejam os únicos, o estupro e o estupro de vulnerável constituem os tipos de crimes sexuais mais frequentes, com os quais, com maior probabilidade, o médico se deparará em sua prática cotidiana.

É importante destacar que, segundo o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente,⁸ os profissionais de saúde têm o dever de denunciar os casos de que tenham conhecimento, suspeitos ou confirmados, fundamentando-se em evidências consistentes e sustentáveis. A denúncia deve ser feita ao Conselho Tutelar ou Vara da Infância e da Juventude local, sem prejuízo de outras medidas legais. É importante salientar a obrigatoriedade da notificação dos casos de violência sexual ao sistema de vigilância epidemiológica através de formulário próprio.

Violência sexual enquanto problema de Saúde Pública

A violência sexual é um fenômeno universal⁹ que atinge, indistintamente, mulheres de todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas.¹⁰ Em nos-

so meio, apesar da falta de estatísticas apropriadas, admite-se que apenas 10 a 20% dos casos que realmente acontecem chegam ao conhecimento das autoridades competentes. A subnotificação,¹¹ reflexo da relutância e do constrangimento da mulher em denunciar o ocorrido, é consequência de inúmeros fatores. Teme-se o interrogatório policial, o atendimento do IML, a divulgação pela imprensa e a ameaça de vingança do agressor. A mulher teme, principalmente, não ser acreditada. Esse sentimento, aparentemente infundado, de fato se justifica: são incontáveis os casos de discriminação, preconceito, humilhação e abuso de poder em relação às mulheres em situação de violência sexual. Assim, é compreensível que muitas escolham viver seu drama em silêncio, abdicando de seus direitos fundamentais, incluindo-se o de ser atendida nos serviços públicos de saúde.

As consequências biopsicossociais¹² são difíceis de mensurar, embora afeitem a maioria das vítimas e suas famílias. Na esfera emocional, a violência sexual produz efeitos intensos e devastadores, muitas vezes irreparáveis. Para a saúde, os danos do abuso sexual são expressivos, com particular impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. A gravidez decorrente do estupro se destaca pela complexidade de reações e sentimentos que provoca, tanto para a vítima como para a sociedade. Geralmente é encarada como uma segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres. Os traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, embora verificados na menor parcela dos casos, assumem gravidade alarmante para algumas vítimas, particularmente as crianças.¹³

Casos extremos podem terminar em morte, frequentemente por asfixia mecânica, expressão máxima do exercício do poder masculino. Para completar o preocupante quadro, grande parte das sobreviventes da violência sexual é infectada por DST/Aids, somando-se severas consequências físicas e emocionais.¹²

Princípios éticos do atendimento de emergência

A Lei nº 12.845/2013¹⁴ dispõe sobre o atendimento obrigatório, integral e imediato de pessoas em situação de violência em todos os hospitais integrantes da rede SUS, nos seguintes termos:

Art. 1º – Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.

O atendimento da pessoa em situação de violência nos serviços de saúde dispensa a apresentação do Boletim de Ocorrência (BO). Entretanto, cabe às instituições de saúde, conforme a Lei no seu artigo 3º, III, “estimular o registro da ocorrência e os demais trâmites legais para encaminhamento aos órgãos de Medicina Legal, no sentido de diminuir a impunidade dos(as) autores(as) de agressão”.

O médico deve estar adequadamente capacitado para o manejo clínico e psicológico das vítimas de agressão sexual, incluindo-se a coleta de evidências forenses e o conhecimento da legislação específica local. A negligência para com esses aspectos, particularmente os psicológicos, pode resultar no processo de “revitimização” da paciente pelos serviços de saúde.¹⁵ Em se tratando de ocorrências durante a infância, a preocupação é ainda maior, exigindo do médico disponibilidade, paciência e experiência.

O primeiro contato com o serviço de saúde geralmente é realizado nos serviços de emergência. Nesse momento, a mulher encontra-se frágil e vulnerável, podendo manifestar sentimentos de degradação, humilhação, vergonha, culpa, medo, labilidade emocional, desestruturação psíquica e depressão.

Logo após o episódio de violência, a mulher tem forte necessidade de acolhimento. O médico que está em contato com ela deve ter postura cuidadosa, lembrando a importância de estabelecer um bom vínculo.¹⁶ É fundamental fazer com que a mulher sinta-se acreditada e acolhida. Não se deve, em nenhum momento, colocar a veracidade da sua história em questão ou as circunstâncias em que tenha acontecido, por mais incomuns que possam parecer.¹⁷ Deve-se manter postura o mais neutra possível, evitando julgamentos e manifestações de valores pessoais. Nas ocorrências com crianças, é importante lembrar que elas podem chegar muito confusas, assustadas e traídas, necessitando de atenção especial. Deve-se evitar contatos físicos desnecessários, os quais podem ser sentidos como ameaça de novo abuso por tenderem a desconfiar dos adultos. Deve-se sempre explicar a elas o que será feito, respeitando seus limites e tentando conquistar sua confiança.

Os profissionais de saúde devem estar adequadamente preparados para avaliar os riscos envolvidos com a violência sexual em cada caso, oferecendo contracepção de emergência, profilaxia para a hepatite B, proteção medicamentosa contra as DST não virais e quimioprofilaxia para a infecção pelo HIV.^{12,18} Além disso, as vítimas deveriam receber informações claras e completas sobre seus direitos e esclarecimentos quanto aos possíveis efeitos da agressão sexual para sua saúde reprodutiva. Essa etapa do atendimento é fundamental para proteger a mulher dos danos e agravos da violência, e deve ser instituída em até 100 horas após a violência sexual.¹⁹

São muitos os médicos que acreditam, erroneamente, que não se pode ou que não se deve atender a vítima, examiná-la ou prescrever medicamentos. De fato, é fundamental que se esclareça que não há nenhum impedimento legal ou ético para que o médico preste a assistência que julgar necessária.²⁰ Por outro lado, se atentarmos para a gravidade dessas circunstâncias, a simples recusa infundada do atendimento poderia ser caracterizada, ética e legalmente, como imperícia e omissão de socorro, com todas as suas consequências.

O Decreto nº 7.958/2013²¹ estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde; nele, assegura-se que, durante o atendimento, é preciso observar os princípios do “respeito da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade”, além de aspectos como:

- O devido acolhimento em serviços de referência;
- A disponibilização de espaço de escuta qualificada com privacidade, de modo a proporcionar ambiente de confiança e respeito;
- A informação prévia das pessoas em situação de violência sexual, assegurada a compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas profissionais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;
- Divulgação de informações sobre a existência de serviços de referência para atendimento à violência sexual.

O atendimento aos eventuais traumatismos físicos, genitais ou extra-genitais, não constitui o ponto principal do problema. No entanto, deve ser oferecido e garantido para todas as mulheres atendimento adequado às suas necessidades, incluindo-se o exame físico e ginecológico, mesmo para aquelas sem queixas de danos físicos. Essas ações devem respeitar as limitações emocionais e a fragilidade de cada mulher, atentando-se às orientações do Código de Ética Médica.²² Os dados sobre a violência sofrida e suas circunstâncias, bem como os achados do exame físico e as terapêuticas instituídas, devem ser cuidadosamente descritos e registrados em prontuário médico.¹⁵ Essas medidas garantem ao médico a proteção futura necessária nos casos de interesse da Justiça, podendo ser confeccionado, com base nas informações resgatadas do prontuário médico, o Laudo Indireto de Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal.¹⁵

Em resumo, são as seguintes as etapas obrigatórias do atendimento: acolhimento, registro da história, exames clínicos e ginecológicos, coleta de vestígios,

contracepção de emergência, profilaxias para HIV, IST e Hepatite B, comunicação obrigatória à autoridade de saúde em 24h por meio da ficha de notificação da violência, exames complementares, acompanhamento social e psicológico, e seguimento ou encaminhamento para o atendimento ambulatorial.

É válido realçar que o Decreto nº 7.958/2013²¹ constitui um importante dispositivo que prevê a articulação entre os setores de Saúde, Segurança e Justiça, tendo em vista não apenas a necessária proteção das pessoas que sofreram a violência, mas também a adoção das medidas necessárias à responsabilização legal daqueles que a cometem.

O Decreto prevê a possibilidade de que os(as) profissionais de saúde agreguem ao atendimento, feito com foco nos cuidados com a pessoa em situação de violência sexual, um segundo olhar que possibilite identificar e registrar elementos necessários à persecução penal do(a) agressor(a).

Nesse sentido, a Norma Técnica de Atenção Humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios do Ministério da Saúde²³ vem normatizar o atendimento nos diferentes fluxos em que os serviços possam estar recebendo pessoas em situação de violência sexual, levando-se em conta “a preservação de informações e vestígios da agressão, evitando a revitimização”, deixando claro que “os serviços de saúde não substituem as funções e atribuições da segurança pública, como a Medicina Legal, posto que atuam de forma complementar e integrada. É importante registrar que não haverá formalização de laudo pericial pelos profissionais do SUS, mas tão-somente a realização do exame físico, a descrição das lesões e o registro de informações e a coleta de vestígios. Se a pessoa em situação de violência decidir pelo registro policial, tais informações e materiais serão encaminhados à autoridade policial, quando requisitados”.

Mas é no campo da contracepção de emergência e da profilaxia das DST/Aids que as dificuldades, na prática, acumulam-se. Menos de 10% das mulheres em situação de violência sexual, atendidas nos serviços públicos de emergência, recebem proteção contra a gravidez indesejada e as DST.

Aqui, é preciso destacar que a contracepção de emergência é um direito da mulher; o método tem a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Além disso, está normatizado pelo Ministério da Saúde e não apresenta nenhuma restrição legal nos códigos brasileiros.²⁴

No entanto, ainda persiste, para uma pequena minoria de médicos e provedores de saúde, a falsa convicção de que a contracepção de emergência seja um método abortivo.

A literatura médica tem acumulado evidências científicas consistentes e suficientes que apontam o contrário:²⁵ o mecanismo de ação se baseia na inibição ou postergação da ovulação, na disfunção do corpo lúteo (fenômeno semelhante ao produzido durante a amamentação) e na alteração da função e da capacitação dos espermatozoides. Não há qualquer evidência científica de que a contracepção de emergência hormonal possa atuar sobre o processo de nidação e resultar em abortamento.²⁴

Frente a essas condições, restaria refletir sobre as consequências éticas e legais da recusa do médico em prescrever a contracepção de emergência, particularmente por motivos de ordem religiosa ou outros de foro íntimo. Também se deve considerar o agravo da situação nos casos em que essa recusa resulte em uma gravidez do agressor.

Princípios éticos nos casos de gravidez decorrente da violência sexual

Mais da metade dos casos de violência sexual ocorre durante período reprodutivo da vida da mulher, embora a taxa de gravidez decorrente do estupro varie entre 1 e 5%.²⁶ A Lei 2848/19405, artigo 128 do Código Penal Brasileiro, estabelece que não se pune o aborto praticado por médico quando não há outro meio de salvar a vida da gestante, ou se a gravidez resulta da violência sexual. Nos casos de gravidez decorrente de estupro, somente o médico pode praticar o abortamento – ainda, o consentimento da gestante, ou de seu representante legal, é imprescindível.²⁷

Contudo, apesar da lei datar de 1940, ou seja, há quase 8 décadas, a realização desses abortos foi feita de forma excepcional pelos serviços públicos de saúde. A maioria das vítimas não dispunha de acesso a serviços de saúde que concordassem em realizar o procedimento, pelos mais diferentes motivos. Com seus direitos desrespeitados, mas convencidas de praticar o abortamento, grande parte dessas mulheres recorria aos serviços clandestinos; para aquelas com menores recursos econômicos, restava o abortamento em condições inseguras. As consequências, embora jamais possam ser devidamente mensuradas, certamente ceifaram a vida de milhares de mulheres e comprometeram o futuro reprodutivo de tantas outras.

Entendendo a gravidade dessa situação, um enorme esforço gerou os primeiros serviços interdisciplinares para atender a esses casos. As ações foram fundamentadas em bases epidemiológicas disponíveis e protocolos cuidadosos de intervenção e acompanhamento foram definidos, incluindo-se a atenção ao abortamento previsto por lei. Com o apoio de entidades represen-

tativas médicas e de outras áreas do conhecimento, novas iniciativas foram implantadas na última década.

Atualmente, quase todos os estados contam com ao menos um serviço que ofereça a possibilidade do abortamento previsto por lei. De acordo com o estabelecido pelos Fóruns Interprofissionais Sobre Atendimento ao Aborto Previsto por Lei,²⁸ bem como pela Norma Técnica para a Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, do Ministério da Saúde,¹² o termo de consentimento para interrupção da gestação é exigência jurídica no Brasil.

Entretanto, é a Portaria Nº 1.508/2005 – GM/MS²⁹ que “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”. Essa portaria estabelece as condições necessárias e obrigatórias a serem seguidas para adoção de qualquer medida de interrupção de gravidez no Brasil, excetuando-se os casos que envolvem riscos de morte à mulher. Compõem-se de cinco fases que deverão ser registradas no formato de Termos arquivados anexos ao prontuário médico.

Os seguintes Termos são obrigatórios para interrupção da gravidez por estupro:

- Termo de relato circunstanciado do evento, realizado pela própria gestante, assinado por ela ou, quando incapaz, por seu representante legal, e também por dois profissionais do serviço. Nele deverá constar a data e a hora aproximada da ocorrência, tipo e forma da violência, descrição dos agentes de conduta e identificação de testemunhas, se houver;
- Parecer técnico, após detalhada anamnese, exame físico geral e ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e demais exames complementares que por ventura houver, analisando a compatibilidade entre a idade gestacional, a data do estupro e o laudo ultrassonográfico. Paralelamente, a mulher receberá a atenção e avaliação da equipe multiprofissional, que anotarão suas avaliações em documentos específicos;
- Termo de aprovação de procedimento de interrupção da gravidez de corrente de estupro, assinados por no mínimo três integrantes da equipe multiprofissional, não podendo haver desconformidade com a conclusão do Parecer Técnico;
- Termo de responsabilidade, assinado pela gestante ou, quando incapaz, por seu representante legal, em que constará advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal)⁵

e do aborto (art. 124 do Código Penal),⁵ caso não tenha sido vítima de violência sexual;

- Termo de consentimento livre e esclarecido, em que constará, em linguagem acessível, os desconfortos, os riscos, os procedimentos que serão adotados quando da intervenção médica, a forma de acompanhamento e assistência, e a garantia de sigilo, exceto quando em caso de requisição judicial. Deverá, ainda, conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez.

Todos os documentos deverão ser assinados pela mulher ou, quando incapaz, por seu representante legal, elaborados em duas vias, sendo uma fornecida para a gestante e outra arquivada no prontuário médico.

A decisão pela realização do abortamento cabe aos serviços de saúde, não sendo necessária a obtenção de autorização judicial ou da requisição de cópia do laudo do IML, muito menos da exigência do Boletim de Ocorrência, embora este seja recomendável, já que um crime hediondo foi cometido – e é um direito da mulher proceder com a denúncia.²⁰

É fundamental que esteja claro que o abortamento em casos de violência sexual é um direito, e não uma obrigação da mulher. O médico, diante de uma gestante por estupro, deve expor todas as alternativas, tais como o direito à interrupção da gravidez, observados os critérios abordados acima, considerando-se com igual ênfase a possibilidade de manter a gestação até seu termo e permanecer com a criança ou entregá-la em doação.^{12,17}

Para cada opção, os serviços de saúde devem estar capacitados a atender a mulher dentro de suas necessidades e especificidades. A decisão, sempre difícil e complexa, cabe somente a cada uma delas. Ao médico, cabe o respeito à sua autonomia de decidir, atuando como agente que garanta que essa decisão seja tomada de forma absolutamente livre, consciente, esclarecida e informada.

Embora os limites legais e éticos do abortamento em casos de violência sexual sejam gradativamente conhecidos pelos médicos, ainda são poucos aqueles que o realizam. Entretanto, os médicos cada vez mais se debruçam atentamente sobre esta questão, na medida que passam a entender a transcendência do problema e a perceber a responsabilidade que lhes cabe em garantir os direitos da mulher.

Apesar dessa mudança crítica de postura ser fundamental, ela ainda não atinge em igual proporção a prática médica cotidiana. Muitos médicos necessitam transpor uma série de desafios, alguns deles de caráter pessoal, para poder chegar a concretizar suas convicções. A Medicina sempre orientou e

lutou pela defesa da vida, e a Obstetrícia, em particular, pela preservação do feto. Não é tarefa fácil mudar séculos de educação cartesiana e hipocrática, ainda que essa atitude esteja plenamente respaldada na lei, nos princípios da Bioética e no Código de Ética Médica.

Por outro lado, o mesmo respeito e liberdade de decisão devem ser garantidos ao médico que opta, por questões de foro íntimo ou objeção de consciência, em não realizar o abortamento previsto por lei.¹⁷ Essa posição é garantida pela lei e pelo Código de Ética Médica e deve sempre ser preservada.²²

No entanto, a legítima possibilidade de recusa do médico em realizar o abortamento não pode ser confundida com eventuais posições questionáveis, cuja única finalidade é demover a mulher de obter seus direitos. Não seria ético, por exemplo, que o médico se declarasse contrário ao abortamento, alegando o risco de graves consequências ou de morte, quando esses riscos são, de fato, inexistentes ou extremamente baixos.

A decisão em não realizar o abortamento, quando baseada em questões de foro íntimo, deve ser colocada de forma franca e honesta para a paciente e sua família, e o encaminhamento do caso para outro médico não objetor e para serviços especializados é um direito da mulher e dever do médico.¹⁷ A simples negação em realizar o procedimento, abandonando a mulher à própria sorte, tem consequências graves, e deveria ser ponto de reflexão de cada profissional – afinal, será ela quem enfrentará a gestação e o parto, quem cuidará da criança, e quem vivenciará toda sorte de discriminação, preconceito e dificuldade em decorrência dessa atitude. Em outros casos, convencida em não terminar a gravidez, recorrerá ao aborto clandestino e inseguro, colocando em risco a própria vida.

Ainda persiste um enorme abismo entre a reflexão da sociedade acerca dos crimes sexuais e o que ela realmente promove quando se depara frente a eles. A expectativa dos profissionais de saúde, legistas, autoridades policiais e magistrados, de poder contar com provas materiais do abuso, é frequentemente frustrada e, muitas vezes, entendida de forma distorcida como falsa alegação ou inexistência do crime sexual.

Paradoxalmente, temos exigido que, além de violentada, a vítima se apresente brutalmente ferida para ser acreditada. Para as crianças, raras portadoras de marcas físicas da violência, sequer se admite que sua palavra possa ter a mesma credibilidade daquela que oferecemos ao adulto agressor; tende-se a considerar seus relatos fantasiosos, incapazes de diferenciar o lúdico do real. Elas são privadas de seus direitos simplesmente por serem crianças, protegendo, incompreensivelmente, o agressor.

Entende-se que a mudança dessa realidade passa, necessariamente, pela transformação de toda a sociedade; até lá, a violência sexual continuará presente no cotidiano, com prevalência insuportável e inadmissível. As vítimas da violência sexual esperam mais que a simples aplicação de protocolos: esperam receber um tratamento digno, respeitoso e acolhedor, e que os médicos possam protegê-las da revitimização. Cabe aos profissionais de saúde o reconhecimento de seu importante papel no destino dessas mulheres e do exercício ético e responsável de medidas protetoras de sua saúde e de seus direitos humanos.

Referências

1. Ética em Ginecologia e Obstetrícia. Rosas CF, coordenador. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2002.
2. Contra-Informe da Sociedade Civil ao VI Relatório Nacional Brasileiro à Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, CEDAW [on-line]. [acessado em: 06 ago. 2018]. Disponível em: http://www.agende.org.br/home/Cedaw_ContraInforme_13julho_se.pdf
3. Organização das Nações Unidas. *IV Conferência mundial sobre os direitos da mulher*. Beijing; 1995.
4. Brasil. Lei nº 12.015, de 7 agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 10 de julho de 1954, que trata de corrupção de menores [on-line]. [Acessado em: 06 ago. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm
5. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal [on-line]. [Acessado em: 06 ago. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm
6. Brasil. Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências [on-line]. [acessado em: 06 ago. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8072compilada.htm
7. Brasil. Lei nº 9.263, de 12 janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências [on-line]. [acessado em: 06 ago. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm
8. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [on-line]. [Acessado em: 06 ago. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm
9. Pimentel S, Schritzmeyer ALP, Pandjiarjian V. *Estupro: crime ou “cortesia”? - abordagem sociojurídica de gênero*. Porto Alegre: Safe; 1998. 288p.

10. Investigaciones e Intervenciones sobre Violencia Sexual desarrolladas em América Latina y Caribe. Lima-PE: Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos; Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG); 2011.
11. National Victim Center. Crime Victims Research and Treatment Center. Rape in America: A Report to the Nation; 1992 [on line]. [Acesso em: 3 ago. 2018]. Disponível em: <https://victimsofcrime.org/docs/Reports%20and%20Studies/rape-in-america.pdf?sfvrsn=0>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. *Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010
13. Drezett J. *Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas*. São Paulo. Tese [Doutorado] - Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil; 2000.
14. Brasil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual [on-line]. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*. Brasília, DF, 2 ago. 2013. Seção 1:1. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12845.htm
15. Mariscal JDO, Orozco LT, Editores. *Propuesta de Estándares regionales para la elaboración de protocolos de atención integral temprana a víctimas de violencia sexual*. Lima, Perú: Comite de derechos sexuales y reproductivos da Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología- Flasog; 2011.
16. Mariscal JDO, Orozco LT, Editores. *Buenas prácticas para la atención de la violencia sexual contra las mujeres*. Lima, Perú: Comité de Derechos sexuales y Reproductivos; Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología- Flasog; 2010
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. *Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
18. Jenny C, Hooton TM, Bowers A. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *N. Engl. J. Med.* 1990;322:713-6.
19. *Manual de Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista por Lei*. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO; 2010
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência Sexual: Perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010
21. Brasil. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde [on-line]. [Acessado em: 06 ago. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm
22. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1931 de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União Poder Executivo*, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção 1:90-2.
23. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. *Norma Técnica de Atenção Humanizada às pessoas em situação de violência sexual com*

- registro de informações e coleta de vestígios do Ministério da Saúde.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [on-line]. [Acessado em: 06 ago. 2018]. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/norma-tecnica-versaoweb.pdf>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. *Anticoncepção de Emergência: Perguntas e respostas para profissionais de saúde.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010
 25. World Health Organization. *Emergency contraception: a guide for service delivery.* Geneve : WHO; 1998:59.
 26. Lathrop A. Pregnancy resulting from rape. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1998; 27(1):25-31.
 27. Torres JHR. Aspectos legais do abortamento. *Jornal da Rede Saúde.* 1999;(18):7-9.
 28. Faúndes A, Oliveira G, Andalaf Neto J, Costa L JR. II Fórum interprofissional para implementação do atendimento ao aborto previsto na lei. *Femina.* 1998;26:134-8.
 29. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.508, de 01 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; Poder Executivo,* Brasília, DF, 02 set. 2005; Seção 1:124-5. (REVOGADA pela portaria de consolidação n.5, a seguir).
 - Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação n. 5 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União;* Brasília, DF, 3 out 2017;(Suplemento):360-568.

6.4

Reprodução assistida

A reprodução assistida provoca intenso debate internacional. Alguns países apresentam leis e regulamentação bem definidas; outros, como o Brasil, caminham nesse sentido, mas, até o momento, é regulamentada por resolução do Conselho federal de Medicina (CFM).

A Resolução do CFM nº 1.358, de 11/11/1992,¹ que dispunha sobre normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, perdurou por vários anos. Entretanto, o rápido avanço tecnológico e científico faz com que as normativas sejam atualizadas com maior frequência. Atualmente, a resolução CFM nº 2.168, de 21 de setembro de 2017,² contém as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução humana assistida, e é o referencial ético para o exercício da Medicina nessa área.

Na reprodução humana assistida, utiliza-se um conjunto de técnicas que visam unir, artificialmente, os gametas feminino e masculino, dando origem ao embrião. As técnicas utilizadas são várias, desde a inseminação artificial, que consiste na introdução de gametas masculinos no aparelho genital feminino por meios artificiais, até a fertilização in vitro (FIV). Os desafios à reflexão bioética são grandes nessa área, pois há intenso e rápido desenvolvimento tecnológico e novas formas de viabilizar o direito de gerar os próprios descendentes.

A resolução CFM nº 2.168/2017² pontua que as técnicas de reprodução assistida podem ser utilizadas, desde que exista probabilidade de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde, para qualquer um dos envolvidos. Isso atende ao princípio da Beneficência, em que as decisões devem ser tomadas com equidade entre os envolvidos, nunca os expondo a riscos desnecessários. No entanto, restrições são também colocadas, como o limite da idade

da mulher candidata a fazer uso dessas técnicas, restringindo como máximo recomendado os 50 anos. É apontado que exceções podem ser aceitas, quando fundamentadas pelo médico responsável e assegurado o esclarecimento sobre os riscos envolvidos para a paciente e para os descendentes gerados, respeitando-se a autonomia da paciente.^{3,4}

Na reprodução assistida é imprescindível a elaboração do termo de consentimento livre e esclarecido para os pacientes envolvidos, em formulário especial, no qual os aspectos médicos e os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta devem ser expostos. É necessário incluir também informações de caráter biológico, jurídico e ético. Esse documento tem como objetivo garantir que os procedimentos da reprodução assistida sejam explicados de forma clara e em linguagem acessível aos envolvidos. Por exemplo, a criopreservação de espermatozoides e a crescente criopreservação de ovócitos são formas de preservação da fertilidade em pacientes oncológicos que serão submetidos a terapêuticas que comprometem as gônadas. Ambos os procedimentos apresentam questões éticas desafiadoras no que diz respeito ao consentimento esclarecido, uma vez que estão sendo propostos ou solicitados no contexto de uma doença grave, com graus variados de risco de morte. Argumenta-se como deve ser o processo de consentimento, no sentido de discutir com os envolvidos sobre os desejos de um paciente quanto à custódia de gametas criopreservados, no caso de morte prematura.⁵

A resolução CFM nº 2.168/2017² também aborda a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina, possibilitando o acesso às técnicas de reprodução assistida mesmo na ausência da infertilidade. A gestação compartilhada é a situação em que o embrião obtido a partir da fecundação do oóbito de uma mulher é transferido para o útero de sua parceira. Essa demanda da sociedade passa a ser atendida, e o casal homoafetivo feminino pode exercer de forma autônoma seus direitos reprodutivos. Segundo Somers et al., a heteronormatividade no contexto social e a ligação genética entre pais e filhos influenciam a tomada de decisão em união homoafetiva feminina, criando uma família através da inseminação heteróloga.⁶ As motivações para a parentalidade são as mesmas para casais homoafetivos ou heterossexuais. No entanto, alcançar o objetivo da reprodução assistida parece ser um esforço muito maior, tanto medicamente quanto psicologicamente, nas uniões de pessoas do mesmo sexo.⁷ Os serviços de reprodução assistida têm vivenciado os desafios de buscar soluções em uniões homoafetivas, com o respaldo normativo das resoluções vigentes.

Fertilização *in vitro* e embriões excedentários

Na reprodução assistida, a finalidade primordial é a procriação humana, sendo proibida a fecundação de oócitos humanos com qualquer outra finalidade que não essa. As técnicas utilizadas têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação nos casais inférteis ou com outras dificuldades que impeçam o processo natural. Dessa forma, não se espera a produção de número excessivo de embriões, para que restem muitos excedentários ou de má qualidade.

A resolução CFM nº 2.168/2017² regulamenta o número de embriões que podem ser transferidos para o útero nas técnicas de reprodução assistida. Essa quantidade deve estar de acordo com a idade das mulheres: até 2 embriões para mulheres até 35 anos; até 3 embriões para mulheres entre 36 e 39 anos; até 4 embriões para mulheres com 40 anos ou mais. O número de embriões a serem transferidos nunca pode ser superior a quatro.

