

Ética e Ginecologia

Protocolos Febrasgo

Ginecologia – nº 6 – 2018



DIRETORIA DA FEBRASGO 2016 / 2019

César Eduardo Fernandes

Presidente

Corintio Mariani Neto

Diretor Administrativo/Financeiro

Marcos Felipe Silva de Sá

Diretor Científico

Juvenal Barreto B. de Andrade

Diretor de Defesa e Valorização
Profissional

Alex Bortotto Garcia

Vice-Presidente

Região Centro-Oeste

Flavio Lucio Pontes Ibiapina

Vice-Presidente

Região Nordeste

Hilka Flávia Barra do E. Santo

Vice-Presidente

Região Norte

Agnaldo Lopes da Silva Filho

Vice-Presidente

Região Sudeste

Maria Celeste Osório Wender

Vice-Presidente

Região Sul



COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA DO TEGO – 2016 / 2019

Presidente

Roseli Mieko Yamamoto Nomura

Vice-Presidente

Mila P Salcedo

Vera T Medeiros Borges

Membros

Alberto Trapani Junior
Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva
Ana Cristina Pinheiro F. Araujo
Claudia Lourdes Soares Laranjeiras
Francisco José C dos Reis
Gustavo Salata Romão
Isabel Cristina Chuviz do Val Guimarães
José Geraldo Lopes Ramos
Lia Cruz Vaz da Costa Damasio
Maria Celeste Osório Wender
Maria Laura Costa do Nascimento
Maria Lucia da Rocha Oppermann
Marianna F. Brock
Mario Dias Correa Jr
Mario Vicente Giordano
Miriam Wanderley
Nadia Stela Viegas dos Reis
Renato Ajeje
Sílvia Regina Piza

Ética e Ginecologia

Roseli Mieko Yamamoto Nomura¹

Lia Cruz Vaz da Costa Damasio²

Descritores

Ética; Ginecologia; Reprodução; Pesquisa; Assédio sexual

Como citar?

Nomura RM, Damasio LC. Ética e Ginecologia. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). São Paulo: FEBRASGO; 2018. (Protocolos FEBRASGO – Ginecologia nº 6/Comissão Nacional Especializada do TEGO).

Introdução

Na prática profissional do ginecologista, a ética refere-se ao comportamento individual do médico nas suas ações.^(1,2)

Ato médico

O exercício da medicina está regulamentado, normativamente, na Lei Federal nº. 12.842/2013⁽³⁾ (Lei do Ato Médico), onde se estabelece que as ações profissionais, no campo da atenção à saúde, visam à promoção, à proteção e à recuperação da saúde; à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de doenças; e à reabilitação de enfermos e de portadores de deficiências. Esse dispositivo legal, também, rege as atividades privativas do médico (art. 4º).

¹Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

²Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil.

*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada do TEGO e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Ginecologia nº 6, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/>

Responsabilidade profissional

Responsabilidade civil

A responsabilidade civil instala-se sempre que há dano, por ação ou omissão, com relação causal entre esse dano e o ato profissional caracterizado pelo erro, isto é, conduta reprovável, mas sem que o agente desejasse causar prejuízo a outrem.⁽⁴⁾

Negligência: é a inação, indolência, inércia, passividade.⁽⁵⁾ Ela é caracterizada como ato omissivo, consiste no fato de o médico deixar de fazer o que deveria ser feito.

Imperícia: é a falta de observação das normas, deficiência de conhecimentos técnicos da profissão, o despreparo prático.

Imprudência: agir com atitudes não justificadas, açodadas, precipitadas, sem usar de cautela

Responsabilidade penal

Alguns crimes são próprios do médico, pois somente podem ser cometidos por esse profissional, tais como a omissão de notificação (art. 269 do Código Penal) e o fornecimento de falso atestado (art. 302 do Código Penal). A omissão de socorro (art. 135 do Código Penal) é crime comum a todos, e não exclusivo do médico, e repousa no dever de solidariedade humana. O mesmo ocorre com o crime de violação de segredo profissional (art. 154 do Código Penal), que não é exclusivo do médico. A existência de uma justa causa para revelar o segredo deixa de configurar crime, como é o caso da notificação de doença infectocontagiosa à saúde pública ou da comunicação de crime de ação pública à autoridade policial competente, nos casos em que tal comunicação não expuser o paciente a um procedimento criminal.⁽⁶⁾

Responsabilidade ética

A responsabilidade ética caracteriza-se quando o profissional incorre em infração de um ou mais dispositivos do Código de Ética Médica (CEM).⁽⁷⁾ Nessas situações, caso sejam denunciados ao CRM, os fatos serão apurados mediante sindicância e, quando indicado, processo ético-disciplinar.

