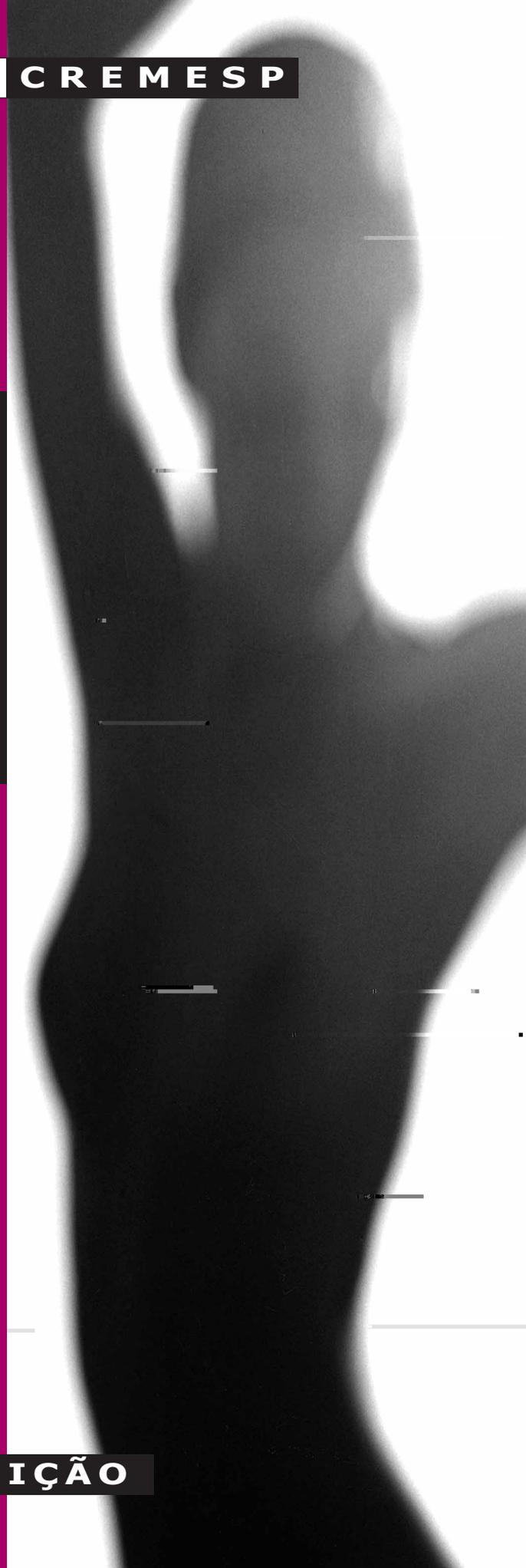


*cadernos* **CREMESP**

*ética em  
ginecologia  
e obstetrícia*

**ÉTICA EM  
GINECOLOGIA E  
OBSTETRÍCIA**

**3ª EDIÇÃO**



*c a d e r n o s* **CREMESP**

**ÉTICA  
EM GINECOLOGIA  
E OBSTETRÍCIA**

**3ª EDIÇÃO**

**CREMESP**  
Conselho Regional de Medicina  
do Estado de São Paulo  
**2004**

## **CADERNOS CREMESP - ÉTICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

Câmara Técnica de Saúde da Mulher do Cremesp  
Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo  
Rua da Consolação, 753 – Centro – São Paulo – SP – CEP: 01301-910  
Tel: (11) 3017- 9300 – www.cremesp.org.br

### **AUTORES**

Cristião Fernando Rosas (*coordenador*), Aluisio Margarido Alberici, Antônio Roberto J. Torquato Alves, Daphne Rattner, Edmundo Arlindo, Isaura Cristina Soares de Miranda, Jefferson Drezett Ferreira, Joélcio Francisco Abbade, Jorge Andalaft Neto, Jorge Francisco Kuhn dos Santos, José Carlos Riechelmann, Krikor Boyaciyán, Mauro Sancosvki, Renato Abreu Filho, Sérgio Pereira da Cunha, Siu Lum Leung, Temístocles Pie de Lima e Valério Delamanha.

### **CÂMARA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER (Gestão 2003-2008)**

Krikor Boyaciyán (*coordenador*), Euripedes Balsanufu Carvalho (*conselheiro*), Cristião Fernando Rosas, Danilo Kfourri Ennes, Fausto Farah Baracat, Jarbas Magalhães, João Bortoletti Filho, Júlio Elito Júnior, Luiz Henrique Gebrim, Noemi Zanetti, Roseli Nieko Yamamoto Nomura, Sue Yazaki Sun, Vilmon de Freitas e Wagner José Gonçalves.

### **EDIÇÃO**

Fátima Barbosa, Ivolethe Duarte e Maria Cristina Gonçalves

### **PESQUISA BIBLIOGRÁFICA**

Dinaura Paulino Franco

### **SECRETARIA**

Cristina Calabrese

### **COLABORADORES**

Adriana Brisola Pezzotti, Marcos Davi, Marcela Bezelga, Ricardo Balego e Tânia Marisa Cotrim

### **PROJETO GRÁFICO DA CAPA**

Moema Cavalcanti

### **DIAGRAMAÇÃO**

José Humberto de S. Santos

Cadernos Cremesp - Ética em ginecologia e obstetrícia / Cristião Fernando Rosas (coord.). 3ª ed. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2004  
141 p.

Vários autores  
ISBN 85-89656-04-7

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

NLM WQ21

*Agradecimentos às diretorias da Federação Brasileira das  
Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e da Sociedade  
de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp) pela  
colaboração e apoio na elaboração deste caderno.*

# APRESENTAÇÃO

## (3ª EDIÇÃO)

“Somente a árvore seca fica imóvel entre borboletas e pássaros”  
*Cecília Meireles*

A prática da Ginecologia e Obstetrícia insere-se numa abordagem abrangente, pois os especialistas tratam da sexualidade, da reprodução e da saúde da mulher, além de exercer a Medicina para proteger a vida, mesmo antes do nascimento. Com acuidade e tirocínio, a conduta do médico exige o reconhecimento da diversidade cultural da sociedade como um todo, e da paciente em particular. Assuntos como interrupção de gravidez em casos de malformação ou estupro, uso de anticoncepcionais ou preservativos e os cuidados com as doenças sexualmente transmissíveis são polêmicos do ponto de vista moral e religioso. Mas, fascinantes do ponto de vista da reflexão ética e bioética – esteira da evolução!

O livro *Ética em Ginecologia e Obstetrícia* foi desenvolvido pela gestão anterior, com a preocupação de auxiliar a rotina dos colegas, diante de dilemas éticos e bioéticos, direitos e deveres legais, além de trazer recomendações para o exercício da especialidade. Esta publicação passou a ser incluída na bibliografia oficial da prova para obtenção do Título de Especialista pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a partir de março de 2004, um dos motivos pelos quais fazemos esta terceira edição.

Mais do que um indicativo da importância da obra, essa referência demonstra a consonância entre os trabalhos do Cremesp e da Febrasgo, representada pela Sogesp (Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo) em nosso Estado, no sentido de zelar e promover o exercício ético da Ginecologia e Obstetrícia, melhorando a qualidade do atendimento prestado.

Afinal, *“o médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente”*. É um princípio pétreo do ato médico!

**Clóvis Francisco Constantino**  
*Presidente do Cremesp*

# INTRODUÇÃO

O caderno *Ética em Ginecologia e Obstetrícia* chega à sua terceira edição e passa a constar da bibliografia oficial para a prova de obtenção do Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Este trabalho foi realizado pela Câmara Técnica de Saúde da Mulher do Cremesp, na gestão 1998-2003, em parceria com representantes da própria Febrasgo e da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), preocupados com os aspectos relacionados à má prática em nossa especialidade.

A Câmara Técnica realizou levantamentos nas seções de Denúncias e de Processos Disciplinares do Cremesp que apontaram a Ginecologia e a Obstetrícia como as especialidades mais denunciadas nos processos ético-disciplinares. Também foram examinados os artigos do Código de Ética Médica mais infringidos, permitindo identificar os problemas mais frequentes e potencialmente conflituosos da relação médico-paciente.

A análise das peculiaridades da prática médica na especialidade e das principais características das infrações éticas, em conjunto com a observação do funcionamento dos serviços hospitalares de assistência ao parto – particularmente, a inserção dos tocoginecologistas nas atividades assistenciais e as condições de trabalho dos profissionais – indicaram os temas mais relevantes que deveriam constar deste livro.

Poucas especialidades médicas colocam-se diante de tantos dilemas éticos e bioéticos. Muitas vezes, as situações são permeadas por limitações legais, sociais e econômicas ou por conflitos culturais e morais. Em algumas ocasiões,

observamos o abuso de poder do especialista, tais como a omissão de informação, que impede a tomada de decisão pela paciente, ou a prática de procedimentos médico-cirúrgicos sem o consentimento informado, entre outros.

Certamente, a mulher pertence a um dos grupos sociais mais vulneráveis, não somente por causa dos aspectos biológicos próprios, mas fundamentalmente por aqueles decorrentes da desinformação, da falta de acesso aos programas de atenção à saúde reprodutiva, da escassa educação em saúde e, particularmente, da desigualdade de gênero. Vários aspectos destas questões também foram inseridos neste Caderno, visando esclarecer e estimular o debate entre os especialistas.

Com esta publicação, esperamos que os colegas tocoginecologistas reconheçam com mais facilidade as situações de risco profissional, melhorando a interação com suas pacientes e o grau de conscientização sobre a importância de uma adequada relação médico-paciente pautada no respeito aos direitos reprodutivos, como parte dos direitos humanos fundamentais.

Que este manual contribua para a mudança de atitudes e posturas arraigadas. Àqueles que estão postulando o exercício da Ginecologia e Obstetrícia, esperamos que esta leitura possa amparar uma prática ética e humanizada da medicina.

***Krikor Boyaciyán***

*Coordenador da Câmara Técnica de Saúde da Mulher  
na gestão 2003-2008*

***Cristião Fernando Rosas***

*Coordenador da Câmara Técnica de Saúde da Mulher  
na gestão 1998-2003*

# SUMÁRIO

<b>I</b>	<b>CONSIDERAÇÕES SOBRE A RESPONSABILIDADE MÉDICA</b>	<b>11</b>
	Imperícia, Imprudência e Negligência	11
	Aspectos das Denúncias, Processos Disciplinares e das Principais Infrações Éticas de Tocoginecologistas	13
<b>II</b>	<b>PRINCÍPIOS BIOÉTICOS</b>	<b>17</b>
	A Autonomia, Não-Maleficência, Beneficência, Justiça e Equidade	17
<b>III</b>	<b>REFERÊNCIA ÉTICA PARA TOCGINECOLOGISTAS</b>	<b>21</b>
	Recomendações Éticas	21
<b>IV</b>	<b>CONSENTIMENTO ESCLARECIDO</b>	<b>23</b>
<b>V</b>	<b>RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E MÉDICO-CASAL-FAMÍLIA</b>	<b>27</b>
<b>VI</b>	<b>PRONTUÁRIO E SEGREDO MÉDICO</b>	<b>31</b>
	Prontuário	31
	Segredo Médico	38
<b>VII</b>	<b>DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS</b>	<b>39</b>
	Conceito	39
	Aborto – Considerações Éticas e Legais	42
	A Ética e o Manejo de Queixas Sexuais	48
	Assédio Sexual	57
	Planejamento Familiar	64
	Reprodução Assistida	67
	Violência Sexual e Aspectos Éticos da Assistência	71

<b>VIII ÉTICA NO EXERCÍCIO DA TOCGINECOLOGIA</b>	<b>79</b>
A Equipe Cirúrgica	79
A Relação com o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	80
As Condições de Trabalho	84
Delegação a Outros Profissionais de Atos Exclusivos do Médico	88
Ética na Assistência ao Parto	90
Ética no Ensino da Tocoginecologia	94
Direitos do Tocoginecologista	98
O Trabalho Interdisciplinar em Obstetria	99
Pré-Natal	105
Prescrição sem o Exame Direto do Paciente	109
Recomendações Éticas no Atendimento à Adolescente	110
<b>IX INTERNAÇÃO, ALTA MÉDICA E REMOÇÃO DE PACIENTES</b>	<b>113</b>
Alta Médica	113
Internação Hospitalar	116
Transferência de Pacientes	119
<b>X PLANTÃO DE TOCGINECOLOGIA</b>	<b>121</b>
Passagem de Plantão	122
Abandono ou Falta ao Plantão	123
Troca de Plantão	124
Plantão à Distância	125
<b>XI BIBLIOGRAFIA</b>	<b>127</b>

# CONSIDERAÇÕES SOBRE A RESPONSABILIDADE MÉDICA

## 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 descarta alguma norma técnica, mas quem descarta 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, coloca a responsabilidade médica sobre a ótica da ponderação.

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

A imprudência resulta da imprevisão do agente em relação às conseqüências 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 prematura, 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, deficiência de conhecimentos técnicos da profissão, 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, por exemplo, a utilização de técnica não indicada para o caso.

## Aspectos das Denúncias, Processos Disciplinares e das Principais Infrações Éticas de Tocoginecologistas

Baseado em levantamento de cerca de 12 mil denúncias registradas entre janeiro de 1996 e janeiro de 2002 pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo – Cremesp, a especialidade que aparece no topo é a Tocoginecologia, respondendo com cerca de 12%. Das denúncias, 86% são referentes à Obstetrícia e 14% à Ginecologia. Dentre as denúncias que se transformaram em processos disciplinares (PD), 30% são referentes à especialidade.

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

Em relação à Obstetrícia, as principais queixas colocadas em ordem decrescente são: assistência ao parto com óbito do recém-nascido (RN); assistência ao parto com complicações maternas; parto com seqüelas no recém-nascido; assistência ao parto com óbito materno; assistência ao parto com óbito materno e do RN; pré-natal (mau acompanhamento, medicação errada, falta de cuidados, falta de exames, má indicação para o tipo de parto, não observância de sintomas abortivos e eclâmpsia); prática do aborto e complicações; laqueadura sem consentimento; complicações anestésicas; infecção puerperal e corpo estranho.

Em relação à Ginecologia, as principais queixas, também em ordem decrescente, são: assédio sexual, respondendo por 43% das queixas; complicações de histerectomia; tratamento clínico ginecológico; complicações de outras cirurgias ginecológicas; laqueadura tubárea; aborto; cirurgia sem consentimento; falhas do diagnóstico de tumor de mama e cauterização do colo uterino.

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. Também cabe lembrar aos tocoginecologistas que atualmente algumas atitudes estão tornando-se corriqueiras, podendo caracterizar infração ética, devendo ser evitadas, como a realização de atendimentos à distância, prescrição sem exame direto da paciente e a delegação de responsabi-

lidade médica a profissionais não habilitados, principalmente na área de obstetrícia, onde quem faz o atendimento é a enfermeira e o médico toma conduta baseado apenas nas informações passadas, sem ver e examinar a paciente (Art. 62 – “É vedado prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgências e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento”). Recomenda-se, portanto, que se o tocoginecologista não estiver disponível naquele instante, deverá sempre reavaliar a paciente o mais breve possível, a fim de confirmar, ou não, o diagnóstico e tomar a conduta mais adequada.

Dos processos concluídos e julgados contra a especialidade, até o momento, 18% sofreram condenação e as penalidades aplicadas foram: Censura Confidencial em 32% dos casos, Censura Pública em 30%, Advertência Confidencial em 19%, Suspensão do Exercício em 12% e Cassação em 7%.

As infrações éticas mais freqüentes ocorreram contra os seguintes artigos do Código de Ética Médica (CEM): 29, 2, 5, 4, 31, 32, 34, 44, 57 e 69. Destes, a infringência do Artigo 29 ocorreu em quase 50% dos casos – “Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência”.

Dos outros Artigos do Código de Ética Médica, citamos:

### **Capítulo I**

#### **Princípios Fundamentais**

*Artigo 2º - 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.*

*Artigo 5º - O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.*

*Artigo 4º - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.*

### **Capítulo III**

#### **Responsabilidade Profissional**

*Artigo 31– Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.*

*Artigo 32 – Isentar-se de responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que este tenha sido solicitado ou consentido*

*pelo paciente ou seu responsável legal.*

*Artigo 34 – Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.*

*Artigo 44 – Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente.*

## **Capítulo V**

### **Relação com Pacientes e Familiares**

*Artigo 57 – Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnósticos e tratamento a seu alcance em favor do paciente.*

*Artigo 69 – Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.*

O Código de Ética Médica (CEM) – Resolução CFM nº 1246/88 – normatiza a responsabilidade ético-disciplinar, zelando pelo cumprimento irrestrito da boa prática médica, sendo complementada pela Lei Federal nº 3268/57, 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.

Assim, o Conselho Regional de Medicina (CRM) 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 1617/01, de 16 de maio de 2001, e segue as etapas processuais descritas abaixo.

O médico denunciado está sujeito à apuração da denúncia, que tem duas fases: a sindicância (expediente) é a fase preliminar para averiguação dos fatos denunciados, coleta de provas, manifestação escrita ou audiência com os envolvidos. As sindicâncias são abertas a partir de denúncias encaminhadas ao CRM ou por iniciativa do próprio conselho. Se forem constatados indícios de infração ética, passa-se à segunda fase, chamada de processo ético-disciplinar (PD). Instaurado o PD, segue-se a notificação do acusado e a fase da instrução do processo, quando o denunciante e o denunciado têm iguais oportunidades de apresentar provas de acusação e defesa, inclusive com a 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 resultado deve ser homologado pelo Plenário de Conselheiros do CRM.

O poder de disciplinar e aplicar penalidades aos médicos compete exclusivamente ao CRM em que estavam inscritos na época em que ocorreu o ato punível.

As sanções disciplinares do médico estão previstas no artigo 22 da Lei Federal 3268/57. Começam com Advertência Confidencial em Aviso Reservado, seguindo para Censura Confidencial em Aviso Reservado, Censura Pública em Publicação Oficial, Suspensão do Exercício Profissional por até 30 dias e Cassação do Exercício Profissional, que necessita ser referendado pelo Conselho Federal.

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



# PRINCÍPIOS BIOÉTICOS

## A Autonomia, Não-Maleficência, Beneficência, Justiça e Eqüidade

A Obstetrícia e a Ginecologia tratam das fases mais significativas da vida – nascimento, crescimento, reprodução e envelhecimento – e enfrentam dilemas éticos imprevistos em cada avanço do conhecimento médico.

Sem sombra de dúvida, a revolução biológica desencadeada pela descoberta do DNA, por Watson e Crick, em 1953, criou as condições para o surpreendente movimento de inovação científica. Em decorrência disso, situações surgiram inéditas, não só para as pacientes, mas também para os profissionais de saúde. Os dilemas vão desde as necessidades básicas de saúde pública e direitos humanos, até as mais complexas conseqüências 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 define Maria do Céu Patrão Neves, a bioética (1996) *“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 utilizado e de grande aplicação na prática clínica na maioria dos países é o “principalista”, introduzido por Beauchamp e Childress, em 1989. Esses autores 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 meio 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.*

Em pacientes intelectualmente deficientes e no caso de 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 possíveis 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*. Esse, 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 através do 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.

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 (FIGO, 1994) 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 quê determinará o predomínio de um sobre o outro.

Para exemplificar, é interessante registrar o que nos relatam Pedro Piva e Antonacci Carvalho (1993): *“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 e 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 a cura (um transplante, por exemplo), além de ineficaz, traria maior sofrimento.

Uma paciente com câncer, sob quimioterapia, desenvolve uma pneumonia bacteriana e, por estar em fase depressiva, recusa-se a tomar os antibióticos prescritos. Os médicos responsáveis certamente não concordarão com tal recusa, que pode representar a morte da paciente. O princípio da autonomia está sendo utilizado acima dos outros princípios.

Em relação à criança, com 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. Conseqüentemente, 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.

Tendo em vista a vastidão do assunto, concluímos com a narrativa de Daisy Gogliano (1993): *“toda e 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 res-*

*peito da vontade do paciente sobre o tratamento; o direito do doente ou enfermo à dignidade e à integridade (físico-psíquica); o direito a 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”.*



# REFERÊNCIA ÉTICA PARA TOCOGINECOLOGISTAS

## Recomendações Éticas

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), por intermédio de seu Comitê para assuntos éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher, produziu vários documentos para estimular o debate entre os seus afiliados. No ano de 1994, o referido Comitê estabeleceu um marco de referência ética para os toco-ginecologistas:

### *Princípios Fundamentais*

- 1. As mulheres tendem a ser vulneráveis por circunstâncias sociais, culturais e econômicas. No passado, a relação médico-paciente e os cuidados com as mesmas foram, com freqüência, dominados pelo paternalismo;*
- 2. 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 opção e respeitando suas opiniões;*
- 3. Quando for solicitada decisão relativa a cuidados médicos, as mulheres deverão receber informação completa sobre as várias opções terapêuticas disponíveis, incluindo seus riscos e benefícios;*
- 4. Quando um médico não for capaz ou não desejar praticar um ato por razões extra-médicas, ou contrárias aos ditames de sua consciência, deverá fazer todo o possível para oferecer uma adequada referência;*
- 5. Devido a natureza íntima dos cuidados obstétricos e ginecológicos, existe a necessidade de se proteger a confidencialidade da paciente;*
- 6. Além de oferecer cuidados ginecológicos e obstétricos, os profissionais têm a responsabilidade de considerar o bem-estar da mulher e sua satisfação psicológica;*
- 7. Ao se oferecer os cuidados de saúde à mulher, o princípio da justiça requer que todas sejam tratadas com igual consideração a despeito de sua situação socioeconômica.*

# IV

## CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

O Termo de Consentimento Esclarecido refere-se ao documento assinado pelo paciente, ou responsável, consentindo ao médico a realização de determinado procedimento diagnóstico ou terapêutico, após haver recebido informações pertinentes. Tem como finalidade garantir a autonomia do paciente e delimitar a responsabilidade do médico que realiza os procedimentos.

Contemplando, portanto, o que preconiza o Código de Ética Médica no seu artigo 46, que enseja ser vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

O texto deve ser desprovido de tecnicismo, de detalhes excessivos, permitindo que o paciente ou seu representante legal, antes da realização do procedimento médico, possa mudar de opinião. Em linhas gerais, o modelo proposto deveria conter:

- Identificação do paciente ou de seu responsável;
- Nome do procedimento;
- Descrição Técnica (em termos leigos e claros);
- Possíveis insucessos;
- Complicações pré e pós-operatórias;
- Descrição da anestesia;
- Destino da peça operatória;
- Explicação quanto à possibilidade de modificação de conduta durante o procedimento;
- Declaração de que as explicações foram efetivamente entendidas;

- Confirmação de autorização, com local e data da intervenção cirúrgica;
- Modelo para revogação da cirurgia;
- Assinatura de testemunhas.

Obviamente, não se deve pensar nesse documento nas emergências, nos graves perigos para a saúde pública, quando se considera que a informação seja claramente prejudicial à saúde do paciente e na recusa explícita.

O Termo de Consentimento Esclarecido torna-se obrigatório e extensivo aos pacientes inférteis e doadores. Os aspectos médicos envolvendo todas as circunstâncias da aplicação de uma técnica de Reprodução Assistida, serão detalhadamente expostos, assim como os resultados já obtidos naquela unidade de tratamento, bem como a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento será em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, da paciente ou do casal infértil.

Contudo, é necessário frisar que o Termo de Consentimento Esclarecido deve ser praticado sempre segundo as normas emanadas do Código de Ética Médica, sem que se converta num compromisso de resultados.

Quanto à legalidade do consentimento, entendemos que será considerado válido quando acompanhado de informações sobre a evolução do caso e os riscos normalmente previsíveis, em função da experiência habitual e dos dados estatísticos.

Existe a possibilidade de o médico pensar que, uma vez assinado o Termo, está absolvido de qualquer complicação que possa ocorrer – muito embora possa ser uma peça importante em sua defesa. Entendemos que a existência do documento não o isenta de sofrer processo por possível erro, diante de um mau resultado, assim como o médico não pode excluir sua responsabilidade num ato profissional de que tenha participado ou indicado, ainda que o mesmo tenha sido solicitado ou consentido.

Não resta dúvida que o exercício da medicina, nos dias de hoje, oferece maior risco de contestações e de processos. É compreensível, nesse contexto, a preocupação do médico em defender-se, contudo, a melhor defesa é o exercício profissional realizado com conhecimento competente e uma atitude respeitosa com aqueles que precisam de tratamento; o que resultará numa boa relação médico-paciente, que é fundamental na prática médica.

Assim, o consentimento do paciente ou de seus representantes legais representa uma delegação de poderes para aquilo que necessariamente deve ser feito. A licitude de um ato médico não pode ficar apenas na dependência da vontade de uma pessoa. O que legitima o ato médico não é a sua permissão, mas sim a sua indiscutível necessidade.

# V

## RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E MÉDICO-CASAL-FAMÍLIA

A ginecologia-obstetrícia oferece ao médico que a adota como sua especialidade um dos maiores desafios da medicina. Se, por um lado, a vertente ginecológica lhe apresenta a oportunidade de diagnosticar e tratar, com maior ou menor resolubilidade, desde patologias às vezes triviais até outras seriamente comprometedoras, por outro lado, a vertente obstétrica o obriga a manter em mente certezas como a de que o processo de gestação e parto são fisiológicos, têm uma dinâmica própria, oriunda da natureza do processo reprodutivo e que há de se respeitar essa dinâmica.