Com isso, objetiva-se evitar a gestação múltipla e contemplar a dificuldade crescente de sucesso, com o avanço da idade da mulher. Alguns países propõem a transferência de embrião único,^{8,9,10} pois seriam melhores os resultados quando o embrião é cultivado até o estágio de blastocisto, e isso se alia ao objetivo de evitar a gestação múltipla. Comumente, os embriões são transferidos no 3º dia após a coleta dos óvulos, nas primeiras divisões celulares. Existem critérios que classificam o embrião no 5º dia, estágio de blastocisto, que são utilizados como guia da qualidade genética deste.¹¹ Assim, é possível realizar uma melhor seleção, possibilitando a transferência de um único embrião, melhorando os resultados da FIV e evitando-se a gestação múltipla. Quando o objetivo é minimizar as complicações da FIV, a transferência múltipla de embriões não se traduz necessariamente em melhores resultados.¹² Caso ocorra gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de reprodução assistida, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária.

Todas as pessoas capazes têm o direito de solicitar procedimentos de reprodução assistida, desde que a indicação não se afaste dos limites da resolução CFM nº 2.168/2017,² podendo ser receptoras das técnicas no caso de os participantes estarem de inteiro acordo e devidamente esclarecidos. Não existe vedação ao uso das técnicas de reprodução assistida para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras.

O número total de embriões produzidos em laboratório deve ser comunicado ao casal, para que decidam quantos embriões serão transferidos

a fresco, de acordo com os limites estabelecidos. Os embriões excedentes e viáveis podem ser criopreservados; os inviáveis não são habitualmente criopreservados, pois existem custos associados a esse procedimento. Os embriões criopreservados podem ser utilizados pelo próprio casal, no futuro, ou poderão ser doados a casais inférteis. Qualquer destino diverso constitui dilema ético, habitualmente discutido, pois o descarte de embriões criopreservados há mais de três anos é permitido, se esta for a vontade expressa dos pacientes, ou doados para pesquisas, de acordo com o artigo 5º da Lei Federal 11.105/2005.¹³ Os embriões criopreservados e abandonados por três anos ou mais também poderão ser descartados.

As técnicas de reprodução assistida podem ser utilizadas na preservação social e/ou oncológica de gametas, embriões e tecidos germinativos.^{14,15} A preservação oncológica diz respeito aos que irão ser submetidos a terapêutica que possam trazer prejuízos às gônada e gametas, e a criopreservação irá preservá-los.

A reprodução assistida *post mortem*, por sua vez, é possível com autorização prévia específica da pessoa falecida para o uso do material biológico armazenado. O Código Civil, em seu artigo 1.597, traz a hipótese de presunção de paternidade referente a processos científicos de procriação que determina presumirem-se concebidos na constância do casamento: no inciso III, os filhos havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido; e no inciso IV, havidos, a qualquer tempo, quando se tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial homóloga. Em geral, a pessoa que armazena por criopreservação seu material biológico o faz com o desejo de futuro reaproveitamento para constituição de família, podendo esse material ser utilizado mesmo após o falecimento da pessoa, pois a vontade precípua era a geração de um descendente. Entretanto, é situação em que considerações éticas devem ser apontadas e o aconselhamento psicológico precoce de pacientes e familiares sobreviventes deve ser garantido.^{16,17}

Serviços que oferecem técnicas de reprodução assistida

As clínicas, centros ou serviços que utilizam as técnicas de reprodução assistida necessitam atender a Resolução CFM nº 2.168/2017,² pois são responsáveis pelo material biológico humano. Os estabelecimentos devem ter controle sobre doenças infectocontagiosas de doadores e receptores, são responsáveis pela coleta, manuseio, conservação, distribuição, transferência e descarte do material biológico humano provenientes dos participantes envol-

vidos nos procedimentos de reprodução assistida, sejam doadores ou receptores. Os serviços devem apresentar os seguintes requisitos mínimos, apresentados no quadro 1.

Quadro 1 – Requisitos mínimos exigidos aos serviços de reprodução assistida.

| |
|--|
| 1. Ter um Diretor Técnico com registro de especialista em áreas de interface com a reprodução assistida, que será responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados. |
| 2. Dispor de registro permanente das gestações, nascimentos e malformações, fetais ou de recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas de reprodução assistida aplicadas na unidade, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões. |
| 3. Dispor de registro permanente dos exames laboratoriais a que são submetidos os pacientes, para evitar a transmissão de doenças. |
| 4. Ter todos os registros disponíveis para fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina. |

Doação de gametas ou embriões

A doação de gametas ou embriões é ato que torna viável o exercício do direito de descendência por pessoas inférteis.¹⁸ O ato de doar é obrigatoriamente gratuito, pois a doação não deve ter caráter lucrativo ou comercial. A vedação de qualquer tipo de comercialização de substâncias humanas tem fundamentação constitucional (artigo 199, § 4º, Constituição Federal/1988)¹⁹ e também na Resolução CFM nº 2.168/2017.² Em reprodução assistida, é disponibilizada a utilização de material de bancos de sêmen, a transferência de embriões doados ou a doação compartilhada de oócitos. Deve sempre ser baseada no sigilo, de forma que o doador e o receptor não conheçam a identidade uns dos outros. Esse anonimato garante segurança ao doador,²⁰ que, em geral, não deseja que sua identidade seja revelada, preservando a sua confidencialidade e estimulando o ato da doação de gametas.²¹ Entretanto, em situações especiais, as informações sobre doadores, por motivação médica, podem ser fornecidas exclusivamente para médicos, resguardando-se a identidade civil do doador.

As clínicas de reprodução assistida devem manter, de forma permanente, o registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e

uma amostra de material celular dos doadores, que permitirá a busca da identidade do doador quando necessário. Os bancos de gametas e embriões, na região de localização da unidade, devem evitar que um doador tenha produzido mais que duas gestações de crianças de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes, minimizando-se assim o risco de casamento consanguíneo. Também não se permite que o médico responsável pelas clínicas, unidades ou serviços de reprodução assistida, nem aos integrantes da equipe multidisciplinar que nelas prestam serviços, participem como doadores.

A doação compartilhada de oócitos em reprodução assistida é procedimento em que a doadora e receptora participam, como portadoras de problemas de fertilidade, compartilhando tanto o material biológico quanto os custos financeiros envolvidos. Entretanto, nas situações em que uma doadora participa doando seus óvulos e a receptora custeia financeiramente o tratamento, pode ser considerado como uma forma de comercialização do material biológico,²² ato considerado ilícito. Mas a situação de infertilidade é mais bem compreendida por casais que vivenciam a condição, e o desejo de procriação e descendência é atendido à medida que um casal se ampara em outro para um objetivo comum: ter filhos. O compartilhamento aqui discutido possibilita atender aos direitos dos envolvidos, mas cria dilemas éticos relevantes. É assegurado à doadora dos oócitos a preferência sobre o material biológico que será produzido.

Diagnóstico genético pré-implantação de embriões

O diagnóstico genético pré-implantação é uma tecnologia que permite investigar quais embriões estarão isentos de anomalias genéticas. É realizado por meio de uma biópsia e análise de uma única célula do embrião, e foi inicialmente efetuada há mais de 20 anos.²³ Desde então, tem sido utilizada com objetivo de diagnóstico pré-implantação.

O diagnóstico pré-implantação ajuda os casais que apresentam alto risco de transmitir doença genética à sua prole, pois são sabidamente carreadores de algum defeito genético específico. A indicação inclui doenças ligadas a um único gene ou anomalias cromossômicas. O diagnóstico prévio possibilita transferir ao útero apenas os embriões que não carreiam o defeito genético. Uma indicação adicional consiste em procurar um embrião HLA compatível com uma criança sabidamente doente, para que o sangue de cordão possa ser coletado no nascimento. Assim, células tronco provenientes desse

tecido podem ser transplantadas para a criança para curar uma doença.²⁴ Portanto, casais que buscam pelo diagnóstico pré-implantação podem ou não ter problemas de fertilidade.

Muitos casais que necessitam recorrer da tecnologia da FIV estão em situação de vulnerabilidade no processo de tomada de decisões, devendo os profissionais da saúde atuar de forma ética, ponderando essa situação. Talvez não seja ideal sobreencarregar o casal com elementos técnicos em excesso ou incertezas. Devem ser oferecidas informações que sejam relevantes e que permitam a adequada tomada de decisões de forma esclarecida e informada. Estratégias podem ser adotadas com o intuito de possibilitar o casal a indicar se desejam ou não receber certos tipos de informações sobre testes genéticos. A questão é o modo de lidar eticamente com os resultados de testes genéticos e com a comunicação ao paciente, que está primariamente relacionado com a utilidade clínica dos resultados.²⁵

As técnicas de reprodução assistida podem ser aplicadas à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças – podendo nesses casos ser doados para pesquisa ou descartados, conforme a decisão do(s) paciente(s), devidamente documentada em consentimento informado livre e esclarecido específico. O tempo máximo de desenvolvimento de embriões *in vitro* é de até 14 dias.

Gestação de substituição ou cessão temporária do útero

A gestação de substituição ou cessão temporária do útero é denominada popularmente como “barriga de aluguel”. Essa situação é permitida, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética. Os requisitos necessários para a cessão temporária de útero são estabelecidos na Resolução CFM nº 2.168/2017:² a cedente temporária do útero deve pertencer à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau; o procedimento não poderá ter caráter lucrativo ou comercial; e deve ser providenciada documentação específica e constar em prontuário (Quadro 2).

Quadro 2 – Documentos e observações que devem constar no prontuário na cessão temporária do útero.

| |
|---|
| 1. Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos pacientes e pela cedente temporária do útero, contemplando aspectos biopsicossociais e riscos envolvidos no ciclo gravídico-puerperal, bem como aspectos legais da filiação. |
| 2. Relatório médico com o perfil psicológico, atestando adequação clínica e emocional de todos os envolvidos. |
| 3. Termo de Compromisso entre o(s) paciente(s) e a cedente temporária do útero (que receberá o embrião em seu útero), estabelecendo claramente a questão da filiação da criança. |
| 4. Compromisso, por parte do(s) paciente(s) contratante(s) de serviços de RA, com o tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que cederá temporariamente o útero, até o puerpério. |
| 5. Compromisso do registro civil da criança pelos pacientes (pai, mãe ou pais genéticos), devendo esta documentação ser providenciada durante a gravidez. |
| 6. Aprovação do cônjuge ou companheiro, apresentada por escrito, se a cedente temporária do útero for casada ou viver em união estável. |

Referências

1. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.358 de 11 de Novembro de 1992. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. *Diário Oficial da União Poder Executivo*, Brasília, DF, 19 nov.1992; Seção 1:16053.
2. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.168, de 21 de Setembro de 2017. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida - sempre em defesa do aperfeiçoamento das práticas e da observância aos princípios éticos e bioéticos que ajudam a trazer maior segurança e eficácia a tratamentos e procedimentos médicos -, tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.121, publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2015, Seção I, p. 117. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 10 nov. 2017. Seção 1:73-4
3. Gulino M, Pacchiarotti A, Vergallo GM, Frati P. Is age the limit for human-assisted reproduction techniques? 'Yes', said an Italian judge. *J Med Ethics*. 2013;39(4):250-2.
4. Fournier V, Berthiau D, d'Haussy J, Bataille P. Access to assisted reproductive technologies in France: the emergence of the patients' voice. *Med Health Care Philos*. 2013;16(1):55-68.

5. Dillon KE, Fiester AM. Sperm and oocyte cryopreservation: comprehensive consent and the protection of patient autonomy. *Hum Reprod.* 2012;27(10):2894-8.
6. Somers S, Van Parys H, Provoost V, Buysse A, Pennings G, De Sutter P. How to create a family? Decision making in lesbian couples using donor sperm. *Sex Reprod Healthc.* 2017 Mar;11:13-8.
7. Greenfeld DA, Seli E. Same-sex reproduction: medical treatment options and psychosocial considerations. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2016;28(3):202-5.
8. Glušovský D, Suello CE, Coscia A, De Carvalho P, Lancuba S, Martinez G, Cappponi A. Physicians and patients' motivations to perform elective single or double-embryo transfers: A nationwide survey. *Patient Educ Couns.* 2018;101(5):945-950.
9. Déniz FP, Encinas C, Fuente J. Morphological embryo selection: an elective single embryo transfer proposal. *JBRA Assist Reprod.* 2018 Mar 1;22(1):20-5.
10. Meldrum DR, Adashi EY, Garzo VG, Gleicher N, Parinaud J, Pinborg A, Van Vorhies B. Prevention of in vitro fertilization twins should focus on maximizing single embryo transfer versus twins are an acceptable complication of in vitro fertilization. *Fertil Steril.* 2018 Feb;109(2):223-9.
11. Litzky JF, Boulet SL, Esfandiari N, Zhang Y, Kissin DM, Theiler RN, Marsit CJ. Birthweight in infants conceived through in vitro fertilization following blastocyst or cleavage-stage embryo transfer: a national registry study. *J Assist Reprod Genet.* 2018 Jun;35(6):1027-1037.
12. Lee AM, Connell MT, Csokmay JM, Styer AK. Elective single embryo transfer- the power of one. *Contracept Reprod Med.* 2016 Jul 6;1:11.
13. Brasil. Lei nº 11.105, de 24 de março de 2005 [on line] [Acesso em: 18 mar 2018]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11105.htm>
14. Sugarman J, Rosoff PM. Ethical issues in gamete preservation for children undergoing treatment for cancer. *J Androl.* 2001 Sep-Oct;22(5):732-7.
15. Cohen CB. Ethical issues regarding fertility preservation in adolescents and children. *Pediatr Blood Cancer.* 2009 Aug;53(2):249-53.
16. Eduardo D, Raposo VL. Legal aspects of post-mortem reproduction: a comparative perspective of French, Brazilian and Portuguese legal systems. *Med Law.* 2012 ;31(2):181-98.
17. Lawson AK, Zweifel JE, Klock SC. Blurring the line between life and death: a review of the psychological and ethical concerns related to posthumous-assisted reproduction. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2016 Oct;21(5):339-46.
18. Van Hoof W, Pennings G. The consequences of S.H. and Others v. Austria for legislation on gamete donation in Europe: an ethical analysis of the European Court of Human Rights judgments. *Reprod Biomed Online.* 2012;25(7):665-9.
19. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (1988) [on line]. [Acesso em: 18 mar 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
20. Brunet L, Kunstmann JM. Gamete donation in France: the future of the anonymity doctrine. *Med Health Care Philos.* 2013;16(1):69-81.
21. Pennings G. How to kill gamete donation: retrospective legislation and donor anonymity. *Hum Reprod.* 2012;27(10):2881-5.

22. Ciocci D, Viana RGC, Borges Júnior E. Aspectos legais na utilização de doação de gametas e embriões nas técnicas de reprodução humana assistida. *JBRA Assist Prod.* 2009;13(3):35-6.
23. Handyside AH, Kontogianni EH, Hardy K, Winston RM. Pregnancies from biopsied human preimplantation embryos sexed by Y-specific DNA amplification. *Nature*. 1990;344(6268):768-70.
24. Kahraman S, Beyazyurek C, Ekmekci CG. Seven years of experience of preimplantation HLA typing: a clinical overview of 327 cycles. *Reprod Biomed*. 2011;23(3):363-71.
25. Bunnik EM, Schermer MH, Janssens AC. Personal genome testing: test characteristics to clarify the discourse on ethical, legal and societal issues. *BMC Med Ethics*. 2011;12:11.

7

Os direitos da gestante e a legislação

Os direitos da gestante e a legislação

Introdução

Com o intuito de atualizar a legislação referente à proteção da gestante e do recém-nascido, verificamos que muita coisa mudou. É possível dizer que avançamos em muitos aspectos, pois ampliaram-se os direitos e a preocupação com a proteção dessas mulheres e seus filhos, adequando esse arcabouço normativo às novas demandas sociais.

Assim, retomando a análise da legislação, partiremos da lei maior, a Constituição Federal,¹ que foi concebida há 30 anos para formar um Estado Democrático de Direito, e obrigou os três Poderes da República – Executivo, Legislativo e Judiciário – a cumprir seus preceitos e princípios, dando-lhes eficácia, cada qual dentro de sua esfera de competência.

Ao estabelecer direitos e garantias fundamentais, prevê no caput do artigo 5º que: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes”.¹ Também, ao determinar os direitos sociais, estabelece no caput do artigo 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.¹

Ao tratar, em seu Título VIII, “Da ordem social”, aponta como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais. No Capítulo II desse Título, trata “Da seguridade social” que compreende um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da socie-

dade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social".¹

Mais especificamente, o artigo 196 trata da Saúde: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".¹

As normas constitucionais mencionadas devem ter eficácia jurídica, ou seja, aplicabilidade, exigibilidade ou executoriedade, como possibilidade de sua aplicação jurídica. Traduzem os elementos sócio ideológicos da Constituição, em que se encontram os direitos sociais, abrangendo também os econômicos e culturais. Mais do que isso, indicam os fins e objetivos do Estado, o que importa definir o sentido geral da ordem jurídica.

Um regime democrático de justiça social não aceita profundas desigualdades, pobreza, miséria e preconceito. A determinação constitucional segundo a qual as ordens econômica e social têm por fim realizar justiça social constitui uma norma-fim que permeia toda a ordenação constitucional, com o objetivo de assegurar a todos os cidadãos uma existência digna.

Por isso, o direito à saúde é um direito originário, fundado na Constituição, e não na lei. Esse direito pode ser invocado mesmo sem lei específica, pois tem força imediatamente vinculante. As normas constitucionais vinculam todo o Poder Público, abrindo campo à discricionariedade da legislação, da administração e da jurisdição. Sua imperatividade direta é reconhecida como imposição constitucional aos órgãos públicos. É um direito que pode ser exigido diretamente do Estado no sentido de intervir e assegurar esta prestação aos cidadãos.

Em razão disso, as ações e serviços de saúde, por serem de relevância pública, devem ser efetivados por todas as esferas de governo – União, Estados, Distrito Federal e Municípios – de forma universal, regionalizada e hierarquizada por meio do Sistema Único de Saúde, o SUS. Por isso, a luta pelo bom funcionamento do SUS deve ser incessante; o sistema se apresenta hoje, apesar de todos os seus defeitos, como a forma conhecida mais efetiva de se obter o mínimo de justiça social na área da saúde.

É com observância a esses ditames constitucionais que o Poder Público deve buscar uma melhor efetivação do direito à saúde, por meio de seus gestores, que possuem a chamada "competência concorrente" para sua execução, ou seja, todas as esferas de governo estão compelidas à realização de políticas públicas nessa área, nos termos da lei.

O Estado tem por obrigação prover todos os meios para a promoção e recuperação da saúde dos cidadãos, estabelecendo medidas preventivas e

provendo assistência à saúde. Por isso, como pretendemos tratar dos direitos da gestante e do neonato, devemos abordar medidas de atenção à saúde antes, durante e depois do parto.

A Lei nº 8080/90,² a lei do SUS, regula as ações e os serviços de saúde executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, que formam um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.^{2,3}

Recentemente, no mês de setembro de 2017, o Ministério da Saúde editou seis Portarias de Consolidação da legislação referente ao sistema SUS e às competências hierarquizadas para implementação das políticas públicas de saúde, as quais formam em seu conjunto um “código” para facilitar a atuação de gestores, órgãos de controle e cidadãos. (colocar referência Portarias MS/GM 01,⁴ 02,⁵ 03,⁶ 04,⁷ 05⁸ e 06⁹)

Este artigo, nesta edição, buscará atualizar a legislação no que se refere às garantias e às políticas públicas que vêm sendo formuladas e implementadas em todas as esferas de Poder relativas às gestantes e aos neonatos, demonstrando como o Poder Público tem pretendido dar eficácia aos direitos fundamentais estabelecidos na Constituição concernentes às mulheres gestantes e aos seus filhos.

Da legislação em Saúde

Planejamento familiar

O direito ao livre planejamento familiar está previsto no artigo 226, §7º da Constituição Federal:

§ 7º – Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

A Legislação Federal estabelece regras gerais de planejamento familiar a serem executadas conjuntamente por Estados e Municípios, previstas na Lei nº 9263/96,¹⁰ alterada parcialmente em 2014 pela Lei nº13.045.¹¹ As instâncias gestoras do SUS obrigam-se a garantir, em toda sua rede de serviços, no que

respeita à atenção à mulher, ao homem ou ao casal, assistência à concepção e contracepção, atendimento pré-natal, assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, o controle das doenças sexualmente transmissíveis, o controle e a prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama, do câncer de próstata e de pênis.

O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. Compete à direção nacional do SUS o funcionamento e mecanismos de fiscalização.

Essa lei estabelece que comete crime, com pena de reclusão, o médico que deixar de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar, bem como aquele que induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica. É proibida a esterilização compulsória* e a utilização de qualquer ação de regulação de fecundidade para qualquer tipo de controle demográfico. Há em trâmite no Supremo Tribunal Federal questionamentos (ADI 5097¹² e 5911¹³) sobre alguns dispositivos dessa lei que estariam ferindo a liberdade de escolha, a autonomia e a igualdade, ao exigir que, para a realização de esterilização voluntária, a pessoa tenha idade superior a 25 anos ou pelo menos dois filhos vivos, além do consentimento de ambos os cônjuges.

No Estado de São Paulo, a Lei Estadual nº 12.732¹⁴ de 11.10.2007 instituiu o Programa de Orientação em Saúde e Atendimento Social à Gravidez Precoce e Juvenil, destinado a crianças, adolescentes e jovens gestantes.¹⁰ O Programa tem por objetivo “dar orientação sobre higiene e saúde da mulher, gravidez, parto, exames pré-natais, puericultura, doenças infantis, direitos do nascituro e do recém-nascido, registro civil de nascimento e outros assuntos de interesse às gestantes e seus familiares concomitantemente ao acompanhamento médico regular nas unidades do Sistema Único de Saúde – SUS”, dentre outras garantias de assistência social e educacional.

No âmbito municipal, a Prefeitura de São Paulo, através da Lei nº 14.904/09,¹⁵ instituiu o Programa de Prevenção à Gravidez Precoce, com os seguintes objetivos:

I – prevenir a gravidez na adolescência; II – incentivar e propagar o programa de planejamento familiar ou reprodutivo; III – prevenir

* Importante destacar caso recente de esterilização compulsória em mulher dependente química ocorrido na Cidade de Mococa, SP. Processo nº 1001521-57.2017.8.26.0360 do Tribunal de Justiça de São Paulo. O Tribunal entendeu incorreta a pretensão do Ministério Público e a decisão do Juiz de 1^a instância que determinaram a laqueadura compulsória, mas esta já havia sido realizada.

doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) nas adolescentes e seus parceiros; IV – resgatar essa faixa etária para a cidadania através de suporte de assistência social, agentes de saúde e comunidade; V – incentivar o ingresso destas jovens em programas sociais.

O Conselho Federal de Medicina editou no ano de 2006 a Resolução nº 1.811,¹⁶ a qual estabelece normas éticas para utilização, por parte dos médicos, da anticoncepção de emergência, de forma a obedecer as normas vigentes no país.

No ano de 2017, o Ministério da Saúde, através da Portaria MS/GM nº 3265/17,¹⁷ visando aumentar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais, ampliou o acesso aos dispositivos intrauterinos (DIU) de cobre, no âmbito do SUS.

Incentivo ao Parto Normal

O Ministério da Saúde, em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, lançaram em 2008 um conjunto de normas para maternidades da rede pública e privada, orientadas a estimular a evolução natural do trabalho de parto e a adotar medidas para aliviar as dores da grávida, sem necessariamente usar medicamentos. O objetivo era promover mudanças estruturais nas unidades de atenção obstétrica e neonatal, reduzindo os índices de mortalidade materna e de recém-nascidos. Algumas Portarias Ministeriais foram editadas, visando o incentivo ao parto normal no âmbito do SUS e o atendimento humanizado à mulher no período gravídico-puerperal. Essas Portarias estão hoje consolidadas nas Portarias de Consolidação MS/GM nº 05⁸ e 06⁹ de 2017, já mencionadas.

Na Portaria SAS/MS nº 353/2017,¹⁸ são aprovadas as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, com o fundamento de que as “mulheres e recém-nascidos são expostos a altas taxas de intervenções, como a episiotomia, o uso de oxicocina, a cesariana, aspiração naso-faringeana, entre outras. Tais intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa, apenas em situações de necessidade, são muito comuns, atingindo um grande número de mulheres e seus filhos ou filhas que são assistidas em hospitais no país. Esse excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de adoecer e morrer. Quando as mulheres procuram ajuda, além da preocupação sobre a sua saúde e a do seu filho ou filha, estão também em

busca de uma compreensão mais ampla e abrangente da sua situação, pois para elas e suas famílias o momento da gravidez e do parto, em particular, é único na vida e carregado de fortes emoções. A experiência vivida por eles neste momento pode deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas”.

Por essas razões, essas diretrizes têm por finalidades principais sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento, fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal.

Por sua vez, também visando reduzir o número de cesarianas desnecessárias, foi publicada em 2016 a Portaria SAS/MS nº 306,¹⁹ que aprova as diretrizes de atenção à gestante na operação cesariana, a fim de regular o acesso assistencial, autorização, registro e resarcimento dos procedimentos correspondentes.

No Estado de São Paulo, a chamada Lei do Parto Humanizado nº 15.759/2015²⁰ prevê:

Art. 1º – Toda gestante tem direito a receber assistência humanizada durante o parto nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado.

Art. 2º – Para os efeitos desta lei, ter-se-á por parto humanizado, ou assistência humanizada ao parto, o atendimento que:

I – não comprometer a segurança do processo, nem a saúde da parturiente ou do recém-nascido;

II – só adotar rotinas e procedimentos cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão e avaliação científica por parte da Organização Mundial da Saúde – OMS ou de outras instituições de excelência reconhecida;

III – garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos eletrônicos que, resguardada a segurança do parto, lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo procedimentos médicos para alívio da dor.

Art. 3º – São princípios do parto humanizado ou da assistência humanizada durante o parto:

I – a harmonização entre segurança e bem-estar da gestante ou parturiente, assim como do nascituro;

II – a mínima interferência por parte do médico;

III – a preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais;

IV – a oportunidade de escolha dos métodos natais por parte da parturiente, sempre que não implicar risco para sua segurança ou do nascituro;

V – o fornecimento de informação à gestante ou parturiente, assim como ao pai sempre que possível, dos métodos e procedimentos eletivos.

No âmbito municipal, a Lei Municipal nº 16.602/2016²¹ ficou conhecida como “Lei das Doulas”, pois permite a “presença de doula durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como nas consultas e exames de pré-natal, sempre que solicitado pela parturiente, nas maternidades, hospitais e demais equipamentos da rede municipal de saúde”.

No âmbito do setor privado, no ano de 2015, a Agência Nacional de Saúde – ANS editou a Resolução Normativa nº 368²² para estimular o parto normal na saúde suplementar e reduzir as cesarianas desnecessárias, obrigando as operadoras e hospitais, bem como os médicos, a entregarem as gestantes a Nota de Orientação à Gestante sobre os riscos dos partos cesárea e normal.

Em consonância com as políticas de incentivo ao parto normal e humanizado, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução CFM nº 2144/16,²³ a qual, respeitando a autonomia da gestante, estabelece que a cesariana a pedido da gestante só poderá ser realizada a partir da 39^a semana de gestação, devendo haver registro em prontuário.

Em março de 2017, o Governo Federal lançou diretrizes para humanizar o parto normal e reduzir intervenções, sendo elas:

- Permitir à mulher a posição que ela preferir durante o parto, visando o conforto;
- Presença de doulas e de acompanhante;
- Dieta livre, com o fim do jejum obrigatório;
- Métodos de alívio para a dor, como massagens, banhos quentes e imersão na água;
- Direito à anestesia e à reaplicação dela;
- Contato pele a pele da criança com a mãe imediatamente após o parto;
- Direito à privacidade da gestante e da família;
- Estímulo à amamentação.

Procedimentos a serem evitados:

- Episiotomia (corte no períneo);
- Uso do hormônio ocitocina para acelerar a saída do bebê;
- Cesariana;
- Aspiração do nariz e da faringe do recém-nascido;
- Técnica conhecida como “manobra de Kristeller”, quando se pressiona o útero da mulher para ajudar a expulsão da criança;
- Uso do fórceps;
- Lavagem intestinal antes do parto;
- Raspagem dos pelos pubianos;
- Rompimento da bolsa;
- Corte precoce do cordão umbilical (os médicos deverão esperar de 1 a 5 minutos ou até cessar a pulsação).