O CEM normatiza a responsabilidade ético-disciplinar, zelando pelo cumprimento da boa prática médica, e a Lei Federal nº. 3.268/1957 dispõe sobre os conselhos de medicina e sobre as sanções disciplinares para infrações. O CRM tem a prerrogativa legal de receber as denúncias, promover a apuração dos fatos, julgar os profissionais e deliberar no tocante à sanção a ser aplicada.

Responsabilidade do médico em cargos de direção

O diretor clínico representa o elo entre o corpo clínico e a administração da instituição e é escolhido pelos médicos do corpo clínico, por meio de eleição direta. A Resolução do CFM nº. 2.147/2016⁽⁸⁾ estabelece as normas sobre a responsabilidade, as atribuições e os direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos. O Diretor Técnico é o responsável perante os Conselhos Regionais de Medicina, autoridades sanitárias, Ministério Público, Judiciário e demais autoridades pelos aspectos formais do funcionamento da instituição que presta a assistência. Vários são os seus deveres, estabelecidos na Resolução CFM nº 2.147/2016, principalmente o de zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor.⁽⁹⁾

Prontuário médico

O prontuário é instrumento fundamental não só para contribuir com a qualidade de atendimento ao paciente, como, também,

quando necessário, para a defesa do médico em eventuais demandas judiciais e nos Conselhos de Medicina.⁽¹⁰⁾ É definido como documento único, constituído pelo conjunto de informações, de sinais e de imagens registradas, geradas a partir de fatos, de acontecimentos e de situações sobre a saúde do paciente e a assistência a este prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multidisciplinar e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (art. 1º da Resolução CFM nº. 1.638/02).⁽¹¹⁾ O art. 69 do CEM preceitua que é vedado ao médico deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente. O prazo mínimo estabelecido para preservação do prontuário em papel é de 20 anos, a partir do último registro, caso não seja arquivado eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado (Resolução CFM nº. 1.821/2007).⁽¹²⁾

Acesso ao prontuário

O prontuário pertence ao paciente, e, apenas por sua delegação, o médico pode ter acesso a ele. O art. 70 do CEM veda, ao médico, negar ao paciente acesso ao seu prontuário médico, à sua ficha clínica ou similar. O art. 71 do CEM veda ao médico deixar de fornecer laudo médico ao paciente quando do encaminhamento ou da transferência para fins de continuidade do tratamento ou na alta, se solicitado. O sigilo médico está estabelecido no CEM, pelos arts. 11 e 102, que vedam ao médico a revelação de fato de que venha a ter conhecimento em virtude da profissão, salvo justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.⁽¹³⁾

Reprodução humana assistida

Com a utilização das modernas técnicas de reprodução assistida, surgem dilemas na bioética. No ambiente médico, a Resolução CFM

nº. 2.168, de 21 de setembro de 2017,⁽¹⁴⁾ contém as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução humana assistida.

Fertilização *in vitro* e os embriões excedentários

O número de embriões transferidos para o útero pelas técnicas de reprodução assistida segue determinações de acordo com a idade das mulheres: até 2 embriões para mulheres até 35 anos; até 3 embriões para mulheres entre 36 e 39 anos; até 4 embriões para mulheres com 40 anos ou mais. O número de embriões a ser transferido nunca pode ser superior a quatro. A resolução supracitada impõe 50 anos como idade máxima para as candidatas à gestação por técnicas de reprodução assistida. As exceções a esse limite são aceitas, mas seguem critérios técnicos e científicos fundamentados, pelo médico responsável, quanto à ausência de comorbidades da mulher e após esclarecimento ao(s) candidato(s) quanto aos riscos envolvidos para a paciente e aos seus descendentes eventualmente gerados a partir da intervenção, respeitando-se a autonomia da paciente. A limitação da idade da mulher cerceia o direito de acesso às técnicas disponíveis.^(15,16)

Consentimento informado em RA

O consentimento informado é obrigatório quando o casal é submetido às técnicas de reprodução assistida.

Uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras

Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento de reprodução assistida e cuja indicação não se afaste dos limites dessa resolução, podem ser receptoras das técnicas, desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclareci-

dos, conforme legislação vigente. Não existe vedação ao uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito à objeção de consciência por parte do médico. A gestação compartilhada em união homoafetiva feminina pode ser realizada, situação em que o embrião obtido a partir da fecundação do oócito de uma mulher é transferido para o útero de sua parceira, que não apresentava infertilidade.