Se na patologia a competência dos profissionais é demonstrada por sua capacidade de agir prontamente para identificar um diagnóstico e propor ágil e efetivo tratamento, no acompanhamento dos processos fisiológicos o profissional deve adotar atitude expectante, respeitando o desenrolar desse processo, evitando intervenções desnecessárias que possam perturbar seu bom andamento, e agir apenas caso e quando haja imperativo. Afinal, nossa profissão de médico é uma atividade de serviço às pessoas com o propósito de que se mantenham com saúde, respeitando sua integridade e os preceitos éticos de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

Como é de conhecimento geral, os ginecologistas-obstetras são profissionais que exercem sua prática, apoiada em seus conhecimentos e experiências, num dos mais importantes períodos do ciclo vital: a vida reprodutiva (e pós-reprodutiva) feminina. Esta, além dos biológicos, envolve aspectos sociais, culturais e outros. É importante que saibamos valorizar a interconexão que existe entre o corpo, a mente, as emoções, os fatores sociais e o meio

ambiente. Assim, se em determinadas ocasiões sua paciente será atendida individualmente, há que reconhecer a tendência progressiva de inclusão da família na assistência, tendência essa amplamente fundamentada em evidências científicas e que hoje já conta com preceitos legais para sua efetivação (Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Estadual 10.241, de 17/03/99). Essa tendência de inclusão da família foi, em parte, iniciativa de alguns profissionais com base nas citadas evidências científicas e no reconhecimento que todos sentem-se melhor com o atendimento quando a usuária do serviço não fica isolada e percebe-se acolhida (reduzindo a possibilidade de mal-entendidos, litígios e denúncias) e, em parte, o atendimento às reivindicações dos movimentos sociais pela humanização da assistência.

O importante é estabelecer um bom canal de comunicação, seja com a paciente, seja com sua família. Nesse sentido, em publicação anterior (*Guia da relação médico-paciente*), o Cremesp propôs aos médicos uma postura cujo pressuposto é o reconhecimento da cidadania de usuários, clientes e respectivas famílias, oferecendo várias sugestões aos que desejam estabelecer melhores relações profissionais com as pessoas que os demandam, algumas das quais são, com adaptações:

→ Prestar atendimento humanizado, marcado pelo bom relacionamento pessoal e pela dedicação de tempo e atenção necessários.

→ Saber ouvir a mulher e sua família, esclarecendo dúvidas e compreendendo suas expectativas, com registro adequado de todas as informações no prontuário.

→ Explicar detalhadamente, de forma simples e objetiva, o diagnóstico e o tratamento para que a mulher entenda claramente o que se passa com ela, os benefícios das intervenções e também as possíveis complicações e prognósticos.

→ Após o devido esclarecimento, deixar que a mulher escolha o tratamento, sempre que existir mais de uma alternativa. Ao prescrever medicamentos, dar a opção do genérico, sempre que possível.

→ Ter consciência dos limites da medicina e falar a verdade para a mulher, diante da inexistência ou pouca eficácia de um tratamento.

→ Estar disponível nas situações de urgência, sabendo que essa disponibilidade requer administração flexível das atividades.

→ Indicar para a mulher outro(a) médico(a) sempre que o tratamento

exigir conhecimentos que não sejam de sua especialidade ou capacidade, ou quando ocorrerem problemas que comprometam a relação.

Entre os direitos da paciente relacionados na referida publicação, são de especial validade na situação de atendimento obstétrico:

→ **Direito ao acompanhante:** a mulher tem direito a ser acompanhada por pessoa por ela indicada, se assim desejar, nas consultas, internações, exames pré-natais e no momento do parto; e de receber do profissional adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria do conforto e bem-estar;

→ **Direito ao atendimento digno:** a mulher tem direito a um atendimento digno, atencioso e respeitoso, sendo identificada e tratada pelo nome ou sobrenome. A mulher não pode ser identificada ou tratada por números, códigos, ou de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso;

→ **Direito à autonomia:** a mulher pode consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nela realizados;

→ **Direito à informação:** 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 dos tratamentos. Deve ser informada sobre a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, 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 para exame; as alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço onde está sendo realizado o atendimento ou em outros serviços; além do que mais julgar necessário;

→ **Direito ao prontuário:** a mulher tem direito a um prontuário individual, em que estejam registrados, com letra legível, o diagnóstico e o tratamento, este com o nome genérico e com as dosagens utilizadas, o nome dos profissionais que a atendem, com o devido número de registro no órgão de controle e regulamentação e controle da profissão e registro da quantidade de sangue recebida e dos dados que permitam identificar a sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

→ **Direito ao respeito:** a mulher tem direito a ter assegurado, durante as

consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a satisfação de suas necessidades, a integridade física, a privacidade, a individualidade, o respeito aos valores éticos e culturais, a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal e a segurança do procedimento; ter um local digno e adequado para o atendimento; receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa;

→ **Direito à segunda opinião:** a mulher tem direito a procurar uma segunda opinião ou parecer de um outro médico sobre o seu estado de saúde;

→ **Direito ao sigilo:** a mulher tem direito a ter resguardado o segredo sobre dados pessoais, por meio da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública.

# VI

## PRONTUÁRIO E SEGREDO MÉDICO

### Prontuário

*Artigo 69 do CEM: "É vedado ao médico deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente".*

*Artigo 39 do CEM: "É vedado ao médico receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos."*

### Importância

Apesar de constituir infração ao CEM, ainda é uma das mais frequentes infrações à ética médica. Deve ser realçado que o prontuário médico é um instrumento valioso para a paciente, para o médico e demais profissionais de saúde, além da instituição que a atende, bem como para o ensino, a pesquisa, a elaboração de censos, propostas de assistência à saúde pública e para a avaliação da qualidade da assistência médica prestada.

O correto e completo preenchimento do prontuário tornam-se grandes aliados do médico para sua eventual defesa judicial junto a autoridade competente.

### Definição

O prontuário médico, na verdade *prontuário do paciente*, é o conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados ao registro de todas as informações referentes aos cuidados médicos e paramédicos prestados ao paciente.

As anotações no prontuário ou ficha clínica devem ser feitas de forma legível, permitindo, inclusive, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado à mulher. Além disso, o médico está obrigado a assinar e carimbar ou, então, assinar, escrever seu nome legível e sua respectiva inscrição no CRM. É importante enfatizar que não há lei que obrigue o uso do carimbo. Nesse caso, o nome do médico e seu respectivo CRM devem estar legíveis.

## Documentos padronizados do Prontuário Médico

### Fichas e outros documentos:

1. atendimento ambulatorial
2. atendimento de urgência
3. evolução médica
4. evolução de enfermagem e de outros profissionais assistentes

*Obs.: no caso de internação, as evoluções devem ser diárias, com data e horário em todas elas.*

5. partograma (em obstetria)
6. prescrição médica
7. prescrição de enfermagem e de outros profissionais assistentes

*Obs.: no caso de internação, as prescrições devem ser diárias, com data e horário em todas elas.*

8. exames complementares (laboratoriais, radiológicos, ultra-sonográficos e outros) e seus respectivos resultados

9. descrição cirúrgica
10. anestesia
11. débito do centro cirúrgico ou obstétrico (gasto de sala)
12. resumo de alta
13. boletins médicos

*Obs.: o nome completo da paciente deve constar em todas as folhas do prontuário.*

Os documentos gerados no pronto-socorro e no ambulatório deverão ser arquivados junto com o prontuário, em caso de internação hospitalar. Não se justifica registrar e arquivar separadamente os documentos gerados no pronto-socorro, posto que os atendimentos feitos neste setor devem ser registrados com anamnese, diagnóstico e resultados de exames laboratoriais, se porventura efetuados, terapêutica prescrita e executada, bem como a evolução e alta.

**Itens obrigatórios:**

1. identificação da paciente
2. anamnese
3. exame físico
4. hipóteses diagnósticas
5. diagnóstico(s) definitivo(s)
6. tratamento(s) efetuado(s)

**Modelo:**

O modelo de cada uma das fichas, assim como a padronização do prontuário, pode ficar a cargo de cada Instituição.

## O que não deve ser feito no Prontuário

1. Escrever à lápis
2. Usar líquido corretor, conhecido como “branquinho”
3. Deixar folhas em branco
4. Fazer anotações que não se referem à paciente

## Tempo de arquivamento e responsabilidade pela guarda do Prontuário

O prontuário médico é um documento de manutenção permanente pelos médicos e estabelecimentos de saúde (Resoluções CFM nº 1638 e 1639/02). Ele pode ser, posteriormente, utilizado pelos interessados como meio de prova até que transcorra o prazo prescricional de 20 (vinte) anos para efeitos de ações que possam ser impetradas na Justiça.

Todos os documentos originais que compõem o prontuário devem ser guardados pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a fluir da data do último registro de atendimento da paciente. Ao final desse tempo, o prontuário pode ser substituído por métodos de registro capazes de assegurar a restauração plena das informações nele contidas (microfilmagem, por exemplo) e os originais poderão ser destruídos.

Compete ao médico, em seu consultório, e aos diretores clínicos e/ou diretores técnicos, nos estabelecimentos de saúde, a responsabilidade pela guarda dos documentos.

## Acesso ao prontuário

### 1 – Solicitação pela própria paciente:

*Artigo 70 do CEM: “É vedado ao médico negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias a sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros.”*

*Artigo 71 do CEM: “É vedado ao médico deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento ou na alta, se solicitado.”*

*Artigo 11 do CEM: “O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade”.*

O segredo médico é instituto milenar, cuja origem já constava no juramento de Hipócrates: *“O que, no exercício ou fora do exercício e no comércio da vida, eu vir ou ouvir, que não seja necessário revelar, conservarei como segredo.”*

É importante salientar que o prontuário pertence à paciente e que, por delegação desta, pode ter acesso ao mesmo o médico. Portanto, é um direito da paciente ter acesso, a qualquer momento, ao seu prontuário, recebendo por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão (CRM, Coren etc.), podendo, inclusive, solicitar cópias do mesmo.

### 2 – Solicitação dos familiares e/ou do responsável legal do paciente:

Quando da solicitação do responsável legal pela paciente – sendo esta menor ou incapaz – o acesso ao prontuário deve ser-lhe permitido e, se solicitado, fornecer as cópias solicitadas ou elaborar um laudo que contenha o resumo das informações lá contidas.

Caso o pedido seja feito pelos familiares da mulher, será necessária a autorização expressa dela. Na hipótese de que ela não tenha condições para isso ou tenha ido a óbito, as informações devem ser dadas sob a forma de laudo ou até mesmo cópias. No caso de óbito, o laudo deverá revelar o diagnóstico, o procedimento do médico e a “causa mortis”.

Entenda-se que, em qualquer caso, o prontuário original, na sua totalidade ou em partes, não deve ser fornecido aos solicitantes, pois é docu-

mento que, obrigatoriamente, precisa ser arquivado pela entidade que o elaborou. Entenda-se, também, que os laudos médicos não devem ser cobrados facultando-se, porém, a critérios da entidade, a cobrança das xerocópias quando fornecidas por ela.

### **3 – Solicitação por outras entidades:**

Neste caso, temos constatado que os convênios médicos e as companhias de seguro são os principais solicitantes. Salvo com autorização expressa da paciente, é vedado ao médico fornecer tais informações.

*Sem o consentimento da mulher, o médico não poderá revelar o conteúdo de prontuário ou ficha médica (Artigo 102 do CEM), salvo por justa causa, isto é, quando diante de um estado extremo de necessidade. Haverá justa causa quando a revelação for o único meio de conjurar perigo atual ou iminente e injusto para si e para outro.*

Exemplos de “Justa Causa”:

a) Para evitar casamento de portador de defeito físico irremediável ou moléstia grave e transmissível por contágio ou herança, capaz de por em risco a saúde do futuro cônjuge ou de sua descendência, casos suscetíveis de motivar anulação de casamento, em que o médico esgotará, primeiro, todos os meios idôneos para evitar a quebra do sigilo;

b) Crimes de ação pública incondicionada quando solicitado por autoridade judicial ou policial, desde que estas, preliminarmente, declarem tratar-se desse tipo de crime, não dependendo de representação e que não exponha o paciente a procedimento criminal;

c) Defender interesse legítimo próprio ou de terceiros.

Dever legal, ou seja, aquele que deriva não vontade de quem 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.

Exemplos de “Dever Legal”:

a) Leis Penais – Doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória, de declaração obrigatória (toxicomanias), etc.

b) Crimes de ação pública cuja comunicação não exponha o paciente a procedimento criminal (Lei das Contravenções Penais, artigo 66, inciso II);

c) Leis Extras-Penais: Médicos militares, médicos legistas, médicos sanitários, médicos peritos, médicos de juntas de saúde, médicos de compa-

nhas de seguros, médicos de empresas, atestados de óbito, etc.; ou autorização expressa da paciente; permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que a paciente tenha falecido; b) quando o médico depõe como testemunha. Nesta hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

*Artigo 105 - 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.*

*Artigo 106 - Prestar às empresas seguradoras qualquer informação sobre as circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.*

*Artigo 107 - Deixar de orientar seus familiares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.*

*Artigo 108 - Facilitar o manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.*

Os diretores técnicos ou clínicos que autorizarem a saída de prontuário das suas instituições violam o artigo 108 do CEM.

O acesso ao prontuário pela figura do médico auditor enquadra-se no princípio do dever legal, já que tem ele atribuições de peritagem sobre a cobrança dos serviços prestados pela entidade, cabendo ao mesmo opinar pela regularidade dos procedimentos efetuados e cobrados, tendo, inclusive, o direito de examinar a paciente, para confrontar o descrito no prontuário. Todavia, esse acesso sempre deverá ocorrer 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 nº 1614/01).

#### **4 - Solicitação de autoridades policiais ou judiciárias:**

Com relação ao pedido de cópia do prontuário pelas Autoridades Policiais (delegados, p.ex.) e/ou Judiciárias (promotores, juízes, etc.), vale tecer alguns esclarecimentos sobre segredo médico.

O segredo médico é uma espécie do segredo profissional, ou seja, resulta das confidências que são feitas ao médico pelos seus clientes, em virtude da prestação de serviço que lhes é destinada.

O segredo médico compreende, então, confidências relatadas ao profissional, bem como as percebidas no decorrer do tratamento e, ainda, aquelas descobertas e que o paciente não tem intenção de informar.

Desta forma, o segredo médico é, penal (artigo 154 do Código Penal) e eticamente, protegido (artigo 102 e seguintes do Código de Ética Médica), na medida em que a intimidade do paciente deve ser preservada.

Entretanto, ocorrendo as hipóteses de “justa causa” (circunstâncias que afastam a ilicitude do ato), “dever legal” (dever previsto em lei, decreto, etc.) ou autorização expressa do paciente, o profissional estará liberado do segredo médico.

Assim, com as exceções feitas acima, aquele que revelar as confidências recebidas em razão de seu exercício profissional deverá ser punido.

É de se ressaltar, que o segredo médico também não deve ser revelado para autoridade judiciária ou policial. Não há disposição legal que respalde ordens desta natureza.

É oportuno salientar que este entendimento foi sufragado pelo Colendo Supremo Tribunal Federal ao julgar o “Habeas Corpus” nº 39308 de São Paulo, cuja ementa é a seguinte:

*“Segredo profissional. Constitui constrangimento ilegal a exigência da revelação do sigilo e participação de anotações constantes das clínicas e hospitais.”*

Conseqüentemente, a requisição judicial, por si só, não é “justa causa”.

Entretanto, a solução para que as autoridades obtenham informações necessárias é que o juiz nomeie um perito médico, a fim de que o mesmo manuseie os documentos e elabore laudo conclusivo sobre o assunto. Ou então, solicitar ao paciente a autorização para fornecer o laudo médico referente a seu estado.

Outrossim, 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.

## Segredo Médico

A observância do sigilo médico constitui-se numa das mais tradicionais características da profissão médica.

O segredo médico é um tipo de segredo profissional e 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, capitulado no artigo 154 do Código Penal Brasileiro.

*"A justa causa, abrange toda a situação que possa ser utilizada como justificativa para a prática de um ato excepcional, fundamentado em razões legítimas e de interesse coletivo, ou seja, uma razão superior relevante, a um estado de necessidade".* Como exemplo de justa causa, para a revelação do segredo médico, temos a situação de um paciente portador de uma doença contagiosa incurável de transmissão sexual e que se recusa a informar e proteger seu parceiro sexual do risco de transmissão, ou ainda, que deliberadamente pratica o sexo de forma a contaminar outras pessoas.

O dever legal se configura quando compulsoriamente o segredo médico tem de ser revelado por força de disposição legal expressa que assim determine. Por exemplo: atestado de óbito, notificação compulsória de doenças etc. Outra situação específica de revelação de segredo médico por dever legal, é a comunicação de crime de ação pública, especialmente os ocasionados por arma de fogo ou branca, e as lesões corporais que apresentam gravidade. Nesse caso, a comunicação deverá ocorrer à autoridade policial ou do Ministério Público da cidade onde se procedeu o atendimento, observando a preservação da paciente.

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

Neste sentido, o médico não pode revelar à autoridade, por exemplo, um aborto criminoso, posto que isso ensejará procedimento criminal contra a sua paciente.

# VII

## DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

### Conceito

*“A Saúde Reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade. A Saúde Reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quanto e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação de fecundidade a sua escolha e que não contrariem a Lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar em segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio.”*

**Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Programa de Ação - § 7.2**

O Direito à saúde implica em gozar do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença. Neste amplo e integrador conceito, devemos incluir os direitos sexuais e reprodutivos. O desconhecimento destes direitos como parte integrante dos Direitos Humanos fundamentais e uma atitude cultural de resistência com posturas culpabilizantes ante o exercício da sexualidade, têm trazido prejuízo às mulheres e restringido o acesso destas ao pleno exercício destes Direitos. Em termos gerais, os direitos sexuais e reprodutivos abarcam o direito de atenção à saúde sexual e reprodutiva e o direito à autodeterminação reprodutiva.

Para um melhor entendimento sobre os Direitos Sexuais e Reprodutivos é necessário compreender que este conceito, no âmbito internacional, remonta à Assembléia Geral das Nações Unidas-1948, na qual se considerou homens e mulheres iguais em dignidade. Entretanto, os direitos reprodutivos foram reconhecidos, pela primeira vez como Direitos Humanos, na Conferência Internacional de Direitos Humanos, celebrada em Teerã -1968.

Não obstante estes avanços, na Conferência Mundial de Direitos Humanos, de Viena-1993, foi enfatizado que os direitos das mulheres e meninas constituem-se em Direitos Humanos inalienáveis. A declaração e o programa de Ação de Viena adotado pela Conferência Mundial de Direitos Humanos, em 1993, declarou: *"Todos os direitos humanos são universais, indivisíveis e interdependentes e estão relacionados entre si. A comunidade internacional deve tratar os Direitos Humanos de forma global e de maneira justa e equitativa, dando-lhes, a todos, o mesmo peso."*

Este e outros postulados foram referendados mais adiante na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Cairo-1994, assim como na Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher – Beijing-1995. O aporte destas Conferências foi o reconhecimento de novos Direitos, entre eles os sexuais e reprodutivos e, principalmente, o estabelecimento de estratégias para a implementação de ações que têm como meta a equidade de gênero.

Com este novo enfoque, espera-se por intermédio de ações concretas na prática diária dos Tocoginecologistas, transformar a qualidade de vida das mulheres.

Dentro do novo marco conceitual que apresentamos na página seguinte, estão contemplados importantes aspectos que devem ser considerados pelos tocoginecologistas, pois seus conhecimentos técnicos são tão importantes quanto os sentimentos e a decisão de suas pacientes. Portanto, é indispensável considerar as raízes humanitárias da medicina, em especial da obstetrícia e ginecologia, onde o tocoginecologista desempenha papel fundamental como agente promotor dos direitos sexuais e reprodutivos, destacando-se o direito a informação e educação.

## **Direitos Sexuais e Reprodutivos**

- 1. Direito à vida:** implica que nenhuma mulher deve ser colocada sob risco ou perigo em razão de gravidez.
- 2. Direito à liberdade e segurança:** reconhece que as pessoas têm o direito a poder desfrutar e a controlar sua vida sexual e reprodutiva e que nenhuma mulher deverá estar sujeita a gravidez, esterilização ou abortos forçados.
- 3. Direito à igualdade:** de estar livre de todas as formas de discriminação, incluindo sua vida sexual e reprodutiva.
- 4. Direito à privacidade:** significa que todos os serviços de atenção à saúde da mulher deverão ser confidenciais e que todas as mulheres tenham o direito a fazer escolhas autônomas com respeito à procriação.
- 5. Direito à liberdade de pensamento:** significa que todas as pessoas têm o direito de estar livre da interpretação restritiva de textos religiosos, crenças, filosofias e costumes como instrumentos para limitar sua liberdade, em matéria de atenção à saúde sexual e reprodutiva.
- 6. Direito à informação e educação:** no que concerne à saúde sexual e reprodutiva, para assegurar a saúde e o seu bem-estar.
- 7. Direito a contrair ou não o matrimônio e a planejar e formar uma família.**
- 8. Direito a decidir a ter ou não filhos e quando tê-los.**
- 9. Direito à atenção e proteção da saúde:** inclui os direitos dos usuários de saúde à informação, acesso, opção e escolha, segurança, privacidade, confidencialidade, trato digno, conforto e opinião.
- 10. Direito aos benefícios do progresso científico:** inclui reconhecimento que todas as pessoas têm o direito de acesso a todas as tecnologias reprodutivas que sejam seguras e aceitáveis.
- 11. Direito à liberdade de reunião e participação política:** entende que toda pessoa tem o direito a influenciar os governos para outorgar prioridade à saúde e aos direitos, em matéria de sexualidade e reprodução.
- 12. Direito a não ser submetido a torturas e maltratos:** inclui os direitos das crianças e adolescentes à proteção contra a exploração e o abuso sexual e o direito de todas as pessoas à proteção contra a violência sexual, o abuso e o assédio sexual.

## Aborto - Considerações Éticas e Legais

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 CPB 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.

A partir de 1989, estabeleceu-se o primeiro programa público de assistência ao aborto previsto por lei na cidade de São Paulo. Os critérios adotados por esse programa para a realização de abortamentos legais são:

### **Na gravidez por estupro - Aborto Sentimental - são necessários:**

- Boletim de ocorrência policial com a data da ocorrência do estupro e da comunicação à autoridade policial.
- Termo de autorização ou consentimento assinado pela gestante ou, no caso de incapaz, por seu responsável legal, solicitando interrupção.
- Termo de consentimento informado da instituição hospitalar detalhando os riscos e complicações do procedimento.
- Avaliação multiprofissional (médico, psicólogo, enfermeira, assistente social).

→ Gestação até 20 semanas. Uma parte dos hospitais de referência realiza o aborto somente até 12 semanas.

→ Não é necessário autorização judicial.

#### **No risco de vida materno - Aborto Terapêutico:**

→ Avaliação de no mínimo dois profissionais (ideal que sejam três), sendo ainda que um deles deverá ser especialista na patologia que está motivando a interrupção. O Prontuário Médico deverá conter as justificativas médicas detalhando o risco materno.

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

→ Ter a anuência e/ou consentimento esclarecido assinado pela gestante ou por seus familiares.

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

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

→ O preenchimento completo do prontuário médico da paciente é obrigatório por toda a equipe, onde deverão ser anotadas as opiniões e avaliações.

→ Informar a Diretoria Clínica da instituição.

→ Não é necessário autorização judicial.

#### **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 frequentes 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 frequentes 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).\*

→ 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 sobrevivida, não têm embasamento legal para a interrupção da gestação, salvo naqueles casos que envolvem risco de vida materna, conseqüente à patologia fetal.

Para a interrupção da gestação por anomalia fetal são necessários:

a) Que a gestante expresse claramente o desejo da interrupção quando comunicada do diagnóstico fetal.

b) Um ou mais exames de ultra-sonografia morfológica, assinado por 2 especialistas detalhando os achados no organismo fetal.

c) Laudo de avaliação psicológica da gestante.

d) Carta da gestante ou do casal, solicitando à autoridade judicial a possibilidade de interrupção de sua gestação, mediante laudos médicos.

e) Relatório ou laudo do médico assistente, esclarecendo à autoridade judicial que o feto não terá sobrevivida ao nascer.

f) Se for patologia pouco conhecida, deverá fornecer cópia de artigo científico ou publicação sobre a patologia (lembre-se que o juiz pode não conhecer esta doença fetal e terá que consultar literatura pertinente ou solicitar que um perito o faça). Desta maneira, tenta-se facilitar a decisão judicial.

#### **Aborto 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 infecção. 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 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.

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 nº 24.292/00 – Cremesp:

*“1. Sempre que, ao examinar mulher grávida, em situação clínica de abortamento, deve o médico, levantar dados de anamnese, e histórico obstétrico, bem como proceder aos exames clínico e obstétrico, além de, se necessário, utilizar-se de exames complementares para auxiliá-lo no raciocínio clínico. Isto objetiva esclarecer se está diante de um aborto espontâneo (natural) ou aborto induzido ou provocado, e proceder assim, ao tratamento específico a cada situação de acordo com as necessidades clínicas da paciente, objetivando um menor 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.” Parecer n° 6.823/91- Cremesp.