Assistência pré-natal, parto e puerpério

No ano de 2011, o Ministério da Saúde, visando reduzir os indicadores de mortalidade materna e infantil no país, instituiu no âmbito do SUS a chamada “Rede Cegonha” (Portaria MS/GM nº 1459/11),²⁴ cuja finalidade é assegurar as medidas de acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e à criança, através de uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher a atenção humanitária à gravidez, ao parto e ao puerpério, tendo as seguintes diretrizes:

- I – garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- II – garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- III – garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- IV – garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e
- V – garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

A Portaria de Consolidação MS/GM nº 05,⁸ de 2017, em seu Título IV, Capítulo VI, art. 596 e seguintes, institui o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento. Tem como princípios e diretrizes:

- I – toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 2º, a)
- II – toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecida no Anexo LXXXI; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 2º, b)
- III – toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 2º, c)
- IV – toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo LXXXII; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 2º, d)
- V – todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura; (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 2º, e)
- VI – as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima. (Origem: PRT MS/GM 569/2000, Art. 2º, f)

Em relação às gestantes de alto risco, a Portaria MS/GM nº 1020/2013²⁵ estabelece diretrizes para a atenção a estas pacientes, vinculando-as a uma mesma equipe durante todo o pré-natal.

Importante destacar que a Lei nº 11.634/2007²⁶ já estabelecia que a gestante atendida pelo SUS teria o direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado seu parto e à maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal. Essa vinculação aconteceria no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal.

Ainda quanto à assistência ao pré-natal, importante acrescentar que o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, no ano de 2017, editou a Resolução nº 305,²⁷ que dispõe sobre a obrigatoriedade de sinalização nos hospitais e clínicas do Estado de São Paulo, alertando para os perigos e danos decorrentes da ingestão de bebida alcóolica por gestante e o risco de desenvolvimento da Síndrome Alcóolica Fetal (SAF).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) editou a Resolução nº 36,²⁸ que dispõe sobre o Regulamento Técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, estabelecendo normas de construção, reforma ou adaptação da estrutura física dos serviços de saúde, com aprovação junto à autoridade sanitária local.

Esse Regulamento dita as regras de estrutura física, Recursos Humanos, materiais e equipamentos, acesso a recursos assistenciais, processos operacionais, transporte de pacientes, biossegurança, notificação de eventos, descarte de resíduos e avaliação dos serviços prestados nas unidades de atenção obstétrica e neonatal. Os serviços de atendimento obstétrico e neonatal devem adotar medidas que incentivam o parto humanizado e a redução dos índices de mortalidade materna e neonatal no país:

- Adota a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- Proporciona acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto;
- Possibilita que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente;
- Garante à mulher condições de escolha das diversas posições no trabalho de parto, desde que não existam impedimentos clínicos;
- Estimula o contato imediato, pele a pele, da mãe com o recém-nascido, favorecendo vínculo e evitando perda de calor;
- Estimula o aleitamento materno ainda no ambiente do parto;
- Adota o Método Canguru, quando indicado.

Principais alterações que devem vigorar quando da reforma, ampliação ou construção do serviço:

- Adota o Quarto PPP (para partos normais). Esse ambiente tem capacidade para um ou dois leitos com banheiro anexo;
- Prevê área para movimentação ativa da mulher, desde que não existam impedimentos clínicos;
- Prevê soluções para alívio não farmacológico da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto, tais como: barra fixa ou escada de Ling; bola de Bobat ou cavalinho;

- Garante a adoção de alojamento conjunto desde o nascimento;
- Garante a privacidade da parturiente e seu acompanhante.

Fonte: www.anvisa.gov.br

Quanto à segurança e proteção do nascituro, a Lei Estadual nº 14.686, de 2011,²⁹ obriga a presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto em hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

A Lei Municipal nº 14.966, de 2009,³⁰ estabelece diretrizes a serem observadas no atendimento ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, denominado Programa Mãe Canguru, e dá outras providências.

No ano de 2014, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº SAS/MS Nº 371, de 7 de maio de 2014,³¹ instituiu diretrizes para organização da atenção integral e humanizada do recém-nascido no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde no âmbito do SUS:

Art. 1º – Ficam instituídas diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde que realizam partos.

Parágrafo único – O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional ou da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru), ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP), seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP.

A Portaria de Consolidação MS/GM nº 05, de 2017,⁸ prevê a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno no artigo 151 e seguintes, instituindo o Comitê Nacional de Aleitamento Materno. A Lei nº 13.436/17³² garante direito a acompanhamento e orientação à mãe com relação a amamentação, resgatando a importância da amamentação no vínculo da mãe com o bebê e, principalmente, na saúde da criança.

Prioridade de Atendimento

A Lei nº 10.048, de 2000,³³ regulamentada pelo Decreto nº 5296/2004,³⁴ trata do atendimento prioritário a pessoas portadoras de deficiência, idosos com idade igual ou superior a 60 anos, gestantes e lactantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo.

O atendimento prioritário é obrigatório nas repartições públicas e empresas concessionárias de serviço público, por meio de serviços diferenciados que assegurem tratamento diferenciado e atendimento imediato a esse grupo de pessoas. Também estão obrigadas as empresas públicas de transporte e concessionárias de transporte coletivo à reserva de assentos.

HIV e sífilis

A fim de reduzir a transmissão vertical de HIV e a morbimortalidade associada à sífilis congênita, o Ministério da Saúde determina a realização de testes rápidos no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais.

No Estado de São Paulo, as Leis Estaduais nº 10.449/99³⁵ e 11.973/05³⁶ obrigam os serviços de saúde públicos ou privados a oferecerem gratuitamente a realização de exames de detecção de vírus HIV e da sífilis, hepatite B e C, leucemia, linfoma e alterações neurológicas, em todas as gestantes com histórico clínico que indique a possibilidade de contaminação. A Resolução Estadual SS-SP nº 74/2014³⁷ dispõe sobre a realização do teste para pesquisa do HIV na primeira consulta do pré-natal, no início do terceiro trimestre de gestação e no momento do parto, e dá outras providências.

No âmbito do Município de São Paulo, a Lei Municipal nº 15.943/13,³⁸ regulamentada pelo Decreto Municipal nº 55.114/14,³⁹ prevê que o exame diagnóstico para detecção do HIV deverá ser oferecido à gestante na primeira consulta de pré-natal, com aconselhamento pré e pós-teste.

Da interrupção da gravidez

O Código Penal Brasileiro⁴⁰ prevê dois tipos de causas excludentes do crime de aborto:

- Art. 128 – Não se pune o aborto praticado por médico:
- I – se não há outro meio de salvar a vida da gestante;
 - II – se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

A primeira causa é chamada de aborto terapêutico ou necessário, e a segunda, de aborto sentimental ou humanitário. Juridicamente, aborto significa nascer prematuramente, ou seja, antes do tempo; a palavra, derivada de *abortus*, tem o significado de privação do nascimento. Do ponto de vista jurídico, a lei não estabelece limites para a idade gestacional, isto é, o aborto é a interrupção da gravidez com o resultado da morte do conceito, não fazendo alusão à idade gestacional. Ele pode ocorrer em qualquer fase da gravidez, ou seja, entre a concepção e o início do parto.

No primeiro caso – aborto terapêutico ou necessário –, é dispensável o consentimento da gestante. Somente o médico pode avaliar essa necessidade, ou seja, se a vida da gestante corre perigo ou se não há qualquer outro meio para salvá-la. Sua intervenção independe de autorização judicial ou policial. Portanto, deve estar caracterizado o “estado de necessidade”: quando há perigo de vida iminente ou certeza de que o desenvolvimento da gravidez poderá provocar a morte da gestante. Deverá o médico decidir sobre a necessidade do aborto a fim de ser preservada a vida da mãe, em prejuízo da vida intrauterina.

No segundo caso – aborto sentimental ou humanitário –, quando a gravidez é resultante de estupro, o procedimento só é permitido com o prévio consentimento da gestante. Se a gestante for incapaz (menor, doente mental, etc.), depende de consentimento de seu representante legal. Conforme a experiência já praticada no país, não há necessidade de sentença condenatória contra o autor do estupro e nem mesmo de autorização judicial, pois isso procrastinaria o procedimento da interrupção da gravidez, colocando em situação de maior risco a gestante.

Deverá o médico valer-se dos elementos a respeito do estupro, que pode ser a declaração da mulher vitimada, anamnese e exame físico, atestados, boletim de ocorrência e laudo do IML, se houver, laudo ultrassonográfico comparativo com a data de ocorrência, entre outros. Em razão da natureza da ocorrência, essa paciente deve ser atendida por equipe multiprofissional, dando-lhe apoio social, psicológico e jurídico.

Não é demais enfatizar a importância do preenchimento completo dos prontuários e fichas de atendimento desses casos. Salienta-se a obrigatoriedade da assinatura por parte da paciente, ou, quando menor ou incapaz, de seu representante legal, de termo de autorização solicitando a interrupção da gestação em que também constem os riscos e todas as informações relativas ao procedimento e suas consequências.

É importante esclarecer que, se houver erro por parte do médico, quer dizer, se este for induzido ao engano pela gestante ou por terceiros quanto à

ocorrência da violência sexual, o médico não responderá pelo crime (art. 20, § 1º do Código Penal).⁴⁰

O Ministério da Saúde editou uma Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.⁴¹ Essa norma não obriga as vítimas de estupro a apresentarem Boletim de Ocorrência para se submeterem ao procedimento de interrupção da gravidez no âmbito do SUS. A Norma Técnica diz que:

De acordo com o Decreto-Lei n.º 2848,⁴⁰ de 7 de dezembro de 1940, art. 128, inciso II, do Código Penal, o abortamento é permitido quando a gravidez resulta de estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual. Constitui um direito da mulher, que tem garantido, pela Constituição Federal e pelas Normas e Tratados Internacionais de Direitos Humanos, o direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva. O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesse caso, a não ser o consentimento da mulher. Assim, a mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas, caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento. O Código Penal afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à polícia ou à Justiça. O(a) médico(a) e demais profissionais de saúde não devem temer possíveis consequências jurídicas, caso revele-se posteriormente que a gravidez não foi resultado de violência sexual. Segundo o Código Penal, art. 20, § 1º, “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima”. Se todas as cautelas procedimentais foram cumpridas pelo serviço de saúde, no caso de verificar-se, posteriormente, a inverdade da alegação, somente a gestante, em tal caso, responderá criminalmente.

A Portaria de Consolidação MS/GM nº 05, de 2017,⁸ dispõe em seus artigos 694 e seguintes sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei. O procedimento é composto de quatro fases, que deverão ser registradas em formato de Termos,

anexados aos prontuários médicos e assinados pela gestante ou seu representante legal, sendo essas fases: 1) relato circunstanciado do evento violento; 2) intervenção do médico que emitirá parecer técnico após detalhada anamnese, exame físico, ginecológico, laudo ultrassonográfico e demais exames (nessa fase, a equipe multiprofissional deverá assinar o termo de aprovação do procedimento); 3) assinatura da gestante do Termo de Responsabilidade ou, se for incapaz, de seu representante legal, o qual conterá advertência expressa sobre crime de falsidade ideológica; 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que obedecerá os seguintes requisitos:

I – o esclarecimento à mulher deve ser realizado em linguagem acessível, especialmente sobre: (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 6º, I)

a) os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde; (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 6º, I, a)

b) os procedimentos que serão adotados quando da realização da intervenção médica; (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 6º, I, b)

c) a forma de acompanhamento e assistência, assim como os profissionais responsáveis; e (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 6º, I, c)

d) a garantia do sigilo que assegure sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos, exceto quanto aos documentos subscritos por ela em caso de requisição judicial; (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 6º, I, d)

II – deverá ser assinado ou identificado por impressão datiloscópica pela gestante ou, se for incapaz, também por seu representante legal; e (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 6º, II)

III – deverá conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez. (Origem: PRT MS/GM 1508/2005, Art. 6º, III)

Todos esses documentos possuem modelos determinados nessa Portaria, que deverão ser adequadamente preenchidos e assinados pela gestante ou seu representante legal.

Porém, ainda que haja quem considere esta Norma Técnica um avanço na assistência à gestante vítima de violência, por outro lado há uma discussão se a não exigência do Boletim de Ocorrência para a realização do aborto legal após estupro pode aumentar o número de abortos ilegais. No meio jurídico também se discute se estariam livres de processo criminal os médicos

que seguirem a recomendação do Ministério da Saúde de fazer aborto na rede pública em mulheres que alegam ter engravidado após estupro, mas não apresentam Boletim de Ocorrência sobre a violência sexual. Afinal, trata-se de uma Norma Técnica, ato do Poder Executivo, e não de lei ou de decisão do Judiciário, que poderiam, de fato, dar esse tipo de garantia aos cidadãos. Por isso, diante dessas divergências, resta que não existe um consenso na comunidade jurídica quanto à possibilidade da prática de aborto legal sem a apresentação do Boletim de Ocorrência, gerando certa insegurança ao médico.

Também é grande o debate quanto à legalização do chamado aborto seletivo, piedoso ou eugênico. Como pode se verificar pela leitura dos incisos do artigo 128 do Código Penal, não há excludente de criminalidade desse tipo, que consiste no aborto praticado ante a suspeita de anomalia ou deformação do feto.

O grande número de técnicas e procedimentos diagnósticos do pré-natal, principalmente o desenvolvimento da Medicina Fetal, permitem identificar os fetos comprometidos por afecções graves. Tal situação tem colocado casais diante da perspectiva de verem seus filhos com limitações graves e nuas possibilidades de integração social. Nos últimos anos, centenas de alvarás judiciais foram concedidos, sob o diagnóstico intrauterino de várias outras síndromes graves irreversíveis e incompatíveis com a vida. Portanto, diante de grave anomalia fetal, o médico somente poderá proceder à interrupção da gravidez após autorização através de Alvará Judicial.

O avanço nesse tema se deu no ano de 2012, com o julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF nº54⁴² perante o Supremo Tribunal Federal. Nesse julgamento, o Tribunal, por maioria de votos, julgou procedente a ação para declarar a inconstitucionalidade da interpretação segundo a qual a interrupção da gravidez de feto anencéfalo é conduta tipificada nos artigos 124, 126, 128, incisos I e II, todos do Código Penal. Após a decisão, que consignou a importância de se fazer um diagnóstico preciso de anencefalia, o Conselho Federal de Medicina editou a Resolução CFM nº 1989/12,⁴³ estabelecendo:

Diagnóstico – As diretrizes do CFM definem que o diagnóstico de anencefalia deverá ser feito por exame ultrassonográfico realizado a partir da 12^a semana de gestação. Esse exame deverá conter duas fotografias, identificadas e datadas: uma com a face do feto em posição sagital; a outra, com a visualização do polo céfálico no corte transversal, demonstrando a ausência da calota craniana e de parênquima cerebral identificável. Será obrigatório ainda um laudo assinado por dois médicos capacitados para tal diagnóstico.

Apoio à gestante – Para o CFM, diante do diagnóstico de anencefalia, a gestante tem o direito de buscar outra opinião ou solicitar a realização de junta médica. Ainda de acordo com o texto do CFM, o médico deverá prestar à gestante todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados, garantindo a ela o direito de decidir livremente sobre a conduta a ser adotada, sem impor sua autoridade para induzi-la a tomar qualquer decisão ou para limitá-la naquilo que decidir. Se a gestante optar pela manutenção da gravidez, será assegurada assistência médica pré-natal compatível com o diagnóstico (a gravidez de anencéfalo é considerada de alto risco).

Decisão autônoma – O CFM reforçou no texto da resolução que, ante o diagnóstico de anencefalia, a gestante tem o direito de, livremente, decidir manter a gravidez ou interrompê-la imediatamente, independente do tempo de gestação. Pode, ainda, adiar a decisão para outro momento. Se a gestante optar pela antecipação terapêutica do parto, deverá ser feita ata do procedimento, na qual deve constar seu consentimento por escrito. A ata, as fotografias e o laudo do exame integrarão o seu prontuário.

Suporte à saúde – A antecipação terapêutica do parto pode ser realizada apenas em hospital que disponha de estrutura adequada ao tratamento de complicações eventuais, inerentes aos respectivos procedimentos.

Planejamento familiar – De acordo com o documento do CFM, as pacientes deverão ser informadas pelo médico sobre os riscos de recorrência da anencefalia em gestações futuras. Se desejarem, poderão ser referenciadas para programas de planejamento familiar com assistência à contracepção, enquanto essa for necessária, e à pré-concepção. A pré-concepção é bem-vinda para que a mulher possa providenciar os cuidados necessários que deverão anteceder uma nova gestação (estudos indicam, por exemplo, que o uso diário de cinco miligramas de ácido fólico, por pelo menos dois meses antes da gestação, reduz pela metade o risco de anencefalia).

Fonte: portal médico – Conselho Federal de Medicina

No ano de 2014, o Ministério da Saúde editou a Norma Técnica de Atenção as Mulheres com Gestação de Anencéfalos,⁴⁴ a qual pretende garantir um atendimento humanizado e seguro a essas gestantes no âmbito do SUS.

Mais recentemente, em novembro de 2016, decisão inédita da Primeira Turma do Supremo Tribunal Federal afastou a prisão preventiva de réus denunciados pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro pela suposta

prática do crime de aborto com o consentimento da gestante e formação de quadrilha (artigos 126 e 288 do Código Penal). A decisão foi tomada no julgamento do *Habeas Corpus* (HC) 124306,⁴⁵ de acordo com o voto do Ministro Luís Roberto Barroso, que alcançou a maioria. Além de não estarem presentes no caso os requisitos que autorizam a prisão cautelar, a criminalização do aborto seria incompatível com diversos direitos fundamentais, entre eles os Direitos Sexuais e Reprodutivos e a autonomia da mulher, a integridade física e psíquica da gestante e o princípio da igualdade.

Importante consignar, ainda, a Recomendação MPF/PFDC nº 01/2014,⁴⁶ na qual o Ministério Públíco Federal, através da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, resolve recomendar:

- a) ao Ministério da Saúde que promova a adequada capacitação dos profissionais de saúde sobre a abrangência da política pública de interrupção voluntária da gestação aos crimes de “Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável [adolescente]”, incluído no art. 218-B do Código Penal pela Lei n. 12.015/2009⁴⁷ nos termos da norma técnica e do manual supra indicados;
- b) ao Conselho Federal de Medicina que, no âmbito de suas atribuições previstas na Lei n. 3.268/1957,⁴⁸ art. 5º, alínea “g” e “h”, e art. 15, alínea “d”, promova as discussões necessárias no âmbito da ética profissional médica para disseminar o conhecimento de que as adolescentes vítimas do crime de “Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável [adolescente]”, incluído no art. 218-B do Código Penal pela Lei n.12.015/2009,⁴⁷ estão abrangidas pela política pública de interrupção voluntária da gestação, nos termos da norma técnica e do manual supra indicados, bem como abster-se de promover qualquer procedimento disciplinar contra profissional médico pelo fato deste aplicar a referida política pública.

Do direito de acompanhante à parturiente

A Lei Federal nº 11.108, de 07.04.2005,⁴⁹ obriga que os serviços de saúde do SUS permitam a presença junto à parturiente de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. O acompanhante será indicado pela parturiente. Entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

Segundo a “Lei do Acompanhante”, as gestantes podem ser acompanhadas pelo pai da criança ou pelo parceiro durante todo o período do trabalho de parto, ao longo do parto e também após o procedimento em todas as instituições do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa norma é válida tanto para parto normal quanto para cesariana, e a presença do acompanhante não pode ser impedida pelo hospital, pelos médicos, enfermeiros ou por qualquer outro membro da equipe.

No Estado de São Paulo, a Lei Estadual nº 13.069, de 12.06.2008,⁵⁰ obriga os hospitais públicos e privados conveniados ao SUS a informar o cidadão sobre o direito à presença de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Das informações sobre nascidos vivos e óbitos às autoridades competentes

O Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Vigilância à Saúde, estabelece na atual Portaria SVS/MS nº 116/2009(51) as rotinas de coleta de dados e envio de informações para o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

A Portaria estabelece o formulário para a Declaração de Óbito – DO, indispensável para lavratura pelos Cartórios de Registro Civil da Certidão de Óbito. Também estabelece o formulário a ser utilizado em todo país para a coleta de dados e Declaração dos Nascidos Vivos – DN. As Secretarias Estaduais de Saúde ficam responsáveis pela distribuição e controle destes formulários junto às Secretarias Municipais de Saúde, que os fornecerão aos estabelecimentos de saúde, Institutos Médico-Legais, Serviços de Verificação de Óbitos e Cartórios de Registro Civil.

No Município de São Paulo, a Portaria SMS nº 325, de 15.05.2004(52), regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações para o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Estabelece a quem compete o preenchimento da DN em casos de parto hospitalar ou domiciliar, com ou sem assistência médica:

A quem compete o preenchimento da DN:

Todo e qualquer estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto ou que nele o recém-nascido tenha recebido assistência imediatamente após o nascimento, ainda que o parto tenha ocorrido em outro local.

No caso de parto domiciliar, com assistência médica, a DN deverá ser preenchida pelo médico responsável.

No caso de parto domiciliar, sem assistência médica, a DN deverá ser preenchida pelo Cartório de Registro Civil.

Visando disponibilizar para a população em geral os serviços registrais de nascimento, a Corregedoria de Justiça do Estado de São Paulo resolveu, através do Provimento nº 03/2003,⁵³ que os Oficiais de Registro Civil das Pessoas Naturais de localidades onde haja maternidades, públicas ou privadas, deveriam deslocar-se diariamente às maternidades para recolher as declarações de nascidos vivos, com a manifestação de vontade dos genitores, para em seguida prosseguir ao registro de nascimento.

Essa determinação foi estendida para todo o território nacional através do Provimento nº 13/2010⁵⁴ do Conselho Nacional de Justiça, para que seja emitida a Certidão de Nascimento nos estabelecimentos de saúde antes da alta hospitalar.

No âmbito do Município de São Paulo, a Lei Municipal nº 13.805, de 07.05.2004,⁵⁵ instituiu o Programa de Registro Civil na Maternidade, destinando a auxiliar os Oficiais de Registro Civil de Pessoas Naturais a realizarem seu trabalho de colheita de declarações de nascidos vivos, na própria maternidade, e procederem ao registro do nascimento nas dependências da Serventia. Assim, os pais, ao receberem o atestado de nascido vivo, deverão ser informados pela maternidade do hospital que poderão realizar o registro imediato.

Quanto aos óbitos, a Portaria de Consolidação MS/GM nº 01, de 2017,⁴ disciplinou a questão em seus artigos 396 a 421 ao tratar do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), a forma de vigilância do óbito infantil e fetal e dos óbitos maternos.

Os óbitos infantis e fetais são considerados eventos de investigação obrigatória por profissionais da saúde (da vigilância em saúde e da assistência à saúde), visando identificar os fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis. A Declaração de Óbito deve ser preenchida em todos os campos adequadamente.

Quanto à vigilância de óbitos maternos para todos os eventos, confirmados ou não, independentemente do local de ocorrência, deve ser realizada por profissionais de saúde designados pelas autoridades de vigilância em saúde das esferas federal, estadual, municipal e do Distrito Federal.

Art. 410 – Os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, com o objetivo de levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como de sub-

sidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 2º)

§ 1º – Para fins de investigação, é considerado óbito materno a morte de mulher, ocorrida durante a gestação ou até um ano após o seu término, devida a quaisquer causas relacionadas com o seu desenvolvimento ou agravada no seu curso, inclusive por medidas adotadas durante a gravidez, independentemente de sua duração ou da localização, excluídas as acidentais ou incidentais. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 2º, § 1º)

§ 2º – Para cômputo da razão de mortalidade materna, serão excluídos os casos de óbitos ocorridos após quarenta e dois dias do término da gestação, mas todos devem ser investigados, inclusive para se certificar das datas do término da gestação e do óbito. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 2º, § 2º)

§ 3º – Para fins de investigação, são considerados óbitos de mulheres em idade fértil aqueles ocorridos em mulheres de 10 a 49 anos de idade. (Origem: PRT MS/GM 1119/2008, Art. 2º, § 3º)

A Portaria de Consolidação MS/GM nº 05, de 2017,⁸ institui a Comissão Nacional de Mortalidade Materna em seus artigos 336 e seguintes, que tem por objetivos:

I – realizar diagnóstico permanente da situação da Mortalidade Materna no Brasil, enfocando todos os seus múltiplos aspectos: sociais, econômicos, políticos, jurídicos e outros que facultem ações específicas para a sua solução; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 1º, a)

II – propor diretrizes, instrumentos legais e princípios éticos que concretizem estratégias de redução da mortalidade materna; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 1º, b)

III – acompanhar as ações do Ministério da Saúde no processo de articulação e integração das diferentes instituições e instâncias envolvidas na questão; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 1º, c)

IV – oferecer subsídios para aperfeiçoamento da Política Nacional de Redução da Mortalidade Materna, estabelecendo correlações com os Comitês Estaduais, Regionais e Municipais; (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 1º, d)

V – mobilizar os diversos setores da sociedade afetos à questão, com finalidade de melhorar a saúde da mulher. (Origem: PRT MS/GM 652/2003, Art. 1º, e)

No Estado de São Paulo, o Decreto Estadual nº 62.111/2016⁵⁶ reformulou o sistema estadual de vigilância de óbito materno, estabelecendo o Sistema Estadual de Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal, integrado pelos seguintes órgãos: I – Comitê Estadual de Vigilância à Morte Materna, Infantil e Fetal – CEVMMI; II – Comitês Municipais de Vigilância à Morte Materna, Infantil e Fetal – CMVMMIs.

A Secretaria de Saúde, por meio da Resolução SS-SP nº 73, de 2016,⁵⁷ constituiu o Comitê Estadual de Vigilância à Morte Materna, Infantil e Fetal e Comitês Regionais de Vigilância à Morte Materna, Infantil e Fetal com o objetivo de avaliar as circunstâncias de ocorrência dos óbitos maternos, infantis e fetais e propor medidas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde e demais ações para sua redução. Tem como objetivo realizar monitoramento da situação na área geográfica respectiva, acompanhar as ações das Secretarias Municipais de Saúde, mobilizar os diversos setores da sociedade afetos à questão, apoiar os municípios em caráter complementar ou suplementar na investigação destes óbitos, bem como elaborar relatório anual sobre a situação da mortalidade materna.

A Resolução SS-SP nº 74, de 2017,⁵⁸ dispõe sobre o processo de notificação e investigação dos óbitos maternos, de mulher em idade fértil, infantil e fetal.

O Conselho Federal de Medicina disciplinou a questão da declaração de óbito através da Resolução CFM nº 1779/05,⁵⁹ que dispõe:

Art. 2º – Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão às seguintes normas:

1) Morte natural:

I. Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos (SVO): A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO;

b) Nas localidades sem SVO: A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por qualquer médico da localidade.

II. Morte com assistência médica:

a) A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente.

b) A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta, por médico substituto pertencente à instituição.

- c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO;
- d) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

2) Morte fetal:

Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinquagésima) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

3) Mortes violentas ou não naturais:

A Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único – Nas localidades onde existir apenas 1 (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da Declaração de Óbito.

Dos direitos das mães presas

Ao se tratar do direito das gestantes e dos neonatos, não se pode deixar de abordar a questão das gestantes e puérperas presas, vez que a atual situação dessas mulheres no sistema prisional brasileiro atenta contra a dignidade humana.

O artigo 318, IV e V, do Código de Processo Penal⁶⁰ já prevê que o juiz poderá substituir a prisão preventiva pela domiciliar quando o agente do crime foi gestante ou mães com filhos de até 12 anos; infelizmente, na maioria das vezes, isso não é observado.

Não obstante a situação fática, no âmbito do Estado de São Paulo, desde o ano de 2012, há a Lei Estadual nº 14.832/12,⁶¹ que cria o Programa de Saúde da Mulher Detenta, cujos objetivos são:

- I – aumentar a cobertura, a concentração e a qualidade da assistência pré-natal;
- II – melhorar a assistência ao parto e ao puerpério;
- III – dar acesso às ações de planejamento familiar, garantindo também o acesso aos métodos anticoncepcionais reversíveis;

- IV – diminuir os índices de mortalidade materna;
- V – aumentar os índices de aleitamento materno;
- VI – ampliar as ações de detecção precoce e controle do câncer do colo de útero e da mama, articulando um sistema de referência para o tratamento e o acompanhamento da mulher;
- VII – estabelecer parcerias com outros setores para o controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e de outras patologias prevalentes no grupo, principalmente nas ações dirigidas às gestantes, visando à prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da sífilis congênita e também à erradicação do tétano neonatal.