Número total de embriões produzidos

O número total de embriões produzidos em laboratório deve ser comunicado ao casal para que decidam quantos embriões serão transferidos a fresco, de acordo com os limites referentes à idade da mulher; sendo que os excedentes, viáveis, podem ser criopreservados. Esses embriões armazenados podem ser utilizados pelo próprio casal, em momentos futuros, ou poderão ser doados a casais inférteis. Os embriões criopreservados com mais de três anos poderão ser descartados, se essa for a vontade expressa dos pacientes, ou doados para pesquisas. Os embriões criopreservados e abandonados por três anos ou mais, também, poderão ser descartados.

Reprodução assistida *post-mortem*

A reprodução assistida *post-mortem* é possível desde que haja autorização prévia específica da pessoa falecida para o uso do material biológico criopreservado. O Código Civil, em seu art. 1.597, coloca a hipótese de presunção de paternidade referente a processos científicos de procriação, que determina presumirem-se concebidos na constância do casamento – no inciso III – os filhos havidos por fecundação artificial homóloga, mesmo que falecido o marido; e no inciso IV, havidos, a qualquer tempo, quando se

tratar de embriões excedentários, decorrentes de concepção artificial homóloga.

Doação de gametas ou embriões

A doação de gametas ou embriões é ato que possibilita o exercício do direito de descendência por pessoas inférteis,⁽¹⁷⁾ seja por utilização de material de bancos de sêmen, pela transferência de embriões doados ou pela doação compartilhada de oócitos em reprodução assistida. O ato de doar é obrigatoriamente gratuito, pois a doação não deve ter caráter lucrativo ou comercial. De igual modo, deve ser baseada no sigilo, de forma que o doador e o receptor não conheçam a identidade um do outro. Esse anonimato garante segurança ao doador,⁽¹⁸⁾ que, em geral, não deseja que sua identidade seja revelada, assim, preservando-se sua pessoa.⁽¹⁹⁾

Doação compartilhada de oócitos

A doação compartilhada de oócitos em RA é permitida. Nesse procedimento, doadora e receptora participam como portadoras de problemas de fertilidade e compartilham tanto do material biológico quanto dos custos financeiros que envolvem os procedimentos.

Gestação de substituição ou cessão temporária do útero

A gestação de substituição ou cessão temporária do útero é denominada, popularmente, como “barriga de aluguel”. Essa situação é permitida, desde que exista um problema médico que impeça ou contraindique a gestação na doadora genética. Os requisitos para a cessão temporária do útero incluem: a cedente temporária do útero deve pertencer à família de um dos parceiros em parentesco consanguíneo até o quarto grau e não poderá ter caráter lucrativo ou comercial.

Diagnóstico genético pré-implantação de embriões

O diagnóstico genético pré-implantação é uma tecnologia altamente efetiva que permite, aos casais, investigar quais embriões estarão isentos de anomalias genéticas. A técnica procura ajudar casais que apresentam alto risco de transmitir doença genética aos filhos. A indicação inclui doenças ligadas a um único gene ou anomalias cromossômicas. Uma indicação adicional consiste em procurar um embrião HLA compatível com uma criança sabidamente doente, para que o sangue do cordão e as células-tronco possam ser coletados no nascimento e transplantadas para a criança para curar alguma doença.⁽²⁰⁾

Pesquisa em seres humanos

No Brasil, a resolução que regula as pesquisas envolvendo seres humanos no país é a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012. A orientação para a realização das pesquisas envolvendo seres humanos baseia-se nos princípios bioéticos de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.^(21,22) Esses princípios devem ser seguidos, e a normatização estabeleceu a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) como órgãos responsáveis pela avaliação, pela aprovação e pelo acompanhamento dos protocolos e dos aspectos éticos dessas pesquisas.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é um dos documentos mais importantes para a realização de pesquisas com seres humanos, pois é o instrumento que tem a função de proporcionar o entendimento completo da pesquisa e das suas implicações para aqueles que decidam participar como sujeitos da pesquisa. Em

pesquisas realizadas com crianças e adolescentes, é importante que seja ouvida a opinião do menor e que este também opine sobre a sua inclusão em qualquer pesquisa científica. Os pais ou o responsável legal devem dar a autorização para a inclusão do menor na pesquisa por meio de TCLE específico. No entanto recomenda-se que seja elaborado um termo de assentimento para a criança ou adolescente, com linguagem própria para a idade do sujeito, assim, respeitando-se a sua autonomia.

