cadernos CREMESP

ÉTICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

4ª EDIÇÃO

CREMESP
Conselho Regional de Medicina
do Estado de São Paulo
2011

CADERNOS CREMESP - ÉTICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

Câmara Técnica de Saúde da Mulher do Cremesp

Rua da Consolação, 753 – Centro – São Paulo – SP – CEP: 01301-910

Tel: (11) 3017- 9300 – www.cremesp.org.br

ORGANIZADOR

Krikor Boyaciyan

AUTORES

Airton Gomes, Cristião Fernando Rosas, Danilo Kfouri Ennes, Eduardo de Souza, Eurípedes Balsanufo Carvalho, João Bortoletti Filho, José Carlos Riechelmann, Julio Elito Junior, Krikor Boyaciyan, Leandro Gustavo de Oliveira, Luiz Henrique Gebrim, Paula Véspoli Godoy, Roseli Mieko Yamamoto Nomura, Seizo Miyadahira e Silvana Maria Figueiredo MorandinI

CÂMARA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER (2008-2013)

Airton Gomes, Cristião Fernando Rosas, Danilo Kfouri Ennes, Eduardo de Souza, Eurípedes Balsanufo Carvalho, João Bortoletti Filho, Julio Elito Junior, Krikor Boyaciyan (**coordenador**), Leandro Gustavo de Oliveira, Luiz Henrique Gebrim, Roseli Mieko Yamamoto Nomura, Seizo Miyadahira, Silvana Maria Figueiredo Morandini e Temístocles Pie de Lima

PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Dinaura Paulino Franco e Ivete Rodrigues dos Anjos

PROJETO GRÁFICO DA CAPA

Moema Cavalcanti

DIAGRAMAÇÃO E REVISÃO

G3 Comunicação

Ética em ginecologia e obstetrícia. 4ª edição / Organização de Krikor Boyaciyan. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2011
300 p. (Caderno CREMESP)

Vários autores
ISBN 978-85-89656-11-5

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

NLM WQ21

APRESENTAÇÃO
(4ª EDIÇÃO)

É com grande orgulho e satisfação que o Cremesp apresenta a quarta edição do Caderno Cremesp - Ética em Ginecologia e Obstetrícia, editada pela Câmara Técnica de Saúde da Mulher desta Casa, sob a coordenação do Prof. Krikor Boyaciyan.

Desde 2004, data da última edição, várias mudanças ocorreram na especialidade e na Medicina em geral, inclusive em novos conceitos de Ética e Bioética, incluindo o importante acontecimento que foi a atualização do Código de Ética Médica, em 2009.

Deste modo, questões como a reprodução assistida, a medicina fetal, a assistência ao parto normal e a interrupção da gravidez são temas atuais e que se colocam no dia a dia do especialista e que são discutidos nesta publicação.

Poucas especialidades médicas estão sujeitas às implicações éticas na sua atividade profissional como a Ginecologia e Obstetrícia. Seja pela vulnerabilidade natural dos pacientes envolvidos (gestantes e fetos), seja por tratar da delicada questão da abordagem do início da vida. Talvez por isso, esta publicação seja fundamental para orientação dos colegas que praticam esta especialidade, principalmente no que se refere à adequada relação médico-paciente, especialmente na transmissão das informações corretas sobre riscos e benefícios em relação ao tipo de parto a ser realizado, que deve sempre

contar, na sua decisão, com a participação da mulher.

Além disso, a publicação chama a atenção dos colegas para a responsabilidade médica na sua atuação profissional, no correto preenchimento do prontuário médico, particularmente do partograma, da adequada relação médico-paciente-casal-família, do sigilo médico e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Com esta publicação o Cremesp, mais uma vez, cumpre com sua obrigação, conforme previsto em Lei, de zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente .

Renato Azevedo Júnior

Presidente do Cremesp

SUMÁRIO

1 Princípios bioéticos 7

Krikor Boyaciyan

2. A responsabilidade médica no exercício da Ginecologia e Obstetrícia 13

2.1 A responsabilidade do médico residente de Ginecologia e Obstetrícia 14

Julio Elito Junior

2.2 A responsabilidade do médico que exerce Ginecologia e Obstetrícia 25

Julio Elito Junior

2.3 A responsabilidade do médico diretor clínico 36

Roseli Mieko Yamamoto Nomura

2.4 A responsabilidade do médico professor de Ginecologia e Obstetrícia 43

Roseli Mieko Yamamoto Nomura

3. Prontuário e segredo médico. Consentimento livre e esclarecido 51

3.1 Prontuário médico 52

Seizo Miyadahira

3.2 Segredo médico 65

Seizo Miyadahira

3.3 Consentimento livre e esclarecido 71

Seizo Miyadahira

4. Ética no exercício da Ginecologia e Obstetrícia 79

4.1 A relação médico-paciente 80

Seizo Miyadahira

4.2 Assistência ao parto. A cesárea a pedido 87

Eduardo de Souza

4.3 O plantão de Ginecologia e Obstetrícia. Internação, alta e transferência de pacientes 93

Eduardo de Souza

4.4 A relação do médico que exerce Ginecologia e Obstetrícia com o serviço de apoio diagnóstico e terapêutico 102

Krikor Boyaciyan

4.5 A paciente com diagnóstico de câncer 107

Luiz Henrique Gebrim

4.6 O atendimento da adolescente 117
Silvana Maria Figueiredo Morandini
4.7 Medicina Fetal 122
João Bortoletti Filho

5. As condições de trabalho 129
5.1 As condições de trabalho do médico que exerce Ginecologia e Obstetrícia 130
Eurípedes Balsanufo Carvalho
5.2 A relação do médico que exerce Ginecologia e Obstetrícia com as operadoras de saúde 139
Eurípedes Balsanufo Carvalho
5.3 A relação do médico que exerce Ginecologia e Obstetrícia com os profissionais de saúde 156
Leandro Gustavo de Oliveira

6. Direitos sexuais e reprodutivos 163
6.1 Planejamento Familiar 164
Seizo Miyadahira
6.2 Interrupção da gestação 173
Cristião Fernando Rosas
6.3 Violência sexual 189
Cristião Fernando Rosas
6.4 Reprodução assistida. Cessão temporária de útero 203
Krikor Boyaciyan

7. Os direitos da gestante e a legislação 213
Krikor Boyaciyan e Paula Véspoli Godoy

8. O assédio sexual em Ginecologia e Obstetrícia 249
José Carlos Riechelmann

9. A relação do médico que exerce Ginecologia e Obstetrícia com as empresas farmacêuticas e de equipamentos 275
Airton Gomes

10. A relação do médico que exerce Ginecologia e Obstetrícia com a publicidade médica 283
Danilo Kfouri Ennes

11. Ética na pesquisa científica em Ginecologia e Obstetrícia 289
Roseli Mieko Yamamoto Nomura

PRINCÍPIOS BIOÉTICOS

1

A palavra *bioética* surgiu pela primeira vez em 1971, em um artigo do oncologista da Winsconsin University, Van Ressenlaer Potter. Foi criado 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 desenvolvimento cultural e científico.

A Obstetrícia, que trata das fases mais significativas da vida (crescimento e desenvolvimento intrauterino, nascimento), 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 às mais complexas consequências do aprimoramento técnico como a utilização do genoma humano.

É exatamente nesse ambiente de grandes avanços e de preocupações contraditórias que a bioética emerge, como assinala Maria do Céu Patrão Neves[2]:

> 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.

O modelo de análise bioética comumente usado e de grande aplicação na prática clínica na maioria dos países é o "principalista", introduzido por Beauchamp e Childress, em 1989. Esses autores[3] propõem quatro princípios bioéticos fundamentais: *autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.*

O princípio da autonomia requer que os indivíduos capacitados de deliberarem sobre suas escolhas pessoais devam ser tratados com respeito pela sua capacidade de decisão. As pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida. Quaisquer atos médicos devem ser autorizados pelo paciente.

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo), por intermédio do seu Comitê para Assuntos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher, divulga, desde 1994, em um dos seus marcos de referência ética para os cuidados ginecológicos e obstétricos: o princípio da autonomia enfatiza o importante papel que a mulher deve adotar na tomada de decisões com respeito aos cuidados de sua saúde. Os médicos deverão observar a vulnerabilidade feminina, solicitando expressamente sua escolha e respeitando suas opiniões[4].

Tratando a paciente com o adequado respeito à sua condição

humana, o médico pode obter o seu consentimento para os atos médicos ou, então, identificar os motivos de sua recusa a esses atos, procurando, no diálogo, alternativas para solucionar ou aliviar o sofrimento. Deve-se tentar compreender as razões da rejeição do ato médico, na procura da melhor opção que o satisfaça[5].

Nas pacientes intelectualmente deficientes e no caso das crianças, o princípio da autonomia deve ser exercido pela família ou responsável legal.

O princípio da beneficência refere-se à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo. O profissional deve ter a maior convicção e informação técnica que assegurem ser o ato médico benéfico ao paciente (ação que faz o bem).

Como o princípio da beneficência proíbe infligir dano deliberado, esse fato é destacado pelo princípio da não maleficência. Estabelece que a ação do médico sempre deve causar o menor prejuízo ou agravos à saúde do paciente (ação que não faz o mal). É universalmente consagrado 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[6,7].

O princípio da justiça estabelece como condição fundamental a equidade, obrigação ética de tratar cada indivíduo conforme o que é moralmente correto e adequado, de dar a cada um o que lhe é devido. O médico deve atuar com imparcialidade, evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosos, financeiros ou 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.

Outro importante marco de referência ética para os cuidados ginecológicos e obstétricos, do Comitê para Assuntos Éticos

da Reprodução Humana e Saúde da Mulher[4], assinala: ao se oferecer os cuidados de saúde à mulher, o princípio da justiça requer que todas sejam tratadas com igual consideração, independentemente de sua situação socioeconômica.

É importante constatar que os quatro princípios não estão sujeitos a qualquer disposição hierárquica. Se houver conflito entre si, no sentido de aplicá-los corretamente, deve-se estabelecer como, quando e o que determinará o predomínio de um sobre o outro.

Para exemplificar, é interessante registrar o que nos relatam Pedro Piva e Antonacci Carvalho:[8] Em um paciente com risco iminente de vida, justifica-se a aplicação de medidas salvadoras (diálise, amputação, histerectomia, ventilação assistida, transplantes, etc.) mesmo que tragam consigo algum grau de sofrimento, prevalecendo assim o princípio da beneficência sobre o da não maleficência. O primeiro objetivo neste momento é a preservação da vida.

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

Uma paciente com câncer, sob quimioterapia, desenvolve pneumonia bacteriana e recusa-se a tomar os antibióticos prescritos. O princípio da autonomia está sendo respeitado acima dos outros. Contudo, os médicos responsáveis certamente não concordarão com tal recusa, que pode representar a morte da paciente, e atuarão no sentido de convencê-la a tomar os medicamentos.

Em relação à criança, como dissemos anteriormente, o

princípio da autonomia deve ser exercido pela família ou responsável legal. Entretanto, estes não têm o direito de forçá-las a receber tratamentos nocivos ou desproporcionalmente penosos, às vezes por motivos religiosos. Consequentemente, os médicos devem intervir ou negar-se a adotar condutas específicas quando as decisões dos pais ou responsáveis legais forem contrárias aos melhores interesses da criança.

A narrativa de Daisy Gogliano[9] procura sintetizar, apropriadamente, os princípios bioéticos aplicados à prática: 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.

Com o objetivo de priorizar o estudo ético das questões coletivas persistentemente constatadas nos países periféricos, surgiu há alguns anos na América Latina uma proposta conceitual anti-hegemônica ao principialismo. Essa nova corrente epistemológica, a bioética de intervenção, objetiva desconstruir o discurso hegemônico da bioética tradicional, além de contextualizar os dilemas morais de acordo com os preceitos morais individuais e coletivos do próprio contexto onde os problemas estudados estão ocorrendo. Propõe o desnivelamento do discurso da bioética tradicional, no intuito de que possa se tornar uma ferramenta teórica e metodológica capaz de minimizar a desigualdade social, o

preconceito, a discriminação e a vulnerabilidade que afligem as nações periféricas. Defende, também, que seja eticamente legítimo intervir, e não somente analisar e descrever os conflitos morais verificados no cotidiano das nações e pessoas menos favorecidas. Enfim, em termos concretos, a Bioética de Intervenção propõe uma aliança dos países pobres e em desenvolvimento no sentido da construção de uma bioética comprometida politicamente com os mais necessitados e, ainda, o reconhecimento da responsabilidade social do Estado, no sentido de promover e propiciar a libertação, empoderamento e emancipação dos indivíduos, grupos e populações vulneráveis, que são condições imperativas para mudar a desigual realidade constatada nas nações menos favorecidas[10].

Referências Bibliográficas:

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. Neves MCP. A fundamentação antropológica da bioética. Bioética.1996; 4(1):7-16.
3. Beauchamp TL, Childress TL. Principles of biomedical ethics. 3.ed. New York: Oxford University Press; 1989.
4. 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.
5. Gillon R. Doctors and patients. BMJ. 1986; 292:466-9.
6. Diretrizes éticas internacionais para pesquisas biomédicas envolvendo seres humanos. Bioética. 1995; 3(2):95-136.
7. 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. Retificado. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 out. 2009; Seção 1:173.
8. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. Bioética.1993; 1(2):129-38.
9. Gogliano D. Pacientes terminais: morte encefálica. Bioética.1993; 1(2):145-56.
10. 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 RESIDENTE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

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

O Médico Residente de Ginecologia e Obstetrícia está exposto a particularidades específicas da área. Diversas situações são vivenciadas nesta época, que expõem os Residentes a riscos que devem ser evitados por medidas de orientação e bom senso. A assistência ao parto é exemplo claro da complexidade desta especialidade. O parto mal-assistido pode resultar no comprometimento do indivíduo e de sua inserção na sociedade. A interrupção da gestação em casos de violência sexual expõe o Residente a conflitos religiosos. A relação preceptor-residente no plantão noturno com excesso de pacientes pode resultar em atendimento sem supervisão, e riscos inerentes a este ato podem 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 7/7/81:

> 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].

Alguns tópicos que visam a compreender a atuação do Médico Residente devem ser considerados[2]:

- A Residência Médica é definida como modalidade de ensino de pós-graduação. A pós-graduação, "latu sensu", é o complemento da aprendizagem, onde o Residente vai ter contato direto com o paciente, colocando em prática a teoria obtida nos bancos acadêmicos. Configura-se, pois, a prática médica, onde o Residente aprimora as habilidades técnicas, o raciocínio clínico e a capacidade de tomar decisões.

- Igualmente, é a caracterização da Residência Médica por treinamento em serviço. O Médico Residente, ao desempenhar suas atividades, assume a responsabilidade pelos atos que pratica.

- A Lei[1] relata a responsabilidade de instituições de saúde universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. O Médico Residente, apesar de toda a supervisão e orientação, conforme já enfocado, subentende-se que tenha os necessários conhecimentos para tratar da vida humana. Com efeito, o Residente, ao prestar atendimento ao paciente, assume a responsabilidade direta pelos atos decorrentes, não podendo, em hipótese alguma, atribuir o insucesso a terceiros.

Aspecto de fundamental importância neste artigo é que o Residente realiza treinamento em serviço sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. Este é o ponto chave para o bom andamento da Residência. Os problemas podem surgir quando uma instituição de saúde não oferece supervisão adequada para seus Residentes ou quando o Residente se considera apto para realizar o procedimento sem a orientação de um preceptor.

Convém ressaltar que, nos termos do Artigo 17 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, 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 cuja jurisdição se achar o local de sua atividade[3]. Desta forma, o médico, ao se inscrever no Conselho Regional de Medicina, torna-se apto a exercer a profissão, assumindo a responsabilidade direta pelos atos decorrentes ao prestar atendimento aos pacientes e não podendo atribuir o insucesso a terceiros, exceto quando devidamente comprovado (Artigo 6º do Código de Ética Médica)[4].

O segredo de uma boa Residência Médica é aquela que oferece equipe capacitada de supervisão em tempo integral, orientando os Residentes nos ambulatórios, pronto-socorro, cirurgias e plantões noturnos. O Programa da Residência Médica deve prever a implantação de escala progressiva de atribuições, tanto referentes a responsabilidades quanto a funções com grau de dificuldades crescentes 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 atribuições mais complexas como também à capacidade em assumir maior responsabilidade frente aos procedimentos,

decisões e até mesmo na coordenação dos 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 são eles que guiam o Residente na aquisição de conhecimento, como também liberam procedimentos médicos em escala crescente de complexidade para que o Médico Residente execute, à medida que este demonstre estar apto para tal atividade.

O trabalho do Residente não deverá ser usado 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 Médica 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 Residente não deve aceitar ser o médico responsável pelo paciente, pois estará assumindo uma responsabilidade que ainda não é sua.

O Código de Ética em vigência rege a atuação ética de todos os médicos, e, assim sendo, também dos médicos Residentes. É de suma importância que o Residente conheça o Código de Ética Médica. É clara a posição em seu preâmbulo, e no final fica estabelecido: "A transgressão das normas deontológicas sujeitará os infratores às penas disciplinares previstas em lei [4]". O Código de Ética Médica contempla, em seu Capítulo III, Artigos

que alertam para situações de grande relevância quanto à responsabilidade profissional do médico; Capítulo IV, Artigos sobre os direitos humanos; Capítulo V, relação com pacientes e familiares; Capítulo VII, relação entre médicos, e Capítulo IX, sigilo profissional[4]:

> É vedado ao médico:
>
> Art. 1º - Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência[4].
> Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida[4].

Este Artigo sobre a responsabilidade profissional deve permear todas as instâncias da medicina, e a partir do momento em que o médico se inscreve no CRM, assume esta responsabilidade. A negligência se caracteriza pela omissão em fazer algo em prol do paciente. A imprudência se caracteriza pela ação de fazer algo que não deveria ser feito. A imperícia se define por fazer algo que não se está capacitado, quer por falta de treinamento, quer por falta de conhecimento. Caso o Residente efetue procedimento sem comunicar ao seu preceptor ou sem solicitar autorização deste, deverá assumir isoladamente toda a responsabilidade das consequências possíveis advindas de seu ato. No relacionamento entre o Residente e seu preceptor, a negligência se caracteriza pelo Médico Residente em não seguir a orientação proposta por seu preceptor. Deve-se lembrar de que o Médico Residente não é obrigado a aceitar situações que ferem a ética ou a lei. Imprudência é tomar a atitude à revelia do seu preceptor e imperícia é não saber fazer, por desconhecimento científico ou por falta de habilidade técnica. Entretanto, a imperícia do Médico Residente é uma imprudência e negligência de seu preceptor que permite ao Residente atuar sem ter o conhecimento necessário para tanto[5].

> Art. 3º - Deixar de assumir responsabilidade

sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente[4].

Art. 6º - Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado[4].

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[4].

Art. 32 - Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente[4].

Art. 56 - Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos[4].

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[4].

Art. 78 - Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar

para que seja por eles mantido[4].

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.

Desta 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 à responsabilidade ética do preceptor, por atos médicos realizados por Médicos Residentes sob a sua supervisão, entendemos que tal responsabilidade é consequente ao caráter peculiar da tarefa da preceptoria, redundando no que o Prof. Genival Veloso de França, em seu livro "Direito Médico", define por "Responsabilidade Derivada" ou "Responsabilidade Compartida". Nela, cada membro de uma equipe médica carrega consigo a corresponsabilidade por atos médicos executados no âmbito da instituição prestadora da assistência médica[6].

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

Kesselheim and Austad (2011) publicaram o artigo intitulado "Residentes: empregados ou estudantes aos olhos da Lei?" (*Residents: Workers or Students in the Eyes of the Law?*) onde fizeram uma reflexão sobre a Residência Médica. Comentam que os Residentes, apesar do diploma de médico, não são considerados médicos completos; por outro lado, também não se enquadram no papel de estudante. No entanto, aos olhos

da lei os Residentes, nos casos de erro médico, são julgados da mesma forma que qualquer outro médico[7].

Fato preocupante é que se observou o aumento das denúncias em 136% (Cremesp-2003), desde o início da década de 90 até o final de 2000, envolvendo Médicos Residentes, com falhas evidentes de aprendizado dos princípios básicos da ética[8]. Assim, dentro da função educativa das Comissões de Ética Médica, preocupados com o desempenho ético da profissão, a Comissão Nacional de Residência Médica, cumprindo a Resolução nº 06/2006, determina que seja ministrado obrigatoriamente Curso de Ética Médica aos Residentes nas atividades teórico-complementares, sendo que, na avaliação periódica, sejam incluídos atributos como comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente[9].

Consideramos de extrema importância este curso para o adequado exercício profissional, dando aos Residentes amplo conhecimento do Código de Ética Médica, visando a prevenir a progressão do número de denúncias.

Por fim, as diferenças entre a responsabilidade de um Médico Residente com outro profissional médico são que o Médico Residente não é o titular do paciente, por isso atua seguindo ordens e sob supervisão direta de um preceptor, portanto não decidindo sozinho sobre a conduta a ser tomada para o paciente. Ainda no âmbito processual, sempre estará junto com outros membros da equipe no processo, cujo principal responsável será o preceptor, exceto nos casos em que tiver agido à revelia de seu preceptor, sendo então, nesta situação, o Médico Residente susceptível de ser o único a ser responsabilizado no processo, tanto no Conselho Regional de Medicina quanto na Justiça Comum[4].

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. Desta forma, ela elaborou em dez itens os mandamentos para que se guie por eles e diminua assim as armadilhas do destino em que pode cair[10].

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-se 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 do colega, que o substitui, chegar. 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 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 Bibliográficas:

1. Brasil. Lei n.º 6.932, de 07 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília DF 9 julho 1981; Seção 1:12789.

1. Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso do Sul (Mato Grosso do Sul). Parecer consulta, n. 05, de 22 de abril de 2009 [on line]. O médico, quando plantonista de setor de urgência e emergência, deve permanecer disponível para o atendimento de pacientes, não podendo se ausentar a não ser que deixe substituto habilitado. [acessado em: 10 jun. 2011]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CRMMS/pareceres/2009/5_2009.htm

2. Brasil. Lei 3.268, 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília DF, 4 de outubro de 1957.

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 de setembro de 2009. Seção 1: 90-2. Retificado, Diario Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 out. 2009; Seção 1:173.

4. Timmi JRR. Limites da responsabilidade ética e legal do médico residente. In: Timi JRR, Marquardt M, Mercer PG. A Influência do direito no exercício da medicina. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter; 2004. p.47-8.

5. França GV. Direito médico. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2010.

6. Kesselheim AS, Austad KE. Residents: workers or students in the eyes of the law? N Engl J Med. 2011 Feb 24;364(8):697-9

7. Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP [on line].Curso sobre aspectos práticos da ética médica para residentes - Comissão de ética médica e COREME. Aspectos práticos da ética médica. [acessado em: 9 jun. 2011]. Disponível em: http://www.unifesp.br/hsp/comite_etica/curso1006.htm

8. Comissão Nacional de Residência Médica (Brasil). Resolução n.º 2 , de 17 de maio de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 maio 2006. Seção 1:23-36.

9. Moraes IN. Erro médico e a justiça. 5ª. Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais. 2003. 30ª Parte, Cap. 90:571-4.

2.2

A RESPONSABILIDADE DO MÉDICO QUE EXERCE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Responsabilidade é o dever jurídico de responder pelos próprios atos e os de outrem, sempre que estes atos violem os direitos de terceiros e, protegidos por lei, de reparar os danos causados. Também pode ser definida como o dever de dar conta de alguma coisa que se fez ou se 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 obriga o médico a ressarcir os prejuízos decorrentes da sua conduta. A responsabilidade penal ou criminal submete o médico à Justiça Comum pela prática de delitos tipificados como crime pelo Código Penal. A responsabilidade ético-profissional é de competência dos Conselhos Regionais de Medicina, onde recebem, apuram e julgam todas as denúncias contra os médicos. Fica claro que a atividade do médico está sujeita à 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. Nem sempre tratado com o devido respeito pela mídia sensacionalista, a qual condena o médico antes de ser julgado.

Quando falamos de responsabilidade médica na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia 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 transformam-se rapidamente em graves quadros colocando em risco a vida da paciente. Os erros em Obstetrícia ocorrem numa proporção geométrica e de um diagnóstico ou conduta inicial pouco adequados podem gerar situações alarmantes e de difícil controle. O binômio materno-fetal expõe o profissional a uma chance maior de erros. Para minimizar os riscos vale lembrar os designíos de Hipócrates: *"*… de acordo com meu poder e discernimento promoverei práticas para o benefício do doente e evitarei o prejudicial e o errado…*"*. Todo especialista deve cultivar estas práticas investindo na relação médico-paciente; é fundamental ouvir o doente e dar-lhe atenção, ser mais humano.

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...

Esse argumento, utilizado pelo Procurador-Geral da Corte de Apelação de Milão, Itália, citado por Kfouri Neto[3], coloca a responsabilidade médica sob a visão da ponderação.

O médico, ao exercer sua profissão, deve, em obediência aos princípios éticos norteadores de sua atividade, zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.

É o guardião da vida, bem maior assegurado ao ser humano. Do médico, exige-se correção, dedicação, respeito pela vida, devendo, em razão de seu mister, agir sempre com cautela, diligência, evitando que seu paciente seja conduzido à dor, à angustia e a perdas irreparáveis.

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

Ao médico é vedado praticar atos profissionais danosos ao paciente, 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 evidencia-se 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. Oposto da diligência, vocabulário que remete à sua origem latina *diligere*, agir com amor, com cuidado e atenção, evitando quaisquer distrações e falhas.

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 norteia a especialidade e qualquer ato que contraponha este fato pode resultar em erro evitável.

A imprudência resulta da imprevisão do agente em relação às consequências de seu ato ou ação. Há culpa comissiva. Age

com imprudência o profissional que tem atitudes não justificadas, açodadas, precipitadas, sem ter cautela. É resultado da irreflexão, pois o médico imprudente, tendo perfeito conhecimento do risco e também ignorando a ciência médica, toma a decisão de agir assim mesmo. Exemplo de imprudência seria o caso da alta precoce, ou a realização de uma operação cesariana sem a equipe cirúrgica mínima necessária.

A imperícia, por sua vez, ocorre quando o médico revela, em sua atitude, falta ou deficiência de conhecimentos técnicos da profissão. É a falta de observação das normas e o despreparo prático. A imperícia deverá ser avaliada à luz dos progressos científicos que sejam de domínio público e que, em todo caso, um profissional medianamente diligente deveria conhecer, como, por exemplo, o emprego de técnica não indicada para o caso.

Aspectos das Denúncias, Processos Ético-Profissionais e das Principais Infrações Éticas Cometidas por Médicos que Exercem Ginecologia e Obstetrícia

Baseado em levantamento de cerca de 12 mil denúncias registradas entre janeiro de 1996 e janeiro de 2002 pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo, a especialidade Ginecologia e Obstetrícia responde com cerca de 12,16%. Das denúncias, 86% são referentes à Obstetrícia, e 14%, à Ginecologia. Dentre as denúncias que se transformaram em processos ético-profissionais (PEP), 30% são referentes à especialidade[4].

Analisando outros aspectos dos processos contra os tocoginecologistas, observamos que 45% destes possuem Titulo de Especialista, 60% são do Interior, 57% estão na faixa etária entre 40 e 54 anos, 80% são do sexo masculino e 50% são formados por faculdades do Estado de São Paulo, enquanto 47% em outros Estados e 3% no Exterior[4].