Também no mesmo ano foi publicado o Decreto Estadual nº 57.783/12,⁶² que vedava o uso de algemas em presas parturientes. No ano de 2017, a Lei Federal nº 13.434/17⁶³ também foi criada para vedar o uso de algemas em mulheres grávidas durante o parto e em mulheres durante a fase de puerpério imediato.

Em fevereiro de 2018, o Supremo Tribunal Federal concedeu um habeas corpus coletivo (HC 143.641)⁶⁴ que transformará em prisão domiciliar a prisão preventiva (sem condenação) de presas gestantes, com filhos de até 12 anos ou com deficiência. A medida deve beneficiar ao menos 4.560 mulheres e 1.746 crianças que estão em presídios de todo o país, nas contas do Coletivo de Advogados em Direitos Humanos (CADHu), que entrou com a ação coletiva no órgão. A decisão não beneficiará presas que praticaram crimes com violência ou grave ameaça e contra seus descendentes. Ela deve ser implementada em todo o país. (Fonte ConJur: <https://www.conjur.com.br/2018-fev-20/supremo-concede-hc-coletivo-presas-gravidas-maes-criancas>)⁶⁵

Da licença-maternidade

O Brasil é signatário da Convenção nº 103 da Organização Internacional do Trabalho – OIT,⁶⁶ de 1952, que trata sobre a proteção da maternidade. Esse Convênio se aplica às mulheres empregadas em empresas industriais e em trabalhos não industriais e agrícolas, inclusive assalariadas que trabalham em seu domicílio.

Seu conteúdo básico compreende o direito da mulher à licença-maternidade de pelo menos 12 semanas; a obrigação de que pelo menos 6 semanas sejam após o parto; o direito de remuneração durante a licença, não inferior a dois terços de sua remuneração prévia e suficiente para garantir sua ma-

nutenção e a de seu filho em boas condições de saúde; cuidados pré-natais, durante o parto e puerperais; licença suplementar em caso de doença consequente à gravidez ou parto; interrupção do trabalho para amamentação; e que se evite ilegalidade de demissão durante a licença-maternidade.

Na legislação nacional, a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT,⁶⁷ Decreto-Lei nº 5452 de 01.05.1943, estabelece que não constitui justo motivo para rescisão do contrato de trabalho da mulher o fato de haver contraído matrimônio ou encontrar-se em estado de gravidez. Estabelece no artigo 392 que a empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário. Em caso de parto antecipado, a mulher terá direito ao mesmo período.

Conforme estabelece a Lei 11.770/2008,⁶⁸ que instituiu o Programa Empresa Cidadã, esse prazo poderá ser prorrogado por mais 60 dias quando a empregada assim o requerer, ou, ainda, quando a própria empresa aderir voluntariamente ao programa. As servidoras públicas já possuem este benefício.

Para os pais servidores públicos, a licença-paternidade foi prorrogada por mais 15 dias, nos termos do Decreto Federal nº 8737/2016.⁶⁹

A legislação trabalhista protege ainda a empregada que adotar ou obter guarda judicial para fins de adoção de criança (art. 392-A), garantindo-lhe também a licença-maternidade, nos seguintes termos:

Art. 392-A – À empregada que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança ou adolescente será concedida licença-maternidade nos termos do art. 392 desta Lei. (Redação dada pela Lei nº 13.509, de 2017).⁷⁰

Durante a licença, a empregada terá direito ao salário integral e, quando variável, calculado de acordo com a média dos seis últimos meses de trabalho. Em caso de aborto não-criminoso (espontâneo), comprovado com atestado médico, a mulher terá um repouso remunerado de duas semanas.

Para amamentar o filho, até que este complete seis meses de idade, a mulher terá direito a dois descansos especiais durante a jornada de trabalho, de meia hora cada um (art. 396 CLT). Essa previsão foi alterada recentemente pela reforma trabalhista de 2017, modificando o §2º do artigo 396 da CLT, para que os horários de descanso possam ser definidos em acordo individual entre a mulher e o empregador.

A Lei Complementar do Estado de São Paulo nº 1054, de 07.07.2008,⁷¹ ampliou os períodos de licença à gestante, de licença-paternidade e da licença por adoção, alterando dispositivos do Estatuto dos Funcionários Públicos

Civis do Estado de São Paulo, concedendo à funcionária pública estadual gestante, mediante inspeção médica, a licença de 180 dias com vencimentos ou remuneração. Também estende essa garantia de licença de 180 dias ao servidor público estadual que adotar menor de até sete anos de idade, ou quando obtiver judicialmente sua guarda para fins de adoção.

No âmbito municipal, a Lei nº 13.379, de 24.06.2002,⁷² e o Decreto nº 58225, de 2018,⁷³ estabelecem licença-maternidade às servidoras do Município de São Paulo por 180 dias com vencimentos integrais.

Há em trâmite na Câmara dos Deputados um projeto de lei, PL nº 72/2017.⁷⁴

Da estabilidade no emprego

A legislação garante a estabilidade da empregada gestante a partir da confirmação da gravidez, inclusive no caso do contrato de experiência ou determinado. Esse entendimento está consubstanciado no artigo 10, II, "b", do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal/88,¹ o qual confere à empregada gestante a estabilidade provisória, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto.

Art. 10 – Até que seja promulgada a Lei Complementar a que se refere o artigo 7º, I da Constituição:

II - fica vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa:

b) da empregada gestante, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto.

No entanto, a dúvida de muitas empresas é se essa estabilidade deve ser conferida a partir da gravidez da empregada ou da data em que a mesma comunica o fato ao empregador. Através de alguns julgados trabalhistas, observamos que o entendimento jurisprudencial é de que o que vale é a data da confirmação da gravidez e não a data da comunicação do estado gravídico ao empregador.

Até o ano de 2012 havia divergências quanto à estabilidade no caso de a gravidez da empregada ocorrer no curso do aviso prévio. Isto porque o aviso prévio era “equiparado” a um contrato por tempo determinado, já que as partes estavam cientes do prazo certo de início e fim do aviso. Havia também o entendimento de que a estabilidade no contrato de trabalho por tempo determinado não era devida, justamente pelo fato de que o empregado, ao celebrá-lo, já conhecia o seu término.

Entretanto, tanto no contrato de trabalho por tempo determinado (inclusive o de experiência) quanto no caso do aviso prévio, a estabilidade passou a ser garantida a partir da alteração do inciso III da Súmula 244 do Tribunal Superior do Trabalho – TST,⁷⁵ o qual assim explicitou:

Súmula nº 244 do TST

Gestante. Estabilidade Provisória (redação do item III alterada na sessão do Tribunal Pleno realizada em 14.09.2012) – Res. 185/2012, DEJT divulgado em 25, 26 e 27.09.2012.

I – O desconhecimento do estado gravídico pelo empregador não afasta o direito ao pagamento da indenização decorrente da estabilidade (art. 10, II, “b” do ADCT).

II – A garantia de emprego à gestante só autoriza a reintegração se esta se der durante o período de estabilidade. Do contrário, a garantia restringe-se aos salários e demais direitos correspondentes ao período de estabilidade.

III – A empregada gestante tem direito à estabilidade provisória prevista no art. 10, inciso II, alínea “b”, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, mesmo na hipótese de admissão mediante contrato por tempo determinado.

Assim, mesmo que a confirmação da gravidez tenha ocorrido durante o aviso prévio trabalhado ou indenizado, a empregada terá direito à estabilidade, já que a lei assim o garante.

Da mesma forma o empregador poderá ser compelido a reintegrar ou indenizar a empregada que, no curso do contrato de trabalho por tempo determinado, vier confirmar a gravidez, uma vez que a Súmula do TST também assegura o preceito estabilitário disposto na Constituição Federal.

O mais correto, portanto, é que a empregada comunique de forma documentada ao empregador seu estado gravídico, a fim de evitar a ocorrência de dispensa imotivada fundamentada no eventual desconhecimento da gravidez.

A Lei 12.812/2013⁷⁶ acrescentou o artigo 391-A à CLT, ratificando o entendimento jurisprudencial declinado pelo TST, tal garantia foi definitivamente edificada, in verbis:

Art. 391-A – A confirmação do estado de gravidez advindo no curso do contrato de trabalho, ainda que durante o prazo do aviso prévio trabalhado ou indenizado, garante à empregada gestante a

estabilidade provisória prevista na alínea b do inciso II do art. 10 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

A CLT garante ainda à empregada, durante a gravidez, sem prejuízo de seu salário, a transferência de função se as condições de saúde o exigirem, assegurada sua retomada após o retorno ao trabalho. Também lhe garante a dispensa do horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares.

Da Previdência Social

A Seguridade Social compreende um conjunto de ações dos poderes públicos e da sociedade que visa assegurar o direito à saúde, à previdência e à assistência social. A Assistência Social é política social de provimento das necessidades básicas, dentre elas a proteção à maternidade. A Previdência Social tem por fim assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção quando, por diversos motivos (incapacidade, desemprego, idade, entre outros), esta não é mais possível.

A Previdência Social compreende diversas prestações, dentre elas o salário-maternidade (Lei nº 8213/91, art. 18, 'g'.)⁷⁷ Para as seguradas empregadas, trabalhadoras avulsas e empregadas domésticas, não há período de carência para concessão do benefício.

O salário-maternidade é devido à segurada da Previdência Social durante 120 dias, com início no período entre 28 dias antes do parto e a data da ocorrência deste, observadas as situações e condições previstas na legislação no que concerne à proteção à maternidade. Também é assegurado o salário-maternidade à segurada da Previdência Social que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança.

O valor do salário-maternidade corresponderá, tanto para a segurada empregada como para a trabalhadora avulsa, em renda mensal igual a sua remuneração integral. O pagamento caberá à empresa, efetivando-se posterior compensação junto ao INSS e, no caso de trabalhadora avulsa, será pago diretamente pela Previdência Social.

Para a empregada doméstica, o salário-maternidade é calculado com base no último salário-de-contribuição e pago pelo próprio INSS. Para empregadas com renda variável, o salário é calculado pela média da remuneração dos últimos seis meses. Em qualquer das hipóteses, o benefício não pode ser inferior a um salário mínimo vigente. Quanto ao teto, é inexiste para o salário-maternidade – diferente do que ocorre com outros benefícios do INSS,

pois abarca a remuneração integral da mulher. O único limite é o teto remuneratório dos Ministros do STF.

Importante frisar que essa norma proíbe o recebimento conjunto do salário-maternidade com o benefício do auxílio-doença.

Da proteção e segurança do trabalho

A Lei nº 9029/1995⁷⁸ proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho. O Ministério do Trabalho e Emprego editou a Portaria MTE/GM nº 41, de 28.03.2007,⁷⁹ proibindo o empregador de fazer qualquer exigência de documentos discriminatórios ou obstativos para a contratação de empregados, especialmente testes, exames, perícias, laudos, atestados ou declarações relativos à esterilização ou a estado de gravidez.

Em São Paulo, a Lei Estadual nº 10.849, de 06.07.2001,⁸⁰ autorizou o Poder Executivo a cancelar, administrativamente, a Inscrição Estadual das empresas que exigirem a realização de teste de gravidez e a apresentação de atestado de laqueadura como condição de acesso de mulheres ao trabalho.

Em relação à segurança no trabalho, as Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho, editadas pelo Ministério do Trabalho, controlam e delimitam os ambientes de risco ao trabalhador, especificando como deverá ser realizada a proteção das áreas perigosas e insalubres, o que inclui a proteção das trabalhadoras gestantes.

Na área de saúde, por exemplo, a NR 32(81) impede que a gestante trabalhe em áreas com possibilidade de exposição a gases ou vapores anestésicos, sem autorização por escrito do médico responsável, bem como atividades de preparo de quimioterápicos antineoplásicos. Também infringe a norma quem não afastar trabalhadora com gravidez confirmada das atividades com radiações ionizantes, remanejando-a para atividade compatível com seu nível de formação.

Na recente reforma trabalhista (Lei 13.467/17),⁸² houve mudança no art. 394-A da CLT, permitindo que as gestantes trabalhem em locais de grau mínimo ou médio de insalubridade, a não ser que a gestante apresente atestado médico que recomende seu afastamento durante a gestação. Ou seja, o impedimento e afastamento, que antes era absoluto, foi flexibilizado.

Para empregada gestante, apenas quando sua atividade ou o local onde atua for considerado como insalubre de grau máximo, o afastamento deverá ser imediato, devendo ser ela transferida para outra função ou local. Porém, se for considerado como de insalubridade de grau médio ou mínimo, o

afastamento será obrigatório apenas quando a gestante apresentar atestado de saúde que recomende o afastamento durante a gestação.

Para a empregada lactante, a necessidade de atestado médico para afastamento de atividades consideradas insalubres será necessária para qualquer situação; ou seja, independentemente do grau de insalubridade, a empregada que se encontra amamentando poderá ser mantida pelo empregador em atividade ou local insalubre, mesmo que seja de grau máximo. Para ser beneficiada quanto ao afastamento de atividades consideradas insalubres, a empregada lactante deverá apresentar atestado médico recomendando tal afastamento.

Portanto, a reforma trabalhista, no que se refere à proteção de empregadas gestantes e lactantes, enfraqueceu aquilo que já lhes era garantido. As alterações promovidas fazem com que a mulher tenha que comprovar, através de atestado médico, que aquela operação ou local onde ela atua gera riscos ao seu feto ou à criança a qual está amamentando. Por isso, tais alterações legais estão sendo objeto de muitas críticas e questionamentos judiciais.

Conclusão

Num Estado Democrático de Direito no qual se pretende a redução das desigualdades sociais, deve-se buscar a todo custo garantir os direitos das minorias mais vulneráveis, propiciando a esses grupos sociais uma vida digna através de políticas protetivas de acesso a programas de saúde, educação, moradia, entre outros.

Uma vez que a Constituição Federal prevê no artigo 196 que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, esse princípio se torna basilar para todas as ações a serem tomadas pelos três Poderes da República, no sentido de assegurar essa conquista social do povo brasileiro.

A legislação infraconstitucional deve ter por objetivo viabilizar a aplicação e execução de Políticas Públicas que contemplem a plena implementação do Sistema Único de Saúde, permitindo o acesso universal, igualitário, regionalizado e hierarquizado dos cidadãos às medidas de promoção, proteção e recuperação da sua saúde, promovendo assim uma maior justiça social. As gestantes e seus filhos merecem proteção especial a fim de que tenham um tratamento humano, digno e seguro nesse momento delicado e especial de suas vidas.

Este artigo buscou apresentar a legislação atualizada que objetiva a garantia de um atendimento adequado à mulher gestante e aos neonatos, sempre visando reduzir a violência obstétrica e a mortalidade materna

e neonatal. Não basta a mera previsão legal, a garantia de direitos se dá na concretização destas garantias na prática diária, na realização dessas políticas públicas pelos governantes, na execução do orçamento de forma planejada através de uma boa gestão. Se esses direitos não estão sendo observados, que continuemos incessantemente buscando a sua realização, a fim de que seja reduzido este problema de Saúde Pública no país.

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Brasília, DF: Senado; 1988 [on-line]. [Acessado em 14 jun. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm
2. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [on-line]. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 20 set 1990; Seção 1:18055.
3. Brasil. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 16 jan. 2012;Seção 1:1-4
4. Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação n. 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*; Brasília, DF, 3 out 2017; (Suplemento):1-61.
5. Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*; Brasília, DF, 3 out 2017; (Suplemento):61-192
6. Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação n.3 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*; Brasília, DF, 3 out 2017; (Suplemento):192-288.
7. Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação n.4 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*; Brasília, DF, 3 out 2017; (Suplemento):288-360.
8. Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação n.5 de, 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*; Brasília, DF, 3 out 2017; (Suplemento):360-568
9. Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação n.6 de 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre o financiamento e a

transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*; Brasília, DF, 3 out 2017; (Suplemento):569-713.

10. Brasil. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências [on-line]. *Diário Oficial da União*; Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996; Seção 1. (Partes vetadas): *Diário Oficial da União*; Poder Executivo, Brasília, DF, 20 ago. 1997; Seção 1:17989. [Acessado: 14 jun 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6202
11. Brasil. Lei n. 13.045, de 25 de novembro de 2014. Altera as Leis nºs 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que “regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências”, e 10.289, de 20 de setembro de 2001, que “institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata”, a fim de garantir maior efetividade no combate à doença. *Diário Oficial da União*; Poder Executivo, Brasília, DF, 26 nov. 2014; Seção 1:2
12. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (Med. L. minar) – 5097. Entrada no STF: 13.03.2014. Dispõe sobre o § 005º, do art. 010 da Lei nº 9263, de 12 de janeiro de 1996. [on-line]. [Acessado em: 14 jun.2018]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADIN&s1=5097&processo=5097>
13. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (Med. L. minar) -5911. Entrada no STF: 08.03.2018. Dispõe sobre o Art. 010, inciso 001 e § 005º, da Lei nº 9263, de 12 de dezembro de 1996.[on-line]. [Acessado em: 14 jun. 2018]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADIN&s1=5911&processo=5911>
14. São Paulo (Estado). Lei n. 12.732, de 11 de dezembro de 2007. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Programa de Orientação em Saúde e Atendimento Social à Gravidez Precoce e Juvenil, e dá outras providências. [on-line]. *Diário Oficial do Estado*; Poder Executivo, São Paulo, SP, 12 out. 2007; Seção 1:1. [Acessado: 30 jul 2008]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7528
15. São Paulo (Município). Lei n. 14.904, de 06 de fevereiro de 2009. Institui o Programa de Prevenção à Gravidez Precoce no Município de São Paulo. *Diário Oficial da Cidade*, 7 fev. 2009; (Coluna 3):1
16. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução n. 1.811 de 14 de dezembro/2006 [on-line]. Estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da Anticoncepção de Emergência, devido a mesma não ferir os dispositivos legais vigentes no país. [Acessado em: 14 jun. 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6702
17. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017. Altera o Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*; Poder Executivo, Brasília, DF, 7 dez 2017; Seção 1:867.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 353, de 14

- de fevereiro de 2017. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 23 fev. 2016; Seção 1:48 – Republicada.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 306, de 28 de março de 2016. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 29 mar. 2016; Seção 1:58
20. São Paulo. (Estado). Lei n. 15.759, de 25 de março de 2015. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado; Poder Legislativo*, São Paulo, SP, 26 mar. 2015; Seção 1:1-3
21. São Paulo. (Município). Lei n. 16.602, de 23 de dezembro de 2016. Dispõe sobre a permissão da presença de doula durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como nas consultas e exames de pré-natal, sempre que solicitado pela parturiente, nas maternidades, hospitais e demais equipamentos da rede municipal de saúde. *Diário Oficial da Cidade*, São Paulo, SP, 24 dez 2016:1.
22. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil) Resolução Normativa DC n. 368 de 06 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 7 jan. 2015; Seção 1:38.
23. Conselho Federal de Medicina. (Brasil). Resolução n. 2144 de 17 de março de 2016. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 22 jun. 2016; Seção 1:138.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF. 27 jun. 2011; Seção 1:109-11.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.1020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 31 mai. 2013; Seção 1:72-75
26. Brasil. Lei n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde [on-line]. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 28 dez. 2007; Seção 1:2. [Acessado: 14 jun 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7615
27. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução n. 305, de 23 de junho de 2017. Dispõe sobre a obrigatoriedade de sinalização nos hospitais e clínicas do Estado de São Paulo alertando para os perigos e danos decorrentes da ingestão de bebida alcóolica por gestante e o risco de desenvolvimento da Síndrome Alcóolica Fetal (SAF). *Diário Oficial do Estado; Poder Executivo*, São Paulo, SP, 27 jun. 2017; Seção 1:302.

28. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil) Resolução DC n. 36, de 3 de julho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 9 jul. 2008; Seção 1:45-8 – REPUBLICADA.
29. São Paulo. (Estado). Lei n. 14.686, de 29 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto em hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial do Estado; Poder Legislativo*, São Paulo, SP, 30 dez. 2011:1.
30. São Paulo. (Município). Lei n. 14.966, de 21 de julho de 2009. Estabelece diretrizes a serem observadas no atendimento ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, denominadas de Programa Mãe Canguru, e dá outras providências. *Diário Oficial da Cidade*, São Paulo, SP, 22 jul. 2009:1.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS). *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 8 mai. 2014; Seção 1:50-51.
32. Brasil. Lei n. 13.436, de 12 de abril de 2017. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para garantir o direito a acompanhamento e orientação à mãe com relação à amamentação. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 13 abr. 2017; Seção 1:1.
33. Brasil. Lei n. 10.048, de 8 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento as pessoas que especifica, e dá outras providências. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 9 nov. 2000; Seção 1:1.
34. Brasil. Decreto n. 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 3 dez. 2004; Seção 1:5.
35. São Paulo. (Estado). Lei n. 10.449, de 20 de dezembro de 1999. Inclui testes para detecção do HIV e da sífilis nos exames pré-natais. *Diário Oficial do Estado; Poder Executivo*, São Paulo, SP, 21 dez. 1999; Seção 1:3.
36. São Paulo. (Estado). Lei n.11.973, de 25 de agosto de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização de exame sorológico de pré-natal em mulheres grávidas. *Diário Oficial do Estado; Poder Executivo*, São Paulo, SP, 26 ago. 2005; Seção 1:1.
37. São Paulo. Secretaria da Saúde Estado de São Paulo. Resolução n. 74, de 23 de julho de 2014. Dispõe sobre a realização do teste para pesquisa do HIV na primeira consulta do pré-natal, no início do terceiro trimestre de gestação e no momento do parto, e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado; Poder Executivo*, São Paulo, SP, 24 jun. 2014. Seção I, p.23.
38. São Paulo. (Município). Lei n. 15.943, de 23 de dezembro de 2013. Dispõe sobre o diagnóstico de gestantes portadoras do vírus HIV e prevenção da transmissão do mesmo aos fetos e crianças recém-nascidas. *Diário Oficial da Cidade*; São Paulo, SP, 24 dez. 2013:3.
39. São Paulo. (Município). Decreto n. 55.114, de 16 de maio de 2014. Regulamenta a Lei nº 15.943, de 23 de dezembro de 2013, que dispõe sobre o diagnóstico de ges-

- tantes portadoras do HIV e a prevenção de sua transmissão aos fetos e crianças recém-nascidas. *Diário Oficial da Cidade*; São Paulo, SP, 17 mai. 2014:1.
40. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal [on-line]. [Acessado em: 05 jun. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm
41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Norma Técnica [on-line]. 3.ed. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Brasília, DF: MS; 2012. [Acessado em: 18 jun. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
42. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (Med. Liminar) – 54. Entrada no STF:17/06/2004. Dispõe sobre Art. 124, 126 e 128, 00I e 0II, do Decreto-Lei nº 2848, de 07 de dezembro de 1940 (Código Penal) [on-line]. [Acessado em: 18 jun. 2018]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADPF&s1=54&processo=54>
43. Conselho Federal de Medicina. (Brasil). Resolução n. 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; Poder Executivo*, Brasília, DF, 14 maio 2012; Seção 1:308-309.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Norma Técnica. [on-line]. Atenção às Mulheres com Gestação de Anencéfalos. Brasília: MS; 2012. [Acessado em: 18 jun. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_gestacao_anencefalos.pdf.
45. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Habeas Corpus 124.306 Rio de Janeiro. [on-line]. [Acessado em: 18 jun. 2018]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/HC124306LRB.pdf>
46. Brasil. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Recomendação n. 01/2014 – PFDC [on-line]. [Acessado em: 18 jun. 2018]. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/temas-de-atauacao/saude/saude-materna/atuacao-do-mpf/recomendacao-01-2014-cfm-e-ms>
47. Brasil. Lei n. 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. *Diário Oficial da União* de 10 ago. 2009
48. Brasil. Lei federal nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, de 4 out. 1957.
49. Brasil. Lei n.11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 8 abr. 2005; n. 67:Seção 1:1.
50. São Paulo. (Estado). Lei n. 13.069, de 12 de junho de 2008. Obriga os hospitais públicos e privados conveniados ao Sistema Único de Saúde - SUS a informar sobre o direito de acompanhante à parturiente. *Diário Oficial do Estado; Poder Executivo*, São Paulo, SP, 13 jun. 2008; Seção 1:1.

51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n. 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 12 fev. 2009; Seção 1:37-43
52. São Paulo. (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 325, de 2004. Regulamenta a coleta de dados e organiza o fluxo do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) no Município de São Paulo. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*, 19 mai. 2004:23-24.
53. São Paulo. (Estado). Provimento n. 03, de 17 de março de 2003 [on-line]. [Acessado em: 18 jun. 2018]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6359>
54. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Provimento n. 13 de 03/09/2010. Dispõe sobre a emissão de certidão de nascimento nos estabelecimentos de saúde que realizam partos [on-line]. [Acessado em: 18 jun. 2018]. Disponível em: http://www.cnj.jus.br//imagens/atos_normativos/provimento/provimento_13_03092010_26102012171643.pdf
55. São Paulo. (Município). Lei nº 13.805, de 7 de maio de 2004. Institui o Programa de Registro Civil na Maternidade, e dá outras providências [on-line]. [Acessado em: 18 jun. 2018]. Disponível em: <http://documentacao.camara.sp.gov.br/iah/fulltext/leis/L13805.pdf>
56. São Paulo. (Estado). Decreto n. 62.111, de 15 de julho de 2016. Reformula o Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno, altera sua denominação e dá providências correlatas. *Diário Oficial do Estado; Poder Executivo*, São Paulo, SP, 16 jul. 2016; Seção 1:3.
57. São Paulo. (Estado). Secretaria da Saúde. Resolução n. 73, de 26 de agosto de 2016. Constitui os Comitês Estadual e Regionais de Vigilância à Morte Materna, Infantil e Fetal e dá providências correlatas. *Diário Oficial do Estado; Poder Executivo*, São Paulo, SP, 27 ago. 2016; Seção 1:37-38.
58. São Paulo. (Estado). Secretaria da Saúde. Resolução n. 74, de 12 de setembro de 2017. Dispõe sobre o processo de notificação e investigação dos óbitos maternos, de mulher em idade fértil, infantil e fetal e dá providências correlatas. *Diário Oficial do Estado; Poder Executivo*, São Paulo, SP, 26 set. 2017; Seção 1:38. Republicada
59. Conselho Federal de Medicina. (Brasil). Resolução CFM nº 1.779, 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 5 de dez. 2005; Seção 1:121.
60. Brasil. Decreto-Lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. *Diário Oficial da União*, 13 de out. de 1941 [on-line]. [Acessado em: 18 jun. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689Compilado.htm
61. São Paulo. (Estado). Lei n. 14.832, de 19 de julho de 2012. Cria o Programa de Saúde da Mulher Detenta. *Diário Oficial do Estado; Poder Legislativo*, São Paulo, SP, 20 jul. 2012; Seção 1:1.
62. São Paulo. (Estado). Decreto n. 57.783, de 10 de fevereiro de 2012. Veda o uso de al-gemas em presas parturientes, nas condições que especifica. *Diário Oficial do Estado; Poder Executivo*, São Paulo, SP, 11 fev. 2012; Seção 1:4.