### **Código de Ética Médica**

No que diz respeito aos artigos do Código de Ética Médica que podem instruir eticamente os profissionais que lidam com o abortamento em qualquer de suas formas, merecem destaque:

#### **Capítulo I**

*Art. 7° - O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.*

#### **Capítulo II**

##### **Direitos do Médico**

*É direito do médico:*

*Art. 21- Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.*

*Art. 28- Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.*

#### **Capítulo III**

##### **Responsabilidade Profissional**

*É vedado ao médico:*

*Art. 43- Descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgão ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.*

#### **Capítulo IV**

##### **Direitos Humanos**

*É vedado ao médico:*

*Art. 46- Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.*

## **Considerações Finais**

No que diz respeito à terapêutica do abortamento, deve o profissional estar devidamente capacitado para o manejo das técnicas instrumentais,

bem como para a resolução dos abortamentos por técnicas aspirativas, como a aspiração manual 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.

## A Ética e o Manejo de Queixas Sexuais

### Os ginecologistas como referência para o atendimento de queixas sexuais

O símbolo da medicina – o caduceu – é um bastão envolvido por duas cobras. As duas cobras simbolizam o poder duplo do medicamento: o poder curativo do remédio e o poder mortal do veneno. A diferença está justamente na dose. E o cajado, ao qual as cobras se submetem, simboliza o poder do saber médico, o poder de quem sabe usar do “veneno” (químico, físico, traumático-cirúrgico, etc.) na dose exata que o transforma em remédio.

O estudo sistemático do fenômeno chamado Relação Médico-Paciente, à luz da moderna medicina psicossomática, mostra que, além do medicamento, também a postura profissional e a atitude pessoal do médico exercem efeitos iatrogênicos ou terapêuticos, dependendo do modo que o médico se aplica, como profissional e como ser humano, ao paciente.

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.

O contexto da sexualidade talvez seja onde mais claramente a postura ética do médico produza efeitos terapêuticos, ao passo que atitudes antiéticas produzem grandes e graves iatrogenias.

A palavra sexo tem a mesma origem das palavras “secção” e “seção”. Todas vêm do latim *sexus*, que significa “dividido”, “partido”, expressando a idéia básica da negação da unidade, ou seja, algo que não é único, não é homogêneo.

Sexualidade é o atributo ou condição dos seres sexuados. Apesar de cada espécie sexuada constituir uma única espécie, esta não é unitária ou homogênea, pois é dividida (ou seccionada) pelas diferenças sexuais dentro da espécie.

Nos animais, a sexualidade se expressa quase exclusivamente como atributos biológicos (anatomia e instinto). Nos seres humanos, a condição biológica é apenas um dos componentes, ao qual somam-se os demais componentes próprios das ciências humanas (psicológico, sociológico, cultural, econômico, moral, ético, filosófico, histórico, político etc.), tornando a sexualidade humana um vasto campo interdisciplinar, que poderia ser definido como o campo de estudo do prazer humano *senso lato*, e não apenas do prazer sensorial genital.

Viciada ao longo de um processo cultural (e econômico) que vem desde Galileu (séc. XVI), passando por Descartes (séc. XVII), pela Revolução Industrial (séc. XIX) e chegando aos nossos dias, a formação médica afastou-se do conceito global e abrangente de ser humano. Difundiu-se a idéia de que o ser humano é uma “máquina perfeita e maravilhosa”. O humano foi reduzido aos aspectos bio-físico-químicos, e a sociedade está hoje formando profissionais predominantemente voltados ao conhecimento científico do “animal-máquina” humano, e não do ser humano em toda sua ampla realidade.

É por isso que hoje, tanto para o leigo quanto infelizmente para muitos médicos, o termo “sexualidade” é freqüentemente reduzido ao conceito biológico de “genitalidade”, este sim relativo ao comportamento do acasalamento ou coito. Diferentemente, a nosso ver, se a genitalidade fosse um livro, a sexualidade certamente seria uma enciclopédia inteira.

Em decorrência desse reducionismo conceitual, passou a fazer sentido para a sociedade a idéia de que, por ocasião de dificuldades do prazer na vida a dois, os médicos a serem procurados seriam aqueles especializados na biologia genital de cada sexo: os urologistas e os ginecologistas.

Dado sintomático é que na seara da urologia com freqüência há, entre médico e paciente – quando ambos masculinos – um consenso cultural de que qualquer dificuldade sexual deva ser conseqüência de desarranjo biológico. Tal pressuposto é sintoma do machismo que cria, no homem, um abismo de distância entre a razão e a emoção. Na cultura machista, a emoção masculina é *a priori* negada, não reconhecida, e portanto freqüentemente não identificada como etiologia de muitas disfunções sexuais.

Infelizmente é fato que nossa cultura ocidental, patriarcal e machista, discrimina e desvaloriza o sofrimento emocional, enquanto respeita e valoriza o sofrimento corporal. Não é sem razão que as pessoas mais valorizadas da cultura cristã, os santos católicos, têm em comum uma história de vida com grandes sofrimentos, prioritariamente corporais (pobreza, miséria, fome, violências diversas, prisão, torturas diversas, morte após agonia prolongada etc.), sendo o sofrimento emocional mera conseqüência secundária ao corporal.

Aliás, entre os santos, os mais reconhecidos são justamente aqueles que, sofrendo terríveis agruras corporais, mantiveram-se (lendariamente) emocionalmente equilibrados, em conseqüência da resignação decorrente da fé. Muito menos alguém já se tornou santo por ter vivido uma vida plena

de satisfação e ter se tornado um exemplo do prazer de viver. Igualmente o sofrimento prioritariamente corporal é valorizado na cultura judaica, não tão focalizado em indivíduos santos como no cristianismo, mas difusamente conceituado no histórico sofrimento coletivo do povo israelita.

Sem nenhum demérito aos urologistas e serviços urológicos éticos, é fato que este fator cultural (aliado a interesses financeiros) favorece o surgimento de verdadeiras “oficinas” de instalação de próteses penianas, onde a negligência, imprudência e imperícia diagnósticas levam à piora da alienação emocional do paciente e à produção de lesões irreversíveis nos corpos cavernosos de muitos homens cuja indicação terapêutica adequada seria exclusivamente uma psicoterapia.

Por outro lado, a clientela do ginecologista é a mulher, a quem a cultura machista reconhece todo o direito de ser emocional. É freqüente a mulher possuir a percepção do quanto suas emoções interferem nas suas funções biológicas e expressar isto a seu ginecologista, durante a anamnese, associando o surgimento dos sintomas ginecológicos com eventos emocionais.

Infelizmente, também é freqüente o ginecologista desprezar essas associações. Por não ter recebido formação ampla sobre a realidade humana, freqüentemente julga os relatos emocionais como mera perda de tempo, que prolongam desnecessariamente a consulta e são irrelevantes para o raciocínio clínico, raciocínio este formatado na visão “mecânica” ou “bio-físico-química” de ser humano.

Tal panorama freqüente da relação ginecologista-paciente é terreno fértil para conflitos de relacionamento, principalmente com as pacientes que exigem mais atenção do ginecologista para suas questões emocionais. Entre estas, certamente, estão as portadoras de disfunções sexuais.

Alguns ginecologistas esperam que suas pacientes sejam tão racionais e isentas de emoção quanto eles próprios e que falem objetivamente sobre seus sinais e sintomas, comportando-se no consultório como se fossem apenas corpos femininos e não mulheres por inteiro.

A possibilidade mais terrível de desajuste na relação ginecologista-paciente portadora de 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”. Várias situações de assédio

sexual que levam ginecologistas aos tribunais da justiça comum e do Cremesp contém elementos referentes a esse despreparo profissional.

Na ausência de uma formação humanística como elemento integrante da formação médica, o ginecologista logo percebe que a visão bio-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 (Abdo e Oliveira Jr., 2002), 49% dos especialistas reconheceram que possuem conhecimento insuficiente e conseqüente insegurança para a abordagem de questões sexuais de suas pacientes.

Tal situação torna-se mais preocupante na medida em que, desde 11/04/2002, a Sexologia, entre diversas outras, deixou de pertencer à categoria de "Especialidade Médica" e passou a ser reconhecida como "Área de Atuação Médica", por decisão conjunta da Comissão Nacional de Residência Médica, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.

Área de Atuação é definida como "modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades". O conjunto das entidades citadas entendeu que a Sexologia passa a ser área de atuação de duas especialidades: a Tocoginecologia e a Urologia. Portanto, acentua-se a tendência do ginecologista ser cada vez mais e mais o profissional de referência para o contingente de mulheres portadoras de queixas sexuais e para os demais profissionais da saúde.

É urgente que os responsáveis pela formação dos ginecologistas no Brasil atentem para isso, criando programas de capacitação interdisciplinar específica em Sexologia e oferecendo pelo menos uma boa formação interdisciplinar básica no assunto para os que não desejarem se aprofundar na área. Caso contrário teremos também uma provável piora das estatísticas, que atualmente já apontam os ginecologistas como os especialistas brasileiros mais expostos a denúncias e processos de assédio sexual, grande número deles decorrentes de inabilidades no manejo da relação com pacientes, freqüentemente necessitadas de algum tipo de ajuda referente à sexualidade.

As estatísticas da Seção de Denúncias do Cremesp durante os últimos sete anos (janeiro de 1995 a março de 2002), demonstram que os tocoginecologistas são o segmento mais denunciado por assédio sexual entre todas as especialidades, respondendo por 34,34% do total de denúncias de assé-

dio, e também são o segmento mais processado por assédio sexual entre todas as especialidades, figurando isoladamente como réus em 25,80% do total de processos disciplinares autuados no período estudado.

Reforçando a importância de reconhecer a natureza interdisciplinar do saber e do trabalho com sexualidade e capacitar-se o ginecologista para o desempenho interdisciplinar, vale citar, do Código de Ética Médica, o Artigo 41 – *É vedado ao médico deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, (...) de sua doença;* o Artigo 5º - *O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente;* e o Artigo 57 – *É vedado ao médico deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnósticos e tratamento a seu alcance em favor do paciente.*

Em relação a capacitação emocional que deve fazer parte da formação interdisciplinar do ginecologista para um bom desempenho no manejo de pacientes com queixas sexuais, poderíamos citar, ainda do Código de Ética Médica: o Artigo 48 – *É vedado ao médico exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar;* o Artigo 55 – *É vedado ao médico usar da profissão para corromper os costumes, (...);* o Artigo 63 - *É vedado ao médico desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais;* e o Artigo 65 - *É vedado ao médico aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, (...).*

## Situações Frequentes no Manejo de Queixas Sexuais

### Discriminação Sexual da Paciente

Ginecologistas de qualquer sexo que sofrem conflitos quanto à própria sexualidade, ou aqueles de qualquer sexo que possuem formação moral extremamente machista, rígida, intolerante e conservadora podem apresentar tendências a tratar de modo pouco amistoso ou até hostil pacientes homossexuais, bissexuais ou transgênero.

O Artigo 1º do Código de Ética Médica diz: *"A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza"*. No Artigo 47º encontramos: *"É vedado ao médico discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto"*. Em São Paulo, a Lei Estadual 10.948 define penalidades para quem praticar quaisquer tipos de ato discriminatórios a cidadãos homossexuais, bissexuais ou transgênero.

### **Conduta durante a Anamnese**

A insegurança decorrente da insuficiência de conhecimentos com frequência acarreta, durante a anamnese, atitudes tais como: ignorar a queixa sexual; não se dispor a ouvir a paciente; prescrever intempestivamente medicamentos que sabe serem ineficazes; desvalorizar a queixa; pressupor que toda queixa sexual é de base emocional e fazer encaminhamento brusco, apressado e prematuro para psicólogo ou psiquiatra.

No Código de Ética temos: Art. 2º - *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. 5º - *O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.* Art. 57º - *É vedado ao médico deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnósticos e tratamento a seu alcance em favor do paciente.*

É fundamental aqui evitar pelo menos duas iatrogenias mais freqüentes: dificultar para a paciente a livre manifestação da queixa, geralmente inibe o esforço que a mesma está fazendo, geralmente com alto custo emocional, de buscar ajuda para sua dificuldade sexual. Isto pode prolongar, às vezes até por anos, o sofrimento da paciente, até que ela volte a ter coragem de reiniciar essa busca de ajuda. Apenas ouvir, com atenção e interesse, mesmo que nada mais se saiba fazer depois de ouvir, já é uma atitude médica que, muito freqüentemente, produz um efeito terapêutico ansiolítico na paciente.

Ao receber encaminhamento de médico ginecologista, geralmente o psicólogo ou psiquiatra sente-se descomprometido com a pesquisa de fatores biológicos da dificuldade sexual, pelo pressuposto de que o ginecologista que encaminha é o responsável pelo diagnóstico e tratamento desses fatores orgânicos. Se o encaminhamento foi apressado e negligente, pacientes portadoras de distúrbios sexuais devidos a causas orgânicas não diagnosticadas podem perder muito tempo e dinheiro com psicoterapias que resultarão ineficazes, mesmo com psicoterapeutas reconhecidamente competentes.

### **Conduta durante o Exame Físico**

Vale citar as recomendações do Comitê de Ética do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (Costa, 2000):

*A solicitação de ter um acompanhante presente durante o exame físico sempre deve ser respeitada, independente do sexo do ginecologista. Uma terceira pes-*

soa durante o exame pode trazer benefícios para o paciente e médico, independente do sexo do acompanhante.

*O exame da paciente deve ser realizado com o mínimo de contato físico necessário para obter os dados indispensáveis para o diagnóstico e o tratamento.*

Acrescente-se a Recomendação Cremesp 01/88:

*(...) Que (os médicos) expliquem às pacientes, previamente e de forma detalhada os procedimentos que irão realizar durante o exame ginecológico, em atenção ao disposto no artigo 46 do Código de Ética Médica: "É vedado ao médico efetuar qualquer procedimento sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida".*

### **Conduta com o Parceiro Sexual durante o Tratamento**

Uma condição importante e facilitadora do sucesso terapêutico na abordagem dos distúrbios sexuais é a participação ativa e colaboradora do parceiro sexual no tratamento. Ocorre que esse efeito benéfico só pode vir a acontecer caso ambos, paciente e parceiro, participem e envolvam-se juntos no tratamento por livre e espontânea vontade.

Eventualmente alguns ginecologistas, por desconhecimento técnico ou por ansiedade de "curar a qualquer custo e o mais rápido possível" assumem a conduta de obrigar a paciente a trazer um parceiro não colaborativo ao consultório, ou o forçam a entrar na sala de consultas quando ele apenas vem na função de motorista ou acompanhante. Além de impor uma presença indesejada, para a paciente ou para o parceiro, durante a consulta, alguns ginecologistas fazem citações para o parceiro, na presença da paciente ou não, de informações colhidas em consultas anteriores privativas da paciente.

Assim procedem a fim de conferir com o parceiro a realidade dos fatos relatados pela paciente ou simplesmente como técnica (equivocada!) de provocar o diálogo no casal, sem perceber o altíssimo custo emocional de um ou ambos ao enfrentarem tal "diálogo" sem oportunidade de um prévio e necessário amadurecimento preparatório.

Aqui cabe lembrar dos seguintes artigos do Código de Ética, que claramente impedem esse tipo de conduta impositiva: Art. 11 - *O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. (...)*; Art. 29 - *Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negli-*

*gência; Art. 46 - Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, (...); Art. 48 - Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.*

Cabe lembrar dos mesmos artigos perante a conduta de impor a participação indesejada do parceiro durante o exame físico sexual.

### **Atenção para os Sinais Precoces que Antecedem uma Conduta Inadequada**

O trabalho com sexualidade exige capacitação técnica específica e serenidade emocional. Estados de insatisfação afetiva ou sexual, que inevitavelmente podem ocorrer na vida de qualquer pessoa, favorecem o surgimento de ilusões e fantasias. Estas podem evidenciar na pauta emocional (não-falada, não-dita) da relação ginecologista-paciente a possibilidade imaginária de encontrar satisfação para essas carências através da transgressão do limite profissional da relação, ampliando-a para uma relação de caráter pessoal, afetivo e erótico.

Por parte da paciente, pode surgir a fantasia de que o ginecologista, ou a ginecologista, seria um ser muito especial, muito diferente dos mortais comuns, e que possuiria o condão de resolver sua dificuldade sexual através de uma relação sexual imaginada com efeito "mágico". Caso o(a) ginecologista se deixe envolver pela ilusão, a "mágica" não acontece (simplesmente porque tudo não passava de um pensamento mágico) e a decepção que se segue é 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.

Por parte do(a) ginecologista, fases da vida emocionalmente frágeis e perda da auto-estima sexual 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 auto-estima, momentaneamente perdida devido alguma eventual infelicidade vivida pela(a) médico(a). Caso a paciente se deixe envolver, o que é freqüente pela sua própria fragilidade emocional, 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(a) ginecologista nunca teve intenção de dar. Aqui também se estabelece a relação de exploração sexual, com o conseqüente desejo de vingança da parte explorada.

Caso o ginecologista perceba comportamento sedutor inequívoco por parte da paciente e não se sinta seguro tecnicamente para resolver a situação, ou então percebe em si mesmo dificuldade de respeitar o limite ético do papel profissional com uma dada paciente, é prudente valer-se do Código de Ética Médica, especialmente quanto aos artigos abaixo:

Artigo 7º – *“O médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente.”*

Art. 61 – *“É vedado ao médico abandonar paciente sob seus cuidados.”*

Parágrafo 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 seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.”*

Portanto, tomar a iniciativa de encerrar eticamente e definitivamente a relação profissional e pessoal com a paciente pode ser a última chance antes de concretizar-se o crime de assédio sexual, que sempre estará caracterizado – vide “Assédio Sexual”, neste manual – mesmo que a iniciativa da aproximação erótica seja exclusivamente da paciente. Note-se que, caso a relação médico-paciente seja encerrada apenas formalmente, mas não comprovadamente 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.

## Assédio Sexual

### Importância

As estatísticas da Seção de Denúncias do Cremesp durante os últimos sete anos (janeiro de 1995 a março de 2002) demonstram que:

→ Tocoginecologistas são o segmento mais denunciado por quaisquer motivos entre todas as especialidades, respondendo por 12% do total geral de denúncias por quaisquer motivos recebidas pelo Cremesp, correspondendo quase ao dobro dos 5,01% do segundo colocado, o segmento dos pediatras.

→ Tocoginecologistas também são o segmento mais denunciado por assédio sexual entre todas as especialidades, respondendo por 34,34% do total de denúncias de assédio sexual, também ficando com quase o dobro dos 18,18% do segundo colocado, o segmento da clínica médica.

→ Assédio sexual é motivo cinco vezes mais freqüente nas denúncias contra tocoginecologistas que no conjunto de todas as especialidades, abrangendo 1,05% do total geral de denúncias recebidas pelo Cremesp em todas as especialidades, mas correspondendo ao motivo de 5,20% do total de denúncias no segmento dos tocoginecologistas.

→ Tocoginecologistas são o segmento mais processado por assédio sexual entre todas as especialidades, figurando isoladamente como réus em 25,80% do total de processos disciplinares autuados no período estudado, enquanto os demais 74,20% distribuíram-se por todas as outras especialidades.

→ Processo Disciplinar foi o destino de 19,83% das denúncias de assédio sexual em todas as especialidades, enquanto 80,17% foram arquivadas, dentre as denúncias que tiveram a fase inicial de apuração concluída no período estudado

→ Um terço (33,33%) do total de médicos julgados por abuso sexual foram condenados e punidos, considerando o período do estudo e dentre todas as especialidades.

→ Pesquisa norte-americana (Rutter, P. – 1989) utilizando entrevistas com mais de 1.000 pessoas, entre profissionais e pacientes, dá conta que aproximadamente 70% dos psicoterapeutas já tiveram pelo menos uma paciente relatando história de relacionamento sexual com um terapeuta anterior; entre 20 e 30% das estudantes universitárias, incluindo alunas de medicina, já haviam sofrido abordagem sexual por parte de seus professores; e aproximadamente 13% dos médicos tinham tido envolvimento sexual com suas pacientes.

Frente a esses dados é de fundamental importância para os médicos, em especial para os tocoginecologistas, o conhecimento dos princípios éticos e legais pertinentes à temática do assédio sexual.

## Considerações conceituais

Atualmente os termos “abuso”, “agressão”, “violência” e “assédio” sexual são utilizados na linguagem coloquial de modo genérico, tomando-os como sinônimos, tanto nos casos tecnicamente caracterizados como assédio quanto nos de estupro, atentado violento ao pudor, posse sexual mediante fraude e atentado ao pudor mediante fraude.

Até maio de 2001, o Código Penal Brasileiro tipificava os crimes contra a liberdade sexual nos seguintes artigos:

Art. 213. ESTUPRO: “*Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça*”. Note-se que o conceito pressupõe o exercício de poder violento, física ou psicologicamente, e não se aplica a homens, pois o legislador entende por conjunção carnal exclusivamente a penetração vaginal. O estupro é legalmente considerado crime hediondo desde 1990, sendo insuscetível de anistia, graça, indulto, fiança ou liberdade provisória, obrigando-se a imediata prisão temporária do indiciado. Pena: reclusão de 3 a 8 anos. É direito da mulher praticar o aborto em gestação decorrente de estupro.

Art. 214. ATENTADO VIOLENTO AO PUDOR: “*Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal*”. Note-se que o conceito também pressupõe exercício de poder violento, física ou psicologicamente, e se aplica tanto a mulheres quanto a homens, pois o legislador entende por ato libidinoso a penetração anal, oral, ou todas as demais formas de relação sexual. Este crime também é considerado hediondo. Pena: reclusão de 2 a 7 anos.

Art. 215. POSSE SEXUAL MEDIANTE FRAUDE: “*Ter conjunção carnal mediante fraude*”. Note-se que o conceito não pressupõe violência, mas sim exercício do poder de persuasão pela atitude de iludir, enganar ou mentir para a mulher a fim de obter a penetração vaginal. Pena: reclusão de 1 a 3 anos. A pena é dobrada caso a mulher seja virgem, com idade entre 14 e 18 anos.

Art. 216. ATENTADO AO PUDOR MEDIANTE FRAUDE: “*Induzir, mediante fraude, alguém a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal*”. Note-se que o conceito também não pressupõe violên-

cia, mas poder de persuasão fraudulenta, e enquadra todos os modos de relação sexual exceto a penetração vaginal. Pena: reclusão de 1 a 2 anos, que também dobra se a vítima tem idade entre 14 e 18 anos.

Em maio de 2001, o Código Penal foi acrescido do Artigo 216-A, que define o crime de Assédio Sexual:

Art. 216-A. ASSÉDIO SEXUAL: *"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 a 2 anos.

Portanto, o que diferencia o assédio sexual dos demais crimes contra a liberdade sexual não é o exercício do poder da violência, nem o da persuasão, mas sim o poder inerente ao emprego, cargo ou função, ou seja: o poder da posição profissional que o agente ocupa na relação profissional com a vítima. Esse é o caso das relações patrão-empregada, chefe-subordinada, religioso-fiel, professor-aluna, terapeuta-cliente e médico-paciente, entre outras.

Os primeiros quatro tipos de crimes contra a liberdade sexual têm em comum a obtenção do ganho sexual a partir do uso de um poder que é atributo individual do agente – seja força física, agressividade, hostilidade ou habilidade de persuasão. Diferentemente, o assédio sexual implica que o agente faça uso de um poder que não lhe pertence enquanto indivíduo, mas sim pertence coletivamente à sua profissão e a todos seus colegas profissionais: o poder de ter a confiança da paciente no seu médico.

Confiança é o sentimento de quem confia, ou seja, de quem deposita fé. A medicina nasceu num lugar de fé, um templo religioso, na Ilha de Cós (Grécia), dedicado a Asclépio, deus da cura na Grécia Antiga. Hipócrates, filho de um sacerdote desse templo, via todas as noites o pai trajar-se de adereços, máscara e munir-se de um cajado com duas serpentes enroladas para representar Asclépio, visitando um a um os doentes que, às dezenas, aguardavam com fé, confiando, deitados no chão do templo, por aquela visita curadora.

Hipócrates observou e aprendeu quão fundamental era o poder daquela fé dos doentes em Asclépio, que favorecia o processo da cura e que permitia a seu pai, fantasiado de deus, ser respeitado e obedecido mesmo quando prescrevia tratamentos dolorosos ou desagradáveis. Hipócrates também entendeu que esse poder não pertencia à pessoa de seu pai, homem comum, mas sim era o poder do mito que ele representava enquanto usava seus trajes profissionais.

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: o poder do conhecimento técnico. Mas 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 através de um ritual – o Juramento – o primeiro código de ética médica.

Não haveria necessidade alguma de criar um instrumento moderador e regulamentador do poder do médico se não existisse um poder a ser regulamentado. Além do poder do conhecimento, também o poder profissional do mito, que alavanca a confiança da paciente e, exclusivamente, em seu benefício pode ser exercido. Tal preceito vigora há aproximadamente 2.500 anos, estando presente no atual Código de Ética Médica em dezenas de seus artigos.

O Juramento, atualmente Código de Ética Médica, foi criado justamente para modular e direcionar o poder mítico 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, nunca o prejudicando.

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.

## Considerações preventivas de situações de assédio sexual

É importante assinalar que a relação médico-paciente é, por princípio e natureza, uma relação profissional de poder assimétrico, ou seja, sempre o médico ocupa a posição superior de poder decorrente da ascendência de sua função profissional, conforme exposto acima.

Vale sempre a pena lembrar daquele colega neurologista, Sigmund Freud, criador da Psicanálise, que ensinava que todo comportamento ou manifestação emocional da paciente na relação com seu médico devem ser tomados como um sintoma, ou seja, devem ser interpretados e diagnosticados como elemento da personalidade da paciente, vista como um ser global, e não apenas como um órgão doente.