Em relação à Obstetrícia, as principais queixas feitas, em ordem decrescente, são: assistência ao parto com óbito do recém-nascido (RN); assistência ao parto com complicações maternas; parto com sequelas no recém-nascido; assistência ao parto com óbito materno; assistência ao parto com óbito materno e do RN; pré-natal (acompanhamento inadequado, medicação errada, falta de exames, má indicação para o tipo de parto, eclampsia e não observância de sintomas abortivos); prática ilegal de aborto e suas complicações, ligadura tubária sem consentimento; complicações anestésicas; infecção puerperal e corpo estranho[4].

Em relação à Ginecologia, as principais queixas, também em ordem decrescente, são: complicações de histerectomia; tratamento clínico ginecológico; complicações de outras cirurgias ginecológicas; ligadura tubária; aborto; cirurgia sem consentimento; falhas do diagnóstico de tumor de mama e cauterização do colo uterino[4].

Além das queixas acima, não se pode esquecer as denúncias contra a cobrança de honorários médicos (indevida ou exorbitante) e a quebra da relação médico-paciente e o assédio sexual. Também cabe lembrar aos médicos que exercem a especialidade que atualmente algumas atitudes estão se tornando corriqueiras, podendo caracterizar infração ética, devendo ser evitadas, como a realização de atendimentos a distância e 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 à

> distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.[5]

Recomenda-se, portanto, que se o tocoginecologista não estiver disponível naquele instante, deverá reavaliar a paciente o mais breve possível, a fim de confirmar, ou não, o diagnóstico e tomar a conduta mais adequada.

As infrações éticas mais frequentes ocorreram contra os seguintes Artigos do Código de Ética Médica: Capítulo I – Princípios Fundamentais: II, IV, V; Capítulo III – Responsabilidade profissional: Artigos 1º, 3º, 4º, 6º, 21; Capítulo V – Relação com Pacientes e Familiares: Artigo 32; Capítulo X – Documentos Médicos: Artigo 87. Destes, a infringência do Artigo 1º (Capítulo III – Responsabilidade Profissional) 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[5]".

Dos outros Artigos do Código de Ética Médica citamos[5]:

> **Capitulo I**
>
> **Princípios Fundamentais** [5]
>
> 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, usar o

melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Capitulo III

Responsabilidade Profissional [5]

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

Capitulo V

Relação com Pacientes e Familiares [5]

Art. 32 – Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento,

cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Capitulo X

Documentos Médicos[5]

Art. 87 – 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 (CEM) – Resolução CFM nº 1.931/2009 - normatiza a responsabilidade ético-profissional, zelando pelo cumprimento irrestrito da boa prática médica, sendo complementada pela Lei Federal nº 3.268/57, de 30 de setembro de 1957, que dispõe sobre os Conselhos de Medicina e sobre as sanções disciplinares a serem aplicadas quando ocorrem infrações a este Código, sem a qual torna-se incompleta[5,6].

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

O Código de Processo Ético-Profissional está regulamentado pela Resolução CFM nº 1.897/09, de 17 de abril de 2009[7], e segue as etapas processuais descritas abaixo.

O médico denunciado está sujeito à apuração da denúncia,

que tem duas fases: a sindicância 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, chamada de processo ético-profissional (PEP), segue-se a citação do denunciado e a fase da instrução do processo, quando o denunciante e o denunciado têm iguais oportunidades de apresentar provas de acusação e defesa, inclusive com opção da presença de advogados. O próximo passo é o julgamento, realizado pelas Câmaras de Julgamento do CRM. São formados por conselheiros, que decidirão pela inocência ou culpa do médico.

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 3.268/57. Começam com Advertência Confidencial em Aviso Reservado, seguindo para Censura Confidencial em Aviso Reservado, Censura Publica em Publicação Oficial, Suspensão do Exercício Profissional por até 30 dias e Cassação do Exercício Profissional, que necessita ser referendado pelo Conselho Federal.

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

A Ginecologia e Obstetrícia é a segunda especialidade mais exercida no Brasil. Especialidade que trata das fases mais significativas da vida – nascimento, crescimento, reprodução e envelhecimento – e, desta forma, enfrentam dilemas éticos

imprevistos em cada avanço do conhecimento médico. A existência de muitas denúncias nesta área 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 médico 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 que mais recebe denúncias, pois a sociedade considera o parto 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, é denunciado perante seus órgãos normatizadores e fiscalizadores[2].

A responsabilidade do médico que exerce Obstetrícia e Ginecologia é grande, e ele deve estar atento ao correto preenchimento do Prontuário Médico, no respeito ao sigilo médico, no cuidado com o pudor das pacientes, no conhecimento da legislação sobre esterilização feminina, no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos[8,9,10].

Referências Bibliográficas

1. Michaelis moderno dicionário inglês e português [on line]. Editor Weiszflog, W : Editora Melhoramentos Ltda; 2000-2007. [acessado em: 06.06.2011]. Disponível em: http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=responsabilidade

2. Boyaciyan K, Jorge Filho I. Questões ético-legais em obstetrícia e ginecologia no Brasil. In: Impey L. Obstetrícia e ginecologia. Ribeirão Preto: Tecmedd editora; 2007. Capítulo 36: 247-50.

3. Kfouri Neto M. Responsabilidade Civil do Médico. 2. ed. São Paulo: RT; 1999. p. 81

4. 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):144-47.

5. 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. Retificado. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 out. 2009; Seção 1:173.

6. Brasil. Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília DF, 4 de outubro de 1957.

7. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.897, de 17 de abril de 2009. Aprova as normas processuais que regulamentam as Sindicâncias, Processos Ético-profissionais e o Rito dos Julgamentos. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 6 maio 2009; Seção 1:75-7

8. 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.113-20.

9. Kfouri Neto M. Responsabilidade civil do médico. 4ª ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais; 2001. p. 67-98.

10. Stoco R. Tratado de responsabilidade civil: responsabilidade civil e sua interpretação doutrinária e jurisprudência. 5. ed. São Paulo: Ed Revista dos Tribunais; 2001.

A RESPONSABILIDADE DO MÉDICO DIRETOR CLÍNICO

2.3

As instituições que prestam assistência médica, quer de natureza pública ou privada, devem apresentar estrutura organizacional com órgãos diretivos, dentre os quais se destaca a Diretoria Clínica e a figura do Diretor Clínico. O Diretor Clínico é escolhido pelos médicos do Corpo Clínico, por meio de eleição direta, e representa o elo entre o corpo clínico e a administração da instituição.

As atribuições do Diretor Clínico são diversificadas e demandam grande responsabilidade, uma vez que, primordialmente, deve zelar pelo cumprimento dos preceitos éticos na prestação da assistência médica na instituição. O Art. 19 do Código de Ética Médica[1] veda ao médico, investido em cargo ou função de direção, deixar de assegurar os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Diretor Clínico

O Diretor Clínico é o médico de confiança do Corpo Clínico[2]. Obrigatoriamente deverá ser eleito por voto secreto e direto dos membros do Corpo Clínico, em processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade, com antecedência mínima de 10 (dez) dias, sendo escolhido por maioria simples de votos. O

mandato do Diretor Clínico deve estar definido no Regimento Interno da instituição.

As principais atribuições do Diretor Clínico são (Art. 3º da Resolução CFM nº 1342/91)[3]:

– Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da instituição;

– Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição;

– Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição.

Outras resoluções sinalizam atribuições adicionais ao Diretor Clínico, como: tomar providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta (Art. 1º da Resolução CFM nº 1.493/98)[4]; determinar que, nas cirurgias eletivas, o médico se assegure previamente das condições indispensáveis à execução do ato, inclusive quanto à necessidade de ter como auxiliar outro médico que possa substituí-lo em seu impedimento (Art. 2º da Resolução CFM nº 1.493/98)[4].

As atribuições do Diretor Clínico são diversificadas e demandam grande responsabilidade, abrangendo iniciativas de reger e coordenar as atividades médicas locais, em colaboração com a Comissão de Ética Médica e com o Diretor Técnico. Deve ainda cooperar com a Administração da Instituição, além de desenvolver o espírito de crítica científica e estímulo ao estudo e desenvolvimento de pesquisas.

A atuação do Diretor Clínico difere da do Diretor Técnico. Enquanto aquele zela pela prática médica na instituição, este, por ser de confiança da Administração, deve assegurar condições e os meios necessários para o exercício profissional da Medicina. De acordo com a Resolução CFM nº 1.342/91[3],o Diretor Técnico tem as atribuições de zelar pelo cumprimento das disposições

legais e regulamentares em vigor, assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica e assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica.

Toda queixa, dúvida, reclamação ou denúncia, de paciente ou familiar, sobre atendimento médico prestado na Instituição, deve ser prontamente averiguada e esclarecida. Cabe ao Diretor Clínico providenciar a averiguação preliminar. As queixas devem ser postas a termo, oferecendo oportunidades para o reclamante, reclamado e testemunhas se manifestarem, avaliando-se as circunstâncias em que tenha ocorrido o fato, devendo-se concluir pela procedência ou não da reclamação. Nas situações em que existir dúvida ou de procedência da queixa, cabe ao Diretor Clínico o ato formal de instaurar sindicância a ser realizada pela Comissão de Ética da Instituição. É essencial que qualquer denúncia ou reclamação seja analisada em profundidade, ouvindo-se a parte contrária. A família do reclamante deve ser atendida sempre que solicitar, mas os resultados não devem ser antecipados antes da conclusão da averiguação. É recomendável que a imprensa seja atendida em sala específica ou na sala da Diretoria e não devem ser permitidas imagens dentro da instituição de saúde, pois podem expor desnecessariamente pacientes e profissionais de saúde[5].

Os cargos de Diretor Clínico e Diretor Técnico podem ser acumulados pelo mesmo médico (Art. 5º, Parágrafo único, Resolução CFM nº 1.342/91)[3], na mesma instituição, desde que seja respeitada a necessidade de eleição pelo Corpo Clínico. Entretanto, considerando-se que o médico pode exercer seu trabalho em empresas ou instituições distintas, desde que haja compatibilidade de horários, é permitido assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico, seja como Diretor Clínico, em no máximo duas instituições prestadoras de serviços médicos, aí incluídas as instituições públicas e privadas, mesmo

quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição (Resolução CFM nº 1.352/92)[6].

O cargo de Diretor Clínico é privativo de médicos e constitui a representação médica dentro de uma instituição. A Lei Federal nº 3.999/61[7], em seu Artigo 15, prevê o seguinte: "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 isso com as chefias administrativas, que podem ser cargos preenchidos por profissionais de outras áreas. No entanto, para a Direção Clínica, somente o médico está apto a responder sobre a responsabilidade de outros médicos.

Corpo Clínico

O Corpo Clínico da Instituição compõe-se de todos os médicos que utilizam as instalações, dependências ou serviços do local, e que se encontram em pleno direito de exercitar 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[2].

O Corpo Clínico da Instituição tem como objetivos, entre outros (Resolução do CFM nº 1.481/97)[8]: contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos; assegurar a melhor assistência aos pacientes; colaborar para o aperfeiçoamento profissional; estimular a pesquisa médica; cooperar com a administração, visando à melhoria da assistência prestada; e auxiliar no estabelecimento de rotinas para melhoria da qualidade dos serviços prestados.

A Resolução CFM nº 1.124/83[9] estrutura o Corpo Clínico dos estabelecimentos de saúde, disciplinando a admissão e exclusão dos 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 Corpo Clínico, devendo ser seguido pelos que atuam nesses locais.

Quanto às normas de comportamento a serem adotadas pelas instituições de assistência médica, em relação 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 esta Resolução, em seu Art. 1º, é vedado aos membros dos Corpos Clínicos dos estabelecimentos de assistência médica 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 Art. 1º dessa Resolução excepciona do mandamento disposto nesta norma os membros dos Corpos Clínicos de hospitais universitários, quando da vigência de acordo oficial celebrado entre as universidades.

Regimento Interno

O Regimento Interno do Corpo Clínico de determinada instituição de saúde tem por objetivo regulamentar a atuação dos médicos dentro das instituições prestadoras de assistência médica. É definido pela Resolução Cremesp 185/2008[11] como instrumento jurídico que regula as relações dos médicos do Corpo Clínico entre si e, entre estes e as entidades, sendo sua elaboração e aprovação de responsabilidade do próprio Corpo Clínico, reunido em Assembleia especialmente convocada para este fim. Este documento estrutura o Corpo Clínico, especificando a composição e organização dos médicos, discriminando 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 pelas diretrizes gerais emanadas da Resolução CFM nº 1.481/97[8] e pela Resolução Cremesp nº 134/2006[12]. É atribuição dos Diretores Técnico e Clínico o encaminhamento do Regimento Interno para o Conselho Regional de Medicina. O Regimento Interno deve relacionar 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, por meio de Sindicância, garantindo-se ampla defesa aos acusados, listando as penalidades a serem aplicadas. Cabe ao Diretor Clínico convocar assembleias deliberativas do Corpo Clínico, com antecedência de 10 (dez) dias.

No âmbito do Estado de São Paulo, de acordo com a Resolução Cremesp 134/2006[12], 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, entendendo-se como tal a supervisão do exercício ético da Medicina, da efetiva realização do ato médico, da compatibilidade dos recursos disponíveis, da garantia das prerrogativas do profissional médico, assim como 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 Bibliográficas

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 Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Manual de Diretoria Clínica. 2ª edição. 2006. 135p.

3. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.342, de 8 de março de 1991. Dispõe das atribuições do Diretor Técnico e do Diretor Clínico. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 1991; Seção 1:7014.

4. 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; 94:Seção 1:106).

5. Moraes IN. Erro médico e a Justiça. 5ª ed. São Paulo: Editora dos Tribunais; 2003. 36ª Parte, Cap.104:33-6.

6. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.352, de 17 de janeiro de 1992. Permite ao profissional médico assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico, seja como Diretor Clínico, em no máximo 2 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jan. 1992; Seção 1:1086.

7. Brasil. Lei Federal nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961. Altera o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões dentistas [on-line]. [Acessado em: 1 jul. 2011]. Disponível em: http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=113646&tipoDocumento=LEI&tipoTexto=PUB

8. 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.

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 [on-line]. [Acessado em: 1 jul. 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=2891

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 Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº 134 de 21 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.

2.4

A RESPONSABILIDADE DO MÉDICO PROFESSOR DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

O ensino médico sobre temas de Ginecologia e Obstetrícia demanda do professor habilidade em apresentar o conhecimento teórico e prático, promovendo o desenvolvimento de habilidades de alunos com o rigor de atitudes éticas no relacionamento com as pacientes. O ensino deve ser integrado e formativo, isto é, para a formação de alunos para o exercício da Medicina; além do conteúdo teórico-científico, deve haver enfoque humanístico 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, dispõe que contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive no exercício de atividades relativas ao ensino da Medicina.

Atualmente, os alunos adquirem experiência em diferentes cenários: unidades básicas de saúde, ambulatórios, enfermarias, pronto atendimentos, hospitais, entre outros. O alunado é exposto a diversos professores e preceptores, presenciando condutas de diversos profissionais. Neste contexto, 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 habilidade de transmitir

uma visão humanística do atendimento prestado, reforçando a conduta ética do profissional e o respeito aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos.

A atuação do professor em atividades de ensino e assistência aos pacientes exerce grande influência na formação ética e moral do médico, que absorve os valores inerentes à profissão médica.[1] É necessário que exista permanente preocupação na aplicação de princípios pedagógicos e morais com diretrizes claras que respeitem o ser humano. O professor tem o encargo de formular propostas educacionais que incluam os direitos humanos na base da formação dos médicos.

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 conquista importante da sociedade, exigida para o convívio social em harmonia, e que pode ser exercida em diversos planos de responsabilidade: civil, penal, ética, administrativa, moral e social[5]. Nesse sentido, abordam-se aqui os principais aspectos da responsabilidade civil e ética relacionados ao ensino da tocoginecologia.

É grande a responsabilidade do professor de 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 deve atuar de forma ética quanto aos aspectos do 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 têm preocupado a classe médica[7]. Os principais temas da ética médica que devem ser abordados no ensino da Ginecologia e Obstetrícia estão listados no quadro

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 nesta especialidade, para que sejam evitadas demandas judiciais para apurar a responsabilidade profissional. 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 conexo a um dano (material ou moral) provocado ao paciente, e que, uma vez demonstradas em juízo, cria 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, e sim a utilização dos meios adequados para obtê-la.

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

O professor de Ginecologia e Obstetrícia deve orientar

como deve se estabelecer um bom relacionamento médico-paciente nesta especialidade. A paciente não deve ser vista apenas como cliente, nem o médico como mero prestador de serviço. Isso traz uma conotação contratual e mercantil 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].

A relação médico-paciente é relação intersubjetiva de ajuda a alguém que dela necessita com aquele que pode exercê-la. É certo que a atuação do Ginecologista não deve ser reduzida a uma atividade técnico-científica, sobretudo na atividade clínica em que se configura uma interação entre a pessoa humana que necessita de ajuda e o profissional que está apto, capaz e habilitado a ajudá-la. O conhecimento científico nem sempre tem resposta para todos os problemas postos pelas enfermidades e para as necessidades das pacientes, e o médico deve reservar espaço para ouvir as dúvidas da paciente para melhor orientá-la[5]. No ensino da especialidade, em situações em que os alunos entram em contato com pacientes da especialidade, é essencial que esses aspectos da formação sejam destacados, e as situações de conflitos éticos 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 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, e as situações de conflitos éticos 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 de acordo com sua idade; agir com discrição e cordialidade; olhar a paciente demonstrando interesse e atenção; evitar postura exclusivamente técnica, fria ou distante; atender a paciente como ser humano, não como um órgão ou uma doença; respeitar a privacidade, abordando com cautela queixas sexuais ou antecedentes obstétricos; não realizar atitudes que tragam constrangimento (p. ex., 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 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 para o diagnóstico; examinar sem pressa ou insegurança; explanar os procedimentos que serão efetuados e o objetivo destes[5].

Caso a paciente recuse a presença de terceiros durante o exame ginecológico, o médico deve respeitar essa escolha, pois o Artigo 31 do CEM[3] veda ao médico desrespeitar o direito da paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Ao final do atendimento, o professor deve orientar o aluno sobre a importância de se explicarem os achados e hipóteses diagnósticas em linguagem acessível, certificando se houve compreensão por parte da paciente. A solicitação de exames complementares deve ser criteriosa, procurando justificar a indicação destes para que o paciente compreenda e colabore com o processo diagnóstico. Caso realize prescrição de medicamentos, deve conter: o nome genérico das substâncias prescritas; clara indicação da posologia e dosagem; escrita impressa, datilografada/digitada, ou em grafia 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 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 professor 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 para os médicos, e sua importância deve ser introduzida quando do ensino médico. Existem dois focos na publicidade médica: um voltado para propagar 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, porém, é necessário 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 professor de Ginecologia e Obstetrícia deve alertar o aluno que a publicidade médica deve seguir os seguintes princípios: que a Medicina não é um comércio, pois o objeto da prestação

de serviço é a saúde do ser humano; que a publicidade não deve restringir-se à busca do lucro e sim à correta divulgação do trabalho oferecido; e que a publicidade não deve interferir na autonomia do paciente em decidir o que lhe parece mais conveniente[9].

O professor de Ginecologia e Obstetrícia tem a responsabilidade de focalizar 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 Bibliográficas

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. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Ética em publicidade médica. 2ª ed. São Paulo: Cremesp; 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

PRONTUÁRIO MÉDICO

3.1

Artigo do Código de Ética Médica (CEM) relacionado com Prontuário Médico:

> **Artigo 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 de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, 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 bem 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 do seu nome (ou número do CRM) grafado de forma legível e rubricar ou assiná-los em cada intervenção realizada.

O Prontuário Médico pertence ao paciente, 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, que possa 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, com precisão, as condutas adotadas, 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 de assistência médica, etc.

Entre os direitos do paciente está o de ser informado sobre o estado de saúde em que se encontra e 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.

Por outro lado, 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 sua 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 deva ser avaliada. A prática forense demonstra que, em um suposto erro médico, sendo o profissional de saúde nomeado (perito) for hipossuficiente nos seus conhecimentos de Medicina, ele não reunirá condições para apresentar as devidas provas. O magistrado, invertendo o ônus da prova, incumbe ao médico acusado de danos ao paciente provar que agiu dentro dos parâmetros científicos, éticos e sob a correta postura técnico-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 ao 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.

Documentos Padronizados do Prontuário Médico

Formulários específicos para cada situação de atendimento:

1. Atendimento ambulatorial
2. Atendimento de urgência
3. Evolução médica
4. Evolução de enfermagem e outros profissionais assistentes

5. Partograma
6. Prescrição médica
7. Prescrição de enfermagem e de outros profissionais assistentes
8. Exames complementares (testes bioquímicos, radiológicos, ultrassonográficos, etc.) e seus resultados.
9. Descrição cirúrgica
10. Descrição da anestesia
11. Resumo de alta
12. Boletins médicos
13. 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 PS devem ser arquivados com o prontuário se o paciente for internado. Não se justifica registrar e arquivar separadamente os documentos gerados em OS, visto que eles devem conter informações que são úteis à assistência subsequente.

Modelo e padronização da ficha de atendimento: fica a cargo de cada instituição.

Itens obrigatórios:

1. Identificação da paciente
2. Anamnese
3. Exame físico

4. Hipóteses diagnósticas
5. Diagnósticos definitivos
6. Tratamentos efetuados

Preenchimento de Prontuários: Recomendações

1. Não escrever a lápis
2. Não usar líquido corretor conhecido como "branquinho"
3. Não deixar espaços em branco nas folhas de evolução, pois podem caracterizar ou facilitar a adulteração do prontuário
4. Não fazer anotações que não se referem à paciente
5. Não riscar textos (adulteração) por eventual erro cometido na descrição de quaisquer fatos. Quando alguma anotação for incorreta, ao em vez de riscá-la, escreva, em seguida, a frase correta após o termo "digo" ou outro termo equivalente.

Arquivamento do Prontuário

§ 2º do Artigo 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 nº 1.821/07[3], Artigos 7º e 8º. É um documento que pode ser utilizado como meio de prova até 20 (vinte) 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 (vinte) anos. Após esse período, esses documentos e outros do prontuário podem ser substituídos por métodos de registro capazes de assegurar a

restauração plena das informações contidas (microfilmagem) e os originais podem ser destruídos. Com o objetivo de dirimir as dúvidas geradas pela controvérsia do assunto, o Conselho Federal de Medicina expediu a Resolução nº 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]:

> **Artigo 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".
>
> **Artigo 89 –** "É vedado ao médico liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender a 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".
>
> **Artigo 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 podem-se reportar, respectivamente, aos Pareceres do CFM nº 31/95[4] 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 do CRM.

Isto é certo, pois que o prontuário muitas vezes possui informações pessoais que 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 cujus* em prestar informações principalmente às companhias de seguro, pode haver a quebra do segredo com o acesso ao prontuário por meio 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]:

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

Artigo 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 vigente, como também nos Artigos 153 e 154 do Código Penal[6], Artigo 207 do Código de Processo Penal[7] 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". Vejamos o que se entende por esses dispositivos:

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 situação 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 defender interesse legítimo próprio ou legítima defesa.

II) Dever Legal:

Dever previsto em Lei, Decreto e outros. Deriva de não 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 Ilicitude) - "Não há crime quando o agente pratica o fato em estrito cumprimento de dever legal ou no exercício regular de direito".

1. Médicos legistas;

2. Médicos sanitaristas;

3. Médicos peritos;

4. Médicos de juntas de saúde;

5. Médicos de Companhias de Seguro;

6. Médicos de empresas;

7. Médicos militares;

8. Atestado de óbito;

9. 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, estupros, supressão intencional de alimentos, desde que tenham capacidade de avaliar seus problemas e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los ou a não revelação possa acarretar danos a

eles, pois se trata de crime de ação pública e independem de representação;

10. Requisições do CFM e dos Conselhos Regionais de Medicina;

11. Induzimento, instigação ou auxílio na prática do suicídio ou mesmo sua tentativa;

12. Abortamento provocado por outrem, sem o consentimento da 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, ocorrendo as duas hipóteses, justa causa e dever legal, o médico está liberado do segredo médico. Entretanto, como a revelação do sigilo profissional pode causar constrangimentos, a solução é a nomeação, pelo juiz, de um perito médico 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 Bibliográficas:

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 2009; 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: 22 jun.2011]. 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: 22 jun. 2011]. 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 Penal [on-line]. [Acessado em: 27 jun.2011]. Disponível em : https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689Compilado.htm

7. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código de Processo Penal [on-line]. [Acessado em:27 jun. 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/

ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm

8. Brasil. Decreto-Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973. Código de Processo Civil [on-line]. [Acessado em:27 jun. 2011]. Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5869compilada.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.

SEGREDO MÉDICO

3.2

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 um direito e dever, na medida em que, sendo um direito do paciente, gera uma obrigação específica nos profissionais da saúde.

Quanto à *privacidade*, conceitua-se como um direito individual, e o termo abarca muitas situações como a proteção da intimidade necessária para o pensamento criativo, garante a independência dos indivíduos para constituir um núcleo

familiar ou núcleo de convivência social com valores próprios e o direito de sentir-se em segurança dentro de seu próprio lar e na comunidade. Engloba, ainda, os direitos de autodeterminação, que permitem que uma pessoa mantenha em segredo certos fatos sobre si mesma, 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 CEM[1], que trata do Sigilo Profissional, salientam-se os seguintes Artigos, os quais têm os teores a seguir, quanto ao que é vedado ao médico, neste tópico:

> Artigo 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.

Artigo 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.

Artigo 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.

Artigo 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 médico-paciente era mais efetivo, estreitado e contínuo. A relação intimista e de confiança era a regra. 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 sim 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 independente 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, no qual 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, nossa lei maior, 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 Penal[3] obriga os profissionais ao devido sigilo sobre as informações obtidas no exercício profissional na seção "Dos crimes contra a inviolabilidade dos segredos", nos Artigos:

> Artigo 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."
>
> Artigo 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]:

> Artigo 269 – "Deixar o médico de denunciar

à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória."

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

> Artigo 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 Penal[4] 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: "Artigo 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 ao atendimento, observando a preservação da 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 paciente.

Referências Bibliográficas:

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 27 jun. 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm

3. Brasil. Decreto-Lei nº 3.689, de 03 de outubro de 1941. Código Penal [on-line]. [Acessado em: 27 jun. 2011]. Disponível em : https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848Compilado.htm

4. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código de Processo Penal [on-line]. [acessado em: 27 jun. 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689compilado.htm

3.3

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A prática médica moderna, ao lado 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 discussão e aprovação de leis em benefício dos cidadãos em geral e de grupos sociais vulneráveis, particularmente na assistência à doença. Na esfera da saúde, as discussões das situações em conflito (tradicional *versus* moderno), sob o abrigo da emergente bioética, o respeito ao paciente na preservação de sua dignidade, passou a ser o foco central. Como conseqüência, 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 nosso 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 CEM e o consentimento esclarecido

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

No Capítulo IV que trata dos Direitos Humanos, citamos dois artigos relacionados a esse tema[1]:

> É vedado ao médico:
>
> Artigo 22 – É vedado ao médico 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.
>
> Artigo 24 - É vedado ao médico 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[1]:

> É vedado ao médico:
>
> Artigo 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 o diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos

do tratamento.