63. Brasil. Lei n. 13.434, de 12 de abril de 2017. Acrescenta parágrafo único ao art. 292 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), para vedar o uso de algemas em mulheres grávidas durante o parto e em mulheres durante a fase de puerpério imediato. *Diário Oficial da União*; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 abr. 2017; Seção 1:1.
64. Brasil. Supremo Tribunal Federal. *Habeas Corpus* 143.641 São Paulo [on-line]. [Acessado em: 18 jun. 2018]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/HC143641final3pdfVoto.pdf>
65. Supremo concede HC coletivo a todas as presas grávidas e mães de crianças. *Boletim de Notícias ConJur* [on-line]. [Acessado em: 18 jun. 2018]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-fev-20/supremo-concede-hc-coletivo-presas-gravidas-maes-criancas>.
66. Brasil. Decreto n. 58.820, de 14 de julho de 1966. Promulga a Convenção nº 103 sobre proteção à maternidade [on-line]. [Acessado em: 18 jun. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/d58820.htm
67. Brasil. Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho [on-line]. [Acessado em: 18 jun. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452compilado.htm
68. Brasil. Lei n. 11.770, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. *Diário Oficial da União*; Poder Executivo, Brasília, DF, 10 set. 2008; Seção 1:1.
69. Brasil. Decreto n. 8.737, de 3 de maio de 2016. 1. Institui o Programa de Prorrogação da Licença-Paternidade para os servidores regidos pela Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da União*; Poder Executivo, Brasília, DF, 4 mai. 2016; Seção 1:6.
70. Brasil. Lei n. 13.509, de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre adoção e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil) [on-line]. [Acessado em: 18 jun. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13509.htm
71. São Paulo. (Estado). Lei Complementar Estadual n. 1054, de 7 de julho de 2008. Amplia os períodos da licença à gestante, da licença-paternidade e da licença por adoção, e dá providências correlatas. *Diário Oficial do Estado*; Poder Executivo, São Paulo, SP, 8 jul. 2008; Seção 1:1.
72. São Paulo. (Município). Lei n. 13.379, de 24 de junho de 2002. Institui a Licença -Maternidade Especial para Servidoras Municipais, Mães de Bebês Prematuros, e dá Outras Providências. Publicado em: 25 de jun. de 2002.
73. São Paulo. (Município). Decreto n. 58.225, de 9 de maio de 2018. Regulamenta a concessão aos servidores municipais das licenças que especifica, de readaptação, de restrição de função e de aposentadoria por invalidez, bem como a realização de exame médico admissional em candidatos a ingresso no serviço público municipal, conforme previsto na legislação específica. [on-line]. Publicado em: 09 de maio de 2018. [Acessado em: 18 jun. 2018]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/s/sao-paulo/decreto/2018/58225/decreto-n-58225-2018-regulamenta-a-concessao-aos-servidores-municipais-das-licencias-que-especifica-de-readap>

tacao-de-restricao-de-funcao-e-de-aposentadoria-por-invalidez-bem-como-a-realizacao-de-exame-medico-admissional-em-candidatos-a-ingresso-no-servico-publico-municipal-conforme-previsto-na-legislacao-especifica

74. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 10062/2018. Origem: PLS 72/2017 [on-line]. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para majorar o prazo da licença-maternidade de 120 para 180 dias. [Acessado em: 18 jun. de 2018]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetrmitacao?idProposicao=2172486>
75. Brasil. Tribunal Superior do Trabalho. Súmula n. 244. 1. Gestante. Estabilidade Provisória (redação do item III alterada na sessão do Tribunal Pleno realizada em 14.09.2012) - Res. 185/2012, DEJT divulgado em 25, 26 e 27.09.2012 [on-line]. [Acessado em: 18 jun. de 2018]. Disponível em: http://www3.tst.jus.br/jurisprudencia/Sumulas_com_indice/Sumulas_Ind_201_250.html#SUM-244
76. Brasil. Lei n. 12.812, de 16 de maio de 2013. Acrescenta o art. 391-A à Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre a estabilidade provisória da gestante, prevista na alínea b do inciso II do art. 10 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da União, 17 de maio de 2013.
77. Brasil. Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências [on-line]. [Acessado em: 19 jun. de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8213compilado.htm
78. Brasil. Lei n. 9.029, de 13 de abril de 1995. Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 17 de abril de 1995.
79. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego/Gabinete do Ministro. Portaria n. 41, de 28 de março de 2007. Disciplina o registro e a anotação de Carteira de Trabalho e Previdência Social de empregados. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 30 mar. 2007; Seção 1:127.
80. Estado. Lei n.10.849, de 6 de julho de 2001. Autoriza o Executivo a adotar as punições que especifica contra as empresas que exijam a realização de teste de gravidez e apresentação de atestado de laqueadura para o acesso das mulheres ao trabalho, e dá providências correlatas. *Diário Oficial do Estado; Poder Legislativo*, São Paulo, SP, 7 jul. 2001; Seção 1.
81. Brasil. Ministério do Trabalho. Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho. Norma Regulamentadora 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde [on-line]. [Acessado em: 19 jun.2018]. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR32.pdf>
82. Brasil. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nos 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho [on-line]. [Acessado em: 29 jun. 2018]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm

8

Atestação médica de condições de saúde, doenças, possíveis sequelas e óbito

8. **Atestação médica de condições de saúde, doenças, possíveis sequelas e óbito**

Introdução

A Lei nº 12.842, de 2013,¹ que dispõe sobre o exercício da Medicina, estabelece no seu artigo 4º as atividades privativas do médico, dentre as quais:

- XIII – atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas;
- XIV – atestação do óbito, exceto em casos de morte natural em localidade em que não haja médico.

Atestação é a ação ou ato de atestar, isto é, de fornecer documento que comprove a verdade sobre fato ou circunstância.

Requisitos de validade

Na atestação médica, há um atestado emitido por médico no exercício da profissão. Em razão dela, de acordo com o artigo 2º do Código de Ética Médica,² fica vedado ao médico “delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica”. Nos termos do artigo 5º do mesmo diploma, proíbe-se o profissional de “assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou”. O médico, portanto, deve ter verificado o fato ou circunstância para atestá-lo.

É também vedado ao médico, conforme o artigo 11 do Código de Ética Médica:²

receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

Ou seja, o atestado médico deve ser, na medida do possível, de compreensão do paciente e/ou do destinatário do atestado (pois não pode estar escrito de forma secreta). Mas não basta o uso de termos comprehensíveis: o atestado deve ser legível. Deve contar, ademais, com a identificação do médico subscritor e do paciente, pois não pode ser assinado em branco.

Na hipótese de morte sem identificação do cadáver, este deve ser fichado e fotografado, e suas informações devem ser recolhidas ao máximo: dados físicos, circunstâncias e onde foi localizado.

Ainda dentro do Código de Ética Médica, destacam-se os seguintes artigos do Capítulo X, que trata dos documentos médicos:

É vedado ao médico:

Art. 80 – Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

Art. 82 – Usar formulários de instituições públicas para prescrever ou atestar fatos verificados na clínica privada.

A atestação médica, portanto, deve preencher os seguintes requisitos:

- Ser feita pelo médico que verificou o fato ou a circunstância atestada no exercício da profissão e em razão dela;
- Ter a identificação do paciente (ou do falecido e/ou suas características, no caso de atestado de óbito);
- Ser expressão da verdade;
- Ser escrita, na medida do possível, com palavras no nível de compreensão do paciente e/ou do destinatário do atestado;
- Ser escrita de forma legível;
- Estar subscrita com o nome do médico e com o número de seu registro junto ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, não sendo imprescindível o uso de carimbo;³
- Ser escrita em formulário apropriado.

Além disso, é importante frisar que o atestado médico é ato integrado à consulta; portanto, não se pode cobrar valor adicional para sua emissão, conforme expresso nos artigos 81 e 91 do Código de Ética Médica:

É vedado ao médico:

Art. 81 – Atestar como forma de obter vantagens.

Art. 91 – Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal.

Por fim, o diagnóstico somente pode constar no atestado por meio de dever legal, justa causa ou consentimento por escrito do paciente.⁴

Nesse sentido, o artigo 73 do Código de Ética Médica diz:

Art. 73 – Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Tipos de atestações médicas

As atestações médicas, conforme estabelecido no artigo 4º da Lei nº 12.842,² de 2003, podem ser de condições de saúde, de doenças e suas possíveis sequelas, e de óbito. Todas elas devem preencher os requisitos descritos acima, acrescidas de outros específicos para cada tipo de atestação. Dessa forma, tem-se:

De condições de saúde

Geralmente requeridas⁵ para a comprovação de deficiência, para o exercício de uma atividade ocupacional (periódico e quando da admissão, demissão, mudança de função e retorno ao trabalho após afastamento por mais de trinta dias) ou desportiva, bem como para viagens e frequência à piscina.

No atestado de condições de saúde, deve constar se o paciente está APTO, APTO COM RESTRIÇÕES ou INAPTO para o exercício de determinada atividade ocupacional, desportiva, para frequentar piscina ou para viajar, conforme o caso.

Deve-se especificar a atividade ocupacional e desportiva a qual a atestação se refere,⁶ bem como a deficiência ou restrição (ou recomendação), se houver, e se a restrição é permanente ou temporária (nessa hipótese, fornecer

estimativa de prazo de recuperação) e de que maneira a restrição ou a deficiência afeta o paciente.

No que tange às atividades ocupacionais ao par da atestação, o médico tem o dever de, nos termos do artigo 12 do Código de Ética Médica, esclarecer ao trabalhador a respeito de condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos empregadores responsáveis.

Para as pessoas com deficiência, a Constituição Federal⁷ estabelece a obrigatoriedade de reserva de vagas de cargos e empregos públicos (art. 37, VIII), aposentadoria especial (art. 40, §4º, I e art. 201, §1º), preferência no recebimento de precatórios (art. 100, §2º; art. 102, *caput* e §2º do ADCT – ato de disposições constitucionais provisórias), garantia de benefício mensal de um salário mínimo, se ele não for capaz de prover a própria manutenção ou de tê-la mantida pela família (art. 203, V), e atendimento educacional especializado (art. 208, III e art. 227, §1º, II) – além de exigir a adaptação de logradouros, de prédios de uso público e de veículos de transporte coletivo.

Já a Lei nº 8.213,⁸ de 1991, em seu art. 93, estabelece percentual que varia de 2 a 5% de reserva de vagas para pessoas com deficiência, conforme o número de empregados da empresa.

As pessoas com deficiência podem ter ainda isenção de imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro, ou relativas a títulos e valores mobiliários (IOF)^{9,10} e a de imposto sobre produtos industrializados (IPI).^{10,11}

Para exercerem todos esses direitos, as pessoas têm de comprovar deficiência por atestado médico.

De doenças e possíveis sequelas

Geralmente são requeridas para interdição judicial, isenção de tributos, afastamentos ou aposentadoria por invalidez.

Independentemente da atestação, é dever do médico esclarecer ao paciente as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença (artigo 13 do Código de Ética Médica).² Deve-se especificar se o comprometimento é temporário (nessa hipótese, fornecer estimativa de tempo de recuperação) ou permanente.

É passível de interdição quem, nos termos do artigo 1.767 do Código Civil,¹² por causa transitória ou permanente, não pode exprimir sua vontade. Não há uma lista específica de doenças, mas geralmente envolve casos de pessoas em coma ou com doença mental grave.

Os ébrios habituais, os viciados em tóxico e os pródigos também são passíveis de interdição, devendo essas situações serem comprovadas medicamente.

Algumas doenças, desde que comprovadas por atestado médico, levam a isenção de imposto de renda para seus portadores. Nesse sentido, são isentos de imposto de renda, nos termos do inciso XIV, do artigo 6º da lei.^{13,14}

XIV – os proventos de aposentadoria ou reforma motivada por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondilartrose anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteite deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida, com base em conclusão da medicina especializada, mesmo que a doença tenha sido contraída depois da aposentadoria ou reforma.

Nos termos da regulamentação de consentimento da isenção e segundo os artigos 231 e 232 do Código Civil, tem-se:

Art. 231 – Aquele que se nega a submeter-se a exame médico necessário não poderá aproveitar-se de sua recusa.

Art. 232 – A recusa à perícia médica ordenada pelo juiz poderá surprender a prova que se pretendia obter com o exame.

Ou seja, em decorrência de dever legal, deverá constar o diagnóstico no atestado para a obtenção da isenção de imposto de renda.

Quanto a afastamentos, no que tange a servidores federais, o artigo 205 da Lei nº 8.112,¹⁵ de 1990, dispõe:

Art. 205 – O atestado e o laudo da junta médica não se referirão ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no art. 186, § 1º.

Em razão do dever legal, portanto, deve constar o diagnóstico da doença no atestado médico nas hipóteses de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no artigo 186, § 1º da Lei nº 8.112, de 1990.

O artigo 186 da lei em questão trata de aposentadoria por invalidez do servidor público federal nos casos de: tuberculose ativa, alienação mental,

esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira posterior ao ingresso no serviço público, hanseníase, cardiopatia grave, doença de Parkinson, paralisia irreversível e incapacitante, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados do mal de Paget (osteite deformante), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), e outras que a lei indicar, com base na medicina especializada.

Adotam-se critérios semelhantes aos servidores públicos do Estado de São Paulo na medida em que o artigo 197 da Lei Estadual nº 10.261,¹⁶ de 1968, dispõe que “para a conceituação do acidente da doença profissional, serão adotados os critérios da legislação federal de acidentes do trabalho”.

No que tange aos trabalhadores vinculados ao Regime Geral de Previdência Social, a concessão de benefícios decorrentes de doença profissional, acidente do trabalho e aposentadoria por invalidez dependem de perícia médica (artigo 21-A da Lei nº 8.213, de 19918).

De óbito

A atestação de óbito tem duas principais finalidades.¹⁷ Do ponto de vista jurídico, confirma a morte de alguém: momento que se inicia sua sucessão, além de esclarecer se a morte foi natural ou não. Do ponto de vista da Saúde Pública, traz elementos qualitativos e quantitativos que auxiliam no estudo, planejamento e execução de políticas na área.

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS), cuja Constituição tem o Brasil como signatário, elaborou um modelo internacional de atestado de óbito, que trata basicamente da anotação das causas de morte. Esse modelo é dividido em duas partes: na primeira, constam a causa terminal ou imediata e as demais consequenciais, além da causa básica, de onde as complicações decorrem. Na segunda, as condições que contribuíram para o agravamento do estado de saúde do falecido, embora não sejam consequências da causa básica de morte.

O Brasil adotou o modelo da OMS em 1950, mas somente em 1976 os demais campos da declaração (ou atestado) de óbito, como a identificação do falecido, foram uniformizados no país.

Atualmente, a declaração de óbito tem nove blocos de informação:¹⁸

- Bloco I: identificação;
- Bloco II: residência;
- Bloco III: ocorrência;

- Bloco IV: fetal ou menor que 1 ano (informações sobre a mãe);
- Bloco V: condições e causas do óbito;
- Bloco VI: médico;
- Bloco VII: causas externas;
- Bloco VIII: cartório;
- Bloco IX: localidade sem médico.

O preenchimento dos blocos I a VII é de responsabilidade médica,¹⁸ quando a atestação for por um médico assinada. O bloco VIII será preenchido quando o registro da declaração de óbito for feita em cartório. Já o bloco IX somente é preenchido, por óbvio, em localidade sem médico.

A atestação de óbito é tratada nos artigos 83 e 84 do Código de Ética Médica, a seguir transcritos:

É vedado ao médico:

Art. 83 – Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 84 – Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Em outras palavras, a atestação de óbito cabe ao médico legista¹⁹ quando houver indício de morte violenta, termo que abrange todas as causas externas ou não naturais, como indício ou suspeita de envenenamento.

Não havendo médico legista na localidade, o exame será realizado por duas pessoas idôneas, portadoras de diploma de curso superior preferencialmente na área específica, dentre as que tiverem habilitação técnica relacionada com a natureza do exame (art. 159, §1º do Código de Processo Penal)²⁰ investido pela autoridade judicial ou policial (art. 19, V, b, da Portaria 116, de 2009, do Ministério da Saúde).

Não havendo indício de causa externa de morte,¹⁸⁻²¹ se o paciente foi assistido em sua doença, a atestação cabe na seguinte ordem:

1. Ao médico que assistiu o paciente;
2. Ao médico substituto;
3. Ao médico plantonista (ou da equipe) do serviço no qual o paciente era tratado.

Eventualmente, nas hipóteses acima, sobretudo quando o tempo de assistência não foi suficiente para estabelecer *causa mortis*, o cadáver pode ser encaminhado ao serviço de verificação de óbito, se houver.

Não havendo indício de causa externa de morte, se o paciente não foi assistido em sua doença, a atestação cabe na seguinte ordem:

1. Ao serviço de verificação de óbito;
2. Ao médico do serviço público da localidade;
3. A qualquer médico da localidade;
4. Por duas pessoas idôneas.

Penalidades

As atestações médicas devem ser expressão da verdade e a emissão delas está sujeita a normas, já que a inobservância pode comprometer a saúde do paciente, prejudicar a elaboração de políticas de Saúde Pública e acarretar sanções aos emitentes.

No âmbito ético-profissional, de acordo com o artigo 93 do Código de Processo Ético Profissional²² e com o artigo 22 da Lei nº 3.268,²³ de 1957, a sanção pode variar de advertência confidencial em aviso reservado à cassação do exercício profissional (*ad referendum* do Conselho Federal de Medicina – CFM).

No âmbito trabalhista, considerada a conduta falta grave, pode haver rescisão do contrato de trabalho (artigo 482 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT).²⁴

No âmbito administrativo federal (serviço público federal), as penalidades disciplinares estão previstas no artigo 127 da Lei nº 8.112, de 1990, a saber: advertência, suspensão, demissão, cassação de aposentadoria ou disponibilidade, destituição de cargo em comissão e destituição de função comissionada.

No âmbito administrativo do Estado de São Paulo, as penas disciplinares estão previstas no artigo 251 da Lei nº 10.261, de 1968, a saber: repreensão, suspensão, multa, demissão, demissão a bem do serviço público e cassação de aposentadoria ou disponibilidade.

No âmbito penal, o médico emitente de um atestado falso pode estar sujeito, conforme a finalidade da emissão e ao fato de ser ele médico (servidor público ou não), às penas previstas nos artigos 299, 301, 302 e 317 do Código Penal²⁵, a seguir transcritos:

Falsidade ideológica

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena – reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único – Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Certidão ou atestado ideologicamente falso

Art. 301 – Atestar ou certificar falsamente, em razão de função pública, fato ou circunstância que habilite alguém a obter cargo público, isenção de ônus ou de serviço de caráter público, ou qualquer outra vantagem:

Pena – detenção, de dois meses a um ano.

Falsidade material de atestado ou certidão

§ 1º – Falsificar, no todo ou em parte, atestado ou certidão, ou alterar o teor de certidão ou de atestado verdadeiro, para prova de fato ou circunstância que habilite alguém a obter cargo público, isenção de ônus ou de serviço de caráter público, ou qualquer outra vantagem:

Pena – detenção, de três meses a dois anos.

§ 2º – Se o crime é praticado com o fim de lucro, aplica-se, além da pena privativa de liberdade, a de multa.

Falsidade de atestado médico

Art. 302 – Dar o médico, no exercício da sua profissão, atestado falso:

Pena – detenção, de um mês a um ano.

Parágrafo único – Se o crime é cometido com o fim de lucro, aplica-se também multa.

Corrupção passiva

Art. 317 – Solicitar ou receber, para si ou para outrem, direta ou indiretamente, ainda que fora da função ou antes de assumi-la, mas em razão dela, vantagem indevida, ou aceitar promessa de tal vantagem:

Pena – reclusão, de dois a 12 anos, e multa.

§ 1º – A pena é aumentada de um terço, se, em consequência da vantagem ou promessa, o funcionário retarda ou deixa de praticar qualquer ato de ofício ou o pratica infringindo dever funcional.

§ 2º – Se o funcionário pratica, deixa de praticar ou retarda ato de ofício, com infração de dever funcional, cedendo a pedido ou influência de outrem:

Pena – detenção, de três meses a um ano, ou multa.

Para a ocorrência de qualquer um dos crimes supramencionados, há de haver dolo, isto é, a vontade livre e consciente de cometer conduta tipificada como crime.

As condutas previstas no artigo 317 (corrupção passiva) e no *caput* (cabecalho) do artigo 301 (certidão ou atestado ideologicamente falso) do Código Penal se referem somente aos servidores públicos.

Dessa forma, em se tratando de um médico na qualidade de servidor público e no exercício da função pode haver:

- Crime de corrupção passiva, se for dado um atestado com intenção de lucro (não é necessário que o atestado seja falso).
- Crime de atestado ideologicamente falso, se for falsamente atestado fato ou circunstância que habilite alguém a obter cargo público, isenção de ônus ou de serviço público, ou qualquer outra vantagem. Por exemplo: considerar apto para serviço público candidato que, na verdade, deveria ser considerado inapto ou atestar que alguém tem uma das doenças que permitem isenção de imposto de renda quando, na verdade, esse alguém não a tem. Ainda, atestar que um candidato é inapto para a prestação do serviço militar obrigatório quando, na verdade, o candidato é apto.

Por fim, se a intenção for a de omitir, em documento, declaração que dele deveria constar, ou nele inserir informação falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, pode estar caracterizada a conduta descrita no artigo 299 do Código Penal: falsidade ideológica. Nesse sentido, o Supremo Tribunal Federal entendeu, no julgamento de *Habeas Corpus* nº 69.766,²⁶ que o atestado de óbito falso, para encobrir a verdadeira causa da morte, configura crime de falsidade ideológica, não o de falsidade de atestado médico.

No campo civil, não é necessário o dolo, basta a culpa. Nos termos dos artigos 186 e 927 do Código Civil, tem-se:

Art. 186 – Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 927 – Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Ou seja, se um médico atesta que o paciente está em condições de exercer suas funções, mas, em decorrência de seu estado de saúde, esse paciente se accidenta ou falece; ou se um médico atesta erroneamente que o paciente não está apto a exercer suas funções laborais e a empresa onde ele trabalha, em decorrência de sua ausência, tem algum prejuízo, em ambas as situações, o médico pode ser acionado pela Justiça para indenizar: quer o paciente (ou sua família) na primeira hipótese; quer a empresa, na segunda.

Situações especiais em Ginecologia e Obstetrícia

Os ginecologistas e obstetras devem seguir as recomendações gerais das atestações, prestando atenção em algumas situações específicas.

No exame admissional, não se deve pedir teste de gravidez (art. 373-A, II da CLT), o que constitui crime (art. 2º da Lei nº 9.029, de 1995).²⁷ A exigência de colpocitologia oncológica (papanicolau), colposcopia e mamografia no exame admissional também vem sendo derrubada por decisões judiciais.

Em agosto de 2017, o Tribunal Regional Federal da 3ª Região²⁸ decidiu pela inexigibilidade da colpocitologia oncológica e da colposcopia em exame admissional de concurso público. Em 17 de janeiro de 2018, a Justiça Paulista concedeu liminar em ação civil pública promovida pela Defensoria Pública Estadual,²⁹ no sentido de suspender a obrigatoriedade de apresentação dos exames de colposcopia, colpocitologia oncológica e mamografia para mulheres que concorrem a cargos no Judiciário Paulista. Dentre os fundamentos da decisão, estava o parecer no 79.277,³⁰ de 2017, do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Além disso, em regra, a declaração de comparecimento não abona o dia de trabalho, mas a gestante tem direito a, no mínimo, seis abonos para consultas e exames durante a gravidez (art. 392, §4º, II da CLT).

Ainda em relação às condições de saúde, a gestante tem direito a assistência especial³¹ em viagens aéreas. O CFM³² informa em cartilha que as

viagens aéreas não se relacionam com o aumento de incidência de ruptura prematura de membranas ovulares nem com o descolamento prematuro de membranas e faz as seguintes recomendações às grávidas que desejam viajar de avião:

- a) As mulheres que apresentarem dores ou sangramento antes do embarque, não devem fazê-lo;
- b) Em condições que comprometem a oxigenação da placenta, deve ser avaliada a necessidade de suporte com oxigênio;
- c) Evitar viagens longas, principalmente em casos de incompetência istmo-cervical, atividade uterina aumentada, ou partos anteriores prematuros;
- d) A partir da 36^a semana, a gestante necessita de uma declaração do seu médico permitindo o voo. Em gestações múltiplas, a declaração deve ser feita após a 32^a semana;
- e) A partir da 38^a semana, a gestante só pode embarcar acompanhada dos respectivos médicos responsáveis;
- f) Gestação ectópica é contraindicado para o voo;
- g) Não há restrições de voo para a mãe no pós-parto normal, mesmo no pós-parto imediato. No entanto, deve-se adiar a viagem do recém-nascido para depois da primeira semana de vida em vista das várias transformações pelas quais o bebê passa e sua fragilidade inerente ao período;
- h) Antes do voo: evitar dieta produtora de gases nos dias anteriores à viagem e compensar anemias preexistentes;
- i) Durante o voo: manter o cinto constantemente afivelado sobre a pelve, evitando choques na barriga, especialmente perigosos no terceiro trimestre de gestação;
- j) Nos voos com duração superior a quatro horas, fazer exercícios leves com as pernas, visando evitar a imobilidade prolongada.

No que tange à licença-maternidade, a gestante, nos termos do artigo 392 da CLT pode, mediante atestado médico:

- Afastar-se por 120 dias a partir do 28º dia antes da data provável do parto;
- Estender esse período em duas semanas antes e outras duas após.

Já a servidora pública federal pode se afastar a partir do primeiro dia do nono mês de gestação (art. 207 da Lei nº 8.112, de 1990) por um período de 120 dias, passível de prorrogação por mais 60 dias, caso a servidora assim o

requeira até o último dia do primeiro mês de licença. A servidora pública do Estado de São Paulo, por sua vez, pode se afastar por 180 dias a partir da 32^a semana de gestação (art. 198 da Lei Estadual 10.261, de 1968).

Ainda mediante atestado médico, nos termos do artigo 394 da CLT, a empregada gestante pode romper o compromisso resultante de qualquer contrato de trabalho, desde que este seja prejudicial à gestação.

De acordo com o artigo 394-A da CLT, a gestante:

Art. 394-A – Sem prejuízo de sua remuneração, nesta incluído o valor do adicional de insalubridade, a empregada deverá ser afastada de:

I – atividades consideradas insalubres em grau máximo, enquanto durar a gestação;

II – atividades consideradas insalubres em grau médio ou mínimo, quando apresentar atestado de saúde, emitido por médico de confiança da mulher, que recomende o afastamento durante a gestação;

III – atividades consideradas insalubres em qualquer grau, quando apresentar atestado de saúde, emitido por médico de confiança da mulher, que recomende o afastamento durante a lactação.

A Medida Provisória 808, de 2017,³³ afastou a gestante e a lactante de todas as atividades insalubres, salvo se permitida por atestado médico. No entanto, como a medida não foi convertida em lei, perdeu sua vigência.

Em relação à declaração de óbito, a responsabilidade de preenchimento nos casos de óbito fetal – ou seja, de morte intrauterina – é, via de regra, do obstetra que assistiu a gestante. Sua emissão somente é obrigatória se o óbito ocorrer a partir da 20^a semana, se o conceito pesar mais de 500g ou tiver mais de 25 cm de altura. No entanto, pode ser preenchida caso a perda tenha ocorrido antes da 20^a semana, se pesar menos de 500g ou tiver menos de 25 cm de altura, se família assim o desejar.

No caso de nascido vivo, independentemente do tempo de gestação, há de ser feita declaração de nascido vivo, que não é privativa de médico.

Conclusão

As atestações médicas devem ser expressão da verdade e a emissão delas está sujeita a normas, cuja inobservância pode comprometer a saúde do paciente, prejudicar a elaboração de políticas de Saúde Pública e acarretar sanções aos emitentes nos âmbitos ético-profissional, trabalhista, administrativo, civil e penal.

As atestações em Ginecologia e Obstetrícia seguem os preceitos gerais, observando-se que gestação não é empecilho para uma candidata ser considerada inapta em exame admissional – embora a paciente gestante tenha restrições para o exercício de certas funções e necessite de algumas preocupações ao viajar, especialmente de avião, em determinadas situações ou próximo ao final da gravidez.

Na hipótese de óbito fetal, ter em mente que a responsabilidade do preenchimento da declaração de óbito é, em regra, do médico que assistiu a gestação ou o parto, pois na declaração devem constar várias informações sobre a saúde materna.