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 ter 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, e buscam satisfação na relação com personagens masculinos idealizados, como um médico, por exemplo.

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. Quando a relação se concretiza, com consentimento ou até por iniciativa da própria paciente, termina a fantasia. O personagem-médico sai de cena e aparece o médico-homem-real. A paciente percebe que, mais uma vez, está sendo explorada por um homem que não pretende dar-lhe todo o afeto que ela necessita e passa a ter pelo médico os mesmos desejos de vingança que tem pelos outros homens que a exploram.

Na hipótese da paciente consentir e aceitar a aproximação sexual de

iniciativa do médico, como também na hipótese de partir da 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. O médico estará sempre arcando, solitariamente, com toda a responsabilidade criminal que porventura decorra dessa aproximação sexual.

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 adequada!

Uma outra situação diferente e freqüente é a associação ignorância-desconfiança. As autoridades policiais, reiteradamente, têm autuado médicos ante a apresentação de queixa-crime de pacientes, alegando terem sido submetidas a atos de “violência, abuso ou assédio sexual”. A análise do Cremesp de várias dessas denúncias, por muitas vezes revelam apenas absoluta ignorância das pacientes a respeito de exames de mama e/ou mal entendidos do que venha a ser “exame especular” ou “exame de toque”, que são confundidos com “atos libidinosos”.

Por ser grande a dificuldade de se provar os fatos, ficando geralmente a palavra da paciente contra a do médico, o Cremesp recomenda que os médicos, ao fazerem exames ginecológicos, o façam sempre na presença de uma auxiliar e/ou pessoa acompanhante da paciente. Recomenda, ainda, que os médicos expliquem de modo detalhado o quê e por quê farão os procedimentos do exame ginecológico, em atenção ao artigo 46 do Código de Ética Médica: *é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios da paciente ou de seu responsável legal, salvo em perigo iminente de vida.*

Por outro lado, o artigo 56 do Código de Ética Médica veda ao médico *desrespeitar o direito da paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.* Isto se aplica para os casos em que a paciente recuse a presença de terceiros durante o exame ginecológico. A rigor o médico deve respeitar essa escolha

da paciente, mas deve antes, informar sobre a necessidade da presença de profissional auxiliar durante o exame e esgotar todos os argumentos para conquistar a adesão da paciente.

Por fim, vale citar que alguém já teve a idéia de utilizar um gravador (som) para registrar 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 médico tem em mãos uma grande arma: o prontuário médico. Tal elemento deve sim ser usado ao extremo. Seu preenchimento com riqueza de detalhes é peça fundamental, inclusive para a defesa do próprio médico, tanto perante o Cremesp quanto perante a Justiça Comum.

## Planejamento Familiar

*“Fundado nos princípios da dignidade de 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.”*

**§ 7º do artigo 226 da Constituição Federal**

### A esterilização cirúrgica

A Lei 9.263/96 veio preencher uma lacuna que existia em nossa legislação e regulamentou o *§ 7º do artigo 226 da Constituição Federal* – que trata do Planejamento Familiar e fundamenta os princípios gerais que norteiam o assunto.

Segundo a lei, o Planejamento Familiar é entendido 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, meios, métodos e técnicas disponíveis para regulação da fecundidade.

Vale ressaltar, que somente é permitida a esterilização cirúrgica voluntária e por intermédio de laqueadura tubária, vasectomia ou outro método cientificamente aceito.

### ***Critérios para a realização da esterilização cirúrgica:***

*I – Em homens e mulheres, em capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou pelo menos com dois filhos vivos – desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico – período no qual 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 vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, 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 constar no prontuário médico o registro da expressa manifestação de vontade em documento escrito e firmado. Após informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.*

*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 a 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 esterilização cirúrgica, deverão se credenciar junto ao SUS.

É bom frisar que a realização da esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecimento no artigo 10 da Lei 9.263/96, submeterá o infrator à reclusão de dois a oito anos e multa. Podendo, ainda, a pena ser aumentada em um terço se a esterilização for praticada durante a gestação, parto e puerpério ou se a esterilização não for voluntária em indivíduo com capacidade civil plena.

O nosso Código de Ética Médica aborda a questão nos seguintes artigos:

*É vedado ao médico:*

*Artigo 42 – Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.*

*Artigo 43 – Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.*

*Artigo 67 – Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método.*

*É direito do médico:*

*Artigo 28 – Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.*

A legislação em vigor é extremamente permissiva em relação a autonomia e a manifestação da vontade, desde que respeitada algumas condições. Porém, ela é paradoxalmente restritiva quando aplicada à mulher na condição de gestante, proibindo a laqueadura tubária durante os períodos do

parto, aborto ou puerpério. No nosso entendimento, o “espírito de lei” visa a redução da incidência da cesárea para o procedimento de laqueadura. Estão excluídos dessa proibição os casos de cesáreas de repetição, pelo maior risco a futura gestação devido às más condições uterinas. Com este entendimento, deve-se considerar a gestante em estados avançados de doenças crônicas, tais como, diabetes melitus, cardiopatia e hipertensão arterial, entre outras que também aumentam o risco materno. Nestas circunstâncias, a indicação deve ser assinada por dois médicos, com o consentimento expresso da paciente.

Diante desta consideração, na ausência de indicação médica, não se deve proceder a esterilização cirúrgica durante os períodos do parto, aborto e até 42º dia do puerpério.

Embora com algumas controvérsias, a legislação em análise é um avanço em respeito aos direitos reprodutivos, e o artigo 10 da lei 9.263/96 não deve ser interpretado isoladamente, mas como parte integrante de um conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem e ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

## Reprodução Assistida

De acordo com a Resolução n.º 1358 de 11/11/1992, o CFM adotou as normas éticas para a utilização das Técnicas de Reprodução Assistida (RA), considerando a importância da infertilidade humana como um problema de Saúde. O avanço científico já existente na área, aponta a necessidade de harmonizar estas técnicas com os princípios da ética moderna.

### Princípios gerais

Em relação às técnicas de reprodução assistida, temos como princípios gerais que as mesmas facilitem o processo de procriação, podendo ser empregadas quando exista possibilidade efetiva de sucesso e que não sejam aplicadas com a intenção de selecionar qualquer característica biológica do futuro filho, inclusive o sexo. O consentimento informado deve ser obrigatório e realizado em formulário especial.

Finalizando, é proibido a fecundação de óvulos humanos com outra finalidade que não seja a procriação e o máximo ideal de oócitos e pré-embriões a ser transferidos não deve ser superior a quatro.

### Usuários de técnicas de RA

Toda mulher poderá ser beneficiária das técnicas de RA, desde que tenha concordado em documento de consentimento informado e, se estiver casada ou em união estável, conte com a aprovação do companheiro.

### Clínicas, centros ou serviços que aplicam RA

Os serviços que aplicam as técnicas de RA assumem responsabilidade pelo controle de doenças infecto-contagiosas, coleta, manuseio, conservação, distribuição e transferência de material biológico, devendo ter um responsável médico pelos procedimentos, um registro das gestações – nascimentos e malformações de fetos ou recém-nascidos – e um registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o material biológico, visando evitar a transmissão de doenças.

### Doação de gametas e pré-embriões

A doação nunca terá caráter lucrativo ou comercial, os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa, podendo em situações especiais serem fornecidas informações sobre os doadores para médicos.

As instituições devem manter, de forma permanente, em registro de dados clínicos de forma geral, características fenotípicas dos doadores buscando semelhança com as receptoras e pela análise do registro das gestações. Além disso, evitar que um doador tenha produzido mais de duas doações, de sexos diferentes, em área de 1 milhão de habitantes. Não será permitido que médicos e demais integrantes dos serviços participem como doadores nos programas de RA.

### **Criopreservação de gametas ou pré-embriões**

As instituições poderão usar o método da criopreservação ao material considerado excedente, que não poderá ser descartado ou destruído, devendo o casal exprimir sua vontade em relação ao destino dos pré-embriões, em casos de separação ou quando desejarem doá-los.

### **Diagnósticos e tratamento de pré-embriões**

As técnicas poderão ser utilizadas exclusivamente no diagnóstico e tratamento de doenças genéticas ou hereditárias, com precisas indicações e suficientes garantias de sucesso, sendo obrigatório o consentimento informado do casal.

### **Sobre a gestação de substituição**

Desde que exista um problema médico que impeça ou contra-indique a gestação na doadora genética, poderá haver a doação temporária do útero, devendo existir um parentesco até o segundo grau entre as doadoras, sendo os demais casos sujeitos à autorização do CRM.

Nesta prática não poderá existir caráter lucrativo ou comercial.

### **Outras situações em reprodução humana**

#### **Consentimento informado**

Em relação ao número de pré-embriões, este deverá ser informado ao casal, para que decida quantos serão transferidos a fresco, devendo o excedente ser criopreservado, não podendo ser descartado ou destruído.

Vale a pena ressaltar que o consentimento informado é necessário para resguardar a noção de autonomia das pessoas, sendo obtido após informações sobre a evolução e os riscos pertinentes ao caso.

Em última análise, o consentimento representa uma delegação de poderes para aquilo que necessariamente deva ser feito, jamais excluindo a responsabilidade médica em ato profissional que tenha participado ou indicado.

### **Paciente RH negativo sensibilizada**

No presente caso, o último filho teve problemas pela incompatibilidade materno-fetal e, em gestação futura se for gerado um feto Rh positivo, a probabilidade de complicações perinatais é elevada, apesar da terapêutica com transfusões intra-uterinas, portanto não sendo descabida a proposição de inseminação com sêmen heterólogo de doador Rh negativo.

### **Preservação de sêmen de doadores**

Sobre esta questão da preservação de sêmen de doadores para inseminação heteróloga, segundo o Código de Ética Médica de 1.988, no capítulo IV, não existe nenhum impedimento desde que dentro de normas científicas e respeitados os artigos 67 e 68 do Código de Ética Médica.

### **Aplicação de técnicas de RA em casais sorodiscordantes**

Não há empecilhos éticos para a utilização de técnicas de RA entre tais casais e, neste caso, haveria o receio de que a mulher soro negativa para o HIV poderia ser contaminada, juntamente com o RN, pelo marido soropositivo, o que representa uma realidade. Porém, com a utilização das técnicas de RA, a possibilidade de ocorrer tal contaminação é infinitamente menor porque uma separação cuidadosa dos espermatozoides reduz os níveis de HIV no sêmen em 10.000 vezes (Quayle e Cols, 1988).

### **Transferência de embriões de um determinado casal para uma terceira pessoa sem vínculo familiar**

A cessão temporária de útero doador, não pertencente à família da doadora genética, deve ser previamente autorizada pelo CRM, devendo-se seguir as demais recomendações:

1. Proibição do útero de aluguel que implique em compensação financeira ou remuneração da mãe gestacional.
2. Consentimento esclarecido à mãe que doará o útero sobre os aspectos envolvidos na gravidez e de seus riscos.

3. Esclarecimento da impossibilidade de interrupção da gravidez, salvo raras exceções, autorizadas judicialmente.

4. Garantia de registro da criança pelos pais genéticos.

#### **Criopreservação de embriões por tempo indeterminado**

A questão demandou uma consulta do Cremesp ao CFM, uma vez que certas clínicas de RA teriam que definir com seus clientes o destino dos pré-embriões. Segundo a Resolução 1358/92, a intenção foi reduzir o risco de gestações múltiplas (máximo de 4) e criar oportunidades para transferências futuras.

Os clientes muitas vezes já manifestaram seu desinteresse pela preservação dos embriões congelados e, a fim de evitar que no futuro as técnicas de RA possam beneficiar apenas populações de maior poder aquisitivo, o CFM deverá retomar as discussões e se pronunciar a respeito da guarda por tempo indeterminado dos pré-embriões.

## Violência Sexual e Aspectos Éticos da Assistência

### Introdução

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.

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*”. 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.

No Brasil, o estupro é definido pelo artigo 213 do Código Penal como “*constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça*”. 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, o que limita esse crime às vítimas do sexo feminino. No artigo 214, é tipificado o atentado violento ao pudor, crime de “*constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal*”. Aqui, se incluem todas as situações diferentes da penetração vaginal: mordidas, sucção das mamas, manobras digitais eróticas e a penetração anal ou oral. Embora não sejam os únicos, o estupro e o atentado violento ao pudor constituem os tipos de crime sexual mais frequentes 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, 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.

## **Violência sexual enquanto problema de Saúde Pública**

A violência sexual é um fenômeno universal que atinge, indistintamente, mulheres de todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. 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, 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 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. 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.

## 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. 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. É fundamental fazer com que a mulher sintam-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. 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. 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 72 horas da violência sexual.

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. 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. 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. 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.

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.

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. O mecanismo de ação se

baseia na inibição ou postergação da ovulação, na disfunção do corpo lúteo (fenômeno semelhante ao produzido durante a amamentação), e na alteração da função e da capacitação dos espermatozoides. Não há qualquer evidência científica de que a contracepção de emergência hormonal possa atuar sobre o processo de nidação e resultar em abortamento. 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%. 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. 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. No entanto, apesar da lei datar de 1940, ou seja, por quase 60 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, bem como pela Norma Técnica para a Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, do Ministério da Saúde, apenas o termo de consentimento para interrupção da gestação é exigência jurídica no Brasil, sendo desejável que se anexe ao prontuário médico cópia do Boletim de Ocorrência Policial. 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.

É fundamental que esteja claro que o abortamento em casos de violência sexual é um direito, e não uma obrigação da mulher. Ela deve sempre ser esclarecida de suas opções, considerando-se a possibilidade de manter a gestação até seu termo e permanecer com a criança ou entregá-la em doação. 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. Essa posição é garantida pela lei e pelo Código de Ética Médica e deve sempre ser preservada. 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. 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.

## Considerações finais

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.

# VIII

## ÉTICA NO EXERCÍCIO DA TOCOGINECOLOGIA

### A Equipe Cirúrgica

A composição da equipe cirúrgica em tocoginecologia é de responsabilidade direta do cirurgião responsável ou titular. Esta responsabilidade engloba o estabelecimento do número de auxiliares necessários, bem como a avaliação da qualificação técnica dos profissionais da equipe cirúrgica, levando-se em conta a experiência, habilitação e capacitação dos mesmos e a complexidade do procedimento cirúrgico a ser realizado.

Deve o tocoginecologista responsável observar a qualificação de seu auxiliar médico, considerando que o mesmo deve possuir as condições técnicas para substituí-lo, em caso de eventual impedimento do titular durante o ato cirúrgico.

Nos hospitais-escola podem os acadêmicos de medicina atuarem como auxiliares de cirurgia, desde que supervisionados pela equipe de preceptores e dentro de um programa de treinamento. Os profissionais de enfermagem devidamente habilitados e capacitados podem atuar na condição de instrumentadores cirúrgicos, bem como os estudantes de enfermagem, desde que supervisionados pela equipe formadora.

Ainda dentro das obrigações do cirurgião titular, está a descrição cirúrgica do procedimento, sua indicação, intercorrências e complicações da operação, além da fiel caracterização da equipe cirúrgica, sendo vedada a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato, para efeito de cobrança.

## A Relação com o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

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

Importante análise realizada por Greenlick (1995), da Universidade de Oregon, EUA, prevê 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 ultra-sonografia, a histeroscopia e a ressonância ultramagnética fornecem informações precisas?

Como assinala Siqueira (1997): “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 pública ou privada.

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 interpõe-se a instituição pagadora que pode comprometer a qualidade da assistência.

É inegável que há inúmeras reclamações envolvendo esses quatro segmentos.

Uma das queixas mais freqüentes está relacionada com a falta de informações simples e precisas à paciente ou 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 detalhadas, 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 qualquer natureza, seja filantrópica, particular, pública ou de ensino (exames laboratoriais, ultrasonografia, cardiocardiografia, 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 ela 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 formulário do exame solicitado: por quê 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 de diagnóstico preciso e o tratamento adequado.

Muitas denúncias têm sido feitas em relação aos convênios de saúde de baixo padrão, que remuneram mal a equipe médica e não 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 instâncias 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 que, por temor de ser demitido, não denuncia o mau empregador.

A situação conflitante vem à tona quando a paciente pergunta, ao médico que está realizando o exame, o resultado do mesmo. Na realização de uma ultra-sonografia em uma gestante, por exemplo, a mãe questiona o médico, logo após o procedimento, se o seu conceito está bem e perfeitamente formado.

Tais condições colocam os profissionais que executam os procedimentos diagnósticos em extrema dificuldade.

O relacionamento médico-paciente estabelecido inicialmente foi com o tocoginecologista consultante que fez a anamnese, exame físico, exame ginecológico e solicitou o procedimento (a ultra-sonografia da gestante, no caso citado). Portanto, é o mais indicado para dar o resultado. O médico ultra-sonografista deve orientá-la para que o procure levando o laudo do exame. Se constatar alguma anormalidade materna, fetal ou feto-anexial, deverá procurá-lo antes da próxima consulta de pré-natal agendada ou, imediatamente, de acordo com a gravidade do seu achado.

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 Manual da Relação Médico-Paciente (Cremesp, 2001) *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 informada sobre a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser administrada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e as conseqüências indesejáveis, a duração esperada do

procedimento, os exames e as condutas a que será submetida, a finalidade dos materiais coletados e as alternativas diagnósticas 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.

## As Condições de Trabalho

É importante que as condições de trabalho permitam o exercício digno das atividades profissionais em todas as especialidades. A Tocoginecologia não é exceção, contudo, as condições necessárias para o seu exercício demandam certas especificidades, seja por seu objeto de trabalho – a vida reprodutiva feminina – seja por tratar-se de especialidade tanto clínica quanto cirúrgica.

Há vários documentos, como os manuais de acreditação, assim como preceitos legais, que estabelecem como deve ser estruturado o atendimento tocoginecológico em hospitais. É importante lembrar, sempre, que a realidade é dinâmica: casas de parto, anexas ou não a hospitais, detêm recomendações próprias, ainda não contempladas pelos manuais citados. Por outro lado, as evidências científicas tornaram obsoletas, ou até mesmo contra-recomendadas, práticas tradicionais desses serviços, como a tricotomia e o enema de rotina na admissão, que ainda não foram retiradas de vários documentos oficiais.

As condições para o exercício da prática contemplam aspectos estruturais e de relação com a instituição. Em termos de recursos físicos e materiais, é preconizado:

1) Para a assistência ginecológica e de pré-natal:

→ existência de consultório gineco-obstétrico, mobiliado para oferecer conforto ao profissional que nele realiza as atividades, assim como ao cliente e seu acompanhante. Deve oferecer as condições adequadas para o exame ginecológico, contando com o equipamento preconizado nas determinações legais e recomendações específicas. O consultório deve apresentar boa iluminação e ventilação e manter sala de exame com privacidade e sanitário.

2) Para a assistência ao parto:

→ Área de recepção da parturiente: esta deve ter espaço suficiente para o recebimento de uma maca.

→ Sala de exame, ou admissão, ou higienização de parturientes, com possível acesso ao Centro Cirúrgico ou Centro Obstétrico; deve dispor os equipamentos previstos para o consultório, além de amnioscópio, sonar e cardiotocógrafo disponíveis ou exclusivos. Deve possuir sanitário, permitir circulação de maca, além de oferecer condições de aeração e iluminação.

→ Sala de pré-parto, dimensionada com um leito de pré-parto para cada 10 leitos obstétricos ou fração, oferecendo conforto para a parturiente e condições de acomodação de seu acompanhante. O pré-parto pode ser realizado no quarto de internação quando este for individual. A sala deve contar com o equipamento preconizado, assim como com sanitário e pia com sabão líquido e toalha de papel.

→ Posto de enfermagem: apenas se há mais de 30 leitos de pré-parto.

→ Área de escovação.

→ Sala de parto normal: recomenda-se uma sala para cada 20 leitos de internação. A sala de parto normal torna-se optativa se os mesmos são realizados no quarto de internação, adotando-se a modalidade de assistência denominada “PPP” - pré-parto/parto/puerpério. Essa modalidade é a que melhor se adapta à atual legislação vigente, que preconiza a presença de acompanhante (da preferência de escolha da parturiente) durante o trabalho de parto e o próprio parto.

→ Sala de parto cirúrgico ou curetagem: deve haver uma para cada três salas de parto normal ou fração. Cada sala de parto normal ou cirúrgico deve conter uma única mesa de parto.

→ Área para assistência ao recém-nascido, com o equipamento de enfermagem e o preconizado para reanimação.

→ Área de recuperação pós-anestésica, com espaço no mínimo para duas macas, com equipamento de monitoramento e rede de gases. Cabe lembrar que a alta da recuperação pós-anestésica é de responsabilidade intransferível do anesthesiologista.

→ Internação: a legislação preconiza o sistema de alojamento conjunto de mães e bebês para a promoção de maior vínculo mãe-filho.

É importante que os tocoginecologistas possam contar com uma equipe composta por vários profissionais que complementem sua atuação, para que a assistência se torne o mais integral possível. A responsabilidade pela assistência poderá ser dividida com a enfermeira obstétrica, apta a acompanhar vários aspectos da gestação, do trabalho de parto e a maioria dos partos vaginais; ambos, com o anestesista e o pediatra/neonatologista, compõem a equipe mínima de assistência obstétrica. Também é imprescindível um núcleo de apoio de profissionais de enfermagem. A disponibilidade de psicólogos e assistentes sociais enriquece as possibilidades de atuação em

prol do bem-estar de mães, bebês e família; atualmente alguns serviços oferecem a opção de “doulas” para o suporte emocional durante o trabalho de parto e o próprio parto – mulheres com experiências positivas em seus partos que contribuem para dar segurança e tranquilidade à parturiente quanto à normalidade de seu trabalho de parto.

Ainda como condições adequadas de trabalho, é recomendável que os serviços contem com prontuários sistematizados, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (laboratório, radiologia, ultrassonografia etc), acesso a serviços de hemoterapia, assim como acesso a UTI de adulto ou neonatal, quando necessário. Deve haver facilidade de acesso às consultas com outras especialidades, quando isso se tornar necessário. Devem oferecer acomodações para o conforto médico. Não deve ser negligenciada a provisão de material de consumo, como medicamentos básicos, material de enfermagem, provisão de roupa limpa ou descartável, luvas esterilizadas etc.

Em relação às condições de trabalho oferecidas pela instituição: deve ser respeitada a legislação trabalhista caso o profissional seja contratado, ou haver uma relação de confiança no caso de ser autônomo. Recomenda-se que a instituição propicie oportunidades de afastamento para participação em congressos e cursos de atualização e, quando possível, sejam organizadas reuniões clínicas para discussão de temas técnicos e administrativos. Caso haja normas de atendimento, é importante que elas sejam dadas ao conhecimento do profissional e estejam acessíveis, sempre que necessário. É importante que seja oferecida ao profissional a oportunidade de participar nas diferentes comissões hospitalares: Ética Médica (por eleição), Infecção Hospitalar (por contrato), Revisão de Prontuários (por indicação), Mortalidade Materna (por indicação) e outras.

Caso o serviço mantenha um setor de estatística com monitoramento dos indicadores hospitalares, sugere-se que ao profissional tocoginecologista sejam dadas as condições de cotejar periodicamente seu atendimento com a média hospitalar, possivelmente por meio dos seguintes indicadores: número de pacientes/dia, número de óbitos total, maternos, em menores de 7 dias, de 7 a 28 dias, entre 28 dias e 1 ano; número de partos normais; número de cesarianas, número de cesarianas em primigestas; número de partos vaginais após cesáreas; total de partos; número de nascidos vivos; total de cirurgias; entre outros.

Para ilustrar a importância destas recomendações, reportamo-nos à pesquisa sobre condições de atendimento a partos e nascimentos realizada pelo Cremesp em 1997/98, quando foram investigados 99 hospitais dos 673 estabelecimentos que prestam assistência a partos no Estado de São Paulo, sendo 16 públicos, 73 privados e 10 universitários. Destes, 63% não tinham consultório ginecológico e 59% não tinham consultório de pré-natal; 68% tinham o equipamento mínimo, mas apenas 15% tinham todos os equipamentos (mínimo = mesa para exame ginecológico, fita métrica, estetoscópio de Pinard, balança antropométrica, estetoscópio clínico, esfigmomanômetro, luvas e material para exame); 77% tinham sala de pré-parto, sendo que em apenas 7% o equipamento era completo; em 22% a admissão era realizada por profissional não médico, nem enfermeira obstétrica ou enfermeira; 50% dos serviços não apresentavam equipamento mínimo na sala de parto normal; apenas 26% contavam com anesthesiologistas nas 24 horas; apenas 30% referiram pediatra ou neonatologista na sala de partos; 35% reportaram falta de medicamentos, entre outros dados. Finalmente, 63% das instituições detinham taxas de cesárea superiores a 50% e mais de um terço apresentavam essa taxa acima de 70%.

Os autores concluem:

*"A partir dos resultados expostos e discutidos, é possível identificar as condições precárias de infra-estrutura referentes a recursos materiais e humanos das maternidades"... "Os dados quanto à presença de equipamento mínimo revelam o provável risco a que estão expostas as gestantes por falta importante destes recursos, evidenciados desde a sala de admissão, o pré-parto e as salas de parto normal e cirúrgico. Esse fato é mais preocupante nos hospitais privados, porém também ocorre nos serviços públicos e nos hospitais universitários".*

E, entre outras conclusões, sugerem *"algum encaminhamento de normatização desses espaços de assistência, objetivando maior qualidade de atenção ao parto e melhores condições de trabalho para os profissionais".*

## Delegação a Outros Profissionais de Atos Exclusivos do Médico

Por características próprias da especialidade, não pode nem deve o tocoginecologista atuar sozinho. Em algumas ocasiões, o simples acompanhamento do exame íntimo de uma paciente por parte da profissional de enfermagem; outras, por meio do trabalho em equipe multidisciplinar, mostram que esta colaboração é tão imprescindível, que a falta da mesma tornaria difícil ou incompleta a atuação do tocoginecologista.

