

ÉTICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA



2022



CREMEGO
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS





ÉTICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

CONSELHO REGIONAL DE
MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS

CFM

BRASÍLIA, 2022

Copyright © 2021 Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás

Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás – CREMEGO

Rua T-28, N° 245, Qd. 24, Lotes 19 e 20, Setor Bueno

Goiânia/GO, CEP: 74210-040

Telefone: (62) 3250 4900 / email: cremego@cremego.org.br

Disponível em versão eletrônica em: www.portalmédico.org.br

Conselho Federal de Medicina - CFM

SGAS 915, Lote 72, Brasília/DF, CEP 70390-150

Tel. (61) 3445 5900 / Fax (61) 3346 0231 / email: cfm@cfm.org.br

Disponível em versão eletrônica em: www.portalmédico.org.br

Membros da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremego:

Rui Gilberto Ferreira, Waldemar Naves do Amaral, Rosane Ribeiro Figueiredo Alves, Gilberto de Matos Filho, Paulo Roberto Cunha Vencio, Aldarir Novato Silva, Augusto Cortizo Vidal, Denes Ribeiro de Oliveira, João Bosco Machado da Silveira, Kassen Saidah, Washington Luiz Ferreira Rios.

Supervisão editorial: Paulo Henrique Guimarães / Thaís Dutra

Copidesque e Revisão: Tikinet

Projeto gráfico, capa e diagramação: Conexão Soluções Corporativas

Impressão: Qualidade Gráfica e Editora

Tiragem: 1.000 exemplares

Catálogo na fonte: Biblioteca do CFM

Ética em ginecologia e obstetrícia / Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás. Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia. – Brasília: CFM, 2021. 172p. ; 10,5x14,5cm.

Coordenação e autoria: Rui Gilberto Ferreira, Waldemar Naves do Amaral, Rosane Ribeiro Figueiredo Alves, Gilberto de Matos Filho, Paulo Roberto Cunha Vencio, Aldarir Novato Silva, Augusto Cortizo Vidal, Denes Ribeiro de Oliveira, João Bosco Machado da Silveira, Kassen Saidah, Washington Luiz Ferreira Rios, José Hiran da Silva Gallo.

ISBN 978-65-87360-06-5

1. Ginecologia – Ética médica. 2. Obstetrícia – Ética médica. 3. Saúde da mulher. I- Conselho Regional de Medicina do Estado do Goiás. II- Título.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

DIRETORIA

José Hiran da Silva Gallo

Presidente

Jeancarlo Fernandes Cavalcante

1º Vice-presidente

Rosylane Nascimento das Mercês Rocha

2ª Vice-presidente

Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti

3º Vice-presidente

Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Secretária-geral

Hideraldo Luis Souza Cabeça

1º Secretário

Helena Maria Carneiro Leão

2ª Secretária

Mauro Luiz de Britto Ribeiro

Tesoureiro

Carlos Magno Pretti Dalapicola

2º Tesoureiro

José Albertino Souza

Corregedor

Alexandre de Menezes Rodrigues

Vice-corregedor





CREMEGO

DIRETORIA

Paulo Roberto Cunha Vencio

Presidente

Fernando Pacéli Neves de Siqueira

1º Vice-presidente

Sheila Soares Ferro Lustosa Victor

2ª Vice-presidente

Waldemar Naves do Amaral

1º Secretário

Aldair Novato Silva

2º Secretário

Rômulo Sales de Andrade

Tesoureiro

Rafael Cardoso Martinez

2º Tesoureiro

Fernando Ferro da Silva

Corregedor de processos

José Umberto Vaz de Siqueira

Corregedor de Sindicância

Valéria Granieri Oliveira Araújo

Diretora científica

Erso Guimarães

Diretor de Fiscalização





AUTORES

Rui Gilberto Ferreira

Waldemar Naves do Amaral

Rosane Ribeiro Figueiredo Alves

Gilberto de Matos Filho

Paulo Roberto Cunha Vencio

COORDENADORES

Aldair Novato Silva

Augusto Cortizo Vidal

Denes Ribeiro de Oliveira

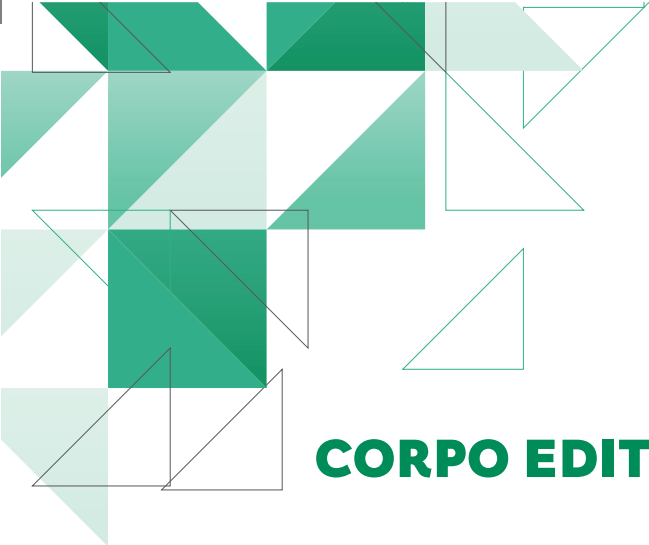
João Bosco Machado da Silveira

Kassem Saidah

Washington Luiz Ferreira Rios

José Hiran da Silva Gallo





CORPO EDITORIAL

Augusto Cortizo Vidal

Denes Ribeiro de Oliveira

Gilberto de Matos Filho

João Bosco Machado da Silveira

Kassem Saidah

Rosane Ribeiro Figueiredo Alves

Rui Gilberto Ferreira

Waldemar Naves do Amaral

Washington Luiz Ferreira Rios

APRESENTAÇÃO

Durante a pandemia de covid-19, o Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (Cremego) encontrou na tecnologia um aliado para manter a atualização de conhecimentos dos médicos que atuam na região. Ao longo do período, a autarquia organizou uma série de lives para discutir diferentes temas de interesse para os profissionais que, independentemente da emergência sanitária, se desdobravam nos cuidados com a população.

É dessa iniciativa que nasceu o livro *Ética em Ginecologia e Obstetrícia*. Trata-se da continuidade dessa grande aposta do Cremego na valorização da educação médica continuada e do estímulo ao debate e à troca de experiências. Assim, ao transformar as discussões promovidas em artigos, o Conselho permite que médicos de outros estados possam acessar o conteúdo gerado, ampliando seu alcance.

O leque de assuntos é dos mais relevantes. As discussões abordam temáticas que encerram polêmicas e suscitam dúvidas, como ética na reprodução assistida e em medicina fetal; atendimento à adolescente; assistência ao parto; direitos da gestante; e impactos da covid-19 na gravidez.

Quem saborear essa publicação se deparará com um trabalho que vai além da discussão teórica sobre cada um dos temas. Na verdade, isso se deve aos autores que tiveram a felicidade de trazer para seus textos suas experiências e visões privilegiadas de quem conhece a linha de cuidados que deve ser oferecida à mulher.



O Conselho Federal de Medicina (CFM), como editor desta obra, parabeniza os responsáveis por essa iniciativa, cujo resultado é ím-par e não restringe seus benefícios a ginecologistas e obstetras, mas traz ganhos para toda a população médica.

José Hiran da Silva Gallo

Presidente do CFM

PREFÁCIO

O grupo que compõe a Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CREMEGO, no exercício diário de suas atribuições, entende a Ética como uma filosofia, uma ciência que estuda o conjunto de hábitos e costumes (moral) de um indivíduo, instituição ou sociedade.

Com o objetivo de auxiliar na distinção entre o certo e o errado, o bem do mal, se propôs formatar esta edição para contribuir com os grandes desafios dos aspectos éticos na área da Ginecologia e Obstetrícia.

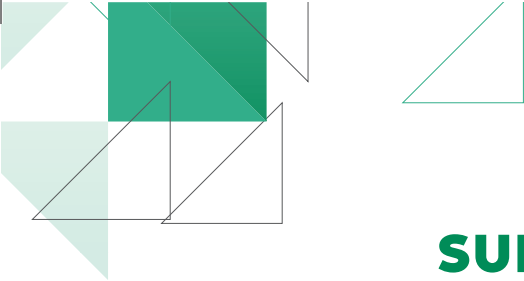
Reitero a crença de que devemos fazer sempre o correto, mesmo que não tenha alguém olhando e, ainda, somente fazer algo que possa ser explicado posteriormente.

Agradecemos a valorosa colaboração dos nossos colegas pela elaboração desta edição, a sensibilidade e o incentivo da diretoria do CREMEGO, nas pessoas do diretor científico, Prof. Dr. Waldemar Amaral, do presidente do CRM, Dr. Paulo Vêncio, e da diretoria do Conselho Federal de Medicina, nas pessoas do tesoureiro, Dr. José Hiran da Silva Gallo, e do presidente, Dr. Mauro Ribeiro.

Desejamos que o conteúdo desta obra possa ser útil para os estudantes de medicina, médicos residentes, pós-graduandos e aos colegas no exercício de suas atividades.

Boa leitura,

Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia / CREMEGO



SUMÁRIO

CAPÍTULO 01

A responsabilidade do Médico Residente no Exercício da Ginecologia e Obstetrícia 17

CAPÍTULO 02

Assistência ao Parto..... 31

CAPÍTULO 03

Atendimento à Adolescente 45

CAPÍTULO 04

Cesariana a Pedido..... 51

CAPÍTULO 05

Violência Sexual Contra a Mulher 59

CAPÍTULO 06

Direitos da Gestante e a Legislação..... 75

CAPÍTULO 07

Ética em Medicina Fetal 87

CAPÍTULO 08

Ética em Reprodução Assistida..... 99

CAPÍTULO 09

Interrupção da Gravidez 111

CAPÍTULO 10

Planejamento Familiar 131

CAPÍTULO 11

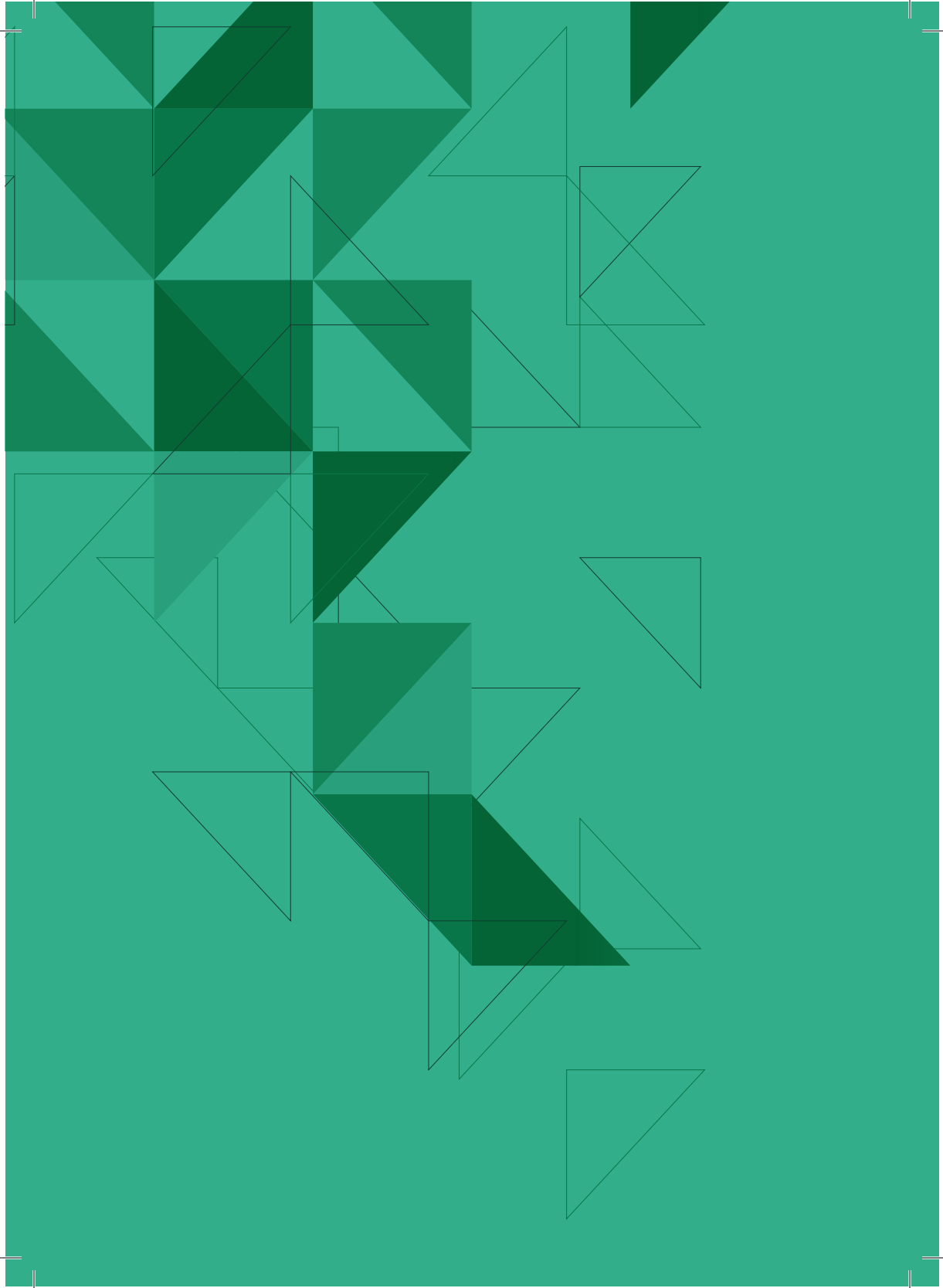
Responsabilidade do Médico em GO..... 147

CAPÍTULO 12

Covid -19 e Gravidez: Atualidades 159

SOBRE OS AUTORES

..... 167



CAPÍTULO 01

A RESPONSABILIDADE DO MÉDICO RESIDENTE NO EXERCÍCIO DA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Denes Ribeiro de Oliveira

Arthur Marot de Paiva

Larissa de Moura Goulart Assis

INTRODUÇÃO

A Residência Médica foi regulamentada através da Lei nº 6.932², de 7 de julho de 1981, que a descreve como uma modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional¹⁰. *Portanto, o conceito de médico residente se refere a um profissional em processo de formação e aperfeiçoamento.*

Apesar de não ser obrigatória, a Residência Médica tornou-se de grande importância para a vida do médico, visto que permite o aprimoramento da prática clínica, com conhecimento atualizado e o aprendizado de técnicas modernas para o diagnóstico e tratamento dos pacientes, permitindo que o exercício profissional se torne cada vez mais seguro e preciso.

O objetivo geral da residência médica em ginecologia e obstetrícia, segundo o Ministério da Educação e Cultura³ é: Tornar o médico residente em Obstetrícia e Ginecologia apto a promover a saúde e prevenir, diagnosticar e tratar as afecções relacionadas à mulher, nas diferentes fases da vida, bem como desenvolver habilidades e raciocínio crítico nas subespecialidades e nas diversas áreas de atuação. Dentre os objetivos específicos incluem-se o desenvolvimento de conhecimentos relacionados a responsabilidade ética e profissional.

A complexidade da assistência médica durante o período da gravidez, parto e puerpério, assim como o parto mal assistido, as condutas médicas que impactam em aspectos religiosos, os relacionamentos interpessoais conturbados (relação entre médico/médico, médico/preceptor, médico/paciente), podem contribuir para a exposição do médico residente a problemas éticos e demandas judiciais, não desejáveis, motivos pelos quais é necessário que o médico residente seja instruído de como se prevenir diante dessas situações.

ASPECTOS IMPORTANTES DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Uma vez que o programa de Residência Médica é um processo de pós-graduação sob supervisão, o residente não deve realizar procedimentos de qualquer complexidade sem que seu supervisor o tenha orientado. É dever da instituição de saúde oferecer supervisão adequada aos médicos residentes¹.

O Médico Residente não é o titular do paciente, por isso atua seguindo ordens e sob supervisão direta de um preceptor, portanto, não decidindo sozinho sobre a conduta a ser tomada para o paciente. Por outro lado, o residente não deve ser usado somente como mão de obra do serviço que está inscrito¹.

Devido a necessidade de orientar o residente durante seu período de aprimoramento, Irany Novah Moraes (2003), citado por Krikor Boyacian¹, elaborou dez dicas importantes:

- I. Estude diariamente – Para o médico manter-se atualizado, precisa estudar diariamente. Erro cometido por desconhecimento da modernidade é imperícia. Ignorância é imperícia.
- II. Aprimore a relação médico/paciente/família – Fale com o doente olhando em seus olhos. Ouça com paciência suas queixas. Mostre interesse. Examine-o de maneira completa. Ao término da consulta, refira-se ao que prescreveu especificamente para sua queixa. Dificuldade no relacionamento com o paciente, é deficiência do médico. Aprimore o relacionamento com o doente.
- III. Desenvolva suas aptidões – O cirurgião deve treinar obsesivamente. Aprimore a atenção, a memória e a coordenação motora para os gestos finos e elegantes. Treine as habilidades pessoais. Seja perfeccionista.
- IV. Tenha postura digna – Apresente-se sempre bem-vestido, com a barba feita e sapatos limpos. Saiba que é proibido fumar em todas as dependências do hospital, ambulatório e consultório. A penalidade é prevista em Lei. Não eleve a voz quando estiver nervoso, é falta de educação e revela insegurança. Saiba respeitar todos os integrantes da equipe de saúde. Respeite para ser respeitado.
- V. Respeite a hierarquia – Obedeça para saber mandar. Aprenda com o mais experiente e ensine o mais jovem. Seja rigoroso consigo próprio.
- VI. Seja assíduo e pontual – Pontualidade em cirurgia é chegar antes da hora marcada, examinar o doente e fazer os preparativos para a operação iniciar na hora marcada. Seja disciplinado.

- VII. Não se ausente do plantão – Não saia antes do colega que o substitui chegar. Use uma agenda e anote os casos graves, óbitos e reclamações (poderá ser útil no futuro). Ausência no plantão é enquadrada como omissão de socorro.
- VIII. Atenda imediatamente – Quando chamado, não relute, vá atender o doente imediatamente. Atrasar o atendimento é erro crasso, enquadrado como omissão de socorro.
- IX. Registre todo procedimento – Faça a observação médica, não deixe para depois. Registre “o que e por que foi feito”. O Código do Consumidor facilita reclamações contra o trabalho do médico. Para o Juiz, e para o CRM, o que não estiver escrito, não foi feito. Escrever é sua garantia.
- X. Respeite a instituição – Residência Médica é a melhor maneira de se preparar para o exercício profissional. Lembre-se de que você está na instituição por opção própria. Respeite-a ou demita-se.

A relação entre o residente e seu preceptor deve ser sempre pautada no respeito mútuo. Além disso, em qualquer situação de ensino, o professor possui o papel de ensinar também através de suas próprias ações o “modelo” a ser seguido⁷.

Aos olhos da lei, residentes são julgados da mesma maneira que qualquer outro médico. Entretanto, há quem afirme que, mesmo que possuam diploma, os residentes não são considerados médicos completos, mas também não se enquadram no papel de estudantes. O que pode gerar certa confusão de responsabilização em diversas situações⁸.

ÉTICA MÉDICA E O RESIDENTE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

O conhecimento do Código de Ética vigente¹² é essencial para a vida profissional de qualquer médico. Ele contém normas que devem ser seguidas no exercício de sua profissão, inclusive nas atividades de ensino, pesquisa e administração de serviços de saúde, bem como em quaisquer outras que utilizem o conhecimento advindo do estudo da medicina”.

Dentre os princípios fundamentais do Código de Ética Médica¹² temos: a recomendação de que o médico deve zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão; a necessidade de aprimoramento contínuo de seus conhecimentos; a utilização do melhor progresso científico em favor do paciente; preceito de respeito mútuo entre as relações do médico com os demais médicos, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente. O médico terá com seus colegas respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.

Sobre a responsabilidade profissional, o Código de Ética Médica¹² dita que é vedado ao médico:

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

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

Art. 2º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivas da profissão médica.

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

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

Art. 5º Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

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

Art. 7º Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 8º Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

Art. 9º Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

Parágrafo único. Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição.

Art. 10. Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.

Art. 8. Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 12. Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos empregadores responsáveis.

Parágrafo único. Se o fato persistir, é dever do médico comunicar o ocorrido às autoridades competentes e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 13. Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

§ 1º No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I - criar seres humanos geneticamente modificados;

II - criar embriões para investigação;

III - criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

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

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

Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado.

Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

Art. 19. Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da medicina.

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde, interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

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

A partir do momento que o médico realiza sua inscrição no CRM, ele firma o compromisso de assumir a responsabilidade profissional e deve, portanto, agir de maneira que não cause danos ao paciente por ação ou omissão que sejam caracterizadas como imprudência, imperícia ou negligência¹¹. A **negligência** é caracterizada pela indiferença do agente que, podendo tomar as cautelas exigíveis, não o faz por displicência, pela falta de cuidado ou falta de precaução com que se executam certos atos^{4,6}. O médico negligente não é capaz de observar a norma técnica que deveria observar e que todos os outros observam⁹. Já a **imperícia** é definida como realizar uma ação que não se está preparado a fazer por não conhecimento ou não treinamento.^{4,6} Quanto à **imprudência**, trata-se de uma atitude em que o agente atua com precipitação, inconsideração, com afoiteza, sem cautelas, não usando de seus poderes inibidores.^{4,6}

A RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO E O CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

Segundo Mariana Pretel⁵, a responsabilidade civil do médico é subjetiva e decorrente de uma obrigação de meio (artigo 14, §4º do Código de Defesa do Consumidor). Por esta razão, não é suficiente que um agente simplesmente alegue o erro e o prejuízo sem demonstrar que o profissional contribuiu culposamente para tanto, que não se utilizou dos corretos ensinamentos e métodos disponíveis da ciência médica na busca da cura e/ou reabilitação.

DA RESPONSABILIDADE CIVIL SUBJETIVA E OBJETIVA

A responsabilidade civil é um instrumento jurídico que obriga um infrator a ressarcir um dano causado a outrem. Há a pressuposição de um prejuízo a terceiro, gerando o dever de reparar, por isso é necessário identificar a conduta geradora do dano e da obrigação de reparação⁴.