Referências

1. Brasil. Lei 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=11257
2. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução n. 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set 2009; Seção 1:90-2.
3. São Paulo (Estado). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer n. 23.875, de 2000. Convênio não aceitar pedido de exames em papel timbrado ou computador [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=4936
4. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução 1.819, de 17 de maio de 2007. Proíbe a colocação do diagnóstico codificado (CID) ou tempo de doença no preenchimento das guias da TISS de consulta e solicitação de exames de seguradoras e operadoras de planos de saúde concomitantemente com a identificação do paciente e dá outras providências [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7009
5. Atestado médico prática e ética. Oselka G, coordenador. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2015.
6. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução n. 1.658, de 13 de dezembro de 2002. Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3117
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Brasília, DF: Senado; 1988 [internet]. [Acesso em 05 jun. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm
8. Brasil. Lei 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm

9. Brasil. Lei 8.383, de 30 de dezembro de 1991. Institui a Unidade Fiscal de Referência, altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8383.htm
10. Brasil. Ministério da Fazenda. Receita Federal. Instrução normativa 1.769, de 18 de dezembro de 2017. Disciplina a aplicação da isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e do Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguro, ou relativas a Títulos e Valores Mobiliários (IOF), na aquisição de veículos por pessoas com deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou autistas, e dá outras providências [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: <http://normas.receita.fazenda.gov.br/sijut2consulta/link.action?visao=anotado&idAta=88750>
11. Brasil. Lei n. 8.989, de 24 de fevereiro de 1995. Dispõe sobre a Isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI, na aquisição de automóveis para utilização no transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas portadoras de deficiência física, e dá outras providências. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8989compilado.htm
12. Brasil. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/110406.htm
13. Brasil. Lei n. 7.713, de 22 de dezembro de 1988. Altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7713.htm#art12
14. Isenção do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física para Portadores de Moléstia Grave (Brasil). Ministério da Fazenda. Receita Federal [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: <http://idg.receita.fazenda.gov.br/orientacao/tributaria/isencoes/isencao-do-irpf-para-portadores-de-molestia-grave>
15. Brasil. Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l8112cons.htm
16. São Paulo (Estado). Lei 10.261, de 28 de outubro de 1968. Dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1968/com-pilacao-lei-10261-28.10.1968.html>
17. O Atestado de óbito: aspectos médicos, estatísticos éticos e jurídicos. Laurenti R, Jorge MHPM, coordenadores. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2015.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8158
19. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução n. 2.110, de 25 de setembro de 2014. Dispõe sobre normatização do funcionamento dos serviços pré-hospitalares

- móveis de urgência e emergência em todo o território nacional [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=12730
20. Brasil. Decreto-lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm
21. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução n. 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da declaração de óbito [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6285
22. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução n. 2.145, de 17 de maio de 2016. Aprova o código de processo ético-profissional (CPEP) no âmbito do Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=14076
23. Brasil. Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=11204
24. Brasil. Decreto-lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a consolidação das leis do trabalho [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del5452.htm
25. Brasil. Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm
26. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Habeas Corpus n. 69.766/6 – Rio de Janeiro. Relatoria do Ministro Moreira Alves, Diário da Justiça 19 de março de 1993; 53: Seção I: 4279 [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=4&pagina=7&data=19/03/1993>
27. Brasil. Lei n. 9.029, de 13 de abril de 1995. Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9029.HTM
28. Justiça Federal. Tribunal Regional Federal da Terceira Região (Brasil) [homepage na internet]. Decisão proíbe exigência de Papanicolau para aprovadas no concurso do INSS [acesso em 27 de junho de 2018]. Disponível em: <http://web.trf3.jus.br/noticias/Noticias/Noticia/Exibir/358729>
29. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (São Paulo, Brasil) [homepage na internet]. Consulta processual. Processo de número 1058858-52.2017.8.26.005. Decisão de 17 de janeiro de 2018 [acesso em 27 de junho de 2018]. Disponível em: https://esaj.tjsp.jus.br/cpopg/show.do?processo.codigo=1H000BZL90000&processo.fo-ro=53&uuidCaptcha=sajcaptcha_13e31b316fb427e8eaf986a7248fc44.

Também em:

Consultor jurídico [homepage na internet]. Estado de SP está proibido de fazer exames invasivos em candidatas de concurso [acesso em 27 de junho de 2018]. Dis-

ponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-jan-17/concursos-sp-nao-podem-exigir-exames-invasivos-candidatas>

Íntegra da decisão em:

<https://www.conjur.com.br/dl/decisao-defensoria-exame-invasivo.pdf>

30. São Paulo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer n. 79277 de: 2017. Sobre a realização de exame subsidiário para relatório pericial de admissão em carreiras públicas, que exponha a trabalhadora candidata mulher em sua condição de virgem [internet]. [Acesso em: 18 de jun. de 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=14688
31. Agência Nacional de Aviação Civil (Brasil). Resolução n. 280, de 11 de julho de 2013. Dispõe sobre os procedimentos relativos à acessibilidade de passageiros com necessidade de assistência especial ao transporte aéreo e dá outras providências [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.anac.gov.br/assuntos/legislacao/legislacao-1/resolucoes/resolucoes-2013/resolucao-no-280-de-11-07-2013/@/display-file/arquivo_norma/RA2013-0280.pdf
32. Doutor, Posso Viajar de Avião? Cartilha de Medicina Aeroespacial. Conselho Federal de Medicina; Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo [internet]. [Acesso em 12 de maio de 2018]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/cartilha_medicina_aeroespacialfinal2.pdf
33. Brasil. Medida Provisória n. 808, de 14 de novembro de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Vigência Encerrada [internet]. [Acesso em: 26 de jun. de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/Mpv/mpv808impressao.htm

9

Assédio sexual e comportamentos inadequados na relação ginecologista-paciente

Assédio sexual e comportamentos inadequados na relação ginecologista-paciente

Introdução

Dentre os médicos de todas as 552 especialidades reconhecidas no Brasil,¹ os ginecologistas-obstetras são os especialistas mais denunciados no Cremesp, respondendo isoladamente por nunca menos que 10% do total geral de denúncias recebidas a cada ano, independente do motivo. A Ginecologia e Obstetrícia é a única especialidade que atinge dois dígitos na porcentagem de denúncias por quaisquer motivos dentre todas as especialidades, ficando muito à frente da segunda especialidade mais denunciada, a Pediatria, que figura com aproximadamente 5% do total geral de denúncias por quaisquer motivos. Todas as demais especialidades figuram isoladamente na classificação com cifras abaixo de 5% do total anual de denúncias por qualquer motivo.²

No período de cinco anos, entre os anos de 2006 e 2010, as estatísticas da Seção de Denúncias do Cremesp demonstram que o assunto “Assédio sexual envolvendo médico” foi motivo para instauração de 217 sindicâncias, o que corresponde à média de 43,4 sindicâncias por ano, ou 3,62 por mês – aproximadamente uma sindicância por semana.³ Estes números deixam claro que, ao contrário do que desejaríamos acreditar, a frequência com que o assunto em questão bate às portas do Cremesp infelizmente está longe de ser rara ou eventual.

Ginecologistas obstetras também são o segmento mais denunciado por assédio sexual entre todas as especialidades, respondendo naquele quinquênio por aproximadamente 24% do total de denúncias por esse motivo. Em 2009, ocorreu um evento singular: a instauração de 51 processos ético-profissionais por assédio sexual contra um único médico, que atuava na área de

Reprodução Humana, e que, sozinho, respondeu por mais de 20% do total de denúncias de assédio sexual de todo o quinquênio.³

Se considerarmos que a área de Reprodução Humana pertence ao âmbito da Ginecologia e Obstetrícia, chegaremos à incrível cifra de quase 50% do total de denúncias de assédio sexual creditados a esta especialidade isoladamente, naquele período, ficando com uma proporção de denúncias por motivo sexual maior que o dobro da soma das próximas três colocadas – respectivamente, a Clínica Médica, a Psiquiatria e a Ortopedia-Traumatologia, cada qual com aproximadamente 7% do total de denúncias por assédio sexual.³

Do total de médicos de todas as especialidades julgados por assédio sexual, aproximadamente um terço foi considerado culpado e recebeu penas diversas.²

Uma pesquisa norte-americana, utilizando entrevistas com mais de mil pessoas, entre profissionais e pacientes, dá conta que aproximadamente 70% dos psicoterapeutas já tiveram pelo menos uma paciente relatando história de relacionamento sexual com um terapeuta anterior; entre 20 e 30% das estudantes universitárias, incluindo alunas de Medicina, já haviam sofrido abordagem sexual por parte de seus professores; e aproximadamente 13% dos médicos tinham tido envolvimento sexual com suas pacientes.⁴

Frente aos dados sumariamente expostos acima, salta aos olhos a fundamental importância para médicos em geral, e para ginecologistas e obstetras em especial, do conhecimento detalhado dos conceitos e circunstâncias pertinentes à temática do assédio sexual no cenário da prática médica, em especial da Ginecologia e Obstetrícia.

Alinhamento conceitual

Na linguagem coloquial, é comum o uso indiscriminado dos termos “abusos”, “agressão”, “violência” e “assédio” sexuais como sinônimos, o que não é adequado tecnicamente. A definição oficial do significado vigente desses termos, em especial o “assédio sexual”, é de natureza jurídica, e se encontra no texto da Lei Federal 12.015/2009, que modificou o Código Penal Brasileiro e tipificou os crimes contra a dignidade sexual nos seguintes termos:^{5,6,7}

Título VI – Dos crimes contra a dignidade sexual

Capítulo I – Dos crimes contra a liberdade sexual

Estupro

Art. 213 – Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso.

Violação sexual mediante fraude

Art. 215 – Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima.

Assédio sexual

Art. 216-A – Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função.

Capítulo II – Dos crimes sexuais contra vulnerável

Estupro de vulnerável

Art. 217-A – Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos.

§ 1º – Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência.

Satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente

Art. 218 – Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem.

Art. 218-A – Praticar, na presença de alguém menor de 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem.

Portanto, o que diferencia o assédio sexual dos demais crimes contra a liberdade sexual não é o exercício do poder da violência, como no caso de estupro, nem o poder da persuasão, como ocorre na violação sexual mediante fraude. Sua característica diferencial é a obtenção de vantagem sexual através do uso do poder inerente ao emprego, cargo ou função, ou seja, o poder próprio da posição profissional inevitavelmente assimétrica que o agente ocupa na relação com a vítima. Na relação que só existe por força do exercício de profissão, é inevitável que se estabeleça uma hierarquia entre a pessoa que ocupa a posição de poder (o agente) e a pessoa que, inevitavelmente, ocupa a posição de subordinação ao poder exercido (a vítima). Essa é a natureza das relações patrão-empregada, chefe-subordinada, religioso-fiel, professor-aluna, terapeuta-cliente, médico-paciente, entre outras.

A relação médico-paciente como relação de poder

Dos crimes contra a liberdade sexual, o estupro e a violação sexual mediante fraude têm em comum a obtenção de vantagem sexual através do uso de um poder que é atributo próprio, pessoal e inerente ao agente, seja o poder da força física ou o poder da comunicação manipuladora e enganadora.

Diferentemente, o assédio sexual implica que o agente faça uso de um poder que não lhe pertence como atributo individual, não emana de sua pessoa, mas pertence coletivamente a uma profissão e ao conjunto dos respectivos profissionais: o poder de ser o depositário da confiança da paciente. Em outras palavras, trata-se do poder de ter acesso ao manejo da fé da paciente, ou mesmo de tornar-se o médico o próprio objeto dessa fé. Portanto, se for verdade que “a fé move montanhas”, produz doenças e também pode curá-las, então estamos tratando de um poder considerável, que o bom senso clínico recomenda não menosprezar.

Nas últimas décadas, o estudo sistemático do fenômeno chamado “relação médico-paciente”, à luz da moderna Medicina Psicossomática, mostrou que, além do efeito dos fármacos, das energias físicas e dos procedimentos cirúrgicos, também a postura profissional e a atitude pessoal do médico exercem evidentes efeitos sobre a paciente. Tais efeitos podem ser ora iatrogênicos e ora terapêuticos, dependendo do modo e da técnica com que o médico se relaciona como profissional e como ser humano com sua cliente.⁸

No Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa,⁹ encontra-se a seguinte definição da palavra “confiança” (s.f.):

1. Sentimento de quem confia.
2. Segurança íntima com que se procede.
3. Crédito, Fé.
4. Boa fama.
5. Esperança firme.
6. Familiaridade.

Toda paciente tem necessidade de sentir que quem está cuidando dela é um ginecologista muito especial, cheio de méritos e qualidades – portanto, um digno merecedor de sua confiança. Ao tomar ciência do diagnóstico do agravo à saúde, a programação genética do Instinto de Defesa e Ataque é automaticamente ativada, pois a notícia da doença é reconhecida instintivamente como ameaça a alguma dimensão da vida, seja à dimensão biológica, psíquica ou social. Ativa-

do o Instinto de Defesa/Ataque, automaticamente se impõe no sistema nervoso a hipertonia noradrenérgica, que inevitavelmente faz surgir manifestações habituais de ansiedade e angústia, naturais expressões da emoção de medo.

Tomada pelo medo, consciente ou inconscientemente, o que resta à paciente é confiar no ginecologista. A paciente necessita sentir o “sentimento de quem confia”, pois tal sentimento exerce um efeito ansiolítico intenso, profundo e duradouro em sua pessoa, o que caracteriza justamente a “segurança íntima com que se procede”.

Quando a paciente vê na face de seu ginecologista alguém que merece confiança, alguém com quem ela pode ter “familiaridade” e, portanto, alguém em quem ela pode depositar “crédito, fé”, a programação genética do Instinto de Defesa e Ataque entra em estado de inatividade (*stand by*) e o medo diminui visivelmente. Nesse momento, o que era hipertonia noradrenérgica no sistema límbico dá lugar à hipertonia serotoninérgica, e passamos a perceber que o medo provocado pela notícia da doença agora dá lugar a uma “esperança firme” na paciente.

Por isso, pessoas em busca de cuidados geralmente procuram escolher um ginecologista pelo critério da “boa fama” profissional, pois esta favorece o rápido surgimento do “sentimento de quem confia”. Por outro lado, quando o ginecologista está em seu papel profissional, deve ter a justa, legítima, prudente e milenar preocupação de angariar o máximo possível de “boa fama”. Além do potencial terapêutico que isso representa para o benefício da paciente, a “boa fama” que porventura o ginecologista conquista individualmente funciona como *feedback* positivo, que reforça o “crédito, fé” que a sociedade deposita na profissão médica, na Ginecologia e nos ginecologistas em geral. Da mesma forma que o ginecologista digno angaria prestígio simultaneamente para si e para todos os demais ginecologistas, o ginecologista indigno angaria despréstígio para si e para todos os colegas.

Quando, ao exercer a profissão, o ginecologista logra gozar de “boa fama” entre as pacientes, os colegas e a sociedade em geral, e vê no cotidiano que as pacientes depositam nele “crédito, fé”, buscando desenvolver com ele uma “familiaridade”, e também manifestam “esperança firme” no seu trabalho, é ele, ginecologista, quem experimenta aquela agradável e ansiolítica “segurança íntima com que se procede”. Esse efeito ansiolítico da boa relação médico-paciente sobre o próprio ginecologista geralmente é muito compensador, e proporciona para o médico uma experiência profunda de realização profissional e prazer no trabalho.

Portanto, claro está que confiança é o estado mental de quem confia, ou seja, de quem deposita fé, de quem se liberta do sofrimento causado pelo medo.

A Medicina Hipocrática, baseada na observação clínica, nasceu em um lugar de fé: um templo religioso na Ilha de Cós (Grécia, na época; hoje, Turquia) dedicado a Asclépio, deus da cura, mais tarde adotado também pelo Império Romano, quando foi rebatizado como nome de Esculápio.

Hipócrates era filho de um sacerdote desse templo, e via todas as noites o pai trajar-se de adereços – máscara e um cajado com uma serpente enrolada – para representar Asclépio perante os doentes que procuravam o templo. Ele personificava o poder daquela divindade, visitando um a um os doentes que, às dezenas, confiavam e aguardavam aquela visita curadora com fé, deitados pelo chão do templo.

Hipócrates observou e aprendeu quão fundamental era o poder da fé que os doentes depositavam em Asclépio. Esse estado mental favorecia o processo da cura e permitia que seu pai, fantasiado de Asclépio, fosse respeitado e obedecido – mesmo quando prescrevia tratamentos dolorosos ou desagradáveis. Hipócrates também entendeu que esse poder não pertencia à pessoa de seu pai, mero mortal comum, mas sim era o poder do mito que ele representava enquanto usava seus trajes profissionais e exercia seu ofício de curador.

Hipócrates deu os primeiros passos para separar a Medicina da religião ao criar o Método da Observação Clínica, que deu origem a um dos poderes da Medicina moderna: o poder do conhecimento técnico. Mas Hipócrates não imaginou a profissão médica como algo puramente técnico, divorciada do poder do “Mito do Curador”, que desperta a confiança (fé) do paciente em seu médico. Na realidade, dedicou-se não apenas à sistematização técnica da prática médica, mas também, com igual empenho, a perpetuar o poder do mito através de um ritual – o Juramento – que de fato foi o primeiro Código de Ética Médica.

Ao arquitetar a profissão médica, Hipócrates cuidou de assentá-la numa base sólida, forjada não por apenas uma, mas por duas obras complementares e indissociáveis: os Aforismos¹⁰ e o Juramento. Nos Aforismos, o poder do saber técnico; no Juramento, o compromisso do uso ético daquele poder.

O Juramento foi criado justamente para modular e direcionar o poder mítico (não confundir com “místico”) do médico, e também fortalecê-lo, acrescentando-lhe mais um poder: o da autoridade moral. Este é oriundo da fé coletiva que a sociedade deposita na capacidade de os médicos respeitarem as finalidades e os limites do uso de seu poder, colocando-o exclusivamente a serviço do benefício para o paciente, e nunca lhe causando nenhum prejuízo.

Não haveria razão lógica para a existência de uma ética médica se não existisse um poder médico. Este, em última análise, é o próprio poder do Mito do Curador, que há 2500 anos está passando de geração a geração de médicos.

A ética médica funciona exatamente como baliza, como farol, como sinalizador dos caminhos e maneiras pelos quais o poder médico deve ser usado. E todos os caminhos e maneiras apontam uma única direção: todo o poder médico deve ser investido exclusivamente em benefício do paciente, sendo vedado ao médico o uso desse poder para desfrutar de benefício próprio. Por isso o pagamento pelo trabalho do médico chama-se honorário, ou seja, aquilo que é “pago em honra”. Em honra a quê? Em honra à dignidade e ao mérito do médico, por este ter usado eticamente do poder médico para servir à paciente, e não para servir-se dela.

Nunca poderia ser diferente disso, pela simples e objetiva razão de que o poder médico não é propriedade do médico, não é atributo próprio de sua pessoa, não nasce de suas entradas nem emana das palavras grafadas em seu diploma. O poder médico é uma ferramenta que lhe é depositado em mãos, a fim de que realize seu dever de ofício. E quem exatamente seria detentor de tal ferramenta, seu proprietário legítimo, que empresta ao médico o poder que necessita para realizar sua missão?

O poder médico é patrimônio histórico e cultural da humanidade, da civilização, da sociedade em que o médico se insere, e cabe exclusivamente à paciente, como representante da sociedade perante o médico, a autoridade para delegar a seu médico tal poder, a fim de que ele exerça seu ofício. Há mais de 2.500 anos os médicos de todo o mundo vêm trabalhando para angariar credibilidade e boa fama para a profissão médica. Ao formar-se médico, o profissional herda automaticamente esse patrimônio inestimável da geração de médicos que foram seus professores. Mesmo que ele próprio, neófito, sintia-se inseguro para exercer o poder médico, este lhe é entregue em mãos pela paciente, sob forma de um depósito de confiança. A paciente entrega-se, confiante, crente no poder que espera ser bem usado em seu benefício.

Quando um médico pratica o ato de usar do poder médico para obter acesso erótico e sexual ao corpo de uma paciente, pratica ato de dupla traição. Trai a confiança que a paciente nele depositou e trai a honra da herança que recebeu de todos os médicos que antes dele trabalharam para construir e manter a credibilidade da profissão perante a sociedade.

Assim, o assédio sexual praticado por médico não só traz prejuízo individual à vítima, mas traz também prejuízo coletivo a todos os colegas profissionais, por abalar a credibilidade e a respeitabilidade que sustentam o poder mítico e a autoridade moral da profissão médica – bases fundamentais do sentimento de confiança que deve presidir a relação médico-paciente.

O assédio sexual também é uma forma de violência moral no contexto das relações de gênero, ao qual se associam os conceitos de honra e vergonha, en-

sejando processo de resarcimento por dano moral. Durante o seminário nacional “Violência Contra a Mulher” (São Paulo, maio de 1994), ficou demonstrado que o assédio sexual é uma das diversas formas de violência para com o sexo feminino na sociedade brasileira. Apesar de pouco denunciado, o assédio tem sido apontado como algo corriqueiro nas relações de trabalho.¹¹

Na área da saúde, vários depoimentos mostraram que o assédio é mais comum do que se imagina. No entanto, a denúncia é muito difícil devido à relação de profunda dependência e fragilidade que se estabelece entre médico e paciente. Qualquer forma de violência deve ser repelida e denunciada, especialmente se ligadas ao conceito de gênero, associadas à discriminação sexual e violência contra a mulher.

Diversos artigos do Código de Ética Médica¹² apoiam as ideias expostas acima, por exemplo:

Princípio II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Princípio IV – Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

Princípio VI – O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício.

Princípio XX – A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.

Art. 38 – É vedado ao médico desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais

Art. 40 – É vedado ao médico aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira, ou de qualquer outra natureza.

O ginecologista e obstetra como inevitável referência médica em sexualidade feminina

O contexto da sexualidade da paciente talvez seja onde mais flagrantemente a postura ética do médico produza efeitos terapêuticos, ao passo que atitudes antiéticas produzem grandes e graves iatrogenias.

A formação médica atual em nosso meio é herdeira de um processo filosófico-cultural e político-econômico que vem desde Galileu (séc. XVI),

passando por Descartes (séc. XVII) e pela Revolução Industrial (séc. XIX), chegando aos nossos dias em uma situação em que o pensamento médico encontra-se a uma distância perigosamente grande do conceito global e abrangente de ser humano, ao mesmo tempo perigosamente perto demais de uma visão “industrial” da Medicina. Difundiu-se a ideia de que o ser humano é uma “máquina perfeita e maravilhosa”. O conceito de “ser humano” foi reduzido para “corpo humano”, e deste para “máquina humana”, e deste para seus aspectos físico-químicos; assim, a sociedade está hoje formando profissionais predominantemente voltados à abordagem tecnológica e química do “corpo-máquina maravilhosa”, e não do ser humano em toda sua natural complexidade biopsicossocial.¹³

Uma das consequências dessa formação “industrial” é que alguns ginecologistas esperam que suas pacientes sejam tão racionais, objetivas e isentas de emoção quanto eles próprios. Esperam que as pacientes falem objetivamente sobre seus sinais e sintomas, comportando-se no consultório como se fossem apenas corpos fêmeos, e não mulheres inteiras. Alguns ginecologistas esperam cuidar apenas de aparelhos reprodutores femininos, que teoricamente “deveriam” ser usados para reproduzir, e acreditam que não é problema deles se as pacientes inventam de querer usar seus aparelhos para “fazer amor” e sentir prazer.

Nos seres humanos, a condição biológica é apenas um dos componentes da sexualidade, ao qual se somam os demais componentes próprios das Ciências Humanas (psicológico, sociológico, cultural, econômico, moral, ético, filosófico, histórico, político, etc.), tornando a sexualidade humana um vasto campo interdisciplinar, que poderia ser definido como o campo de estudo do prazer na vida humana *lato sensu*, e não apenas do prazer sensorial genital.

A possibilidade mais terrível de distúrbio de comunicação na relação ginecologista-paciente com queixas sexuais ocorre quando a formação do médico é tecnicamente tão “mecânica” e culturalmente tão machista a ponto de confundir as manifestações de necessidade de apoio e orientação emocionais da paciente com um suposto “desejo de intimidade” ou “insinuação erótica”. Os aspectos psicossociais do “ser mulher” e sua sexualidade provavelmente não fizeram parte nem do curso de graduação, nem da residência de Ginecologia e Obstetrícia, mas as pacientes não seguem essa lógica fragmentada em pedaços.

As pacientes são pessoas inteiras, seres biopsicossociais, que esperam que seus ginecologistas entendam de tudo que elas fazem com seus órgãos genitais, inclusive e principalmente que entendam sobre o amor e o “fazer amor”! Para muitos ginecologistas, tal expectativa das pacientes está muito

além do limite do preparo recebido durante sua formação. Várias das denúncias de assédio sexual envolvendo ginecologistas que chegam aos tribunais da justiça comum e do Cremesp contêm elementos referentes a esse despreparo profissional.

Na ausência de conteúdos humanísticos durante sua formação, o ginecologista logo percebe que a visão físico-química da mulher não é suficiente para dar resolução à maioria das queixas sexuais com que se depara na clínica diária. Num estudo abrangendo 4.753 ginecologistas, 49% dos especialistas reconheceram que possuem conhecimento insuficiente e, consequentemente, sentem-se inseguros para o manejo das questões sexuais de suas pacientes.¹⁴

Foi um ginecologista norte-americano, William H. Masters, que, associado à sua esposa, a psicóloga Virginia E. Johnson, deram início, em 1954, no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Escola de Medicina da Universidade de Washington, a uma série de estudos que inaugurou a Sexologia Médica (ou Medicina Sexual) como campo de pesquisa com metodologia científica.¹⁵ A Sexologia como prática clínica baseada nas evidências científicas desses estudos teve início durante a década de 1960, disseminando-se pelo mundo. Não sem motivo a Sexologia nasceu de um casal que representava o casamento entre a Ginecologia e a Psicologia. Essa integração de saberes, essa interdisciplinaridade biopsicossocial, é indispensável para compreender e tratar de uma área que é psicossomática por natureza e definição, como é a sexualidade humana.

No Brasil, datam dessa década os primeiros movimentos no sentido de organizar a Sexologia como uma nova especialidade médica. Tais movimentos evoluíram de modo tímido e foram interrompidos em 11/04/2002, data oficial do início da vigência do convênio entre o CFM, a AMB e a CNRM para o reconhecimento unificado das especialidades médicas no Brasil. Nesse ato, a Sexologia foi oficialmente reconhecida não como mais uma especialidade médica, mas como área de atuação exclusiva do ginecologista¹⁶, o que acentuou muito a tendência cultural prévia de atribuir ao ginecologista ser cada vez mais o profissional de referência em sexualidade feminina para as pacientes e para os demais profissionais da saúde.

Em 25/06/2003, passou a vigorar nova resolução do CFM determinando que a Sexologia passaria a constar como um ano adicional e opcional dos programas de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia, mantida a exigência do TEGO como pré-requisito para obtenção do Certificado de Atuação em Sexologia.¹⁷ A Sexologia permaneceu como área de atuação exclusiva dos ginecologistas durante exatos 15 anos, até que, em 17/07/2017, en-

trou em vigor nova Resolução do CFM, atribuindo a Sexologia como área de atuação também da Psiquiatria.¹

A nosso ver, tal evolução da história da Sexologia no Brasil confirma e reforça a argumentação acima exposta sobre a fragmentação e desintegração dos saberes na Medicina. Ao invés de ampliar os limites estreitos da formação ginecológica, restrita aos aspectos biológicos da mulher, e incorporar nessa formação um conteúdo psicosocial suficiente para o entendimento da sexualidade, sem nenhuma perda para a identidade profissional do médico ginecologista, foi feita a escolha de manter os saberes fragmentados entre especialistas que pouco interagem entre si, dividindo o campo de trabalho entre eles. Claro que o saber não tem dono e todos os interessados são bem-vindos ao estudo e ao trabalho na área do seu interesse; o que aqui se coloca é apenas uma análise sobre como é difícil para os médicos incorporarem os saberes produzidos pelas Ciências Humanas, mesmo que seja apenas uma dose limitada ao foco da especialidade.

Enquanto isso, as pacientes continuam sendo pessoas, seres biopsicosociais por inteiro, e continuam procurando por médicos que as entendam como um todo e cuidem delas por inteiro. Agora elas terão mais uma dificuldade a enfrentar: quando houver uma dificuldade sexual, a quem procurar? Ao sexologista “físico” ou ao sexologista “psíquico”?

Portanto, é urgente que os responsáveis pela formação dos ginecologistas no Brasil atentem para isso, criando, na graduação e na residência de Ginecologia e Obstetrícia, programas curriculares de caráter obrigatoriamente interdisciplinar, que capacitem de fato nos conteúdos biopsicosociais básicos da Sexologia Médica.