Para uma adequada atuação inter e multidisciplinar, deve-se atentar para as normas técnicas e para as competências profissionais estabelecidas nas leis que as regulamentam. Assim como devem ser aceitas ou recomendadas pelas instituições responsáveis pela fiscalização do exercício profissional.

Fato ainda comum na prática obstétrica atual e que tem motivado inúmeros processos disciplinares, é a delegação do acompanhamento do trabalho de parto a profissionais não habilitados a esse mister.

Por razões econômicas, alguns estabelecimentos de saúde, não mantêm equipes de tocoginecologistas de plantão, recaindo sobre estes a responsabilidade de assumirem o plantão em obstetrícia à distância, criando algumas vezes situações onde a auxiliar de enfermagem executa irregularmente a assistência ao parto.

Somente a enfermeira obstétrica tem a competência legal e habilitação para prestar assistência ao parto normal.

A Lei 7.498/86, que regulamenta o exercício da enfermagem, estabelece que compete às enfermeiras obstétricas ou à obstetritz:

- a) Assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) Identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até chegada do médico;
- c) Realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Há certos atos que continuam sendo de competência e do âmbito exclusivo do médico, como auxiliar operações, entre elas, a cesariana, cometendo infração ética o médico que opera sem o auxílio de outro médico.

O Código de Ética Médica dispõe:

*É vedado ao médico:*

*Artigo 30 – Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.*

*Artigo 38 – Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas que pratiquem atos ilícitos.*

## Ética na Assistência ao Parto

As ocorrências decorrentes da assistência obstétrica têm contribuído com um grande número de questionamentos e denúncias no Conselho Regional de Medicina. Não bastasse esse motivo, uma reflexão sobre a ética na assistência ao parto merece destaque pelas modificações que estamos vivenciando nos últimos anos no que se refere ao tipo de atenção que se presta às mulheres e aos seus fetos, segundo os conceitos da “humanização do parto”.

Se nos reportarmos aos parteiros mais antigos – formados pelas nossas tradicionais Escolas Médicas, e mesmo pelas menos tradicionais – mas que no passado freqüentaram os grandes Serviços de Obstetrícia que existiam, perceberemos que os alunos do quarto, quinto e sexto anos que se interessavam pela especialidade faziam estágios e ao terminarem seus cursos médicos já tinham uma experiência muito grande no acompanhamento do trabalho de parto. E também na sua assistência final, com uma capacitação em procedimentos obstétricos que hoje, a maioria das residências médicas em Obstetrícia, não consegue transmitir. Isto se deve a mudanças sociais, no sistema de saúde e, inclusive, a super especialização que transformou os hospitais-escola em Centros de Atenção Terciário, cuja ênfase é para a gestação de alto risco, diminuindo a autoconfiança que os especialistas têm na assistência ao parto ao se formarem.

No aspecto da “humanização” do parto, ou mesmo da humanização da própria assistência médica e de enfermagem, seja ambulatorial ou hospitalar, no qual o conceito da autonomia – um dos pilares da bioética – preceitua o respeito à autodeterminação humana, fundamentando a aliança terapêutica entre o médico e o paciente, e também aos princípios da beneficência (maximizar os benefícios e minimizar os prejuízos) e da não maleficência (não causar danos), faz com que a assistência obstétrica prestada nos moldes que vem sendo aplicada em inúmeros serviços e mesmo em clínica privada possa ser questionada eticamente. Pois nos modelos antigos, onde a mulher era submetida aos procedimentos de forma passiva, excessivamente manipulada, seja por procedimentos ou mesmo por medicações, acarretando em inúmeros casos, algum prejuízo – o que estaria ferindo o dogma da não maleficência.

Dessa forma, quais os aspectos éticos que merecerão ser destacados, a fim de que possamos proceder uma assistência digna?

Inicialmente, merece destaque a assistência pré-natal, onde as gestantes receberão por parte da equipe de saúde (às vezes, unicamente o médico se constitui em toda a equipe) orientações quanto ao desenvolvimento da gravidez e possíveis intercorrências, como o desencadeamento do trabalho de parto e sobre o aleitamento natural. Além de identificar a presença ou não de fatores de risco que possam comprometer a saúde materna e/ou fetal, evitando que desfechos desfavoráveis ocorram no momento do parto. Grande parte das complicações materno-fetais não existiria se o pré-natal tivesse sido minimamente eficiente.

Ao se atender uma gestante no Pronto Atendimento de uma maternidade, onde são avaliadas as condições de trabalho de parto, é fundamental que se faça uma consulta primorosa, pois na maioria das vezes o médico desconhece a gestante e a evolução do pré-natal. Uma anamnese precisa e um exame físico apurado, a fim de não restarem dúvidas quanto às condutas a serem tomadas – seja a de internação ou mesmo a de recusa da gestante – vai se constituir num dos pilares da boa assistência, bem como numa defesa do médico, em caso de qualquer intercorrência. Essa consulta deverá ser anotada na ficha de atendimento ambulatorial e, se possível, com documentação anexada (registro da cardiotocografia e de pressão arterial).

Decidida uma conduta, esta deverá ser apresentada para a gestante e sua família, orientando-os sobre os motivos que a justificaram. O acolhimento da gestante, que normalmente se encontra atemorizada frente à situação, e a adequada relação médico-paciente nesse momento define, muitas vezes, em situações de insucessos, a postura da família frente ao médico do ponto de vista de questionamentos (seja no âmbito do Conselho Regional de Medicina ou da Justiça).

Ao recusar-se a internação de uma gestante por não estar em franco trabalho de parto, a mesma deve ser orientada dos procedimentos que deverá tomar a partir de então e, simultaneamente, deverá estar assegurada a respeito das condições favoráveis do seu estado de saúde e do feto.

Em se tratando de parturiente, deverá ser internada e, sempre que possível, favorecer a permanência de um familiar ou quem a parturiente designar para acompanhá-la no trabalho de parto.

Sabemos das dificuldades de alguns serviços em respeitar estes procedimentos, ou mesmo de ter condições físicas e de privacidade para que os

acompanhantes permaneçam durante o trabalho de parto e do próprio parto. Porém, o obstetra deve buscar equalizar o melhor possível essa situação, em benefício do cumprimento dessa nova postura, e pleiteando junto à direção do serviço condições para essa prática.

Durante o acompanhamento do trabalho de parto, o obstetra deve ficar atento aos preceitos de beneficência e não maleficência, isto é, aliado aos cuidados do acompanhamento do bem-estar materno e fetal – que deverão estar anotados com horários e assinatura do examinador. O médico também deve atentar às necessidades de alimentação da parturiente, evitar os preceitos antigos de tricotomia e enteroclistma de rotina, utilizando-os somente quando indicados e da forma cientificamente correta, além de evitar a manutenção rotineira de cateterismo venoso quando não indicado e a utilização sistemática de drogas ocitócicas, que não raramente produzem agravos desnecessários.

As intervenções médicas como a ruptura artificial de membranas, utilização de ocitocina, bem como a indicação de analgesia endovenosa ou de outras formas, são perfeitamente exeqüíveis, desde que consubstanciadas, justificadas e anotadas no prontuário.

Na assistência ao parto propriamente dito, seja normal ou instrumentalizado, ou mesmo quando da necessária indicação de via alta, o obstetra deverá estar ciente da justeza do procedimento e fazer constar no prontuário os motivos, além de apresentar à parturiente e acompanhante as justificativas pertinentes.

As cesáreas, realizadas sem consistência na indicação, podem ser encaradas como procedimentos desnecessários e que impõem riscos aumentados tanto na morbidade quanto na mortalidade materna. O obstetra deve estar qualificado para assistir ao trabalho de parto com toda segurança do bem-estar fetal e apto a terminá-lo de forma conveniente, mesmo que instrumentalizado por fórcepe ou vácuo-extrator quando necessário, evitando a realização da cesárea por insegurança nas suas capacitações em permitir o parto vaginal. A busca do aprimoramento e destreza nos procedimentos obstétricos, ou mesmo um melhor conhecimento da fisiologia do trabalho de parto e do próprio parto, permitirão aumentar a segurança, permitindo um maior número de partos vaginais.

Os cuidados no terceiro e quarto períodos, com uma prevenção de compli-

cações em situações de maior risco minorarão as complicações freqüentes.

Em suma, uma associação de capacitação do obstetra, acolhimento da gestante e família, responsabilidade na assistência ao parto – com registro dos exames e procedimentos no prontuário – e o entendimento de que as equipes de saúde e os aparelhos disponibilizados para o atendimento da população devem ser viabilizados para os interesses da própria população e não primariamente aos interesses da Instituição, são as melhores formas de se garantir um atendimento ético.

## Ética no Ensino da Tocoginecologia

Os aspectos éticos da tocoginecologia como profissão médica têm merecido considerações em diversos fóruns e o tema é relativamente claro em vários dos seus aspectos dentro da prática médica; embora existam ainda tópicos, principalmente na esfera da bioética, que estão merecendo estudos mais aprofundados. Surge entretanto, mais uma faceta nova nesta área: que é o enfoque ético do seu ensino. Tentaremos abordá-lo a seguir.

### A comunicação entre o docente ou preceptor e o aluno

Em todo o ensino, seja em que área for, aquele que está na posição de ensinar traz consigo um “quê” de modelo, sendo que as suas atitudes e posturas perante os estudantes e pacientes, passarão a ser copiadas e refletirão, em grande parte, nas próprias atitudes e condutas dos seus alunos. Nesse aspecto, os professores, tutores e preceptores precisam atuar junto aos seus alunos de forma respeitosa. Isto é, colaborando para diminuir suas ansiedades, dirimindo suas dúvidas e inseguranças, aceitando seus erros e orientando-os, pois será esta mesma atitude que muito provavelmente eles reproduzirão junto às suas pacientes.

A postura do professor no contato com a paciente, seja na forma de se dirigir a ela, seja no respeito às suas indagações, na colocação delas como centro ativo e participativo das atenções, na forma como a examina e lhe transmite suas impressões e orientações, servirão de modelo para os alunos e residentes nas suas atuações profissionais. Os professores precisam estar mais presentes nas atividades práticas transmitindo essas posturas.

A especialidade, por lidar com o aparelho genital feminino, com a sexualidade da paciente, com suas fantasias e com seus tabus, indubitavelmente, resvala também nesses aspectos, tanto naquele que está ensinando quanto naqueles que estão aprendendo. Assim sendo, deve-se lidar com os temas tocoginecológicos com a maior naturalidade, seja nos aspectos fisiológicos, seja nos desvios da normalidade e nas doenças, evitando-se qualquer referência que discrimine a mulher ou desvirtue os aspectos didáticos-pedagógicos. Ao surgirem situações em que os aprendizes, principalmente no contato com as pacientes durante o exame físico, se sintam constrangidos ou mesmo mobilizados em sua sexualidade, uma conversa reservada com o

docente ajudará a administrar de forma adequada essa situação.

Nas visitas didáticas ou mesmo assistenciais, na presença dos alunos e das pacientes, o docente deverá sempre ter em mente que a paciente é um ser ativo, e como tal deve permanecer, participando, ouvindo e sendo ouvida, evitando que ela venha a sentir-se um objeto de estudo. Estando ela ouvindo e participando, as discussões devem ser compreensíveis e quando não forem, devem ser explicadas para que a paciente não conclua de forma errônea. Quando isto não for possível, alguém da equipe deverá traduzir, logo que possa, os termos técnicos e o que foi discutido numa linguagem acessível.

Os alunos são geralmente mais jovens que as pacientes e, freqüentemente, estão em grupos numerosos. Homens e mulheres, na enfermaria ou no ambulatório, portanto, é extremamente importante que venham travestidos de respeito, seja através da roupa branca ou avental (denotando atividade profissional no hospital), seja pela postura na condução da anamnese e do exame físico, tanto por parte de quem os realiza quanto daqueles que estão assistindo, evitando-se comentários não pertinentes, irônicos às vezes, ou conversas paralelas. Aliás, essas conversas devem ser evitadas também durante os procedimentos cirúrgicos ou propedêuticos, pois não raramente comprometem o bom relacionamento médico-paciente. O docente deve reforçar essas atitudes e, sempre que possível, deixar a paciente segura de que os atos praticados pelos alunos estão sempre supervisionados por ele.

Dentre a relação docente-aluno existe ainda os aspectos das visitas ou discussões de casos, onde se analisam condutas tomadas, principalmente na área obstétrica – mais passível de controvérsias – onde as referências feitas aos colegas devem ser pautadas pelo respeito e a ética, evitando-se críticas às condutas na frente de pacientes. Mesmo na ausência delas, a discussão deve ser encaminhada privilegiando os aspectos técnicos e as correções devem ser feitas com respeito denotando o aspecto construtivo da relação docente-aluno.

## O cuidado com o pudor das pacientes

Qualquer paciente que se exponha ao médico apresenta certo desnudamento, seja de seus sentimentos, seja de seu próprio corpo. A mulher, no ginecologista, tem esse sentimento exacerbado, seja pela apresentação de seus sintomas, muitas vezes vinculados à sua sexualidade e mesmo quando não o são, aparecem por força da própria anamnese, que con-

templa esses aspectos. Além disso, o exame físico específico recai sobre seu aparelho genital. As mulheres que freqüentam os hospitais de ensino, normalmente, pertencem a uma classe social menos favorecida, o que freqüentemente se associa a maior timidez frente a pessoas de nível superior e diante dos estudantes, como já referido, mais jovens e numerosos; isso implica que sejam mais recatados e respeitosos em relação ao pudor das pacientes. Na anamnese, é importante serem delicados no tato com aspectos que possam constrangê-las, evitando sempre expô-las nesses aspectos de forma pública ou perante as outras pacientes e familiares. Durante o exame físico, devem mantê-las sistematicamente cobertas, despindo-as somente o necessário para realizar o exame e tornando a cobri-las. Nos procedimentos diagnósticos e cirúrgicos, mesmo quando sedadas, devem ser respeitadas, mantendo-as cobertas o máximo possível.

### **O sigilo médico**

O sigilo é um dos elementos fundamentais da confiança e da relação médico-paciente. Ele deve ser reforçado pelas atitudes dos docentes frente aos alunos no dia-a-dia, não revelando fatos que impliquem na quebra do mesmo. Casos freqüentemente contados em aulas não podem em hipótese alguma, desnudar o sigilo. O respeito aos próprios alunos, não expondo-os perante a turma por fatos ocorridos, nem aos outros médicos em decorrência das condutas tomadas em serviço. Isso, embora não invoque o sigilo do paciente, mostra uma atitude respeitosa do docente que, na formação do aluno, moldará seu caráter ético.

O sigilo implica também, como já exposto, nas visitas, em não expor dados da paciente perante as companheiras de enfermagem, bem como aos familiares.

### **A relação do professor com a indústria farmacêutica e de equipamentos**

O desenvolvimento da ginecologia e da obstetria foi acompanhado pelo aparecimento de novos medicamentos e aparelhos que, sem sombra de dúvidas, contribuíram para melhores diagnósticos e terapêuticas mais eficazes e seguras. Ambas as indústrias tiveram a necessidade de se cercarem de profissionais da especialidade para desenvolverem suas pesquisas. Os médicos prestadores de serviço das referidas empresas têm seus víncu-

los bem definidos, estes muitas vezes trabalhistas ou, quando não, de divulgadores de pesquisas que falam sobre os produtos e que devem deixar clara esta vinculação à empresa.

Alguns professores são convidados pelas referidas firmas para ministrarem aulas sobre alguns temas, geralmente dentro de suas áreas, cuja empresa tem algum produto vinculado. Para tanto, têm vantagens financeiras, recebendo por aula ou por outros meios, como inscrições em congressos e passagens internacionais. Se a aula não fizer referência ao produto específico, não há infringência ética, porém, se forem citados produtos comerciais, é necessário que se deixe claro que o evento ou aula está sendo patrocinado pela empresa. Esses professores, porém, nos seus cursos curriculares e extracurriculares não poderão citar nomes comerciais ou marcas de aparelhos ao ensinarem seus alunos, sob o risco de estarem se vinculando comercialmente à propaganda dos referidos produtos, o que não seria ético. Além disso, começam a ocorrer descrenças em professores conceituados em relação a determinados temas, com receio que estejam a serviço da indústria farmacêutica ou de aparelhos médicos.

Finalizando, os preceitos da ética médica devem ser exercidos de forma mais intensa no relacionamento didático, pois não raramente, as discussões teóricas e o ensino da ética nas faculdades de Medicina deixam de atingir de forma eficiente o aluno, da maneira esperada. As atitudes dos docentes nas suas atividades, sejam em sala de aula, nos ambulatórios, nas enfermarias, nos Pronto-Socorros e nas salas de parto, sem nenhuma dúvida vão ser a melhor forma de disseminação, propagação e multiplicação das atitudes éticas, sejam elas positivas ou negativas.

## Direitos do Tocoginecologista

→ O médico não pode, em qualquer circunstância ou sob qualquer pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, devendo evitar que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e correção de seu trabalho.

→ Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, opção sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

→ Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país.

→ Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

→ Recusar-se a exercer sua profissão em instituições, públicas ou privadas, cujas condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar o paciente.

→ Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional ou não o remunerar condignamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

→ Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados, com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição.

→ Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

→ Dedicar ao paciente, quando trabalhar com relação de emprego, o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua atividade, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas prejudique o paciente.

→ Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

## O Trabalho Interdisciplinar em Obstetrícia

No contexto do atendimento ao parto são notórios os benefícios da assistência interdisciplinar, na qual profissionais de diferentes formações atuam distintamente, no âmbito de suas respectivas áreas, colocando o melhor de seu conhecimento com o objetivo comum de concorrer para o bem-estar do binômio mãe/feto.

O termo aplicado, mãe/feto, talvez possa ser substituído por família/feto (ou família/recém-nascido), já que a assistência obstétrica que se pretende oferecer transcende o papel desses dois protagonistas e traz ao foco coadjuvantes antes relegados a segundo plano, como foram o pai e demais membros da estrutura familiar.

O nascimento desde os primórdios da humanidade sempre foi encarado como um evento revestido de naturalidade. Embora de significados distintos, quando analisado culturalmente e em diferentes povos, na prática pode ser encarado como um grande agregador do convívio familiar, mesmo nas mais primitivas e peculiares formas de organização social.

Embora historicamente relate-se que o nascimento fora tratado como um fato privativo do universo feminino – tanto que desde os tempos primitivos mulheres ajudavam outras mulheres a dar à luz – o passar dos anos transformou a obstetrícia em matéria médica, ao tempo em que intervenções médicas determinaram melhores resultados perinatais por prevenir e tratar danos decorrentes das complicações obstétricas.

Os avanços tecnológicos das últimas décadas trouxeram o conceito de que parto e nascimento são eventos médicos, que devem ser tratados como tal e sob a responsabilidade exclusiva do profissional médico, relegando os demais atores da família a um plano de coadjuvância e desprezando os serviços de demais profissionais com capacitação em participar do ato, tais como psicólogos, assistentes sociais e enfermeiras obstétricas.

Esta prática vem se alterando, paulatinamente, desde que uma série de Portarias editadas pelo Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Esse programa surgiu em resposta à demanda do movimento organizado de mulheres contra a desumanização da assistência à saúde, em geral associada às crescentes reivindicações de profissionais de saúde e entidades como a Federação Bra-

sileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e prevê uma série de alternativas a serem implantadas no âmbito dos serviços públicos e hospitais universitários, com o objetivo de integrar a assistência pré-natal ao parto e puerpério. Tal iniciativa está restituindo o valor dos mecanismos fisiológicos do nascimento e retirando a aura de medicalização antes vigente, sem no entanto abandonar os recursos tecnológicos, apenas racionalizando seu emprego, sobretudo no que diz respeito aos meios de avaliação do bem-estar materno e fetal, que visam a prevenção da morbimortalidade perinatal e materna.

A assistência humanizada ao parto, não somente por direito de quem é atendido, mas sobretudo por dever de quem atende, deve proporcionar à parturiente um clima acolhedor e motivador, no qual a recriação de um ambiente familiar sadio sirva como fator de estímulo aos meios determinantes do processo de nascimento.

A atitude de se humanizar a equipe de atendimento tem papel de destaque nesta nova postura e pode ser resumida no lema: **humanizar o homem para humanizar o atendimento.**

Todos os profissionais envolvidos diretamente no contato com a parturiente devem estar devidamente identificados e suas funções devem lhe ser informadas. O médico e demais profissionais devem tratar a parturiente com o devido respeito, bem como aos seus familiares e evitar chamá-los por diminutivos como “mãezinha” ou “paizinho”. Tal tratamento constitui uma negação das identidades das pessoas, ou despersonalização, sendo uma das formas mais corriqueiras de desumanização do atendimento.

Paralelamente, o estímulo ao parto natural – contrário à ordem que proporcionava um número cada vez maior de intervenções cesarianas – tem sido incrementado por meio de ações informativas que devolvem à mulher o direito de ser mãe com todo o simbolismo que isto envolve, num ambiente acolhedor onde não falte humanidade, conforto e sensação de segurança. Tais ações estão determinando, ainda que de maneira discreta, uma redução no número de cesarianas realizadas no Brasil, prática desairosa que vem consumindo sistematicamente recursos do sistema de saúde e criando uma questão de saúde pública.

A assistência humanizada vem retirando a mulher da condição de pas-

sividade nos processos do nascimento. Ao médico, a quem coube a primazia das indicações, das determinações de postura, via de parto, momento adequado para o nascimento, administração ou não de método analgésico, freqüentemente, de acordo com suas conveniências e, por vezes, desprezando a vontade da parturiente, cabe agora zelar para que seja permitido à gestante ter voz ativa nas decisões.

Cabe também ao médico garantir que a gestante seja informada suficientemente sobre os processos do nascimento e as transformações que ocorrem durante a gestação, sobre todas as intervenções e motivos pelos quais serão praticadas: sobre as vias de parto e as possibilidades de analgesia, sobre os riscos inerentes aos procedimentos e sobre a possibilidade, inclusive, de escolha do local do parto e a existência do direito de se fazer acompanhar por pessoa de sua confiança no decorrer do trabalho de parto, se a mesma assim o desejar.

O atendimento interdisciplinar permite que várias das medidas educativas e atenuantes da ansiedade possam ser realizadas sem a presença do médico, tais como as pré e pós-consultas de pré-natal, a visita de reconhecimento ao hospital ou centro de parto, as atividades educativas e de psicoprofilaxia do parto, a orientação nutricional, o incentivo aos programas de aleitamento materno, a orientação sobre as diversas etapas de desenvolvimento do trabalho de parto e parto e os cuidados com o recém-nascido, entre outras.

A assistência ao parto poderá ser conduzida também por enfermeiros obstétricos devidamente habilitados – já que a Lei 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, relativa ao exercício profissional da enfermagem, lhes garante o direito de assistir ao parto de baixo risco sem distócia em todas as suas fases, inclusive com a realização de procedimentos, tais como a episiotomia e episiorrafia e prescrição de medicamentos no puerpério imediato. Neste particular há que considerar-se que a lei define com clareza cristalina o limite legal da competência profissional da enfermagem obstétrica como sendo exatamente o limite que separa a eutócia da distócia. Via de regra, tal limite se apresenta ao profissional de modo inesperado e imprevisto, em quaisquer uma das quatro fases do trabalho de parto, inclusive no quarto período, ou seja, após a dequitação placentária, no qual constitui capítulo específico de distócias.

Ao direito da enfermagem obstétrica, assistir ao parto não deve corresponder o risco de a mesma ver-se colocada em situação de responsabilidade criminal, caso se instale a distócia imprevista e não existam profissionais médicos (obstetra, anestesista, neonatologista, etc.) disponíveis para assumir a condução do atendimento. Quando solicitado, o médico deverá assumir imediatamente a condução do caso, conforme previsto na sua função, conduzindo-o até sua estabilização ou resolução.

Assim sendo, fica evidente a enorme importância de insistir enfaticamente no conceito de **trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional**. Para efeito didático pode-se comparar a Equipe Multiprofissional à Anatomia, enquanto o Trabalho Interdisciplinar se compara à Fisiologia. Ser multiprofissional é o modo de estruturar a equipe, enquanto ser interdisciplinar é o modo dessa equipe trabalhar.

No modo interdisciplinar de trabalho, alguns paradigmas tradicionais passam a ter uma nova leitura, como por exemplo:

→ A equipe não é médica – só composta por médicos – mas é equipe multiprofissional, com médicos.

→ A tarefa (ou meta, ou missão) passa a ocupar a posição de chefe. Todos devem obediência à tarefa e não aos desejos de uma pessoa.

→ O(s) coordenador(es) da equipe existe(m) para dividir e ordenar o trabalho, a fim de harmonizar e dar boa produtividade à equipe, e não para centralizar toda a autoridade sobre os demais profissionais. Quem concentra toda a autoridade também concentra toda a responsabilidade.

→ A equipe, obrigatória e compulsoriamente, participa de reuniões periódicas, freqüentes e permanentes, nas quais se planeja e avalia o trabalho, e se discutem as dificuldades e as soluções.