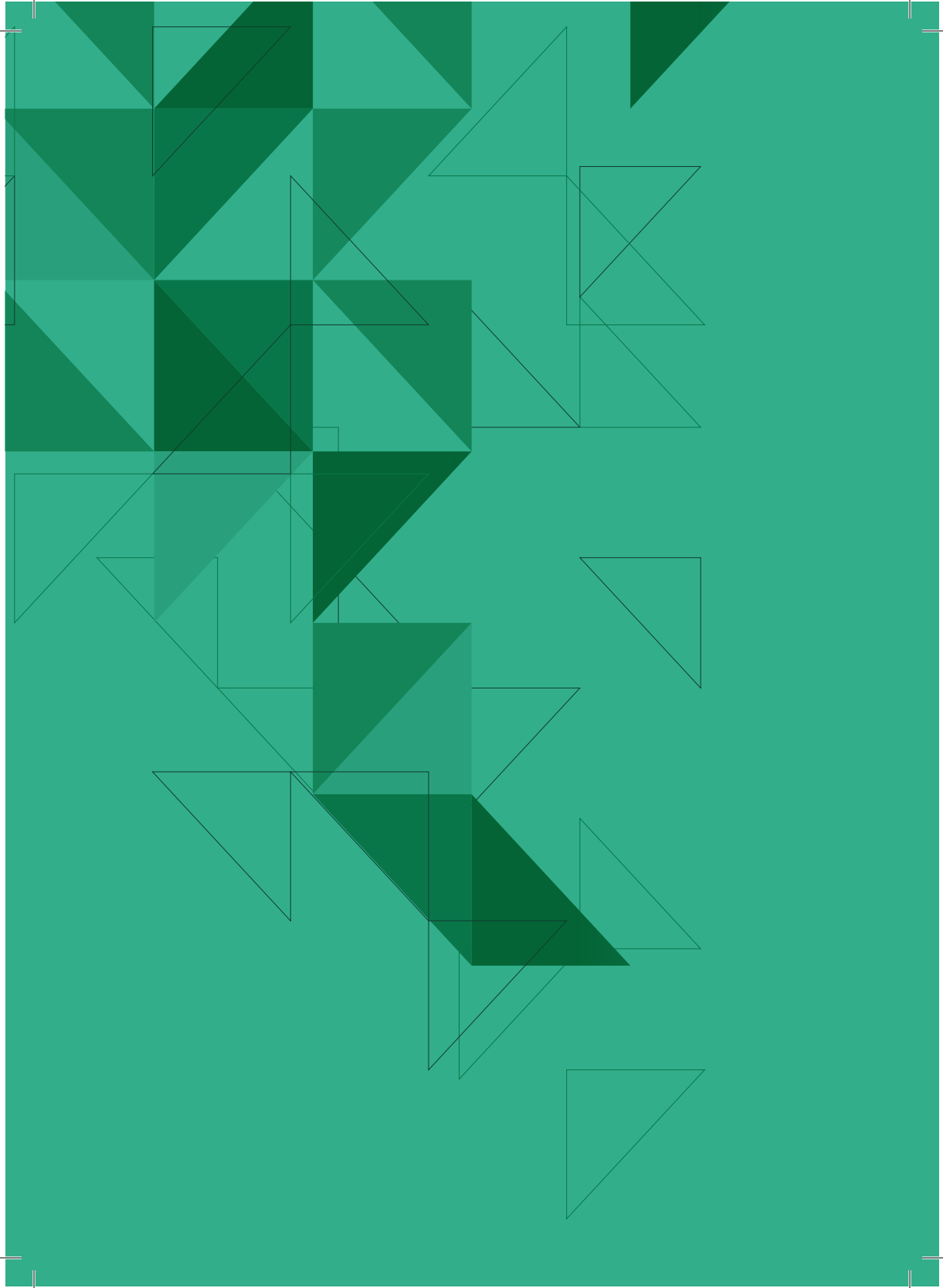
A responsabilidade objetiva pauta-se na teoria do risco, de maneira que, a vítima, uma vez comprovado o dano e o nexo de causalidade, deve ser indenizada, independentemente de aferição de culpa por parte do ofensor. Por outro lado, a responsabilidade subjetiva determina que o autor do dano somente deverá ser responsabilizado e consequentemente indenizar a vítima ou reparar o dano, caso seja comprovada culpa *lato sensu* por parte dele. Dessa forma, deve ter agido com dolo ou culpa *strictu sensu*: negligência, imprudência ou imperícia no caso em questão.^{4,6}

A diferença entre a responsabilidade de um médico residente e de outro profissional médico é o fato de que o residente não é o titular do paciente, por isso atua seguindo ordens e sob supervisão direta de um preceptor; portanto, não decide sozinho sobre a conduta a ser tomada em relação ao paciente. Ainda no âmbito processual, o residente sempre estará junto de outros membros da equipe no processo, cujo principal responsável será o preceptor, exceto quando tiver agido à revelia de seu preceptor – nessa situação, o médico residente estará suscetível a ser o único a ser responsabilizado no processo, tanto no Conselho Regional de Medicina quanto na Justiça Comum.¹

REFERÊNCIAS

1. Boyaciyan K, editor. Ética em ginecologia e obstetrícia. 5th ed. São Paulo: Cremesp; 2018.
2. Brasil. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Diário Oficial da União [Internet]. 1981 Jul 9 [cited 2021 Jan 16]. Available from: <https://bit.ly/33rQ3Wk>
3. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Conteúdo programático das residências de ginecologia e obstetrícia. Portal MEC [Internet]. 2020 [cited 2020 Set 25]. Available from: <https://bit.ly/2Zx5ifq>
4. Nogueira CBC, Lima CC, Almeida RLP. A responsabilidade civil quanto ao dano ambiental por água de lastro. Veredas do Direito. 2020 Jan-Apr;17(37):360.
5. Pretel M. Da responsabilidade civil do médico: a culpa e o dever de informação. OAB-SP [Internet]. 2013 [cited 2021 Jan

- 16]. Available from: <https://bit.ly/3Gppn7M>
6. Thibau VL, Silva MC, editors. Responsabilidade civil: diálogos entre o direito processual e o direito privado. Belo Horizonte: Dom Helder; 2020.
 7. Alberici AM, et al. Ética em ginecologia e obstetrícia. [place unknown]: [publisher unknown]; 2002.
 8. Kasselheim AS, Residents: workers or students in the eyes of the law? *N Engl J Med*. 2011;364(8):697-9.
 9. Netto AL, Alves MR. Responsabilidade médica. *Rev Bras Oftalmol*. 2010;69(2):75-6.
 10. Souza NTC. Responsabilidade civil do médico plantonista e do médico residente. Conselho Federal de Medicina [Internet]. 1999 Nov 29 [cited 2020 Nov 29]. Available from: <https://bit.ly/3A86PWV>
 11. Vasconcelos C. Responsabilidade médica e judicialização na relação médico-paciente. *Rev bioet (Impr)*. 2012;20(3):389-96.
 12. Conselho Federal de Medicina (BR). Código de ética médica: Resolução CFM nº 2.217 [Internet]. Brasília (DF): CFM; 2019 [cited 2021 Jan 17]. Available from: <https://bit.ly/3qAADZi>



CAPÍTULO 02

ASSISTÊNCIA AO PARTO

Kassem Saidah

Tárik Kassem Saidah

Mohamed Kassem Saidah

Carolina Macedo Saidah Hanna

Luciano Mtanios Hanna

APRESENTAÇÃO

A assistência Obstétrica no Brasil passa por uma profunda mudança. Estudos baseados em evidência vêm demonstrando que podemos fornecer uma assistência menos intervencionista, mais respeitosa e dentro de critérios éticos da autonomia, mantendo ou melhorando os resultados perinatais.

O parto é um evento de vida caracterizado por transições sociais e emocionais. Uma experiência negativa de parto pode levar a mulher a sentimento de frustração irreversível.

O modelo de responsabilidade profissional da ética perinatal cria um papel importante na defesa das pacientes. Por isso, o presente estudo pretende construir o posicionamento baseado no conhecimento atual sobre os aspectos éticos relacionados a assistência ao parto e riscos habituais.

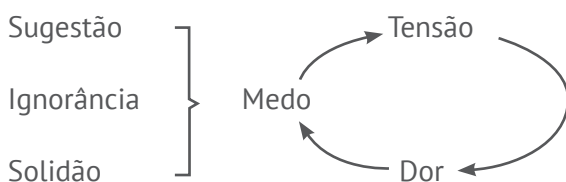
RECOMENDAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA ÉTICA AO PARTO

O parto é um momento de extrema vulnerabilidade. Portanto, as mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões, pois a relação adequada entre médico-paciente nesse momento é crucial para todos os desfechos. Segue as principais recomendações baseadas em ética para que a assistência ao parto seja um momento de realização, e não de trauma.

Quanto à dor do parto

Já está enraizado em nossa sociedade que o parto é um momento de dor profunda. O primeiro a chamar claramente a atenção para a interferência dos fatores emocionais no trabalho de parto foi Grantly Dick Read, que, em 1933, na Inglaterra, publicou livro sobre o “Parto natural”, e, em 1944, refundiu-o sob o nome de “Parto sem medo”. Segundo Read, o parto é fenômeno natural, primitivamente indolor ou acompanhado de sensação dolorosa perfeitamente suportável. O sofrimento e as dores cruciantes de que muitas mulheres civilizadas se queixam são consequências do medo. O medo é a consequência de três fatores:

- sugestão
- desconhecimento da morfologia da função dos órgãos genitais e dos fenômenos da parturição (ignorância)
- falta de amparo psicológico durante o parto (solidão).



Portanto, deve ser oferecido a analgesia durante o trabalho de parto respeitando o limiar de dor, que é individual. Assim, ela deve por objetivo proporcionar conforto à parturiente, bem como outros métodos farmacológicos e não farmacológicos.

Quanto ao local do parto

A assistência ao parto deve ser em ambiente hospitalar, conforme indicação do Conselho Regional de Medicina. Existe risco na realização de parto domiciliar, e o profissional médico que venha a fazê-lo, assume o risco, bem como as implicações civis e criminais. Durante a assistência ao parto, o obstetra deve ficar atento aos preceitos de beneficência e não-maleficência e suas condutas devem ser fundamentadas em evidências científicas.

Quanto à dieta

Durante o trabalho de parto eutócico, a ingestão de líquidos e alimentos com baixo teor de resíduos pode ser permitido nas parturientes com risco habitual de necessitarem de anestesia. Na hipótese de se fazer necessária a restrição de ingestão oral, no trabalho de parto mais longo, deve-se considerar a hidratação venosa, bem como a administração de glicose e eletrólitos.

Quanto à tricotomia e enema

Estes não devem ser realizados em hipótese de prescrição rotineira.

Quanto aos acompanhantes

As mulheres podem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e puerpério. O apoio individual durante o processo de parto pode reduzir a necessidade de analgesia intraparto e, ainda, aumentar a satisfação da parturiente. No Brasil, existe a lei do Acompanhamento nº 11.108, firmada em abril de 2005, que assegura um acompanhante na hora do parto, maior de idade, de

escolha da parturiente e independente do sexo, que ainda hoje é bastante desconhecida e infelizmente, desrespeitada.

Quanto à deambulação e posição

Não existem evidências de alto nível comparando às diversas posições ou mobilização durante o trabalho de parto e parto em relação aos benefícios clínicos e danos nos desfechos maternos e fetais. Recomenda-se serem adotadas as posições que lhes sejam mais confortáveis. Deve ser evitado a posição decúbito dorsal, tendo em vista a possibilidade de compressão aorto-cava, induzindo a hipotensão arterial e bradicardia fetal.

Quanto à imersão em água

Durante a primeira fase de trabalho de parto, parece ser benéfico, pois se trata de um método não farmacológico para controle da dor. Também é incerto quanto ao tempo, sendo relatado que a imersão prolongada, por mais de duas horas, prolonga o trabalho de parto e diminui as contrações uterinas ao suprimir a produção de ocitocina. A imersão em água durante a segunda fase do trabalho de parto não foi associada com benefício materno ou fetal e existem relatos graves de complicações e alertam para maior risco de complicação e risco aumentado de lesões perineais, provavelmente decorrente de dificuldade do assistente proteger a região perineal.

Quanto à pressão do fundo uterino

Inexistem provas do benefício da realização da Manobra de Kristeller, realizada no segundo período do parto. Também são escassas as evidências que tal manobra possa causar algum dano. Em dois

estudos clínicos nos quais a manobra foi estudada, não se verificou vantagem e nem desvantagem quanto a sua realização. Portanto, não deve ser um procedimento de rotina e deve ser desaconselhado. Caso a manobra seja necessária numa situação de excepcionalidade, deve ser realizada por profissional experiente, com consentimento da parturiente e devidamente justificada no prontuário.

Quanto à episiotomia

O uso rotineiro da episiotomia é desnecessário e deve ser evitado. Fica reservada para partos com alto risco de laceração perineal grave, distócia significativa dos tendões moles ou necessidade de encurtar o segundo período devido a uma situação fetal não tranquilizadora. Quando necessária a indicação, ela deve ser a médio lateral.

Quanto ao contato pele a pele e ligadura do cordão

Se o recém-nascido estiver vigoroso e for desejo da mãe, o contato pele a pele deve ser realizado, antes mesmo da ligadura do cordão. Pode melhorar a qualidade de amamentação e do vínculo mãe e filho, bem como ser eficiente a manutenção da temperatura corpórea. Quando o recém nato estiver vigoroso, deve-se retardar o clampeamento do cordão em pelo menos um minuto.

Quanto ao toque vaginal

No exame do toque vaginal, várias informações podem ser obtidas sobre a dilatação do colo uterino, a condição das membranas ovulares, no tipo de apresentação, a variedade de posição e a descida da apresentação fetal. O número de avaliação das condições do colo do útero não é estabelecida na literatura, porém, preconiza-se que

seja realizada a quantidade mínima necessária para que se tenha informações sobre a evolução do trabalho de parto sem que o aumento do risco de infecção intra-amniótica e outras condições que envolvem o colo uterino.

Quanto aos sinais vitais materno

Os sinais vitais maternos, como pulso, pressão arterial e temperatura, são rotineiramente avaliadas na admissão da gestante de baixo risco. Situações distintas em que se observe a ruptura das membranas, podem necessitar de avaliação de temperatura e frequência cardíaca a intervalos menores. Da mesma forma, a ocorrência de síndromes hipertensivas exige a avaliação da pressão arterial com maior frequência, e, nas portadoras de diabetes, é necessário o controle de glicemia capilar.

Quanto à monitorização fetal intraparto

Os métodos mais comumente utilizados para monitorização fetal intraparto são ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais com sonar Doppler e cardiotocografia contínua. O estetoscópio Pinard não é adequado para ausculta dos batimentos cardíacos fetais durante as contrações uterinas; por isso ele não é indicado. A American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) preconiza que, no primeiro período do parto, a ausculta seja realizada a cada 15 minutos, e, no segundo período (expulsivo), a cada 5 minutos.

O PARTO CIRÚRGICO

A sociedade médica, discute sobre as indicações para operação cesariana desde o início do século XX. A cesárea era reservada apenas para os casos com indicação absoluta, por exemplo, a desproporção cefalopélvica, porém, a OMS divulgou, em 1985, a assertiva de que nenhum benefício adicional é esperado do ponto de vista de saúde quando a taxa ultrapassar o limite de 15%.

Sabe-se que a cesárea é realizada para salvar vidas, porém, muitas mulheres possuem esse desejo. A autonomia do paciente é intrínseca à sua dignidade e direito fundamental, razão pela qual deve ser, na medida do possível, respeitada. Essa autonomia não é ilimitada ou absoluta, existindo limites e relativizações, principalmente quando se trata de urgência/emergência ou quando há risco à saúde de terceiro. A decisão de realizar ou não a cesárea a pedido deve ser conjunta, envolvendo o médico obstetra e a gestante. Cabe ao médico a avaliação de riscos e benefícios do procedimento e explicá-los a parturiente, possibilitando à grávida tomar a decisão que julgar mais adequada. Porém, o médico pode exercer o direito de sua autonomia e recusar-se a realizar o procedimento. As gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde não podem ser discriminadas em relação à cesárea a pedido. O preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido é essencial para o respaldo profissional.

A cesariana a pedido é conceituada como operação cesariana realizada na ausência de qualquer indicação médica ou obstétrica e é feita a pedido da gestante. A cesárea realizada em atendimento à livre manifestação de vontade pelo desejo e/ou conveniência da

gestante tem sido objeto de crítica tanto de ponto de vista médico como do ponto de vista ético-legal.

No entanto, a escolha do procedimento cirúrgico apenas para atender a manifestação de vontade de gestante é grande porque a escolha da via de parto representa o respeito à liberdade individual.

Em conferência organizada pelo National Institutes of Health dos EUA, em março de 2006, foram discutidos os principais aspectos da cesárea a pedido.

Com base em revisão sistemática da literatura pertinente, a declaração final da conferência concluiu que não há evidências suficientes que permitam avaliar plenamente os riscos e benefícios da cesárea a pedido quando comparada ao parto normal espontâneo.

Os principais riscos associados à cesárea relacionam-se à maior morbidade materna, às restrições ao porvir obstétrico e ao desconforto respiratório de recém-nascido quando realizada antes de 39 semanas. A Resolução CFM nº 2.144/2016 descreve que, para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o devido registro em prontuário.

Os benefícios incluem a possibilidade de um parto programado, evitando emergências do período intraparto, a preservação do assoalho pélvico, bem como a redução na transmissão vertical de doenças.

Sem dúvida, a autonomia da paciente é o princípio que deve ser respeitado em todas as condutas médicas da relação médico paciente.

Dessa forma, o médico deve informar, de maneira clara e simples, os riscos e benefícios da cesariana e parto vaginal, de forma que ela possa exercer sua autonomia.

No entanto, a cesárea a pedido constitui situação em que a paciente solicita um procedimento o qual, sob o ponto de vista médico, pode ser desnecessário ou não recomendado para o caso. Nessa situação, o médico deve informar à paciente sobre os riscos e benefícios, expondo seus argumentos para concordar ou não concordar. A decisão é conjunta e, caso não haja consenso, o médico deverá exercer sua autonomia, recusando-se a realizar o procedimento e encaminhar a paciente para outro profissional.

A posição da Comissão de Ética da FIGO, em 1998, declarou que a cesárea a pedido por razões não é eticamente justificável. No entanto, o comitê de ética da American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) adota posicionamento oposto ao estatuto da FIGO, no qual se refere que a paciente será beneficiada e manterá o vínculo com o médico assistente e terá o bem-estar próprio e mental preservado. A decisão pela via de parto deve ser resultado de discussão que contemplará o desejo da paciente e a posição do médico assistente. Ambos devem chegar a um consenso de que a via de parto a ser escolhida esteja fundamentada nos princípios da bioética e da razoabilidade.

A cesariana é um procedimento cirúrgico e jamais deve ser realizada por apenas um cirurgião, configurando um ato de negligência e imprudência médica. A equipe cirúrgica deve ser formada por um grupo de profissionais habilitados e capacitados para trabalharem juntos e harmonicamente, cada qual dentro de sua esfera de compe-

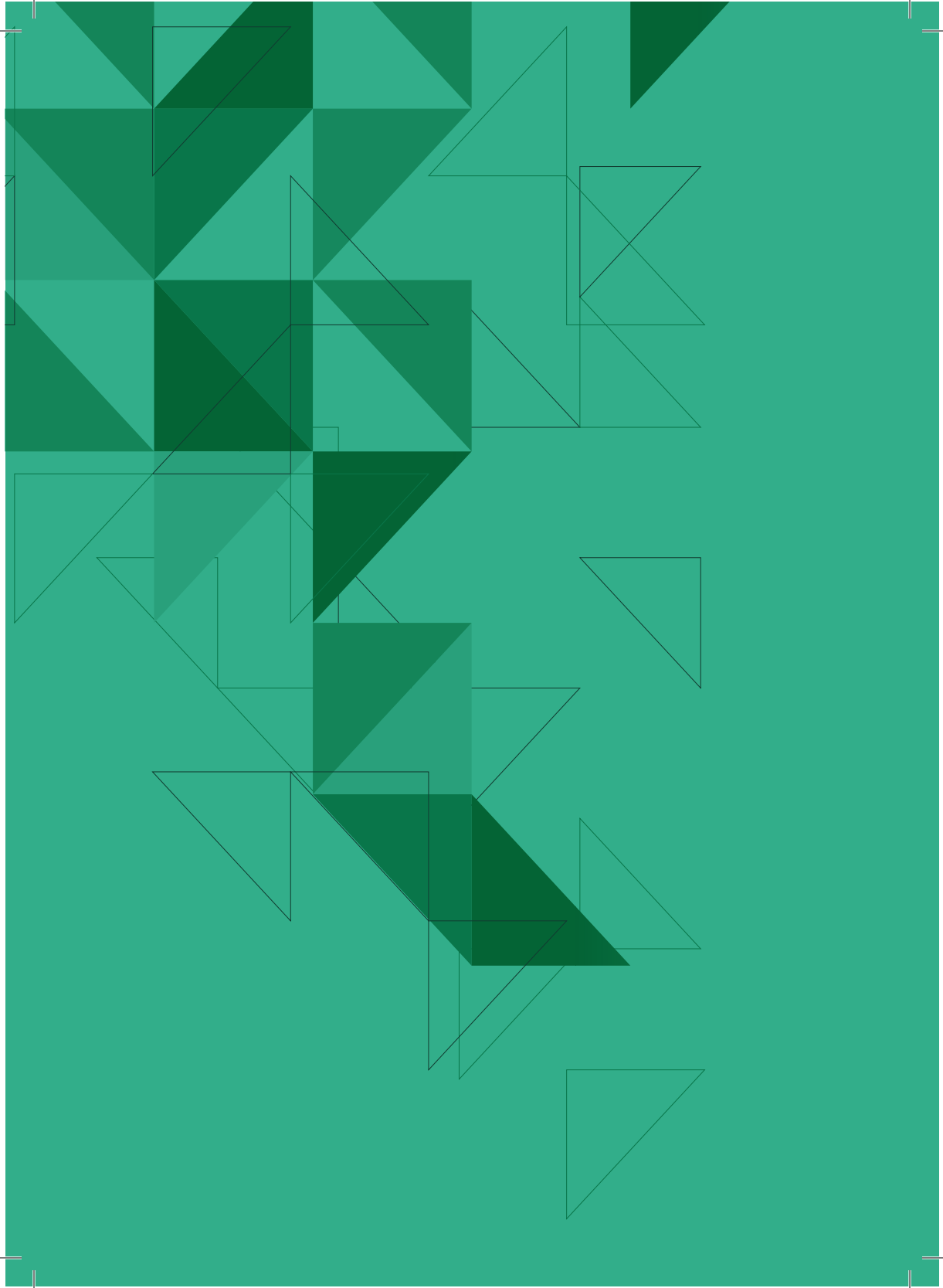
tência, dentro da sala de cirurgia ao longo de todo o procedimento cirúrgico. Geralmente, é composta por cirurgião principal, cirurgião assistente, anestesta, instrumentador, médico pediatra e equipe de enfermagem. O médico-cirurgião principal é o profissional a quem cabe a total responsabilidade pela cirurgia e dos membros que compõe a sua equipe. Ele determina o número de assistentes necessários e a qualificação técnica dos componentes da equipe, composta exclusivamente por profissionais da área da saúde. Todos os demais profissionais que compõe a equipe cirúrgica irão auxiliá-lo dentro da esfera de competência de cada um.

REFERÊNCIAS

1. Boyaciyen K, Camano L. O perfil dos médicos denunciados que exercem ginecologia e obstetrícia no estado de São Paulo. Rev Assoc Med Bras. 2006 Jun;52(3):144-7.
2. Boyaciyen K, editor. Ética em ginecologia e obstetrícia. 5th ed. São Paulo: Cremesp; 2018.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz nacional de assistência ao parto normal. Brasília (DF): Conitec; 2016 Jan.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
5. Chervenak FA, McCullough LB. Ethics in perinatal medicine: a global perspective. Semin Fetal Neonatal Med. 2015;20(5):364-7.

6. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de orientação: assistência ao parto e tocurgia. São Paulo: Ponto; 2002.
7. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de orientação: assistência ao abortamento, parto e puerpério. São Paulo: Febrasgo; 2010.
8. National Institute for Health and Care Excellence (GB). Intrapartum care for healthy women and babies: clinical guideline. London: Nice; 2014.
9. Rezende J. Obstetrícia. 13th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
10. Rosas CF. Ética em ginecologia e obstetrícia. 3rd ed. São Paulo: Cremesp; 2004.
11. World Health Organization: WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018.
12. Zugaib M. Obstetrícia. 4th ed. Barueri (SP): Manole; 2019.





CAPÍTULO 03

ATENDIMENTO À ADOLESCENTE

Rui Gilberto Ferreira

Lyna Mariana Alves da Costa

Lucas Campos Muniz Helou Rocha

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizada por individualidades nas características biológicas, psicológicas e sociais. É um período marcado pela descoberta da sexualidade e conflitos pessoais, os quais podem colocar o indivíduo em situações de vulnerabilidade com impacto na saúde sexual e reprodutiva: gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis (DST), violência sexual e abortos inseguros. Em razão da maior vulnerabilidade, esse grupo requer um atendimento especializado. O profissional da saúde deve respeitar os valores dos adolescentes atendidos, sejam morais, religiosos, culturais ou sociais.

De acordo com a série Orientações e Recomendações da Febrasgo.

- É direito da adolescente, independentemente da idade, ser atendida sozinha, em um espaço privado, onde se reconhece sua autonomia e individualidade. O atendimento médico deve assegurar maior privacidade à paciente.
- O médico deve informar, desde o primeiro contato, os benefícios de entrevista privada, esclarecendo os direitos e limites da autonomia dos adolescentes à jovem e aos responsáveis.
- A ausência dos pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento, sendo a participação da família altamente desejada e incentivada.
- A confidencialidade é direito do adolescente, salvo em situações de: déficit intelectual, risco de suicídio ou homicídio, falta de crítica por distúrbios psiquiátricos e drogadição, recusa ao tratamento por doenças de risco, suspeita de abuso sexual,

gravidez com ou sem o intuito de interrupção e atitudes que exponham a adolescente e/ou terceiros a risco de vida.

- A quebra do sigilo deve ser realizada com o conhecimento do adolescente, mesmo que sem sua anuência.
- A educação sexual, o acesso à informação sobre contracepção, a confidencialidade e sigilo sobre sua atividade sexual e sobre a prescrição de métodos anticoncepcionais são direito do adolescente.
- A prescrição de métodos anticoncepcionais para menores de 14 anos deverá levar em conta a solicitação delas, respeitando-se os critérios médicos de elegibilidade, o que não constitui ato ilícito.
- A prescrição de anticoncepcional à adolescente menor de 14 anos deve ser criteriosa, não constituindo ato ilícito por parte do médico, desde que não haja situação de abuso ou vitimização da menor, e que a adolescente detenha capacidade de autodeterminação, responsabilidade e consciência a respeito dos aspectos que envolvem sua saúde e sua vida.
- Em casos de maus tratos e de abusos sexuais contra crianças e adolescentes, os profissionais da saúde têm o dever legal de comunicar às autoridades responsáveis, mesmo que haja apenas suspeita, não acarretando em infração ética por parte do médico ou violação do segredo profissional.
- Caso a violência sexual resulte em gravidez, a escolha pelo aborto é prevista em lei. Ainda assim, exige-se a autorização

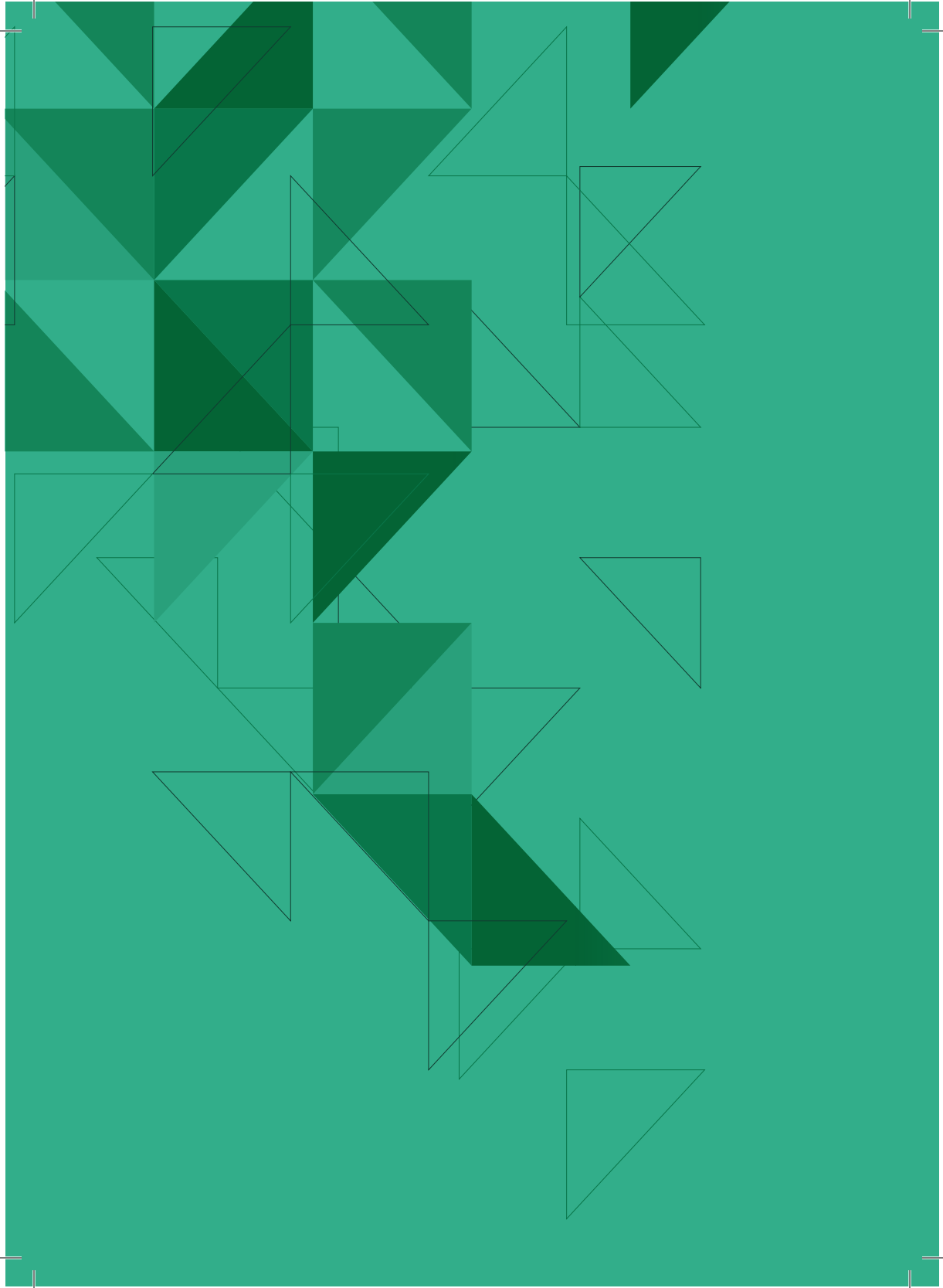
do representante legal somente para a realização do aborto. Em casos de divergência entre a adolescente e seus representantes legais, o direito de escolha da adolescente prevalece. Caso a discordância persista, encaminha-se o caso para o Conselho Tutelar ou a Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude, que assegurarão os direitos da adolescente.