Muitas denúncias de assédio sexual envolvendo ginecologistas poderiam ser evitadas no futuro através do investimento na boa qualidade e no caráter interdisciplinar desses programas, aliando o melhor da evidência científica com o melhor das humanidades médicas, tais como a Psicologia da Sexualidade e as habilidades de comunicação sobre a temática sexual.

Diversos artigos do Código de Ética Médica¹² apoiam as ideias acima expostas, dentre eles:

Princípio II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Princípio V – Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Art. 32 – É vedado ao médico deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e ao seu alcance, em favor do paciente.

Art. 102 *caput* – É vedado ao médico deixar de utilizar a terapêutica correta, quando seu uso estiver liberado no país.

O delicado momento do exame ginecológico ou obstétrico

Diversas denúncias de assédio sexual envolvendo ginecologistas e obstetras referem-se ao cenário do exame físico ginecológico ou obstétrico. Tendo em vista que em mais de 50% das denúncias não se verificam indícios de infração ética por parte do ginecologista, conclui-se que, especificamente nesses casos, o que provavelmente pode estar sendo entendido pelas pacientes como “assédio sexual” seja na realidade um exame físico realizado por ginecologista com deficiências nas habilidades de comunicação e de empatia na relação com a paciente.

Vale lembrar que o termo empatia significa “perceber o sentimento do outro”, enquanto simpatia é “sentir o mesmo, sentir junto” e antipatia, “ignorar o sentimento do outro”. O que se espera de um ginecologista dotado de habilidades de comunicação minimamente razoáveis é que ele seja capaz de ser empático, entender como a paciente se sente e adequar seu comportamento aos limites e necessidades dela. Infelizmente, é fato que alguns ginecologistas nada falam enquanto tocam o corpo das pacientes e não percebem (ou percebem e preferem ignorar) as expressões de desconforto, medo, perplexidade e espanto que algumas pacientes manifestam durante o exame. Essas pacientes podem entender esse modo de exame ginecológico “mecanicamente” realizado como desrespeitoso à dignidade, e basta um passo para chegar à denúncia de “assédio sexual”.

Por isso, é oportuno citar as recomendações do Comitê de Ética do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas:¹⁸

- A solicitação de ter um acompanhante presente durante o exame físico sempre deve ser respeitada, independente do sexo do ginecologista. Uma terceira pessoa durante o exame pode trazer benefícios para o paciente e o médico, independente do sexo do acompanhante.
- O exame da paciente deve ser realizado com o mínimo de contato físico necessário para obter os dados indispensáveis para o diagnóstico e o tratamento.

Também é fundamental lembrar sempre da Recomendação Nº 01/88: “que (os médicos) expliquem às pacientes, previamente e de forma detalhada, os procedimentos que irão realizar durante o exame ginecológico.¹⁹

Por outro lado, o Artigo 31 do Código de Ética Médica veda ao médico desrespeitar o direito da paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida. Isso se aplica para os casos em que a paciente recuse a presença de terceiros durante o exame ginecológico. A rigor o médico deve respeitar essa escolha da paciente, mas deve antes informar sobre a necessidade da presença de profissional auxiliar durante o exame, e esgotar todos os argumentos para conquistar a adesão da paciente.²⁰

Os principais artigos do Código de Ética Médica¹² que apoiam as ideias acima são:

Princípio II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art. 22 – Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23 – Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24 – Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 31 – Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Conclusão

1. Comportamento inadequado por iniciativa da paciente

Períodos de insatisfação afetiva ou sexual, que podem ocorrer na vida de qualquer pessoa, favorecem o surgimento de ilusões e fantasias. Tanto por parte da paciente quanto por parte do ginecologista, essas ilusões e fantasias podem colocar na “pauta emocional” (subentendida, não falada, não dita) da relação ginecologista-paciente a possibilidade imaginária de encontrar satis-

fação para essas carências através da transgressão do limite profissional da relação, ampliando-a para uma relação de caráter pessoal, afetivo e erótico.

No contexto do ambiente profissional, a paciente não se relaciona com o “médico-homem-real”, que geralmente é um estranho desconhecido para ela, mas com o “médico-personagem-idealizado” (o mito), pelo qual pode ter sentimentos e fantasias, por vezes amorosas e/ou sexuais. É fenômeno análogo ao profundo amor que algumas pessoas sentem por artistas de cinema ou televisão, sem nunca terem conhecido as pessoas reais que eles são por trás de suas imagens.

Com frequência tais mulheres são vítimas rotineiras de homens reais (pai, marido, filho, amante, patrão) que as exploram sem dar retorno afetivo suficiente. Resta a elas buscar satisfação afetiva na relação com personagens masculinos idealizados, como um artista da TV ou um médico, por exemplo. E se for um médico que, por força da especialidade (ginecologia), já conversa sobre sexo com ela, pode parecer que a fantasia fica mais próxima da realização.

Pode surgir na paciente a fantasia de que o ginecologista seria um homem muito especial, muito diferente dos comuns, e que possuiria o condão de resolver sua dificuldade sexual através de uma relação sexual imaginada com um efeito “mágico”. Caso o ginecologista se deixe envolver pela ilusão da paciente, é certeza que a “mágica” não acontecerá, simplesmente porque tudo não passava de um pensamento mágico da mulher. A decepção que se segue costuma ser profunda e muito dolorosa, levando a paciente ao entendimento de ter sido enganada pelo médico, que não fez a “mágica” imaginada e, ainda por cima, aproveitou-se dela, explorando-a sexualmente como objeto, sem nada dar em troca.

Quando a relação se concretiza, com consentimento ou até por iniciativa da própria paciente, termina a fantasia. O personagem-médico sai de cena e aparece o médico-homem-real. A paciente percebe que mais uma vez está sendo explorada por um homem que não pretende dar-lhe todo o afeto que ela necessita, e passa a ter pelo médico os mesmos desejos de vingança que tem pelos outros homens que a exploram.²⁴

2. Comportamento inadequado por parte do ginecologista e obstetra

Apesar de alguns ginecologistas preferirem acreditar que são especialistas em aparelho reprodutor feminino e que trabalham sem se envolverem com a sexualidade das pacientes, o fato incontestável é que, ao longo de uma vida, o tal aparelho reprodutor será usado para reproduzir algumas poucas

vezes, sendo cada vez maior a tendência de ser usado para uma única, no máximo duas reproduções. Enquanto isso, o mesmo aparelho é o equipamento que será usado milhares de vezes para fazer sexo – ou “fazer amor”, como prefere a maioria das pacientes. Querendo ou não, a sexualidade é o cenário de fundo do trabalho ginecológico e obstétrico. Nem todo ginecologista trabalha a sexualidade da mulher, mas todos, sem exceção, trabalham na sexualidade da mulher.

O trabalho na sexualidade das pacientes exige capacitação técnica e serenidade emocional, o que implica, obrigatoriamente, na capacidade de colocar freios nas demandas do instinto, principalmente do instinto sexual. Curiosamente, ao contrário do senso comum, o simples avançar da idade não parece trazer serenidade automática. Foi analisada uma amostra de 150 médicos denunciados por assédio sexual no Cremesp, no período de 2000 a 2005, constatando-se que a idade média dos assediadores era de 46,87 anos, dentro de uma faixa de variação de 30 a 76 anos, mas com grande concentração na faixa de 46 a 75 anos.²¹ Esses achados enfraquecem as hipóteses culturalistas e moralistas que se preocupam com “a perda de parâmetros morais na juventude atual” e reforçam as hipóteses psicológicas que falam em falhas do desenvolvimento da personalidade, chegando em alguns casos ao conceito de personalidades psicopáticas.

Por parte do ginecologista, fases da vida cursando com fragilidade emocional e perda da autoestima sexual, que é tanto mais frequente quanto mais avança a idade, podem favorecer ilusões ou fantasias de que a paciente (confiante, agradecida, admiradora, totalmente entregue às suas mãos) poderia ser um caminho rápido e eficaz de recuperar a autoestima, momentaneamente perdida devido alguma eventual infelicidade vivida pelo médico. Caso a paciente se deixe envolver pela ilusão do médico, o que é frequente pela própria fragilidade emocional da paciente, logo o profissional percebe que a paciente não é alguém que se dá por satisfeita apenas pela imaginária “honra” de proporcionar-lhe prazer. É um ser humano, e, como tal, também cobra, espera e exige uma dedicação que o ginecologista nunca teve intenção de dar. Aqui também se estabelece a relação de exploração sexual, com o consequente desejo de vingança da parte explorada.⁷

Tanto na hipótese de a paciente consentir e aceitar a aproximação sexual de iniciativa do médico, como também na hipótese de partir da própria paciente a iniciativa da aproximação sexual, sempre o ato estará acontecendo dentro do contexto daquela relação profissional de poder assimétrico.

Assim, mesmo que o médico se sinta levado pelas circunstâncias, ou mesmo que ele venha a ser constrangido pela paciente, permanece a tipifica-

ção do assédio sexual, e o médico estará sempre arcando solitariamente com toda a responsabilidade ética, cível e criminal que porventura decorra dessa aproximação sexual.²²

Vale sempre a pena lembrar os ensinamentos do neurologista Sigmund Freud, criador da Psicanálise, que ensinava que todos os comportamentos da paciente na relação com seu médico, sem exceção, devem ser tomados por este como um mero sintoma; ou seja, todo comportamento deve ser interpretado e diagnosticado como elemento da personalidade da paciente no cenário da relação profissional.²³

Na hipótese de o médico perceber que tem dificuldade de resistir às maneiras sedutoras ou às fantasias amorosas da paciente (que sempre são sintomas), pois elas se encaixam e complementam as fantasias do próprio homem-médico, cuidado: o médico está pronto para entrar rapidamente em uma situação típica de assédio sexual. Vale a pena procurar por ajuda profissional adequada, antes que a responsabilidade criminal, cível e ético-profissional se concretize.

Ao profissional médico cabe ajudar a paciente no que lhe for possível, encaminhando-a, se necessário, à Psicoterapia, e não se deixar levar pelos papéis que as fantasias da paciente oferecem, inconscientemente, ao personagem-médico.

Caso o ginecologista perceba comportamento sedutor inequívoco por parte da paciente e não se sinta seguro tecnicamente para resolver a situação, ou então caso perceba em si mesmo dificuldade de respeitar o limite ético do papel profissional com uma dada paciente, não há outra conduta ética possível além da imediata interrupção do vínculo e encerramento definitivo da relação médico-paciente.

Para executar essa conduta mantendo-se sempre dentro dos limites da ética profissional, é prudente o ginecologista valer-se do Código de Ética Médica,¹² especialmente quanto aos artigos abaixo:

Princípio II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Princípio IV – Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

Princípio VII – O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações

de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

Princípio VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

Direito II – (É direito do médico) indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

É vedado ao médico:

Art. 1º – Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Art. 30 – Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

Art. 36 – Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º – Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

Art. 38 – Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 40 – Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.

Note-se que, caso a relação médico-paciente seja encerrada apenas formalmente, mas não de fato, e contatos eróticos vierem a ocorrer com a ex-paciente após algum tempo, ainda assim pode permanecer a caracterização do crime de assédio sexual. Relacionamentos sexuais ou românticos com ex-pacientes são antiéticos se o médico usar ou explorar a confiança, emoções, influência ou conhecimento, derivados de relacionamento profissional prévio.²⁴

Por fim, vale citar que já surgiu a ideia de utilizar um gravador ou filmadora para gravar a consulta ginecológica, a fim de prevenir-se e resguardar-se de acusações de assédio sexual. O uso de gravador não faz parte do arsenal necessário para a boa prática médica, que, a propósito, tem no segredo médico o pilar mestre para a cumplicidade necessária ao estabelecimento de diag-

nósticos mais precisos e verídicos. O uso desses equipamentos sem a expressa autorização por escrito da paciente constitui quebra do sigilo profissional.

O melhor recurso que o médico tem em mãos para sua defesa é o prontuário médico. Tal elemento deve, sim, ser usado ao extremo. Seu preenchimento com a máxima riqueza de detalhes é peça fundamental para a defesa do próprio médico, tanto perante o Cremesp quanto perante a Justiça Comum.²⁵

Referências

1. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 2.162 de 17 de julho de 2017. Homologa a Portaria CME nº 1/2017 que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2162>
2. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Estatísticas da Seção de Denúncias de janeiro de 1995 a março de 2002. São Paulo; 2002.
3. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Estatísticas da Seção de Denúncias de 2006 a 2010. São Paulo; 2011.
4. Rutter P. Sexo na zona proibida: quando homens em posição de poder - terapeutas, médicos, religiosos, professores e outros – traem a confiança feminina. São Paulo: Nobel; 1991.
5. Brasil. Lei Federal nº 10.224, de 15 de maio de 2001. Altera o Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para dispor sobre o crime de assédio sexual e dá outras providências. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10224.htm
6. Brasil. Lei Federal nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm
7. Brasil. Lei Federal nº 8.072, de 25 de julho de 1990. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8072compilada.htm
8. Maldonado MT, Canella P. Recursos de relacionamento para profissionais da saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2003.
9. Weiszflog W. Michaelis: moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 2008.
10. Brunini CRD. Aforismos de Hipócrates. São Paulo: Typus; 1998.
11. Drezett J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. J Rede Saúde 2000; 22: 9-12.
12. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.931 de 17 de setembro de

2009. Aprova o Código de Ética Médica. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>
13. Riechelmann JC. Medicina psicosomática e psicologia da saúde: veredas interdisciplinares em busca do “elo perdido”. In: Angerami-Camon VA, organizador. Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning; 2011. p. 247-74
 14. Abdo CHN, Oliveira Jr WM. O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. *Rev Bras Med* 2002;59(3):179-86
 15. Masters WH, Johnson VE. A resposta sexual humana. São Paulo: Roca; 1984.
 16. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.634, de 11 de abril de 2002. Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina-CFM, a Associação Médica Brasileira-AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1634>
 17. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.666, de 25 de junho de 2003. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.634/2002, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2003/1666>
 18. Costa SIF. Sexualidade e profissão: o status como meio de coação. *Ser Médico* 2000; III (12):28-30.
 19. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Recomendação nº 1, de 21 de junho de 1988. Não publicada em Diário Oficial.
 20. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 10.616/99. Paciente trancar porta do consultório / Recusar a presença de enfermagem durante o exame clínico, homologado em 20 de abril de 1999. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=3529
 21. Cohen C, Kelian RL, Oliveira RA, Gobbetti GJ, Massad E. Sexual harassment in the physician-patient interaction: analysis of charges against doctors in the state of São Paulo. *Clinics* 2009; 64(11): 1075-83.
 22. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 56.653/97. Médica vítima de assédio sexual por paciente, homologado em 13 de janeiro de 1998.[acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=4391
 23. Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago; 1996.
 24. Duch LF, Souza SG. Considerações sobre relações amorosas entre médico e paciente. In: Oselka G, coordenador. Bioética clínica: reflexões e discussões sobre casos selecionados. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Centro de Bioética; 2008.
 25. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 30.489/98. Médico utilizar gravador em consulta ginecológica, homologado em 29 de fevereiro de 2000. [acesso em 20 mai 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/pareceres/versao_impressao.php?id=4399

10

Publicidade médica

10. Publicidade médica

A Medicina incorpora os avanços do conhecimento técnico-científico quase que diariamente, campo tanto farto quanto complexo, tentando atender à expectativa da sociedade e, em especial, dos indivíduos de poder ter uma vida saudável e milagrosamente perfeita, com a prevenção e a cura dos males. Esses diferentes aspectos contribuem para que o profissional médico seja alvo do interesse permanente dos meios de comunicação: a atração da mídia pelo mundo da Medicina, por sua atuação na tênue fronteira entre a vida e a morte, é especial e tão antiga quanto a humanidade.

É importante, ainda, salientar que, com a Revolução Digital – também conhecida como a 4^a Revolução –, várias plataformas de mídias foram criadas, com incríveis possibilidades de utilização para hospedagem de material propagandístico. Nos dias atuais, devemos levar em conta que, com um simples clique, em alguns segundos é possível propagar os mais variados conteúdos, adequados ou não.

De maneira geral, esta é uma área de tensão em que os profissionais da área médica se veem envolvidos, tendo, de um lado, a liberdade de expressão que não admite censura prévia, além do direito de informação da sociedade, e, de outro, os preceitos éticos que norteiam a profissão em relação aos pacientes, como o direito à privacidade, à confidencialidade e à tutela da dignidade humana.

Os médicos não devem, em hipótese alguma, na tentativa de agradar a mídia, desproteger o paciente e também não devem ser inibidos de fazer publicidade de seus serviços; é um direito individual e legítimo que a façam. Porém, é necessário que os padrões éticos sejam observados.

Na sociedade em que vivemos, eminentemente fundamentada na livre informação, a publicidade médica que não obedece aos preceitos éticos pode banalizar a própria Medicina, cujo exercício ético está sob a fiscalização dos Conselhos Regionais¹. Tanto os profissionais da imprensa quanto os médicos devem mostrar respeito pela dignidade de todo ser humano, manter a privacidade em relação à sociedade e, principalmente, não se afastar das atitudes éticas.

Não há como deixar de reconhecer que, nos dias atuais, a informação é fundamental para qualquer ramo de atividade profissional, e a Medicina não é diferente nesse aspecto. O que muda é a forma como a informação e a publicidade devem ser tratadas na área médica.

Vale a pena citar o mestre Flamínio Fávero² na obra *Noções de Deontologia Médica e Medicina Profissional*:

O médico tem, naturalmente, direito de anunciar, mas deve ser sóbrio, comedido, recatado, pudico nesses reclamos, quer nos títulos, quer na especialidade, quer nas dimensões, quer na forma, quer nas promessas, quer no local onde põe o anúncio. Lembre-se, sempre, que é o representante de uma profissão sobremaneira digna, honesta e respeitável.

A propaganda relativa ao exercício da Medicina integra o conceito de liberdade profissional, assegurada, nos termos e limites da lei e do Código de Ética Médica,³ consoante previsão do artigo 5º, XIII, da Constituição Federal.⁴ Portanto, o médico tem direito de fazer propaganda de suas habilitações profissionais, observando os lindes legais. Esses, por meio de normas jurídicas permissivas e proibitivas, limitam a propaganda na sua forma, conteúdo e finalidade, porque essa não pode perseguir fins mercantis.

Para o profissional médico, a publicidade pode ser de grande relevância, desde que realizada de forma ética. Nos grandes centros urbanos, é muito difícil tornar-se conhecido, ao contrário do que ocorre nas pequenas cidades, onde o médico é identificado por todos, e seu local de trabalho e tipo de atividade são de domínio público. É por intermédio da propaganda que o médico pode informar o que faz, onde faz, em que horário trabalha e como pode ser encontrado. Fazer-se conhecer e oferecer seus serviços à comunidade são, sem dúvida, aspectos positivos para o profissional médico.

De todo o exposto, o que foi dito até aqui para a mídia em geral vale também para a internet. Esta também propicia a publicidade médica, com a vantagem de ser o meio com o qual o médico poderá explorar melhor os aspectos educativos de sua publicidade, dado o maior espaço que esse veícu-

lo de divulgação oferece – além do seu baixo custo. Dessa forma, o médico poderá não só anunciar, mas ensinar o que é sua especialidade, que doenças trata, sua prevenção e formas de tratamentos possíveis, o que seria muito mais limitado e oneroso em outras mídias.

Com base em dados atuais, a Internet é usada por cerca de 60% da população mundial – o que representa cerca de 4,0 bilhões de pessoas, em uma tendência crescente a cada ano.

Essa feramenta é muito usada por pessoas que desejam obter informações sobre saúde, e por esse motivo acaba sendo, ao mesmo tempo, um importante veículo de comunicação de massas. A internet tem servido para muitos profissionais de saúde também como veículo de publicidade.

As matérias divulgadas pela rede devem pautar-se pelo Código de Ética Médica e pelas determinações do Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais. Assim como qualquer publicidade médica, deve respeitar os ditames da Resolução 1.974/2011,⁵ que revogou a Resolução CFM 1701/2003,⁶ que determina os procedimentos a serem adotados em publicidade médica, seja qual veículo de publicidade escolhido, inclusive a internet.

A divulgação de fotos de pacientes, sejam eles adultos ou crianças, é vedada pelo Código de Ética Médica³ em seu artigo 75, ao divulgar ou fazer referência a casos identificáveis, mesmo com a autorização expressa do paciente. Esse fato envolve ainda questões de direito de imagem do paciente, que podem ser puníveis e também desrespeitar artigos do Código de Defesa do Consumidor⁷ e do Código Civil Brasileiro,⁸ tornando o médico passível de punição pecuniária na Justiça Comum.

A divulgação de cirurgias realizadas, ao vivo ou filmadas, representa grave infração ao Código de Ética Médica em seus artigos 74 e 75, sendo consideradas matérias sensacionalistas e autopromocionais; descumpre-se, dessa maneira, os artigos da Resolução CFM 1.974/2011,⁵ e, portanto, tornam-se passíveis de punição pelos Conselhos de Medicina.

Importante se faz salientar também que a Resolução CFM nº 2.126/2015⁹ alterou as alíneas “c” e “f” do artigo 3º da Resolução CFM nº 1.974/2011,⁵ que, em apertada síntese, veda a participação de anúncios de empresas comerciais ou de seus produtos, qualquer que seja sua natureza. Modifica também a divulgação de método ou técnica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina como válido para a prática médica.

Outra normatização de suma importância é a Resolução CFM nº 2.170/2017,¹⁰ que define as clínicas médicas – incluindo as denominadas clínicas populares – como empresas médicas, determinando critérios para seu funcionamento e registro perante os Conselhos Regionais de Medicina.

Assim, ao realizar um informe publicitário, o médico deve sempre ter o cuidado de colocar o seu nome e numero de inscrição em seu órgão de classe. Sendo pessoa jurídica, colocar o nome do diretor técnico, com seu numero de registro no Conselho Regional de Medicina.

A Resolução CREMESP 97/2001,¹¹ determina que o médico que divulga pela internet, deve respeitar a transparência, a honestidade, a qualidade, a privacidade e a ética médica.

Faz-se mister informar que a internet, ao ser utilizada por médicos para divulgar assuntos publicitários, deve respeitar a legislação em vigor que regulamenta a publicidade medica, Resolução CFM 1.974/2011⁵ e artigos do Código de Ética Médica,³ evitando assim, a concorrência desleal com os demais colegas (artigo 51), a publicidade imoderada e sensacionalista ou auto-promocional (artigo 112), pleitear exclusividade, promover o valor de consultas ou procedimentos (artigo 114), ou ainda, propagar produtos ou equipamentos, em troca de vantagem econômica ou não (artigo 116).

É também, vedado ao medico divulgar a cura de doenças para as quais a medicina ainda não possui os recursos, ou divulgar métodos que ainda sejam considerados como experimentais (artigo 113).

A infração às normas jurídicas atinentes à propaganda profissional, na sua conformação civil, penal, administrativo-disciplinar e ético-profissional, tem como consequência jurídica: (a) a obrigação de reparação do dano civil, material e moral, sanção essa aplicada pelo juiz de direito; (b) a sanção penal, com as penas de detenção e multa aplicadas pelo juiz criminal; (c) a sanção administrativo-disciplinar aplicada pela autoridade competente; e (d) a sanção ético-disciplinar aplicada pelo Conselho Regional de Medicina competente, com recurso ao Conselho Federal de Medicina.

Não se pode negar que a publicidade faz parte da essência da atividade médica desde o seu início, e se constitui elemento necessário para que sejam divulgadas novas práticas de cura, novos métodos de tratamento e também para que programas públicos alcancem o seu sucesso.

Todavia, é necessário que a estrutura estatal assuma o seu papel de impor freios a divulgações desmesuradas, uma vez que, como já afirmado, os efeitos da publicidade médica podem ser extremamente nocivos à população se realizados de forma desorganizada e sem controle, ofendendo frontalmente a supremacia do interesse público.

Proibir a atuação deletéria de um indivíduo em prol da coletividade, no que tange a publicidade, é medida que se impõe para a manutenção do bom prestígio da nobre profissão médica.

Referências

1. Camarin LN, Machado ML, coordenadores. Ética em publicidade médica. 2 ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2006.
2. Fávero F. Noções de deontologia médica e medicina profissional. Rio de Janeiro: Pimenta de Mello & C; [s.d.].
3. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União 24 set. 2009; Seção 1:90-2
4. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [Acessado em 21maio 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm
5. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.974, de 14 de julho de 2011. Estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria. Diário Oficial da União 19 ago. 2011. Seção I:241-4
6. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.701, de 25 de setembro de 2003. Estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria. Diário Oficial da União 26 set. 2003; Seção 1:171-2.
7. Brasil. Lei nº. 8078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Diário Oficial da União 12 set 1990:1. [Acessado em: 21 maio 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078compilado.htm
8. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. [acessado em: 22 maio 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm
9. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 2.126, de 16 de julho de 2015. Altera as alíneas “c” e “f” do art. 3º, o art. 13 e o anexo II da Resolução CFM nº 1.974/11, que estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria. Diário Oficial da União 1 out. 2015; Seção I:131.
10. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 2.170, 30 de outubro de 2017. Define as clínicas médicas de atendimento ambulatorial, incluindo as denominadas clínicas populares, como empresas médicas e determina critérios para seu funcionamento e registro perante os Conselhos Regionais de Medicina. Diário Oficial da União 24 jan. 2018; Seção I:60.
11. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº 97, de 20 fevereiro de 2001. Dispõe sobre idealização, criação, manutenção e atuação profissional em domínios, sites, páginas ou portais sobre medicina e saúde na Internet. [Acessado em: 22 maio 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3217

11

**Ética na
pesquisa científica
em Ginecologia
e Obstetrícia**

Ética na pesquisa científica em Ginecologia e Obstetrícia

No Brasil, a primeira resolução abordando aspectos sobre a pesquisa envolvendo seres humanos foi a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 1/88, de 13 de junho de 1988. Em 1996, foi elaborada a Resolução do CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996, que foi a referência da ética em pesquisa no país por muitos anos; em 2012, foi aprovada a Resolução CNS nº 466/2012,¹ atualmente em vigor. É reconhecida como documento de natureza bioética, pois estabelece padrões de conduta na pesquisa com seres humanos, com o objetivo primordial de proteger os participantes de pesquisas científicas quanto à sua integridade física e psíquica, sua saúde, dignidade, liberdade, bem-estar, sua vida e seus direitos.²

Os princípios que orientam a realização das pesquisas envolvendo seres humanos se baseiam nos referenciais bioéticos: Beneficência, Não-Maleficência, Autonomia e Justiça. Esses princípios constituem parte do conhecido Relatório Belmont,³ documento abrangente e doutrinário publicado nos Estados Unidos em 1978. Pela primeira vez foi estabelecido o uso sistemático de princípios na abordagem de dilemas bioéticos.

A Resolução CNS nº 196/96 foi um marco para o cenário de pesquisas no Brasil, propondo normas e diretrizes que contemplam os avanços tecnológicos e científicos, com forte alinhamento bioético. A Resolução CNS nº 466/2012, em sua substituição, passa a nortear os princípios éticos vigentes na pesquisa em seres humano, mantendo o mesmo norteamento bioético. Além de princípios e direitos, constitucionalmente protegidos, são contemplados outros como: princípio da dignidade da pessoa humana, princípio da independência nacional, princípio da autonomia individual, direito à privacidade, direito à liberdade, direito à informação e direito de igualdade.⁴

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são os responsáveis pela avaliação, aprovação e acompanhamento dos protocolos e dos aspectos éticos dessas pesquisas. Um dos objetivos primários dos comitês é a proteção dos participantes da pesquisa⁵; entretanto, nem a autoridade ou a legitimidade desses órgãos é ilimitada, pois os comitês estão sujeitos a avaliações dentro de uma política democrática e social.⁶

A CONEP é uma comissão do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Tem função consultiva, deliberativa, normativa e educativa, atuando conjuntamente com os CEP organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. A CONEP e os CEP têm composição multidisciplinar, com participação de pesquisadores, estudiosos de bioética, juristas, profissionais de saúde, das Ciências Sociais, Humanas e Exatas, e representantes de usuários. O CEP institucional tem a atribuição principal de revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos participantes. Tem também papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da Ética na ciência, bem como a atribuição de receber e averiguar denúncias. Uma das garantias mais comuns para a conduta ética na pesquisa envolve a prática da avaliação pelos CEP.⁷

A pesquisa médica é abordada no Código de Ética Médica (CEM),⁸ que veda a participação em experimentos que envolvam seres humanos e que tenham fins bélicos, políticos, étnicos, eugênicos ou outros que atentem contra a dignidade humana (art. 99). Também deixa expresso que, para a realização de pesquisa em seres humanos, o médico deve obter aprovação do protocolo de acordo com a legislação (art. 100). É vedado ao médico deixar de utilizar a terapêutica correta quando seu uso estiver liberado no país (art. 102); no entanto, a interpretação desse artigo impediria o desenvolvimento de novas terapêuticas, caso não houvesse sido adicionado o parágrafo único, permitindo a utilização de terapêutica experimental, quando esta é aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu representante legal. Além disso, sobre o uso de placebos, o CEM veda ao médico que mantenha vínculo de qualquer natureza com pesquisas médicas envolvendo seres humanos que usem placebo, quando houver tratamento eficaz e efetivo para a doença estudada (art. 106).