→ Todas as profissões são igualmente importantes dentro da equipe. Nenhuma profissão vale mais que outra.

→ Todos os profissionais são autoridades máximas na área de competência de suas respectivas profissões e, naquela área, devem receber o respeito dos demais profissionais.

→ Na sua respectiva área de competência, cada profissional deve assumir integralmente a responsabilidade pelos seus atos, isentando os demais profissionais.

→ Cada profissional que se relaciona com o paciente o faz em nome da

equipe. Mediante solicitação desse profissional, todos da equipe devem estar disponíveis para esclarecer, orientar, dar parecer, enfim, colaborar para que o atendimento de cada um seja o melhor e mais global possível. A paciente sempre deve ser vista como um ser humano total, e não como um conjunto de partes independentes.

→ Tão importante quanto colaborar é saber solicitar e acatar uma colaboração, reconhecendo com clareza onde estão os limites da própria competência.

Pelos exemplos acima, esperamos ter deixado muito claro que seria um enorme equívoco (ou simples má fé) confundir o conceito de Trabalho Interdisciplinar com o conceito de inversão da posição de autoridade do médico para uma posição de submissão. Muito menos confundir com um conceito mais catastrófico ainda: o da exclusão do médico.

A idéia da interdisciplinariedade não admite a existência de nenhuma posição autoritária ou atitude de exclusão, sejam elas exercidas por médico ou por quaisquer outros profissionais. Ao contrário, trata-se de eliminar o modelo das relações de autoritarismo e exclusão para adotar-se um modelo no qual todos se incluem, cooperam, respeitam e são respeitados nas respectivas áreas do saber e do espaço profissional.

O modelo arrogante, autoritário, discriminatório e excludente das relações profissionais nas instituições de saúde se reproduz inexoravelmente nas relações profissional-paciente. Tal modelo flui disfarçado de normalidade e naturalidade há tanto tempo que já não incomoda, infelizmente, a muitos. Tanto que muitos sentem saudades dos tempos em que os pacientes eram sempre automaticamente gratos por tudo que se lhes fizessem, até pelos absurdos, e estranham que atualmente os pacientes escolhem a que e a quem serão gratos, pelo real mérito do que se lhes fazem.

Diversos estudos demonstram que a equipe interdisciplinar melhora a qualidade dos resultados perinatais, já que se observa um significativo aumento no número de partos normais, especialmente quando comparados com partos parturientes conduzidas exclusivamente por médicos. Tais dados não devem ser desprezados.

O que, à primeira vista, pode aparentar um demérito ao profissional médico, talvez revele apenas um viés de sua formação, que vem privilegiando ao longo dos anos a intervenção exclusivamente instrumentalizada,

farmacológica e tecnologicamente, em detrimento de um relacionamento interpessoal mais estreito, o estabelecimento de um vínculo afetivo – inerente à profissão médica – que pode e deve se dar entre a parturiente, seus familiares e o profissional que os assiste.

Essa aparente perda de poder dentro de estruturas já estabelecidas ainda é vista por profissionais médicos como uma “invasão” em sua área de atuação, que lhes retira a garantia da palavra final em qualquer decisão e em qualquer situação.

Entretanto, deve-se estabelecer em que nível de atuação as prerrogativas do médico permanecerão intactas. Não se pode confundir atendimento interdisciplinar com delegação ou exercício ilegal de atos exclusivos do médico. Assim, seu papel nas situações urgentes ou emergentes continuará decisivo, bem como na correção de rota de qualquer anormalidade identificada do transcurso da assistência ao parto, nas quais a caracterização do ato médico permanecerá como exclusividade do profissional.

Médicos e demais profissionais envolvidos devem ser parceiros, agregadores e agir conjuntamente, isentos de vaidades pessoais, cientes de que resultados perinatais ideais estarão intimamente relacionados a essa mudança de atitude.

## Pré-natal

### Definição:

Consiste em uma série de visitas programadas da gestante, com integrantes da equipe de saúde, com objetivo de controlar a evolução da gravidez, a preparação adequada para o parto, aleitamento e cuidados com o recém-nascido.

Ainda hoje, boa parte das gestantes não fazem pré-natal ou fazem com qualidade deficiente. Existem pelo menos três indicadores de má qualidade do atendimento pré-natal no país:

1. alta incidência de sífilis congênita e da transmissão vertical do vírus do HIV,
2. a DHEG é a principal causa de morte materna,
3. aproximadamente 40% das gestantes não recebem vacina antitetânica.

O controle pré-natal visa:

1) Diagnóstico de gestação única ou múltipla, idade gestacional e rastreamento inicial de malformações fetais

- Ultra-sonografia precoce (antes de 12 semanas)
- Idade gestacional
- Feto único ou múltiplos
- Translucência Nucal – TN (entre 10 – 14 semanas)

2) Avaliação de risco gestacional (vide tabela de risco do manual técnico do Ministério de Saúde)

São agrupados em quatro grandes grupos:

a) Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis

b) História reprodutiva anterior à gestação atual

c) Doenças obstétricas na gestação atual

d) Intercorrências clínicas

3) Informações relevantes a gravidez

- Condições socioeconômica e cultural
- Antecedentes familiares
- Antecedentes pessoais
- Antecedentes obstétricos

- 4) Avaliação do estado nutricional materno
  - Medida peso/altura
- 5) Prevenir tétano neonatal ou puerperal
  - Vacinação antitetânica
- 6) Pesquisar incompatibilidade sangüíneas materno-fetal
  - Determinar grupo sangüíneo materno-fetal
  - Administrar Imunoglobulina antiD, se necessário
- 7) Detectar tabagismo, alcoolismo e farmacodependência na gravidez
- 8) Avaliação do estado geral, adaptação à gestação e possível presença de patologias
  - 9) Detectar possíveis patologias mamárias
    - Exame dos mamilos
    - Patologia tumoral
  - 10) Detectar processos sépticos dentais
    - Consulta ao dentista
  - 11) Antecipar o diagnóstico e prevenção do parto prematuro
    - Avaliação do padrão da contratilidade uterina
  - 12) Detectar e prevenir precocemente, anemia materna
    - Hb < 10,5
    - Administração de ferro e ácido fólico
  - 13) Descartar proteinúria, glicosúria e corpos cetônicos na urina
    - Urina I
  - 14) Pesquisar hipertensão arterial preexistente e DHEG
  - 15) Avaliação do crescimento fetal
    - Altura uterina seriada
    - Peso materno seriado
    - Ultra-sonografia
  - 16) Descartar Diabetes Mellitus e Diabetes Gestacional
    - Glicemia de jejum
    - Teste de tolerância a glicose (entre 24 – 31 semanas)
  - 17) Pesquisa de malformação fetal
    - Ultra-sonografia morfológica (entre 20 – 24 semanas)
  - 18) Promover diminuição dos sintomas menores da gravidez
    - Orientações nutricionais
  - 19) Preparação psicofísica para o parto normal

20) Administrar conteúdos educativos de saúde para o casal, família e criança

21) Diagnóstico de apresentações anômalas

Há quatro quesitos básicos para um controle pré-natal eficiente:

1) Precoce: deve ser feito durante o primeiro mês de gestação, onde serão solicitados os exames de rotina, feita identificação de gestações de alto risco (vide tabela) e exame clínico inicial

2) Periódico: a frequência da consulta pré-natal varia segundo o risco que a gestante apresenta. No pré-natal de baixo risco, os retornos devem ser:

Mensais: até 32 semanas

Quinzenais: de 32 a 36 semanas

Semanais: de 36 semanas até o parto

Após 40 semanas, devem ser encaminhadas à maternidade, para seguimento de pós-datismo: ultra-sonografia e cardiotocografia

→ Estimar peso fetal

→ Líquido amniótico (ILA)

3) Completo: deve garantir que as ações de estimulação, proteção, recuperação e reabilitação da saúde sejam cumpridas efetivamente

4) Ampla cobertura e mais qualidade: quanto maior a porcentagem de gestantes controladas, maior o impacto positivo sobre a morbimortalidade materna e perinatal

## Exames de rotina no pré-natal

Seguir as Normas Técnicas do Ministério da Saúde. Todas as gestantes deverão ter seus cartões de pré-natal adequadamente preenchidos, com todos os dados maternos, assim como os resultados dos exames.

Não deverão ter "alta" precoce do pré-natal, como no oitavo mês, quando agravam-se patologias como a hipertensão e o diabetes. Deverão ser liberadas quando completadas as 40 semanas, e, a partir daí, encaminhadas à maternidade.

Os casos de pós-datismo, duas ou mais cesáreas anteriores, placenta prévia, centro total ou parcial, com suspeita ou não de acretismo (com diagnóstico por dopplerfluxometria nas PP+cicatriz anterior de cesárea + placenta anterior); apresentações anômalas (pélvicas, transversas); macrossomia fetal (USOM: BP>9.5 , CA>35 , Femur>7.7) deverão ser encaminhadas com

38 semanas para a maternidade onde deverão ser avaliadas e agendadas para possível parto cesárea, quando de indicação médica e consenso do grupo que assistirá à gestante.

O não cumprimento dos requisitos básicos de controle pré-natal, assim como a “alta” precoce da gestante, podem acarretar infrações éticas aos artigos do Código de Ética Médica, que rezam:

### **Capítulo V**

#### **Relação com Pacientes e Familiares**

*É vedado ao médico:*

*Artigo 57 – Deixar de utilizar os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.*

*Artigo 59 – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.*

*Artigo 61 – Abandonar paciente sob seus cuidados.*

*Parágrafo 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 seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.*

*Parágrafo 2º - Salvo por justa causa, comunicada ao paciente ou a seus familiares, o médico não pode abandonar o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo ainda que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico.*

*Artigo 71 – Deixar de fornecer laudo médico ao paciente quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento, ou na alta, se solicitado (cartão pré-natal).*

## Prescrição sem o Exame Direto do Paciente

A prescrição medicamentosa constitui o encerramento de uma sucessão de atos praticados pelo médico, visando a melhoria do paciente. O exame clínico merece destaque e pressupõe-se que ele seja precedente à medicação.

Mesmo que a profissional de enfermagem solicite a prescrição por telefone ao médico e se encarregue de ministrá-la, é dele a responsabilidade de conhecer a história prévia da paciente e tê-la examinado anteriormente.

No entanto, ao proceder de tal forma, poderá ser caracterizada infração ao Artigo 62 do Código de Ética Médica, que veda: *“Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem o exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-la, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessado o impedimento”*.

Contudo, a caracterização da impossibilidade poderá ensejar interpretação controversa, já que o simples fato de não estar presente no local onde a paciente se encontra poderá ser insuficiente para esta afirmação. Assim, na impossibilidade de se deslocar de imediato ao local e prescrever de próprio punho, agirá com maior prudência o médico que entrar em contato com o colega plantonista presente e solicitar ao mesmo que prescreva determinada medicação baseada em sua orientação.

Nos casos onde a paciente entra em contato com o médico por meio telefônico e solicita medicação – mesmo que demande maiores dificuldades – recomenda-se que a mesma seja orientada a procurá-lo, para exame e medicação e, na impossibilidade disto, se dirija ao serviço médico de sua preferência para a mesma finalidade.

Em última análise, o profissional médico não deverá realizar uma prescrição médica desta forma. Ele deverá estar ciente de que, mesmo autorizado a assim proceder em situações específicas, correrá riscos ao fazê-la, colocando-se à mercê de interpretações, podendo ser acusado de infração ao Código de Ética Médica em seu artigo 62.

## Recomendações Éticas no Atendimento à Adolescente

Período caracterizado por profundas modificações biológicas e com repercussões psicossociais, a adolescência requer um atendimento especializado em razão da maior vulnerabilidade desse grupo à 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.

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

Recomendações para o Atendimento do Adolescente:

*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.*

# IX

## INTERNAÇÃO, ALTA MÉDICA E REMOÇÃO DE PACIENTES

### Alta Médica

A alta médica hospitalar, como o próprio termo diz, é prerrogativa do médico. É importante salientar que, quando hospitalizado, o paciente tem o direito de ter um médico como responsável direto pela sua internação, assistência e acompanhamento até a alta, sendo dever do Diretor-Clinico do estabelecimento de saúde as providências cabíveis para que isso ocorra.

Existem situações nas quais a alta hospitalar pode ser solicitada pelo paciente ou por seus responsáveis, denominada *alta a pedido*. Para a solução deste problema, é fundamental distinguir a alta a pedido que não envolve iminente risco à vida, daquela em sentido contrário; somente através de avaliação e parecer técnico poderá haver tal distinção.

No caso da alta a pedido, sem colocar em risco a vida do paciente, nem o médico responsável nem o hospital podem ferir o princípio da autonomia do mesmo, cerceando seu direito de "ir e vir". A instituição hospitalar e o médico devem, de maneira clara, documentar fartamente a decisão do paciente, quanto a sair do hospital.

Entretanto, em caso de iminente perigo à vida do paciente, o médico pode se recusar a conceder a alta a pedido. Essa é uma exceção prevista no Código de Ética Médica (Art. 56) para que o médico possa intervir contrariamente à vontade do paciente, em situações de "iminente risco à vida". Portanto, é a gravidade ou a iminência de perigo à vida que deve condicionar a aceitação ou recusa da alta a pedido.

Vale a pena ressaltar que, se a saúde do paciente agravar-se em consequência da alta a pedido, o profissional que a autorizou poderá ser responsabilizado pela prática de seu ato, assim como o hospital, pois “é presumida a culpa do patrão ou comitente pelo ato culposo do empregado ou preposto”, no caso por omissão de socorro, imprudência ou negligência. Existe também a responsabilidade penal, na modalidade culposa para os crimes de homicídio e lesões corporais, quando praticado através de imprudência, negligência ou imperícia.

Em caso de alta a pedido de crianças e adolescentes, o “Termo de Responsabilidade” deverá ser assinado pelos responsáveis. A aceitação ou não do pedido de alta, pelo médico, também fica condicionado à gravidade ou à iminência de perigo à vida da criança ou adolescente. Diante do impasse entre a solicitação de alta pelos responsáveis e a recusa do profissional em aceitá-la, com o atual Estatuto da Criança e do Adolescente, a Vara da Infância e da Juventude deverá ser acionada para a resolução do conflito.

O paciente que, devidamente esclarecido e sem iminente risco à vida, assume o não cumprimento da determinação médica de permanecer sob tratamento intra-hospitalar, desobriga o profissional de dar continuidade ao tratamento, bem como de emitir receita. Tal fato deve ficar expressamente documentado no prontuário médico.

Se, após o médico informar de maneira ampla, completa, acessível e de forma isenta, ao próprio paciente e/ou aos seus responsáveis, sobre as vantagens e desvantagens da alta solicitada, esses insistirem no pedido de alta e o médico aceitá-lo, deve-se redigir o “Termo de Responsabilidade” assinado pelo paciente ou por seus responsáveis. A assinatura apenas explicita o direito do paciente quanto à decisão sobre sua saúde e bem estar.

O “Termo de Responsabilidade” tem a finalidade de documentar que os riscos, vantagens e desvantagens foram devidamente explicados ao próprio paciente e/ou aos seus responsáveis.

Outra informação importante é que, mesmo tendo solicitado e recebido alta a pedido, o paciente ou seus familiares poderão solicitar nova internação, sendo esta seu direito, devendo o hospital atender a esta solicitação.

Vale ressaltar que em caso de o paciente abandonar a instituição onde está internado, nos deparamos com duas situações diferentes. Uma delas se refere a pacientes com incapacidade de discernimento e aos adolescentes,

nesses casos a responsabilidade em relação ao paciente será transferido à pessoa ou ao estabelecimento a quem o mesmo foi confiado. Logo, caracterizado o abandono do local por parte do paciente, é cristalina a *culpa in vigilando* da intuição (culpa existente em função do cuidado que deveria ter sido dedicado àquele que lá estava internado). Em decorrência, nasce o dever de indenizar em função dos danos causados, a não ser que seja comprovado que não houve negligência.

Nos outros casos, onde a capacidade de entendimento da situação (internação hospitalar) está preservada, a saída do paciente deve ser explicitada no prontuário médico e pode ser feito boletim de ocorrência para preservação de direito do médico e da instituição.

A *alta-hospitalar com garantia de leito* é outra forma de alta médica hospitalar que tem sido utilizada como procedimento em alguns hospitais, ressaltando-se, porém, a responsabilidade do médico que assiste o paciente em concedê-lo ou não. Nesta 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.

Como dito anteriormente, a alta médica hospitalar é prerrogativa do médico, cuja decisão deve ser tomada de acordo com os ditames éticos e legais. O médico não deve aceitar o pedido de alta de paciente feito por Chefe de Serviço, Diretor Clínico ou convênios quando, de acordo com sua avaliação técnica, não existem condições para a alta.

Cabe ao médico exercer sua profissão com autonomia, sempre orientado pelos preceitos éticos e legais.

## Internação Hospitalar

Todo o cidadão brasileiro, de acordo com a Constituição Federal (Art.5º item XIII), tem o direito de exercer sua atividade profissional no país.

O médico, que para desempenhar sua atividade profissional necessita de infra-estrutura que só o hospital pode oferecer, não pode ser impedido de ter acesso a este estabelecimento sob alegação de não integrar seu Corpo Clínico.

Para que o direito do médico seja garantido – no Código de Ética Médica, artigo 25, e no Conselho Federal de Medicina, através da Resolução nº 1.231/1986 – esclarecem que *“a todo médico é assegurado o direito de internar e assistir seus paciente 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”*. Além disso, *“o Regimento Interno do Corpo Clínico dos Hospitais deverá deixar explícito que o médico não integrante do seu Clínico pode promover as internações necessárias nestes estabelecimentos hospitalares”*.

Portanto, impedir o acesso do médico à instituição hospitalar, pública ou privada, para que esse possa exercer sua atividade profissional, além de constituir afronta às disposições da Constituição, caracteriza atitude antiética por ferir o que consta dos artigos 25 e 76 do Código de Ética Médica, que rezam:

### **Capítulo II**

#### **Direitos do médico**

*Art. 25 – Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição.*

### **Capítulo VII**

#### **Relações entre médicos**

*Art. 76 – Servir-se de sua posição hierárquica para impedir, por motivo econômico, político, ideológico ou qualquer outro, que o médico utilize as instalações e demais recursos da instituição sob sua direção, particularmente quando se trate da única existente na localidade.*

De acordo com a Resolução nº 1.493/1998, do Conselho Federal de Medicina, todo paciente tem o direito de ter um médico como responsável direto pela sua internação, assistência e acompanhamento até a alta, sendo

dever do Diretor Clínico do estabelecimento de saúde as providências cabíveis para que isso ocorra.

Ainda segundo a Resolução nº 1.493/1998, *“todo paciente hospitalizado deve ter seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta hospitalar”*. Diante disso, uma vez internado o paciente, este fica sob responsabilidade do médico assistente, que para prescrever tratamento ou procedimentos deve realizar o exame direto do paciente, sendo portanto necessário que haja pelo menos uma visita diária para avaliação e prescrição dos pacientes hospitalizados. Quando o médico faz a prescrição de pacientes internados e/ou a alta hospitalar sem a visita, ele infringe o Artigo 62 do Código de Ética Médica que trata da relação do médico com pacientes e familiares:

### **Capítulo V**

#### **Relação com pacientes e familiares**

*Art. 62 – Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento.*

No caso de encaminhamento de paciente para serviço de urgência/emergência, a responsabilidade pela internação e assistência passa a ser da equipe de plantão. Quando o pedido de internação em unidade hospitalar está fora da situação referida anteriormente, temos configurado o início de uma relação médico-paciente com todos os encargos e responsabilidades dela decorrente. Então, sendo essa relação o eixo central de uma prática médica ética, os hospitais, por intermédio de regimentos e/ou normas internas, não podem proibir internação do paciente com o pedido do médico que vai assisti-lo, mesmo este não sendo integrante do Corpo Clínico, obrigando a paciente a ser avaliada pelo plantonista ou outro médico, para verificar a necessidade da internação.

O médico responsável pela internação é que deve determinar o tempo de permanência do paciente. Entretanto, alguns convênios limitam o tempo de internação para determinados procedimentos cirúrgicos, por critérios próprios, obrigando o médico a solicitar prorrogação da internação. Esta solicitação de prorrogação, por parte dos auditores dos convênios, não fere a Ética Médica. É importante que o médico obtenha, se possível por escrito, os critérios que levam em consideração para prorrogar ou não uma internação, sendo que esses critérios podem vir a ser, ou não, antiéticos e

assim o sendo, o médico deve denunciá-lo à Comissão de Ética Médica da Instituição ou ao Conselho Regional de Medicina ao qual pertença.

Quando a internação do paciente não é autorizada pelo convênio, seja qual for o motivo, o médico pode encaminhar o paciente, se for possível, para hospital público ou hospital 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 e, se assim não o fizer, estará infringindo o Artigo 35 do Código de Ética Médica:

### ***Capítulo III***

#### ***Responsabilidade profissional***

*Art. 35 – Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, colocando em risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.*

Durante a internação de uma paciente, se for solicitado a presença de um acompanhante, devemos lembrar que é dever da instituição hospitalar, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Artigos 2º e 12º) e com o Código de Saúde do Estado de São Paulo (Artigo 31º), dar condições para que um dos pais ou acompanhante que tenha vínculos afetivos, permaneça junto da criança ou adolescente durante toda a internação. O médico que assiste à paciente, a direção do hospital ou o convênio não têm o direito de vetar a presença do acompanhante, no caso de criança ou adolescente, sob nenhum pretexto.

Não há obrigatoriedade alguma, estabelecida por lei, no sentido da presença de acompanhante, durante a internação hospitalar, para pacientes adultos. Porém, o direito ao acompanhante da gestante já é reconhecido em diversas instâncias, incluindo a Lei dos Direitos dos usuários de serviços de saúde. O acompanhamento da parturiente pelo marido, companheiro, familiar próximo ou amiga não envolve necessariamente nenhum preparo técnico. Representa o suporte psíquico e emocional à parturiente nos momentos difíceis. Cabe àqueles que assistem ao parto respeitar este direito da mulher e às instituições hospitalares que dêem condições para que isso ocorra, propiciando, assim, que o trabalho de parto e o parto sejam vivenciados com mais tranquilidade e participação, resgatando o nascimento como um momento de família.

## 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.

Após tomar essa decisão (transferir o paciente) o médico deve avaliar os recursos humanos e materiais indispensáveis para sua execução, bem como a maneira mais rápida e adequada.

No caso de recursos humanos necessários para a transferência, cabe ao médico responsável pela transferência a decisão sobre a necessidade de acompanhamento médico, ou não, no decorrer do percurso. No caso de apenas um plantonista e se as condições do paciente exigir 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 de emergência, se faz 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 define os tipos de veículos, público ou privado, destinados ao transporte de pacientes, que são a 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 da mesma 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.

A equipe médica que autorizou a transferência e a equipe que acompanha o paciente, durante a transferência, assumem a responsabilidade sobre o atendimento do mesmo, durante o período do 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.

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, conforme reza o artigo 71 do Código de Ética Médica.

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



# PLANTÃO DE TOCOGINECOLOGIA

Os plantões médicos de tocoginecologia respeitam basicamente as mesmas normas que regem as demais especialidades médicas envolvidas neste tipo de atendimento. Cumpre ressaltar que tal normatização aplica-se não somente aos profissionais que cumprem plantões no próprio serviço de pronto-socorro, como também àqueles responsáveis pelos assim chamados plantões de disponibilidade ou à distância (Resolução Cremesp 74/96).

O atendimento de urgência/emergência nas áreas de ginecologia e obstetrícia, especialmente nesta última, exige a presença diuturna dos médicos nos locais sob sua responsabilidade.

Assim sendo, cumpre ao Diretor Clínico das instituições hospitalares, juntamente com o Corpo Clínico, coordenar a confecção das escalas de plantão desses profissionais, bem como zelar para que as mesmas sejam cumpridas exemplarmente. Tal cuidado pode abranger, inclusive, a afixação de tais escalas em local público, para que as pacientes, ou seus acompanhantes, participem no controle do cumprimento das mesmas (Parecer Cremesp 15.063/94).

Três aspectos relativos ao plantão costumam ser os de maior interesse:

1. A passagem, 2. O abandono ou a falta e 3. A troca.

## Passagem de Plantão

Para que um tocoginecologista possa deixar o pronto-socorro no qual está cumprindo um plantão, ele deverá transferir ao seu substituto todas as informações pertinentes às pacientes que até então estavam sob seus cuidados. Assim sendo, ele precisa, obrigatoriamente, aguardar a chegada deste substituto. O plantonista que abandonar o pronto-socorro antes da chegada do médico que irá substituí-lo, estará violando os artigos 36 e 37 do Código de Ética Médica.

Na eventualidade do não comparecimento de seu substituto, cabe ao plantonista comunicar o fato ao Diretor Clínico do hospital para que o mesmo possa providenciar, o mais rapidamente possível, a presença de outro tocoginecologista, mesmo que para tal seja necessário trazer um profissional que não pertença ao Corpo Clínico da 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 sobrecarga de trabalho.

Sendo a tocoginecologia uma especialidade cirúrgica, outro aspecto que pode trazer dúvidas é a substituição de equipes que estão envolvidas em um procedimento quando do término do plantão. Em tal circunstância, recomenda-se que a equipe que deu início a cirurgia permaneça até o final, a menos que isso seja impossível.

## Abandono ou Falta ao Plantão

Os artigos 35, 36 e 37 do Código de Ética Médica definem de forma clara a responsabilidade dos profissionais escalados para cumprimento de plantões em serviços de urgência/emergência. Assim é, que incorre em infração ética o tocoginecologista que não comparecer ou ausentar-se de um plantão, sem deixar um substituto, salvo por motivo de força maior. Dentre os motivos que podemos citar como justificativas para tal ausência estão: doença do profissional, que o impeça de atuar com eficiência; catástrofes naturais (por exemplo, enchentes) que o impeçam de chegar ao local de trabalho; greves do transporte público (desde que o próprio serviço hospitalar não se comprometa a transportar o profissional), dentre outros.

Fica, portanto, claro que o não cumprimento por parte de um tocoginecologista de uma escala de plantões com a qual ele concordou, representa infração grave, pois desrespeita o artigo 2 do Código de Ética Médica. Mais ainda, tal infração independe do surgimento de prejuízos graves às possíveis pacientes (omissão de socorro) que compareçam ao serviço médico no período do seu plantão (Parecer Cremesp 22.791/87). Tal fato, além das punições éticas decorrentes, também pode acarretar sanções de ordem civil e penal, além das administrativas.

Com o intuito de evitar os problemas decorrentes de uma falta ou abandono de plantão, todo tocoginecologista que antecipadamente descobrir ser impossível comparecer a um plantão para o qual foi escalado, deverá comunicar o fato ao Diretor Clínico, em um prazo razoável para que este possa escalar outro médico para a data em questão. Ainda que o termo “razoável” possa parecer vago, o Cremesp em seu Parecer 60.732/98 definiu o prazo mínimo de 96 horas como aceitável para esta circunstância.

Finalizando este tema, 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 artigos 22 e 24 do Código de Ética Médica, informar os órgãos competentes (Comissão de Ética Médica ou Conselho Regional de Medicina) sobre as condições de trabalho na instituição.

## Troca de Plantão

É permitido aos profissionais médicos que cumprem esquema de plantão realizar alterações nas escalas previamente fixadas. Todavia, tal fato deverá ser comunicado oficialmente ao Diretor Clínico do hospital, preferencialmente através de 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.

## Plantão à Distância

O plantão de disponibilidade de trabalho foi definido pela resolução do Cremesp n.º 74/96, que visa a regulamentação da jornada de trabalho do profissional que se coloca à disposição para ser acionado por intermédio de pager, celular, telefone ou outro meio de comunicação que proporcione o atendimento pronto e pessoal quando solicitado.

Deve-se ter em conta que nos grandes centros urbanos, às voltas com condições de tráfego instáveis, esta situação poderá se revestir de grandes riscos, já que não raro os deslocamentos são bastante lentos e poderão implicar em danos às pacientes. Devemos frisar que a responsabilidade por eventuais falhas será repartida entre a instituição na qual se presta o serviço e o profissional que se dispõe a esta modalidade de trabalho.

A especialidade ginecologia e obstetria não compõe a equipe básica de assistência em Pronto-Socorro, regulamentada pela resolução do CFM n.º 1451/95. Embora não exista resolução normatizando o funcionamento das maternidades, naquelas em que exista demanda vultosa é recomendável que a equipe mínima seja composta por obstetra, anestesiólogo, neonatologista e enfermeiro obstetra.

Nas instituições cujo atendimento em obstetria é prestado, mas a demanda é pequena, recomenda-se a permanência do especialista, ao menos em regime de disponibilidade. Tal situação comumente é verificada nos hospitais de pequeno porte das pequenas cidades do interior e periferia das grandes cidades.

O plantão à distância não pode ser confundido com atendimento à distância. Portanto deve-se ressaltar que ao ser acionado, o médico deverá comparecer imediatamente ao local de trabalho e, de corpo presente, assumir a condução do caso até o seu término ou estabilização.

O médico que a ela se submete faz jus à remuneração, tenha ou não sido acionado no decorrer da jornada. A resolução do Cremesp n.º 74/96 reza em seu artigo 4º que o plantão de disponibilidade consiste em trabalho médico a ser remunerado. Portanto, ao médico que concorda com esta condição caberá a reivindicação da competente remuneração.

# XI

## BIBLIOGRAFIA

### I - CONSIDERAÇÕES SOBRE A RESPONSABILIDADE MÉDICA IMPERÍCIA, IMPRUDÊNCIA E NEGLIGÊNCIA

KFOURI NETO, Miguel. Culpa médica. In: \_\_\_\_\_. *Responsabilidade civil do médico*. 4. ed. São Paulo : Ed. Revista dos Tribunais, 2001. p. 67-98

RESPONSABILIDADE profissional, ética e jurídica do médico. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2001. 63p.

STOCO, Rui. *Tratado de responsabilidade civil: responsabilidade civil e sua interpretação doutrinária e jurisprudência*. 5. ed. São Paulo : Ed. Revista dos Tribunais, 2001.

### ASPECTOS DAS DENÚNCIAS, PROCESSOS DISCIPLINARES E DAS PRINCIPAIS INFRAÇÕES ÉTICAS DE TOCGINECOLOGISTAS

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.617, de 2.001. Dispõe sobre o código de processo ético profissional. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, n. 136, 16 jul. 2001. Seção 1, p. 21-2.

CÓDIGO de ética médica: e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo : CREMESP, 2001.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Seção de Denúncias. *Infrações éticas dos tocoginecologistas* [estatística]. São Paulo : CREMESP, 2002.

\_\_\_\_\_. Seção de Processo Disciplinar. *Infrações éticas dos tocoginecologistas* [estatística]. São Paulo : CREMESP, 2002.

### II. PRINCÍPIOS BIOÉTICOS

BEAUCHAMP, T. ; CHILDRESS, J. *Principles of biomedical ethics*. 3<sup>rd</sup>. New York : Oxford University Press, 1989.

CAVALCANTE, N. J. F. Ética e controle de infecção hospitalar. *Bioética*, Revista do Conselho Federal de Medicina, Brasília, DF, v. 4, n. 2, p. 159-65, 1996.

CÓDIGO de ética médica: e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo : CREMESP, 2001.

DEBERT-RIBEIRO, M.B. Ética e epidemiologia. *Bioética*, Revista do Conselho Federal de Medicina, Brasília, DF, v. 2, n. 1, p. 7-11, 1994.

GOGLIANO, D. Pacientes terminais: morte encefálica. *Bioética*, Revista do Conselho Federal de Medicina, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 145-56, 1993.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. *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.

NEVES, M. C. P. A fundamentação antropológica da bioética. *Bioética*, Revista do Conselho Federal de Medicina, Brasília, DF, v. 4, n. 1, p. 7-16, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diretrizes éticas internacionais para pesquisas biomédicas envolvendo seres humanos. *Bioética*, Revista do Conselho Federal de Medicina, Brasília, DF, v. 3, n. 2, p. 95-136, 1995.

PIVA, J. P. ; CARVALHO, P.R.A. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. *Bioética*, Revista do Conselho Federal de Medicina, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 129-38, 1993.

ROSAS, C. F. Ética médica. In: MARIANI NETO, C. ; TADINI, V. *Obstetrícia e ginecologia: manual para o residente*. São Paulo : Roca, 2002. P. 3-10.

### III. REFERÊNCIA ÉTICA PARA OS TOCOGINECOLOGISTAS

CÓDIGO de ética médica: e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo : CREMESP, 2001.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. *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. 194p.

POLI, M. E. H. De. Moral, ética (bioética), lei e ginecologia. *Femina*, Revista da FEBRASGO, São Paulo, SP, v. 29, n. 5, p. 303-8, jun. 2001.

SILVA FILHO, A. R. da ; BURLÁ, J. M. O código de ética e a tocoginecologia. *Femina*, Revista da FEBRASGO, São Paulo, SP, v. 27, n. 4, p. 357-62, mai. 1999.

### IV. CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.358, de 1992. Dispõe sobre as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 19 nov. 1992. Seção 1, p. 16.053.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Consulta nº 4.678/2000. Consentimento pós-informado. Aprovado na R. P. de 13 de dezembro 2000.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer Consulta nº 21.534/1996. O consentimento informado ou esclarecido deve ser praticado segundo as normas emanadas do Código de Ética Médica, sem que se converta num compromisso de resultados. Aprovado na 2.493ª R. P. De 1 de setembro de 2000.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 21.799/1994. Trata do formulário de consentimento informado utilizado nas técnicas de Reprodução Assistida. Aprovado na 1.703ª R. P. de 15 de setembro de 1995.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 1.273/1999. Termo de consentimento e de responsabilidade. Aprovado na 2.486ª R. P. de 18 de agosto de 2000.

### V. RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E MÉDICO-CASAL-FAMÍLIA

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.627, de 1999. Define ato médico como todo procedimento técnico profissional praticado por médico. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, n. 219, 16 nov. 2001. Seção 1.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 4.678/2000. Consentimento pós-informado. Aprovado na R. P. de 13 de dezembro 2000.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 16 jul. 1990. p. 13.563.

CÓDIGO de ética médica: e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo : CREMESP, 2001.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer Consulta nº 47.651/2000. Acerca da relação médico-paciente, bem como o comportamento em consultas médicas. Aprovado na 2.525ª R. P. de 10 de novembro de 2000.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 35.083/1994. Dispõe sobre Termo de Autorização e sobre como proceder diante de médicos que deixam de preencher fichas clínicas (em branco e até sem assinatura). Aprovado na 1.640ª de 18 jan. 1995.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 10.241, de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado de São Paulo. *Diário Oficial do Estado; Poder Executivo*, São Paulo, SP, n. 51, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1

## VI. PRONTUÁRIO E SEGREDO MÉDICO

### PRONTUÁRIO

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Processo Consulta n. 1.401/2002. Parecer n. 30/2002. Dispõe sobre o Prontuário Eletrônico. Relatores: Mauro Brandão Carneiro; Beatriz de Faria Leão; Luiz Augusto Pereira – Conselheiros. Aprovado na S. P. de 10 jul. 2002.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Resolução n. 1.639 de 10 de julho de 2002. Aprova as “Normas Técnicas para o Uso de Sistema Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”, possibilitando a elaboração e o arquivamento do prontuário em meio eletrônico. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, n. 154, 12 ago. 2002. Seção 1, p. 124-5.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Resolução n. 1.638 de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, n. 153, 9 ago. 2002. Seção 1, p. 18-5.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Resolução nº 1.605, de 2000. Dispõe sobre normas do segredo profissional. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, n. 189, 29 set. 2000. Seção 1, p. 30.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Resolução nº 1.614, de 2001. Dispõe sobre a inscrição do médico auditor e das empresas de auditoria médica nos Conselhos Regionais de Medicina. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, n. 48, 9 mar. 2001. Seção 1, p. 17.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF : Senado, 1988. Artigo 5º. Inciso X.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei n. 2.848, de 1940. Código Penal. Base de Dados de Legislação Brasileira, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.senado.gov.br> Acesso em 29 de jul 2001. Artigos 154 – 269.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941. Lei das Contravenções Penais. Base de Dados de Legislação Brasileira, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.senado.gov.br> Acesso em 29 de jul 2001. Artigo 66, inciso I e II.

CÓDIGO de ética médica: e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo : CREMESP, 2001.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer s/nº. Prontuário Médico. Aprovado na 1.640ª R. P. de 18 de janeiro de 1995.

GUIA da relação médico-paciente. São Paulo : CREMESP, 2001.

### SEGREDO MÉDICO

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF : Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941. Leis das Contravenções Penais. Base de Dados de Legislação Brasileira. Brasília, DF. Disponível em <http://www.senado.gov.br> Acesso em 29 de jul. 2001.

CÓDIGO de ética médica: e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo : CREMESP, 2001.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer Consulta nº 24.292/2000. O segredo médico diante de uma situação de aborto. Aprovado na 2.466ª R. P. de 14 de julho de 2000.

- \_\_\_\_\_. Parecer s/nº . Dispõe sobre segredo médico. Exarado em 10 fev. 1980.
- \_\_\_\_\_. Parecer s/nº. Dispõe sobre fundamentos do segredo médico. Aprovado na 1.405ª R. P. de 27 ago. 1990.
- JESUS, Damásio E. de. Código Penal. São Paulo : Saraiva, 1997. Artigos: 154, 269.
- \_\_\_\_\_. Código processo penal. São Paulo : Saraiva, 1998. Artigo 207.
- NEGRÃO, Theotonio. Código civil : legislação civil em vigor. São Paulo : Saraiva, 2000. Artigo 347, inciso 2, parágrafo único.

## VII - DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

### CONCEITO

- DECLARAÇÃO Universal dos direitos humanos [ s. L.] : ONU, 1948.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Convenção*, 103, 1965.
- PACTO internacional de direitos econômicos, sociais e culturais, 1966.
- CONFERÊNCIA MUNDIAL DE DIREITOS HUMANOS, 1. Teerã, 1968.
- CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DA DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER, 1984.
- CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR E PUNIR A TORTURA, 1989.
- CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA, 1990.
- CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 1992.
- CONFERÊNCIA MUNDIAL DE DIREITOS HUMANOS, 1993.
- CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, 1994.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. Cairo, 1994.
- CONFERÊNCIA MUNDIAL PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIAL –1995.
- CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER, 4. Beijing, 1995.
- CONFERÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DIREITOS HUMANOS, 2, 1996.
- CONGRESSO MUNDIAL CONTRA A EXPLORAÇÃO SEXUAL E COMERCIAL DAS CRIANÇAS, 1996.
- DERECHOS reproductivos 2000: hacia adelante. New York : Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP), 2001. 84p.
- DIREITOS SEXUAIS e direitos reproductivos: Brasil, América Latina e Caribe. São Paulo : CLADEM-Brasil/REDESAÚDE, 2002. 72p.
- EL DERECHO a la libre decisión: México : Secretaría de Salud/Dirección General de Salud Reproductiva, SSA, ago. 2000. 106p.
- EXPERIÊNCIAS em advocacy em saúde e direitos sexuais e reproductivos. Brasília, DF : Agende Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento, mar. 2000. 163p.
- GALVÃO, L. ; DÍAZ, J. (org.). *Saúde sexual e reproductiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo, SP : Hucitec, 1999.
- GIFFIN, K. ; COSTA, S. H. (org.). *Questões da saúde reproductiva*. Rio de Janeiro : Ed. FIOCRUZ, 1999.
- JORNAL DA REDESAÚDE, informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reproductivos, São Paulo, SP, n. 24, dez. 2001. 38p.
- MARISCAL, José David Ortiz. Direitos sexuais e reproductivos da mulher. *Ser Médico*, revista do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, n. 15, p. 2-9, abr./maio/jun. 2001. [Entrevista]
- PERSPECTIVAS EM SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. Revista da Fundação MacArthur, São Paulo, SP, n. 5, p. 8-91, mai. 2002.
- SAÚDE da mulher e direitos reproductivos: dossiês. São Paulo, SP : Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reproductivos, 2001. 186p.
- SHIROMA, Marcela Granados. Derechos sexuales y reproductivos. 14p.

VENTURA, Miriam. *Direitos reprodutivos no Brasil*. São Paulo : M. Ventura/Fundação MaCarthur, 2002. 131p.

### ABORTO – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

ANDALAF NETO, J ; ROCHA, M.I.B. Aborto legal no Brasil: legislação, decisões políticas e serviços de atenção à saúde. In: *Tratado de obstetria FEBRASGO*. Rio de Janeiro : Revinter, 2000. p. 436-444.

BELO, W. R. *Aborto: considerações jurídicas e aspectos correlatos*. Belo Horizonte, MG : Ed. Del Rey, 1999.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Parecer Consulta nº 1.031/2000 (25/2001). Dispõe do tratamento de câncer em gestantes. Aprovado na Sessão Plenária de 20 jun. 2001.

COLÁS, O. et al. Aborto legal por estupro: primeiro programa público do país. *Bioética*, Revista do Conselho Federal de Medicina, Brasília, DF, v. 2, n. 1, 1994.

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 de 14 de julho de 2000.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 12.423/1995. Dispõe sobre a prática de aborto sentimental. Aprovado na 1.794ª R. P. de 7 mai. 1996.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 11.423/1992. Dispõe sobre hospital exigir que paciente com aborto incompleto apresente uma ecografia para poder ser internada, a fim de se comprovar o quadro. Aprovado na 1.586ª R. P. de 29 mar. 1994.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 1.820-13/1988. Dispõe sobre interrupção da gravidez: possibilidade em caso de estupro. Aprovado na 1.296ª R. P. de 10 mai. 1988.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 21.326/1997. Dispõe sobre interrupção da gravidez nos casos previstos por lei ou aborto legal. Aprovado na 2.237ª R. P. de 16 mar. 1999.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 29.803/1995. Dispõe sobre a possibilidade de efetuar aborto em paciente de 17 anos que se submete a tratamento quimioterápico. Aprovado na 1.738ª R. P. de 19 abr. 1996.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 40.290/1995. Dispõe sobre, o poder de médico com Álvaro de Juiz de Direito, praticar abortamento em fetos malformados, porém compatíveis com a vida. Aprovado na 1.766ª R. P. de 15 mar. 1996.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 5.635/1989. Dispõe sobre a prática de aborto considerado terapêutico. Homologado na 1.367ª R. P. de 23 out. 1989.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 8.905/1998. Dispõe da solicitação de parecer sobre caso de gestação, onde foi constatado diagnóstico de anencefalia e sobre a dúvida em interromper a gravidez ou dar continuidade e doar os órgãos. Aprovado na 2.071ª R. P. de 10 fev. 1998.

\_\_\_\_\_. 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 R. P. de 29 out. 1999.

\_\_\_\_\_. 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.

COSTA, C.F.F. Aspectos éticos e legais da interrupção da gravidez. In: *Tratado de obstetria FEBRASGO*. Rio de Janeiro : Revinter, 2000. p. 429- 435.

FRANÇA, G. V. Aborto legal e aborto criminoso. In: \_\_\_\_\_. *Direito médico*. 7. ed. São Paulo : Fundo Editorial BYK, 2001, p. 359 – 75

FRANÇA, G. V. *Comentários ao código de ética médica*. 3. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2000.

FRIGERIO, M.V. et al. Aspectos bioéticos e jurídicos do abortamento seletivo no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Fetal*. v. 7, p. 12-8, 2001\*.

### A ÉTICA E O MANEJO DE QUEIXAS SEXUAIS

ABDO, C. H. N. ; OLIVEIRA J. R., W.M. O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, SP, v. 59, n. 3, mar. 2002.

- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.634, de 2002. Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, n. 81, 29 abr. 2002. Seção 1, p. 265-66.
- CÓDIGO de ética médica: e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo : CREMESP, 2001.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Recomendação nº 01/1988. Recomenda que os médicos ao atenderem pacientes submetendo-as a exames ginecológicos, preferencialmente, pratiquem referidos atos médicos na presença de auxiliar e/ou de pessoa acompanhante da paciente. São Paulo : CREMESP, 1988.
- \_\_\_\_\_. Seção de Denúncias. *Estatísticas: janeiro/1995 – Março/2002*. São Paulo : CREMESP, 2002.
- COSTA, S. I. F. Sexualidade e profissão: o status como meio de coação. *Ser Médico*, Revista do CREMESP, n. 12, jul./ago./set., 2000.
- MALDONADO, M. T. ; CANELLA, P. *A relação médico-paciente em ginecologia e obstetria*. São Paulo : Atheneu, 1981.
- SÃO PAULO. (Estado). Lei nº 10.948, de 5 de novembro de 2001. Dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual. *Diário Oficial do Estado; Poder Executivo*, São Paulo, SP, n. 209, 6 nov. 2001. Seção 1.

## ASSÉDIO SEXUAL

- BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 1948. Código penal brasileiro. Base de Dados de Legislação Brasileira. Brasília, DF. Disponível em <http://www.senado.gov.br> Acesso em 30 de jul. 2001.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 10.224, de 200. Dispõe sobre o crime de assédio sexual. Base de Dados de Legislação Brasileira. Brasília, DF. Disponível em <http://www.senado.gov.br> Acesso em 29 de jul. 2001.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8.072, de 1990. Dispõe sobre os crimes hediondos. Base de Dados de Legislação Brasileira. Brasília, DF. Disponível em <http://www.senado.gov.br> Acesso em 30 de jul. 2001.
- BRUNINI, C.R.D. *Aforismos de Hipócrates*. São Paulo : Typus, 1998.
- CÓDIGO de ética médica: e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo : CREMESP, 2001.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer Consulta nº 56.653/1997. Dispõe sobre médica vítima de assédio sexual e constrangimento, praticado por paciente, segurado de empresa de saúde. Aprovado na 2.052ª R. P. de 9 de jan. 1998.
- \_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 10.616/1999. Dispõe sobre paciente ter o direito de trancar a porta do consultório com chave sem anuência do médico; se este pode recusar a presença de um profissional de enfermagem durante o exame clínico, mesmo quando exigido pelo médico. Aprovado na 2.251ª R. P. de 16 abr. 1999.
- \_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 30.489/1998. Dispõe sobre médico utilizar gravador (som) em consulta ginecológica/obstétrica, realizada em serviço de atendimento público, quando paciente não está acompanhado, a fim de que este profissional possa se resguardar de acusações inverossímeis como: assédio sexual, mau atendimento. Aprovado na 2.399ª R. P. de 25 de fev. 2000.
- \_\_\_\_\_. Recomendação nº 01/1988. Recomenda que os médicos ao atenderem pacientes submetendo-as a exames ginecológicos, preferencialmente, pratiquem referidos atos médicos na presença de auxiliar e/ou de pessoa acompanhante da paciente. São Paulo : CREMESP, 1988.
- \_\_\_\_\_. Seção de Denúncias. *Estatísticas: janeiro/1995 a março/2002*. São Paulo : CREMESP, 2002.
- DREZETT, J. Aspectos biopsicossociais da violência sexual. *Jornal da Rede Saúde*, n. 22, p. 9-12, nov. 2000.
- 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.

## PLANEJAMENTO FAMILIAR

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Parecer Consulta nº 3.789/1999 (18/01). Dispõe sobre laqueadura tubária periumilical puerperal. Relator: Pedro Pablo Magalhães Chacel – Conselheiro. Aprovado na S. P. de 5 abr. 2001.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 4.210/98 (16/98). Regulamentação sobre esterilização e planejamento familiar – Lei nº 9.263/1996. Aprovado na S. P. de 10 jul. 1998.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.849, de 2001. Autoriza o Executivo a adotar punições específicas 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 esclarece providências correlatas. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, n. 127, 7 jul. 2001. Seção 1, p. 1.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.263, de 1996. Decreta e promulga partes vetadas da Lei nº 9.263, que regula o § 7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, n. 159, 20 ago. 1997. Seção 1, p. 989.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.263, de 1996. Regula o § 7º do artigo 226 da Constituição Federal que trata do Planejamento Familiar, estabelece penalidades e esclarece outras providências. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 5 jan. 1996. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 48, de 1999. Estabelece normas e procedimentos SIH/SUS para planejamento familiar. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, n. 31, 17 fev. 1999. Seção 1, p. 61-2.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 85, de 1999. Estabelece obrigatoriedade do preenchimento do Módulo informação sobre Procedimentos de Esterilização. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, n. 51, 17 mar. 1999. Seção 1, p. 13-4.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer Consulta nº 2.390/1994. Dispõe sobre esterilização em paciente de 20 anos, interditada, portadora de oligofrenia, mãe de dois filhos devido a estupro. Aprovado na 1.583ª R. P. de 22 mar. 1994.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 32.929/1996. Dispõe sobre a Lei 3.970/1996, que estabeleceu o Programa de Planejamento Familiar. Aprovado na 2.608ª R. P. de 19 mai. 2001.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 10.213/1997. Dispõe sobre a Lei nº 2.446 DE 20/11/96 – Projeto de Lei nº 074/95, que obriga o serviço público municipal de saúde a realizar gratuitamente laqueadura das trompas em mulheres e a vasctomia em homens. Aprovado na 1.989ª R. P. de 15 ago. 1997.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 12.088/1997. Dispõe sobre pedido de laqueadura tubária em paciente interditada judicialmente por quadro psiquiátrico e portadora do vírus HIV. Aprovado na 2.193ª R. P. de 11 dez. 1998.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 67.890/1997. Dispõe se é permitido efetuar o procedimento de laqueadura tubária em pacientes portadoras de patologias graves, durante o parto. Aprovado na 2.027ª R. P. de 24 out. 1997.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 60.174/1998. Dispõe sobre esterilização voluntária interpretação da Lei nº 9.263/1996. Aprovado na 2.237ª R. P. de 16 mar. 1999.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 33.838/1999. Dispõe sobre a ocorrência de recanalização espontânea de trompas após procedimento cirúrgico de laqueadura tubária. Aprovado na 2.304ª R. P. de 6 ago. 1999.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 44.729/2000. Dispõe sobre poder realizar esterilização tubária em paciente, considerando-se a pouca idade e o risco de uma possível quinta cesária. Aprovado na 2.502ª R. P. de 22 set. 2000.

GONÇALVES, M. M. Esterilização humana. In: PETROIANU, A. *Ética, moral e deontologia médicas*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2000. Cap. 49: p. 266-7.

ROSAS, C. F. Esterilização: qual é o espírito da lei? *Ser Médico*, Revista do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, n. 8, p. 8, 1999.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Resolução nº 5, 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, n. 8, 12 jan. 2000. Seção 1, p. 13-4.