Reconhecer os direitos e elucidá-los para a adolescente implica em evidenciar sua individualidade e autonomia. Mostrar mecanismos de garantia de sua segurança tira-os da condição de objetos, levando-os a sujeitos de direito. Assim, é preciso conhecer as leis e os estatutos, além de documentar detalhadamente toda e qualquer conduta ou informação, bem como as justificativas que levaram às condutas adotadas. Importante salientar que cada atendimento é único, mas, devido à vulnerabilidade tratada, deve-se considerar ainda mais os princípios da não maleficência, da benevolência, além de respeitar a autonomia e a justiça de cada paciente.

REFERÊNCIAS

- Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Adolescência, contracepção e ética: diretrizes. CFM [Internet]. 2006 Jan 24 [cited 2020 Nov 29]. Available from: <https://bit.ly/3qzKBdh>
- Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Atendendo a adolescente no consultório [Internet]. São Paulo: Febrasgo; 2017 [cited 2020 Nov 29]. (Orientações e recomendações Febrasgo; 4) Available from: <https://bit.ly/3GET4Bv>





CAPÍTULO 04

CESARIANA A PEDIDO

Augusto Cortizo Vidal

Eduardo Henrique de Sousa Lima

Mariana Campos Terra

Este capítulo tem por objetivo apresentar a cesariana eletiva, mostrando-a de maneira ética, bem como os parâmetros em que ela se encontra. De início, a cesariana a pedido é caracterizada pela intervenção tocúrgica antes mesmo de iniciar o trabalho de parto, sendo realizada pela vontade materna, ainda que na ausência de contraindicações. Assim, essa escolha centrada na vontade materna garante à gestante a manutenção da sua liberdade individual e se fundamenta nos princípios éticos de Autonomia, Beneficência e Não-Maleficência, colocando o “querer” da mãe como aspecto norteador da conduta médica. Vale destacar que a autonomia é também respaldada por lei, conforme a Resolução nº 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Primeiramente, já é sabido que as taxas de cesarianas cresceram em praticamente todo mundo e, no Brasil, esse cenário não é diferente. Segundo o Ministério da Saúde, houve aumento de aproximadamente de 40% dos partos cesáreos realizados na saúde pública; na rede privada, esse aumento chega a 80%, demonstrando a influência do fator socioeconômico até mesmo no nascimento (mesmo com o crescimento das porcentagens em ambas as redes, o índice é duas vezes maior na rede privada). Dessa forma, vale lembrar que, ainda que esses números englobam tanto as cesáreas eletivas quanto as não eletivas, eles evidenciam a efetivação do direito feminino de escolher qual tipo de parto preterido, estando os riscos e os benefícios da intervenção sempre esclarecidos pelo médico à futura mãe. Logo, esse importante diálogo entre a gestante e o médico deixa claro o aspecto ético de direito de liberdade e de autonomia do paciente.

Por conseguinte, um dos principais fatores para o avanço no número de intervenções é visto, de maneira evidente, na melhoria de

acesso à saúde com a chegada do Sistema Único de Saúde (SUS), que, a partir do acompanhamento gestacional por meio do pré-natal, identifica as melhores condutas de parto, ou seja, aquelas mais benéficas tanto para a mãe quanto para o bebê. Além disso, assiste as mulheres com programas próprios para o período gestacional (esse aumento é observado nos últimos 30 anos, período de criação do Sistema Único de Saúde). E, por fim, aliados ao surgimento do SUS, há também outros fatores já sucumbidos na sociedade, que levam a grávida a requerer a tomotocia eletiva, como:

- A possibilidade de um parto planejado;
- Medo excessivo do parto vaginal;
- Diminuição dos riscos que podem vir a ocorrer.

Em contrapartida, tem-se idealizada, pelo senso comum, uma ideia errônea de que há maior risco na tomotocia quando comparada com o parto vaginal, baseada em argumentos como o de que o parto vaginal, por ser orgânico e uma “vontade do próprio corpo”, seria mais seguro do que a cesárea. Porém, após diversos estudos médicos, chegou-se à conclusão que a cesárea não traz maiores riscos de morbidade e mortalidade, sendo, na verdade, menores do que os presentes no parto vaginal.

Além disso, fazendo o recorte para a tomotocia eletiva com o apoio médico, os riscos são menores ainda, uma vez que a cesariana eletiva traz um caráter protetor tanto para saúde da mãe quanto da criança. Essa convicção é ilustrada, por exemplo, em um estudo patrocinado pela Organização Mundial da Saúde, que avaliou mais de 100 mil partos vaginais e cesarianos no mundo inteiro, demons-

trando que os números com desfecho negativo tinham sido maiores nos vaginais. Ademais, no próprio estudo, destaca-se que não houve nenhuma morte materna ou neonatal associada à cesariana eletiva. Assim, o ato de proporcionar à gestante o direito de escolher o tipo de parto é, sobretudo, dar autonomia para a futura mãe, garantindo respeito e dignidade.

O caráter humanizado nessa realidade, a qual dá à mãe o direito soberano na escolha do modo do seu parto, por vontade individual ou não, é um avanço importante na área médica, principalmente pelo seu respaldo legal. Entretanto, vale lembrar também o direito do profissional da saúde na sua conduta médica de não realizar o procedimento cirúrgico, o que poderia trazer agravos para a saúde tanto da mãe quanto do bebê. Desse modo, de acordo com a Resolução CFM nº 2.144/2016, “é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal”.

Assim, a intervenção toracocirúrgica deve ser realizada em respeito à liberdade e à vontade da gestante, seja por desejo ou simples conveniência. Independente das motivações envolvidas na escolha e das condições socioeconômicas, é direito da paciente opinar pela cesariana a pedido – sempre tendo zelo e cautela na decisão –, podendo escolhê-la semelhantemente a outros campos da Medicina, como a Cirurgia Plástica, em que procedimentos também são realizadas a pedido (e nem por isso estão totalmente isentos de morbidade ou mortalidade).

Contudo, embora o obstetra deva respeitar o direito soberano da paciente sobre a maneira como deseja parir, essa decisão de realizar

ou não uma cesárea a pedido deve ser conjunta e ter o aval do profissional. O médico deve sempre expor, de maneira clara, os riscos e os benefícios envolvidos no procedimento, possibilitando, à gestante leiga da rede pública ou privada, a compreensão plena do assunto para a tomada da decisão mais adequada. Além disso, segundo o American College of Obstetricians and Gynecologists, o profissional deve sempre informar sobre as evidências científicas que possam ou não favorecer a escolha pelo procedimento, possibilitando, de forma ética, que a gestante opte pelo caminho mais saudável e equilibrado tanto para sua saúde quanto para a do seu bebê. As possíveis complicações devem ser informadas e incluídas no termo de consentimento: maior risco de infecções, de trombose dos membros inferiores, de hemorragias, de reações aos anestésicos, de dor no pós-operatório e período mais prolongado após o trabalho de parto.

Logo, o obstetra deve sempre insistir no diálogo compartilhado, nunca impondo sua decisão. Vale ressaltar ainda que a negação do atendimento pode gerar neurose, ansiedade, pânico e depressão em um momento de mudanças emocionais constantes para a mulher. Além disso, se mesmo com um diálogo adequado e esclarecimento absoluto sobre os riscos envolvidos na cesárea a pedido, a paciente continuar com o desejo de realizar a cirurgia, o médico pode exercer seu direito de recusar o procedimento e encaminhá-la a outro profissional, sempre realizando essa transferência de maneira ética e de maior conforto possível para a gestante.

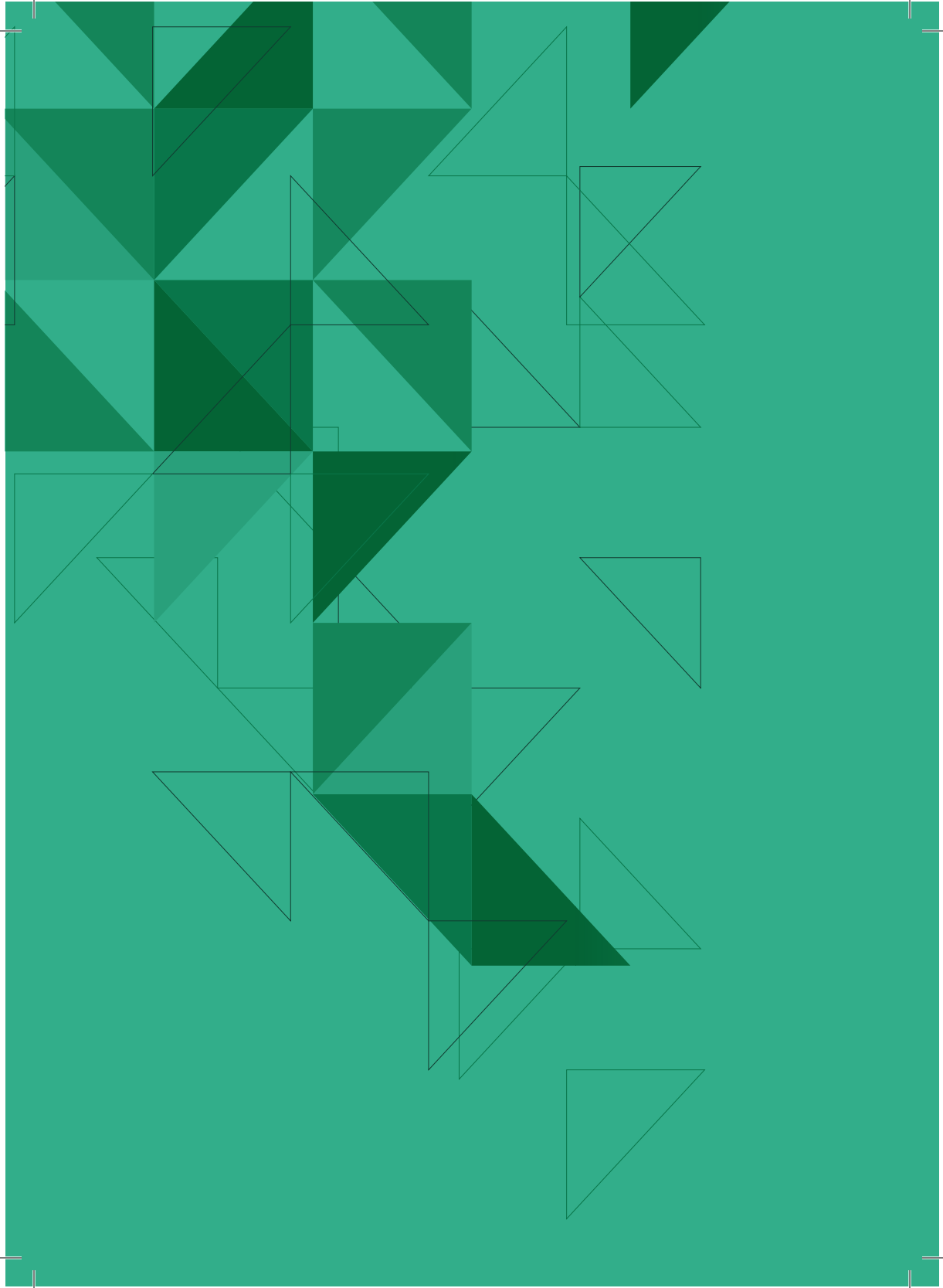
É válido lembrar ainda que a tomotocia eletiva a pedido não deve ser realizada antes da 39ª semana completa, sendo evitada em mulheres que pretendam ter muitos filhos, uma vez que, a cada

gestação, aumenta-se o risco da inserção baixa da placenta, do acretismo placentário e da histerectomia. Além disso, é fundamental que a gestante e seu obstetra preencham o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, reforçando o compartilhamento mútuo da decisão mediante todas as vantagens e desvantagens da operação. Sendo assim, independente da escolha entre cesárea ou parto vaginal, deve-se ter como princípio a preservação da saúde da materna, bem como o oferecimento, ao nascituro, de todos os potenciais para o seu pleno desenvolvimento somático, neurológico e psíquico, possibilitando-o se tornar, no futuro, um cidadão física e psiquicamente saudável.

REFERÊNCIAS

1. Camara R, Burla M, Ferrari J, Lima L, Amim J Jr, Braga A, Rezende J Filho. Cesariana a pedido materno. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2016 Ago [cited 2020 Nov 28];43(4):301-10 Available from: <https://bit.ly/3qzLSkA>
2. Conselho Federal de Medicina (BR). Código de ética médica: Resolução CFM nº 2.144. Diário Oficial da União [Internet]. 2016 Jun 22. Available from: <https://bit.ly/34ZliZS>
3. Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E, Reis ACGV. Parto cesareo: quem o deseja? em quais circunstâncias? Cad Saude Publica [Internet]. 2003 Dec [cited 2020 Nov 28];19(6):1611-20. Available from: <https://bit.ly/33C2M9b>
4. Sass N, Hwang SM. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. Diagn Trata-

mento [Internet]. 2009 [cited 2020 Nov 29];14(4):133-7. Available from: <https://bit.ly/3I9NyHu>



CAPÍTULO 05

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

Rosane Ribeiro Figueiredo Alves

Gabriel Baeta Branquinho Reis

Laís Martins Queiroz

INTRODUÇÃO

A violência sexual é um problema mundial, conceituado como qualquer ato sexual, ou tentativa de obtê-lo, ou outro ato dirigido contra a sexualidade de uma pessoa, por meio de atos coercivos e intimidatórios, como a força física, a grave ameaça, o uso de armas e a pressão psicológica (OMS, 2013). A violência contra a mulher possui raízes complexas, em que existe, sobretudo, uma relação de forças que convertem as diferenças entre os sexos em desigualdade (CREMESP, 2011).

A violência sexual possui uma grande complexidade de formas de manifestação, e os impactos advindos dela são enormes para a saúde dos envolvidos, o que emerge a necessidade da detecção precoce para que o tratamento, acompanhamento e tomada de medidas éticas e punitivas minimizem as sequelas (ANTONIO et al., 2012).

Apesar da importância da intervenção precoce, uma grande barreira para que isso se concretize é a subnotificação dos casos. Segundo o Ministério da Saúde, menos de 10% dos casos de violência sexual são notificados nas delegacias (Ministério da Saúde, 1999). Sabe-se ainda que existe um grande despreparo por parte dos profissionais para abordar de forma ética e respeitosa as vítimas de violência sexual nos atendimentos médicos, além da dificuldade de se trabalhar a questão da gravidez em vítimas de abuso sexual, o que traz muitos entraves a serem superados sobre esse tema (CREMESP, 2018).

VIOLÊNCIA SEXUAL COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A violência sexual é um problema de saúde pública universalizada e que atinge diversas classes sociais, raças, etnias e culturas. No entanto, diversos desafios estão relacionados ao seu enfrentamento, dificultando a implementação de medidas eficazes (TÁVARA, 2011).

A violência sexual é considerada uma das condições de maior subnotificação e sub registro do mundo (MESSIAS et al., 2016). A falta de informação das mulheres sobre a existência dos serviços, como também sobre o direito de acesso a eles, além das deficiências na articulação dos serviços na rede de atendimento e o desconhecimento dos próprios profissionais de saúde sobre serviços especializados para atender mulheres vítimas de violência sexual estão relacionados a essa subnotificação e ajudam na perpetuação da realidade no país (OLIVEIRA et al., 2005). Ademais, diversos outros fatores podem impedir com que a mulher vítima de violência sexual denuncie o agressor: dependência psicológica e financeira do agressor, o medo interrogatório policial, o constrangimento pela divulgação pela imprensa, a ameaça de vingança do agressor e o temor do atendimento pelo Instituto Médico Legal (CREMESP, 2018). Na tentativa de dimensionar o problema no Brasil, os casos de violência contra a mulher atendidos em serviços de saúde públicos e privados, passaram a ser agravos de notificação compulsória a partir de novembro de 2013 (Lei 10.778).

A violência sexual possui ainda como um importante problema de saúde pública, a questão da maior vulnerabilidade de certos grupos sociais, tomando proporções ainda maiores desse tipo de violência. Sabe-se que grupos menos privilegiados e com menos recursos são

mais expostos à violência, e admite-se que os serviços não atinjam ainda as camadas menos favorecidas da população. Esse fato corrobora a ideia de que a saúde pública no país, incluindo o atendimento aos casos de violência sexual, ainda são excludentes e não atendam camadas vulneráveis socialmente (OSHIKATA et al., 2011).

Além disso, as consequências biopsicossociais envolvidas em casos de violência sexual são de grande preocupação da saúde pública, visto seus vastos efeitos para as vítimas e suas famílias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Os efeitos de caráter emocional apresentados pelas vítimas são devastadores e, muitas vezes, irreparáveis, podendo afetar de forma significativa a qualidade de vida, necessitando de um acompanhamento psicológico precoce e de longo prazo. As vítimas de abuso sexual podem apresentar expressivos impactos na vida sexual e reprodutiva, especialmente quando existe a gravidez decorrente dessa violência, provocando efeitos tanto à vítima quanto à sociedade. Além disso, outros fatores preocupantes relacionados à saúde pública com danosas consequências são os casos mais agravantes de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e óbitos decorrentes desses casos de violência (CREMESP, 2018).

PRINCÍPIOS DO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

O atendimento de pessoas em situação de violência sexual exige o cumprimento dos princípios do sigilo, da ética e dos aspectos legais, como o atendimento multiprofissional adequado, a notificação compulsória, o boletim de ocorrência policial e o laudo do Instituto Médico Legal.

A notificação da violência é realizada pelo preenchimento da Fi-

cha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (Ficha de notificação). A ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099, de 3 de março de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher

O Boletim de Ocorrência Policial registra a violência para o conhecimento da autoridade policial. O laudo do Instituto Médico Legal (IML) é documento elaborado para fazer prova criminal. Porém, a exigência destes documentos para atendimento à vítima de violência sexual, nos serviços de saúde é incorreta e ilegal (MS, 2010). A assistência à saúde é prioritária e a recusa de atendimento pode ser caracterizada, ética e legalmente, como omissão. Após o atendimento médico, caso seja desejo da mulher, e ela tenha condições, ela poderá ir à delegacia para lavrar o Boletim de Ocorrência Policial. Caso o exame pericial pelo IML não tenha sido realizado, o laudo será feito com base no prontuário médico (MS, 2010).

Dessa forma, o atendimento de emergência a pacientes vítimas de violência sexual é um desafio para os profissionais da saúde e exige uma capacitação adequada para que seja feita de forma ética, legal, respeitosa e eficiente. O profissional médico deve estar preparado tanto para o manejo clínico quanto psicológico de pacientes vítimas de violência sexual, visto que falhas nessa abordagem pode ocasionar casos de reincidência dessas agressões e sérios danos para a paciente, especialmente quando a vítima é criança ou adolescente (MARISCAL, 2011).

O primeiro contato da vítima de violência sexual com os serviços de saúde em geral ocorre na emergência médica, urgindo um cuidado especial desses profissionais na abordagem desses casos. A mulher, em geral, encontra-se em situação de medo, fragilidade, vulnerabilidade, culpa, vergonha e humilhação. Assim, há necessidade de acolhimento pela equipe multidisciplinar, em especial logo após os atos de violência (CREMESP, 2018).

Com toda essa questão envolvida na chegada da mulher à emergência médica, é fundamental que os profissionais de saúde envolvidos estabeleçam um bom vínculo com a paciente, devendo ter uma postura cuidadosa, de forma que a mulher se sinta confortável, acreditada e acolhida. Uma questão importante é que nunca deve ser colocado em questão para a paciente a veracidade dos fatos ou questionado as circunstâncias em que ocorreu o ato de violência. O profissional deve sempre manter uma postura neutra diante da situação, deixando de lado possíveis juízos de valor ou julgamentos. Além disso, é importante observar que os profissionais devem sempre priorizar o respeito e os limites da paciente, e evitar invasão da privacidade, o que pode gerar uma sensação de ameaça e desconfiança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A Lei nº 12.845/2013 dispõe sobre o atendimento obrigatório, integral e imediato de pessoas em situação de violência em todos os hospitais integrantes da rede SUS, nos seguintes termos:

Art. 1º – Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.

O profissional da saúde deve estar atento para avaliar os possíveis riscos envolvidos na violência sexual, como a gravidez indesejada, lesões corporais e possibilidade de aquisição de infecções de transmissão sexual, oferecendo o suporte necessário para cada caso. Elucidado os riscos envolvidos no caso de violência sexual, o profissional pode utilizar, levando em conta a especificidade de cada caso, a contracepção de emergência, profilaxia para a hepatite B, proteção medicamentosa contra as IST não virais e quimioprofilaxia para a infecção pelo HIV, sendo essa etapa do atendimento na emergência fundamental, devendo ser realizada em até 100 horas após a violência sexual. No entanto, sabe-se que menos de 10% das mulheres em situação de violência sexual, atendidas nos serviços públicos de emergência, recebem proteção contra a gravidez indesejada e as IST, o que emerge a discussão do despreparo médico para agir da melhor forma nos casos de violência sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) (JENNY et al, 1990).

PRINCÍPIOS ÉTICOS NA GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

O risco de gravidez decorrente de violência sexual varia de 0,5% a 5%, conforme uso de métodos anticoncepcionais, se a violência é isola-

da ou não, dentre outros. Entre as adultas que ficam grávidas decorrentes do estupro, 19,3% realizaram aborto previsto em lei, enquanto nas adolescentes apenas 10,6% (BRASIL; 2012). Acredita-se que esse índice é menor em adolescentes, pois, para a realização do aborto legal em menores de 18 anos é necessário a autorização do representante legal, o que dificultaria em casos no qual o estupro é realizado por familiares (NUNES, 2017).

O Código Penal Brasileiro, artigo 124, considera crime provocar aborto em si mesma ou consentir que outra pessoa o faça, estipulando pena de detenção de um a três anos (SOUZA E MELLO, 2005). Porém, a Lei. 2848/1940, artigo 128, do Código Penal Brasileiro, estabelece exceções no qual não se pune o aborto. Assim o abortamento pode ser praticado pelo médico, quando não há outro meio de salvar a vida da gestante, ou se a gravidez resulta de violência sexual. Nesse último caso o aborto deve ser realizado pelo médico precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal (CREMESP, 2018).

A lei, apesar de datar de 1940, não garantiu a realização de abortos de forma excepcional pelos serviços de saúde pública. Muitas mulheres grávidas de violência sexual, por receio, por desconhecer seus direitos, por medo de julgamentos ou represálias, por falta de acesso ou por negativa dos serviços de saúde, recorreram, e ainda recorrem, a diversos serviços clandestinos para a realização do procedimento (CREMESP, 2011). Isso gerou diversos debates nacionais e internacionais nos quais se reconheceu que as complicações do aborto apresentam ameaças serias à saúde pública e que, por isso, necessita de assistência e apoio integral às vítimas (COSTA et al., 1998).

Entendendo a gravidade dessa situação, nas últimas décadas houve grandes avanços no sistema de saúde no que tange à assistência multiprofissional às vítimas de violência sexual, com ênfase no apoio psicológico e social da vítima, principalmente nos casos de aborto decorrentes de estupro. Tal procedimento é, portanto, regulado pela Norma Técnica do Ministério da Saúde de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, de 1998, que implementa a oferta do serviço de aborto legal na rede pública de saúde, em conformidade com o texto do artigo 128, inciso II, do Código Penal, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 258, de 6 de novembro de 1997, e as diretrizes das Leis nº 8.080/90 (Lei Orgânica de Saúde) e Lei nº 8.142/90 (Lei sobre gestão do SUS) (SOUZA E MELLO, 2005). Já a Portaria nº 1.508/GM de 2005, “dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS”. Esse procedimento compõe-se de quatro fases, registradas no formato de Termos e arquivadas ao prontuário médico (PORTARIA Nº 1.508/GM).