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

> Artigo 101: Realizar pesquisa em ser humano, sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido sobre a natureza e conseqüências da pesquisa.
>
> § 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. Diga-se que, o que é bom para a mãe, nem sempre é bom para o concepto. 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, na Reprodução Assistida, vinculada à especialidade, se lida com 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 as mais humildes, trazem consigo uma cultura cheia de crendices e valores não

harmônicos com os do nosso cotidiano. Por dever de ofício e pelo princípio da afetividade, o tocoginecologista deve ser acolhedor e proceder conforme se sugere abaixo:

1. Preservar a integridade dos valores e credos da paciente e suas preferências;

2. Não interferir na expressão ou implantação desses valores;

3. Dar assistência, quando necessário à expressão e implantação desses valores;

4. 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. Pode ser efetuado apenas verbalmente. Já, o termo de consentimento oficializa o ato, uma vez que o paciente assina o formulário. É 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, o médico deve se certificar que houve realmente o esclarecimento. Para isso, o texto deve ser desprovido de tecnicismo e de pormenorers 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, se baseia em diversas habilidades, entre as quais o envolvimento com o assunto, a compreensão das alternativas e a possibilidade de comunicação de uma preferência, que remete a outro componente que é o de saber informar.

As seguintes características devem delinear o arcabouço do termo. Portanto, o termo de consentimento deve ser:

- Livre: de restrições internas (distúrbios psicológicos) e externas (familiares amigos e profissionais de saúde). Aceita-se persuasão e não 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 termo de consentimento deve ser confeccionado segundo as normas emanadas do CEM, sem que converta em um compromisso de resultados.

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

1. Identificação do paciente ou de seu responsável
2. Nome do procedimento
3. Descrição técnica
4. Possíveis insucessos

5. Riscos e Benefícios
6. Alternativas existentes (vantagens e desvantagens)
7. Complicações do procedimento
8. Descrição da anestesia (quando pertinente)
9. Esclarecer sobre a possibilidade de modificações na conduta durante o procedimento
10. Declaração de que as explicações foram efetivamente entendidas
11. Confirmação do consentimento, com descrição do local, data
12. Explicar que a revogação do consentimento não implica prejuízos na continuidade da assistência médica
13. 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, quais sejam, a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça.

Em todas as pesquisas clínicas, especialmente, as que envolvem medicamentos, tratamento sob teste e, em se tratando de grávidas, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) deve obedecer rigorosamente às normas da Resolução 196/96

do Conselho Nacional de Saúde[2].

Tópicos do TCLE:

1. Justificativa, objetivos, procedimentos que serão utilizados
2. Desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados
3. Informações precisas sobre a metodologia empregada
4. Métodos alternativos existentes
5. Forma de acompanhamento e assistência
6. Equipe responsável
7. Liberdade da recusa de participar, sem prejuízo no tratamento
8. Possibilidade de participação em grupos placebo ou controle
9. Garantia de sigilo e privacidade – confidencialidade
10. Formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa
11. 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 termo de consentimento livre e esclarecido, o compartilhamento tácito do paciente passa a figurar como um contrato oficial. Como conseqüência, 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 sim a sua indiscutível necessidade.

Portanto, o rigor e a retidão dos atos médicos estão diretamente relacionados ao cabedal de conhecimentos do médico assistente e, não existem dúvidas de que a boa prática médica depende fundamentalmente da qualidade de sua formação, aliado ao respeito aos princípios bioéticos (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), ao princípio do acolhimento e a postura de responsabilidade e seriedade na condução dos casos. Disto resulta 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 Bibliográficas

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 de setembro de 2009; Seção 1:90-2

2. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 de outubro de1996; 201:Seção 1:21082-5.

ÉTICA NO EXERCÍCIO DA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

4

4.1

A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A relação humana se inicia quando duas pessoas se dispõem a fazer algo em comum, buscando o benefício consequente da aplicação do saber de outra, consolidando uma relação de confiança. Sejam quais forem os motivos e a necessidade, o saber e a prática, a base moral e ética para o sucesso estará plantada nessa confiança. Assim é a Relação Médico-Paciente.

Para que essa relação tenha a garantia de sua fluência e manutenção, a dinâmica de atendimento aos pacientes deve obedecer a princípios e compromissos (Declaração de Genebra – 2002)[1]. A prioridade ao 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 apropriado relacionamento, destinar tempo adequado às consultas, facilitar o acesso de pacientes, atualizar continuamente os conhecimentos, ser transparente nos conflitos de interesses e, acima de tudo, ter responsabilidade profissional. São compromissos inarredáveis para a boa prática médica.

Considerando-se, ainda, o sofrimento humano um fardo presente no doente, um ser fragilizado, desgastado e

desequilibrado, a presença dos princípios da afetividade e do acolhimento são essenciais, pois geram, nas partes, sentimentos de confiança, profissionalismo, respeito, urbanidade e credibilidade. 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 ao paciente acontecem em diferentes situações e locais, como emergências/urgências em Prontos-Socorros, atendimento eletivo em consultórios/ambulatórios, pacientes internados em enfermarias/apartamentos. Tais atos podem ocorrer em Serviços Públicos, Instituições Beneficentes, Serviços Privados ou sob a tutela da Medicina de Grupo. Portanto, o vínculo trabalhista do profissional médico se estabelece de uma ampla gama de formas. A qualidade assistencial, em cada situação, estará em estreita dependência dos recursos técnicos disponibilizados, dos recursos humanos alocados para o local de atuação do médico e do volume de casos a serem atendidos. Obviamente, uma série de inadequações, em cada situação de trabalho, com a sua especificidade, pode intervir negativamente na qualidade da Relação Médico-Paciente, tornando-a tensa, desgastante e repleta de riscos.

b) Avanço tecnológico

Em que pesem alguns pormenores contra, o avanço tecnológico na tocoginecologia deve ser celebrado, pois humanismo e tecnologia não são necessariamente antagônicos. Entre esses avanços, destaca-se a ultrassonografia, que transformou a prática médica nessa especialidade. Entretanto, na execução dos exames, cuidados adicionais devem ser providenciados em relação a toda metodologia diagnóstica que consome muito a atenção médica, promovendo certo distanciamento em relação ao paciente que está sendo

examinado. Esse fato é bastante notório em período de aprendizado, quando a utilização de maquinário como método auxiliar para o diagnóstico ou monitoramento de doenças faz com que o médico aprendiz, não "automatizado", também mantenha pacientes a certa distância, o que pode constituir grande entrave no seu relacionamento com o doente.

c) As malformações fetais

Em Obstetrícia, a aplicação dos métodos de diagnóstico enseja, frequentemente, angústia adicional, notadamente nos casos em que se diagnosticam anomalias estruturais no feto, foco de muita tensão ao casal. A Relação Médico-Paciente pode-se deteriorar rapidamente, às vezes por simples descuido do examinador ou do médico assistente. Nas malformações fetais uma equipe multidisciplinar de Medicina Fetal, detentora de conhecimentos sobre o tema, deve coordenar as ações para a obtenção do melhor porvir à gestação.

d) Cuidados aos grupos vulneráveis

Entre os grupos vulneráveis destaca-se o atendimento às crianças e aos adolescentes, nos quais a participação de familiares está fundamentada em evidências científicas e dispositivos legais (Estatuto da Criança e do Adolescente) [2].Para as mulheres incapazes está sobejamente determinada a necessidade de um responsável legal, que se relacionará com a equipe médica em favor dos interesses da paciente.

e) Presença de acompanhante

Garantida pela Lei Estadual nº 10.241, de 17/3/1999 (conhecida como Lei Covas)[3], em todos os procedimentos médicos, incluindo as consultas e partos, indubitavelmente, acrescenta para o médico uma tarefa adicional, às vezes até perniciosa para a fluência do seu trabalho. No entanto, cabe à paciente decidir pela presença desse acompanhante.

f) Atendimento aos direitos das pacientes

- Dignidade no atendimento: as pacientes têm o direito de atendimento digno, atencioso e respeitoso. 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 foi visto no consentimento esclarecido, 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, de desempenhar sua autonomia nos procedimentos médicos.

- Direito ao prontuário: conforme foi descrito no tópico Prontuário Médico, todos os pacientes têm o direito ao seu prontuário e, a qualquer momento, pode solicitar uma cópia dele.

- Direito ao respeito: de forma bastante especial, o respeito à intimidade da paciente na esfera tocoginecológica é tópico de suma importância. Em razão disso, a presença de auxiliar de sala em consultórios é imperiosa[4]. Nas demais situações, o respeito aos pacientes é parte integrante da conquista da cidadania.

- Direito à segunda opinião: não há como negar, em situações conflitivas ou quando há prejuízos na Relação Médico-Paciente, facilitar a paciente na procura de uma segunda opinião. 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, o sigilo deve permanecer compulsoriamente resguardado.

Recomendações do CRM prolatadas no Guia da Relação Médico-Paciente[1]

O que melhora a Relação Médico-Paciente:

Por parte do médico:

1. Prestar atendimento humanizado, marcado pelo bom relacionamento pessoal e pela dedicação de tempo e atenção necessários.
2. Saber ouvir o paciente, esclarecendo dúvidas e compreendendo suas expectativas, com registro adequado de todas as informações no prontuário.
3. 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.
4. 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.
5. Atualizar-se constantemente por meio de participação em congressos, estudo de publicações especializadas, cursos, reuniões clínicas, fóruns de discussão na internet, etc.
6. Ter consciência dos limites da Medicina e falar a verdade para o paciente diante da inexistência ou pouca eficácia de um tratamento.
7. Estar disponível nas situações de urgência, sabendo que essa disponibilidade requer administração flexível das atividades.
8. 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.

9. 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:

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. Seguir as prescrições médicas (recomendações, dosagens, horários, etc.) e evitar a automedicação.

7. Ter consciência dos seus direitos.

Referências Bibliográficas:

1. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 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: 27 jun 2011]. 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: 27 jun 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3080
4. 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.

ASSISTÊNCIA AO PARTO. A CESÁREA A PEDIDO

4.2

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 obtenção de plena manutenção da saúde materna e fetal. Inúmeras intercorrências intraparto podem surgir, denotando pronta e eficiente intervenção médica, buscando minimizar seus potenciais agravos. Quando o resultado não é de sucesso total, geralmente surge o questionamento por parte da família envolvida.

Em nossa realidade atual, observamos pacientes que fizeram pré-natal na rede pública e que também serão atendidas nesse regime no momento do parto, por equipe de plantão. O vínculo médico-paciente que se forma nesse tipo de atendimento é mais precário, pois se instala 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 internação), assim como o completo registro nos prontuários.

Observamos, também, as pacientes que serão atendidas pela rede de saúde suplementar ou privadas. Estas geralmente procuram 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 nº 10.241, de 1999)[1]. 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 adaptar-se com estrutura física competente para permitir esse direito, sem restrição[2]. Somente condições especiais que possam ser comprovadas, relacionadas à segurança e bem-estar da parturiente e do recém-nascido devem obstar tal direito[3].

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 desse instrumento nas maternidades desde 1994. 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.

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, sim, 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[4].

Quando uma parturiente que possui obstetra próprio é

internada, esse obstetra deve ser consultado a respeito da necessidade ou não dessa paciente ser acompanhada pela equipe obstétrica de plantão até a sua chegada à maternidade[5].

O obstetra credenciado em Convênio ou Cooperativa Médica deve observar atentamente o seu contrato com a empresa, em relação à assistência ao parto, obedecendo às condições preestabelecidas. Caso o profissional entenda que a remuneração por essa 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[6].

Constitui boa norma entre os obstetras agendar 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 o 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[7]. O médico deverá divulgar, da maneira mais eficaz possível, seus prováveis impedimentos[8].

O relacionamento do obstetra em relação aos 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 fórcipes)[9].

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. O risco de realizar o parto no ambiente domiciliar é de quem assume fazê-lo, com todas as implicações civis e criminais cabíveis[10].

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[11]. É válido ainda salientar que a anestesia só deve ser iniciada na presença do cirurgião, evitando a possibilidade da paciente ser anestesiada e a cirurgia não ocorrer por ausência do cirurgião, mesmo por questões de força maior[11].

Quanto à presença de neonatologista na sala de parto, tanto em procedimentos eletivos como naqueles 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[12].

Devemos ainda tecer breves considerações a respeito do parto fórcipe e da cesárea a pedido. Cabe destacar que o parto fórcipe é uma técnica adequada e reconhecidamente segura, quando empregada por profissional habilitado e respeitando-se suas indicações e condições de aplicabilidade[13].

A cesárea a pedido é conceituada como aquela realizada a pedido da gestante, na ausência de qualquer indicação médica ou obstétrica; é a cesárea realizada em atendimento à livre manifestação de vontade, pelo desejo e/ou conveniência da gestante. Tem sido objeto de críticas, tanto do ponto de vista médico, como ético-legal.

Permitir à gestante a escolha da sua via de parto significa respeitar a sua liberdade individual, atendendo aos princípios da autonomia e beneficência.

Como o parto cesáreo determina maior morbidade e mortalidade materna e pode restringir o futuro obstétrico, o princípio da não maleficência pode ser lembrado por alguns obstetras, para não satisfazer a mulher nesse desejo.

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 casal leigo. É fundamental que haja pleno esclarecimento que possibilite à grávida tomar a decisão que julgar mais adequada.

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.

Embora a cesárea a pedido não possua aceitabilidade plena por parte de associações, federações e conselhos médicos, muitos a defendem. Sua execução, na ausência de contraindicações formais, respeita a autonomia e fortalece a Relação Médico-Paciente[14].

As gestantes menos favorecidas economicamente, usuárias do Sistema Único de Saúde, não podem ser discriminadas em relação à cesárea a pedido. Devem receber as informações de maneira clara, compreensível e completa, obtendo os subsídios necessários para optar pela via de parto que desejarem. Ressalte-se que as condições orçamentárias da maternidade devem ser levadas em conta, para que não haja prejuízo no atendimento de outras pacientes[15].

Como se trata de tema que ainda suscita discussão em vários níveis, o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido torna-se peça fundamental.

Referências Bibliográficas:

1. 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; Poder executivo, São Paulo, SP, 18 mar. 1999; (51):Seção 1:1
2. 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 3.429ª Reunião Plenária, realizada em 03 fev. 2006.
3. 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 3.416ª Reunião Plenária, realizada em 10 jan. 2006. Aprovada na 3.413ª reunião plenária de 06 de janeiro de 2006.
4. 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 3.820ª Reunião Plenária, realizada em 18 abr. 2008.
5. 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 3.578º Reunião Plenária, realizada em 25 nov. 2006.
6. 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 1.821ª reunião plenária de 29 jun. 1996.
7. 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 2.296ª reunião plenária de 23 jul. 1999.
8. 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 pessosalmente. Aprovada na 2.714ª reunião plenária de 11 jan. 2002.
9. 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 1.730ª reunião plenária de 08 de dezembro de 1995.
10. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 27.639/08. Dispõe sobre esclarecimentos acerca da assistência ao parto, por parte do corpo de enfermagem, sendo realizada em ambiente domiciliar e sem acompanhamento médico, bem como o limite para atuação do profissional em relação aos procedimentos estritamente médicos. Aprovada na 4.150ª reunião plenária de 06 de fevereiro de 2010.
11. 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 2.369ª reunião plenária de 17 dez. 1999.
12. 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 2.718ª reunião plenária de 18 jan. 2002.
13. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 48.140/98. Dispõe sobre se o parto fórceps está proibido. Aprovada na 2.181ª reunião plenária de 20 nov. 1998.
14. Zugaib M. A cesárea eletiva como opção ao parto vaginal. Femina 2005; 33:527-33.
15. Ferrari J. A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido. Revista Bioética 2009; 17:473-5.

4.3

O PLANTÃO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. 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 diuturna 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 estas sejam rigorosamente cumpridas; deve, ainda, afixá-las em local público, para que as pacientes, ou seus acompanhantes, participem do controle do cumprimento das escalas[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 não comparecer a um plantão, de cuja escala ele tinha ciência e havia concordado, salvo por motivo de força maior, como por doença do profissional (que o impeça de atuar com eficiência) e catástrofes naturais que o impeçam de chegar ao local de trabalho[2]. Tal 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 desta 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 tocoginecolgista que antecipadamente descobrir 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, deverá transferir ao seu substituto todas as informações pertinentes às pacientes que até então estavam sob seus cuidados. Assim sendo, precisa, obrigatoriamente, aguardar a chegada desse substituto; caso contrário, estará violando os Artigos 8º e 9º 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 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. Tal medida deve ser adotada

o mais rapidamente 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 isto seja impossível.

Quanto ao chamado plantão à 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 a remuneração adequada, tenha ou não sido acionado no decorrer da jornada[5]. Devemos salientar que nos grandes centros urbanos essa forma de cobertura médica poderá se revestir de grandes riscos, já que não raro os deslocamentos são bastante lentos e poderão implicar danos às pacientes. Quem determina quais especialidades devem permanecer em disponibilidade são o Diretor Clínico, Diretor Técnico e Comissão de Ética Médica do hospital; e o valor 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 essa modalidade de trabalho.

A especialidade Ginecologia e Obstetrícia não compõe a equipe básica regulamentada de assistência em pronto-socorro[8]. 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 à distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina[2].

É importante salientar 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[2,9].

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

elaborando prontuário legível para cada paciente[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 esta 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[10].

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 a 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[11]. Outra informação importante é que, mesmo tendo solicitado e recebido alta a pedido, o paciente ou seus familiares poderão solicitar nova internação, sendo este seu direito, devendo o hospital atender a esta solicitação[11]. Entretanto, em caso de existir risco à vida do paciente, o médico deve recusar-se a liberá-lo[12,13].

Em caso de a paciente abandonar a instituição onde está internada, devemos analisar de acordo com o grau de discernimento do indivíduo. 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 do 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 paciente 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[14].

Em relação à alta hospitalar após o parto, é usual ocorrer após 48-72 horas; porém, este prazo poderá ser aumentado ou raramente diminuído, sendo que para isso o médico deverá sempre seguir os princípios bioéticos de beneficência e não

maleficência[15].

Destaque-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[16].

Transferência de pacientes

Cabe ao médico que assiste ao paciente a decisão de transferi-lo para outro serviço, de menor ou maior complexidade, devendo este 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 da 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 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-9/94[17] define os tipos de veículos, públicos ou privados, destinados ao transporte de pacientes: ambulância de transporte, de suporte básico, de resgate, de suporte avançado (UTI móvel) e aeronaves de transporte médico. 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 dela 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 a sua transferência, a consulta prévia ao hospital para

onde se encaminhe 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[18].

A equipe médica que autorizou a transferência e a equipe que acompanha o paciente, durante a transferência, assumem a responsabilidade sobre o atendimento deste, 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[18].

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 a paciente no veículo de remoção deve, se houver convicção da condição diagnóstica, fornecer o atestado de óbito[19].

Referências Bibliográficas:

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 [on line]. [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 1.931, 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. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta, nº 22.799/1987. Dispõe se a falta a plantão caracteriza infração ética. Aprovado na 1.281ª 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 2.214ª Reunião Plenária de 29 de janeiro de 1999.

5. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº 74, de 25 junho de 1996. Versa sobre plantão de disponibilidade de trabalho. Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, 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 3.935ª Reunião Plenária de 5 de dezembro de 2008.

7. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta n° 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 3.651ª Reunião Plenaria de 28 de abril de 2007.

8. 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 Poder Executivo, Brasília, DF, 17 mar.1995. Seção 1:3666.

9. 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 Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 1986; Seção1:16976.

10. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta n° 27.151/1995. Enfermeiro Obstetra internar, liberar ou medicar gestantes e parturientes que procuram o hospital, e até mesmo realizar o parto. Aprovado na 1.730ª Reunião Plenária de 8 de dezembro de 1995.

11. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta n° 1665-13/1986. Termo de Responsabilidade assinado pelos pacientes nos casos de alta a pedido. Aprovado na 1.222ª Reunião Plenaria de 25 de novembro de 1986.

12. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta n° 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 2.068ª Reunião Plenária de 6 de fevereiro de 1998.

13. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta n° 16.948/1999. Alta a pedido da família do paciente que se encontrava em situação de iminente perigo de vida. Aprovado na 2.470ª Reunião Plenária de 21 de julho de 2000.

14. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta n° 38.875/1999. Alta-licenca hospitalar com reinternação programada. Aprovado na 2.391ª Reunião Plenária de 11 de fevereiro de 2000.

15. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta n° 118.406/2004. Se a puérpera é obrigada a ter alta precoce (menos de três dias após o parto). Aprovado na 3.300ª Reunião Plenária de 20 de maio de 2005.

16. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta n° 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 2.696ª Reunião Plenária de 24 de novembro de 2001.

17. 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; Poder Executivo, São Paulo, SP, 17 mar. 1994; (51):Seção 1:21-2.

18. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta n° 29.576/1993. Responsabilidade do médico que transfere paciente. Aprovado na 1.609ª Reunião Plenária de 30 de julho de 1994.

19. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta n° Parecer Consulta n° 39.194/1996. Dispõe sobre a constatação de óbito durante a remoção de pacientes. Aprovado na 1.993ª Reunião Plenaria de 22 de agosto de 1997.

4.4

A RELAÇÃO DO MÉDICO QUE EXERCE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA COM O SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

É notório o progressivo deslocamento do modelo liberal da primeira metade do século 20 - 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 cuidadoso não podem ser substituídos, transformando-se em atos cansativos e ultrapassados diante do poder inesgotável dos aparelhos.

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

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

A forma pouco clara ou erudita em termos médicos com que são prestadas as informações e o não entendimento das mesmas 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 à mesma. Não devem ser retidos, uma vez que pode desejar consultar outro facultativo.

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. 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 o resultado do mesmo, 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 e há 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, não denuncia o mau empregador.

Situação conflitante vem à tona quando a paciente pergunta ao médico que está realizando o exame o resultado do mesmo. Na realização de uma ultrassonografia em uma gestante, por exemplo, a mãe questiona o médico, logo após o procedimento, se o seu concepto está bem e se está bem formado. Tal 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 lêem o resultado dos seus exames antes de entregá-los ao seu médico assistente. Tal 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, também, 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[3] 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, deve ser informado 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 conseqüências indesejáveis e 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 Bibliográficas:

1. GREENLICK, M - Education physicians for the twenty-first century. Acad.Med, 70:179-85, 1995

2. SIQUEIRA, JE - A evolução científica e tecnológica, o aumento dos custos em saúde e a questão da universalidade do acesso. Bioética, 5(1):41-8, 1997

3. GUIA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE – São Paulo, CREMESP, 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 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 o 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 tratamos do câncer de mama em particular, é necessário levar em conta que, além de todos os estereótipos e associações culturais, acima relacionados, estamos diante 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 diferentes: 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 são 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 suspeita de malignidade. Outro aspecto importante é a resolutividade do exame alterado que deve ser breve, não só para evitar a progressão da doença, mas 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 realizada. Havendo discordância entre diferentes métodos, o diagnóstico deve ser cuidadosamente revisto e a lateralidade em órgãos pares (mamas, rins, etc).

A maneira pela 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, onde 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.

Dentro dos aspectos de personalidade, o padrão de resposta da paciente aos momentos de estresse, a presença de depressão, 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 por meio da história 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 nessa 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 ao 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 sobre a ótica cultural à qual 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 relacionados a situações culturalmente malvistas, como guardar mágoa, ser indócil, egoísta ou pessimista. Sob esta ótica elas falharam em suas vidas, e por isso receberam, como castigo, o câncer. Tentam então, no curso e face às incertezas da doença, ter sempre melhor qualidade de vida e novos ideais, devendo ser incentivadas muitas vezes pela rede social[2].

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 ter ajuda para processar. É interessante notar que, entre as doenças clinico-cirúrgicas, a comorbidade da depressão e, dentro de sua sintomatologia, particularmente, a desesperança, está associada ao aumento de mortalidade. Este quadro, no entanto, constitui transtorno psiquiátrico que demanda um tratamento especializado, não sendo, pois, um capricho relacionado à vontade da paciente, sendo muitas vezes equivocamente considerado 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 foi responsável pelo "fracasso de sua doença e tratamento", gerando uma culpa que não raro se traduz em grave depressão clínica.

Uma postura por parte da equipe de saúde de que o câncer é uma doença como outra qualquer, na qual 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 de câncer, já que a causa não parte dela, mas de uma condição familiar[1,3].

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 deste 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 lhes 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[3].

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

Quando abordamos aspectos psicológicos envolvidos no tratamento cirúrgico do câncer de mama, precisamos levar em conta uma multiplicidade de opções, das mais conservadoras às mais 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[3].

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, o tempo de efetivação desta, 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 se ver e ser[4]. 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 desse estresse.

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 nos sentimentos, apreciações sobre a vida e, muitas vezes, nas 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[5].

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 incluído no contexto geral das doenças, e as questões

relacionadas a suas sequelas 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"[3,5].

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 por vezes inesperadamente, propicia às pacientes uma sensação de que não estão descartadas ou condenadas, mas vivendo suas vidas da melhor maneira possível até o 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 sentir-se aceitas e acolhidas, valorizadas, queridas, quando muitas vezes se sentem diferentes e estigmatizadas[4,6]. Com seus familiares podem experimentar rotinas e situações de cumplicidade que as fazem sentir-se vivas e participantes do mundo social, ocupando um lugar aonde 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 isto serve de ajuda às pacientes para suportar seu câncer física e emocionalmente, seguindo adiante[5,7].

É interessante notar que esta função integradora das

pacientes com a vida não é necessariamente função de uma família biológica, podendo ser exercida por outras pessoas próximas com a mesma importância e 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 à característica 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, do diagnóstico, da reorganização da vida após o tratamento, da cura ou de viver com o câncer suscita dúvidas e incertezas, reformulações de estereótipos anteriores como o do câncer igual à 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 por essa equipe. Quando associado à depressão e outros sintomas psicossomáticos, recomenda-se o encaminhamento a profissional de saúde mental para diagnóstico e tratamento especializado.

Referências Bibliográficas:

1. Becker HS, Geer B, Hughes EC, Strauss AL. Boys in white, student culture in medical school. New Brunswick,USA: Transaction; 1997.

2. 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.

3. Camargo ALS, Mari, J. Aspectos psicológicos da paciente com câncer. In: Gebrim LH, editor. Mastologia de Consultório. São Paulo: Atheneu; 2011.

4. Hackett TP, Gassem NH, Raker. Patient delay in cancer. New England Journ Med. 1973; 289:14-20.

5. Lima GR, Gebrim LH, Oliveira VC, Martins NV. Ginecologia Oncológica. São Paulo: Atheneu; 1999.

6. Montero P. Da doença à desordem: a magia na umbanda. Rio de Janeiro: Graal; 1985.

7. Steward JH. Theory of culture change: the methodology of multilinear evolution. USA: University of Illinois Press Urbana; 1955.

O ATENDIMENTO DA ADOLESCENTE

4.6

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 ao adolescente significa criar uma nova geração, como ambiciona a OMS, de indivíduos sadios física, 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 definida pela Organização Mundial da Saúde, entre 10 e 20 anos de idade. O nome deriva de Hebe, deusa grega da juventude, filha de Zeus e Hera, e Iatros, 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 DST´s (doenças sexualmente transmitidas, especialmente a AIDS) e abuso das substâncias psicoativas, além de promover a prevenção da gravidez de risco. Relevância especial é dada às vacinações, por tantas vezes esquecidas nesta idade. Cabe ao hebiatra reforçar os elos familiares, promovendo entendimento e respeito entre pais e filhos nesta difícil fase de transição que envolve perda ou luto pela morte da criança e do renascer desta para a vida adulta[2].