Publicidade médica

A Resolução CFM nº. 1.974, de 14 de julho de 2011, complementada pela Resolução CFM nº. 2126/2015, estabelece os critérios norteadores da propaganda em medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria. Os anúncios médicos deverão conter, obrigatoriamente, os seguintes dados: a) Nome do profissional; b) Especialidade e/ou área de atuação, quando registrada no Conselho Regional de Medicina; c) Número da inscrição no Conselho Regional de Medicina; d) Número de registro de qualificação de especialista (RQE), se o for. Para uma prática profissional ética, o anúncio de especialidade deve ser devidamente registrado no Conselho de Medicina.

Assédio sexual

O Código Penal Brasileiro, no art. 216-A, e o Código de Ética Médica, nos arts. 38 e 40 norteiam a identificação, a vedação e as penas do assédio sexual, definido como constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerente ao exercício de emprego, cargo ou função. Na prática

do ginecologista e obstetra, devem ser particularmente evitados comportamentos inadequados, palavras e ações que possam ser interpretados como sexuais e manipulações genitais demoradas e/ou atípicas, além de alguns tipos de abordagens inapropriados.

Referências

1. Herring J. Medical law and ethics. 4th ed. United Kingdom: Oxford University Press; 2012.
2. Conselho Federal de Medicina. A medicina para além das normas: reflexões sobre o novo Código de Ética Médica. Brasília (DF): CFM; 2010.
3. Brasil, Leis e Decretos. Lei nº. 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. [citado 2017 Dez 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.html.
4. Sebastião J. Responsabilidade médica: civil, criminal e ética. 3a ed. Belo Horizonte: Del Rey; 2003.
5. França GV. Direito médico. 9a ed. Rio de Janeiro: Forense; 2007.
6. Prates ND, Marquardt M. A responsabilidade penal do médico e o processo penal. J Vasc Br. 2003;2(3):241-47.
7. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº. 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. 2009; Set 24, Seção 1, p. 90-2.
8. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº. 2.147, de 17 de junho de 2016. Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos. Diário Oficial da União. 2016; Out 27, Seção I, p.332-4.
9. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº. 2.056, de 12 de novembro de 2013. Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina. Diário Oficial da União. 2013; Nov 12, Seção I, p. 162-3.
10. Oselka G. Prontuário médico. Rev Assoc Med Bras. 2002;48(4):286.
11. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1.638/02. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Diário Oficial da União. 2002; Ago 9, Seção I, p. 184-5.
12. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1.821, de 11 de julho de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Diário Oficial da União. 2007; Jul 11; Seção I, p. 252.
13. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº. 1.605/00. O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica. Diário Oficial da União. 2000; Set 29, Seção I, p. 30. Retificação em: Diário Oficial da União. 2002; Jan 31, Seção I, p. 103.

14. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.168, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 2017; Nov 10, Seção 1, p.73.
15. Gulino M, Pacchiarotti A, Vergallo GM, Frati P. Is age the limit for human-assisted reproduction techniques? 'Yes', said an Italian judge. *J Med Ethics*. 2013;39(4):250-2.
16. Fournier V, Berthiau D, d'Haussy J, Bataille P. Access to assisted reproductive technologies in France: the emergence of the patients' voice. *Med Health Care Philos*. 2013;16(1):55-68.
17. Van Hoof W, Pennings G. The consequences of *S.H. and Others v. Austria* for legislation on gamete donation in Europe: an ethical analysis of the European Court of Human Rights judgments. *Reprod Biomed Online*. 2012;25(7):665-9.
18. Brunet L, Kunstmann JM. Gamete donation in France: the future of the anonymity doctrine. *Med Health Care Philos*. 2013;16(1):69-81.
19. Pennings G. How to kill gamete donation: retrospective legislation and donor anonymity. *Hum Reprod*. 2012;27(10):2881-5.
20. Kahraman S, Beyazyurek C, Ekmekci CG. Seven years of experience of preimplantation HLA typing: a clinical overview of 327 cycles. *Reprod Biomed Online*. 2011;23(3):363-71.
21. Diniz MH. O estado atual do biodireito. São Paulo: Saraiva; 2001.
22. Department of Health, Education, and Welfare; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. *J Am Coll Dent*. 2014;81(3):4-13.



Portal Febrasgo

Você também pode ler os Protocolos Febrasgo online, pelo seu computador, tablet ou celular!

Acesse:

www.febrasgo.org.br/protocolos

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