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 (CREMESP, 2018).

Dessa forma o debate bioético acerca do aborto em sua generalidade é válido em casos no qual se discute os seus extremos morais. Porém o debate acerca do aborto decorrente de uma violência sexual não deve ser pautado em princípios ou em crenças em que se discute certo ou errado, afinal, a interrupção de uma gestação fruto de uma violência sexual é um direito da mulher. Com isso, entende-se que não é uma obrigação, cabendo a mulher decidir se optará ou não prosseguir com sua gravidez, tendo, para isso, respaldo constitucional.

Assim, é dever dos serviços de saúde esclarecer as opções dessa mulher, no qual se incluem: interrupção da gravidez ou manutenção da gravidez até o termo, com possibilidade de permanecer com a criança ou de entregá-la para doação após o nascimento. Para cada uma das opções, os serviços de saúde devem estar capacitados para acolher e atender as necessidades e especificidades da mulher (CREMESP, 2011). Independentemente, da opção, ressalta-se que a vítima de violência está em estado de vulnerabilidade e que uma gravidez fruto dessa violência é, antes de tudo, uma gravidez indesejada. As diferentes visões morais que envolvem o aborto ainda dificultam e tornam perturbadora a tomada de decisão para muitas dessas mulheres, por isso, o total esclarecimento de seus direitos se faz necessário nessa complexa decisão (DREZETT et al., 2011).

Ao médico, portanto, cabe respeitar a autonomia de decisão da mulher e garantir que sua decisão seja tomada de forma livre, consciente, esclarecida e informada. Apesar dessa postura ser

fundamental, é inegável que muitos médicos precisam transpor uma série de desafios, crenças e morais pessoais para ir de acordo com o respaldo da lei, dos princípios da Bioética e do Código de ética médica. Por isso, o mesmo respeito e liberdade de decisão é garantido ao médico que opta, por questões pessoais, em não realizar o abortamento previsto por lei. Essa possibilidade também é garantida pela lei e pelo código de ética Médica e deve ser respeitada (CREMESP, 2018).

No entanto, cabe o respaldo que, mesmo na recusa, é dever do médico explicar sua decisão de forma ética, sem interferir ou julgar a escolha da paciente, e encaminhá-la para outro serviço de saúde e outro médico que possa realizar o procedimento. O profissional, portanto, considerar a situação de vulnerabilidade da mulher e da importância da relação médico-paciente nesse momento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual é uma das formas de violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública. O estupro é o crime sexual predominante em mulheres adultas e adolescentes e pode gerar consequências muitas vezes irreversíveis para a vítima, principalmente nos aspectos físicos e psicológicos (RESTUM, 2012).

Os indivíduos submetidos ao abuso sexual são afetados em sua integridade como pessoa, em sua autoestima, imagem pessoal e desequilíbrio. Muitas das vítimas não conseguem superar o medo, o pânico, a vergonha e o sentimento de culpa, afetando sua vida social e sexual (RESTUM, 2012).

Apesar dos avanços significativos na área, muitos problemas persistem, fazendo com que a vítima ainda passe por situações de extremo desconforto, no qual podem ser julgadas, questionadas e até culpadas pela agressão, fato que muitas vezes desestimula a vítima a denunciar a ocorrência. O abuso é, portanto, algo que ainda necessita de grandes debates na sociedade, pois apesar de grande progresso, ainda há um grande abismo entre as reflexões e a prática vivenciada.

Assim, é dever do sistema de saúde acolher a vítima em todo seu estado de vulnerabilidade, oferecendo dignidade, respeito, esclarecimento, apoio psicológico, médico e social, evitando, dessa forma, que ela não passe por outros sofrimentos desnecessários.

REFERÊNCIAS

Antonio EMR, Fontes TMP. Bioética e aspectos epidemiológicos de vítimas de violência sexual em hospital-maternidade. Rev bioet (Impr.). 2012;20(2):280-7.

Brasil. Código de Processo Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003.

Brasil. Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005.

Brasil. Constituição de 1988 da República Federativa do Brasil.

Costa SIF, Garrafa V, Oselka GW. Iniciação à bioética. [place unknown]: [publisher unknown]; 1998.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (BR). Ética em ginecologia e obstetrícia. 5th ed. São Paulo: Cremesp; 2018.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (BR). Ética

em ginecologia e obstetrícia. 4th ed. São Paulo: Cremesp; 2011.

Drezett J, Pedroso D, Gebrim LH, Matias ML, Macedo H Jr, Abreu LC. Motivos para interromper legalmente a gravidez decorrente de estupro e efeitos do abortamento nos relacionamentos cotidianos das mulheres. *Reprod clim.* 2011;26(3):85-91.

Jenny C, Hooton TM, Bowers A, Copass MK, Krieger JN, Hillier SL, Kiviat N, Corey L, Stamm WE, Holmes KK. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *N Engl J Med.* 1990 Mar 15;322(11):713-6. doi: 10.1056/NEJM199003153221101. PMID: 2155389.

Ortiz Mariscal JD. Buenas prácticas para la atención de la violencia sexual contra las mujeres. Lima: Promsex; 2011.

Messias PP, Silva JS, Sena ELS, Boery RNSO, Yarid SD. Bioética e atendimento a mulheres vítimas de violência sexual: revisão de literatura. *Acta bioeth.* 2016 Jun;22(1).

Brasil. Ministério da Saúde. Norma técnica: prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3rd ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

Nunes A, Cristina M, Normanda AM. Gravidez decorrente de violência sexual: revisão sistemática da literatura. *Arq bras psicol.* 2017 Jan;69(2):88-103.

Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, Kossel K, Morelli K, Botelho LFF, Stoianov M. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev Saude Publica.* 2005;39(3):376-82.

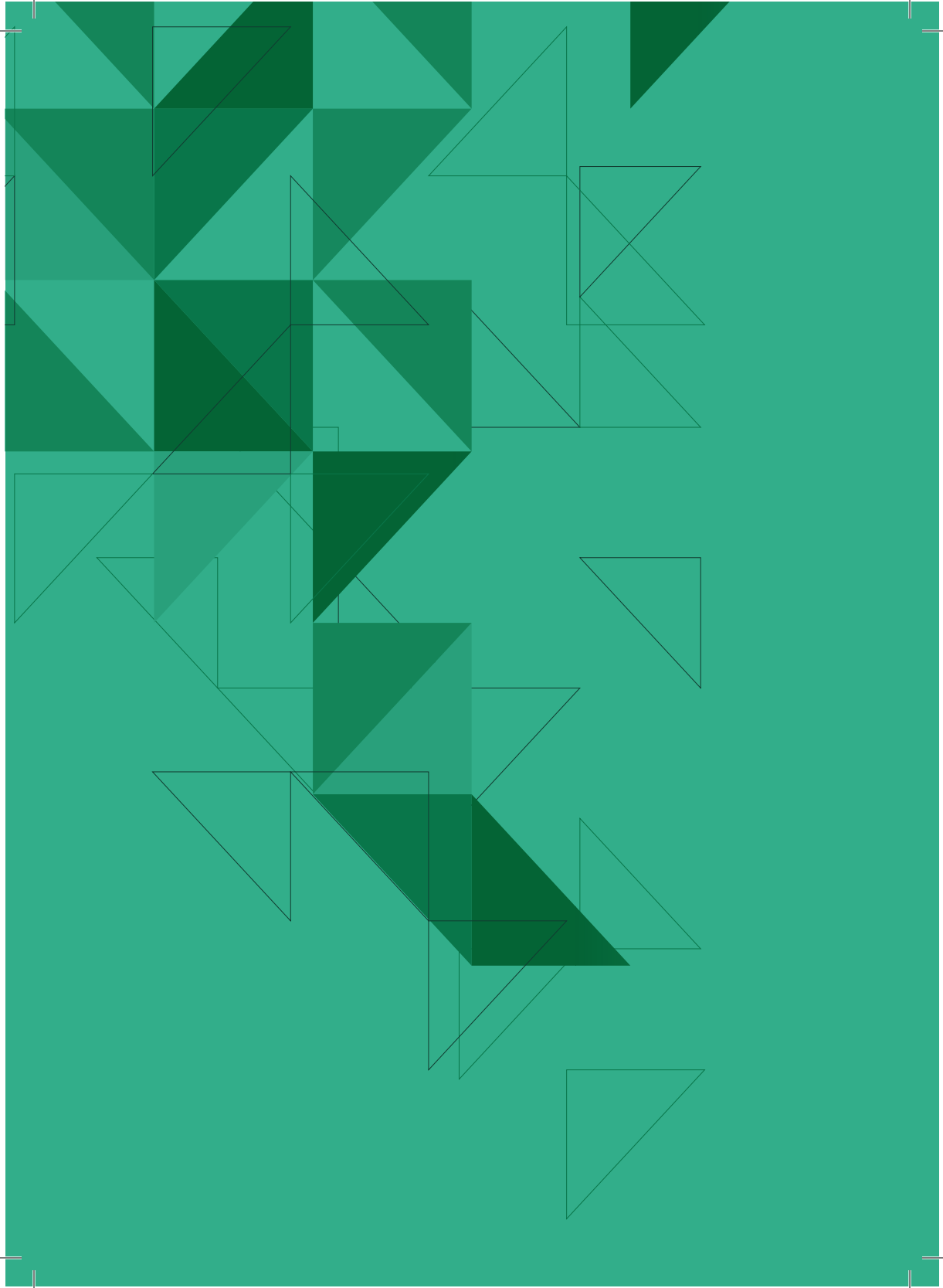
Organização Mundial de Saúde. Violência sexual: o reforço da resposta do setor saúde. Genebra: OMS; 2013.

Oshikata CT, Bedone AJ, Papa MSF, Santos GB, Pinheiro CD, Kalies AH. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011 Apr;27(4):701-13.

Antonio EMR, Fontes TMP. Bioética e aspectos epidemiológicos de vítimas de violência sexual em hospital-maternidade. *Rev bioet (Impr.)*. 2012;20(2):280-7.

Souza CM, Adesse L, editors. Violencia sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Brasília (DF): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2005.





CAPÍTULO 06

DIREITOS DA GESTANTE E A LEGISLAÇÃO

Rui Gilberto Ferreira

Lais Reis Santos

Kaitianne Mendes

Isabella Ribeiro de Sena Carvalho

INTRODUÇÃO

O processo de conquistas de direitos das gestantes foi longo e gradual no Brasil. Eles se deram, inicialmente, no âmbito trabalhista. Com a criação do Sistema Único de Saúde, diversas políticas foram implementadas, com o foco no pré-natal, parto, puerpério e planejamento familiar.

A mortalidade materna é um importante indicador em saúde. Em 2012, o Brasil mostrou uma Razão de Mortalidade Materna de 54,55 óbitos por 100.000 nascidos vivos. A Organização Mundial de Saúde estabelece como objetivo um valor abaixo de 20 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos, mostrando que ainda há muito a ser feito (SCARTON et al., 2020).

O objetivo deste capítulo é discorrer sobre os principais direitos garantidos atualmente às gestantes no Brasil, a fim de esclarecer os profissionais de saúde como proceder mediante essas pacientes.

PLANEJAMENTO FAMILIAR

O planejamento familiar reforça o ideal do exercício de poder que a mulher possui sobre seu próprio corpo. Nesse sentido, possui grande significância no que tange ao aumento da qualidade de vida delas, seja no ponto de vista econômico, social e biológico (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

O planejamento familiar é definido no artigo 2º da Lei nº 9263/96 como o conjunto de ações de regulação da fecundidade para garantir a igualdade de direitos de constituição, limitação ou aumento da

prole tanto pela mulher quanto pelo homem, ou pelo casal (BRASIL, 1996).

No Brasil, a regulamentação dessa prática teve início com a Constituição Federal de 1988 por meio do artigo 226, §7º, que afirma que o casal possui livre decisão quanto ao planejamento familiar, enquanto o Estado deve providenciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito. Além disso, o texto proíbe qualquer espécie de coerção, tanto por instituições privadas como estatais, com a finalidade de controle familiar (BRASIL, 1988).

Diante da obrigatoriedade do Estado de fornecer os métodos e as técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não ofereçam risco a vida e saúde do indivíduo, são autorizados e disponibilizados no sistema público de saúde Billings, tabela, temperatura, sintotérmico, camisinha masculina e feminina, diafragma, espermicida, dispositivo intrauterino (DIU), hormonais orais e injetáveis, laqueadura e vasectomia (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

A Lei nº 9263/96 veda a realização de esterilização voluntária que não obedeça os seguintes critérios:

- Homem e mulher com capacidade civil acima de 25 anos de idade ou com pelo menos 2 filhos vivos.
- Risco a vida ou a saúde da mulher ou do futuro concepto.
- No caso de sociedade conjugal, é necessário o consentimento de ambos os cônjuges.

Além disso, é vedado ao médico a realização de esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade. Assim como a realização de outros métodos que não a laqueadura, como histerectomia e ooforectomia com o objetivo de contracepção. Ademais, é instituído como crime

induzir de forma dolosa ou exigir atestado médico para realização da laqueadura. Por fim, é instituído na legislação como dever médico a notificação à autoridade sanitária das esterilizações cirúrgicas que forem realizadas (MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

O Sistema Único de Saúde tem mostrado grande importância à saúde da gestante. Com a criação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, diversas ações em saúde estão sendo implementadas com o objetivo de reduzir os indicadores materno e infantil (CAVALCANTI et al., 2013)

Dentre os inúmeros direitos garantidos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), é assegurando à mulher em trabalho de parto, parto e pós-parto, nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde, a presença de um acompanhante (Ministério da Saúde, 2005). A PHPN custeou recursos para os municípios, visando com que a mulher possa realizar a primeira consulta de pré-natal até os quatro meses de gestação, seis consultas de pré-natal (preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação), uma consulta no puerpério (até 42 dias após o nascimento), exames laboratoriais (ABO-RH, VDRL, sorologia para HIV, toxoplasmose e hepatite B, urina rotina, glicemia de jejum, hemoglobina/hematócrito, aplicação de vacina antitetânica (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Além disso, a Portaria nº 1.459, de 2011, normatiza a criação da Rede Cegonha com o objetivo de ampliar o acesso e a qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e à criança até 24 meses, garantindo o direito a um acolhimento com avaliação e classificação de risco, a criação de vínculo e transporte da gestante à unidade de referência, a segurança na atenção ao parto e nascimento e o acesso às ações do planejamento reprodutivo (Ministério da Saúde, 2011).

O Ministério da Saúde mostra-se um grande incentivador do parto normal. A Portaria nº 353, de 14 fevereiro de 2017, comprova esse fato ao instituir a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal e a obrigatoriedade da certificação da gestante dos potenciais riscos e eventos adversos relacionados ao uso de procedimentos ou medicamento para a realização do parto normal (Ministério da Saúde, 2017).

Considerando a importância da lactação e do aleitamento materno, a necessidade de diminuir os riscos de infecção hospitalar e complicações maternas e neonatais, e a necessidade de um atendimento multiprofissional à gestante e ao recém-nascido, a Portaria nº 1.016, de agosto de 1993, implanta o sistema de alojamento materno. Nele, o recém-nascido saudável pode permanecer com mãe 24 horas por dia (Ministério da Saúde, 1993).

DA ESTABILIDADE NO EMPREGO

Quando falamos sobre leis trabalhistas para a gestante, também citamos diretamente o direito à proteção da mãe do bebê durante a gravidez e aos próximos meses de vida do nascituro. Para assegurar que a relação empresa/funcionária seja resguardada, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) institui que, a partir do momento da gravi-

dez até 120 dias após o parto, a gestante não pode ser desligada da empresa sem justa causa, não havendo, assim, prejuízo no emprego ou salário da gestante. Caso a demissão tenha sido feita antes da comprovação da gravidez, a gestante deve ser readmitida a seu cargo anterior à data de desligamento da empresa.

DAS INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS E ÓBITOS ÀS AUTORIDADES COMPETENTES

O Ministério da Saúde estabeleceu ações sobre os dados de nascidos vivos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e também sobre os óbitos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) a fim de coletar os dados, mensurá-los e usá-los em políticas de saúde, como na redução de mortalidade infantil e materna. Esses sistemas são alimentados e geridos pelos Estados e Municípios.

Do direito a um acompanhante à parturiente

A legislação garante à gestante um acompanhante sugerido por ela mesma a todo e qualquer momento antes, durante e após o parto.

Prioridade de atendimento

Conforme a Lei nº 10.048, de novembro de 2000, as gestantes têm o direito garantido de atendimento prioritário tanto em repartições públicas como em repartições concessionárias de serviço público. Além disso, a legislação determina às empresas de transporte público que assentos sejam reservados para as gestantes (Brasil, 2000).

Prioridade de atendimento

Das leis direcionadas a gestante, talvez a licença-maternidade seja a primeira que nos vem à cabeça, pois ela é a mais conhecida e popularizada por garantir à gestante o afastamento remunerado de suas atividades. Mas ela não é tão simples como imaginamos, pois aborda aspectos muito particulares e extremamente importantes instituídos para os mais variados casos. De acordo com o parágrafo primeiro do artigo 392 do Decreto-lei 5.542, de 1º de maio de 1943:

A empregada deve, mediante atestado médico, notificar o seu empregador da data do início do afastamento do emprego, que poderá ocorrer entre o 28º (vigésimo oitavo) dia antes do parto e ocorrência deste.

A gestante tem a garantia do afastamento remunerado de suas atividades por um período mínimo de 120 dias. Em casos de adoção ou obtenção de guarda judicial, a licença também poderá ser concedida segundo os termos do artigo 392, respeitando a idade da criança:

- Crianças de até um ano: 120 dias;
- Entre 1 e 4 anos: licença de 60 dias;
- Crianças de 4 a 8 anos: licença de 30 dias.

O período de licença não compromete o tempo de serviço e férias da gestante e, no caso de doenças após o período de licença-maternidade, a mulher pode também solicitar uma ampliação desse direito em 15 dias, mediante atestado médico. Caso também seja preciso, ela pode pedir a abertura do auxílio-doença diretamente no INSS. Isso também vale para casos anteriores ao parto, se a gestante assim precisar, sendo assegurado a ela uma dispensa de duas semanas ainda por esse decreto.

Os casos de aborto espontâneo também asseguram à gestante o direito ao afastamento durante duas semanas, caso tenha ocorrido antes da 23ª semana de gestação. Após esse período, a legislação entende que o aborto espontâneo e o parto se assemelham, seguindo assim os mesmos direitos de afastamento dados a parturiente na licença-maternidade. Isso também vale para as mulheres que dão à luz a um bebê natimorto.

Previdência Social

A Previdência Social é responsável por um conjunto de ações relacionadas à segurança e manutenção de benefícios, como o salário-maternidade. O valor desse salário obedece a renda mensal de sua remuneração integral e é pago pela própria empresa à empregada gestante, sendo compensado mais tarde pelo INSS. No caso das trabalhadoras avulsas, o benefício é pago diretamente pela Previdência Social. Em casos como os de empregadas domésticas, o salário-maternidade tem como base o último salário de contribuição da empregada, e, no caso de renda variável, é calculado de acordo com a média das remunerações dos últimos seis meses. Não há teto salarial, mas há a preocupação de que o benefício não seja inferior a um salário mínimo vigente.

Direitos da mãe presa

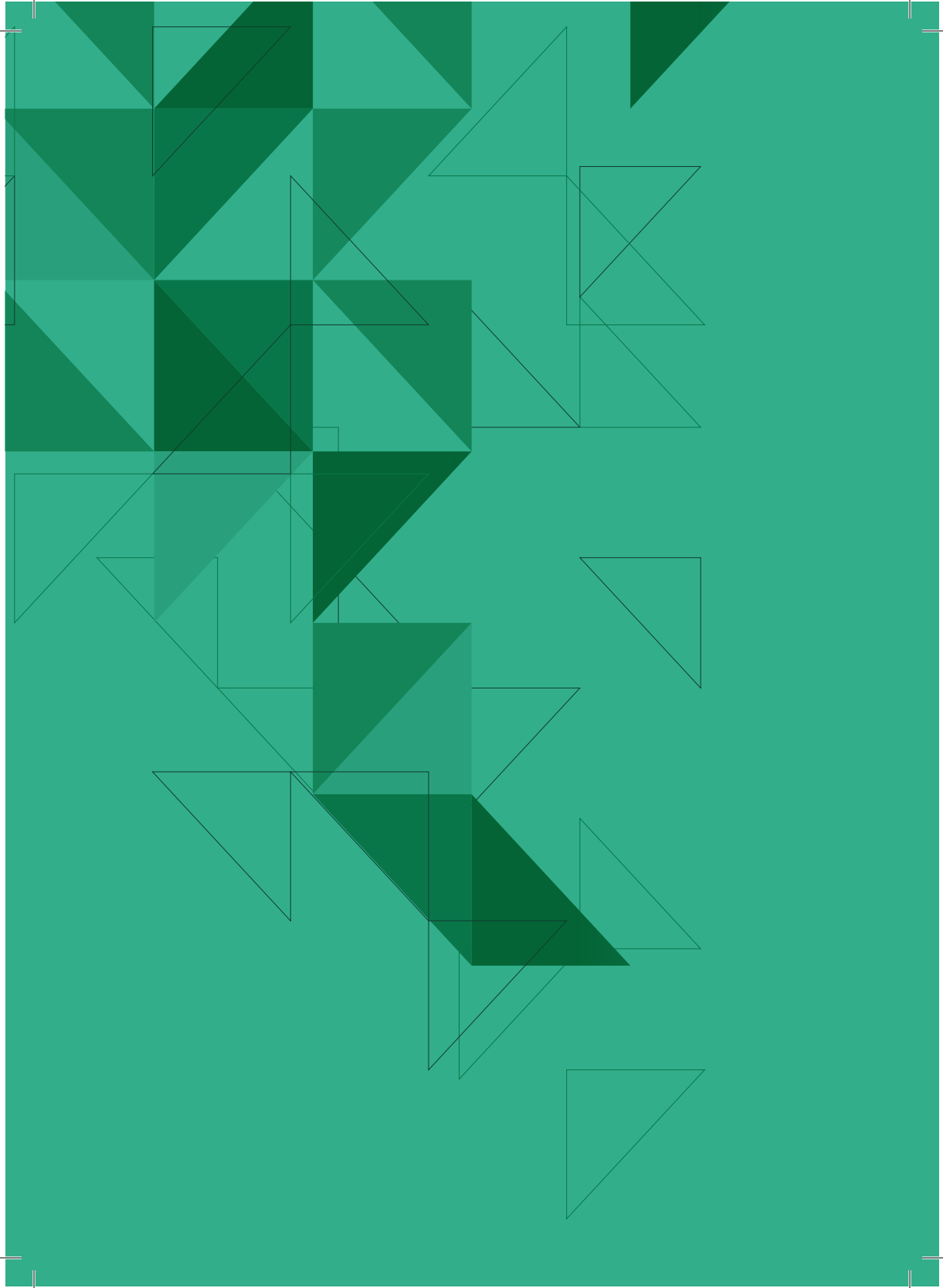
As gestantes privadas de liberdade podem ter a prisão preventiva substituída pela domiciliar de acordo com o Código de Processo Penal. Porém, para isso, é necessário que não tenha cometido crime com violência ou grave ameaça à pessoa e crime contra seu filho ou dependente (Brasil, 1941).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Código de Processo Penal. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Diário Oficial da União [Internet]. 1941 Oct 13. Available from: <https://bit.ly/3nAx0Ax>
2. Brasil. Constituição de 1988 da República Federativa do Brasil.
3. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000. Diário Oficial da União [Internet]. 2000 Nov 9. Available from: <https://bit.ly/3A8Y4f6>
4. Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Diário Oficial da União. 1996 Jan 15.
5. Cavalcanti PC, Gurgel GD Jr, Vasconcelos ALR, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis*. 2013;23(4):1297-1316.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Available from: <https://bit.ly/3KhGALE>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.418, de 2 de outubro de 2005. Available from: <https://bit.ly/3ledDW0>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017. Available from: <https://bit.ly/33KKH8P>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993. Available from: <https://bit.ly/3tErGjp>
10. Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2007 Apr;23(4):961-970. Available from: <https://bit.ly/3qBlzKO>
11. Scarton J, Thurow MRB, Ventura J, Silva DN, Perim LF, Siqueira HCH. Mortalidade materna: causas e estratégias de prevenção. *RSD* [Internet]. 2020 Mar 28;9(5):e67953081. Available from: <https://bit.ly/3nxm6el>

12. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad Saude Publica [Internet]. 2004 Sep-Oct;20(5):1281-9. Available from: <https://bit.ly/3KchLHE>





CAPÍTULO 07

ÉTICA EM MEDICINA FETAL

Waldemar Naues do Amaral

Adrielly Joice Mendes Santana Brandão

Eloá de Andrade Ferreira

Giouana Caroline Silva Rocha

INTRODUÇÃO

A medicina fetal é um importante braço da obstetrícia moderna, que inclui a genética, a embriologia, a teratologia, o diagnóstico por imagem, a endocrinologia e a fisiologia materno-fetal. O feto antes era inacessível, tendo sua assistência dispensada unicamente à mãe, na esperança de que uma boa assistência materna consequentemente beneficiaria a saúde fetal. Mas, com o advento de métodos que permitem o acesso ao feto, as doenças fetais passaram a ser diagnosticadas e tratadas antes mesmo do nascimento.

Nesse contexto, o feto passa a ser também um paciente, e a saúde materna passa a ser vista em uma nova dimensão. Agora o feto faz parte do binômio materno-fetal, e é possível compreender questões referentes a processos fisiológicos, patológicos e complicações da gestação que afetem mãe e/ou bebê. O diagnóstico intraútero permitiu a constatação de malformações fetais e a avaliação de parâmetros biofísicos contribuindo de forma decisiva para uma melhor assistência pré-natal.