Riscos e benefícios

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e graduações variados; portanto, não é apropriado informar que uma pesquisa é isenta de

riscos. É claro que algumas pesquisas impõem maiores riscos, e, nesses casos, devem ser propostas medidas que busquem minimizar esses riscos para os participantes. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los. Na análise ética dos riscos e benefícios, são verificadas as possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. Essa análise é imprescindível, e dela decorre como deverá ser feito o monitoramento em cada caso específico.

Levando-se em conta os riscos e benefícios de uma pesquisa envolvendo seres humanos, somente será admissível risco que se justifique pelo benefício esperado. Em pesquisas experimentais da área da saúde, espera-se que o benefício seja maior, ou, no mínimo, igual ao que está estabelecido na prática assistencial para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento. Na prática clínica, a obrigação moral de cuidar do paciente individual é absoluta. O cuidado do paciente exige minimizar qualquer risco de tratamento ainda não estabelecido. Nesse contexto, surge a questão sobre a compatibilidade da ética clínica com a ética da pesquisa biomédica em seres humanos.⁹ As pesquisas cujos benefícios a seus participantes forem exclusivamente indiretos podem ser admitidas, desde que consideradas as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual desses.

Quando o pesquisador perceber qualquer risco ou dano significativos ao participante, previstos ou não, deve comunicar o fato, imediatamente, ao Sistema CEP/CONEP, e avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo. O Sistema CEP/CONEP deve ser informado também quando surgirem fatos relevantes que possam alterar o curso normal das pesquisas. Especificamente, na área da saúde, a ocorrência de efeitos adversos deve ser informada por meio de relatórios, para que se verifique a eticidade da continuidade do estudo.

O pesquisador, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa. Caso venham a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os participantes têm direito à indenização por parte dos envolvidos nas diferentes fases da pesquisa.

Nas pesquisas realizadas em mulheres em idade fértil ou em mulheres grávidas, deve ser considerada a avaliação de riscos e benefícios e as eventuais interferências sobre a fertilidade, a gravidez, o embrião ou o feto, o trabalho de parto, o puerpério, a lactação e o recém-nascido. É estabelecido também

que as pesquisas em mulheres grávidas devem ser precedidas de pesquisas em mulheres fora do período gestacional, exceto quando a gravidez for o objeto fundamental da pesquisa, para não ocorrer exposição desnecessária.

Áreas temáticas especiais

A Resolução CNS nº 466/20121 estabelece quais as áreas temáticas especiais que são apreciadas pela CONEP:

1. Genética humana, quando envolver:
 - 1.1. envio para o exterior de material genético ou qualquer material biológico humano para obtenção de material genético, salvo nos casos em que houver cooperação com o Governo Brasileiro;
 - 1.2. armazenamento de material biológico ou dados genéticos humanos no exterior e no País, quando de forma conveniada com instituições estrangeiras ou em instituições comerciais;
 - 1.3. alterações da estrutura genética de células humanas para utilização in vivo;
 - 1.4. pesquisas na área da genética da reprodução humana (reprogenética);
 - 1.5. pesquisas em genética do comportamento; e
 - 1.6. pesquisas nas quais esteja prevista a dissociação irreversível dos dados dos participantes de pesquisa;
2. Reprodução humana: pesquisas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva de humanos, sendo que nessas pesquisas serão considerados “participantes da pesquisa” todos os que forem afetados pelos procedimentos delas. Caberá análise da CONEP quando o projeto envolver:
 - 2.1. reprodução assistida;
 - 2.2. manipulação de gametas, pré-embriões, embriões e feto; e
 - 2.3. Medicina Fetal, quando envolver procedimentos invasivos;
3. Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País;
4. Novos procedimentos terapêuticos invasivos;
5. Estudos com populações indígenas;

6. Projetos de pesquisa que envolvam organismos geneticamente modificados (OGM), células-tronco embrionárias e organismos que representem alto risco coletivo, incluindo organismos relacionados a eles, nos âmbitos de: experimentação, construção, cultivo, manipulação, transporte, transferência, importação, exportação, armazenamento, liberação no meio ambiente e descarte;
7. Protocolos de constituição e funcionamento de biobancos para fins de pesquisa;
8. Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro; e
9. Projetos que, a critério do CEP e devidamente justificados, sejam julgados merecedores de análise pela CONEP.

A pesquisa em Genética Humana, segundo a resolução nº 340/2004,¹⁰ é definida como pesquisa que envolve a produção de dados genéticos ou proteômicos de seres humanos. Podem apresentar várias formas: pesquisas de mecanismos genéticos básicos, Genética Clínica, Genética de populações, pesquisas moleculares humanas (testes moleculares associados ou não a doenças), terapia gênica e celular, e Genética do Comportamento. A pesquisa com dados genômicos humanos é importante para a pesquisa biomédica; no entanto, esses dados acessíveis para fins de pesquisa devem ser tratados com cuidado para evitar o vazamento de informações confidenciais individuais dos participantes, ou o uso indevido de dados¹⁰. Por produzir uma categoria especial de dados que contêm informação médica, científica e pessoal, é essencial a avaliação do impacto do conhecimento desses dados sobre o indivíduo, a família e a sociedade. Devem ser previstos mecanismos de proteção dos dados, evitando-se a estigmatização. Aos sujeitos da pesquisa deve ser dada a opção de serem informados ou não dos resultados, e os projetos devem ser acompanhados de aconselhamento genético quando for o caso.

Pesquisas em Reprodução Humana são aquelas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva das pessoas, e serão considerados participantes da pesquisa todos os que forem afetados pelos procedimentos dela decorrentes. São consideradas como área temática especial, cabendo à CONEP a aprovação final, quando envolver: reprodução assistida; manipulação de gametas, pré-embriões, embriões e feto, e Medicina Fetal, quando envolver procedimentos invasivos.

A área temática de pesquisas com fármacos, vacinas e testes diagnósticos, novos ou não registrados no país, regulada pela Resolução nº 251/9711,

refere-se às pesquisas com esses tipos de produtos em fase I, II ou III, ou não registrados no país. É área de relevante importância, pois conflitos de interesses podem prejudicar a dignidade e o bem-estar dos sujeitos incluídos na investigação. É fundamental que a investigação esteja alicerçada em conhecimentos científicamente consagrados em experimentos laboratoriais *in vitro* e na literatura pertinente, que traga avanços significativos para a Ciência.

É responsabilidade do pesquisador, entre outras, que garanta as condições para o atendimento dos sujeitos da pesquisa, apresentar relatórios, comunicar ocorrência de efeitos colaterais ou reações adversas, dar acesso aos resultados de exames e de tratamento ao médico do paciente ou ao próprio paciente, sempre que solicitado. É comum nessa área as pesquisas multicêntricas, isto é, pesquisas conduzidas de acordo com protocolo único em vários centros de pesquisa e, portanto, a ser realizada por um pesquisador responsável em cada centro, que seguirá os mesmos procedimentos. Nesses casos, será analisado pela CONEP apenas o primeiro protocolo, enviado por um dos centros.¹²

As pesquisas coordenadas do exterior ou com participação estrangeira são assim compreendidas quando, na sua promoção e/ou execução, houver colaboração de pessoas físicas ou jurídicas estrangeiras, públicas ou privadas; que promovam remessa e/ou recebimento de material biológico do exterior; e que envolvam o envio e/ou recebimento de dados e informações coletadas para o exterior, com fins de agregação de resultados de pesquisa, isto é, estudos multicêntricos internacionais. Em todas as pesquisas dessa área, deve-se comprovar a participação brasileira e identificar o pesquisador e instituição nacionais corresponsáveis, além de explicitar as responsabilidades, os direitos e obrigações, mediante acordo entre as partes envolvidas.

As normas referentes às pesquisas envolvendo populações indígenas são apresentadas na Resolução nº 304/2000,¹³ e procuram afirmar o respeito devido aos direitos dos povos indígenas no que se refere ao desenvolvimento teórico e prático de pesquisa envolvendo seres humanos que envolvam a vida, os territórios, as culturas e os recursos naturais dos povos indígenas do Brasil, reconhecendo ainda o direito de participação dos índios nas decisões que os afetem. Devem ser consideradas as peculiaridades de cada comunidade, de forma que os benefícios e vantagens resultantes do desenvolvimento de pesquisa atendam às necessidades de indivíduos ou grupos alvo do estudo, das sociedades afins e/ou da sociedade nacional. Deve ainda levar em consideração a promoção e manutenção do bem-estar, a conservação e proteção da diversidade biológica, cultural, a saúde individual e coletiva e a contribuição ao desenvolvimento do conhecimento e tecnologia própria.

A CONEP especifica quais são os casos em que efetivamente os projetos de pesquisas envolvem aspectos de biossegurança, os quais devem ser enquadrados como área temática especial: pesquisas com organismos geneticamente modificados, células-tronco embrionárias e organismos que representem alto risco coletivo.

A Lei Federal nº 11.105/2005,¹⁴ que trata dos organismos geneticamente modificados, permite, para fins de pesquisa e terapia, a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por fertilização in vitro e não utilizados no respectivo procedimento. Deixa claro em seu artigo 5º, §2º, que as instituições e serviços que realizem pesquisa ou terapia com células-tronco embrionárias humanas deverão submeter seus projetos à apreciação e aprovação dos respectivos CEP. Essa legislação também estabelece como crime o uso do embrião humano em desacordo com a lei, praticar engenharia genética em célula germinal humana, zigoto humano ou embrião humano; e realizar clonagem humana. Entende-se que, mesmo para fins de pesquisa, essas práticas estão vedadas.

Processo de Consentimento Livre e Esclarecido

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que manifestem a sua anuência à participação na pesquisa. Entende-se por Processo de Consentimento Livre e Esclarecido todas as etapas a serem necessariamente observadas. A etapa inicial é a do esclarecimento, ocasião em que o pesquisador, ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade, deverá buscar o momento, condição e local mais adequados para que o esclarecimento seja efetuado. Deve-se levar em consideração as peculiaridades do participante e sua privacidade. A linguagem deve ser clara e acessível, podendo utilizar-se de estratégias apropriadas à cultura, faixa etária, condição socioeconômica e autonomia dos participantes. Ainda, deve ser concedido ao participante o tempo que for necessário para que possa refletir, consultar seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão.

Superada a etapa inicial de esclarecimento, deverá ser apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que seja lido e compreendido. O TCLE é um dos documentos mais importantes para a realização de pesquisas com seres humanos, pois é o documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, com todas as informações necessárias para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa à qual se propõe participar.

Alguns requisitos essenciais são exigidos no TCLE: ser redigido em linguagem clara e acessível para a pessoa comum, de fácil entendimento; ser elaborado em duas vias, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador; deve conter o título da pesquisa, os objetivos da investigação, o nome e modo de contato com o pesquisador responsável; deve descrever os riscos, desconfortos e inconveniências, bem como benefícios que possam ser esperados; e descrever as opções possíveis, garantindo a liberdade de se recusar a participar sem prejuízos ou represálias.

Deve ainda citar garantias fundamentais asseguradas pela Resolução CNS nº 466/2012, tais como: garantia de assistência integral e gratuita por problemas decorrentes da pesquisa; o direito à busca da indenização frente a danos sofridos; o direito ao resarcimento de qualquer despesa que o participante venha a ter na pesquisa; e assegurar a todos os participantes, ao final do estudo, por parte do patrocinador, acesso gratuito e por tempo indeterminado, aos melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos que se demonstraram eficazes. O TCLE deve garantir o sigilo e a privacidade de toda e qualquer informação obtida dos participantes em virtude da pesquisa. Qualquer uso indevido de dados, informações ou imagens podem gerar responsabilidades. O mesmo se aplica quando os pesquisadores têm acesso ao prontuário médico.

Em pesquisas realizadas com crianças e adolescentes, é importante que seja ouvida a opinião do menor e que este também exercente sua autonomia. Os pais ou o responsável legal devem dar a autorização para a inclusão do menor na pesquisa, por meio de TCLE específico. No entanto, recomenda-se que seja elaborado um termo de assentimento para a criança ou adolescente, com linguagem própria para a idade, respeitando-se assim a sua autonomia. O CEM veda ao médico deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o TCLE para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

O consentimento livre e esclarecido é um processo compartilhado de troca de informações.¹⁴ Observa-se uma tendência de focalizar os impactos do consentimento sobre a prática, mas existem implicações para a equipe de saúde como um todo. Muitas vezes os pacientes são pouco ou mal informados, e o profissional deve aprimorar suas competências para assegurar que o processo de informação seja efetivo para que o consentimento atinja seus objetivos.

Biobancos e biorrepositórios

A Resolução CNS Nº 441/2011¹⁵ tem como objetivo complementar as normativas éticas no que diz respeito ao armazenamento e à utilização de

material biológico humano com finalidade de pesquisa. É de grande importância a utilização de material biológico humano para o desenvolvimento das ciências da saúde.¹⁶ No entanto, é imprescindível observar os princípios da proteção dos Direitos Humanos, das liberdades fundamentais e do respeito à dignidade humana.

As definições, apresentadas na referida resolução, são:

- **Biobanco:** coleção organizada de material biológico humano e informações associadas, coletado e armazenado para fins de pesquisa, conforme regulamento ou normas técnicas, éticas e operacionais pré-definidas, sob responsabilidade e gerenciamento institucional, sem fins comerciais;
- **Biorrepositório:** coleção de material biológico humano, coletado e armazenado ao longo da execução de um projeto de pesquisa específico, conforme regulamento ou normas técnicas, éticas e operacionais pré-definidas, sob responsabilidade institucional e sob gerenciamento do pesquisador, sem fins comerciais.

Para a implementação de biobanco em uma instituição de pesquisa, deve haver regulamento aprovado pelo sistema CEP/CONEP. Tendo em vista o armazenamento de material biológico de diversos participantes, o biobanco deve dispor de um sistema seguro de identificação, que garanta o sigilo, o respeito à confidencialidade e à recuperação dos dados das pessoas que têm o seu material armazenado. Essa identificação é essencial para o fornecimento de informações de interesse dos participantes no futuro, ou para a obtenção de consentimento específico para utilização em nova pesquisa.

O consentimento livre e esclarecido referente à coleta, depósito, armazenamento e utilização de material biológico humano em biobanco é formalizado pelo TCLE.¹⁷ Nesse documento, o participante irá se manifestar expressamente se deseja ou não ser contatado para consentimento a cada nova pesquisa a ser proposta com o material armazenado. O TCLE deve ainda conter referência aos tipos de informação que poderão ser obtidos nas pesquisas futuras, a partir da utilização do material biológico humano armazenado, para fins de conhecimento e decisão autônoma do sujeito.

Requisita-se também a garantia expressa de que o participante terá acesso, a qualquer tempo, aos resultados obtidos com a utilização do seu material biológico, e às orientações a serem fornecidas quanto às implicações, incluindo aconselhamento genético quando pertinente. O TCLE pode conter ainda manifestação expressa quanto à cessão dos direitos sobre o material armazenado aos sucessores ou outros por ele indicado, em caso de óbito ou condi-

ção incapacitante. Deve também ser informado ao participante que os dados fornecidos, coletados e obtidos a partir de pesquisas poderão ser utilizados em pesquisas futuras. O TCLE pode conter referência à autorização de descarte do material armazenado e às situações nas quais o ato é possível.

No caso de biorrepositório, as condições associadas ao armazenamento de material biológico humano devem estar explicitadas no Projeto de Pesquisa respectivo, devendo seu regulamento ser apreciado pelo CEP e, quando for o caso, pela CONEP. O consentimento livre e esclarecido referente à coleta, depósito, armazenamento, utilização e descarte de material biológico humano em biorrepositório é formalizado por meio de TCLE específico para cada pesquisa.

Quando ocorrer perda ou destruição de suas amostras biológicas, o participante deve ser informado, bem como nas situações de encerramento do biobanco ou do biorrepositório, quando for o caso. O material biológico humano armazenado permanece sob a responsabilidade institucional, que tem a sua guarda. A transferência do material biológico humano armazenado entre biobancos ou biorrepositórios, da própria ou de outra instituição, deve ser comunicada ao participante sempre que possível, ou, na impossibilidade, deve ser apresentada justificativa ao Sistema CEP/CONEP.

O participante, a qualquer tempo, e sem quaisquer ônus ou prejuízos, pode retirar o consentimento de guarda e utilização do material biológico armazenado, em biobanco ou Biorrepositório, por manifestação escrita e assinada, cabendo-lhe a devolução das amostras existentes ou a opção de que sejam destruídas. O prazo de armazenamento do material em biobanco é indeterminado; em biorrepositório, o prazo deve estar de acordo com o cronograma da pesquisa correspondente e pode ser autorizado por até dez anos. Renovações da autorização de armazenamento são permitidas mediante solicitação do pesquisador responsável ao CEP, acompanhada de justificativa e relatório das atividades de pesquisa desenvolvidas com o material durante o período.

Ao final do período de realização da pesquisa, o material biológico humano armazenado em biorrepositório pode: a) permanecer armazenado, em conformidade com as normas pertinentes; b) ser transferido formalmente para outro biorrepositório ou biobanco, mediante aprovação dos CEP e das instituições envolvidas; e c) ser descartado, de acordo com o TCLE, respeitando-se a confidencialidade e a autonomia do participante.

O descarte do material biológico humano armazenado em biobanco pode ocorrer: a) pela manifesta vontade do participante; b) devido à inadequação da amostra por critérios de qualidade; c) por iniciativa da instituição; e d) pela dissolução do biobanco.

A legislação brasileira veda o patenteamento e a utilização comercial de material biológico humano armazenado em biobancos e biorrepositórios.

Pesquisas no Sistema Único de Saúde (SUS)

Muitas pesquisas são desenvolvidas no âmbito do SUS e apresentam peculiaridades frente à vulnerabilidade em que possam estar os usuários desse sistema. A Resolução CNS Nº 580/2018 estabelece os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos em instituições do SUS.¹⁸

As pesquisas realizadas no setor público, notadamente em instituições integrantes do SUS, devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde. Nesse contexto, a utilização para fins de pesquisa de acervo e/ou material biológico humano resultante das atividades de atenção à saúde só poderá ser realizada com a devida apreciação e aprovação ética do Sistema CEP/CONEP.

Quando o recrutamento de participantes ocorrer no SUS, no processo de obtenção do consentimento, é dever do pesquisador explicar ao participante a diferença entre o procedimento da pesquisa e o atendimento de rotina do serviço. A recusa em participar não pode implicar em prejuízo à assistência ao usuário do SUS. Essa garantia deve ser explicada no processo de consentimento e no TCLE.

Em relação aos procedimentos propostos nessas pesquisas realizadas no âmbito do SUS, estes não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando houver justificativa devido à finalidade do estudo. Ainda assim, esses procedimentos devem ser expressamente autorizados pelo dirigente da instituição. Também não devem interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, não trazer prejuízo das suas atividades funcionais, exceto quando justificada a necessidade e autorizado pelo dirigente. Além disso, é dever do pesquisador divulgar os resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo.

A apreciação ética das pesquisas a serem realizadas em serviços integrantes do SUS deverá ser em CEP vinculado à instituição onde serão recrutados os participantes. No caso de não existir CEP na instituição, deverá ser seguido o fluxo definido pela CONEP. No caso de realização do estudo em instituição que esteja enquadrada como participante ou coparticipante da pesquisa, o Termo de Anuência Institucional deverá ser assinado pelo dirigente da instituição e comporá a documentação a ser apreciada pelo CEP. No

caso de pesquisas com utilização de acervo da instituição ou prontuários, o pesquisador deverá informar os procedimentos que serão adotados para garantir o sigilo, a privacidade e a confidencialidade dos dados dos participantes da pesquisa.

As pesquisas consideradas de interesse estratégico para o SUS pelo Ministério da Saúde serão encaminhadas, mediante justificativa consubstancial, para apreciação inicial na CONEP (como CEP do Ministério da Saúde) e poderão ter tramitação em caráter especial e de urgência. Enquadram-se nessa categoria as pesquisas que contribuam para a Saúde Pública, a justiça, a redução das desigualdades sociais e das dependências tecnológicas, bem como emergências em Saúde Pública. Os protocolos que poderão tramitar em caráter de urgência são os que tratam de emergências em Saúde Pública e/ou subsidiem a implementação de políticas, ações, programas e serviços de saúde, de modo a responder tempestivamente a questões de interesse público na área da saúde.

Vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa

A vulnerabilidade é definida na resolução 466/2012 como “estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido”. Portanto, é necessário situar o participante no conjunto social ao qual pertence, cujas opções possam interferir na sua vida e saúde.¹⁹ A susceptibilidade dos indivíduos e das coletividades são variáveis e determinam a vulnerabilidade, decidindo pela participação ou não como sujeitos de determinada pesquisa.

Quando se trata da análise ética das relações nas pesquisas envolvendo seres humanos, os participantes vulneráveis são aqueles incapazes de decidir livremente ou de manifestar sua decisão, pois condições sociais, culturais, étnicas, políticas, econômicas, educacionais e de saúde prejudicam tal manifestação. Incluem-se nessa situação crianças e adolescentes, gestantes, presidiários, trabalhadores, portadores de deficiências mentais, etc.

É necessário que se concentrem esforços para que mecanismos sejam elaborados durante o planejamento da pesquisa, para que sejam assegurados os direitos e a dignidade dos sujeitos em situação de vulnerabilidade. No preparo do protocolo de pesquisa, principalmente do TCLE, é necessário prever maneiras de explicitar de forma clara e cuidadosa o que se pretende fazer, de modo a incentivar a livre decisão dos sujeitos vulneráveis.

A discussão sobre a vulnerabilidade não deve se ater simplesmente ao TCLE, deve ir além, ultrapassar a relação entre pesquisador e sujeito da pesquisa; deve compreender as condições sociais do sujeito, considerar os fatores socioestruturais que interferem na vida e na saúde das pessoas.

A inclusão de gestantes em protocolos de pesquisa deve assegurar que as mulheres serão informadas dos riscos potenciais para o feto, bem como dos riscos para sua própria saúde. O TCLE deve ser deixar claro os riscos quando é prescrito um medicamento nunca testado anteriormente em mulheres grávidas. Os Comitês de Ética em Pesquisa devem tomar especial atenção à revisão dos documentos, pois, em última instância, recaí sobre eles a responsabilidade de garantir que os pesquisadores forneçam toda informação relevante, que deve ser compreendida pela gestante.²⁰

Muitos desafios continuam presentes para o aprimoramento do sistema de controle das pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. O sistema CEP/CONEP procura garantir a condução ética das pesquisas envolvendo seres humanos no país, mas outros órgãos também participam deste processo, tais como os Conselhos de Medicina. Além disso, os órgãos de fomento, os conselhos editoriais de revistas científicas e os organizadores de eventos científicos devem atentar para a exigência da aprovação ética das pesquisas, antes de serem divulgadas para a comunidade científica.

Referências

1. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de Dezembro de 2012. [on-line]. [Acesso em: 25 de jun. de 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=11225
2. Diniz MH. O Estado atual do biodireito. São Paulo: Saraiva; 2001.
3. The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Department of Health, Education and Welfare. 1979; 18:2-5.
4. Freitas CBD. Os Comitês de ética em pesquisa: evolução e regulamentação. Bioéтика. 1998;6(2):189-95.
5. Garattini S, Bertele V, Bassi LL. How can research ethics committees protect patients better? BMJ. 2003;326:1199-201.
6. Garrard E, Dawson A. What is the role of the research ethics committee? Paternalism, inducements, and harm in research ethics. J Med Ethics. 2005;31:419-23.
7. Barrow JM, Gossman WG. Ethics, Research [on-line]. [Acesso em: 25 de jun. de 2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459281/>
8. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução n. 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF 24 set. 2009; Seção 1:90-2

9. Seiler C. Can there be a moral obligation to participate in biomedical research? *Eur J Clin Invest.* 2018;48(4):12896.
10. Wang S, Jiang X, Singh S, Marmor R, Bonomi L, Fox D, Dow M, Ohno-Machado L. Genome privacy: challenges, technical approaches to mitigate risk, and ethical considerations in the United States. *Ann N Y Acad Sci.* 2017;1387(1):73-83.
11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 251 de 7 de agosto de 1997. Aprova as normas de pesquisa envolvendo seres humanos para a área temática de pesquisa com novos fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos. http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3329 [on-line]. [Acesso em: 25 de jun. de 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3329
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 346 de 13 de janeiro de 2005. Estabelece a regulamentação para tramitação de projetos de pesquisa multicêntricos no sistema Comitês de Ética em Pesquisa - CEPs - CONEP. *Diário Oficial da União*; Poder Executivo, Brasília, DF 10 mar. 2005; (47):Seção 1:103.
13. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 304 de 09 de agosto de 2000. [on-line]. Acesso em: 25 de jun. de 2018.]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_00.htm
14. Brasil. Lei n. 11.105, de 24 de março de 2005. Estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados (OGM) e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança (CNBS), reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança (PNB) [on-line].[Acesso em: 25 de jun. de 2018]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3382
15. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 441 de 12 de maio de 2011. Aprovar diretrizes para análise ética de projetos de pesquisas que envolvam armazenamento de material biológico humano ou uso de material armazenado em pesquisas anteriores. *Diário Oficial da União*; Poder Executivo, Brasília, DF 18 de julho de 2011;136: Seção 1: 60.
16. Marodin G, Salgueiro JB, Motta ML, Santos LM. Brazilian guidelines for bio-repositories and biobanks of human biological material. *Rev Assoc Med Bras.* 2013;59(1):72-7.
17. Marodin G, França PH, Salgueiro JB, Motta ML, Tannous GS, Lopes AG. Alternatives of informed consent for storage and use of human biological material for research purposes: Brazilian regulation. *Dev World Bioeth.* 2014;14(3):127-31.
18. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 580 de 22 de março de 2018. Regulamentar o disposto no item XIII. 4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica [on-line]. [Acesso em: 25 de jun. de 2018]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_inicial.htm
19. Zoboli ELCP, Fracoli LA. Vulnerabilidade do sujeito de pesquisa. *Cadernos de Ética em Pesquisa.* 2001; 8:20-21.
20. Macklin R. Enrolling pregnant women in biomedical research. *Lancet.* 2010; 375(9715):632-3.

Impresso pela
Gráfica CS
para o Conselho Regional de Medicina
do Estado de São Paulo – Cremesp
em setembro de 2018

Já se passaram quase duas décadas desde que a edição inicial do livro *Ética em Ginecologia e Obstetrícia* chegou pela primeira vez às mãos dos colegas.

Para acompanhar, de forma dinâmica, as mudanças de parâmetro vivenciadas pela Medicina – e, em especial, neste campo de atuação –, a 5^a edição atualiza os capítulos em conteúdo ético, deontológico e bibliográfico, além de legal, com importantes inovações em relação aos direitos das gestantes, entre outros.

Além disso, mudanças sociais e culturais que se desdobram com velocidade ímpar tornaram indispensável a inclusão de novos assuntos, como contracepção na menor de idade e a violência enfrentada por profissionais de saúde.



CREMESP *60*
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Rua Frei Caneca, 1282 – Centro – São Paulo – SP
01307-002 – Tel: (11) 4349-9900
www.cremesp.org.br

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-89656-35-1



9 788589 656351