O câncer do colo do útero é um problema de saúde pública, principalmente nos países mais pobres. No Brasil, é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, perdendo apenas para o câncer de mama, com uma estimativa de 18.430 casos para 2011. Entre os sorotipos de alto risco, os tipos 16 e 18 são responsáveis por 70% de todos os cânceres cervicais e, entre os de baixo risco, os tipos 6 e 11 são os que mais se relacionam com as verrugas condilomatosas genitais. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou a comercialização da vacina anti HPV. Contudo, estudos de prevalência dos sorotipos virais estão em andamento para avaliar a sua incorporação no Programa Nacional de Imunizações.

Esta imunização estava disponível na rede particular de saúde para pessoas do sexo feminino entre 10 e 25 anos[3]. A partir de maio de 2011 foi permitida a vacinação para o sexo masculino, o laboratório responsável pela fabricação da vacina conseguiu a aprovação com base em um estudo divulgado na *New England Journal of Medicine*, uma das principais publicações médicas do mundo, que comprovava a redução de 90% das verrugas externas na região genital. O estudo clínico foi feito em 4.065 homens de 18 países, com idades entre 16 a 26 anos. A eficiência da vacina foi testada para os tipos 6, 11, 16 e 18 do vírus. Por atacar quatro tipos de HPV, a vacina recebe o nome de quadrivalente. Durante a pesquisa, o efeito da substância foi testado em comparação com placebos. 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[4].

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[5]:

Recomendações para o Atendimento do Adolescente[6,7]:

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

2. O médico deve respeitar a individualidade de cada adolescente, mantendo uma postura de acolhimento, centrada em valores de saúde e bem-estar do jovem.

3. 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. 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.

4. 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.

5. A ausência dos pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento médico do jovem, seja em consulta de matrícula ou nos retornos.

6. 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.

7. 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 Bibliográficas:

1. Crespin J, Reato NLF. Hebiatria: medicina da adolescência. São Paulo: Editora Roca; 2007. p 7.

2. Neder Junior J. Hebiatria. [Total Saúde - on-line]. [Acessado em: 25 jul. 2011]. Disponível em: http://www.revistatotalsaude.com.br/Default.aspx?Tabid=55&ItemID=104

3. Alessandra ZB, Maria LBV, Renata CNPR. Revisao de literatura vacina hpv prevencao cancer colo utero subsídios, (10). Revista Brasileira de Cancerologia 2011; 57(1):67-74. [on-line]. [Acessado em: 25 jul. 2011].

4. Anvisa aprova vacina contra HPV para homens no Brasil [on-line]. G1: Ciências e Saúde. [Acessado em: 26 jul. 2011]. Disponível em: http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2011/05/anvisa-aprova-vacina-contra-hpv-para-homens-no-brasil.html

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescente - Vol. I - Diretrizes Gerais para Atendimento de Adolescentes. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Distúrbios da Puberdade. Desenvolvimento Psicológico do Adolescente - Brasília, Ministério da Saúde, 1993. [on-line]. [Acessado em: 25 jul. 2011]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_11.pdf

6. Oselka G, Troster EJ. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. Rev. Assoc. Med. Bras. 2000; 46(4):306-307.

7. 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.

MEDICINA FETAL

4.7

Há pouco mais de vinte anos surge, no cenário da moderna obstetrícia, uma nova sub-especialidade: a Medicina Fetal.

Esta nova área de atuação tinha como escopo inicial a busca do "status" do feto em seu ambiente ovular, através da ferramenta ultrassonográfica.

Novas perspectivas surgiam então para o obstetra, como o diagnóstico intra-útero de várias patologias mal-formativas e a avaliação de parâmetros biofísicos fetais, que viriam a contribuir de modo decidido para melhor assistência pré-natal e, consequentemente, aumentando a chance para uma *deliverance* mais adequada.

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 tantos.

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

Vamos neste capítulo, de modo o mais didático e simples que nos seja possível, enumerar as mais frequentes situações

e qual a postura ética recomendável do especialista nesta área.

O Fetólogo e sua relação com o casal

Durante a realização dos procedimentos diagnósticos o fetólogo não deve:

- Determinar condutas terapêuticas ao casal. Dentro do possível, se houver necessidade, contatar o obstetra da paciente com o objetivo de discutir o caso e apenas sugerir a ele a conduta mais adequada.
- Sugerir a interrupção da gravidez.
- Sugerir o feticídio ou redução embrionária, como nos casos de gestações múltiplas com mais de 3 conceptos.
- Comentar que o resultado do exame foi "normal", pois o ultrassom morfológico tem limite de sensibilidade de 83,5%[3]. Mais conveniente seria o comentário que o diagnóstico foi adequado se considerarmos o limite da sensibilidade do método.
- Indicar de modo impositivo a realização de procedimentos invasivos, como biópsia de vilo corial, amniocentese, cordocentese, derivações ou cirurgias fetais. Tais procedimentos devem, no máximo, ser sugeridos, conjuntamente com o aconselhamento livre e esclarecido e 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, nestes casos, que o casal entre em choque emocional.

É recomendável, nesta 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 paciente de sua clínica particular, mas sim do obstetra, que os confiou para seu apoio diagnóstico.

Portanto, diante de conclusão diagnostica adversa, é recomendável contatar o colega para comunicar o evento, interagindo assim com o mesmo no estabelecimento da melhor norma de conduta diante do fato.

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.

O Fetólogo diante do diagnóstico da impossibilidade de sobrevida neonatal do concepto

Diante do diagnóstico da impossibilidade de sobrevida neonatal do concepto, não deve o médico sugerir medidas de interrupção imediata da gravidez, pois tal conduta é vedada e considerada crime pela Constituição em vigor em nosso país[6,7].

Além disso, uma conduta muito invasiva do médico neste sentido poderá provocar complicações emocionais extremamente graves na gestante, incluindo quadros depressivos ou até psicóticos no puerpério[8].

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 a interrupção da gravidez nestes casos, nas quais houve decisão favorável do juiz para tal conduta.

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, evitando, com isto, graves equivocos diagnósticos decorrentes do momento inadequado para boa availação dos parâmetros inerentes ao método.

Nunca declarar no laudo análise estrutural de órgão que não tenha sido devidamente avaliada.

Incluir observações sobre eventual dificuldade técnica de avaliação de algumas estruturas, citando inclusive que elas não foram analisadas, citando o motivo para este evento.

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

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 video do exame ultrassonográfico, bem como de fotos e

gravações sonoras do ambiente. Lembramos que gravações deste 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 adenomatóide cística em vias de risco de descompensação hemodinâmica do feto.

Em março de 2011 foi publicado estudo randomizado realizado nos Estados Unidos, o qual comparou o resultado no recém nato da terapêutica cirúrgica da meningomielocele durante a gestação (intra-útero a céu aberto) com o tratamento cirúrgico pós natal desta patologia. A conclusão deste estudo mostrou que o tratamento cirúrgico intra-uterino é vantajoso em relação à cirurgia pós-natal, em termos de resultados terapêuticos.

Surgem, portanto, novas perspectivas no que diz respeito ao tratamento cirúrgico fetal a céu aberto.

Referências Bibliográficas:

1. Baba K, Satoh K, Sakamoto S, Okai T, Ishii S. Development of an ultrasonic system for three-dimensional reconstructionof 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, ZugaibM. Repercussões na família no diagnóstico de mal-formações fetais: algumas reflexões. Rev Ginecol Obstet .1996;7(1):33-9.
5. Bortoletti, FF. Assistência psicológica em medicina . In: Moron AF, Camano L, Kulay 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. Adzick NS, Thom EA, Spong CY, Brock JW 3rd, Burrows PK, Johnson MP, Howell

LJ, 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 Mar 17;364(11):993-1004. Epub 2011 Feb 9.

AS CONDIÇÕES DE TRABALHO

5

5.1

AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO MÉDICO QUE EXERCE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

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 GO 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.

Neste sentido, o médico GO 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, vamos oferecer aos (às) colegas as bases legais do exercício da especialidade, da remuneração e das condições de trabalho.

Procuraremos também fazer uma reflexão de nossa experiência no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) referente ao relacionamento das condições de trabalho e as exigências éticas do exercício da profissão.

O mercado de trabalho médico e em GO

A Medicina passa por grandes mudanças. Em São Paulo, aproximadamente 30% dos médicos estão no exercício da profissão há nove anos ou menos, e entre os egressos dos cursos de Medicina a maioria são mulheres (50,68%). A Ginecologia e Obstetrícia é a maior especialidade registrada no Cremesp (15,6%), com 8.413 especialistas[1]. Apesar de constituírem a profissão em que a população mais confia, segundo o Ibope[2] ,e também os mais bem-remunerados de acordo com o CPS/ Ibre/FGV[3], 10% dos médicos estão insatisfeitos e 29% nem satisfeitos nem insatisfeitos, segundo o Datafolha[4]. Isto 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. Quando perguntado quais eram os maiores problemas que os médicos enfrentam hoje, 44% citaram os baixos salários, 21% os Planos de Saúde e Convênios e 20% a infraestrutura no local de trabalho. 56% dos médicos possuem três ou mais empregos, 64% trabalham mais de 40 horas por semana, 8% recebem até 3 mil reais e 29% entre 3 mil a 6 mil reais. 61% trabalham 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 a assistência médica e apenas 4,3% tinham direito a férias. 12,2% das especialidades em cooperativas eram de GO[4]. No caso das cooperativas médicas do sistema Unimed, pesquisa mostra 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%[5].

O código de ética (CEM) e o trabalho do médico

Dos 25 Incisos do Capítulo I, do CEM, Princípios Fundamentais, nove relacionam-se com o trabalho do médico, e o mesmo ocorre com a metade (cinco, de um total de 10) dos Incisos do Capítulo II, dos Direitos do Médico.

Isto é apenas para salientar o que já é sabido – que o exercício da Medicina se dá graças ao trabalho do médico.

O Capítulo I, dos PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS, disciplina que[6]:

> 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[6]:

> 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 os deveres estabelecidos em 118 artigos deontológicos que serão comentados, em outros capítulos deste caderno, quando se discutirem as responsabilidades do médico GO.

Chamamos a atenção, em função do seu ineditismo, para o Artigo 110, que afirma ser vedado ao médico[6]:

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 GO para que tenha um auxiliar durante a consulta e/ou atendimento à paciente[7], a Resolução CFM nº 1.342, de 8 de março de 1991, que determina ser a prestação de assistência médica nas instituições públicas ou privadas de responsabilidade do Diretor Técnico e do Diretor Clínico[8], a Resolução CFM nº 1.451/1995, que disciplina as normas de atendimento em Pronto-Socorro[9], 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[10]. 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 colega GO queira divulgar sua especialidade obtida por meio da Residência Médica ou da prova para Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, da Associação Médica Brasileira (AMB), este deverá registrá-la junto ao Cremesp, 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[6]."

Quando o colega tem 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 o colega

mora e o respectivo Sindicato Patronal. Em caso de não haver acordos entre as partes, pode ser arbitrado dissídio coletivo pela Justiça do Trabalho, com valor legal.

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

No caso de São Paulo[11], as convenções são com os seguintes Sindicatos Patronais:

- Sindhosp (hospitais, clínicas e laboratórios de análises)
- Sindhosfil - SÃO PAULO (Santas Casas e hospitais filantrópicos)
- Sindhosfil - RIBEIRÃO PRETO (Santas Casas e hospitais filantrópicos - Ribeirão Preto)
- Sindhclor (hospitais, clínicas e laboratórios de análises - Osasco)
- Sinamge (Medicinas de Grupo)

No caso de Campinas[12], as convenções são com o Sindhosp[13] e 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 significa o menor valor que pode ser pago ao médico. É de conhecimento dos colegas a luta nacional dos Sindicatos de Médicos e da Federação Nacional 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 20 horas semanais de trabalho[14].

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, por contrato escrito, firmado entre o médico

e a empresa.

Neste caso, obriga-se a empresa, na ocorrência das exceções previstas no parágrafo anterior, a fornecer cópia do contrato ao médico, mediante protocolo, sob pena das horas excedentes serem consideradas como jornada extraordinária.

Há também cláusula que prevê participações em congressos e outros eventos, pela concessão aos trabalhadores de 5 (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.

Esta cláusula vai no sentido do que determinam 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[6]".

Esta também tem sido uma preocupação do Cremesp em seu Programa de Educação Médica Continuada, assim como das associações de especialistas da GO.

Há ainda cláusulas que interessam ao trabalho das médicas, como direito a creche e estabilidade para a gestante até cinco meses após o parto. Essas normas existem também em outras seis bases sindicais do Estado, em Santos, Taubaté, ABC, Sorocaba, São José do Rio Preto e Presidente Prudente. A íntegra das convenções pode ser acessada no sítio dos sindicatos na internet[11,12,13].

Por outro lado, nossa experiência como conselheiro do Cremesp mostra que os colegas devem sempre procurar suas entidades representativas, como os Sindicatos Médicos e a 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, os

colegas poderão também cientificar, por escrito, ao Cremesp ou às Comissões de Ética Médica, ou verbalmente por intermédio dos conselheiros e delegados.

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 Bibliográficas:

1. Entrevista com Cid Carvalhaes [on-line]. 2006. [Acessado em: 02 set. 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=609

2. Ibope revela que 70% dos brasileiros acham saúde boa e confiam nos médicos [on-line]. O Estado de São Paulo 23 nov. 2010. [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. 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

4. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. O trabalho médico no Estado de São Paulo [on-line]. [Acessado: 13 maio 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/mercado_de_trabalho.pdf

5. Raimundo Vianna de Macedo. A Unimed Santos e a relação com os cooperados (entrevista). Revista SOGESP. Associação de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo. 2011; 92:8. [Acessado: 06 maio 2011]. [on-line]. Disponível em: http://portal.sogesp.org.br/media/files/ed92/index.html

6. 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.

7. 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.

8. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.342, de 08 de março de 2006. Dispõe das atribuições do diretor técnico e do diretor clínico. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 1991; Seção 1:7014.

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; Poder Executivo, Brasília, DF, 17 mar. 1995; Seção 1:3666.

10. 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]. [Acessado em: 12 maio 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3080

11. SIMESP – Sindicato dos Médicos de São Paulo. Convenção coletiva de trabalho [on-line]. [Acessado em: 05 jul. de 2011]. Disponível em: http://www.simesp.org.br/juridico.php?Convencoes-coletivas

12. SINDIMED -Sindicato dos Médicos de Campinas e Região [on-line]. [Acessado em: 05 jul. de 2011]. Disponível em: http://www.sindimed.org.br/historico.aspx

13. SINDHOSP – Sindicato dos hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios de pesquisas e análises clínicas do estado de São Paulo. Convenção coletiva de trabalho [on-line]. [Acessado em: 12 maio de 2011]. Disponível em: http://www.sindhosp.com.br/website/default.asp

14. Brasil. Lei nº 3.999, de 15 dezembro de 1961. Altera o salário mínimo dos médicos e cirurgiões dentistas. [on-line]. [Acessado: 13 maio 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3084

5.2

A RELAÇÃO DO MÉDICO QUE EXERCE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA 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 e a seguir foram aprovadas novas normas legais, em particular as resoluções emanadas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que regulam esta importante área da saúde.

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 2.177-44/2001[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

Resoluções da ANS relacionadas com o trabalho médico

Resoluções ANS	Data de publicação no Diário Oficial	Ementa
RN nº 71[6]	18.03.2004	Estabelece os requisitos dos instrumentos jurídicos a serem firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde ou seguradoras especializadas em saúde e profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios.
RN nº 211[7]	12.10.2010	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 dá outras providências.

Segundo a ANS[8], houve acréscimo em 5,9% da população do Brasil nos últimos oito anos, aos beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia:

Dezembro de 2003 - 31.771.197, cobrindo 18,0% da população.

Dezembro de 2010 - 45.570.031, cobrindo 23,9% da população.

Deste total em 2010, 37.026.160 beneficiários pertencem a planos novos após a lei 9.656/98 e 8.543.871 beneficiários são anteriores a esta lei. Há 1.044 Operadoras de Planos de Saúde (OPS).

A receita das operadoras médico-hospitalares em 2010 foi de R$ 71.097.948.399,00.

A cobertura no Estado de SP em 2010 era de 44% da população.

A 11ª edição da Pesquisa Nacional da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS),[9]com dados referentes a 2009, mostrou que 10,6% da população pesquisada (363.238 beneficiários) têm mais de 70 anos, sendo que na população geral coberta pela saúde suplementar este índice é de 5,4%.

Mostrou ainda que 59,5% das beneficiárias com idade entre 19 e 59 anos fizeram o exame de Papanicolaou para pesquisa do câncer do colo uterino e 58% das usuárias entre 30 e 59 fizeram a mamografia para pesquisa do câncer de mama e que a incidência de cesárea foi de 92% e 8% de partos normais. Em 2008 e em 2007, 87% dos partos realizados foram por cesárea e 13% parto normal.

Pesquisa Datafolha realizada em 2007 para o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp)[10]

mostrou que 40% dos médicos trabalham em consultórios, 20% em clínicas e 44% em hospitais particulares, sendo que 27% não trabalhavam nesses locais, 55% atendiam a convênios e 38% tinham pessoa jurídica.

Há 21 mil médicos cooperados à União dos Médicos (Unimed)[11] no Estado de São Paulo, segundo a Federação das Unimeds do Estado de São Paulo.

Conflitos éticos na saúde suplementar

Os seguintes Artigos do Código de Ética Médica (CEM)[12] vigente explicitam que o compromisso principal do médico é com a saúde dos pacientes e não com a saúde das OPSs, e, desta forma, fica evidente que a relação dos médicos e OPSs, por origem, é conflituosa.

> Capítulo I – Dos 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 – Dos 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 Cecílio[1], já citados, publicaram em 2007 um artigo que visou a reconstruir o processo de regulamentação dos Planos e Seguros privados de assistência à Saúde (PSS) ocorrida no Brasil entre 1991 e 1998 e 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, restrições de procedimentos de alta complexidade; com a introdução da administração gerenciada, houve ampliação do conflito entre médicos e PSS.

As pesquisas do Datafolha Instituto de Pesquisas (Datafolha)[10] realizadas em 2007 para o Cremesp e em 2010 para a Associação Paulista de Medicina (APM)[13] demonstram isso.

A pesquisa realizada para o Cremesp mostrou que

43% dos médicos referiam sofrer restrição ou imposição das OPSs. As principais perguntas aos médicos 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. 21% dos médicos responderam que o maior problema que enfrentavam eram os Planos de Saúde e convênio e 9% a jornada de trabalho excessiva.

A pesquisa realizada para a APM mostrou que em uma escala de zero a 10, o médico paulista atribuiu nota 4,7 para os planos ou seguros saúde no Brasil. Cerca de nove em cada 10 médicos declaram que há interferência dos planos ou seguros saúde na autonomia técnica do médico. Cada três em 10 queixaram-se quanto à glosa de procedimentos ou medidas terapêuticas, e cada dois referentes ao número de exames ou procedimentos.

Pesquisas nacionais da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas)[9] mostraram que aumentou a utilização dos mecanismos de regulação. Em 2006 a autorização prévia foi usada em 83,9%, a coparticipação em 82,1% e a segunda opinião em 33,9%, e em 2009 oscilou para 86,4%, 86,4% e 39%, respectivamente.

Scheffer[14], 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 os transplantes; radioterapia e quimioterapia para tratamento do câncer; e o fornecimento de órteses e próteses, como os *stents* usados em cirurgias cardíacas.

Levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisas

Datafolha a pedido do Conselho Federal de Medicina (CFM)[15] junto a usuários de Planos de Saúde em todo o Brasil foi divulgado em junho de 2011 e 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 é 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)[16] editou a Resolução nº 1.616/2001, cujo caput afirma:

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

Esta Resolução veio coibir este tipo de prática pelas OPSs.

O trabalho médico na saúde suplementar (SS)

A Revista da APM, de agosto de 2010[17], 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 pesquisa produzida pelo Instituto Datafolha para o Cremesp em 2007 mostra também que 34% dos médicos gastavam mais de seis salários-mínimos ao mês para manter a atividade profissional.

À época o valor médio da consulta era R$ 30,00 e em 2011 oscila entre R$ 37,00[18] a Cr$ 40,00[19].

A matéria da Revista da APM citada no parágrafo anterior explica que a inflação e a elevação do salário-mínimo entre 1997 e 2010 oscilaram entre 133% a 325%, e desde 2000 os reajustes arcados pelos pacientes somam 136,65%. 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. Isto significa ainda que, se fosse aplicado o reajuste dos planos a partir de 2000, elevaria consulta para R$ 69,00, semelhante à aplicação dos índices inflacionários entre 1997 e 2010. Segundo a revista da Sogesp[20], o valor da consulta médica pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), em março de 2011, é de R$ 80,90.

Reunidos no XV Congresso Paulista de Ginecologia e Obstetrícia, em 2010[21], os médicos adotaram 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 quanto a garantir a valorização e dignidade do trabalho do médico.

A propósito desta 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[22], 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.

A ANS tem feito letra morta de suas resoluções apresentadas no início deste texto. Pressionada pelo movimento médico no início de 2010, a ANS criou um Grupo de Trabalho sobre Honorários Médicos[23].

O grupo é composto por representantes de entidades médicas e por representantes de operadoras e visa a debater critérios técnicos a serem adotados na hierarquização dos procedimentos médicos, tomando como base a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). Vai também discutir critérios de reajuste para os médicos.

Segundo a ANS, o valor dos procedimentos não está em questão. Esse será acordado entre os médicos e os contratantes. O objetivo é que o procedimento médico seja remunerado em função da sua complexidade técnica, tempo de execução, atenção requerida e grau de treinamento do profissional que o realiza.

Quanto ao movimento de Reajuste de Honorários Médicos no ano de 2011, em 15/4/2011 a ANS, via sala de notícias[23], declarou que vem trabalhando na busca pelo entendimento entre operadoras e prestadores de serviços de saúde.

> As ações empreendidas pela ANS relacionadas a este tema, no entanto, vão além e compreendem entre outras normas sobre a obrigatoriedade de contratualização entre operadoras

> e prestadores de serviço em saúde, publicadas em 2003 e 2004, no caso dos médicos (RN nº71).
>
> (...) o monitoramento proativo tem demonstrado a necessidade de fiscalização por parte da ANS para que as operadoras se adaptem às regras definidas na norma de contratualização (RN nº 71). (...) As operadoras possuem a obrigação de oferecer a assistência médica contratada pelos seus beneficiários. Neste sentido, a ANS atuará para que esta obrigação de garantir o acesso do consumidor/beneficiário aos serviços por eles contratados seja cumprida.

Outros funcionários governamentais têm apresentado decisões parciais na relação entre médicos e OPSs[24].

Como parte deste processo de discussão, mobilização e conflitos, há Projeto de Lei do Senado[25] obrigando a existência de contratos escritos entre OPSs e prestadores de serviços. Há também Projeto de Lei no Congresso Nacional[26] e na Assembleia Legislativa de São Paulo[27], dispondo sobre a adoção dos critérios da CBHPM pelos Planos de Saúde.

Questões práticas

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

A primeira delas refere-se ao atendimento ao parto relacionado com a questão de realizar o atendimento personalizado, pelo mesmo médico que fez o pré-natal ou então realizar o parto pelas 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. Neste contexto é possível subsistir o médico que acompanhará um parto por 12 horas? Como isto se relaciona com a sua sobrevivência profissional e saúde pessoal? Como fazer isto com OPSs que remuneram o parto a R$ 200,00[28].

Outro aspecto importante são as altas taxas de cesárea na saúde suplementar, superiores a 80%[29]. 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?

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.

Chama a atenção a tentativa da introdução no Brasil das técnicas de medicina gerenciada ou *managedcare,*[1,30] caracterizadas por obrigatoriedade de consulta com o médico generalista, os pagamentos por pacote e o prêmio para quem solicitar menos exames, entre outros.

Quanto a estas técnicas, a ANS afirmou, em 2010[31], que:

> sobre a ideia de pagamento por performance, quando esse debate acontecer, deverá levar em conta a melhoria dos processos de trabalho (acreditação, certificação profissional)

e os resultados assistenciais obtidos (redução de mortalidade por causas controláveis, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças).

A prática de bonificação de profissionais em função da quantidade de exames solicitados é contrária ao Código de Ética Médica e ao entendimento da ANS. Em hipótese alguma a ANS estará de acordo com qualquer tipo de incentivo que prejudique o beneficiário com o recebimento de menos do que o necessário para o seu diagnóstico e tratamento.

Em consequência, a Súmula Normativa nº 16, de 12 de abril de 2011, da ANS[32], disciplina que as OPSs não podem adotar ou empregar mecanismos de regulação baseados em parâmetros estatísticos de produtividade que impliquem restrições aos médicos sobre pedidos de exames diagnósticos. A adoção desse procedimento irregular incorre em infração ao Artigo 42 da Resolução Normativa - RN nº 124[33], de 30 de março de 2006, e aos Artigos 12 e 18 da Lei 9.656[2], de 1998.

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

Quanto ao vínculo de trabalho com as OPSs, parece-nos que devemos refletir sobre a necessidade de haver equipes de plantão para atender permanentemente às necessidades das pacientes, de preferência constituídas de médicos contratados pelas OPSs.

Resta finalmente o dilema credenciar-se ou não às OPSs. Pensamos que cada colega deve buscar para si o tipo de vínculo

profissional que lhe permita sobreviver no exercício da profissão, traga-lhe felicidade e permita atender eticamente às mulheres e seus filhos.

Referências Bibliográficas:

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. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução Normativa-RN nº 71, de 17 de março de 2004. Estabelece os requisitos dos instrumentos jurídicos a serem firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde ou seguradoras especializadas em saúde e profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios [on-line]. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 18 de mar. de 2004. [acessado em 01 jul. 2011]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/modules/mod_legislacao/pdf/pdf_atualizado.php?id=766

7. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução Normativa-RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010. 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 dá outras providências [on-line]. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jan. 2010, Seção 1:31-2. [acessado em 01 jul. 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8893

8. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Dados Gerais: Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - 2003-2011) [on-line]. [acessado em 30 jun.2011]. Disponível em:http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais

9. UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Pesquisa Nacional da UNIDAS: 11ª edição [on-line]. São Paulo. 2010. [Acessado em 30 jun.2011]. Disponível em: http://unidas.org.br/noticias/periodico.php?indice=742&categoria=ui

10. 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

11. A Federação das Unimeds do Estado de São Paulo - Fesp [on-line]. [Acessado em 01 jul. 2011]. Disponível em: http://www.unimeds.com.br/v9/?modulo=artigos&canal=1331

12. 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/legislacao/versao_impressao.php?id=8822

13. Associação Paulista de Medicina – APM. Avaliação dos planos de saúde do Estado de São Paulo. Pesquisa Datafolha APM. São Paulo. 2010. [on-line]. [acessado em 30 jun.2011]. Disponível em: http://www.apm.org.br/pdf/Apresentação_revista_Datafolha_22_09.pdf

14. 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.

15. 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

16. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.616, de 07 de abril de 2001. É vedado o desligamento de médico vinculado por referenciamento, credenciamento ou associação à Operadora de Planos de Saúde, exceto por decisão motivada e justa, garantindo-se ao médico o direito de defesa e do contrário no âmbito da operadora [on-line]. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 10 abr. 2001;Seção 1(70): 35. [Acessado em: 04 jul. 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3059

17. 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

18. A relação entre os médicos e os planos de saúde: pesquisa sobre valor da consulta recebido em seus consultórios (contato. telefônico). [terceiro slide] [on-line]. [Acessado em: 27 jul. 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/pps/dr_Tomas.ppt

19. Entidades garantem não haver prejuízo para a população e apresentam dados da saúde suplementar [on-line]. [Acessado em: 02 agos. 2011]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21510:entidades-garantem-nao-haver-prejuizo-para-a-populacao-e-apresentam-dados-da-saude-suplementar&catid=3

20. SOGESP recorre à justiça por dignidade médica [on-line]. Revista SOGESP. 2011;93:6. [acessado em: 01 jul. 2011]. Disponível em: http://www.sogesp.org.br/media/files/ed93/index.html

21. SOGESP. Carta dos ginecologistas e obstetras de São Paulo sobre sistema de saúde [on-line]. [Acessado em: 04 jul. 2011]. Disponível em: http://www.folhablu.com.br/ler.noticia.asp?noticia=73758menu=28-

22. 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

23. Reajuste de Honorários Médicos [Site da ANS]. [Acessado em: 03 agost. 2011]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/522-reajuste-de-honorarios-medicos

24. 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

25. Estão prontos para serem votados na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) projeto

de lei da Senadora Lúcia Vânia (PSDB-GO), obriga a existência de contratos escritos entre operadoras de planos e seus prestadores de serviços [on-line]. [Acessado em 22 jul. 2011]. Disponível em: http://www.senado.gov.br/senadores/Senador/LuciaVania/detalha_noticias.asp?data=07/01/2010&codigo=71054

26. Câmara dos Deputados aprova CBHPM [on-line]. Jornal do Cremesp - Edição Extra. [Acessado em 22 jul. 2011]. Disponível em: http://crmsp.org.br/index.php?siteAcao=Noticias&id=1357

27. Projeto obriga adoção de tabela de honorários médicos em São Paulo.[Acessado em 22 jul. 2011]. Disponível em: http://www.faustofigueira.com.br/noticiasintegra.asp?codigo=151

28. Remuneração indigna na saúde suplementar leva médicos a fechar consultórios. Revista da SOGESP. 2010;89:7-9 – Jul. / Agos.

29. 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

30. Carta à população: Médicos suspendem atendimento a planos de saúde.[Acessado em 21 agos. 2011]. Disponível em: http://www.apm.org.br/noticias-conteudo.aspx?id=6074

31. Remuneração de Hospitais e Honorários Médicos [on-line]. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. 2010. [Acessado em 22 jul. 2011]. Disponível em:http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/353-remuneracao-de-hospitais-e-honorarios-medicos

32. Agência 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: 04 jul. 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=9901

33. Agência 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

5.3

A RELAÇÃO DO MÉDICO QUE EXERCE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

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 tornam humanamente impossível ao profissional médico conseguir atender a sua paciente de maneira completa. Sendo assim, é preciso discutir os casos em conjunto, pesquisar e compartilhar decisões. Além disso, os tempos atuais precisam ser diferentes daqueles em que um médico insistia em fazer de tudo; anestesiava a sua paciente, fazia o parto e depois ainda dava assistência ao recém-nascido com desconforto respiratório, que havia sido recebido pela enfermeira da sala. É claro que histórias como essas são bastante interessantes de se ouvir, mas realmente não devem ser mais praticadas. 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 estas e outras razões que o bom relacionamento e o trabalho em equipe serão sempre encorajados na busca da melhor assistência ao paciente necessitado.

Considerando-se a atividade médica em Obstetrícia, podemos imaginar uma equipe multiprofissional composta

por obstetras, neonatologistas, ultrassonografistas, enfermeiras (algumas vezes enfermeira obstétrica) e psicólogas. Apesar de estrategicamente perfeita, a interação desta 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 tentar coordenar o relacionamento desta equipe multiprofissional, lembrando que, como ponto de partida, devem ser sempre respeitados os preceitos estabelecidos no atual Código de Ética Médica.

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 literalmente 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 nestas 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, o obstetra deve também reportar previamente aos neonatologistas

sobre casos de alterações fetais que possam demandar de assistências que fujam das suas rotinas diárias. É interessante, ainda, 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 esta paciente.

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

É fundamental ainda que quaisquer divergências entre as equipes não sejam relatadas em Prontuário Médico na forma de episódios evidentes de "brigas" entre essas equipes. Em casos 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 advento da ultrassonografia nas últimas décadas e o desenvolvimento de equipamentos de última geração trouxe um novo enfoque ao manejo pré-natal. A realização de exames de rastreamento, identificação de malformações, alterações placentárias e até mesmo a redução da ansiedade do casal quanto ao concepto que está por vir fazem da ultrassonografia uma ferramenta importante e algumas vezes fundamental. Entretanto, nem todos os obstetras são afeitos à técnica, e muitos outros não dispõem de aparelhos para realizar o exame em consultório próprio. Por isso, na solicitação de um exame ultrassonográfico entra em cena um profissional que, apesar de participar de momento importante para 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 a passagem do 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 devem entrar em contato a fim de melhor entendimento.

É importante estabelecer que o exame, 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. Este é um exame desconfortável e que muitas vezes pode ser mal interpretado pela paciente, e esta pode achar que esse exame pode ser prejudicial à sua gestação naquele momento. Portanto, é de grande importância que a paciente seja muito bem orientada e que o seu médico seja informado a respeito.

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 óptica, a melhor assistência ao parto inclui a realização de procedimentos de analgesia e anestesia sempre que a paciente os solicita 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. O que quero dizer aqui é que o tipo de anestesia deve ser discutido entre os dois profissionais, levando-se em conta a segurança materno-fetal e também as expectativas quanto ao desfecho do parto. Ao considerar a possibilidade de partos com distocia ou mesmo a possibilidade de se partir para um parto cesáreo de urgência, o obstetra deve comunicar ao anestesiologista. Da mesma forma, o anestesiologista deve ser estar presente e discutir os casos, respeitando as suas individualidades.

O tocoginecologista e a equipe de enfermagem

O bom relacionamento interdisciplinar no ambiente hospitalar implica 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 a responsabilidade no atendimento é de cada um desses profissionais, e que a falha de um deles pode resultar em insucesso. Dessa forma, o médico deve estar sempre presente e pronto para atuar em situações de emergências. Enquanto que os técnicos e enfermeiras são sabidamente os grandes responsáveis pelo funcionamento dos hospitais e principalmente dos centros cirúrgicos. Por isso, é deles a responsabilidade de reposição de materiais, medicamentos e também de reportar quando este funcionamento não se encontra adequado. Em hipótese alguma o médico pode ser impedido de dar atendimento apropriado à sua paciente por falta de condições de trabalho. É neste 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. Os eventuais casos de reclamações por parte de alguma dessas equipes deverão ser feitas aos responsáveis pelas equipes, que tomarão providências com base nos 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 exposto à paciente a forma de assistência desempenhada pela equipe em questão. A Lei nº 7.498/86[1] permite às enfermeiras obstétricas dar assistência à parturiente e realizar partos eutócicos sem a presença necessária do médico obstetra. É importante frisar que muitas vezes os limites tênues que separam o parto eutócico daqueles com alguma distocia não são facilmente percebidos.

Desta forma, ambos os profissionais devem ser responsáveis pelos seus procedimentos e pela descrição fiel de todas as etapas assistidas em prontuário da paciente. É dever ainda, da enfermeira obstétrica, 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 o 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 se originar dessa doença. É importante frisar, neste momento, que muitas vezes o médico não consegue dedicar seu tempo ao adequado acompanhamento psicológico da sua paciente, e é nesse momento que se torna fundamental a presença do psicólogo. Entretanto, é fundamental a inter-relação destas 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 podem 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 empregue o tempo necessário para conduzir o caso da melhor forma possível.

Referências Bibliográficas:

1. 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.

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

6

PLANEJAMENTO FAMILIAR 6.1

O planejamento familiar é conceituado como "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]". Direitos sociais são garantidos à mulher, visando a sua proteção durante a gravidez, o parto e a amamentação, em atenção à função biológica de perpetuação da espécie humana.

O controle da natalidade, que tem a finalidade de reduzir a pobreza pela redução do crescimento demográfico, se diferencia do planejamento familiar porque este 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 dispõe sobre o planejamento familiar no parágrafo 7 do artigo 226[2].

Vejamos como é disposto:

> **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 Capítulo da Constituição Federal que versa sobre o Planejamento Familiar, demonstra a preocupação do Legislador com relação a esse tema que constitui um dos direitos da família, responsabilizando o Estado a providenciar a ela as informações sobre os meios de planejamento familiar. Após longo período sem nenhuma orientação oficial, surgem discussões a respeito do controle da fecundidade e após muitos anos de tramitação no Congresso são aprovados dispositivos que norteiam a sociedade médica e os pacientes como se comportar frente a esse assunto.

Escolha do método contraceptivo

As últimas décadas notabilizam-se pela luta das mulheres pelo direito de não ter filhos. A escolha do método contraceptivo orbita na esfera dos direitos. No entanto, cabe ao médico orientar, para cada casal, o método adequado, informando os detalhes da indicação, segurança, efeitos colaterais e os riscos.

Planejamento Familiar – Lei 9.263/96

Essa Lei[1] é compreendida dentro de uma visão de atendimento global e integral à Saúde e deve orientar-se 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 dessa Lei observamos 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 Lei 9.263/96[1] estabelece pormenorizadamente as condições aprovadas para a esterilização cirúrgica em homens e mulheres.

Analisando-se o que é disposto nessa Lei 9.263/96[1], quanto à esterilização cirúrgica, observa-se o quão permissiva é ela tanto para o homem quanto para a mulher, em relação à autonomia e a manifestação da vontade. Entretanto, em mulheres no período gravídico-puerperal 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.

Sejam quais forem os motivos, essa Lei transformou-se em um grande avanço e preencheu uma antiga lacuna, pois o controle da fecundidade jamais fora foco de tantas discussões. Hoje constitui importante guia para a conduta médica. Entretanto, antes de se conceber um formato final de orientação

aos tocoginecologistas, necessitou passar por análise balizada de 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 o objetivo de se ampliar as permissões, especialmente nas mulheres com doenças crônicas. Por outro lado, a forma do enunciado da Lei[1] e a inabilidade dos tocoginecologistas com as lides legais, suscitaram importantes dúvidas que necessitavam ser dirimidas.

A seguir apresentamos as consultas e os respectivos pareceres.

1) Consulta número 67.890/97[3]

Motivo: laqueadura nas gestantes com doenças como hipertensão, diabetes, 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 número 60.174/98[4]

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 número 7.662/98 – (CFM 16/99)[5]

Pergunta: a laqueadura pode ser realizada no parto se houver aprovação no período pré-gestacional?

Parecer: Não. Apenas nos casos de comprovada necessidade nos casos de cesarianas sucessivas prévias.

4) Consulta número 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 constar o número de cesarianas (isso basta). Além da equipe médica, sugerem-se: enfermagem, psicologia, serviço social.

5) Consulta número 59.619/2004[7]

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 tubárea 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 Lei[1] 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:

1) Limite de idade
2) Necessidade de assinatura do termo de consentimento pelo casal
3) Necessidade de documentos
4) Equipe multidisciplinar para avaliação dos casos. Sugerem-se psicólogos, enfermeiras e assistentes sociais.
5) Obrigatoriedade do prazo de 60 dias entre a manifestação do desejo e o ato cirúrgico, mesmo em casos muito

graves.

6) Permissão para se realizar a operação no puerpério
7) Permissão para se realizar pela técnica periumbilical
8) 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 9.263/96[1] 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 9.263/96

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 Médica e o Planejamento Familiar

O Código de Ética Médica[8] 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

Após todos os trâmites através dos quais aconteceram os ajustes necessários e subseqüentemente aos esclarecimentos de dúvidas resultantes da leitura de um texto jurídico, por médicos, eis como foram oficialmente descritos os critérios para a realização dessa cirurgia:

I. Em homens e mulheres, em capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade pelo menos 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.

II. Em caso de risco à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

III. A esterilização cirúrgica, como método contraceptivo, somente será executada por laqueadura tubária, vasectomia ou outro método cientificamente aceito, sendo vedada por meio de histerectomia ou ooforectomia.

IV. Será obrigatório no prontuário médico 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 contracepção reversível existente.

V. 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.

VI. Não será considerada manifestação da 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.

VII. Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

VIII. A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial.

IX. É obrigatório o preenchimento de ficha de registro individual de notificação de esterilização, devendo a mesma ser encaminhada ao SUS e cópia a ser arquivada junto ao prontuário da paciente.

X. Os estabelecimentos hospitalares interessados em realizar a esterilização cirúrgica, deverão se credenciar junto ao SUS.

Referências Bibliográficas:

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:19 jun. 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6202

2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [on-line]. [Acessado em: 19 jun. 2011]. 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: 19 jun. 2011]. 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: 19 jun. 2011]. 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 [on line]. [Acessado em: 20 jun. 2011]. 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: 19 jun. 2011]. 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: 20 jun. 2011]. 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 setembro de 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 sob o 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 voluntária, ou não, da gestação antes de completar 22 semanas. Quando a idade gestacional não é conhecida, utilizam-se como parâmetros o peso fetal menor do que 500 gramas, ou ainda, estatura que não ultrapasse 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 no Código Penal nos artigos 124 até 127. Já, o aborto legal ou permitido por lei é explicitado no artigo 128 do CPB1 em situação bem caracterizada de exclusão de antijuridicidade, cujo texto é:

> Não se pune o aborto praticado por médico:
> Se não houver outro meio de salvar a vida da gestante.

> Se a gravidez for resultante de estupro e o aborto for precedido do consentimento da gestante e, quando menor ou incapaz, de seu representante legal.

Embora legalizado desde 1940 pelo Código Penal Brasileiro nas duas circunstâncias acima, é somente em 1989, através de Portaria do Município de São Paulo, que se garantiu o acesso a interrupção legal da gravidez por estupro no Brasil[2]. Mais recentemente, desde o ano de 1993, mais de 5.000 Autorizações Judiciais vem caracterizando uma jurisprudência dominante brasileira, nas situações de malformações fetais graves irreversíveis e incompatíveis com a vida extra-uterina.

Os critérios e procedimentos obrigatórios pela legislação e as recomendações éticas a serem observados para uma interrupção da gravidez nos casos previstos em Lei são os seguintes:

Na gravidez por estupro - Aborto Sentimental

A Lei Penal estabelece que apenas o termo de consentimento para interrupção da gestação decorrente de estupro é exigência jurídica no Brasil, entretanto, a Portaria nº 1.508/2005 – GM/Ministério da Saúde,[3] 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". Esta 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.

Termos e Documentos obrigatórios para interrupção da gravidez por estupro:

1- 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. 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;

2- Parecer Técnico, após detalhada anamnese, exame físico geral e ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e demais exames complementares que porventura 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 (enfermeira, psicóloga, assistente social), que anotarão suas avaliações em documentos específicos;

3- Termo de aprovação de procedimento de interrupção da gravidez decorrente de estupro, assinados por no mínimo 3 (três) integrantes da equipe multiprofissional, não podendo haver desconformidade com a conclusão do Parecer Técnico;

4- Termo de Responsabilidade, assinado pela gestante ou quando incapaz, por seu representante legal, onde constará advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica[1] (art. 299 do código penal) e do aborto[1] (art. 124 do código penal), caso não tenha sido vítima de violência sexual;

5- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido[4], onde constará em linguagem acessível, os desconfortos e riscos, os procedimentos que serão adotados quando da intervenção médica, a forma de acompanhamento e assistência, 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[3].

Recomendações éticas para a interrupção da gravidez decorrente de estupro:

1- Atendimento com equipe multidisciplinar;

2- 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;

3- Esclarecê-la sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde;

4- Informá-la da possibilidade de interrupção da gravidez decorrente de estupro;

5- Da mesma forma e com mesma ênfase, devem ser esclarecidas do direito e da possibilidade de manterem a gestação até o seu término, garantindo-se os cuidados pré-natais apropriados;

6- Nesse caso, também devem receber informações completas e precisas sobre as alternativas após o nascimento, que incluem entre permanecer com a criança e inseri-la na família, ou proceder com os mecanismos legais de doação;

7- A palavra da mulher que afirma ter sofrido violência, deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade;

8- O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde e seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados a Polícia ou Justiça;

9- 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[5], quanto ao limite da idade gestacional de até 20 semanas, a ser observada para a interrupção por estupro, além de quais as técnicas cirúrgicas e medicamentosas cientificamente recomendadas.

10- A decisão pela realização do abortamento em gestação decorrente de estupro cabe aos serviços de saúde, não sendo necessária a obtenção de autorização judicial[6].

11- A lei penal brasileira não exige alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento em casos de gravidez decorrente violência sexual[7]. O mesmo cabe para o Boletim de Ocorrência Policial 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 a apresentação dos mesmos[6].

12- Código Penal Brasileiro, artigo 20, § 1º, 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 foram cumpridas pelo serviço de saúde, no caso de verificar-se, posteriormente, a inverdade da alegação somente a gestante, em tal caso, responderá criminalmente[6].

No risco de morte materna - Aborto Terapêutico

Recomendações éticas para a interrupção da gestação no risco de morte materna:

1- Avaliação de no mínimo dois profissionais (ideal que sejam três), sendo ainda que um deles deverá ser clínico geral ou especialista na patologia que está motivando a interrupção.

2- O Prontuário Médico deverá conter as justificativas médicas detalhando o risco materno. O preenchimento completo do prontuário médico da paciente é obrigatório por toda a equipe, onde deverão ser anotadas as opiniões e avaliações.

3- Ter clareza de que a interrupção da gestação é a única e a mais adequada maneira de preservar a saúde da gestante.

4- Ter a anuência e/ou consentimento livre e esclarecido assinado pela gestante ou por seus familiares, salvo se isto não for possível, em situações de eminente risco de vida.

5- Ter apoio e acompanhamento de uma equipe multiprofissional especialmente de psicólogos, tendo em vista que a gestação é desejada.

6- Em situações especiais, por exemplo: coma, choque, câncer, quimioterapia, radioterapia; a conduta deve ser individualizada e discutida com a equipe médica e multidisciplinar.

7- Não é necessário autorização judicial, nem laudo do IML, Boletim de ocorrência , nem comunicação ao CRM[4].

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 extra-uterina.

Mesmo não estando previstas nas possibilidades legais do Código Penal Brasileiro, tem sido possível a interrupção da gestação mediante autorização judicial.

Dentre as causas mais freqüentes está a anencefalia. Entretanto, toda e qualquer patologia fetal, incompatível com a vida, tem sido objeto de autorização judicial. Num levantamento de 263 autorizações judiciais, as causas mais freqüentes de autorizações judiciais foram: anencefalia (104), malformações congênitas múltiplas (39), malformações do sistema urinário (34 casos) anomalias ósseas (17), erros de fechamento da linha média (10)[8].

A Síndrome de Down (Trissomia do cromossomo 21), patologia freqüentemente diagnosticada ainda dentro do primeiro trimestre, por não ser incompatível com a vida extra-uterina não tem justificativa para obtenção de autorização judicial para a interrupção.

Malformações fetais, porém com chance de sobrevida, não têm embasamento legal para a interrupção da gestação, salvo naqueles casos que envolvem risco de morte materna, conseqüente à patologia fetal.

A malformação fetal que mais comumente tem sido levada a decisão dos Tribunais brasileiros é a anencefalia, cujo diagnóstico é 100% seguro através da ultrassonografia realizada por volta da 12ª semana de gravidez[9]. Há severas repercussões para a saúde reprodutiva da mulher que se vê forçada a prosseguir com a gestação de feto anencéfalo, tais como, a maior frequência de complicações maternas, como hipertensão arterial e aumento do volume de líquido amniótico (polidrâmnio)[10]. A ocorrência de polidrâmnio eleva o risco de complicações na gravidez, favorecendo o surgimento de alterações respiratórias, podendo ainda,

ocorrer hemorragias vultosas por descolamento prematuro da placenta, hemorragias no pós-parto por atonia uterina[11]. A literatura médica reconhece que o sofrimento psíquico gerado pela gestação de um feto anencefálico pode promover quadro de estresse pós-traumático de longa duração[12].

Recomendações éticas diante de uma gestação por anomalia fetal grave e incompatível com a vida extra-uterina:

Em primeiro lugar o nosso 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].

Assim sendo, é dever do médico dar todas as informações necessárias à mulher ou ao casal diante de um diagnóstico tão ominoso para ela. Através de uma boa interação e acolhimento, com informações claras e precisas, se auxilia na tomada de decisões por parte da paciente e do casal. Verificou-se que a decisão pela interrupção 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[12].

O Comitê de Aspectos Éticos Relativos à Reprodução Humana e Saúde da Mulher, instituído pela Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (FIGO), concluiu que o parto de um feto portador de severas malformações pode acarretar prejuízos físicos e mentais à mulher e à família, considerando como antiético negar ao casal 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[14].

A) Em caso de decisão por manutenção da gravidez:

1- Acolhimento e acompanhamento multidisciplinar em Serviço de Pré-Natal de Alto Risco.

2- 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.

3- Acompanhamento por equipe multidisciplinar (médico, psicólogo, enfermeiro), da gestante ao longo de todo o processo do pré-natal até o parto e puerpério.

B) Em casos de decisão por interrupção da gravidez:

1- Relatório Técnico – Parecer Psicológico (quando disponível) atestando a capacidade mental plena e de decisão da gestante, o grau de sofrimento psíquico e concordante com o desejo da gestante.

2- Um ou mais exames de ultrassonografia morfológica, assinado por dois médicos, detalhando os achados no organismo fetal, com laudo atestando tratar-se de anencefalia ou outra malformação fetal grave irreversível, incompatível com a vida extrauterina.

3- Relatório Técnico – Parecer Médico atestando o diagnóstico da patologia, o fechado prognóstico fetal e os riscos de agravo à saúde física, mental, e o risco de morte materna.

4- Elaboração, pela Gestante, de Petição ao Judiciário solicitando a Autorização Judicial para a interrupção da gestação por tratar-se de feto com graves malformações fetais incompatíveis com a vida extrauterina, acompanhado dos Pareceres Médico, Psicológico (se houver) e os Laudos Ultrassonográficos, bem como da referência bibliográfica anexa.

5- Orientação para retorno urgente ao Serviço, assim que estiver de posse da Autorização Judicial para a interrupção da gravidez.
6- Assinatura do Termo de Consentimento Pós-informado para interrupção da gravidez.
7- O esclarecimento à mulher deve ser realizado em linguagem acessível e constar:
    a) os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde e prognóstico fetal;
    b) quais os procedimentos que serão adotados quando da realização da intervenção médica; e 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[15].
    c) a forma de acompanhamento e assistência, bem como, os profissionais responsáveis;
    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.
    e) deverá conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez, assinado ou identificado por impressão datiloscópica, pela gestante ou, se for incapaz, também por seu representante legal;
    f) realizar o procedimento de interrupção da gravidez através da melhor técnica disponível de acordo com a idade gestacional e o quadro clínico.

g) No momento da alta, agendar consulta de revisão puerperal com obstetra e com psicóloga (se disponível no Serviço).

Objeção de consciência diante de uma situação de abortamento

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 médico que o faça e quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do médico(a);
c) No atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência[16].

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 anti-sepsia, como por exemplo nas introduções de sonda uterina, agulhas de tricô e outras substâncias. Na maior parte das vezes, evolui com hemorragia e infecção uterina, podendo haver septicemia e falência de múltiplos órgãos decorrentes da infeção. Este quadro grave requer medidas urgentes médicas e/ ou cirúrgicas, a fim de que se evite a evolução para o óbito materno – que é uma conseqüência possível. O aborto inseguro[17] realizado em condições de risco representa uma importante causa de morte materna na cidade de São Paulo.

Estima-se que sejam realizados perto de 1 milhão de abortos por ano no Brasil[18].

Evidentemente que para se firmar o 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, vê-se o médico 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 esta situação coloca a paciente em uma situação de risco de morte. Somente com uma boa interação e confiança na relação médico-paciente pode-se 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, temor de 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 Cremesp n° 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 acor-

> do com as necessidades clínicas da paciente, objetivando um menor agravo 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 mesma. 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[20]."

Código de Ética Médica

No que diz respeito aos artigos do Código de Ética Médica[13] 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, em como para a resolução dos abortamentos por técnicas aspirativas, como a aspiração manual intra-uterina. 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.

Desta maneira, consideramos que exercem a medicina de forma ética os médicos que respeitam os artigos do Código Penal, especialmente aqueles que dizem respeito às permissões legais de abortamento, assim como aqueles 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 Bibliográficas:

1. Brasil. Decreto-Lei nº 2848, de 07 de dezembro de 1940. Código de Processo Penal. [acessado em:27. jun. 2011]. 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. 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.

4. Rosas CF, coord. Ética em Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2002.
5. 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.
6. 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
7. Frigerio MV. Aspectos bioéticos e jurídicos do abortamento seletivo no Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Fetal.2001;7: 12-8.
8. Posição da Febrasgo sobre gravidez com fetos anencéfalos [on-line]. [acessado em: 01 set.2011]. Disponível em: http://itpack31.itarget.com.br/uploads/fba/arquivos/Carta-FETO-ANENCEFALO.pdf
9. Orozco LT. La anencefalia como indicación médica para interrumpir el embarazo: sustento bibliográfico. Revista Peruana de Ginecología y Obstetrícia; 2006:52(1):40-5.
10. Medical Task Force on Anencephaly. The Infant with Anencephaly. New England Journal of Medicine; 1990:322:10;669-674 .
11. 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.
12. Conselho Federal de Medicina (Brasil). 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 I, p. 90-2, retificado em 13 out. de 2009. p. 173.
13. 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.
14. 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.
15. World Health Organization. Unsafe Abortion. 1998
16. Adesse L, Monteiro M. Estudo da Magnitude do Aborto no Brasil.2005
17. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 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.
18. 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.
19. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Consulta nº 23.480/1998. Dispõe sobre a interrupção de gravidez com morte fetal intra-útero, utilizando-se métodos aplicados intra-útero (injeção de cloreto de potássio no sangue do cordão umbelical ou intracardiaca fetal). Aprovado na 2.345ª Reunião Plenária de 29 de outubro de 1999.
20. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. Manual de Orientação a Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista por Lei. São Paulo;2010. 58p.
21. Proposta de protocolo de atenção à saúde da mulher com gravidez de anencéfalo. [Em discussão na área técnica de saúde da mulher / DAPES/SAS/Ministério da saúde-2011]. [não publicado]

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 compreende-se 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 a que se alcance a igualdade, o desenvolvimento e a paz[3].