Porém, ao mesmo tempo que se desenvolve o conhecimento sobre esse assunto, surgem também dilemas éticos. Nesse capítulo discutiremos situações frequentes em que o especialista em medicina fetal se envolve, bem como as posturas éticas recomendáveis.

EM RELAÇÃO AO CASAL

Na ginecologia e obstetrícia há assistência em uma importante fase da mulher: sua vida reprodutiva. Se em alguns momentos a

paciente será atendida individualmente, é normal que haja uma tendência progressiva à inclusão de familiares, principalmente o cônjuge. Logo, é importante estabelecer uma boa relação com o casal por meio de uma boa comunicação.

Dentre as atitudes importantes para que se estabeleça boa comunicação é importante prestar atendimento humanizado, dedicando o tempo e a atenção necessários. Saber ouvir e esclarecer as dúvidas, compreendendo as expectativas. Fornecer explicações detalhadas, mas claras e objetivas. Permitir que a mulher seja agente no processo, definindo com ela os possíveis tratamentos, caso necessário. Estar ciente que a medicina tem limites, e esclarecê-los quando preciso. Estar disponível em situações de urgência, tendo ciência da necessidade de ter uma agenda flexível para tanto. Saber encaminhar a paciente a outros médicos quando houver necessidade de outros conhecimentos que não sejam sua especialidade.

Assim, no atendimento, o médico especialista em medicina fetal *não* deverá:

- Determinar condutas terapêuticas direcionadas ao casal. Quando preciso, contactar o obstetra da paciente.
- Sugerir a interrupção da gravidez
- Sugerir o feticídio ou redução embrionária, como nos casos de gestações múltiplas acima de 3 conceptos.
- Ao falar do resultado do exame morfológico explicar que está adequado, pois sua sensibilidade tem limite de 85%, e não simplesmente dizer que está normal.

- Indicar de forma impositiva a realização de procedimentos invasivos, como amniocentese, cordocentese, biópsia de vilos corial, derivações ou cirurgias fetais.

ANOMALIAS E O CHOQUE EMOCIONAL DO CASAL

Durante uma avaliação ultrassonográfica, se ocorrer de encontrar uma anomalia, o diagnóstico deverá ser dado considerando os aspectos culturais, religiosos e filosóficos do casal. É comum que o casal entre em choque emocional. Pode-se, nesse caso, indicar à paciente, ou ao casal, suporte psicológico, preferencialmente realizado por profissional especializado em psicologia obstétrica.

A INTERAÇÃO ENTRE O FETÓLOGO E O OBSTETRA DA PACIENTE

É importante que o profissional especialista em medicina fetal tenha em mente que aquela paciente é do obstetra que a confiou, não dele. Por isso, é sempre importante contactar o colega em caso de eventos inesperados e adversos, interagindo e estabelecendo a melhor conduta possível.

Porém, cabe a ele explicar ao casal tanto a natureza do problema quanto o eventual significado, tendo sempre o cuidado para que a notícia não seja abrupta ou sensacionalista.

Os princípios da Beneficência e da não-maleficência devem ser respeitados durante o atendimento do conceito, uma vez que ele se

tornou paciente do médico fetologista. Autonomia não se aplica ao conceito, mas pode ser observada com relação ao casal grávido.

IMPOSSIBILIDADE DE SOBREVIDA NEONATAL

A impossibilidade de vida neonatal perpassa a necessidade médica de saber como dar más notícias. Trata-se de um momento em que as perspectivas futuras quanto à geração de uma vida foram totalmente alteradas de uma maneira negativa, e o profissional precisa estar preparado para lidar com os sentimentos dos pais, oferecendo a informação de forma completa e clara, não omitindo ou minimizando a realidade, mas ao mesmo tempo, mostrando-se empático quanto ao momento de dor enfrentado pelo casal.

O profissional médico deve valer-se de métodos protocolares de comunicação de más notícias, como o Protocolo SPIKES, que leva em consideração 6 passos que podem dar mais segurança ao médico durante esse momento. É muito importante que o profissional esteja preparado para as reações advindas da comunicação de má notícia, de maneira a não tornar aquele momento mais traumático do que o necessário.

De maneira geral, os seis passos do protocolo SPIKES são:

- *Setting up*: preparação para o encontro, que nada mais seria que o treino da situação, planejando as falas, o local onde a notícia será dada e oferecendo atenção às falas da paciente ou casal;
- *Perception*: procurar saber o quanto o paciente já sabe sobre o assunto;

- *Invitation*: convidar a paciente para o diálogo e entender o quanto ela quer saber daquela informação a ser dada;
- *Knowledge*: transmitir a informação de maneira clara, sem termos científicos que dificultem o entendimento, usando frases curtas e parando entre elas para ouvir as manifestações da paciente, mostrando-se empático, mas evitando termos como “eu sinto muito, mas...”, que podem dar a entender que o médico tenha alguma culpa em relação ao que aconteceu;
- *Emotions*: aguarde a resposta emocional da paciente que pode vir em forma de lágrimas, gritos, raiva ou até silêncio;
- *Strategy and Summary*: resumir e organizar o que pode ser feito de agora em diante.

É importante que, diante da má notícia, a paciente se sinta acolhida. Embora o Código de Ética Médica seja claro quanto ao dever médico dessa difícil tarefa, é preciso lembrar que são notícias que envolvem pessoas passíveis de variadas formas de respostas comportamentais e que merecem atenção para a manutenção de uma boa relação médico-paciente.

Vale ressaltar que, quando se trata do diagnóstico precoce de anormalidades fetais incompatíveis com a vida extrauterina, existe a possibilidade de entrar com ação judicial para interrupção da gestação, embora o Código Penal Brasileiro descreva os casos em que isso seria possível. No entanto, esse assunto jamais deve ser abordado pelo médico ultrassonografista ou fetólogo que está fazendo o diagnóstico, mas sim pelo médico ginecologista que acompanha o casal, que é o médico de confiança, a quem cabe passar e manejar a má notícia, bem como aventar as possibilidades de condução da gestação.

A Constituição Brasileira configura como crime que o médico sugira aborto imediato à gestante logo após um diagnóstico de malformação fetal incompatível com a vida, exceto em casos de anencefalia. O dever médico é apenas o de informar e orientar. Toda e qualquer decisão seguinte caminham pelo princípio da autonomia do paciente.

Além disso, os casos em que malformações fetais não sejam de incompatibilidade com a sobrevivência neonatal do concepto não tem embasamento legal para interrupção de gestação, a não ser que envolva riscos maternos.

O PAPEL DO ULTRASSONOGRAFISTA

O método ultrassonográfico tem uma alta sensibilidade em termos de avaliação morfológica (83,5%). Quando utilizado dentro das janelas de oportunidades adequadas (11 semanas e 3 dias a 13 semanas e 6 dias, no primeiro trimestre, e 18 a 24 semanas, no segundo), e, realizado por profissional capacitado, não há motivos para presumir sobre o percentual de chance do exame estar enganado. O adequado é que não se levante falsas esperanças no paciente. Além disso, é essencial que não seja citado no laudo a avaliação de estruturas que não foram devidamente analisadas.

Em casos em que o bem-estar fetal esteja comprometido, o ideal é que o fetólogo contacte o obstetra da paciente e explique os achados de maneira clara e objetiva para que o responsável por ela seja capaz de fazer a abordagem mais adequada.

O ultrassonografista deve se lembrar que a paciente na mesa de ultrassom, por vezes, não é sua paciente, mas de um médico obstetra. Portanto, é seu dever garantir ao obstetra a conclusão diagnóstica, não devendo oferecer à paciente informações que possam oferecer ou tirar desnecessariamente as esperanças. O papel de comunicador de notícias é dado ao médico que acompanha o caso, que deverá oferecer as explicações necessárias, considerando as especificidades sociais, ideológicas, filosóficas e religiosas de cada família.

CIRURGIA FETAL

O tratamento cirúrgico fetal iniciou-se na década de 1980 com a cirurgia aberta, em que era realizado laparotomia materna seguida de histerotomia para exposição fetal. Contudo, avanços tecnológicos têm permitido cada vez mais a substituição da técnica aberta para outra menos invasiva através da utilização de ultrassonografia, procedendo com uma fetoscopia. Esse método, contudo, ainda sofre a limitação de ser realizado em meio líquido, em que uma possível hemorragia impediria a visualização e conclusão do procedimento. Por isso, cirurgias mais complexas ainda exigem dissecação e sutura.

Quanto à fetoscopia, estudos da década de 1990, realizados em animais, demonstravam que insuflação de gás carbônico na cavidade uterina gerava acidose fetal. Contudo, em 2010, Kohl et al. conseguiram demonstrar que não haviam consequências neurológicas fetais pela exposição ao gás carbônico durante o procedimento quando utilizado em baixa pressão e insuflando a cavidade uterina apenas parcialmente, deixando ainda alguma quantidade de líquido amniótico no útero.

Ainda é um desafio para a cirurgia fetal os riscos bem definidos e conhecidos de uma cirurgia fetal aberta. Saber pesar riscos e benefícios de uma intervenção cirúrgica fetal, considerando o binômio mãe-feto, é um grande desafio para o médico. Apesar disso, há um estudo norte-americano conhecido como MOMS, multicêntrico, prospectivo e randomizado, que demonstrou as grandes vantagens de submeter o feto a correções cirúrgicas ante-natal do que pós-natal, no caso da mielomeningocele, em que as chances de uma melhor evolução ao nascer representam significativos 50%.

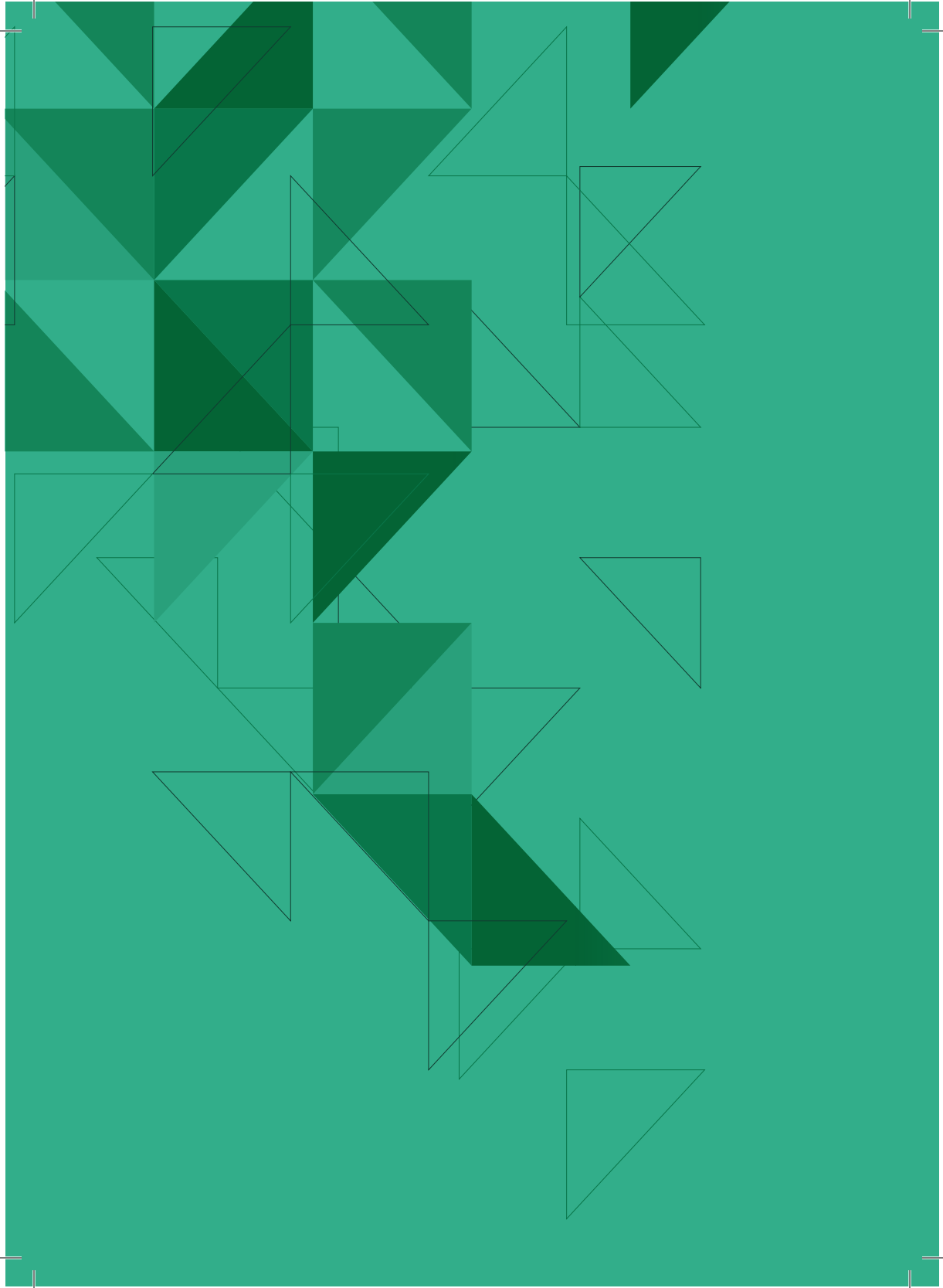
Ainda existem muitos estudos sendo guiados na busca por procedimentos menos invasivos que reduzam a morbidade materna e fetal. Contudo, seja em técnica aberta ou minimamente invasiva, importa que o profissional seja tecnicamente capacitado, levando em consideração a particularidade de cada caso. A decisão de intervir numa gestação deve sempre partir da consideração da autonomia materna e dos direitos do nascituro, pesando-se os riscos e benefícios de cada intervenção.

Finalmente, o debate ético e moral suscitado entre comunidade científica e sociedade sobre a possibilidade de intervenções fetais com objetivos eugênicos devem ser amplamente estimulados no que tange em distinguir entre o que é finalidade curativa da medicina e a intervenção na biodiversidade aleatória da humanidade.

REFERÊNCIAS

1. Boyaciyan K, editor. Ética em ginecologia e obstetrícia. 5th ed. São Paulo: Cremesp; 2018.
2. Oselka G, editor. Bioética clínica: reflexões e discussões sobre casos selecionados. 2nd ed. São Paulo: Cremesp; 2009.
3. Cruz CO, Riera R. Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES/acupuncture treatment of obesity. Diagn tratamento. 2016 Jul-Sep;21(3):106-8.
4. Melo NR, Fonseca E. Medicina fetal. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. (Febrasgo).
5. Reckziegel J, Silva ST. Limites das intervenções fetais: uma análise ética e jurisprudencial. Revista Brasileira de Direito. 2018 Dec;14(3):98-118. Available from: <https://bit.ly/33JtjDP>
6. Pedreira DAL. Avanços em cirurgia fetal. Einstein (São Paulo). 2016 Jan-Mar;14(1):110-2.
7. Rocha LSN, Amorim AG Filho, Bunduki V, Carvalho MHB, Lopes MAB, Zugaib M, Francisco RPV, Bernardes LS. Cirurgia fetal no contexto atual. Rev Med (São Paulo). 2018 Mar-Apr;97(2):216-25.





CAPÍTULO 08

ÉTICA EM REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Waldemar Naues do Amaral

Lúvia Pereira do Vaz

Eloá de Andrade Ferreira

Lucca Lopes Martins

Patrícia Mendonça Leite

ÉTICA EM REPRODUÇÃO ASSISTIDA

A reprodução assistida (RA) é sempre alvo de intenso debate. Desejar um filho é sem dúvidas um dos maiores anseios dos indivíduos adultos. Porém, nem todos os casais concretizam esse desejo espontaneamente, pois uma parte deles necessitará de tratamentos específicos^{1,2}.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a infertilidade é caracterizada como as tentativas para a fertilização por mais de um ano consecutivo, sem uso de algum método contraceptivo, em mulheres em idade reprodutiva e sexualmente ativas. Apesar da infertilidade e esterilidade muitas vezes serem vistos como sinônimos, existe uma diferença entre esses termos, que não devem ser utilizados para definir o mesmo problema. A esterilidade é a incapacidade de se gerar um filho, enquanto a infertilidade é o termo usado para pessoas que não conseguem levar uma gestação adiante^{1,2}.

As mudanças da sociedade contemporânea fizeram com que os casais postergassem a paternidade/maternidade, e, muitas vezes, as tecnologias empregadas não levam ao sucesso, trazendo consequências psicológicas e conjugais ao casal. A prevalência da infertilidade indica que 8% a 10% dos indivíduos em idade reprodutiva e um a cada seis casais têm problemas de fertilização. Por esse motivo, houve aumento da busca por técnicas de reprodução assistida pelos casais que sonham ter filhos^{1,2}.

Porém, a prática da reprodução assistida gerou conflitos e falta de consenso em relação aos problemas éticos que surgiram. Assim, muitos países começaram a normatizar a reprodução assistida por

meio de leis e guias de referência. A Austrália foi o primeiro país a propor uma legislação sobre o assunto. Conflitos ético-religiosos nesse aspecto também surgiram. A Igreja Católica, em 1987, se posicionou contrária a reprodução assistida, declarando que os procedimentos eram ilícitos através do documento *Donum Vitae* ^{1,2}.

Apesar disso, a regulamentação continuou ocorrendo em diversos países, incluindo o Brasil. Essa regulamentação é importante para definir quais tratamentos podem ser utilizados, as modalidades de aplicação, assegurar o bem-estar dos pacientes e de todas as pessoas envolvidas com o tratamento, impondo limites quanto ao avanço científico ^{1,2}.

Portando, no Brasil, o CFM regula as bases legais para o emprego de técnicas de reprodução assistida desde 1992. A Resolução do CFM nº 1.358, de 11 de novembro de 1992, que estabelecia as normas éticas para a utilização das técnicas de Reprodução Assistida perdurou por vários anos ³. Até que houve a necessidade de rediscuti-la. Então, em 27 de maio de 2021, foi publicada a resolução CFM nº 2.294, a qual contém as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução humana assistida, e é o referencial ético para o exercício da Medicina nessa área ³.

A Resolução do CFM nº 2.294/2021 assinala que as técnicas de reprodução assistida podem ser utilizadas desde que exista possibilidade de sucesso e baixa probabilidade de risco grave à saúde da paciente ou do possível descendente. A idade máxima das candidatas à gestação por técnicas de RA é de 50 anos. Determina a obrigatoriedade do consentimento livre e esclarecido para todos os pacientes submetidos às técnicas de RA. Estabelece também o crité-

rio por idade para a transferência de embriões à receptora: dois em mulheres de até 37 anos; três, acima de 37; em caso de embriões euploides ao diagnóstico genético até 2 embriões, independentemente da idade; e nas situações de doação de oócitos, considera-se a idade da doadora no momento da coleta ³.

Proíbe:

- A aplicação das técnicas de RA com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto para evitar doenças no possível descendente.
- A fecundação de oócitos humanos com qualquer outra finalidade que não a procriação humana.
- Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem a redução embrionária.

Permite o uso das técnicas de RA para heterossexuais, homoafetivos e transgênero. Em relação a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina, considera-se gestação compartilhada a situação em que o embrião obtido a partir da fecundação do(s) oócito(s) de uma mulher é transferido para o útero de sua parceira. Quanto à reprodução assistida *post-mortem*, fica autorizada, desde que ela seja especificada pelo(a) falecido(a), o uso do material biológico criopreservado ³.

Quadro 1 – *Requisitos mínimos exigidos aos serviços de reprodução assistida*

1. Possuir um diretor técnico (obrigatoriamente um médico registrado no Conselho Regional de medicina de sua jurisdição) com registro de especialista em áreas de interface com a RA, que será responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados.
2. Dispor de um registro permanente das gestações e seus desfechos (dos abortamentos, dos nascimentos e das malformações de fetos ou recém-nascidos), provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões.
3. Dispor de registros permanentes dos exames laboratoriais a que são submetidos os pacientes, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças.
4. Disponibilizar os registros para fiscalização dos Conselhos Regionais de Medicina.

DOAÇÃO E CRIOPRESERVAÇÃO DE GAMETAS E EMBRIÕES

Não poderá ter caráter lucrativo ou comercial; os doadores não devem conhecer a identidade dos receptores e vice-versa, exceto na doação de gametas para parentesco de até 4º grau de um dos receptores (Quadro 2), desde que não incorra em consanguinidade; a idade limite para a doação de gametas é de 37 anos para a mulher e de 45 anos para o homem ³.

Quadro 2 – *Grau de parentesco até o 4º grau de um dos receptores*

Primeiro grau	Pais/filhos
Segundo grau	Avós/ irmãos
Terceiro grau	Tios/sobrinhos
Quarto grau	Primos

As clínicas, centros ou serviços onde são feitas as doações devem manter, de forma permanente, um registro com dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores, de acordo com a legislação vigente. Não é permitido aos médicos, funcionários e demais integrantes da equipe multidisciplinar das clínicas, unidades ou serviços participar como doadores nos programas de RA. É permitida a doação voluntária de gametas, bem como a situação identificada como doação compartilhada de oócitos em RA, em que doadora e receptora compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem o procedimento³.

Sobre a escolha das doadoras de oócitos, nos casos de doação compartilhada, é de responsabilidade do médico que, dentro do possível, deverá selecionar a doadora que tenha a maior semelhança fenotípica com a receptora, com a anuência dela. A responsabilidade pela seleção dos doadores é exclusiva dos usuários quando da utilização de banco de gametas ou embriões. Em casos de embriões formados de doadores distintos, a transferência embrionária deverá ser realizada com embriões de uma única origem para a segurança da prole e rastreabilidade³.

As clínicas, centros ou serviços podem criopreservar espermatozoides, oócitos, embriões e tecidos gonadais; o número total de embriões gerados em laboratório não poderá exceder a 8; no momento da criopreservação, os pacientes devem manifestar sua vontade, por escrito, quanto ao destino a ser dado aos embriões criopreservados em caso de divórcio, dissolução de união estável ou falecimento de um deles ou de ambos, e se desejam doá-los; os embriões criopreservados com três anos ou mais poderão ser descartados se essa for a vontade expressa dos pacientes, mediante autorização judicial. Em casos de abandono por três anos ou mais, eles poderão ser descartados mediante autorização judicial. É considerado um embrião abandonado aquele em que os responsáveis descumpriram o contrato preestabelecido e não foram localizados pela clínica³.

DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTACIONAL DE EMBRIÕES

O diagnóstico genético pré-implantacional se trata de um método usado durante a fertilização *in vitro* (FIV) e a injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), que permite o estudo de alterações genéticas e cromossômicas no embrião antes da implantação no útero, permitindo, assim, a transferência de um embrião livre de anomalias cromossômicas e mutações genéticas⁴. A Resolução do CFM nº 2.294/2021 consente a aplicação de técnicas de reprodução assistida à seleção de embriões submetidos a diagnóstico de alterações genéticas causadoras de doenças, podendo, nesses casos, ser doados para pesquisa ou descartados, conforme a decisão do(s) paciente(s), devidamente documentada com consentimento

informado livre e esclarecido específico. No laudo da avaliação genética, só é permitido informar se o embrião é masculino ou feminino em casos de doenças ligadas ao sexo ou de aneuploidias de cromossomos sexuais; As técnicas de RA também podem ser utilizadas para tipagem do Antígeno Leucocitário Humano (HLA) do embrião, no intuito de selecionar embriões HLA-compatíveis com algum irmão já afetado pela doença e cujo tratamento efetivo seja o transplante de células-tronco, de acordo com a legislação vigente; O tempo máximo de desenvolvimento de embriões *in vitro* é de até 14 dias ³.

GESTÃO DE SUBSTITUIÇÃO OU CESSÃO TEMPORÁRIA DO ÚTERO

Popularmente conhecida como barriga de aluguel ou barriga solidária, é uma técnica de reprodução assistida que consiste na implantação do material genético de um casal - idealizador da família - no útero de outrem, que levará a gestação a termo. Para criar essa situação, podem ser utilizadas as técnicas de RA, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação, ou em caso de união homoafetiva ou de pessoa solteira. Os requisitos necessários para a cessão temporária de útero estão estabelecidos na Resolução do CFM nº 2.294/2021: “A cedente temporária do útero deve ter ao menos um filho vivo e pertencer à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau”^{3,5}.

Demais casos estão sujeitos a avaliação e autorização do Conselho Regional de Medicina; A cessão temporária do útero não poderá

ter caráter lucrativo ou comercial, e a clínica de reprodução não pode intermediar a escolha da cedente; nas clínicas de reprodução assistida, deve ser providenciada documentação específica (Quadro 3)³.