### REPRODUÇÃO ASSISTIDA

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.358/92. Dispõe sobre as normas éticas para a utilização das técnicas das técnicas de reprodução assistida (RA). *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 19 nov. 1992. Seção 1, p. 16053.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 1.363/1995 (38/1995). Dispõe sobre residência médica em reprodução humana. Aprovado na Seção Plenária de 15 set. 1995.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 1.698/1996 (23/1996). Dispõe sobre reprodução humana. Aprovado na Seção Plenária de 11 set. 1996.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer Consulta nº 334/1997. Dispõe sobre tratamento de infertilidade e reprodução humana. Aprovado na 1.932ª R. P. de 11 abr. 1997.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 24.637/1997. Dispõe sobre Cessão temporária do útero. Aprovado na 2.158ª R. P. de 19 set. 1998.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 24.637/1997-Complementar. Dispõe sobre o consentimento informado do programa de reprodução assistida: inseminação artificial, fertilização in vitro e outros. Aprovado na 2.673ª R. P. de 28 set. 2001.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 20.631/1998. Dispõe sobre consentimento informado do programa de reprodução assistida: inseminação artificial, fertilização in vitro e outros. Aprovado na 2.210ª R. P. de 22 nov. 1999.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 21.799/1994. Dispõe sobre o formulário de consentimento informado utilizado nas técnicas de reprodução assistida. Aprovado na 1.703ª R. P. de 15 set. 1995.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 65.743/2000. Dispõe sobre aspectos legais da realização fertilização in vitro em paciente que poderá correr riscos, visto já que em sua última gestão teve problemas com soimunização e teve uma gestação de alto risco, sendo necessário transfusão sanguínea ao recém-nascido. Aprovado na 2.611ª R. P. de 25 mai. 2001.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 23.436/1996. Dispõe sobre impedimento legal ou ético para que seja realizada inseminação artificial em mulher civilmente capaz, mas "solteira", tendo esta que recorrer ao "banco de esperma". Aprovado na 1.965ª R. P. de 28 jun. 1997.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 27.013/2000. Dispõe sobre às possíveis implicações éticas no tocante a realização de técnicas de reprodução assistida em casais sorodiscordantes, em que a mulher é soronegativa e o marido soropositivo. Aprovado na 2.486ª de 18 ago. 2000.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 43.765/2001. Dispõe sobre transferência de embriões de um determinado casal para uma terceira pessoa sem vínculo familiar. Aprovado na 2.663ª R. P. de 31 ago. 2001.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 25.784/2001. Dispõe sobre utilização de blastócitos humanos de 4 a 10 dias de idade, para análises morfológicas e bioquímicas, e seu cultivo com células uterinas humanas. Aprovado na 2.652ª R. P. de 10 ago. 2001.

### VIOLÊNCIA SEXUAL E ASPECTOS ÉTICOS DA ASSISTÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Brasília, DF : Ministério da Saúde, 1999. 32p. (Norma Técnica).

FAÚNDES, A. et al. Fórum Interprofissional sobre o Atendimento ao Aborto Previsto por Lei, 2, *Femina*, n. 26, p. 134-8, 1998.

\_\_\_\_\_. ANDALAF NETO, J.; FREITAS, F. Fórum Interprofissional para a Implementação do Atendimento ao Aborto Previsto por Lei, *Femina*, n. 27, p. 317-21, 1999.

\_\_\_\_\_. BEDONE, A.; PINTO E SILVA, J.L. Fórum Interprofissional para a Implementação do Atendimento ao Aborto Previsto na Lei, 1, *Femina*, n. 25, p. 1-8, 1997.

- FERNANDES, C. E. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino, *J Pediatr.* v. 77, n. 5, p. 413-9, 2001.
- HEISE, L; PITANGUY, J; GERMAIN, A. *Violence against women: the hidden health burden.* Washington : International Bank for Reconstruction and Development/World Bank, 1994. 255p.
- JENNY, C. et al. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *N. Engl. J. Med.*, v. 322, p. 713-6, 1990.
- OLIVEIRA, J. *Código Penal.* 25. ed. São Paulo : Saraiva, 1987, 483p.
- PIMENTEL, S.; SCHRITZMEYER, A.L.P.; PANDJIARJIAN, V. Estupro: crime ou "cortesia"? Abordagem sociojurídica de gênero. Porto Alegre : Safe, 1998. 288p.
- SAFFIOTI, H. I. B. ; ALMEIDA S. S. *Violência de gênero: poder e impotência.* Rio de Janeiro : Revinter, 1995. 218p.
- TORRES, J. H. R. Aspectos legais do abortamento. *Jornal da Rede Saúde*, n. 18, p. 7-9, 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Emergency contraception: a guide for service delivery.* Geneve : WHO, 1998. 59p.

## VIII – ÉTICA NO EXERCÍCIO DA TOC GINECOLOGIA A EQUIPE CIRÚRGICA

- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.490, de 1998. Dispõe sobre a composição da equipe cirúrgica e da responsabilidade direta do cirurgião titular. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, nº 80, 29 abr. 1998. Seção 1, p. 174.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer Consulta nº 58.013/1998. Dispõe sobre o artigo 3º da Resolução CFM 1.490/1998, em que consiste o credenciamento e qual o respectivo aparelho formador que trata a referida resolução. Aprovado na 2.331ª R. P. de 1 out. 1999.

### A RELAÇÃO COM O SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 813/1977. Dispõe que os resultados das análises e pesquisas clínicas em várias áreas sejam fornecidos sob forma de laudos médicos. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 14 dez. 1977. Seção 1, parte II.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Resolução nº 1.361/1992. Dispõe sobre a execução e interpretação de exames ultrassonográficos entre seres humanos, assim como a emissão do respectivo laudo é da exclusiva competência do médico. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 14 dez. 1992. Seção 1, p. 17.186.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Resolução nº 1.473/1997. Dispõe sobre a competência e responsabilidade sobre emissão dos laudos citohistoanatomopatológicos. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, DF, n. 66, 8 abr. 1997. Seção 1, p. 6.900.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Resolução nº 872/1978. Dispõe sobre o que é livre escolha pelo paciente. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 7 nov. 1978. Seção 1, parte II.
- \_\_\_\_\_. Decreto nº 1.752, de 1995. Regulamenta a Lei nº 8.974/1995 e dispõe sobre a vinculação, competência e composição da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 25 mai. 1995. Seção 1.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 6.686, de 1979. Dispõe sobre o exercício da análise clínico-laboratorial e determina outras providências. Base de Dados de Legislação Brasileira, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.senado.gov.br> Acesso em 29 de jul 2002
- \_\_\_\_\_. Lei nº 7.135, de 1983. Dispõe sobre o exercício da análise clínico-laboratorial e determina outras providências. Base de Dados de Legislação Brasileira, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.senado.gov.br> Acesso em 29 de jul 2002.
- CÓDIGO de ética médica: e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo : CREMESP, 2001.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer Consulta nº 11.920/2001. Dispõe sobre sugestões nos laudos dos exames radiológico e anatomopatológico. Aprovado na 2.582ª R. P. de 20 mar. 2001.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 32.945/1994. Dispõe se deve o laboratório realizar exames, em particular o anti-HIV, sem que tenham sido solicitados pelo médico (solicitado pelo próprio paciente). Aprovado na 1.668ª R. P. de 23 mai. 1995.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 23.699/1995. Dispõe sobre médico indicar laboratório de sua preferência. Aprovado na 1.730ª de 8 dez. 1995.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 40.243/1995. Dispõe sobre exames laboratoriais: princípios éticos. Aprovado na 1.774ª de 29 mar. 1996.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 42.178/1995. Dispõe sobre médico encaminhar pacientes para exames em laboratório de sua propriedade. Aprovado na 1.886ª R. P. de 1 dez. 1996.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 9.941/1996. Dispõe sobre a obrigatoriedade ou não de entrega de laudo feito por laboratório de patologia ao paciente. Aprovado na 1.886ª R. P. de 1 dez. 1996.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 39.819/1996. Dispõe sobre médico que emite laudo fraudulento. Aprovado na 1.932ª R. P. de 11 abr. 1997.

EDUARDO, M. B. P. ; MIRANDA, I.C.S. *Vigilância sanitária*. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania, v. 8)

GREENLICK, M. Education physicians for the twenty-first century. *Acad. Med.*, n. 70, p. 179-85, 1995.

GUIA da relação médico-paciente. São Paulo : CREMESP, 2001. 47p.

MANUAL de orientação ética e disciplinar. Florianópolis, SC : CREMESC, 1995.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 10.241, de 1999. Dispõe sobre os direitos dos pacientes. *Diário Oficial do Estado; Poder Executivo*, São Paulo, SP, 18 mar. 1999. Seção 1.

SER MÉDICO, Revista do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, n. 9, 1999.

SIQUEIRA, J. E. A evolução científica e tecnológica, o aumento dos custos em saúde e a questão da universalidade do acesso. *Bioética*, Revista do CFM, v. 5, n. 1, p. 41-8, 1997.

### AS CONDIÇÕES DE TRABALHO

AVALIAÇÃO dos serviços de assistência ao parto e ao neonato no Estado de São Paulo 1997-1998. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2000. 91p.

CÓDIGO de ética médica: e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo : CREMESP, 2001.

NORMAS básicas para alojamento conjunto. Secretaria de Estado da Saúde. *Diário Oficial do Estado; Poder Executivo*, São Paulo, SP, 7 set. 1984, p. 15-6.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 10.241, de 1999. Dispõe sobre os direitos dos pacientes. *Diário Oficial do Estado; Poder Executivo*, São Paulo, SP, n. 51, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

### DELEGAÇÃO A OUTROS PROFISSIONAIS DE ATOS EXCLUSIVOS DO MÉDICO

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Parecer Consulta nº 3.515/1994 (04/1995). Dispõe sobre pedidos de exames complementares requisitados por enfermeiros. Aprovado na Sessão Plenária de 8 fev. 1995.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 4.755/1995 (07/1996). Dispõe sobre solicitação de informação referente à colecistectomia eletiva. Aprovado na Sessão Plenária de 14 jun. 1996.

CÓDIGO de ética médica: e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo : CREMESP, 2001. Artigos 30 e 38.

### ÉTICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

CÓDIGO de ética médica: e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo : CREMESP, 2001.

### ÉTICA NO ENSINO DA TOCOGINECOLOGIA

CÓDIGO de ética médica: e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo : CREMESP, 2001.

## DIREITOS DO TOCOGINECOLOGISTA

CÓDIGO de ética médica: e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo : CREMESP, 2001. Artigos 8º, 20-28 .

### O TRABALHO INTERDISCIPLINAR EM OBSTETRÍCIA

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Parecer Consulta nº 1.505/2000 (27/2000). Dispõe sobre a Resolução COFEN nº 223/99, que trata da atenção prestada por enfermeiros na assistência à mulher. Aprovado na Sessão Plenária de 13 dez. 2000.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 1.539/1993 (08/1995). Dispõe sobre a enfermeira obstetra não poder atuar sem a supervisão do médico. Aprovado na Sessão Plenária de 9 fev. 1995.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer Consulta nº 26.426/1994. Dispõe sobre enfermagem assumir condutas e prescrições quando se tratar de programa de saúde pública. Aprovado na 1.638ª R. P. de 3 jan. 1995.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 27.151/1995. Dispõe sobre enfermeiro obstetra internar, liberar ou medicar gestantes e parturientes que procuram o hospital, e até mesmo realizar o parto. Aprovado na 1.730ª R. P. de 8 dez. 1995.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 21.331/1996. Dispõe sobre as atribuições da enfermagem. Aprovado na 1.835ª R. P. de 3 ago. 1996.

### PRÉ-NATAL

AMBULATORY obstetric. Washington : Clark Hill, 2002.

ASSISTÊNCIA pré-natal: manual técnico. 3. ed. Brasília, DF, Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 66p.

ATENÇÃO pré-natal e do parto de baixo risco. CLAP, 1996

CÓDIGO de ética médica: e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo : CREMESP, 2001.

### PRESCRIÇÃO SEM O EXAME DIRETO DO PACIENTE

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer Consulta nº 25.294/1994. Dispõe se o médico assistente pode prescrever medicação por telefone ao funcionário da enfermagem em horário noturno para posteriormente prescrever no prontuário. Aprovado no 1.762ª R. P. de 8 mar. 1996.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 44.778/1995. Dispõe sobre médico responsável por pacientes internados, prescrever a enfermagem por telefone. Aprovado na 1.779ª R. P. de 12 abr. 1996.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 48.146/1998. Dispõe sobre formas que podem ser utilizadas para prescrição médica aos pacientes internados, quando o médico assistente está impossibilitado de comparecer ao hospital. Aprovado na 2.197ª R. P. de 18 dez. 1998.

### RECOMENDAÇÕES ÉTICAS NO ATENDIMENTO À ADOLESCENTE

ASPECTOS éticos do atendimento médico do adolescente. *Rev. Assoc. Med. Bras.* v. 46, n. 4, 2000.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 1990. Estatuto da criança e do adolescente. Base de Dados de Legislação Brasileira, Brasília, DF. Disponível em <http://www.senado.gov.br> Acesso em 30 jul. 2002.

CÓDIGO de ética médica e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo : CREMESP, 2001. Artigo 103.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer Consulta nº 6.467/1993. Dispõe sobre qual a conduta de adolescente que pede anticoncepcional sem o conhecimento dos pais; etc.. Aprovado na 1.638ª R. P. de 3 jan. 1995.

NORMAS de atenção à saúde integral do adolescente. Brasil : PROSAD, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde Reprodutiva de Adolescentes: uma estratégia para ação. [s. L.] : OMS/FNUAP/UNICEF, 1989.

## IX – INTERNAÇÃO, ALTA MÉDICA E REMOÇÃO DE PACIENTES

### ALTA MÉDICA

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Parecer Consulta nº 7.299/1999 (33/2000). Dispõe sobre a alta médica hospitalar. Aprovado na Sessão Plenária de 13 dez. 2000.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Resolução nº 1.493/1998. Dispõe que o 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. O médico responsável pela internação de paciente e sobre o médico responsável por cirurgias eletivas. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, n. 94, 20 mai. 1998. Seção 1, p. 106.

CÓDIGO de ética médica: e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo : CREMESP, 2001.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer Consulta nº 1.665-13/1986. Dispõe sobre o “Termo de Responsabilidade” assinado pelos pacientes nos casos de alta a pedido. Aprovado na 1.222ª de 25 nov. 1986.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 26.574/1992. Dispõe sobre a alta a pedido de recém-nascidos internados, frente ao Estatuto da Criança e do Adolescente. Aprovado na 1.586ª R. P. de 29 mar. 1994.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 35.826/1993. Dispõe sobre plantonista de UTI ser obrigado a dar alta a paciente a pedido da diretoria ou chefe de UTI. Aprovado na 1.583ª R. P. de 22 mar. 1994.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 21.569/1995. Dispõe sobre a co-responsabilidade sobre procedimentos de médica ginecologista. Aprovado na 1.847ª R. P. de 27 ago. 1996.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 41.848/1996. Dispõe sobre alta a pedido e iminente perigo de vida do paciente. Aprovado na 1.965ª R. P. de 28 jun. 1997.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 14.206/1997. Dispõe sobre alta a pedido sem colocar em risco a vida do paciente. Aprovado na 2.068ª de 6 fev. 1998.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 16.948/1999. Dispõe sobre alta a pedido família que se encontrava em situação de iminente perigo de vida. Aprovado na 2.470ª R. P. de 21 jul. 2000.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 38.875/1999. Dispõe sobre a alta-licença. Aprovado na 2.391ª R. P. de 11 fev. 2000.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 20.589/2000. Dispõe sobre a obrigatoriedade do fornecimento de receita médica para paciente que tiver alta a pedido. Aprovado na 2.466ª R. P. de 14 jul. 2000.

### INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Parecer Consulta nº 581/1987 (16/1989). Dispõe sobre explicações a cerca da Resolução CFM nº 1.231/86 – Artigo 25 do Código de Ética Médica. Aprovado na Sessão Plenária de 13 jul 1989.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 2.026/1989 (15/1990). Dispões sobre a proibição de internação de pacientes em hospital por não pertencer ao seu corpo clínico. Aprovado na Sessão Plenária de 12 jul. 1990.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 289/1991 (19/1994). Dispõe sobre o corpo clínico. Aprovado na Sessão Plenária de 15 jul. 1994.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 4.331/1993 (22/1995). Dispõe sobre a interpretação da Resolução CFM 1.231/86. Aprovado na Sessão Plenária de 11 mai. 1999.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Resolução nº 1.231/1986. Dispõe sobre o direito do médico internar e assistir seus pacientes em hospital público ou privado, mesmo não fazendo parte do seu corpo clínico (ver art. 25 da Resolução nº 1.246/1988).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Resolução nº 1.493/1998. Dispõe que o 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, n. 94, 20 mai. 1998. Seção 1, p. 106.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF : Senado, 1988. Art. 5º, XIII.

CÓDIGO de ética médica: e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo : CREMESP, 2001.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer Consulta nº 1.732-08/1987. Dispõe sobre o direito do médico de internar e assistir seus pacientes em qualquer hospital. Aprovado na 1.275ª de 8 dez. 1987.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 3.737/1989. Dispõe sobre responsabilidade decorrente da fuga hospitalar. Homologado na 1.394ª R. P. de 28 mai. 1990.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 21.632/1992. Dispõe sobre presença da mãe ou responsável legal durante a internação de crianças. Aprovado na 1.589ª R. P. de 14 abr. 1994.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 20.841/1993. Dispõe sobre permanência de um dos pais ou responsável quando da internação de criança e adolescente. Aprovado na 1.570ª R. P. de 4 jan. 1994.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 15.540/1994. Dispõe sobre permanência de uma dos pais ou responsável quando da internação de criança e adolescente. Aprovado na 1.607ª R. P. de 19 jul. 1994.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 28.726/1994. Dispõe sobre acompanhantes de pacientes em hospitais. Aprovado na 1.640ª R. P. 18 jan. 1995.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 29.055/1994. Dispõe sobre a responsabilidade do médico sobre paciente internado em hospital geral, quando ausente o médico assistente, se o paciente apresentar intercorrências. Aprovado na 1.640ª R. P. de 18 jan. 1995.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 34.900/1994. Dispõe se é o cirurgião quem deve verificar se há carência da internação junto ao convênio. Aprovado na 1.681ª R. P. de 4 jul. 1995.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 3.834/1997. Dispõe sobre convênio limitar internação em diversos procedimentos. Aprovado na 1.946ª R. P. de 16 mai. 1997.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 14.033/1997. Dispõe sobre a periodicidade de visitas médicas a pacientes com diferentes patologias e/ou em diferentes estágios de evolução e quem determina a sequência de visitas. Aprovado na 2.238ª R. P. de 19 mai. 1999.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 10.237/1998. Dispõe sobre a determinação dos convênios de 01 ou 02 dias de internação aos procedimentos cirúrgicos, por critérios próprios, obrigando ao médico solicitação de prorrogação. Aprovado na 2.127ª R. P. de 26 jun. 1998.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 23.972/1998. Dispõe sobre a possibilidade de cobrar diferença de honorários médicos de paciente adolescente com plano de saúde que não dá direito a acompanhante. Aprovado na 2.189ª R. P. de 4 dez. 1998.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 69.540/2001. Dispõe sobre a possibilidade do médico deixar a alta hospitalar prescrita na visita anterior, no caso de impossibilidade justificada de comparecer. Aprovado na 2.696ª de 24 nov. 2001.

SÃO PAULO (Estado). Lei Complementar nº 791, de 1995. Código de Saúde do Estado. *Diário Oficial do Estado; Poder Executivo*, São Paulo, SP, 9 mar. 1995. Seção 1.

### TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES

CÓDIGO de ética médica: e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo : CREMESP, 2001.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer Consulta nº 29.576/1993. Dispõe sobre a responsabilidade do médico que transfere paciente. Aprovado na 1.609ª R. P. de 30 jul. 1994.

- \_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 36.171/1993. Dispõe sobre se pode ser um paciente, grave ou não, transferido sem pessoal técnico na ambulância. Aprovado na 1.583ª R. P. de 22 mar. 1994.
- \_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 13.407/1994. Dispõe sobre a responsabilidade pela remoção de pacientes. Aprovado na 1.608ª R. P. de 26 jul. 1994.
- \_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 5.574/1995. Dispõe sobre o fornecimento de relatório confidencial a outro colega nos casos em que haja transferência a pedido de convênio de paciente internado. Aprovado na 1.697ª R. P. 25 ago. 1995.
- \_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 39.194/1996. Dispõe sobre a constatação de óbito durante a remoção de pacientes. Aprovado na 1.993ª R. P. de 22 ago. 1997.
- \_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 41.842/1996. – Dispõe sobre a recusa em aceitar paciente, alegando não ter em seus plantões um clínico geral. Aprovado na 1.942ª R. P. de 9 mai. 1997.
- \_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 26.198/1997. Dispõe sobre a conduta a ser adotada quando do recebimento de pacientes em estado grave sem condições de serem assistidos na unidade de pronto atendimento e sobre a falta de vagas no serviço de referência para transferi-los. Aprovado na 2.185ª R. P. de 27 nov. 1998.
- \_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 5.432/1998. Dispõe sobre a legalidade e segurança quando da remoção de pacientes, principalmente os casos graves e os de risco, onde o profissional médico vai na gabinete da ambulância, ficando junto ao paciente somente o profissional de enfermagem. Aprovado na 2.247ª R. P. de 9 abr. 1999.
- \_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 29.576/1993. Dispõe sobre a responsabilidade do médico que transfere paciente. Aprovado na 1.609ª R. P. de 30 jul. 1994.
- \_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 65.847/2000. Dispõe sobre a transferência de paciente, sem aviso prévio com o hospital para onde foi enviado. Aprovado na 2.546ª R. P. de 5 jan. 2001.
- \_\_\_\_\_. Parecer Consulta s/nº. Dispõe sobre a remoção de pacientes. Aprovado na 1880ª R. P. de 22 nov. 1996.

SÃO PAULO (São Paulo). Secretaria de Estado da Saúde. Portaria CVS n. 9, 1994. Dispõe sobre as condições ideais de transporte e atendimentos de doentes em ambulâncias. *Diário Oficial do Estado; Poder Executivo*, São Paulo, SP, n. 51, 17 mar. 1994. Seção 1, p. 21-2.

## **X – PLANTÃO DE TOCOGINECOLOGIA**

### **PASSAGEM; ABANDONO OU FALTA; E TROCA DE PLANTÃO**

- CÓDIGO de ética médica: e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo : CREMESP, 2001, artigos 2,22,24,35,36 e 37.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer Consulta nº 22.791/1987. Dispõe se a falta a plantão caracteriza infração ética. Aprovado na 1.281ª de 26 jan. 1988.
- \_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 15.063/1994. Dispõe sobre trabalho médico - divulgação de escala a população acerca dos serviços prestados pela instituição. Aprovado na 1.646ª R. P. de 14 fev. 1995.
- \_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 60.732/1998. Dispõe sobre a falta ao plantão sem aviso e sem justificativa / avisar uma hora antes do horário previsto, sem indicar substituto. Aprovado na 2.214ª R. P. de 29 jan. 1999.
- \_\_\_\_\_. Resolução nº 74/1996. Dispõe sobre plantão de disponibilidade de trabalho. *Diário Oficial do Estado; Poder Executivo*, São Paulo, SP, n. 122, 28 jun. 1996. Seção 1, p. 80.

### **PLANTÃO À DISTÂNCIA**

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.342, 1991. Dispõe das atribuições do diretor técnico e do diretor clínico. fica revogado pela resolução cfm nº 1.352/92 o “caput” do artigo 5º desta resolução, mantendo-se o parágrafo único. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*; Brasília, DF, 16 abr. 1991. Seção 1, p. 7014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Resolução nº 1.451, de 1995. Dispõe sobre estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos prontos socorros públicos e privados. *Diário Oficial da União; Poder Executivo*, Brasília, DF, 17 mar. 1995. Seção 1, p. 3.666.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer Consulta nº 22.227/1989. Dispõe que as entidades devem estar preparadas para as urgências. Aprovado na 1.394ª R. P. de 28 mai. 1990.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 13.514/1994. Dispõe sobre o relacionamento de plantonistas do pronto socorro e especialistas em plantão à distância e forma de remuneração deste plantão. Aprovado na 1.725ª R. P. de 24 nov. 1995.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 29.984/1996. Dispõe sobre responsabilidade do médico plantonista. Aprovado na 2.292ª R. P. de 16. jul. 1999.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 9.186/1997. Dispõe sobre o plantão de disponibilidade-relacionamento. Aprovado na 1.939ª R. P. de 26 abr. 1997.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 66.862/1997. Dispõe sobre o médico ser obrigado e/ou coagido a dar plantões de obstetria não remunerados. Aprovado na 2.064ª R. P. de 30 jan. 1998.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 5.916/1998. Dispõe sobre o cálculo do valor de plantão à distância e seus reajustes. Aprovado na 2.068ª R. P. de 6 fev. 1998.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 14.043/1998. Dispõe sobre o pronto socorro - plantão de disponibilidade - diretoria clínica. Aprovado na 2.502ª R. P. de 22 set. 2000.

\_\_\_\_\_. Parecer Consulta nº 20.980/2000. Dispõe se é correto não cobrarem honorários extras para o anestesista e berçarista de plantão à distância, a menos que sejam escolhidos fora do dia de plantão. Aprovado na 2.502ª R. P. de 22 set. 2000.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 74/1996. Dispõe sobre plantão de disponibilidade de trabalho. *Diário Oficial do Estado; Poder Executivo*, São Paulo, SP, nº 122, 28 jun. 1996. Seção 1, p. 80