No Brasil, a Lei Nº 12.015/2009[4] alterou o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848/1940 - Código Penal[5], e o art. 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 art. 5º da Constituição Federal[7], passando a serem considerados crimes sexuais, as situações que atentem *contra a dignidade sexual, a liberdade sexual, e introduzindo-se o conceito de vulnerabilidade sexual, além de considerar crime, qualquer forma de exploração sexual.*

O estupro passou a ser tipificado no Art. 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,* incluem 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*, incluído na tipificação do Estupro. Alguns outros Artigos da Lei 12.015/2009 devem ser considerados por sua prevalência, tais como, o Art. 217-A, que tipifica o Estupro de vulnerável: "Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos[4]". Com esta mesma interpretação de vulnerabilidade, também 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."

A Lei tipifica ainda 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 freqüentes e que, 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 universal[9] que atinge, indistintamente, mulheres de todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas[10]. Em nosso meio, apesar da falta de estatísticas apropriadas, admite-se que apenas entre 10 a 20% dos casos que realmente acontecem, cheguem ao conhecimento das autoridades competentes. A subnotificação[11], reflexo da relutância e do constrangimento da mulher em denunciar o ocorrido, decorre 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 conseqüências bio-psico-sociais[12] são difíceis de mensurar, embora afetem 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, freqüentemente 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 conseqüências físicas e emocionais[12].

Princípios éticos do atendimento de emergência

O médico deveria 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[14].

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[15]. 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[16]. 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 especial atenção. 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 deveriam 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[12,17]. Além disso, as vítimas deveriam receber informações claras e completas sobre seus direitos, e esclarecimentos quanto aos efeitos possíveis da agressão sexual para sua saúde reprodutiva. Esta etapa do atendimento é fundamental para proteger a mulher dos danos e agravos da violência e deve ser instituída

até 100 horas da violência sexual[18].

No entanto, é exatamente nesse momento em que a mulher encontra grande dificuldade em receber atendimento apropriado. 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[19]. 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 conseqüências.

O atendimento aos eventuais traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, não constitui o ponto principal do problema. No entanto, deveria 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, atendendo-se as orientações do Código de Ética Médica[20]. 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[14]. 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[14].

Mas é no campo da contracepção de emergência e da profilaxia das DST/Aids que as dificuldades, na prática, se acumulam. 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.

Neste caso, 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[21].

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 em contrário[22]. 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 espermatozóides. Não há qualquer evidência científica de que a contracepção de emergência hormonal possa atuar sobre o processo de nidação e resultar em abortamento[21]. Frente a essas condições, restaria refletir sobre as conseqüências 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 numa 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%[23]. A Lei 2848, 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[5]. Nos casos de gravidez decorrente de estupro, somente o médico pode praticar o abortamento e o consentimento da gestante, ou de seu representante legal, é imprescindível[24]. No entanto, apesar da lei datar de 1940, ou seja, por quase 70 anos, 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 conseqüências, 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 representativas 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[25], 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/MS, 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[26]". Esta Portaria estabelece as condições necessárias e obrigatórias a serem seguidas para adoção de qualquer medida de interrupção de gravidez no Brasil, exceptuando-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 sua representante legal, bem como, por dois profissionais do serviço. 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, 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 ultrassongráfico. Paralelemente, 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 decorrente de estupro, assinados por no mínimo 3 (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, onde constará advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica (art. 299 do código penal) e do aborto (art. 124 do código penal), caso não tenha sido vítima de violência sexual;

Termo de consentimento livre e esclarecido, onde constará em linguagem acessível, os desconfortos e riscos, os procedimentos que serão adotados quando da intervenção médica, a forma de acompanhamento e assistência, 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 sendo um direito da mulher proceder a denúncia[19].

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 a 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[12,16].

Para cada opção, os serviços de saúde deveriam 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 cada vez mais 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[16]. Essa posição é garantida pela lei e pelo Código de Ética Médica e deve sempre ser preservada[20].

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 conseqüências 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[16]. A simples negação em realizar o procedimento, abandonando a mulher à própria sorte, tem conseqüências graves e deveria ser ponto de reflexão de cada médico. 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 apresente-se brutalmente ferida para ser acreditada. Para as crianças, raras portadoras de marcas físicas da violência, sequer admitimos que sua palavra possa ter a mesma credibilidade daquela que oferecemos ao adulto agressor. Tendemos a considerar seus relatos fantasiosos, incapazes de diferenciar o lúdico do real. As privamos de seus direitos simplesmente por serem crianças, protegendo, incompreensivelmente, o agressor. Entendemos 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 trato digno, respeitoso e acolhedor. E que as possamos proteger da revitimização. Cabe aos profissionais de saúde o reconhecimento de seu importante papel no destino dessas mulheres. E o exercício ético e responsável de medidas

protetoras de sua saúde e de seus direitos humanos.

Referências Bibliográficas:

1. Rosas CF, coordenador. Ética em Ginecologia e Obstetrícia. 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: 13 set. 2011]. Disponível em: http://www.agende.org.br/home/Cedaw_ContraInforme_13julho_se.pdf

3. IV Conferencia mundial sobre os direitos da mulher da ONU. Beijing; 1995.

4. Brasil. Lei nº 12.015, de 7 agos. 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. [on-line]. [acessado em: 13 set. 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm

5. Brasil. Decreto-Lei nº 2848, de 07 de dezembro de 1940. Código de Processo Penal. [acessado em:27. jun. 2011]. 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. [acessado em:13. set. 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8072compilada.htm

7. Brasil. Lei nº 9263, de 12 jan de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. [acessado em:18. jun. 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=9819

8. 8-Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. [on-line]. [Acessado em: 27 jun.2011]. 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 Obstetrícia y Ginecología/FLASOG.2011

11. National Victim Center.Crime Victims Research and Treatment Center. Rape in America: A Report to the Nation;1992.

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. Mariscal JDO. Propuesta de Estándares regionales para la elaboración de protocolos de atención integral temprana a vícitmas de violência sexual. Orozco LT [Editor]. Comite de derechos sexuales y reproductivos da Federación Latinoamericana de Sociedades de Obsetrícia y Ginecologia/ Flasog. Lima, Perú. 2011.

15. Mariscal JDO. Buenas prácticas para la atención de la violência sexual contra las mujeres. Orozco LT [Editor]. Comité de Derechos sexuales y Reproductivos / Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetrícia y Ginecologia/Flasog. Lima, Perú. 2010

16. 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.

17. Jenny C, Hooton TM, Bowers A. Sexually transmitted diseases in victims of rape. N. Engl. J. Med. 1990;322:713-6.

18. Manual de Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista por Lei – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. 2010

19. 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

20. Conselho Federal de Medicina (Brasil). 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 I, p. 90-2, retificado em 13 out. de 2009. p.173.

21. 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

22. World Health Organization. Emergency contraception: a guide for service delivery. Geneve : WHO, 1998. 59p.

23. Lathrop A. Pregnancy resulting from rape. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.1998;27(1): 25-31

24. Torres J H R. Aspectos legais do abortamento. Jornal da Rede Saúde. 1999; (18): 7-9.

25. Faúndes A, Oliveira G, Andalaft Neto J, Costa L JR. II Fórum interprofissional para implementação do atendimento ao aborto previsto na lei. Femina. 1998; 26:134-8.

26. 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.

6.4

REPRODUÇÃO ASSISTIDA. CESSÃO TEMPORÁRIA DE ÚTERO

A Reprodução Assistida provoca intenso debate internacional. Já há países com leis e regulamentação bem definidas. Outros, como o Brasil, caminham muito lentamente nesse sentido.

A Resolução do CFM nº 1.358, de 11/11/1992, que dispunha sobre normas éticas para a utilização das técnicas de Reprodução Assistida perdurou por vários anos[1].

Diante dos avanços tecnológicos e científicos, o país necessitava, com urgência, atualizar tal regulamentação, única referência para os profissionais médicos que exercem a especialidade.

Desde 1993, tramitaram vários projetos de lei (PL) sobre Reprodução Assistida na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. Em apertada síntese, vamos enumerá-las:

1993 – PL 3638 Luiz Moreira – Institui normas para utilização de técnicas de RHA;

1997 – PL 2855 – Confúcio Moura - Dispõe sobre a utilização de técnicas de RHA e dá outras providências;

1999 – PL 0090 – Lúcio Alcântara - Dispõe sobre a RA;

2000 – INC 1039 – Francisco Garcia – Sugere ao Poder Executivo, por intermédio do Ministério da Saúde, a adoção de critérios para realização de procedimentos de RA no âmbito do SUS;

2001 – PL 4665 – Lamartine Posella – Dispõe sobre a autorização de fertilização humana in vitro para os casais comprovadamente incapazes de gerar filhos pelo processo natural de fertilização e dá outras providências;

2002 – PL 6296 – Magno Malta – Proíbe a fertilização de óvulos humanos com material genético proveniente de células de doador do gênero feminino;

2003 – PL 0120 – Roberto Pessoa – Dispõe sobre a paternidade de pessoas nascidas de técnicas de RA;

2003 – PL 1135 – Dr. Pinotti – Dispõe sobre a RHA;

2003 – PL 1184 – Senado Federal – Dispõe sobre a RA;

2003 – PL 2061 – Maninha – Disciplina o uso de técnicas de RHA como um dos componentes auxiliares no processo de procriação em serviços de saúde, estabelece penalidades e dá outras providências;

2004 – REQ 0032 – Jandira Feghali – Solicita seja convocada Audiência Pública a fim de debater os Projetos de Lei sobre RA em tramitação no Congresso Nacional

2004 – INC 2929 – Jamil Murad – Sugere ao MS a implantação do programa de criopreservação de sêmen;

2004 – PL 4555 – Henrique Fontana – Dispõe sobre a obrigatoriedade da natureza pública dos bancos de cordão umbilical e placentário e do armazenamento de embriões resultantes da fertilização assistida e dá outras providências;

2004 – PL 4686 – José Carlos Araújo – Introduz artigo

1.597-A à Lei nº 10.406/02 que institui o Código Civil, assegurando o direito ao conhecimento da origem genética do ser gerado a partir da RA, disciplina a sucessão e o vínculo parental, nas condições que menciona;

2005 – RIC 3440 – Nilson Mourão – Solicita informações ao Sr. Ministro de Estado da Saúde sobre a Política Nacional de Atenção Integral em RA;

2005 – PL 4889 – Salvador Zimbaldi – Estabelece normas e critérios para o funcionamento das clínicas de RH;

2005 – PL 5624 – Neucimar Fraga – Cria programa de RA no SUS e dá outras providências;

2005 – PL 6150 – Osmânio Pereira e co-autores – Dispõe sobre o Estatuto do Nascituro (nascituro in vitro) e dá outras providências.

Todos esses feitos foram sofrendo apensamentos, emendas, tramitações conjuntas, arquivamentos e se transformaram, basicamente, em dois grandes projetos: o PL 0054/02 e o PL 1184/03. É interessante observar que o PL 0054/02 era absolutamente idêntico à Resolução CFM nº 1.358/92[1].

As principais diferenças entre os dois projetos relacionamos a seguir:

PL / Procedimento	PL 0054/02 (Res. CFM1358/92)	PL 1184/03
RA em casamentos não estáveis / solteiras	Sim	Sim
Acesso à identidade dos doadores / receptores	Não	Não
Acesso à identidade dos doadores quando pedido pela pessoa nascida	---	Sim
Tipificação de crime	Não	Sim
Gestação de substituição	Sim	Não
Criopreservação de embriões	Sim	Não
Descarte de pré-embriões	Não	---
Nº máximo transferência pré-embriões	4	2
Redução embrionária	Não	Não

Entretanto, esses dois projetos foram arquivados no Congresso Nacional, por decurso de prazo e a Resolução CFM nº 1.358/92[1] foi revogada e substituída pela Resolução CFM nº 1.957/10, ganhando novas regras[2].

Assim, a nova Resolução passa a regular o número de embriões utilizados, assim como a gestação de substituição (doação temporária de útero) e o acesso à técnica por mulheres solteiras e em uniões homossexuais. Permanece em suspenso uma das questões recorrentes em reprodução assistida que diz respeito ao destino a ser dado aos embriões congelados e não utilizados pelos pais. A Resolução CFM 1.957/10[2] manteve a dúvida, que pairava na Resolução nº 1.358/92[1], ao determinar que os excedentes viáveis devam

ser criopreservados, sem definir por quanto tempo.

O que muda:
- Estabelece o critério por idade para a transferência de embriões para a receptora: dois em mulheres de até 35 anos; três, de 36 a 39; e quatro, após os 40 anos;
- Permite que todos possam ser usuários da técnica, deixando implícito que isso inclui uniões homoafetivas e mulheres solteiras;
- Consente o uso de material genético de doador falecido, contanto que esse expresse seu consentimento em vida.

Continuam proibidos:
- Descarte de embriões;
- Sexagem, exceto quando feita para evitar doenças ligadas ao sexo;
- Doação de gametas com fins lucrativos ou comerciais;
- Divulgação do nome de doadores/receptores;
- Fecundação de oócitos humanos com qualquer outra finalidade que não a de procriação humana;
- Redução embrionária.

Também o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1931, de 17/09/09, publicado no DOU de 24/09/09 e retificações em 13/10/09) no que diz respeito à matéria[3], acreditamos que tenha aprimorado:

Responsabilidade profissional

É vedado ao médico:

> Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.
>
> § 1º No caso de procriação medicamente

assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:
I - criar seres humanos geneticamente modificados;
II - criar embriões para investigação;
III - criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3º Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

Art. 16. Intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência.

A Reprodução Assistida também desperta extenso debate mundial na esfera religiosa e, nesse aspecto, é relevante a manifestação do Cardeal Carlo Maria Martini, Bispo de Milão, Itália (jornais O Estado de S.Paulo e Folha de S.Paulo, de 22/04/2006). Martini se disse "prudente" ao falar sobre a fecundação por meio de doação, da mesma forma que quando se trata de decidir "sobre o destino de embriões que poderiam estar destinados a morrer e cuja implantação em uma mulher, mesmo solteira, parece preferível à pura e simples destruição".

Sobre os embriões congelados, que possivelmente nunca

serão utilizados, o cardeal disse: "Onde há um conflito de valores, parece-me eticamente mais significativo me inclinar pela solução que permite que uma vida se expanda, em vez de deixá-la morrer. Mas entendo que nem todos serão dessa opinião".

Cessão ou doação temporária de útero (útero de substituição)

A doação temporária de útero é possível, desde que preenchidos os requisitos estabelecidos na Resolução CFM nº 1.957/10[2]. Em seu item VII, dispõe sobre a gestação de substituição temporária de útero, esclarecendo que as clínicas, centros ou serviços de Reprodução Humana podem usar técnicas de Reprodução Assistida para criar a situação identificada como gestação de substituição, desde que exista um problema médico que impeça ou contra-indique a gestação na doadora genética.

As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização dos Conselhos Regionais de Medicina.

O principal aspecto ético a ser considerado na gestação de substituição é que esta não poderá ter caráter lucrativo ou comercial, sendo vedada qualquer modalidade remunerada conhecida como "útero ou barriga de aluguel".

Outras situações que diferem das estabelecidas pela Resolução nº 1.957/10[2], devem ser direcionadas aos Conselhos Regionais de Medicina. Nesse sentido, o Cremesp publicou a Resolução nº 165/07, revogada e substituída pela Resolução nº 232/11, que estabelece os requisitos que devem ser atendidos pelos interessados na utilização das técnicas de Reprodução Assistida, de "doadoras temporárias de útero" que não pertencem à família da mulher infértil para fins de

autorização[4,5].

Assim são os casos de mulheres receptoras que não pertencem à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau e requerem autorização. São amigas da doadora genética e alegam que a cessão terá caráter gratuito.

A solução torna-se mais complexa quando a doadora genética tem irmãs, portanto, parentes em segundo grau, que não concordam em receber os embriões.

Outro aspecto a ser esclarecido à paciente doadora genética e desejosa de ter filhos são as conseqüências para o estado de filiação da criança, não havendo em nosso país jurisprudência sobre o assunto: "A criança com duas mães" - sendo uma mãe genética (que doou seu óvulo para a obtenção do embrião in vitro) e uma mãe gestacional (que recebeu o embrião em seu útero e deu à luz a criança). Deve-se portanto, se firmar claramente um contrato, estabelecendo a questão da filiação nesta condição em particular, visto que esta questão é inexistente quando na reprodução por meios naturais.

Assim, há de se ressaltar que, por inexistir jurisprudência a respeito, deverá ainda ser decidido pelo Judiciário quanto ao direito à maternidade, se a questão surgir futuramente entre a doadora e a receptora.

Referências Bibliográficas:

1. Conselho Federal de Medicina (Brasil). 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. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.957 de 15 de dezembro de 2010. 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.

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. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº 165, de 10 julho de 2007. Estabelece, com base na Resolução CFM 1.358/92, Inciso VII, item 1, os requisitos que devem ser atendidos pelos interessados na utilização das técnicas de reprodução assistida, de "doadoras temporárias de útero" que não pertencem à família da mulher infértil para fins de autorização do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, 27 jul. 2007; Seção 1:108.

5. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº 232, de 4 outubro de 2011. Estabelece, com base na Resolução CFM 1.957/10, Inciso VII, item 1, os requisitos que devem ser atendidos pelos interessados na utilização das técnicas de reprodução assistida, de "doadoras temporárias de útero" que não pertencem à família da mulher infértil para fins de autorização do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, 11 out. 2011; Seção 1:224.

OS DIREITOS DA GESTANTE E A LEGISLAÇÃO

7

A Constituição Federal de 1988, ao estabelecer os direitos e garantias fundamentais, prevê 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[1]". Também, ao determinar os direitos sociais, estabelece que: "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 deste Título trata "Da Seguridade Social", que compreende um "conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social[1]".

Mais especificamente, no Art. 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 e executoriedade, como possibilidade de sua aplicação jurídica. Traduzem os elementos socioideológicos da Constituição, onde se acham 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, 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, a fim de assegurar a todos os cidadãos uma existência digna.

O direito à saúde é um direito originário, fundado na Constituição e não na legislação infraconstitucional. Esse direito pode ser invocado mesmo que não haja uma lei específica, pois tem força imediatamente vinculante, ou seja, vincula todo o Poder Público. Sua imperatividade direta é reconhecida como imposição constitucional aos órgãos públicos. É um direito que pode ser exigido diretamente do Estado para que este intervenha e assegure a saúde dos cidadãos.

Em razão disso, as ações e serviços de saúde devem ser efetivados por todas as esferas de governo – União, Estados, Distrito Federal e Municípios – de forma regionalizada e hierarquizada, por meio do Sistema Único de Saúde, o SUS.

O Poder Público tem buscado melhor efetivação do direito à saúde por meio de seus gestores, os quais possuem a chamada "competência concorrente" na sua executoriedade, ou seja, todas as esferas de governo estão compelidas à realização de políticas públicas em saúde, nos termos da lei.

O Estado é obrigado a manter o indivíduo são, como também a evitar que ele se torne doente, estabelecendo medidas preventivas. Por isso, ao tratarmos dos direitos da gestante e do neonato, devemos abordar medidas de atenção à saúde antes, durante e depois do parto.

A Lei nº 8.080/90 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, pelo Sistema Único de Saúde – SUS, que forma 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].

Pretendemos aqui abordar a atual legislação, bem como as políticas públicas que vêm sendo formuladas e implementadas em todas as esferas de Poder relativas à gestante e aos neonatos, a fim de demonstrar como o Poder Público intenta dar eficácia aos direitos fundamentais estabelecidos na Constituição, em especial à saúde das mulheres e seus filhos.

I – Da legislação na área médica

– Planejamento familiar

A Legislação Federal estabelece regras gerais de planejamento familiar a serem executadas conjuntamente por Estados e Municípios, na Lei nº 9.263/96[3]. 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, ao atendimento pré-natal, a 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 e do câncer 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[3].

No Estado de São Paulo, a Lei Estadual nº 12.732, de 11/10/2007, institui o *Programa de Orientação em Saúde e Atendimento Social à Gravidez Precoce e Juvenil*, destinado a crianças, adolescentes e jovens gestantes[4]. 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.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo publicou a Resolução SS-SP nº 5, de 2000, a qual estabelece critérios para a efetivação dos procedimentos de esterilização nos estabelecimentos hospitalares[5].

No âmbito municipal, a Prefeitura de São Paulo, pela Lei nº 14.485 de 19/7/2007, estabelece no calendário oficial de eventos do Município a *Semana de Orientação e Prevenção da*

Gravidez na Adolescência, promovendo palestras, exposições e debates públicos sobre o assunto e temas correlatos, buscando contribuir para a diminuição deste índice, bem como das situações de exclusão social da gravidez precoce[6].

A Lei Municipal nº 14.904, de 2009, institui o *Programa de Prevenção à Gravidez* no Município de São Paulo, cujo objetivo é prevenir a gravidez na adolescência, propagar o programa de planejamento familiar, prevenir doenças sexualmente transmissíveis, resgatar as adolescentes para a cidadania e ingressá-las em projetos sociais[7].

O Conselho Federal de Medicina também publicou a Resolução CFM nº 1811/06, a qual estabelece normas éticas para utilização, pelos médicos, da anticoncepção de emergência como método alternativo para a prevenção da gravidez, por não provocar danos nem interrupção desta[8].

– Incentivo ao parto normal

O Ministério da Saúde, pela Portaria nº 985/GM, de 5/8/1999, criou os *Centros de Parto Normal – CPN*, no âmbito do SUS, para o atendimento ao parto normal sem distocias[9]. Tal Portaria será revogada a partir de março/2012 pela Portaria MS/GM nº 2048, de 2009[10].

Importante salientar que o Cremesp – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo tomou conhecimento de que no Município de São Paulo foram criados os Centros de Parto Normal (as "Casas de Parto"), que não possuem um profissional médico em seus quadros, o que desobedece ao disposto na Portaria nº 569, de 1/6/2000, do Ministério da Saúde, a qual estabelece a equipe profissional mínima para unidades hospitalares na realização de parto[11] e, tendo conhecimento, ainda, de que esses estabelecimentos feriam o disposto na Portaria nº 31, de 15/2/1993, do Ministério da Saúde[12], que determina a presença de pediatra ou neonatologista na sala de

parto para a assistência ao recém-nascido, criou a Resolução Cremesp nº 111, de 23/11/2004[13]:

> Artigo 1º: 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;
>
> Artigo 2º: O médico, lotado em qualquer unidade ou instituição de serviços de assistência médica, deverá notificar ao Diretor Clínico e/ou Diretor Técnico o recebimento de pacientes oriundos dos estabelecimentos citados no Artigo 1º desta Resolução e, por sua vez, o Diretor Clínico e/ou Diretor Técnico notificará o fato, por escrito, ao Cremesp, encaminhando toda a documentação pertinente;
>
> Artigo 3º: O profissional médico que prestar assistência domiciliar, acompanhar o transporte de paciente em ambulância ou na função de perito, atuar na avaliação médico-legal de paciente, todos provenientes dos locais citados no Artigo 1º desta Resolução, também deverá informar a ocorrência, por escrito, ao Cremesp.

– Gestante de alto risco

Considerando a carência dos serviços na área de atendimento à gestante de alto risco nos grandes centros urbanos, o Ministério da Saúde institui o *Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco*, firmando convênios com as Secretarias Estaduais de Saúde e destinando verbas para esse fim (Portaria MS nº

3.016/98)[14].

Estabelece na Portaria MS nº 3.477/98 mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar no atendimento à gestante de alto risco, que deverão contar com unidades de referência terciária e secundária, buscando hierarquizar os diversos níveis de complexidade no atendimento a essa gestante. A norma descreve todos os requisitos para inclusão de hospitais nos sistemas estaduais em atendimento terciário[15].

– Assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério

Tendo em vista a necessidade de acesso a um atendimento de qualidade e de redução de taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal, bem como a necessidade de adotar medidas que possibilitem o avanço da organização e regulação do sistema de assistência à gestação e ao parto, o Ministério da Saúde institui na Portaria MS/GM nº 569, de 1/6/2000, o *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN*, no âmbito do SUS[11].

Tal programa tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do SUS. Esta norma estabelece como direitos da gestante (Art. 2º):

a) Atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

b) Acompanhamento pré-natal adequado e de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

c) Saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

d) 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 II desta Portaria;

e) O recém-nascido tem direito à adequada assistência neonatal;

f) As autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.

O Anexo I da Portaria trata dos princípios gerais e condições para o adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, estabelecendo os deveres das unidades integrantes deste sistema, quais sejam:

1) Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;

2) Garantir os seguintes procedimentos:

2.1. Realização de, no mínimo, 6 (seis) consultas de acompanhamento pré- natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação;

2.2. Realização de 1 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;

2.3. Realização de exames laboratoriais (ABO-Rh, VDRL, Urina, Glicemia, HB/Ht).

3) Oferta de testagem anti-HIV nos Municípios com população acima de 50 mil habitantes;

4) Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante;

5) Realização de atividades educativas;

6) Classificação de risco gestacional;

7) Garantir às gestantes, classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial ou hospitalar à gestação de alto risco.

Toda unidade básica deverá usar instrumentos para o registro de dados que possibilitem o adequado acompanhamento da evolução da gestação e que garantam o monitoramento do desempenho da atenção pré-natal no serviço de saúde. Os instrumentos de registro são os seguintes: Cartão da Gestante (principais dados de acompanhamento da gestação), Ficha Perinatal (registros de cada consulta, da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério), Ficha de registro de procedimentos e atividades necessárias ao monitoramento do desempenho da atenção pré-natal.

O Anexo II desta mesma Portaria estabelece os princípios gerais e condições para a adequada assistência ao parto, a fim de receber com dignidade a mulher e o recém-nascido com práticas humanizadas e seguras. Assim, todas as unidades integrantes do SUS têm como responsabilidade:

1) atender todas as gestantes que as procurem;

2) garantir a internação de todas as gestantes atendidas e que dela necessitem;

3) estar vinculada à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente;

4) transferir a gestante ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;

5) estar vinculada a uma ou mais unidades que prestam assistência pré-natal, conforme determinação do gestor local;

6) garantir a presença de pediatra na sala de parto;

7) realizar o exame de VDRL na mãe;

8) admitir a visita do pai sem restrição de horário;

9) garantir a realização de atividades e dispor de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos enunciados nesta norma.

As Portarias MS/GM 570 e 571, de junho de 2000, criam, respectivamente, o estímulo a Estados e Municípios a incrementar a qualidade do acompanhamento pré-natal que prestam às suas gestantes, promovendo o cadastramento destas e a adoção de medidas necessárias à organização e regulação da assistência, bem como investimentos nesta área assistencial, por meio da implantação das *Centrais Estaduais e Municipais de Regulação*

Obstétrica e Neonatal. A Portaria nº 572 trata dos recursos que se destinam ao custeio dessa sistemática[16,17,18].

A Lei nº 11.634, em 27/12/2007, garante à gestante atendida pelo SUS 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 se dará no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal[19].

Em 3/6/2008, a Anvisa edita a Resolução nº 36, 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[20].

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. As principais alterações são as seguintes:

- 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.

- 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.

No Município de São Paulo, foi criado o "Programa Mãe Paulistana" pela Lei Municipal nº 13.211/2001[21] regulamentada pelo Decreto 46.966/2006[22] o qual estabelece a execução da rede de serviços de saúde de assistência obstétrica e neonatal no Município. Recentemente, a fim de ampliar este programa, a Portaria SMS_G nº 2117/2010 estabeleceu princípios e diretrizes do conjunto de ações regulatórias a serem executadas pela Central de Regulação Obstétrica e Neonatal da Rede de Proteção à Mãe Paulistana[23].

– Prioridade de atendimento

A Lei nº 10.048 de 2000 trata do atendimento prioritário de pessoas portadoras de deficiência, idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes e lactantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo[24]. 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.

– Programa "Bolsa-Alimentação"

O Programa 'Bolsa-Alimentação' foi instituído pelo Governo Federal em 2001, Decreto nº 3.934/01, visando conceder benefício em dinheiro às gestantes, nutrizes e crianças de seis meses a seis anos e onze meses, em risco nutricional, pertencentes a famílias que possuam renda per capita inferior ao valor fixado nacionalmente em ato do Poder Executivo para cada exercício, para melhoria da alimentação[25].

Para tanto, a família deverá cumprir uma agenda de compromissos que inclui participação nas ações básicas de saúde, com enfoques predominantemente preventivos, tais como pré-natal, vacinação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno e atividades educativas em saúde, que serão coordenados, avaliados e controlados pelo Ministério da Saúde, sendo sua implantação de responsabilidade dos Municípios.

– HIV e sífilis

A fim de reduzir a transmissão vertical de HIV e a morbimortalidade associada à sífilis congênita, o Ministério da Saúde edita a Portaria nº 2.104/02, instituindo no âmbito do SUS o *Projeto Nascer-Maternidades*[26]. O Projeto consiste em estabelecer testagem para o HIV no período pré-parto imediato, e com consentimento informado da gestante, das parturientes que não tenham realizado essa testagem durante o pré-natal; garantir medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV para 100% das parturientes HIV positivas detectadas e seus

recém-natos; garantir o seguimento especializado das puérperas HIV positivas e seus recém-natos; testar para sífilis 100% das parturientes atendidas no SUS; garantir o tratamento adequado de 100% dos casos de sífilis adquirida em parturientes e de sífilis congênita dos recém-natos diagnosticados, dentre outros.

No Estado de São Paulo, as Leis Estaduais nº 10.449/99 e 11.973/05 obrigam os serviços de saúde públicos ou privados a oferecerem gratuitamente a realização de exames de detecção de vírus HIV e da sífilis, hepatites B e C, leucemia, linfoma e alterações neurológicas, em todas as gestantes com histórico clínico que indique a possibilidade de contaminação[27,28].

– Da interrupção da gravidez

O Código Penal Brasileiro prevê dois tipos de causas excludentes de antijuridicidade do crime de aborto[29]:

> Artigo 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 o denominado aborto terapêutico ou necessário, e a segunda, o chamado aborto sentimental ou humanitário. Juridicamente, aborto significa nascer prematuramente, ou seja, antes do tempo. Palavra derivada de "ab-ortus", 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 morte do concepto, 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. Neste caso, deve estar caracterizado o "estado de necessidade", ou seja, 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 preservado o bem jurídico que a lei considera mais importante – 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. Deve o médico ser o árbitro nesta situação, e 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, é boa conduta que essa paciente seja 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. Saliente-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, onde também constem os riscos e todas as informações relativas ao procedimento e suas consequências.

É importante esclarecer que, se o médico for induzido ao engano pela gestante ou por terceiros quanto à ocorrência da violência sexual, o médico não responderá pelo crime (Art. 20, §º1º do Código Penal)[29].

O Ministério da Saúde edita uma *Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*[30]. 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. Tal Norma Técnica diz que:

> De acordo com o Decreto-Lei n.º 2848, 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 nº 1.508, de 1/9/2005, do Ministério da Saúde, dispõe sobre o *Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez*[31]. O procedimento é composto de quatro fases que deverão ser registradas em formato de "Termos" anexados aos Prontuários Médicos, sendo elas: 1) Relato circunstanciado do evento, realizado pela própria gestante, perante dois profissionais de saúde do serviço; 2) Intervenção do médico que emitirá Parecer Técnico após detalhada anamnese, exame físico, ginecológico, laudo ultrassonográfico e demais exames; 3) Assinatura da gestante do Termo de Responsabilidade ou, se for incapaz, de seu representante legal;

4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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 poderia 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 alegarem ter engravidado após estupro, mas não apresentarem Boletim de Ocorrência sobre a violência sexual, pois se trata de uma Norma Técnica, ato do Poder Executivo, e não de uma lei ou de decisão do Judiciário, as quais poderiam, de fato, dar esse tipo de garantia aos médicos.

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 insegurança ao médico. Neste caso, é recomendável, portanto, que se apresente tal documento.

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[29], não há excludente de criminalidade deste 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, permite identificar os fetos comprometidos por afecções graves. Tal situação tem colocado casais diante da perspectiva de verem seus filhos com limitações graves e nulas 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 judicial.

O caso específico de interrupção de gravidez de fetos anencéfalos está sendo tratado na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF nº 54 perante do Supremo Tribunal Federal. Primeiramente, havia sido concedida liminar autorizando o procedimento em julho de 2004, acolhendo os argumentos apresentados pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde, consistentes principalmente na afronta aos princípios da *"dignidade da pessoa humana"*, da *"legalidade"*, da *"liberdade"* e da *"autonomia da vontade"*, além do *"direito à saúde"*. Porém, em outubro de 2004, a liminar foi revogada. Atualmente, a ação encontra-se aguardando julgamento de mérito[32].

– Do direito de acompanhante à parturiente

A Lei Federal nº 11.108, de 7/4/2005, 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[33].

No Estado de São Paulo, a Lei Estadual nº 13.069, de 12/6/2008, obriga os hospitais públicos e privados conveniados ao SUS a informar ao cidadão sobre o direito à presença de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato[34].

– Das informações sobre nascidos vivos e óbitos às autoridades competentes

No ano de 2004 houve o lançamento do *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*, pela Presidência da

República, que estabeleceu metas para a redução da mortalidade infantil e materna.

O Ministério da Saúde regulamentou, por meio de sua Secretaria de Vigilância à Saúde, pela Portaria nº 116, de 11/2/2009, a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde[35].

Tal Portaria estabelece o conjunto de ações relativas à coleta de dados sobre os óbitos ocorridos no país, que compõem o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), bem como quanto aos dados sobre nascidos vivos que compõem o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).

Para garantir este sistema, a SVS deve garantir ferramentas que assegurem aos Gestores Estaduais e Municipais a retroalimentação dos dados de interesse.

As Secretarias Estaduais de Saúde ficam responsáveis pela descentralização do sistema até o nível municipal e pela distribuição e controle dos formulários de Declaração de Óbito (DO) e Declaração de Nascidos Vivos (DN) junto às Secretarias Municipais de Saúde, as quais 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 15/5/2004, regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações para o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc[36]. 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:

a) 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.

b) No caso de parto domiciliar, com assistência médica, a DN deverá ser preenchida pelo médico responsável.

c) No caso de parto domiciliar, sem assistência médica, a DN deverá ser preenchida pelo Cartório de Registro Civil.

Visando a disponibilizar para a população em geral os serviços registrais de nascimento, a Corregedoria de Justiça do Estado de São Paulo resolve, pelo Provimento nº 03/2003, 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[37].

No âmbito do Município de São Paulo, a Lei Municipal nº 13.805, de 7/5/2004, institui o *Programa de Registro Civil na Maternidade*, destinado 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[38]. Assim, os pais, ao receberem o atestado de nascido vivo, deverão ser informados pela maternidade do hospital que poderão realizar o registro imediato.

Especificamente em relação aos óbitos maternos, a Portaria nº MS/GM nº 653, de 28/5/2003, estabelece que "o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas[39]".

Em 5/6/2008, o Ministério da Saúde edita a Portaria MS/GM nº 1.119, que regulamenta a vigilância de óbitos maternos para todos os eventos, confirmados ou não, independentemente do local de ocorrência, a ser realizado por profissionais de saúde. Tal norma estabelece que[40]:

> Art. 2º 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 subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência;
>
> § 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;
>
> § 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;
>
> § 3º Para fins de investigação, são considerados óbitos de mulheres em idade fértil aqueles ocorridos em mulheres de 10 a 49 anos de idade.

No Estado de São Paulo, a Secretaria de Saúde, por meio da Resolução SS-SP nº 59, de 3/6/2008, constitui junto aos

Departamentos Regionais de Saúde, Comitês Regionais de Vigilância à Morte Materna e Infantil, a fim de 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 desses óbitos, bem como elaborar relatório anual sobre a situação da mortalidade materna[41].

Já a Portaria MS/GM nº 72, de 11/1/2010, estabelece que a vigilância ao óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde públicos e privados que integram o SUS. 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 a identificar os fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis[42].

O Conselho Federal de Medicina disciplina a questão pela Resolução CFM nº 1.779/05[43]:

> Art. 2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão as 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 (quinhentos) 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.

II – Da legislação trabalhista e previdenciária

– Da licença-maternidade

O Brasil é signatário da Convenção nº 103 da Organização Internacional do Trabalho – OIT, de 1952, que trata sobre a proteção da maternidade[44]. Este 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 à mulher da licença-maternidade de pelo menos 12 semanas; da obrigação de que pelo menos seis semanas sejam após o parto; do direito de remuneração durante a licença, não inferior a dois terços de sua remuneração prévia e suficiente para garantir sua manutenção 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; bem como que se evite ilegalidade de demissão durante a licença-maternidade.

Na legislação nacional, a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, Decreto-Lei nº 5.452, de 1/5/1943, 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 Art. 392 que a empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo do emprego e do salário. Em caso de parto antecipado, a mulher terá direito ao mesmo período[45].

A trabalhadora adquire estabilidade no emprego depois de confirmada a gravidez até cinco meses após o parto e, neste período, fica expressamente vedada a sua dispensa arbitrária

ou sem justa causa.

O Tribunal Superior do Trabalho edita a seguinte Súmula quanto à garantia de emprego da gestante[46]:

> 244 - Gestante. Estabilidade provisória. (Res. 15/1985, DJ 9/12/1985. Redação alterada - Res 121/2003, DJ 19/11/2003. Nova redação em decorrência da incorporação das Orientações Jurisprudenciais nºs 88 e 196 da SDI-1 - Res. 129/2005, DJ. 20/4/2005).
>
> 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). (ex-OJ nº 88 – DJ 16/4/2004).
>
> 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. (Ex-Súmula nº 244 – Res. 121/2003, DJ 19/11/2003).
>
> III - Não há direito da empregada gestante à estabilidade provisória na hipótese de admissão mediante contrato de experiência, visto que a extinção da relação de emprego, em face do término do prazo, não constitui dispensa arbitrária ou sem justa causa. (Ex-OJ nº 196 - Inserida em 8/11/2000).

O 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 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.

A legislação trabalhista (Lei 10.421/2002) protege ainda a empregada que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança (Art. 392-A), mediante apresentação do termo judicial de guarda à adotante, garantindo-lhe também a licença-maternidade, nos seguintes termos[47]:

> § 1º - No caso de adoção ou guarda judicial de criança até 1 (um) ano de idade, o período de licença será de 120 (cento e vinte) dias;
>
> § 2º - No caso de adoção ou guarda judicial de criança a partir de 1 (um) ano até 4 (quatro) anos de idade, o período de licença será de 60 (sessenta) dias;
>
> § 3º - No caso de adoção ou guarda judicial de criança a partir de 4 (quatro) anos até 8 (oito) anos de idade, o período de licença será de 30 (trinta) dias.

Durante a licença, a empregada terá direito ao salário integral e, quando variável, calculado de acordo com a média dos 6 (seis) últimos meses de trabalho. Em caso de aborto não criminoso (espontâneo), comprovado com atestado médico, a mulher terá um repouso remunerado de 2 (duas) semanas. Para amamentar o filho, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um.

Em São Paulo, a Lei Complementar nº 1.054, de 7/7/2008, 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 (cento e oitenta) dias com vencimentos ou remuneração. Também estende esta 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[48].

Há em trâmite na Câmara dos Deputados um Projeto de Lei, PL nº 2.932/2008, para que as empresas privadas concedam às suas empregadas a licença com período de 180 dias[49]. Quem arcaria com o valor dos 60 dias a mais seria o próprio empregador, com possibilidade da concessão de incentivos fiscais. Esse projeto aguarda apreciação e aprovação.

No âmbito municipal, a Lei nº 13.379, de 24/6/2002[50], alterada pela Lei n° 14.872/08, estabelece licença-maternidade especial às servidoras do Município de São Paulo, mães de recém-nascidos pré-termo, ou seja, quando o concepto nasce antes de 37 semanas de gestação. Essa lei garante os 180 dias de licença, acrescidos do período correspondente à diferença entre o nascimento a termo e a idade gestacional do recém-nascido, devidamente comprovada[51]. A comprovação deverá ser feita por meio do exame clínico (Capurro, Ballard, Dubowic), realizado nas primeiras 48 (quarenta e oito) horas de vida, com laudo expedido por pediatra.

Importante mencionar a existência da licença-paternidade que consiste no afastamento do trabalho ao pai, durante cinco dias corridos, a contar da data do nascimento da criança, sem prejuízo do salário durante o período de afastamento.

– Da previdência social

A Seguridade Social compreende um conjunto de ações dos poderes públicos e da sociedade que visa a 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 8.213/91, Art. 18, "g")[52]. 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 (cento e vinte) dias, com início no período entre 28 (vinte e oito) 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 à sua empregada gestante, 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, este 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 esta norma proíbe o recebimento

conjunto do salário-maternidade com o benefício do auxílio-doença.

– Da proteção do trabalho

O Ministério do Trabalho e Emprego edita a Portaria MTE/GM nº 41, de 28/2/2007, para proibir 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[53].

Em São Paulo, a Lei Estadual nº 10.849, de 6/7/2001, autoriza 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[54].

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 periculosas e insalubres, o que inclui a proteção das trabalhadoras gestantes.

Na área de saúde, por exemplo, a NR 32 impede que a trabalhadora 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[55].

Pelo exposto, podemos verificar que a Constituição de 1988[1], ao prever em seu Artigo 196 que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, tornou-se uma referência para ações dos

três Poderes da República no sentido de assegurar esta 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 maior justiça social.

Neste sentido, procuramos apresentar a legislação existente que assegura o atendimento adequado à mulher gestante, com o objetivo de diminuir a morbimortalidade materna e neonatal, grave problema de saúde pública no Brasil.

Referências Bibliográficas:

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (1988) [on-line]. [Acessado em 28 jul 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituiçao.htm

2. Brasil. Lei nº 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. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set 1990; Seção 1:18055.

3. Brasil. Lei nº 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. 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.

4. São Paulo (Estado). Lei nº 12.732, de 10 de outubro 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. Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, 12 out. 2007; Seção 1:1

5. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Resolução nº 5, de 11 de janeiro de 2000. Estabelece critérios para a efetivação dos procedimentos de esterilização no âmbito do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, 12 jan. 2000; (8):Seção 1:13-4.

6. São Paulo (Município). Lei nº 14.485, de 19 de julho de 2007. Consolida a Legislação Municipal referente a datas comemorativas, eventos e feriados do Município de São Paulo, e dá outras providências [on-line]. [Acessado em: 08 jul 2011]. Disponível em: http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=03082007L 144850000

7. São Paulo (Município). Lei nº 14.904, de 6 de fevereiro de 2009. Institui o Programa de Prevenção à Gravidez no Município de São Paulo. Diário Oficial da Cidade; São Paulo, SP, 7 fev. 2009:1.

8. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1.811, de 14 de dezembro de 2006. Estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da Anticoncepção de Emergência, devido a mesma não ferir os dispositivos legais vigentes no país. Diário

Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 17 jan. 2007; Seção 1:72

9. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 1999; (150-E):Seção 1:51-2

10. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2048, de 3 de setembro de 2009. Aprova o regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 4 set. 2009; Seção 1:61-210.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 18 ago. 2000; (160-E): Seção 1:112-4 – Republicada.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 31, de 15 de fevereiro de 1993. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 17 fev. 1993; Seção 1.

13. São Paulo (Estado). Conselho Regional de Medicina. Resolução nº 111, de 23 de novembro de 2004. Dispõe quanto aos procedimentos que o médico deve cumprir em relação aos estabelecimentos denominados casas de parto. Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, 25 nov. 2004; (221):Seção 1:92

14. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.016, de 19 de junho de 1998. Instituir o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jun. 1998; Seção 1:33-4.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.477, de 20 de agosto de 1998. Criar mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 21 ago. 1998; Seção 1:55-6.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 570, de 1 de junho de 2000. Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 18 ago. 2000; (160-E):Seção 1, Republicada.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 571, de 1 de junho de 2000. Institui o Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 2000; (110-E):Seção 1:8.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 572, de 1 de junho de 2000. Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 14 nov. 2000; (219-E):Seção1:26-7, Republicada.

19. Brasil. Lei nº 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. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 2007; Seção 1: 2.

20. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal [on-line]. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jul. 2008; Seção 1:45-8, Republicada.

21. São Paulo (Município). Lei nº 13.211, de 13 de novembro de 2001. Dispõe sobre a instituição do Programa de Proteção da Saúde da Gestante e do Recém-Nascido no Município, e dá outras providências [on-line]. [Acessado em: 13 jul. 2011]. Disponível em: http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=14112001L 132110000

22. São Paulo (Município). Decreto nº 46.966, de 2 de fevereiro de 2006. Regulamenta a Lei nº 13.211, de 13 de novembro de 2001, estruturando a Rede de Proteção à Mãe Paulistana, para a gestão e execução da rede de serviços de saúde de assistência obstétrica e neonatal no Município de São Paulo [on-line]. [Acessado em: 13 jul. 2011]. Disponível em: http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=03022006D 469660000

23. São Paulo (Município).Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº 2.117, de 24 de julho de 2010. Estabelece a integração e organização dos serviços de saúde para a assistência materno-infantil no Município de São Paulo, conforme grade de referência da rede de proteção à Mãe Paulistana. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, 24 jul. 2010:20-9

24. Brasil. Lei nº 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.

25. Brasil. Decreto nº 3.934, de 20 de setembro de 2001. Aprova o Regulamento do Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde: "Bolsa-Alimentação" e dá outras providências. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 21 set 2001; Seção 1: 3

26. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.104, de 19 de novembro de 2002. Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Projeto Nascer-Maternidades. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 21 nov 2002; Seção 1: 48

27. São Paulo (Estado). Lei nº 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

28. 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

29. Brasil. Decreto nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [on-line]. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, 31 dez 1940:2391. [Acessado: 28 jul 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848compilado.htm

30. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes [on-line]. 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. 73p [Acessado em: 28 jul 2011]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/norma_tecnicaPrevencao2.pdf

31. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.508, de 1 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, 2 set. 2005; Seção 1:124-5

32. Brasil. Supremo Tribunal Federal. ADPF-00 nº 54/DF-Distrito Federal [on-line]. Adequação - Interrupção da Gravidez - Feto Anencéfalo - Política Judiciária - Macroprocesso. [Acessado em: 28 jul 2011]. Disponível em: http://www.stf.gov.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=argui%E7%E3o+548pagina=1&base=baseAcordaos

33. 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. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, de 8 abr. 2005; (67):Seção 1:1.

34. São Paulo (Estado). Lei nº 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 [on-line]. Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, 13 jun. 2008; Seção 1:1.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 116, 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.

36. São Paulo (Município). Portaria SMS nº 325, de 15 de maio 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 do Município; São Paulo, SP, 15 maio 2004; (92):23-4.

37. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Corregedoria Geral da Justiça. Provimento nº 03/2003. Os Oficiais de Registro Civil das Pessoas Naturais de localidade onde haja maternidades, públicas ou particulares, deverão, por si, ou na pessoa de preposto autorizado, este ad referendum da Corregedoria Geral da Justiça, deslocar-se diariamente às maternidades para recolher as declarações de nascido vivo, com a manifestação de vontade dos genitores para, em seguida, proceder ao registro do nascimento nas dependências da Serventia. Diário da Justiça do Estado de São Paulo, 28 mar 2003.

38. São Paulo (Município). Lei nº 13.805, de 7 de maio de 2004. Institui o Programa de Registro Civil na Maternidade, e da outras providencias [on-line]. [Acessado em: 29 jul 2011]. Disponível em: http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/pesqnumero.asp?t=L&n=13805&a=&s=&var=0

39. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 653, de 28 de maio de 2003. Estabelecer que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 30 maio 2003; (103):Seção 1:79.

40. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jun. 2008; Seção 1:48-50.

41. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Resolução nº 59, de 3 de junho de 2008. Normaliza a constituição dos Comitês Regionais de Vigilância à Morte Materna e Infantil, a que se reporta Resolução SS-109, de 06 de agosto de 1997, no âmbito dos Departamentos Regionais de Saúde - DRS, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, 4 jun. 2008; Seção 1:24.

42. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jan. 2010; Seção 1:29-31.

43. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 05 dez. 2005; Seção 1:121

44. Organização Internacional do Trabalho. Convenção nº 103. Proteção da maternidade [on-line]. [Acessado em: 28 jul 2011]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/convencoes/cv_103.asp

45. Brasil. Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho [on-line]. [Acessado em: 28 jul 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del5452.htm

46. Brasil. Tribunal Superior do Trabalho. Súmula nº 244. Gestante. Estabilidade Provisória. [on-line]. [Acessado em: 28 jul 2011]. Disponível em: http://www.tst.gov.br/ [jurisprudência/livro de súmulas].

47. Brasil. Lei nº 10.421, de 15 de abril de 2002. Estende à mãe adotiva o direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade, alterando a Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943, e a Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991 [on-line]. [Acessado em: 13 jul. 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10421.htm

48. São Paulo (Estado). Lei-Complementar nº 1.054, 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 [on-line]. Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, 8 jul. 2008; Seção 1:1.

49. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 2932/2008. Acrescenta dispositivos ao art. 392 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre a extensão da licença-maternidade, nos casos em que especifica; acrescenta o art. 71-B à Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, e dá outras providências [on-line]. [Acessado: 27 jul 2011]. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=385470

50. São Paulo (Município). Lei nº 13.379, de 24 de junho de 2002. Institui a licença-maternidade especial para servidoras municipais, mães de bebês prematuros, e dá outras providências [on-line]. Diário Oficial do Município de São Paulo, 25 jun 2002:1.

51. São Paulo (Município). Lei nº 14.872, de 31 de dezembro de 2008. Dispõe sobre a ampliação dos períodos da licença-gestante, da licença por adoção e da licença-maternidade especial [on-line]. [Acessado em: 13 jul. 2011]. Disponível em: http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=01012009L 148720000

52. Brasil. Lei nº 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: 28 jul 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8213compilado.htm

53. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 41, de 28 de março de 2007. Disciplina o registro e a anotação de Carteira de Trabalho e Previdência Social de empregados [on-line]. [Acessado em: 28 jul 2011]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2007/p_20070328_41.pdf

54. São Paulo (Estado). Lei nº 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 [on-line]. [Acessado em: 28 jul 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6204

55. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Gabinete do Ministro. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadoras nº 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde [on-line]. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 nov. 2005; Seção 1: 80-94.

8

O ASSÉDIO SEXUAL EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Dentre os médicos de todas as especialidades reconhecidas no Brasil, os ginecologistas-obstetras são os mais denunciados no Cremesp, independente do motivo, respondendo isoladamente por, no mínimo, 10% do total geral de denúncias recebidas a cada ano. A Ginecologia e Obstetrícia é a única especialidade que atinge dois dígitos na porcentagem de denúncias por qualquer motivo dentre todas as especialidades, longe do segundo lugar, ocupado pela Pediatria, com aproximadamente 5% do total geral de denúncias. Todas as demais especialidades atingem isoladamente cifras abaixo de 5% do total anual de denúncias por qualquer motivo[1].

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 3,6 por mês, ou então aproximadamente uma sindicância por semana[2]. Estes números deixam claro que, ao contrário do que desejaríamos acreditar, a frequência com que o assunto em questão bate às portas do Cremesp 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 de assédio sexual. 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 no quinquênio[2].

Se considerarmos que a área de reprodução humana pertence à especialidade da Ginecologia-Obstetrícia, chegaremos à incrível cifra de quase 50% do total de denúncias de assédio sexual naquele período creditados a essa especialidade isoladamente, ficando esta com uma proporção de denúncias 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[2].

Do total de médicos de todas as especialidades julgados por assédio sexual, aproximadamente um terço foi considerado culpado e recebeu penas diversas[1].

Pesquisa norte-americana utilizando entrevistas com mais de 1.000 pessoas, entre profissionais e pacientes[3], 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.

Frente aos dados sumariamente expostos acima, salta aos olhos a fundamental importância para médicos em geral, e para ginecologistas-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-Obstetrícia.

Considerações conceituais

Na linguagem coloquial é comum o uso indiscriminado dos termos "abuso", "agressão", "violência" e "assédio" sexuais como sinônimos, o que tecnicamente não é adequado. A definição oficial do significado vigente desses termos, em especial o "assédio sexual", é de natureza jurídica e encontra-se no texto da Lei Federal nº 12.015/2009, que modificou o Código Penal Brasileiro[4], e tipificou os crimes contra a dignidade sexual nos seguintes termos:

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:

Pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos.

§ 1º. Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 18 (dezoito) ou maior de 14 (catorze) anos:

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 12 (doze) anos.

§ 2º. Se da conduta resulta morte:

Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.

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:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.

Parágrafo único. Se o crime é cometido com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa.

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.

Pena - detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos.

§ 2º. A pena é aumentada em até um terço se a vítima é menor de 18 (dezoito) anos.

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:

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) 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.

§ 3º. Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena - reclusão, de 10 (dez) a 20 (vinte) anos.

§ 4º. Se da conduta resulta morte:

Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.

Satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente

Art. 218. Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.

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:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

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 da persuasão, como ocorre na violação sexual mediante fraude. Sua característica diferencial é a obtenção de vantagem sexual por meio 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 (agente) que ocupa a posição daquele que exerce o poder enquanto a outra pessoa (vítima) inevitavelmente ocupa a posição de subordinação ao poder exercido pela primeira. Essa é a natureza das relações patrão-empregada, chefe-subordinada, religioso-fiel, professor-aluna, terapeuta-cliente e 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 graças ao uso de um poder que é atributo próprio e individual do agente, seja o poder da força física, ou o poder da comunicação manipuladora e enganadora, respectivamente.

Diferentemente daqueles, 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 sim 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 literalmente 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 as cura, então estamos tratando de um poder bastante 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, 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[5].

No Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa[6] 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 dela cuida é uma pessoa especial, cheia de méritos, portanto merecedora digna da confiança que se lhe deposita. Ao tomar ciência do diagnóstico do agravo à saúde, a programação genética do Instinto de Defesa/Ataque é automaticamente ativada, pois a notícia da doença é reconhecida instintivamente como ameaça a alguma dimensão da vida, seja predominantemente à dimensão biológica, psíquica ou social. Ativado 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, resta à paciente confiar no médico. A paciente necessita sentir o "1. sentimento de quem confia", pois tal sentimento exerce um efeito ansiolítico intenso, profundo e duradouro em sua pessoa, efeito este que é justamente aquela "2. segurança íntima com que se procede".

Quando a paciente vê na face de seu médico alguém que merece confiança, alguém com quem ela pode ter "6. familiaridade" e, portanto, alguém em quem ela pode depositar "3. 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 "5. esperança firme" na paciente.

Por isso, pessoas em busca de cuidados geralmente procuram escolher um médico pelo critério da "4. boa fama" profissional, pois esta favorece o rápido surgimento do "1. sentimento de quem confia". Por outro lado, quando o médico está em seu papel profissional, deve ter a justa, legítima, prudente e milenar preocupação de angariar o máximo possível de "4. boa fama". Além do que isso representa de potencial terapêutico para o benefício da paciente, a "4. boa fama" que porventura o médico conquista individualmente funciona como *feedback* positivo que reforça o "3. crédito, fé" que a sociedade deposita na profissão médica e nos médicos em geral.

Quando, ao exercer a profissão, o médico logra gozar de "4. boa fama" entre as pacientes, os colegas e a sociedade em geral, e vê no cotidiano que as pacientes depositam nele "3. crédito, fé", buscando desenvolver com ele uma "6. familiaridade", e também manifestam "5. esperança firme" no seu trabalho, é ele, médico, quem experimenta aquela agradável e ansiolítica "2. segurança íntima com que se procede". Esse efeito ansiolítico da boa Relação Médico-Paciente sobre o próprio médico 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 num lugar de fé, um templo religioso na Ilha de Cós (Grécia), dedicado a Asclépio, deus da cura, mais tarde adotado como deus 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 com fé por aquela visita curadora, deitados pelo chão do templo.

Hipócrates observou e aprendeu com seu pai quão fundamental era o poder da fé que os doentes depositavam em Asclépio. Esse estado mental favorecia o processo da cura e permitia a seu pai, fantasiado de Asclépio, ser 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 divorciada do poder do "mito do curador", que desperta a confiança (fé) do paciente em seu médico. Tanto que se dedicou não apenas à sistematização técnica da prática médica, mas também, com igual empenho, a perpetuar o poder do mito por meio 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 sim por duas obras complementares e indissociáveis: os Aforismos e o Juramento. Nos Aforismos, o poder do saber técnico. No Juramento, o compromisso do uso ético daquele poder[7].

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 dos 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 da Ética Médica se não existisse o Poder Médico.

A primeira serve exatamente como baliza, como farol, como sinalizador dos caminhos e maneiras pelos quais o segundo deve ser usado. E todos os caminhos e maneiras apontam numa 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 entranhas nem emana das palavras grafadas em seu diploma. O Poder

Médico é uma ferramenta que se lhe depositam 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 onde o médico se insere, e cabe exclusivamente à paciente, como representante dessa sociedade perante o médico, a autoridade para autorizar seu médico a usar desse poder e exercer 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. Mesmo que ele próprio, neófito, sinta-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, literalmente, confiante, crente no poder que espera seja 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 (não místico!) 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, ensejando processo de ressarcimento 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.

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[8].

Diversos artigos do Código de Ética Médica[9] 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. (...)
>
> Principio 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 médico ginecologista-obstetra como inevitável referência técnica em sexualidade

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. 16), passando por Descartes (séc. 17), pela Revolução Industrial (séc. 19), chegando aos nossos dias numa situação onde o pensamento médico encontra-se a uma distância perigosamente grande do conceito global e abrangente de ser humano, bem como 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, e 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[10].

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. Pior ainda se elas tentam e não funcionam.

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), 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 tão "mecânica" tecnicamente e tão machista culturalmente a ponto de confundir a necessidade de apoio e orientação emocionais da paciente com "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. As pacientes são pessoas inteiras, que esperam que seus ginecologistas entendam de tudo que elas fazem com seus aparelhos reprodutores, até de amor! 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 consequente insegurança para a abordagem de questões sexuais de suas pacientes[11].

Tal situação torna-se mais preocupante na medida em que, desde 11/4/2002, a Sexologia passou a ser reconhecida oficialmente como "área de atuação" da Ginecologia[12], o que acentuou a tendência do ginecologista ser cada vez mais e mais o profissional de referência em sexualidade feminina para as pacientes e para os demais profissionais da saúde. É urgente que os responsáveis pela formação dos ginecologistas no Brasil atentem para isto, criando programas curriculares, obrigatoriamente de caráter interdisciplinar, na graduação e na Residência de Ginecologia-Obstetrícia, de capacitação nos conteúdos básicos da Sexologia Médica. Muitas denúncias de assédio sexual envolvendo ginecologistas poderiam ser evitadas no futuro pelo investimento na boa qualidade e no caráter interdisciplinar desses programas.

Diversos Artigos do Código de Ética Médica[9] apoiam as ideias acima expostas, e dentre eles citamos:

> 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 nestes 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 é "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. 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. Estas pacientes podem entender esse modo de exame ginecológico "mecanicamente" realizado como desrespeitoso à dignidade, e daí até a denúncia

de "assédio sexual" basta um passo.

Por isso é oportuno citar as recomendações do Comitê de Ética do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas[13]:

1. 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 médico, independente do sexo do acompanhante.

2. 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[14]:

(...) Que (os médicos) expliquem às pacientes, previamente e de forma detalhada, os procedimentos que irão realizar durante o exame ginecológico (...).

Por outro lado, o Artigo 31 do Código de Ética Médica[9] 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. Isto se aplica para os casos em que a paciente recuse a presença de terceiros durante o exame ginecológico. Em 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.

Os principais artigos do Código de Ética Médica[9] 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.

Sinais precoces que antecedem uma conduta inadequada

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, estas ilusões e fantasias podem colocar na "pauta emocional" (subentendida, não falada, não dita) da relação ginecologista-paciente a possibilidade imaginária de encontrar satisfação para essas carências por meio 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 sim 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 televisão 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 mortais comuns, e que possuiria o condão de resolver sua dificuldade sexual graças a 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 paciente. 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 de que

ela necessita, e passa a ter pelo médico os mesmos desejos de vingança que tem pelos outros homens que a exploram[3].

2. Comportamento inadequado por parte do ginecologista-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 trabalham na sexualidade da mulher.

O trabalho na sexualidade das pacientes exige capacitação técnica e serenidade emocional, o que implica, obrigatoriamente, a capacidade de colocar freios nas demandas do instinto, principalmente do instinto sexual. Curiosamente, ao contrário do senso comum, o simples avançar da idade parece que não traz serenidade automática. Em pesquisa recente, Cohen[15] estudou a população de 150 médicos denunciados por assédio sexual no Cremesp – no período de 2000 a 2005 – e encontraram que a idade média dos assediadores era de 46,8 anos, dentro de uma faixa de variação de 30 a 76 anos, mas com grande concentração na faixa de 46 a 75 anos. Estes achados enfraquecem as hipóteses culturalistas-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 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 a 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[3].

Tanto na hipótese da 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 sinta-se levado pelas circunstâncias, ou mesmo que ele venha a ser constrangido pela paciente, permanece a tipificação do assédio sexual, e o médico estará sempre arcando solitariamente com toda a responsabilidade criminal que porventura decorra dessa aproximação sexual.

Vale sempre a pena lembrar Sigmund Freud, criador da Psicanálise, que ensinava que todo comportamento emocional da paciente na relação com seu médico deve ser tomado por este como um mero sintoma, ou seja, deve ser interpretado e diagnosticado como elemento da personalidade da paciente no cenário da relação profissional[16].

Na hipótese do médico perceber que tem dificuldade de resistir às maneiras sedutoras ou às fantasias amorosas da paciente (que sempre são sintomas!), pois elas encaixam-se e complementam as fantasias do próprio homem-médico, cuidado: o médico está pronto para entrar rapidamente numa situação típica de assédio sexual. Vale a pena procurar por ajuda profissional adequada, antes que a responsabilidade criminal 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[9], 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 o 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[17].

Por fim, vale citar que alguém já teve 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 e fita cassete 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 diagnósticos 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.

Referências Bibliográficas:

1. 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.

2. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Estatísticas da Seção de Denúncias de 2006 a 2010. São Paulo. 2011.

3. 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.

4. Brasil. Lei 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 [on-line]. [Acessado em 16 agos. 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm

5. 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; 2003.

6. Weiszflog W. Michaelis: moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 2008.

7. Brunini CRD. Aforismos de Hipócrates. São Paulo: Typus; 1998. 173 p.

8. Drezett J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. J Rede Saúde. 2000; 22: 9-12.

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 Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção I, p. 90-2.

10. Riechelmann JC. Medicina psicossomática 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.

11. Abdo CHN, Oliveira Jr WM. O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais. RBM. 59(3):179-186.

12. 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. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 29 abr.2002; (81): Seção 1:265-66

13. Costa SIF. Sexualidade e profissão: o status como meio de coação. Revista Ser Médico. 2000; III (12):28-30.

14. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Recomendação nº 1, de 21 de junho de 1988. Não publicada em Diário Oficial.

15. 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.

16. Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago; 1996.

17. 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.

9

A RELAÇÃO DO MÉDICO QUE EXERCE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA COM AS EMPRESAS FARMACÊUTICAS E DE EQUIPAMENTOS

Hipócrates, ao qual se atribui o titulo de pai da medicina, tem reconhecido até hoje o seu trabalho dando um caráter sistemático a essa ciência, ao entender que as doenças tinham causa e curso que podiam ser modificados. Centrou, deste modo a prática da observação e descrição das doenças, utilizando-se da anamnese e do exame físico[1]:

Separou também a parte mística da medicina, que atribuía as doenças à ira dos deuses, traçando desta maneira, os pilares para o desenvolvimento da medicina científica, que passou a evoluir desde então.

Ao longo de cerca de 2500 anos, a medicina tem evoluído continuamente, sem afastar-se dos princípios morais exigidos pela sociedade, sem afastar-se 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 os seus produtos, no caso os medicamentos, tendo como sustentação conceitos financeiros e de mercado.

O interesse da indústria é vender mais o seu produto, buscando o lucro e nem sempre o melhor interesse do paciente.

Como o lucro é premissa básica para o capitalismo, é este lucro que mantém o interesse no desenvolvimento de novos produtos e na concorrência com os demais laboratórios.

Com estas premissas fica evidenciado um nítido conflito de interesse entre 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 estes conflitos dizem respeito aos cidadãos, que poderão ser afetados por este conflito, há uma preocupação social e uma busca em redigir normas éticas que visem a 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), vacinas e correção de hábitos alimentares, têm sido decisivos para o aumento do patamar de

saúde, de uma maneira geral.

Para que estes avanços sejam alcançados, faz-se necessária intensa atividade de pesquisa com grande número de pesquisadores e um montante intenso de recursos financeiros, voltados para a indústria farmacêutica.

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

Para se ter uma ideia de sua magnitude, conforme dados da Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica, as vendas de medicamentos de 550 laboratórios alcançaram 17 bilhões de reais em um período de 12 meses, 2003 a 2004, ocupando a 11ª posição no ranqueamento do mercado farmacêutico mundial em relação a vendas no varejo. Nesse período foram vendidas 1,5 bilhão de caixas de remédios. A previsão de crescimento do setor é de 7% a 10% ao ano.

Nesse período, o gasto dessas empresas com marketing médico correspondia a 30% do faturamento, sugerindo que o médico representa elo importante no esquema de vendas, e que 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, 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 realiza 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 Bodenheimer[4] 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 este autor, dos 72 acusados 35 eram médicos, 48,6% do total. 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, em vez de outros das empresas concorrentes ou genéricos ou assemelhados.

A empresa ia além disto, ao utilizar-se de um programa

de informática, chamado de Giove, que permitia que as prescrições fossem monitoradas, fazendo com que os médicos prescritores, envolvidos no esquema, recebessem a propina pela participação[5].

Alguns professores universitários foram considerados como mais importantes no esquema, provavelmente pelo poder de convencimento dos demais médicos, e recebiam, além dos prêmios em dinheiro, viagens.

Pessoas que dão ou recebem presentes demonstram algum grau de expectativa de ser alvo de algum tipo de reciprocidade. Certamente esta é a expectativa de reciprocidade que pode motivar a doação de brindes por parte da indústria farmacêutica.

Conforme mencionado por Roberto d'Ávila[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 receitar determinados medicamentos, por haverem recebido brindes, que variavam desde canetas com o nome do produto até viagens, estada, inscrição em congressos, jornadas ou simpósios. Curiosamente esses mesmos médicos, quando perguntados pelo comportamento adotado por seus pares, entendiam que provavelmente estariam sendo influenciados ou pressionados pelos propagandistas para que incorporassem esses fármacos em suas prescrições.

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

O Artigo 2º dessa mesma Resolução preconiza que o médico

deve, ao proferir palestras, declarar os agentes financeiros que patrocinaram as pesquisas, as referências bibliográficas e a metodologia empregada.

A Resolução nº 96/2008[8], 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; fazer propaganda 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 aufere do relacionamento fornecedor-cliente, como bem salienta d'Ávila. 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, de menor custo, baseado em julgamento imparcial e científico.

O Código de Ética Médica[9] 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 beneficio 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 negar-se a participar de uma relação que os diminui, ao retirar-lhes a liberdade e que pode persuadi-los. Atenta ainda contra os interesses mais legítimos da sociedade, ao encarecer produtos para uso destinado à saúde.

Referências Bibliográficas:

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;326(7386):413, 2003 Feb 22.

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. Conselho Federal de Medicina (Brasil). 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. Órgão: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). 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. 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.

10

A RELAÇÃO DO MÉDICO QUE EXERCE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA COM A PUBLICIDADE MÉDICA

A Medicina incorpora os avanços do conhecimento técnico-científico quase que diariamente, campo este tanto farto quanto complexo, além das expectativas da sociedade e, em especial, dos indivíduos, de 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 à humanidade.

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 direito à privacidade, à confidencialidade e à tutela da dignidade humana.

Os médicos não devem, em hipótese alguma, na tentativa de agradar à 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 Regionais[1]. 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 devem 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 das demais profissões nesse aspecto. O que muda é a forma como a informação e a publicidade devam ser tratadas na área médica.

Vale a pena citar o mestre Flamínio Fávero[2] 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, limites da lei e do Código de Ética Médica[3], consoante previsão do Art. 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, desde que realizada de forma ética, pode ser de grande relevância. 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 no qual o médico poderá explorar melhor os aspectos educativos de sua publicidade, dado ao maior espaço que esse veículo de divulgação oferece, além do seu baixo custo.

Desta forma, o médico poderá não só anunciar, mas ensinar o que é sua especialidade, que doenças trata, sua prevenção e formas de tratamento possíveis, o que seria muito mais limitado e oneroso em outras mídias.

Com base em dados atuais a internet é usada por cerca de 20% da população mundial, o que representa cerca de 1,5 bilhão de pessoas, em uma tendência crescente a cada ano.

Esta ferramenta 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 e que tem servido para muitos profissionais de saúde utilizarem esse meio como veículo de publicidade.

As matérias divulgadas pela internet devem pautar-se deste modo 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 CFM nº 1.701/20035, 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 mesmo crianças, é vedada pelo Código de Ética Médica[3] em seu Artigo 75, ao divulgar ou fazer referência a casos identificáveis, mesmo com a autorização expressa do paciente. Este fato envolve ainda questões de direito de imagem do paciente, que podem ser punidas, e também desrespeitar Artigos do Código de Defesa do Consumidor[6] e do Código Civil Brasileiro[7], 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 como matéria sensacionalista e autopromocional, descumprindo desta maneira os Artigos da Resolução CFM nº 1.701/20035 e passíveis de punição pelos Conselhos de Medicina.

Ao realizar um informe publicitário, o médico deve sempre ter o cuidado de colocar o seu nome e número de inscrição em seu órgão de classe; sendo pessoa jurídica, mencionar o nome do Diretor Técnico, com seu número de registro no Conselho Regional de Medicina.

A Resolução Cremesp nº 97/2001[8] 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 que a internet, ao ser usada por médicos para divulgar assuntos publicitários, deve respeitar a legislação em vigor, que regulamenta a publicidade médica, Resolução CFM nº 1.701/2003[5] 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 autopromocional (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 em 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, faz-se 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 nociva de um indivíduo em prol da coletividade, no que tange à publicidade, é medida que se impõe para a manutenção do bom prestígio da nobre profissão médica.

Referências Bibliográficas:

1. Camarim LN, Machado ML. Coordenação. Ética em publicidade médica. 2a ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2006. Cadernos Cremesp.

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, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009; Seção 1:90-2.

4. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

5. 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, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 set. 2003; Seção 1:171-2.

6. Brasil. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências [on-line]. [Acessado em 28 jun.2011]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078compilado.htm

7. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil [on-line]. [Acessado em 28 jun. 2011]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406compilada.htm

8. Conselho Regional de Medicina o Estado de São Paulo. Resolução nº 97, de 20 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre idealização, criação, manutenção e atuação profissional em domínios, sites, páginas ou portais sobre medicina e saúde na internet [on-line]. [Acessado em 28 jun. 2011]. Disponível em http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3217

11

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 1995, foi iniciado o processo de revisão dessa Resolução[1], e foi elaborada a Resolução do CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996[2], norma que, atualmente, regula a pesquisa envolvendo seres humanos no país. É reconhecida como documento de natureza essencialmente bioética ao estabelecer padrões de conduta com o objetivo primordial de proteger os sujeitos que participam de pesquisas científicas quanto à sua integridade física e psíquica, a saúde, a dignidade, a liberdade, o bem-estar, a vida e os direitos[3].

Os princípios que orientam a realização das pesquisas envolvendo seres humanos se baseiam nos princípios bioéticos: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Esses princípios constituem parte do conhecido Relatório Belmont[4], 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[2] é um marco para o cenário de pesquisas no Brasil, propondo normas e diretrizes que

contemplam os avanços tecnológicos e científicos, com forte alinhamento bioético. Além disso, princípios e direitos, constitucionalmente protegidos, são contemplados, 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.

Estes preceitos visam a proteger os sujeitos participantes, garantindo direitos e impondo deveres aos pesquisadores. Sua aplicação contribui para o efetivo controle social sobre a realização de experimentos científicos em seres humanos. O crescimento do número de pesquisas clínicas envolvendo seres humanos no Brasil demonstra a importância do tema "ética em pesquisa" na formação de pesquisadores e na consolidação dos grupos de pesquisa no Brasil[5].

A Resolução CNS nº 196/96[2], além de elencar os princípios que devem ser seguidos para a realização de pesquisas com seres humanos, estabelece a normatização para a criação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) e dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), órgãos responsáveis pela avaliação, aprovação e acompanhamento dos protocolos e dos aspectos éticos dessas pesquisas. Um dos objetivos primários dos comitês é a proteção dos sujeitos da pesquisa[6]; 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[7].

A Conep é uma comissão do CNS, criada pela Resolução nº 196/96[2] e com constituição designada pela Resolução nº 246/97[8]. Tem função consultiva, deliberativa, normativa e educativa, atuando conjuntamente com os CEPs organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. A Conep e os CEPs 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 sujeitos da pesquisa. Tem também papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber e averiguar denúncias.

A pesquisa médica é abordada no Código de Ética Médica[9], 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 deste artigo impediria o desenvolvimento de novas terapêuticas caso não houvesse sido adicionado o parágrafo único deste Artigo, 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 placebos quando houver tratamento eficaz e efetivo para a doença estudada (Art. 106).

Áreas temáticas especiais

A Resolução CNS nº 196/96[2] define também áreas temáticas especiais que são regulamentadas por resoluções complementares: genética humana; reprodução humana; novos fármacos, vacinas e testes diagnósticos novos ou não registrados no país; equipamentos, insumos e dispositivos novos ou não registrados no país; novos procedimentos ainda não consagrados na literatura; populações indígenas; projetos que

envolvam aspectos de biossegurança; pesquisas coordenadas do exterior ou com participação estrangeira; e pesquisas que envolvam remessa de material biológico para o exterior. Protocolos de pesquisa que se enquadram em qualquer uma dessas áreas necessitam ser aprovados pela Conep.

As áreas temáticas especiais foram regulamentadas por resoluções específicas, de acordo com o quadro 1.

Áreas temáticas especiais
Genética humana: Resolução nº 340, de 8 de julho de 2004[10]
Reprodução humana: Resolução nº 303, de 6 de julho de 2000[11]
Novos fármacos, vacinas e testes diagnósticos novos ou não registrados no país: Resolução nº 251, de 7 de agosto de 1997[12]
Coordenadas do exterior ou com participação estrangeira; e pesquisas que envolvam remessa de material biológico para o exterior: Resolução nº 292, de 8 de julho de 1999[13]
Populações indígenas: Resolução nº 304, de 9 de agosto de 2000[14]
Biossegurança: Lei Federal nº 11.105/2005[15]

A pesquisa em genética humana, segundo a Resolução nº 340/2004[1], 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. 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. A autorização para o armazenamento de dados e materiais coletados no âmbito da pesquisa genética deve ser formalmente solicitado no termo de consentimento livre e esclarecido, após informação sobre os procedimentos para o armazenamento do material biológico[16]. Caberá à Conep a aprovação final de pesquisas em genética humana que incluam: 1. envio de material para o exterior; 2. armazenamento de material biológico ou dados genéticos humanos; 3. alterações da estrutura genética de células humanas para utilização in vivo; 4. genética da reprodução humana (reprogenética); 5. genética do comportamento; e 6. quando estiver prevista a dissociação irreversível dos dados dos sujeitos de pesquisa.

Pesquisas em Reprodução Humana[11] são aquelas que se ocupam com o funcionamento do aparelho reprodutor, procriação e fatores que afetam a saúde reprodutiva da pessoa humana. São consideradas como área temática especial, cabendo à Conep a aprovação final, quando houver intervenção em reprodução assistida; anticoncepção; manipulação de gametas, pré-embriões, embriões e feto; e medicina fetal.

A área temática de pesquisas com fármacos, vacinas e testes diagnósticos, novos ou não registrados no país, regulada pela Resolução nº 251/97[12], refere-se às pesquisas com estes 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 cientificamente 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 e/ou ao próprio paciente, sempre que solicitado. É comum nesta 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. Nestes casos, será analisado pela Conep apenas o primeiro protocolo, enviado por um dos centros[17].

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, 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 desta área deve-se comprovar a participação brasileira e identificar o pesquisador e instituição nacionais corresponsáveis; e 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[14], 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 devem atender às necessidades de indivíduos ou grupos alvo do estudo, ou 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 próprios.

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. Deve ser classificada como área temática especial biossegurança quando uma pesquisa com seres humanos envolver: 1. organismos geneticamente modificados (OGM); 2. Células-tronco embrionárias; 3. no âmbito de experimentação, construção, cultivo, manipulação, transporte, transferência, importação, exportação, armazenamento, liberação no meio ambiente e descarte.

A Lei Federal nº 11.105/2005[15], que trata dos OGMs, permite, para fins de pesquisa e terapia, a utilização de células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por fertilização *in vitro* e não utilizadas no respectivo procedimento. Deixa claro, em seu Art. 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 CEPs. 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.

Termo de consentimento livre e esclarecido

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é um dos

documentos mais importantes para a realização de pesquisas com seres humanos, pois é o instrumento que tem a função de proporcionar o entendimento completo da pesquisa e de suas implicações para os que decidem por participar como sujeitos da pesquisa. O TCLE deve ser elaborado em duas vias, ficando uma com o sujeito da pesquisa e outra arquivada pelo pesquisador; deve conter o título da pesquisa, o nome e modo de contato com o pesquisador responsável; deve indicar o risco da pesquisa, ser redigido em linguagem clara e acessível para os sujeitos, informando os objetivos da investigação, os desconfortos, riscos e benefícios dos exames, procedimentos e/ou medicamentos a serem utilizados; descrevendo as opções possíveis, garantindo a liberdade do sujeito de recusar participação sem prejuízos ou represálias. O TCLE deve garantir o sigilo e a privacidade dos sujeitos, quanto à utilização de dados, informações ou imagens obtidas com a finalidade da pesquisa, ou que os pesquisadores tenham tido acesso em virtude da leitura do prontuário ou de exames realizados[1].

Em pesquisas realizadas com crianças e adolescentes, é importante que seja ouvida a opinião do menor e que este também opine sobre a sua inclusão em qualquer pesquisa científica. 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 do sujeito, respeitando-se assim a sua autonomia. O Código de Ética Médica[9] (Art. 101) veda ao médico deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o TCLE para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. O parágrafo único desse Artigo estabelece ainda que, quando o sujeito de pesquisa for menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

Vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa

A vulnerabilidade é definida na Resolução nº 196/96, como "estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido". Portanto, é necessário situar o sujeito no conjunto social ao qual pertence, cujas opções possam interferir na sua vida e saúde[18]. 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 sujeitos vulneráveis são aqueles incapazes de decidir livremente ou de manifestar sua decisão porque condições sociais, culturais, étnicas, políticas, econômicas, educacionais e de saúde prejudicam tal manifestação. Incluem-se nesta situação as 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, a fim de 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 o 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 deixar claros os riscos quando é prescrito um medicamento nunca testado anteriormente em mulheres grávidas. Os Comitês de Ética em Pesquisa devem ter especial atenção à revisão dos documentos, pois, em última instância, recai sobre eles a responsabilidade de garantir que os pesquisadores forneçam toda informação relevante, e que esta seja compreendida pela gestante[19].

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, 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 Bibliográficas:

1. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Manual operacional para comitês de ética em pesquisa. 4.ª ed. 2.ª reimpressão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 138p.

2. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996. Aprova Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [on-line]. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, de 16 out. 1996; (201):Seção 1:21082-5. [Acessado em: 29 jun. 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3317

3. Diniz MH. O estado atual do biodireito. São Paulo: Saraiva, 2001. p. 342.

4. 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; April 18, 1979:2-5

5. Freitas CBD. Os comitês de ética em pesquisa: evolução e regulamentação. Bioética. 1998;6(2):189-95.

6. Garattini S, Bertele V, Bassi LL. How can research ethics committees protect patients better? BMJ. 2003;326:1199-201.

7. 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.

8. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 246, de 3 de julho de 1997. Designa os membros titulares e suplentes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/MS. [on-line]. [Acessado em: 29 jun. 2011]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1997/Reso246.doc

9. 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: 27 jun. 2011]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8822

10. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 340, de 8 de julho de 2004. Aprova as Diretrizes para Análise Ética e Tramitação dos Projetos de Pesquisa da área Temática Especial de Genética Humana. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 9 ago. 2004; (152):Seção 1: 53-4.

11. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 303, de 5 de julho de 2000. Complementa a Resolução CNS 196/96 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos [on-line]. [Acessado em: 29 jun. 2011]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2000/Reso303.doc

12. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 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. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 23 set. 1997; (183):Seção 1.

13. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 292, de 8 de julho de 1999. Norma complementar à Resolução CNS 196/96, referente à área específica sobre pesquisas em seres humanos, coordenadas do exterior ou com participação estrangeira e as que envolvam remessa de material biológico para o exterior. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 15 set. 1999. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1999/Reso292.doc

14. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 304 de 9 de agosto de 2000. A necessidade de regulamentação complementar da Resolução CNS nº 196/96 (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos), atribuição da CONEP conforme item VIII.4.d da mesma Resolução, no que diz respeito à área temática especial "populações indígenas" (item VIII.4.c.6). Resolve Aprovar as seguintes Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos - Área de Povos Indígenas [on-line]. [Acessado em: 29 jun. 2011]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2000/Reso304.doc

15. Brasil. Lei no 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]. [Acessado em: 29 jun. 2011]. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11105.htm

16. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 347, de 13 de janeiro de 2005. Regulamenta o armazenamento e utilização de material biológico humano no âmbito de projetos de pesquisa. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 10 mar. 2005; (47):Seção 1:103.

17. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 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.

18. Zoboli ELCP, Fracoli LA. Vulnerabilidade do sujeito de pesquisa. Cadernos de Ética em Pesquisa. 2001; 8:20-21.

19. Macklin R. Enrolling pregnant women in biomedical research. Lancet. 2010; 375(9715):632-3