Quadro 3 – *Documentação específica exigida nas clínicas de reprodução assistida*

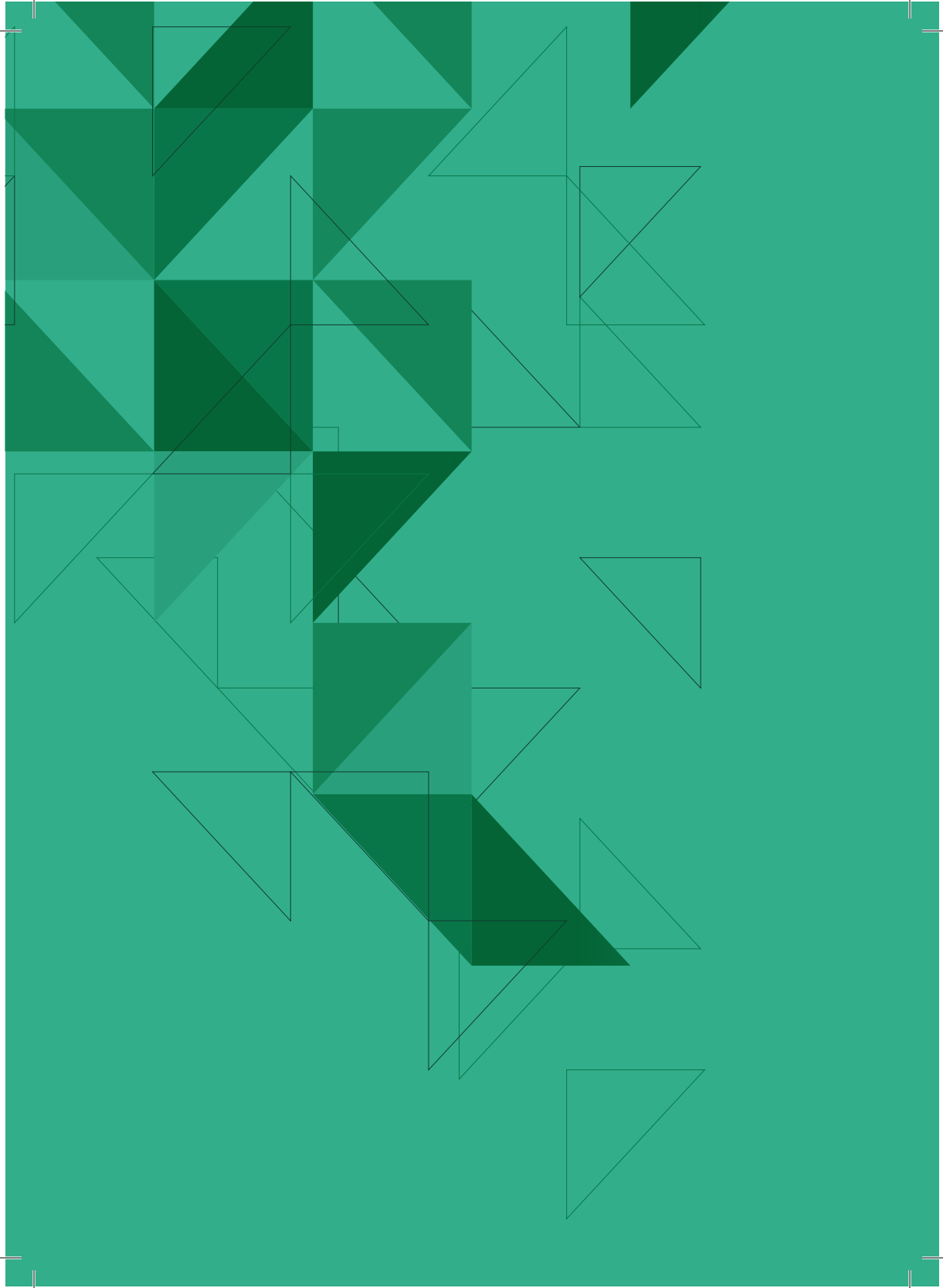
1.	Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos pacientes e pela cedente temporária do útero, contemplando aspectos biopsicossociais e riscos envolvidos no ciclo gravídico puerperal, bem como aspectos legais da filiação;
2.	Relatório médico atestando adequação clínica e emocional de todos os envolvidos;
3.	Termo de Compromisso entre o(s) paciente(s) e a cedente temporária do útero que receberá o embrião em seu útero, estabelecendo claramente a questão da filiação da criança;
4.	Compromisso, por parte do(s) paciente(s) contratante(s) de serviços de RA, públicos ou privados, de tratamento e acompanhamento médico, inclusive por equipes multidisciplinares, se necessário, à mãe que cederá temporariamente o útero, até o puerpério;
5.	Compromisso do registro civil da criança pelos pacientes, devendo essa documentação ser providenciada durante a gravidez;
6.	Aprovação do(a) cônjuge ou companheiro(a), apresentada por escrito, se a cedente temporária do útero for casada ou viver em união estável.

No mais, casos de exceção não previstos na resolução em vigor dependerão da autorização do Conselho Regional de Medicina da jurisdição e, em grau recursal, do Conselho Federal de Medicina ³.

REFERÊNCIAS

1. Felis KC, Almeida RJ. Perspectiva de casais em relação à infertilidade e reprodução assistida: uma revisão sistemática. *Reprod clim.* 2016;31(2):105-11.
2. Leite TH, Henriques RAH. Bioética em reprodução humana assistida: influência dos fatores sócio-econômico-culturais sobre a formulação das legislações e guias de referência no Brasil e em outras nações. *Physis.* 2014;24:31-47.
3. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução nº 2.294, de 27 de maio de 2021. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2021 Jun 15. Available from: <https://bit.ly/3A9ob5C>
4. Sepulveda S, Portella J. Diagnóstico genético preimplantacional: alcances y límites. *Rev peru ginecol obstet.* 2012;58(3):207-12.
5. Freitas KR, Kruse MHL. Gestação de substituição a família nos discursos da m dia escrita brasileira. *Texto & contexto enferm.* 2019;28.





CAPÍTULO 09

INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ

Washington Ferreira Rios

João Vitor Miranda Portilho

Deny Bruce de Sousa Sobrinho

Waldemar Naves do Amaral

ABORTAMENTO LEGAL

De início, é de grande valia, para facilitarmos o entendimento dos termos, iniciar o capítulo com algumas definições. Entende-se por *abortamento* a interrupção da gestação antes de 20-22 semanas de seu início, independentemente da voluntariedade. Caso a idade gestacional não seja conhecida, os critérios a serem adotados são peso fetal (situação em que o feto deve ter < 500 g) ou estatura (situação em que o feto deve ter < 16,5 cm).

Chama-se *aborto* o produto do abortamento, ou seja, o feto e todos os anexos.

É mister saber que, no Brasil, considera-se legal o abortamento praticado sob 3 circunstâncias apenas: risco de morte materna, anomalia fetal e gravidez secundária a estupro. Qualquer situação alheia a essas não está respaldada no Código Penal Brasileiro (CPB), de 1940, ou na Portaria do município de São Paulo, de 1989, que foi pioneira no assunto e abriu precedente para o acesso ao abortamento legal por gravidez secundária a estupro em todo o território nacional.

O abortamento legal detém componente técnico, baseado em diretrizes assistenciais médicas, de enfermagem e de psicologia, e em componente ético legal. Nesse sentido, cabe detalharmos, nos próximos parágrafos, quais as nuances éticas e os documentos obrigatórios nas situações em que é legalizado o abortamento.

GRAVIDEZ POR ESTUPRO (ABORTAMENTO SENTIMENTAL)

O artigo 128, inciso II, do CPB aponta que o abortamento é procedimento lícito quando *a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.*

O fluxo a ser desenhado para essas situações objetiva viabilizar a prioridade que o caso requer, desde o acolhimento até sua finalização. Quando a mulher procura pela interrupção da gestação, carrega uma quantidade inestimável de dúvidas, angústias e momentos em que revive o ato da violência, dada a possibilidade de não a ter superado integralmente. Dessa forma, a abordagem profissional tem por dever tornar viável o acesso à saúde, sempre direcionada por princípios como igualdade, liberdade e dignidade da pessoa humana.

O consentimento por escrito das gestantes é essencial para a realização do abortamento, como abordado nos artigos 22, 23 e 24 do Código de ética Médica, que definem ser vedado ao médico:

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

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

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

Fundamentada em tratados e convenções internacionais a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos, a assistência a mulheres em condição de abortamento legal está prevista no âmbito dos direitos humanos, e, portanto, há de ser observada e assegurada. O Decreto-lei 2.848/1940 define que a única documentação necessária para a interrupção da gravidez nessa situação é o termo de consentimento da gestante.

Contudo, a Portaria 1.508/2005, do Ministério da Saúde (MS), estabelece cinco condições obrigatórias para qualquer procedimento de interrupção da gravidez em solo nacional, com exceção dos casos em que haja risco de morte materna, a saber:

- **Termo de relato circunstanciado do evento:** deverá ser realizada pela própria gestante, assinado por ela ou, em caso de incapacidade, deverá ser assinada pelo seu representante legal, além de dois profissionais do serviço na condição de testemunhas. É necessário que contenha a data e horário da ocorrência, forma e tipo da violência, descrição dos agentes de conduta e, caso existam, identificação das testemunhas:
- **Parecer técnico:** é realizado pelo médico, baseado na anamnese, exame físico, USG e outros exames complementares pertinentes ao caso. Deve analisar a compatibilidade entre a data do estupro e a idade gestacional. Nesse documento, também constarão as avaliações de outros profissionais, como enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.
- **Termo de Responsabilidade:** é também assinado pela gestante ou, em caso de incapacidade, pelo representante legal.

Nele, deve constar advertência expressa a respeito dos crimes de aborto, caso não tenha existido crime de violência sexual, e de falsidade ideológica.

- **Termo de aprovação de procedimento de interrupção da gravidez decorrente de estupro:** deve ser assinado por três membros da equipe multiprofissional, em conformidade com a conclusão do parecer técnico.
- **Termo de consentimento livre e esclarecido:** em duas vias (uma para a gestante e outra para seu prontuário), também assinadas pela gestante ou, em caso de incapacidade, pelo representante; deve possuir linguagem acessível, esclarecendo riscos, desconfortos, procedimentos, assistência, modo de acompanhamento e garantia de sigilo (exceto em situação de requerimento judicial). Deve estar clara a decisão consciente e voluntária de interrupção da gravidez.

Previdência Social

- acompanhamento com equipe multidisciplinar, que deve possuir, no mínimo, profissional médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem e psicólogo;
- orientação à tomada de providências judiciais (que não são condição *sine qua non* para realização do abortamento);
- esclarecimento sobre possibilidades de destino da gravidez (trata-se de etapa fundamental, pois não raras são as gestantes que desconhecem a possibilidade de manter a gravidez);

- respaldo judicial e médico independentemente da decisão por manter ou não a gravidez;
- esclarecimento acerca das alternativas legais para o destino da criança após o seu nascimento (possibilidade de adoção, por exemplo);
- esclarecimento de que o único documento necessário para a realização do abortamento é o termo de consentimento;
- estabelecimento de que, caso se verifique a inverdade na alegação da gestante, apenas ela responderá criminalmente, poupando o serviço de saúde (CPB, art. 20 parágrafo 1º).

§1º - É isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima. Não há isenção de pena quando o erro deriva de culpa e o fato é punível como crime culposos. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

RISCO DE MORTE MATERNA (ABORTAMENTO TERAPÊUTICO)

Daremos essa denominação a qualquer abortamento que vise ao salvamento ou preservação da vida da gestante. Conforme o CPB:

Não é crime e não se pune: o abortamento praticado por médico(a), se: a) não há outro meio de salvar a vida da mulher (Art. 128, I); b) a gravidez é resultante de estupro (ou outra forma de violência sexual), com o consentimento da mulher ou, se incapaz, de seu representante legal (Art. 128, II).

Analogamente ao abortamento sentimental, também deve seguir algumas recomendações éticas, a saber:

- Avaliação e acompanhamento de, no mínimo, dois profissionais, de modo que um deles obrigatoriamente seja clínico geral ou, então, especialista na doença que motive o abortamento;
- Esclarecimento da interrupção da gestação enquanto alternativa mais segura para resguardar a saúde da gestante;
- Presença de equipe multidisciplinar que inclua psicólogo;
- Informação da prescindibilidade de Boletim de Ocorrência, laudo do IML ou comunicado ao CRM;
- Presença de consentimento livre e esclarecido assinado pela gestante ou, em caso de risco iminente de vida, por seus familiares;
- Presença de Prontuário, preenchido por todos os membros da equipe, com suas respectivas avaliações, que esclareça minuciosamente o risco à gestante.

ABORTO POR ANOMALIA CONGÊNITA

Com o avanço tecnológico, melhoria dos atendimentos em saúde e, principalmente, aumento e disseminação do acesso a meios de diagnósticos por imagem, bioquímicos ou moleculares, o atendi-

to das gestantes tem ganhado aliados importantes no diagnóstico precoce de doenças e anomalias, compatíveis, ou não, com a vida extrauterina.

Entende-se por anomalia congênita as alterações funcionais ou estruturais, identificadas na vida intra-uterina ou ao nascer, mas cuja origem decorre de fatores antes do nascimento, que podem ser compatíveis ou não com a vida. As principais causas são transtornos genéticos, mas também podem ser decorrentes do uso de drogas lícitas ou ilícitas, medicações teratogênicas, agentes infecciosos (vírus da Zika, rubéola, citomegalovírus), bactérias (*Treponema pallidum* ou *Toxoplasma gondii*), fatores ambientais, endocrinopatias maternas ou causa desconhecida.

Embora o código penal não preveja antecipação de parto por malformações, a interrupção da gestação em caso de malformações incompatíveis com a vida extrauterina, tem sido permitida. Tal fato é ainda melhor embasado no caso de fetos anencefalos, baseando-se na decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), após a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54. Dessa forma, o STF definiu que casos de abortos de fetos anencefalos não se enquadram no que determina os artigos 124, 126, 128, incisos I e II, do Código Penal Brasileiro.

Além da anencefalia, onde há ausência parcial do encéfalo e crânio, facilmente diagnosticado por ultrassonografia na 12ª semana de gestação, outras malformações, como malformações múltiplas, malformações do sistema urinário, anomalias ósseas e erros de fechamento da linha média também são alvo de ações visando autorização de aborto terapêutico e deferidas pelo poder judiciário. Por outro lado, essa decisão não se enquadra em síndromes que, embora

tenham repercussões clínicas, são compatíveis com a vida, como Trissomia do Cromossomo 21 (Síndrome de Down), Síndrome de Klinefelter (XXY), Trissomia d, Síndrome do X frágil e outras.

Quando se pensa na questão ética, é necessário colocarmos em voga o bem-estar da gestante. Nesse sentido, destaca-se que a manutenção de gestação de fetos claramente e definitivamente diagnosticados com quadros de incompatibilidade com a vida não são inócuos às mulheres. De fato, toda gestação acarreta, em maior ou menor grau, profundas alterações fisiológicas e consequentes riscos físicos e psicológicos, ferindo, em última análise, o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Por outro lado, não se pode perder de vista que a decisão deve ser da mulher que, munida de todas as informações, claramente transmitidas por profissionais qualificados, como determina os artigos 24, 28 e 34 do código de ética médica, tenha sua escolha em antecipar o parto ou levar a termo a gestação respeitada, apoiada e acompanhada com as melhores técnicas médicas disponíveis.

Como embasamento legal, destacam-se os artigos do código de ética médica acima citados:

É vedado ao médico:

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

Art. 28 – Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido,

independentemente da própria vontade.

Art. 34 – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal;

Para a interrupção da gestação de fetos anencéfalos o Conselho Federal de Medicina emitiu Resolução nº 1989/2012, com destaque para os seguintes artigos:

Art. 1º Na ocorrência do diagnóstico inequívoco de anencefalia o médico pode, a pedido da gestante, independente de autorização do Estado, interromper a gravidez.

Art. 2º O diagnóstico de anencefalia é feito por exame ultrassonográfico realizado a partir da 12ª (décima segunda) semana de gestação;

Art. 3º Concluído o diagnóstico de anencefalia, o médico deve prestar à gestante todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados, garantindo a ela o direito de decidir livremente sobre a conduta a ser adotada, sem impor sua autoridade para induzi-la a tomar qualquer decisão ou para limitá-la naquilo que decidir:

§1º É direito da gestante solicitar a realização de junta médica ou buscar outra opinião sobre o diagnóstico.

§2º Ante o diagnóstico de anencefalia, a gestante tem o direito de:

- manter a gravidez;*
- interromper imediatamente a gravidez, independente do tempo de gestação, ou adiar essa decisão para outro momento.*

§3º Qualquer que seja a decisão da gestante, o médico deve informá-la das consequências, incluindo os riscos decorrentes ou associados de cada uma.

§4º Se a gestante optar pela manutenção da gravidez, ser-lhe-á assegurada assistência médica pré-natal compatível com o diagnóstico.

Art. 4º Será lavrada ata da antecipação terapêutica do parto, na qual deve constar o consentimento da gestante e/ou, se for o caso, de seu representante legal.

No que se refere a legislação, ainda recomenda-se a leitura integral do ADPF nº 54 do STF, de 2012, que trata da interrupção de gestação de fetos anencefalos.

ABORTO NÃO LEGAL, PROVOCADO OU INSEGURO

*Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lhe provoque: Pena - detenção de um a três anos.
(Código Penal Brasileiro)*

Salvo os casos acima debatidos, o aborto é considerado ato criminoso no Brasil, tanto para a mulher que o pratica quanto para os envolvidos no ato, independente do consentimento da mulher. Entretanto, no mundo são cometidos, todos os anos, cerca de 50 milhões de abortos, quase metade por meio de métodos inseguros.

Entende-se por aborto inseguro todo ato visando a interrupção da gravidez realizado por pessoa não autorizada ou que não possui habilidades necessárias para tal, e/ou aqueles que ocorrem em ambientes sem a mínima estrutura sanitária ou exigida para tal ato, colocando em risco a saúde e a vida das mulheres submetidas, especialmente em países em desenvolvimento, onde o aborto é crime ou naqueles que, mesmo legalizado, o aborto é de difícil acesso. Estima-se que quase um sexto das mortes maternas no mundo sejam consequência desse tipo de aborto.

No que se refere ao método abortivo utilizado, embora variável de acordo com o nível socioeconômico, os principais métodos incluem o uso de misoprostol ou outras substâncias, introdução de sondas uterinas, agulhas de tricô ou similares. Tais práticas, geralmente estão relacionadas a evolução para quadros hemorrágicos e infecciosos que, em último caso, colocam a vida das praticantes em risco.

No Brasil, embora se tenha ausência de estatísticas fidedignas, dado o quadro de clandestinidade da imensa maioria dos abortos realizados ou a tentativa das pacientes de colocá-los como abortos naturais, estudos apontam para números alarmantes que variam de um milhão a cinco milhões de abortos anuais. Esses são, geralmente, praticados por mulheres jovens, que não desejavam a gravidez, com baixa escolaridade e baixa renda, ou seja, por mulheres em estado de fragilidade social e emocional.

Para se ter uma ideia da dimensão da situação, no Brasil, em 2016, 13% de 2002 mulheres com idade entre 18 e 39 anos entrevistadas em uma pesquisa de campo afirmavam ter cometido ao menos um aborto na vida. Para completar o panorama nacional, de todos abortos cometidos, cerca de metade levam à necessidade de amparo e complementariedade de tratamento em ambiente hospitalar, o que, além de gerar grave repercussão na saúde pública, coloca o médico em situações de delicadeza ética e social. Além disso, estudo europeu indica que mulheres que cometeram abortos apresentam maiores taxas de depressão, transtorno de ajustamento e transtorno de sintoma somático.

O ATENDIMENTO À PACIENTE

É vedado ao médico:

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

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Diante de uma paciente em quadro compatível com aborto, seja espontâneo ou induzido, a postura médica, e de toda equipe de saúde, deve ser ética, acolhedora e delicada, especialmente ao levarmos em consideração a fragilidade, insegurança e medo da paciente. Tal atitude visa o estabelecimento de uma relação de confiança, o que

favorecerá a adequada colheita da história clínica, especialmente no que se refere, em caso de aborto induzido, ao meio utilizado, que, muitas vezes, pode simular um aborto espontâneo, o que pode alterar drasticamente o manejo e prognóstico das pacientes, bem como a tranquilidade de um exame físico e ginecológico minucioso.

Geralmente, as próprias pacientes são conhecedoras de que a prática do aborto é ilegal no Brasil, e devem, por isso, serem informadas e tranquilizadas pelo médico assistente da confidencialidade da relação médico paciente e a obrigação do profissional de não divulgar os fatos revelados no consultório. É imprescindível que o médico não se coloque como guardião da legalidade ou tenha atitudes discriminatórias ou ríspidas, pois não é esse o seu papel.

De fato, o código de ética médica, além de resguardar o médico nas decisões terapêuticas, também garante o bem cuidado das pacientes. Vejamos:

Capítulo III:

É vedado ao médico:

Art. 15 – Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

Capítulo IV:

É vedado ao médico:

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

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

Art. 30. Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

Capítulo V:

É vedado ao médico:

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

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

Já o código penal expressa:

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

Assim, entende-se que o médico, salvo as hipóteses legais, fere a ética e a legalidade ao praticar, ou facilitar a prática de aborto, bem como, quando do atendimento de pacientes que o tenha cometido, trate-as com menor zelo ou limita as terapias empregadas aquém das possibilidades disponíveis, deixando de buscar e garantir o bem estar físico e psíquico das mulheres.

Embora criminal, o médico não tem o papel, e não pode, denunciar pacientes às autoridades policiais pela prática de aborto ou de suspeita de crime, pois incorre, caso a situação chegue ao conselho médico ou se torne público, em sindicância investigatória, que pode, ao fim, levar à advertência, censura, suspensão ou cassação de registro profissional. Tal fato, entretanto, é restrito quando o aborto foi cometido contra a vontade da paciente. Nessas situações, o profissional deve buscar a autorização da paciente ou representantes legais para a comunicação do crime às autoridades policiais.

Portanto, embora tema complexo e que exige aprofundamento dos debates, o aborto ilegal é fato constante e relevante na saúde pública brasileira, cabendo ao médico, especialmente o ginecologista e obstetra, pela maior proximidade com pacientes gestantes ou que tenham sofrido aborto, o pronto e bom atendimento das pacientes. Por outro lado, para prevenir o problema cabe ao poder público a busca de políticas que visem a redução dos números de abortos clandestinos. Isso envolve mais do que o debate da legalização, fato fundamental, políticas de educação em saúde, melhora socioeconômicas, acesso a métodos contraceptivos e, na falha dos anteriores, de instalação de redes de acolhimento e atendimento a pacientes em situação de aborto, de gestação indesejável e de redes de adoção

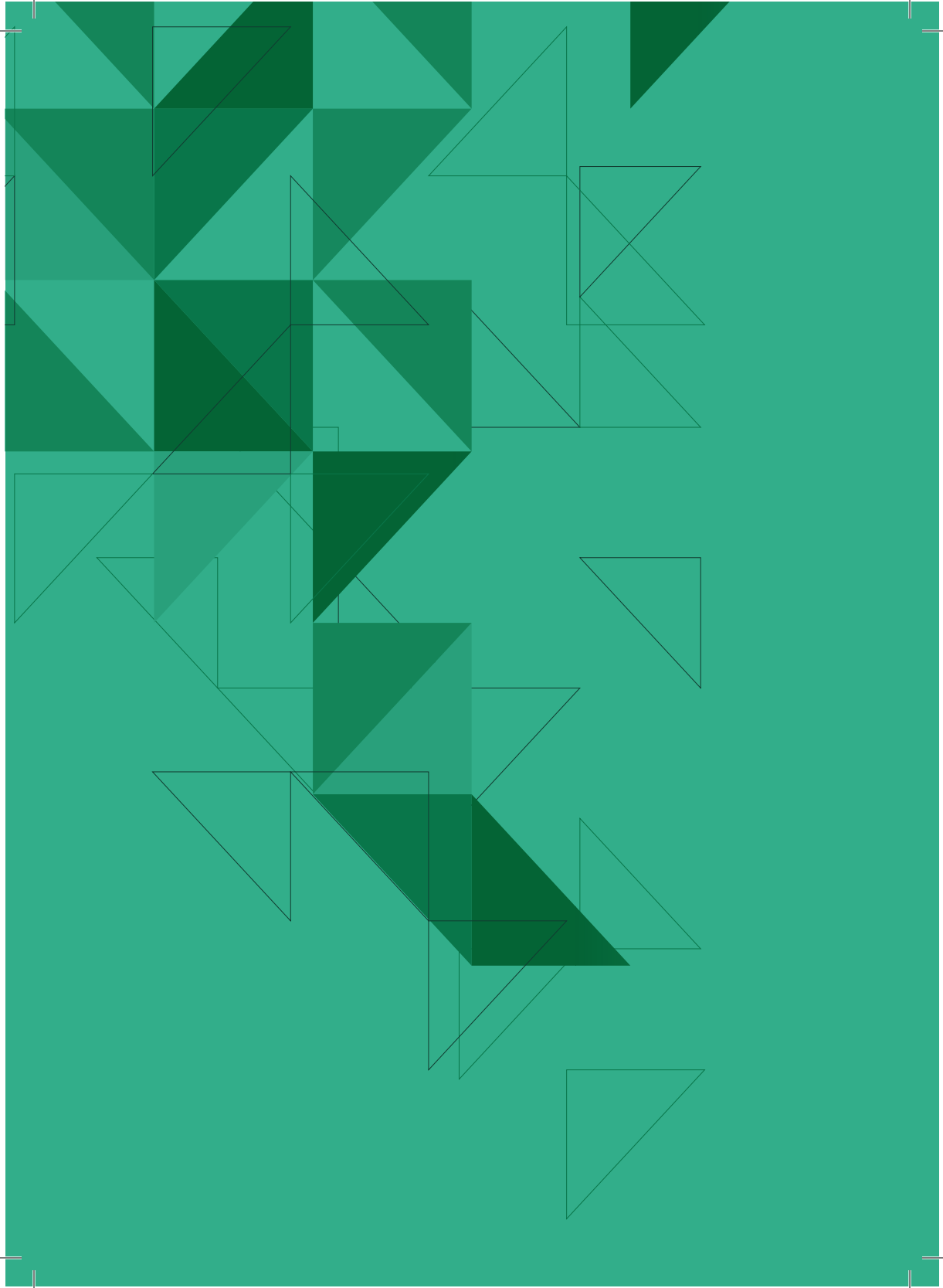
mais eficientes, pois é fato já comprovado em outras nações que, mais do que a legalização, a elevação do nível educacional e socio-econômico reduz a incidência de aborto.

REFERÊNCIAS

1. Mendes CI, Jesuino RSA, Pinheiro DS, Rebelo ACS. Anomalias congênitas e suas principais causas evitáveis: uma revisão. Rev Med Minas Gerais; 2018;28:e-1977.
2. Nunes TS, Abrahao AR. Repercussões maternas do diagnóstico pré-natal de anomalia fetal. Acta paul enferm. 2016;29(5):565-72.
3. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. Anencefalia.
4. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54 ajuizada pela
5. Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde. Voto do Min. Relator, Marco Aurélio. Plenário. Brasília-DF, j. 11/04/2012i.
6. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Cienc saude coletiva. 2017;22(2):653-60.
7. Diniz D, Medeorps M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. Cienc saude coletiva. 2010;15(1):959-66.
8. Silva DFO, Bedone AJ, Faundes A, Fernandes AMS, Moura VGAL. Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das

- complicações: consequência do uso de misoprostol. *Rev bras saude matern infant*. 2010 Oct-Dec;10(4):441-7.
9. Chaves JHB, Pessini L, Bezerra AFS, Rego G, Nunes R. Abortamento provocado na adolescência sob a perspectiva bioética. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2010 Dec;10(2):S311-9.
 10. Menezes GMS, Aquino EML, Fonseca SC, Domingues RMSM. Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. *Cad Saude Publica*. 2020;36(1):e00197918.
 11. Dastgiri S, Yoosefian M, Garjani M, Kalankesh LR. Induced Abortion: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mater Sociomed*. 2017 Mar;29(1):58-67. doi: 10.5455/msm.2017.29.58-67. PMID: 28484357; PMCID: PMC5402385.
 12. Jacob L, Kostev K, Gerhard C, Kalder M. e





CAPÍTULO 10

PLANEJAMENTO FAMILIAR

Gilberto Matos Filho

Letícia Paula Correia

Raquel Araújo Carvalho

O planejamento familiar é um conjunto de ações que ajudam homens e mulheres a planejar a chegada dos filhos e também a prevenir gravidez não planejada, pautadas no artigo 226, parágrafo 7º da Constituição de 1988 da República Federativa do Brasil. Portanto, no princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais. Todas as pessoas possuem o direito de decidir se terão ou não filhos, e o Estado tem o dever de oferecer acesso e recursos informativos, técnicos, científicos e educacionais que assegurem a prática de planejamento familiar.

O planejamento familiar se caracteriza por estimular a vida conjugal, o senso de responsabilidade e o objetivo de constituir famílias. Também é competência do planejamento familiar “conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”.

A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E O PLANEJAMENTO FAMILIAR

A Constituição Federal dispõe sobre o planejamento familiar no parágrafo 7º do artigo 226. Vejamos como disposto:

Art. 226 – A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

§ 7º – Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar

é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

O parágrafo da constituição federal que versa sobre o planejamento familiar responsabiliza o Estado de providenciar ao indivíduo ou a família informações e recursos para a realização do mesmo.

A ESCOLHA DO MÉTODO CONTRACEPTIVO

O desejo das mulheres, homens e famílias de controlarem as suas proles vem crescendo nas últimas décadas. A escolha do método contraceptivo está dentro dos direitos deles. No entanto, cabe ao médico orientar, para cada casal, o método adequado, informando-lhes quanto aos detalhes da indicação, segurança, efeitos colaterais e riscos

O PLANEJAMENTO FAMILIAR – LEI Nº 9.263/96

Essa lei, que veio para preencher lacunas, é compreendida por uma visão de atendimento global e integral à saúde. Ela deve ser orientada por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações sobre os meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

No capítulo I da lei, observa-se o que preceituam os artigos 1º, 2º e 4º:

Art. 1º – O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º – Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Art. 4º – O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

O artigo 10 da mesma lei estabelece pormenorizadamente as condições aprovadas para a esterilização cirúrgica em homens e mulheres.

Fundamentado na Lei 9.263/96, no que se refere à esterilização cirúrgica, observa-se demasiada permissividade, tolerância e flexibilidade, tanto para o homem quanto para a mulher, em relação à autonomia e a manifestação da vontade. Entretanto, em mulheres no período gravídico-puerperal é contraditoriamente muito restritiva. Isso reflete as motivações que culminaram com sua discussão e posterior aprovação, quais sejam, os altos índices de cesárea no Brasil, com a participação importante da esterilização cirúrgica por ocasião do parto

(cesáreas desnecessárias), no Sistema Único de Saúde. Portanto, por consequência, a intenção inicial era criar dispositivos legais para se inibir a realização de cesáreas, especialmente aquelas executadas para a realização da laqueadura tubária.

Independente dos motivos, essa Lei transformou-se em um grande avanço e preencheu uma antiga lacuna, dado que o controle da fecundidade jamais fora foco de tantas discussões. Atualmente, ela constitui importante guia para a conduta médica. Contudo, antes de se conceber um formato final de orientação aos tocoginecologistas, necessitou realizar uma análise balizada pelos conselheiros do CREMESP.

CONSULTAS AO CREMESP E AO CFM

Em razão da restrição extrema da laqueadura no período gravídico-puerperal, foram enviadas várias cartas-consultas ao CREMESP com o objetivo de se ampliar as permissões, especialmente nas mulheres com doenças crônicas. Por outro lado, a forma do enunciado da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, e a inabilidade dos tocoginecologistas com as lides legais, suscitaram importantes dúvidas que necessitavam ser dirimidas. A seguir, apresenta-se as consultas já com os pareceres.

Obs.: Fizemos acréscimos de alguns comentários (nosso parecer sobre as questões)

- Nas gestantes que apresentam doenças nocivas à saúde, assim como hipertensão, diabetes e cardiopatias, a

laqueadura pode ser efetuada tanto durante uma operação cesariana quanto após o parto vaginal por meio da técnica periumbilical, conferindo maior segurança e menor comprometimento à saúde da mulher.

Obs.: Na nossa opinião, isso depende do grau de risco que outra gravidez acarretaria para a mulher com doenças graves e de difícil controle. Logo, o médico deve fazer relatório embasado, assinado por dois outros médicos, justificando a indicação da laqueadura no parto e pós-parto, sendo responsável pela indicação e realização do procedimento, podendo ser questionado juridicamente se não for comprovada a real necessidade.

- No que diz respeito aos limites de idade para esterilização no Brasil, é permitido a realização da laqueadura em um indivíduo, sem filhos, com 25 anos, sendo que a idade mínima na adolescente é 16 anos – desde que a jovem esteja casada e tenha pelo menos dois filhos.

Uma ressalva sobre o fato da exigência de estar casada.

- Entre 16 e 18 anos, são relativamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil, por isto a exigência de pelo menos dois filhos, mesmo não estado casada. (artigo 4º do Código Civil).
- Abaixo de 16 anos, é considerada absolutamente incapaz de exercer pessoalmente os atos da vida civil (artigo 3º do Código Civil). A incapacidade por menoridade cessa se for casada (artigo 4º do Código Civil).

- Em relação a laqueadura, é fato que não pode ser realizada no parto, mesmo que haja aprovação no período pré-gestacional. Todavia, há exceção nos casos de comprovada necessidade, assim como na hipótese de cesarianas sucessivas prévias.
- No que se refere ao consentimento do casal, é imprescindível, com prazo de 60 dias antes do ato cirúrgico. Ademais, na manifestação do desejo, é necessário constatar o número de cesarianas, (isto para a realização no momento do parto). Além disso, não bastasse a equipe médica, sugerem-se: enfermagem, psicologia e serviço social.
- Quanto à apresentação das certidões de nascimento, ela é indubitável e essencial. No que tange à declaração de outro hospital a respeito do número de cesáreas anteriores, não dirime dúvidas: é obrigatória a obediência aos 60 dias.

Com a aprovação dos pareceres, o CREMESP e o CFM esclareceram várias dúvidas provenientes da leitura da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, estendendo a permissão da laqueadura. Além da comprovada necessidade pelas cesáreas sucessivas, é permitida a operação de esterilização nas situações de doenças maternas, como: hipertensão, diabetes, cardiopatias, entre outras.

As dúvidas que foram esclarecidas são:

- Limite de idade;
- Necessidade de assinatura do termo de consentimento pelo casal;
- Necessidade de documentos;
- Equipe multidisciplinar para avaliação dos casos. Sugerem-se psicólogos, enfermeiras e assistentes sociais;
- Obrigatoriedade do prazo de 60 dias entre a manifestação do desejo e o ato cirúrgico, mesmo em casos muito graves;
- Permissão para se realizar a operação no puerpério;
- Permissão para se realizar pela técnica periumbilical;
- Não permissão da realização da laqueadura no parto ou no puerpério diante da existência de aprovação no período pré-gestacional.

A EXTENSÃO DA PROIBIÇÃO NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

A Lei 9.263/96 estabelecia proibição da laqueadura tubária durante o parto e aborto. Em reunião plenária, o CREMESP aprovou o Parecer nº 60.174/984, que estendeu a proibição até o 42º dia de puerpério.

A PREVISÃO DE PENAS AO INFRATOR DA LEI 9.263/96

A realização da esterilização cirúrgica em desacordo com a lei submeterá o infrator à reclusão de dois a oito anos e multa. A pena pode ser acrescida de um terço se a esterilização for praticada durante a gestação, parto e puerpério, ou se ela não for voluntária em indivíduo com capacidade civil plena.

OS 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.

A nosso ver, deve-se acrescentar as taxas de falha.

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, que deve ser encaminhada ao SUS e com cópia arquivada junto ao prontuário da paciente.

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

OS ASPECTOS ÉTICOS DA CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

A contracepção na adolescência cada dia se torna mais importante na prevenção de gravidez na adolescência. Os médicos se deparam constantemente com situações desse assunto, em que algum conflito ético possa existir.

Em novembro de 2003, profissionais com experiência no atendimento de adolescentes reuniram-se para discutir aspectos polêmicos da contracepção na adolescência, que envolvem o descompasso entre a proposta ética e o respaldo legal. As conclusões desse fórum seguem-se abaixo.

- *A privacidade é o direito que o adolescente possui, independentemente da idade, de ser atendido sozinho, em um espaço privado de consulta, inclusive durante o exame físico, onde são reconhecidas sua autonomia e individualidade.*

- *A confidencialidade é direito do adolescente, reconhecido no artigo 103 do Código de Ética Médica. A quebra do sigilo, também prevista no mesmo artigo, deverá ser realizada com o conhecimento do adolescente, mesmo que sem sua anuência.*

- *O adolescente tem direito à educação sexual, ao acesso à informação sobre contracepção, à confidencialidade e ao sigilo sobre sua atividade sexual e sobre a prescrição de métodos anticoncepcionais, respeitadas as ressalvas do Art. 103, Código de Ética Médica. O profissional que assim se conduz não fere nenhum preceito ético, não devendo temer nenhuma penalidade legal.*

- *Em relação à prescrição de anticoncepcionais para menores de 14 anos, a presunção de estupro deixa de existir, frente à informação que o profissional possui de sua nãoocorrência, devendo ser consideradas todas as medidas cabíveis para melhor proteção da saúde do adolescente (ECA), o que retira qualquer possibilidade de penalidade legal.*

- *O avanço em relação ao suporte legal para a proposta ética é dado pela Lei nº 8069- 90- Estatuto da Criança e do Adolescente e pela revisão pela ONU da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (Cairo, 1995). Apesar deste avanço, continua sendo reivindicação dos profissionais da saúde a necessidade de avançar-se ainda mais para que se amplie a visão do direito no campo da sexualidade e da saúde.*

Comentário” Importante é ter em mente que a privacidade e confidencialidade favorecem a abordagem preventiva e a denúncia de maus tratos, abuso sexual, negligência e outras formas de

violência; os médicos pediatras deverão assumir posturas mais atuantes no que diz respeito ao atendimento do adolescente, mais especificamente no que diz respeito à contracepção nessa faixa etária, servindo as recomendações desse fórum para sustentação dessa prática”.

O 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 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 maleável e permissiva diante da autonomia e manifestação da vontade, desde que respeite

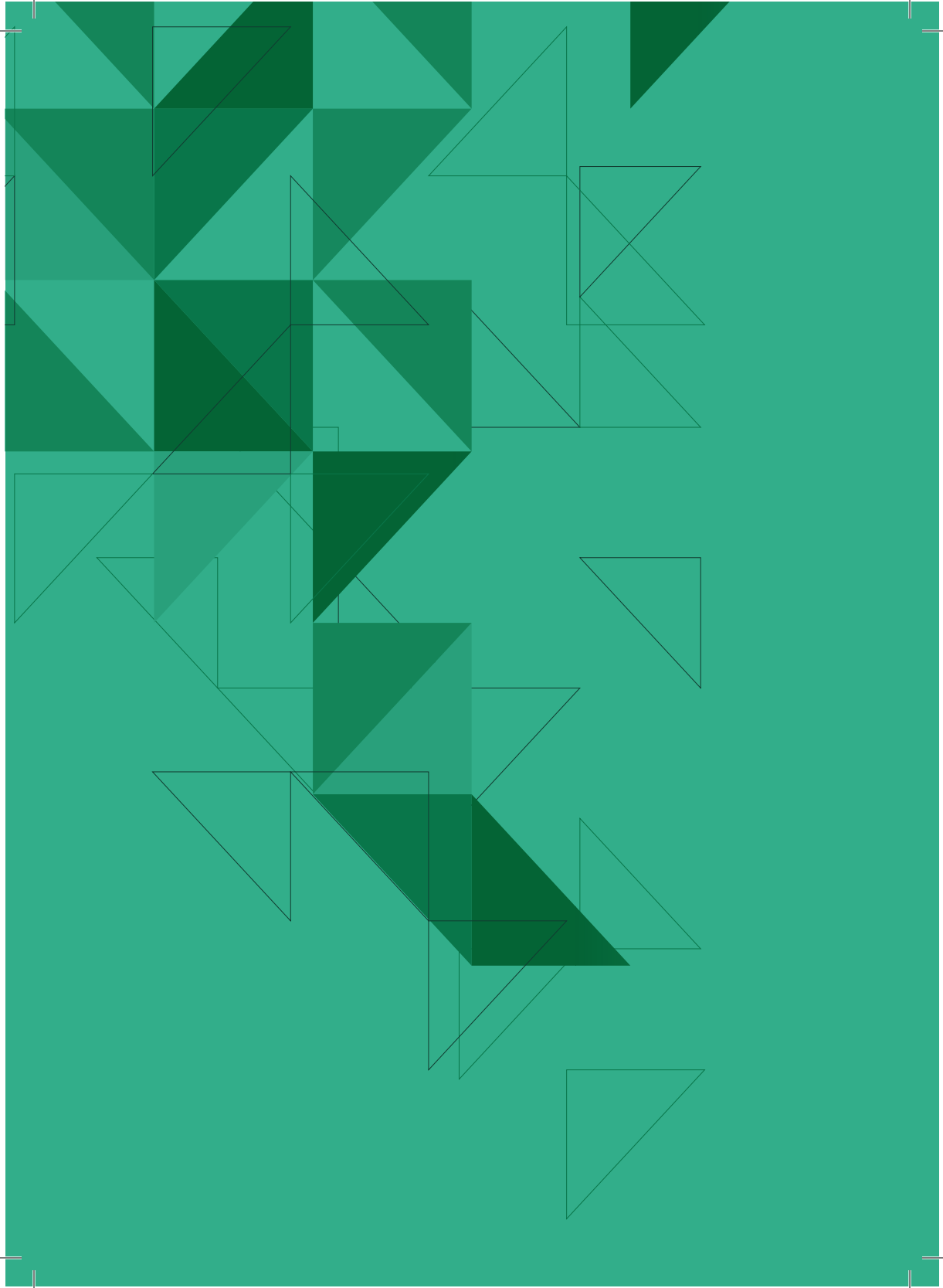
algumas restrições. No entanto, ela é restritiva em relação à mulher gestante, privando-a de laqueadura tubária dentro do período do parto, aborto ou puerpério, salvos em gravidez que futuramente possam oferecer risco à mãe, como em cesárea de repetição, em estados avançados de doenças crônicas, tais como, hipertensão arterial, diabetes melitus, coronariopatias ou outras que configuram a gestação como de risco. Diante desta realidade, dois médicos devem assinar a indicação com o consentimento da paciente.

Mesmo diante de algumas indagações e controvérsias a legislação é uma conquista e um avanço a respeito da liberdade e do direito reprodutivo, e os artigos não devem ser interpretados de forma isolada, mas como parte integrante de um conjunto de ações de atenção à homens mulheres e famílias, dentro de uma esfera individual e holística de cada ser humano a fim de oferecer um atendimento global e integral à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Boyaciyan K, editor. Ética em ginecologia e obstetrícia [Internet]. 4th ed. São Paulo: Cremesp; 2011 [cited 2020 Nov 26]. Available from: <https://bit.ly/3I4kuBc>
2. Boyaciyan K, editor. Ética em ginecologia e obstetrícia [Internet]. 5th ed. São Paulo: Cremesp; 2018 [cited 2020 Nov 26]. Available from: <https://bit.ly/3twGjp3>

3. Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.263, de janeiro de 1996. Diário Oficial da União [Internet]. 1996 Jan 15. Available from: <https://bit.ly/3twwrLX>
4. Brasil. Constituição [de 1988] da República Federativa do Brasil [Internet]. [cited 2020 Nov 28]. Available from: <https://bit.ly/33lZxTJ>
5. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (BR). Consulta nº 67.890, de 22 de outubro de 1997 [Internet]. [cited 2020 Nov 28]. Available from: <https://bit.ly/3l7JqaS>
6. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (BR). Consulta nº 60.174, de 16 de março de 1999 [Internet]. [cited 2020 Nov 28]. Available from: <https://bit.ly/3fzQj8B>
7. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (BR). Consulta nº 16, de 18 de junho de 1998 [Internet]. Available from: <https://bit.ly/3tB8fYP>
8. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (BR). Consulta nº 59.619, de 22 de novembro de 2005 [Internet]. [cited 2020 Nov 28]. Available from:



CAPÍTULO 11

RESPONSABILIDADE DO MÉDICO EM GO

Denes Ribeiro de Oliveira

Paulo Henrique de Oliveira Machado

Lúvia Pereira do Vaz

INTRODUÇÃO

Responsabilidade é o dever jurídico de responder pelos próprios atos e os de outrem e de reparar os danos que se fez ou mandou fazer, por ordem pública ou particular, quando esses atos violarem os direitos de terceiros, protegidos por lei (CREMESP, 2018).

A classe médica está sujeita a três ordens de responsabilidade: a civil, a penal e a ético-profissional. A responsabilidade civil corresponde à ordem que obriga a ressarcir os prejuízos decorrentes de uma conduta. A responsabilidade penal ou criminal submete o médico à justiça comum pela prática de delitos considerados como crimes e julgados à luz do código penal. A responsabilidade ético-profissional é de competência dos Conselhos Regionais de Medicina, em que as denúncias contra os profissionais médicos são recebidas, apuradas, julgadas e sanções são delimitadas de acordo com o código de ética médica (BOYACIYAN, 2007).

O exercício da prática médica está sujeito a ampla fiscalização e a julgamento, tanto pelos poderes judiciais como pelos Conselhos de Medicina, sendo um dos assuntos mais polêmicos da nossa sociedade. Em Ginecologia e Obstetrícia, é observado um grande número de denúncias e processos contra a má prática médica, o que evidencia a importância do tema na especialidade. Situações de plena normalidade se transformam rapidamente em graves quadros, colocando em risco a vida da paciente e do feto nos casos em obstetrícia. Um diagnóstico ou conduta inicial pouco adequada podem gerar situações alarmantes e de difícil controle. Além disso, o binômio materno-fetal expõe o profissional a uma margem maior de erros. Para atenuar os riscos, vale lembrar os desígnios de Hipócrates:

“de acordo com meu poder e discernimento, promoverei práticas para o benefício do doente e evitarei o prejudicial e o errado”. É necessário ouvir e dar atenção ao paciente. Todo especialista deve cultivar tais práticas e investir em uma relação médico-paciente saudável na prática em ginecologia e obstetrícia (CREMESP, 2018).

IMPERÍCIA, IMPRUDÊNCIA E NEGLIGÊNCIA

O médico, no exercício de sua profissão, deve, em obediência aos conceitos éticos atrelados a sua atividade, zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão (NETTO; ALVES, 2010).

Na culpa se encontra o fundamento jurídico da responsabilidade médica. Atua culposamente aquele que age sem o necessário cuidado e julga que o resultado não se dará (MINOSSI, 2005). Nesse sentido, o Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, aprovado em 2018, no artigo 1º do Capítulo 3, prevê que é vedado ao médico “causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência (CFM, 2019).

A negligência se dá pela falta de cuidado ou de precaução na execução de certos atos. Caracteriza-se pela inação, desleixo, inércia, indiferença. É um ato omissivo (BOYACIYAN, 2019). O negligente não observa a norma técnica que deveria observar, e que todos os outros observam (NETTO; ALVES, 2010).

A imprudência resulta da imprevisão do agente em relação às consequências de seus atos ou ações. São atitudes imprudentes as

não justificadas, açodadas, precipitadas tomadas sem cautela alguma. É resultado da falta de reflexão, pois o médico imprudente, tendo perfeito conhecimento do risco e ignorando a ciência médica, toma a decisão de agir assim mesmo (BOYACIYAN, 2019).

A imperícia, por sua vez, ocorre quando o médico mostra, em suas condutas a falta ou deficiência de conhecimentos técnicos da profissão. É a não observação das normas, deficiência de conhecimentos técnicos da profissão, a falta do preparo prático (BOYACIYAN, 2019).

Netto e Alves (2010, p. 75-76) diz que ao médico cabe trabalhar para elevar e dignificar a vida humana, e, acima de tudo, respeitar os valores éticos, morais, religiosos e os costumes e princípios fundamentais da humanidade, bem como o direito indisponível do homem: a vida como um bem maior.

ASPECTOS DAS DENÚNCIAS, PROCESSOS DISCIPLINARES E DAS PRINCIPAIS INFRAÇÕES ÉTICAS DE GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS

No que tange a Ginecologia e a Obstetrícia, segundo um estudo realizado em São Paulo, as principais denúncias em relação à Obstetrícia são: assistência ao parto com óbito do recém-nascido (RN); assistência ao parto com complicações maternas; parto com sequelas ao recém-nascido; assistência ao parto com óbito materno; assistência ao parto com óbito materno e do recém-nascido; pré-natal (mau acompanhamento, medicação errada, falta de cuidados, falta de exames, má indicação para o tipo de parto, não observância de sintomas abortivos e eclampsia); prática do aborto e complicações;

laqueadura sem consentimento; complicações anestésicas; infecção puerperal e corpo estranho. No que se refere à Ginecologia, o assédio sexual responde por 43% das queixas; complicações de histerectomia; tratamento clínico ginecológico; complicações de outras cirurgias ginecológicas; laqueadura tubária; aborto; cirurgia sem consentimento; falhas do diagnóstico de tumor de mama e cauterização do colo uterino. O perfil destes médicos denunciados revelou-se, predominantemente, do sexo masculino, jovens de até 45 anos de idade, que não cursaram residência médica e não obtiveram Título de Especialista (BOYACIYAN, 2006).

Segundo esse mesmo estudo, as infrações éticas que ocorreram com maior frequência foram contra os seguintes artigos do Código de Ética Médica (CEM): Capítulo 1 – Princípios fundamentais: artigo II, IV, V; Capítulo 3 – Responsabilidade profissional: artigo 1º, 3º, 4º, 6º, 21º; Capítulo V – Relação com pacientes e familiares: artigo 32º; Capítulo X – Documentos médicos: artigo 87º. Destes, a infringência do artigo 1º do Capítulo 3 ocorreu em quase 50% dos casos: “Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência. Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida” (BOYACIYAN, 2006).

Ao julgar um profissional médico, o Conselho Regional de Medicina poderá aplicar as penas previstas na Lei nº 3.268/57. Segundo o artigo 22, as penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais aos seus membros são as seguintes: advertência confidencial em aviso reservado; censura confidencial em aviso reservado; censura pública em publicação oficial; suspensão do exercício profissional

por até 30 (trinta) dias; cassação do exercício profissional, *ad referendum*, pelo Conselho Federal (BRASIL, 1957).

O CÓDIGO DE PROCESSO ÉTICO PROFISSIONAL

A Resolução do CFM nº 2.145, de 17 de maio de 2016, regulamenta o Código de Processo Ético-Profissional, dispõem-se as etapas processuais descritas a seguir (BRASIL, 2016).

O médico denunciado está sujeito à apuração da denúncia, que consiste em duas fases. A primeira, chamada sindicância (expediente), é a fase preliminar para averiguação dos fatos denunciados, coleta de provas, manifestação escrita ou audiência com os envolvidos. As sindicâncias são abertas a partir de denúncias encaminhadas ao CRM ou por iniciativa do próprio conselho. Se constatados indícios de infração ética, passa-se à segunda fase: o Processo Disciplinar (PD). Conduz-se a notificação do acusado e a fase da instrução do processo, quando o denunciante e o denunciado têm iguais oportunidades de apresentar provas de acusação e defesa, com a opção da presença de advogados. O passo seguinte é o julgamento, realizado pelas Câmaras de Julgamento do CRM, formadas por conselheiros que decidirão pela inocência ou culpa do médico. O resultado deve ser homologado pelo Plenário de Conselheiros do CRM. 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 (CREMESP, 2004).

As sanções disciplinares do médico estão previstas no artigo 22 da Lei Federal 3268/57. Elas seguem uma ordem iniciando com a

advertência confidencial em aviso reservado, seguido por censura confidencial em aviso reservado, censura pública em publicação oficial, suspensão do exercício profissional por até 30 dias e cassação do exercício profissional, que necessita ser referendado pelo Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 1957).

O paciente ou familiar insatisfeito, além de fazer a denúncia perante o CRM, tem o direito de acionar o profissional na Justiça, nas esferas Criminal e Cível (CREMESP, 2018).

A Ginecologia e Obstetrícia é a segunda especialidade mais exercida no Brasil. A área trata das fases mais significativas da vida (nascimento, crescimento, reprodução e envelhecimento), desta forma, enfrenta dilemas éticos imprevistos em cada avanço do conhecimento médico, e, por conseguinte, é alvo de muitas denúncias. Quando a formação médica é insuficiente, certamente os riscos aumentam, uma vez que a obtenção do diploma não caracteriza o final do estágio de aprendizagem, sendo necessários três anos de residência médica e, em seguida, o concurso para obtenção do Título de Especialista (BOYACIYAN, 2007).

Na especialidade, a prática em obstetrícia é a que mais recebe denúncias, pois a sociedade considera o parto um evento puramente fisiológico, dessa forma, imprevistos com desfechos desfavoráveis podem ocorrer. De tal maneira que, para a população leiga, uma atuação médica desastrosa com resultado em morte fetal ou materna, por exemplo, representa uma situação em que o conhecimento técnico do médico assistente é imediatamente colocado em dúvida. Portanto, a responsabilidade do médico que exerce Obstetrícia e Ginecologia é grande, devendo estar sempre atento ao preenchimento

correto do prontuário médico, ao respeito ao sigilo médico, ao cuidado com o pudor das pacientes, ao conhecimento da legislação sobre esterilização feminina e ao respeito aos direitos sexuais e reprodutivos (BOYACIYAN, 2007).

Para exercer com dignidade a especialidade, é mandatório conhecer a fundo o Código de Ética Médica, conforme ressaltou o então presidente do CFM, Roberto Luiz D'Ávila. Para ele, o código se reveste “de enorme responsabilidade social, na qual a conduta médica é observada e avaliada diuturnamente”. À vista disso, a profissão exige do médico(a) Ginecologista e Obstetra um comportamento “exemplar, benevolente, cordial, compassivo, solidário, e, acima de tudo, com o uso da técnica adequada para cada caso. Cada médico deve seguir o Código de Conduta Moral que, ao ser infringido, resulta em punição. Tudo isso em benefício da sociedade” (CREMESP, 2018).

CASO CLÍNICO

Grávida no sexto mês de gestação pede à ginecologista que realiza o seu pré-natal que coloque em seu atestado que está no oitavo, com vistas a conseguir afastamento. Alegação: “não se sente bem” para continuar a executar seu “trabalho pesado” como faxineira.

A profissional atende ao apelo, por compaixão, mas depois é denunciada ao Cremesp pela própria paciente, que alega “desconhecer que o afastamento precoce resultaria em diminuição da licença maternidade e do cuidado com o bebê por mais tempo” (CREMESP, 2009).

DISCUSSÃO

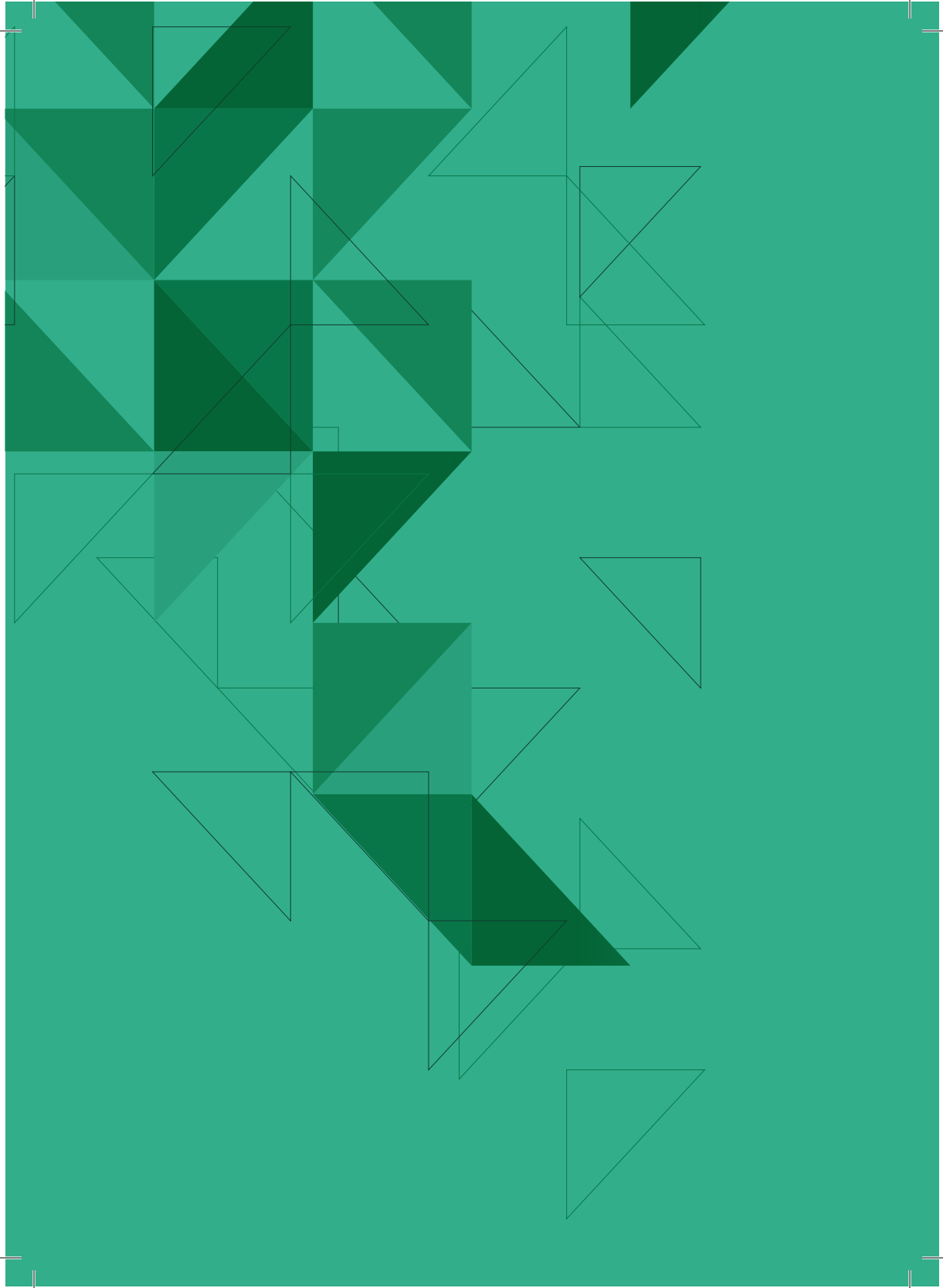
Conforme a CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), a licença maternidade equivale a 120 dias e pode ser dada a partir do 8º mês (ou 30 dias antes da data prevista do parto). Caso a grávida precise parar de trabalhar por licença médica neste período, automaticamente a licença começa a ser contada, seja qual for a patologia (SAAD, 1995).

De acordo com o Código de Ética Médica, Art. 110, é vedado ao médico “fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique ou que não corresponda à verdade”. Dessa forma, atestar que a paciente estava no 8º mês de gestação, estando na verdade no 6º, configura informação falsa, sendo o médico passível de processo na ordem ético-profissional. Embora, às vezes, munidos de boas intenções, profissionais médicos acabam cometendo erros do ponto de vista ético-profissional. O caso clínico é um exemplo real de que deixar de cumprir as normas estabelecidas pelo Código de Ética Médica é estar sujeito a ser punido eticamente por isso. A responsabilidade do médico é pautar-se pelas informações médicas verdadeiras, que não devem ser alteradas em prol de, absolutamente, nenhum objetivo. No mais, atentamos para relação médico-paciente, a paciente não foi devidamente informada sobre a redução da sua licença maternidade. Dessa maneira, uma conversa direta entre médico e paciente, mostrando todas as vertentes da condição da gestante e os possíveis impactos e efeitos da conduta solicitada poderia ter gerado um desfecho diferente para o caso clínico, portanto, é primordial preservar uma boa relação médico-paciente (CREMESP, 2009).

REFERÊNCIAS

1. Boyaciyan K. Questões ético-legais em obstetrícia e ginecologia no Brasil. In: Impey L, editor. Obstetrícia e ginecologia. São Paulo: Tecmedd; 2007. p. 247-50.
2. Boyaciyan K, editor. Ética em ginecologia e obstetrícia. 5th ed. São Paulo: Cremesp; 2018.
3. Boyaciyan K, Camano L. O perfil dos médicos denunciados que exercem ginecologia e obstetrícia no estado de São Paulo. Rev Assoc Med Bras. 2006 Jun;52(3):144-7.
4. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução nº 2.145, de 17 de maio de 2016. Diário Oficial da União [Internet]. 2016 Oct 27 [cited 2018 Jul 13];1:329-32. Available from: <https://bit.ly/3fwWKJB>
5. Brasil. Presidência da República. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Diário Oficial da União [Internet]. 1957 Oct 1 [cited 2018 Jul 13];225:1-3. Available from: <https://bit.ly/3tBFNGm>
6. Oselka G, editor. Bioética clínica: reflexões e discussões sobre casos selecionados. 2nd ed. São Paulo: Cremesp; 2009.
7. Boyaciyan K, editor. Ética em ginecologia e obstetrícia. 5th ed. São Paulo: Cremesp; 2018.
8. Rosas CF, editor. Ética em ginecologia e obstetrícia. 3rd ed. São Paulo: Cremesp; 2004. p. 11-6.
9. Conselho Federal de Medicina (BR). Código de ética médica: Resolução CFM nº 2.217 [Internet]. Brasília, DF: CFM; 2019. Available from: <https://bit.ly/3qAADZi>
10. Netto AL, Alves MR. Responsabilidade médica. Rev Bras Oftalmol. 2010;69(2):75-6.

11. Minossi JG, Silva AL. Aspectos médico-legais da cirurgia para hérnia inguinal. Rev Col Bras Cir. 2005 Aug; 32(4):214-7.
12. Saad EG. Consolidação das leis do trabalho: comentada. 28th ed. São Paulo: LTr; 1995. art. 69.



CAPÍTULO 12

COVID -19 E GRAVIDEZ: ATUALIDADES

Rosane Ribeiro Figueiredo Alves

Rui Gilberto Ferreira

Waldemar Naues do Amaral

INTRODUÇÃO

A covid-19 é uma pandemia em evolução, com quadros clínicos que variam desde aqueles semelhantes a um resfriado à um quadro de pneumonia grave. Todavia, a covid-19 pode evoluir para quadros graves durante a gravidez, principalmente no terceiro trimestre e no pós-parto, com maior risco de parto prematuro. No Brasil, especialmente durante o ano de 2021, observou-se elevada mortalidade materna por covid-19.

Deve-se considerar que a disseminação do SARS-CoV-2 pode ocorrer por via respiratória, por fômites e por eliminação fecal. O período médio de incubação é de 5 dias, podendo chegar a 12. A transmissão pode ocorrer através de portadores assintomáticos, com período ainda não definido e de até 14 dias após o aparecimento dos sintomas.

Por outro lado, as evidências de transmissão vertical são escassas e não há evidências de transmissão pelo leite materno. Portanto, o aleitamento pode ser mantido para mães com suspeita ou diagnóstico da doença. Também não existem evidências de eventos fetais adversos, como consequência da infecção.

RECOMENDAÇÕES

Prevenção da transmissão comunitária

Usar máscara em espaços públicos, higienizar frequentemente as mãos (álcool em gel a 70% ou água e sabão), evitar tocar os olhos, nariz e boca; utilizar lenço de papel (imediatamente descartado) ou o cotovelo como anteparo ao tossir ou espirrar; usar máscara cirúrgica

gica na presença de sintomas respiratórios; manter distância de pelo menos um metro entre as pessoas.

Prevenção primária

Até o momento, há três vacinas aprovadas no Brasil: a CoronaVac® (Sinovac Biotech, produzida no Instituto Butantan – vírus inativado), a Covishield® (Oxford/Astra-Zeneca/Fiocruz – vetor viral) e a Comirnaty® (Pfizer/BioNTech – RNA mensageiro). Porém a notificação de uma morte materna com possível associação à AstraZeneca/Fiocruz levou à suspensão desta vacina em gestantes e puérperas.

As outras duas vacinas podem ser aplicadas em qualquer trimestre da gravidez. Deve-se evitar a vacina diante de quadro clínico de síndrome gripal. Recomenda-se um intervalo de duas semanas entre as vacinas habitualmente usadas na gestação (DTPA e influenza) e a de covid-19.

Mulheres que tiveram covid-19 também devem tomar a vacina, respeitado o intervalo de 4 semanas do início da doença.

Há ainda, dentro das medidas para a prevenção primária da infecção, a Lei 14.151, de maio de 2021, que afasta a gestante das atividades de trabalho presencial, em favor do trabalho remoto, sem prejuízo de remuneração.

Prevenção da transmissão ao profissional de saúde

Usar máscara cirúrgica durante atendimento a pacientes sintomáticas. Individualizar o atendimento de assintomáticos.

Para atendimento à gestante com suspeita ou infectada utilizar

máscara cirúrgica, capote resistente a líquidos, luvas e óculos. Para situações com geração aerossóis usar máscara padrão N95.

Isolamento domiciliar para sintomáticos

Evitar contato com os outros moradores da casa, usar máscara, não compartilhar objetos e lavar frequentemente as mãos e limpar frequentemente as superfícies com água sanitária ou álcool 70%. Manter o quarto com janelas abertas e a porta fechada. Todos os moradores devem permanecer em isolamento por 14 dias.

Atendimento pré-natal

Para grávidas de primeiro trimestre, as recomendações são as mesmas para não grávidas ou grávidas não infectadas. Esclarecer que as evidências de transmissão vertical do SARS-CoV-2 são escassas.

Adiar as consultas de pré-natal por 14 dias nos casos de contato com sintomáticos, de retorno de áreas de transmissão ou que apresentem sintomas gripais.

Grávidas com infecção confirmada ou suspeita assintomáticas devem ser isoladas durante 14 dias.

O exame físico de gestante com infecção suspeita ou confirmada, deve ser realizada com uso de máscara cirúrgica, capote resistente a líquidos, luvas, óculos e em caso de situações com geração de aerossóis usar máscara N95.

Solicitar teste para SARS-CoV-2, preferencialmente com PCR em Tempo Real (RT-PCR), especialmente para grávidas que tiveram con-

tato com sintomáticos, de retorno de áreas de transmissão ou que apresentem sintomas gripais. Uma alternativa é a solicitação do teste rápido por meio da dosagem de anticorpos totais do tipo IgG e IgM a partir de sete dias do aparecimento dos sintomas ou quatorze dias do contato.

Assistência ao parto da gestante infectada ou com sintomas gripais

Grávidas com infecção suspeita ou confirmadas sintomáticas, apresentando febre e dispneia devem ser referenciadas para Maternidades terciárias e ser isoladas durante o tratamento. As salas de isolamento para internação clínica das gestantes infectadas ou com suspeita de infecção para pré-parto, para assistência ao parto e para cuidados neonatais devem ser ventiladas e com separação de pelo menos 1,5 metro entre os leitos.

Acompanhantes utilizando EPIs no pré-parto e parto devem ser mantidos e a presença de acompanhantes no pós-parto não deve ser permitida.

Via e momento do parto estão na dependência do quadro clínico, idade gestacional ou condição fetal.

O manejo deve ser realizado por equipe multidisciplinar, composta por obstetra, intensivista, anestesista e infectologista com verificação periódica de temperatura, frequência respiratória e saturação de oxigênio.

Acompanhar o trabalho de parto com monitorização fetal frequente ou intermitente por cardiotocografia

O uso de inibição do parto pré-maturo ou de indução da maturidade pulmonar fetal pelo uso de corticoides deveria ser discutido com a equipe multidisciplinar.

A abreviação instrumental do segundo estágio do parto vaginal deve ser considerada, pela dificuldade da gestante manter os puxos ativos utilizando máscara.

O vírus não foi identificado no líquido amniótico e nem no sangue do cordão, mas é eliminado nas fezes. Assim, o cordão umbilical deve ser clampeado oportunamente e atenção deve ser dada ao recém-nascido e à equipe de saúde se, no parto vaginal, houver eliminação de fezes

Atentar para o risco de contaminação com partos conduzidos na água ou com máscaras cirúrgicas molhadas com sangue ou líquido amniótico.

Assistência pós-parto da mulher infectada ou com sintomas gripais

Puérperas clinicamente estáveis e recém-nascidos assintomáticos devem permanecer em alojamento conjunto privativo com critérios de isolamento, com distância de pelo menos um metro entre o berço e o leito da puérpera.

As recomendações gerais para controle da covid-19 devem ser mantidas (lavagem das mãos antes e após as mamadas, uso de máscara, troca a cada mamada, evitar tossir ou espirrar durante a amamentação).

A amamentação pode ser realizada, desde que seja o desejo da mãe e ambos estejam em condições clínicas adequadas, com o auxílio de pessoa orientada e treinada.

Dada a atual falta de informação, considerar que o recém-nascido nascido de uma mãe com covid-19 possa estar infectado, portanto, deve ser isolado.

Testar o recém-nascido para covid-19 e abreviar a alta hospitalar.

Material de aborto/feto, placenta e fraudas descartáveis dos recém-nascidos de mães infectadas, devem ser tratados como material contaminado e adotadas medidas adequadas.

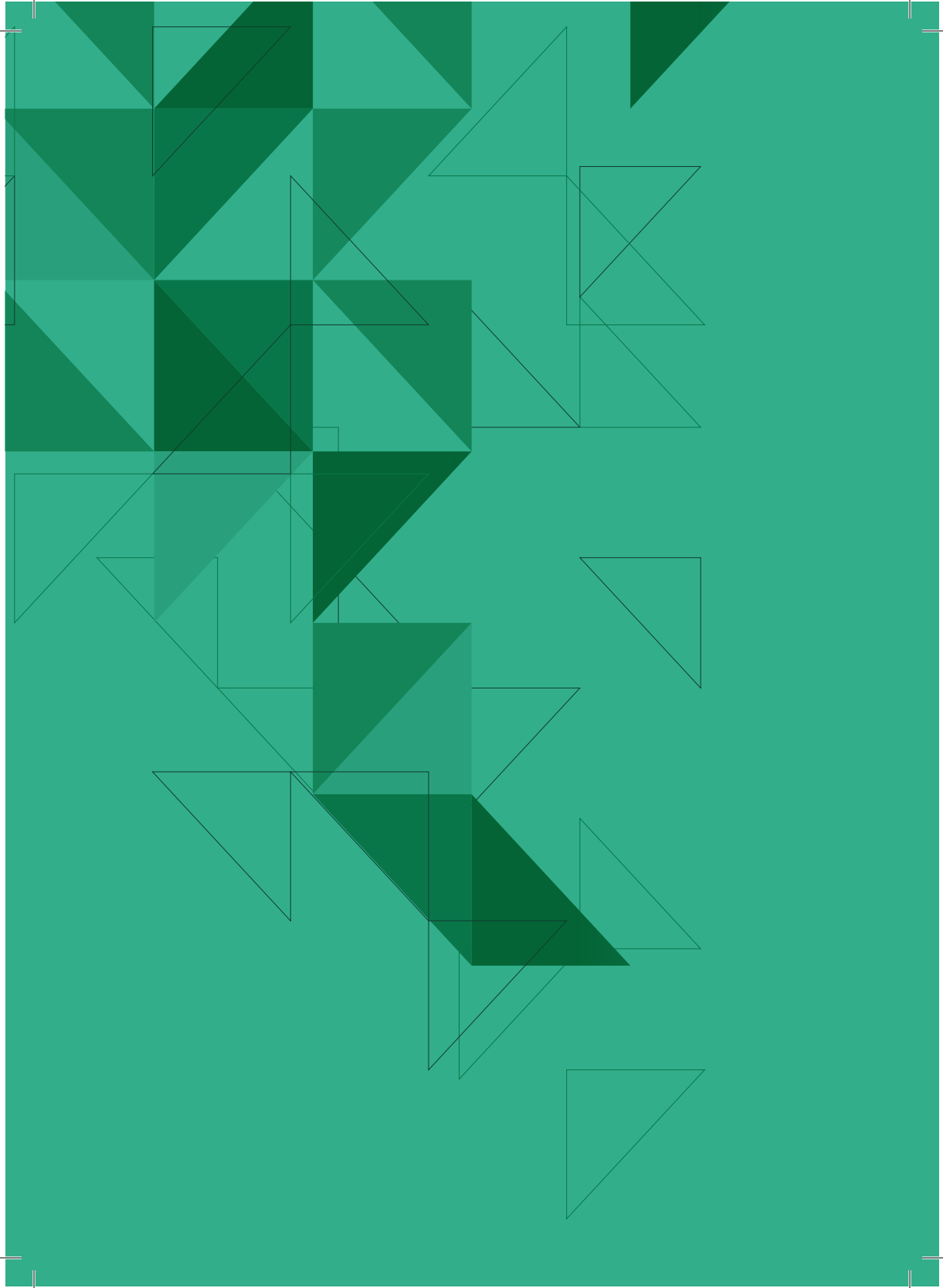
Cabe ao Diretor Técnico de cada Unidade de Saúde verificar e garantir que os médicos tenham os EPI necessários ao atendimento a pacientes sintomáticas ou com suspeita de infecção pelo SARS-CoV-2.

Cabe ainda ao Diretor Técnico comunicar à autoridade sanitária e ao Cremego imediatamente a falta dos EPIs. O atendimento será suspenso até que exista tais equipamentos. Não havendo risco de morte, as pacientes não atendidas serão transferidas para outra unidade de saúde. Porém, a suspensão do atendimento não desobriga o médico de atender pacientes sem risco nem de não comparecer ao local de trabalho.

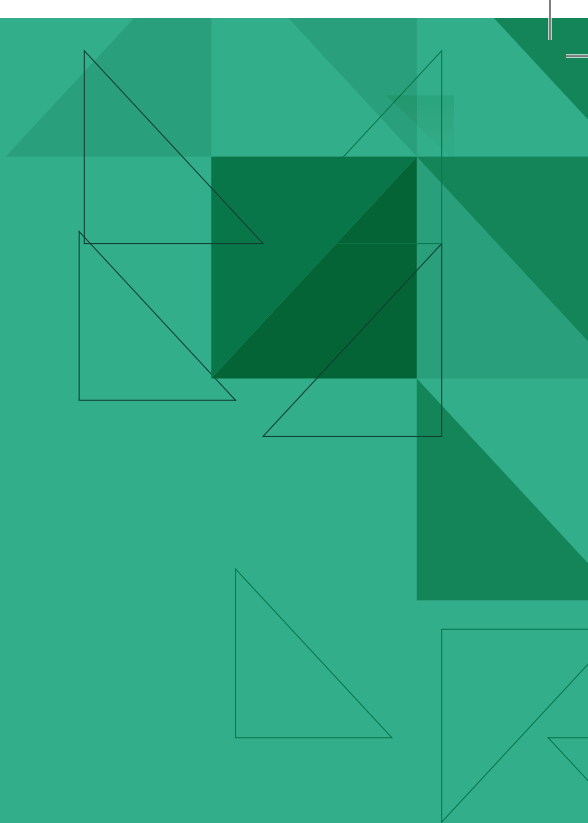
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SGGO 2021

Brasil. Presidência da República. Lei nº 14.151, de 12 de maio de 2021. Diário Oficial da União [Internet]. 2021 May 13. Available from: <https://bit.ly/3fxOppi>



SOBRE OS AUTORES



SOBRE OS AUTORES

Adrielly Joice Mendes Santana Brandão

Médica pela Universidade Federal de Goiás (UFG)

Arthur Marot de Paiva

Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Augusto Cortizo Vidal

Médico Ginecologista e Obstetra e membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremego

Carolina Macedo Saidah Hanna

Médica Ginecologista e Obstetra e mestre pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Denes Ribeiro de Oliveira

Médico Ginecologista e Obstetra e membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremego

Deny Bruce de Sousa Sobrinho

Médico pela Universidade Federal de Goiás (UFG)

Eduardo Henrique de Sousa Lima

Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Eloá de Andrade Ferreira

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Gabriel Baêta Branquinho Reis

Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Gilberto Matos Filho

Médico Ginecologista e Obstetra, conselheiro do Cremego e membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremego

Giovana Caroline Silva Rocha

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Isabella Ribeiro de Sena Carvalho

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

João Vitor Miranda Portilho

Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Kaitianne Eduardo Mendes

Acadêmica de Psicologia na Universidade Estácio de Sá

Kassen Saidah

Médico Ginecologista e Obstetra e membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremego

Laís Martins Queiroz

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Lais Reis Santos

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Larissa de Moura Goulart Assis

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Letícia Paula Correia

Acadêmica e de Medicina da Universidade de Rio Verde (UniRV)

Lívia Pereira Do Vaz

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Lucas Campos Muniz Helou Rocha

Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Lucca Lopes Martins

Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Luciano Mtanios Hanna

Advogado

Lyna Mariana Alves da Costa

Acadêmica de Medicina da Universidade de Rio Verde (UniRV)

Mariana Campos Terra

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Mohamed Kassem Saidah

Médico Ginecologista e Obstetra e acadêmico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Patrícia Mendonça Leite

Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Paulo Henrique de Oliveira Machado

Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Raquel Araújo Carvalho

Acadêmica de Medicina da Universidade de Rio Verde

Rosane Ribeiro Figueiredo Alves

Médica Ginecologista e Obstetra, professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG) e membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremego

Rui Gilberto Ferreira

Médico Ginecologista e Obstetra, conselheiro do Cremego e presidente da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Cremego

Tárik Kassem Saidah

Médico Ginecologista e Obstetra e professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Waldemar Naves do Amaral

Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG), livre-docente pela Universidade de São Paulo (USP), médico Ginecologista e Obstetra e diretor 1º secretário do Cremego





CREMEGO
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS