

Conselho Federal de Medicina publica novas regras para cirurgia de transição de gênero

Portaria amplia acesso a procedimentos para mudança de sexo na rede pública de saúde. Terapias hormonais só estão liberadas a partir dos 16 anos, e cirurgias, a partir dos 18.

[\(G1, 09/01/2020 - acesse no site de origem\)](#)

Novas regras para a cirurgia de transição de gênero foram publicadas pelo Conselho Federal de Medicina nesta quinta-feira (9). A portaria que saiu no [Diário Oficial da União](#) amplia o acesso à cirurgia e também ao atendimento básico para transgêneros na rede pública de saúde.

A norma estabelece a idade mínima de **16 anos para o início de terapias hormonais** e define regras para o uso de medicamentos para o bloqueio da puberdade. **Procedimentos cirúrgicos** envolvendo transição de gênero estão **proibidos antes dos 18 anos**.

A portaria também estabelece que crianças ou adolescentes transgêneros devem receber tratamento de equipe **multiprofissional e interdisciplinar** sem nenhuma intervenção hormonal ou cirúrgica.

A atenção médica deve ser composta por **pediatra, psiquiatra, endocrinologista, ginecologista, urologista e cirurgião plástico**.

As novas regras do CFM também preveem **acompanhamento aos familiares** dos pacientes trans, com autorização expressa do transgênero.

Procedimentos cirúrgicos e hormonais também são proibidos em pessoas com diagnóstico de transtornos mentais que os contraindiquem.

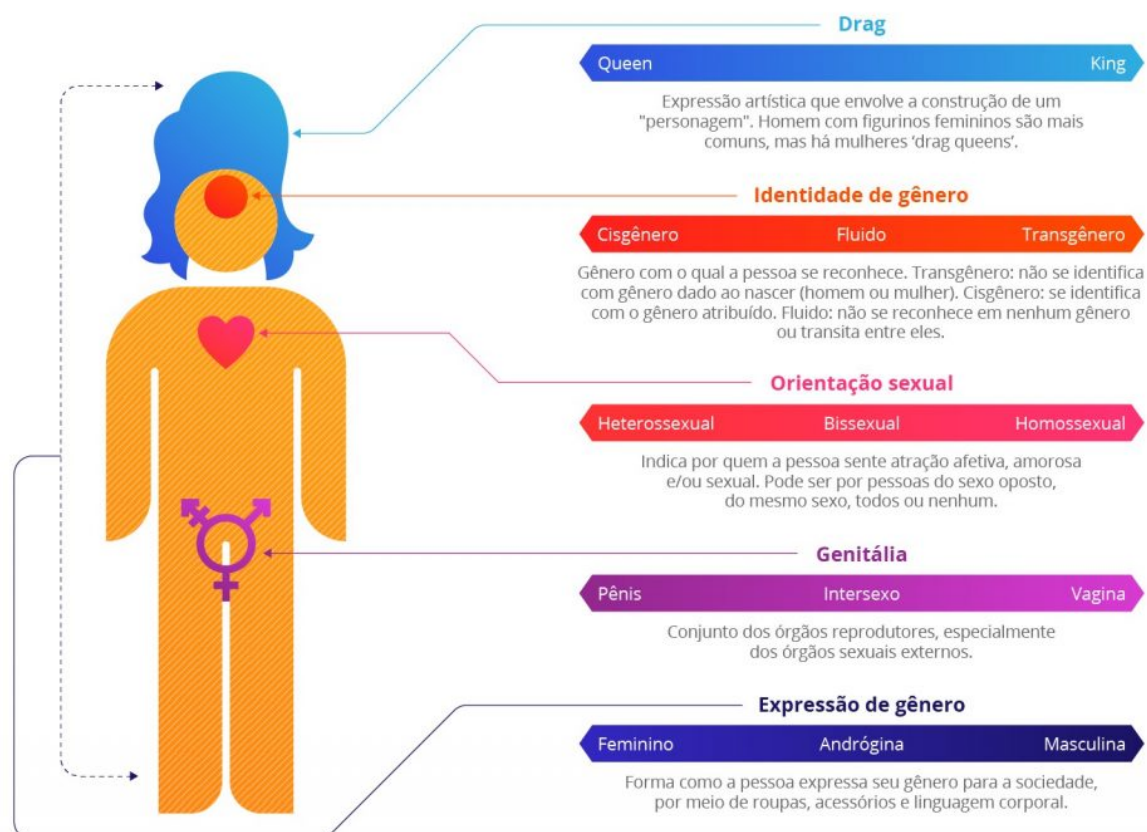
Na resolução, o Conselho Federal de Medicina também reconhece as expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero.

Transgênero é a pessoa que se identifica com o **gênero oposto ao qual ela nasceu**:

- Consideram-se **homens transexuais** aqueles nascidos com o sexo feminino que se identificam como homem.
- Consideram-se **mulheres transexuais** aquelas nascidas com o sexo masculino que se identificam como mulher.
- Considera-se **travesti** a pessoa que nasceu com um sexo, identifica-se e apresenta-se fenotipicamente no outro gênero, mas aceita sua genitália.
- Considera-se **afirmação de gênero** o procedimento terapêutico multidisciplinar para a pessoa que necessita adequar seu corpo à sua identidade de gênero por meio de hormonioterapia e/ou cirurgias.

Sexualidade e gênero

Transgênero é a pessoa que se identifica com o gênero oposto ao qual ela nasceu. Não há relação com orientação sexual.



Fonte: Manual de Comunicação LGBTQIA da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Travestis e Transexuais e Caderno Globo 12 - Corpo: Artigo Indefinido

Infográfico atualizado em: 14/08/2018

Donizetti Dimer Giamberardino Filho, vice-presidente do CFM, disse em coletiva de imprensa que este procedimento tem que seguir algumas regras para não trazer problemas aos que optarem pela transição.

“Isso é trazido para evitar que não ocorram coisas que não devem ser feitas”, disse o médico. “Então, não é uma liberalização, é uma adequação no sentido de não ter prejuízo para essas pessoas.”

O psiquiatra Alexandre Saadeh, coordenador do Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP) explicou que há um processo de credenciamento para que os hospitais possam realizar a transição.

“Hoje são 5 os hospitais credenciados pelo SUS”, disse. “E não são só os hospitais públicos que podem fazer essa intervenção, hospitais privados também podem.”

O especialista explicou que a resolução do CFM contribui para a criação de um “padrão de qualidade de atendimento”, porque há uma série de critérios que devem ser seguidos “são varias etapas, são vários ambulatorios”.

“Quando a gente pensa nesse processo, a gente pensa na cirurgia e a cirurgia é a última etapa”, disse Saadeh.

Resoluções anteriores

O procedimento de transição de gênero é realizado no Brasil desde o fim da década de 1990, após a aprovação e regulamentação do CFM autorizou e criou algumas regras.

O texto publicado em 1997 dizia que um transexual deveria obedecer a alguns critérios, como “desconforto com o sexo anatômico natural” e “desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto”, por exemplo. Para a cirurgia, era necessário ter o mínimo de 21 anos.

O procedimento, porém, só foi incorporado ao SUS em 2008, o que permitiu

que o número de cirurgias aumentasse ao longo dos anos. Em 2010, o Conselho Federal criou novas regras e procedimentos para a realização da transição de gênero e são estas resoluções que foram atualizadas nesta quinta-feira pelo CFM.

Primeira cirurgia

A primeira cirurgia no Brasil foi anterior a qualquer resolução oficial. Ela foi feita em 1971 pelo cirurgião Roberto Farina, que chegou a ser condenado por isso. Farina também fez a primeira cirurgia em um homem transexual no Brasil - o paciente foi o psicólogo e escritor João Nery, autor do livro "Viagem solitária - memórias de um transexual 30 anos depois".

Já a primeira cirurgia de redesignação sexual na rede pública no Brasil foi realizada em 1998, no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Na época, o procedimento só foi possível após a resolução 1482/97 do CFM. A primeira mulher trans a ser operada pela rede pública de saúde foi Bianca Magro, em 1998.

‘Acreditei por muito tempo que era só eu’: o silêncio de quem denuncia violência sexual cometida por médicos

Quando Nina entrou no consultório médico, só queria levar o resultado de exames. Buscou o gastroenterologista por sofrer com dores estomacais, que levaram a uma suspeita de gastrite. Já havia passado ali acompanhada da mãe, mas daquela vez foi sozinha. Tinha 16 anos e morava em uma cidade a oeste do Paraná.

[\(BBC News Brasil em Londres, 06/01/2020 - acesse no site de origem\)](#)

O médico que a atendeu pediu para examiná-la lá mesmo, em vez de apenas analisar os documentos que ela trazia. Ela se deitou na maca. “Ele me tocou e colocou os dedos na minha vagina”, relata Nina Marqueti, hoje com 28 anos.

Não foi a primeira vez. “Numa consulta anterior, com a minha mãe no consultório, ele ficou passando a mão pela minha virilha”. A justificativa usada era da existência de ínguas — aumento dos gânglios linfáticos — na região. Passar a mão pela região seria, então, a forma de descobrir se algum lugar “doía”.

O desconforto acendeu o sinal vermelho para o abuso. Mas a paranaense conta que sequer sabia como contestar o médico sobre o procedimento. “Eu nunca tinha visto na minha vida alguém questionar o que um médico falava”.

Foram mais de dez anos de silêncio até que Nina falasse publicamente sobre o assunto. Ela se tornou porta-voz da campanha #ondedói, criada por uma coalizão de organizações e grupos feministas, que busca notificar a violência contra a mulher cometida por médicos e outros profissionais de saúde.

A hashtag ganhou força e recebeu mais de 4 mil relatos em redes sociais como o Twitter. Já no site da iniciativa, que documenta as ocorrências por um formulário, o número passa de 360.

“A gente já sabia que esse era um crime frequente, mas se surpreendeu com a quantidade de pessoas que passaram por isso”, explica Nina, que hoje mora em Nova York, nos EUA.

Os depoimentos mostram a dimensão do problema.

Uma usuária descreve que precisou tirar a roupa para um procedimento, e só descobriu que isso não era necessário quando falou com outra profissional de saúde.

Outra, ainda criança, foi examinada a portas fechadas e tocada na vagina — mesmo que tivesse sido levada ao médico por uma dor de garganta.

Cifra escondida

Ainda não há um levantamento oficial sobre as ocorrências de violência sexual em ambientes médicos, como hospitais, consultórios e postos de saúde. Os conselhos de medicina, que podem cassar a licença de profissionais com conduta indevida, também não apresentam estatísticas.

O CRM-PR (Conselho Regional de Medicina do Paraná) — Estado onde ocorreu o caso de Nina — afirma que não possui estatísticas sobre as denúncias que se enquadram como “assédio”. “Este termo não é utilizado em nosso índice remissivo, que é estritamente vinculado aos artigos do Código de Ética Médica”, declara a entidade em nota.

Já o Cremesp (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) forneceu em nota os números sobre abuso sexual entre 2014 e 2019. “Foram instauradas 317 sindicâncias, sendo: 128 em andamento, 138 arquivadas, 49 transformadas em processo e 2 transformadas em procedimento administrativo”.

Por sua vez, o Conselho Federal de Medicina, entidade que julga os recursos apresentados em processos do tipo, não possui um levantamento a nível nacional sobre as denúncias de assédio e estupro que chegam aos conselhos regionais.

“As pessoas sabem [dos mecanismos de denúncia] mas existe o constrangimento”, opina o cardiologista Julio Braga, vice-presidente do Cremeb (Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia).

São poucas as denúncias que chegam ao órgão, segundo ele. Em um ano, foram “duas ou três” casos no estado. Ele explica que a necessidade de narrar a violência, ocorrida em “momento de relação íntima profissional”, às autoridades pode afastar as vítimas.

Nessas ocorrências, o papel das entidades é de determinar se houve alguma violação ética. “Se o médico usar a questão da confiança por parte do paciente, da sedação, do uso de medicamentos...”, exemplifica o médico.

Se, por esse caminho, os registros são poucos, há outra porta de entrada: as

delegacias. Um levantamento do site Intercept Brasil, feito com base nos dados de secretarias de segurança, deu conta de mais de mil casos reportados em nove Estados brasileiros. Especialistas estimam que crimes do tipo, de cunho sexual, sejam ainda subnotificados.

Por trás do silêncio

São poucas as ocorrências que chegam às vias institucionais. O que iniciativas como a campanha #ondedói apontam — e os depoimentos compartilhados pela hashtag indicam — é que há uma série de obstáculos no caminho de quem sofre violência e que leva ao silêncio.

O primeiro problema, como explica Nina Marqueti, diz respeito à violência em si, que pode passar despercebida. Ou seja, atitudes abusivas podem ser interpretadas como procedimento padrão pelas pacientes.

“A gente sente o desconforto, percebe que tem alguma coisa errada mas está em uma situação muito vulnerável, em que não sabe qual o procedimento”, sintetiza a porta-voz da campanha.

A advogada Amarílis Costa, membra executiva das Comissões da Mulher Advogada e de Igualdade Racial da OAB-SP (Ordem dos Advogados do Brasil), também destaca o problema.

“As mulheres não conseguem dizer se aquele toque ultrapassa o profissional”, resume a advogada, que atende casos de violência contra a mulher em ambientes médicos, em especial sofridos por mulheres negras. “É uma relação de confiança com uma pessoa que se entende como tendo aptidão técnica”.

Amarílis nota um padrão entre as mulheres que a procuram para apoio jurídico. Em geral, elas só buscam advogados depois de uma “terceira pessoa” apontar o problema.

“Em um momento de diálogo, essas mulheres dividem o desconforto com uma amiga, que diz ‘você foi vítima de uma violência sexual’. Só depois disso ela começa a conjecturar a possibilidade de acessar as vias legais”, explica.

Uma vez identificada a violência, surge outra barreira: a de acolhimento e denúncia.

O caso de Nina ilustra um dos dilemas de quem sofre violência cometida por médicos: a descrença ao narrar o ocorrido. Ela conta que não teve apoio da família para comunicar o caso às autoridades, anos atrás — o que a fez sentir “sozinha e desamparada”.

“A família de outra vítima [do mesmo médico], abusada aos 13 anos de idade, foi prontamente à delegacia e denunciou”, exemplifica.

O tabu em torno da violência sexual, somado à figura de autoridade do médico, contribuem para que a vítima se cale. “Quando a gente passa por um processo de deslegitimação dessa experiência, tenta se convencer de que nada aconteceu”.

Iniciativas como a #ondedói chamam a atenção para outro lado do problema, da desinformação sobre opções de denúncia. A porta-voz do projeto afirma que nem todas as mulheres conhecem os órgãos que podem receber denúncias, como os conselhos regionais.

E nem todos esses canais, como aponta a advogada Amarílis Costa, oferecem um ambiente acolhedor para quem sofreu violência.

“Já parou para pensar em como é estar sozinha em uma fila de triagem na delegacia, tendo que informar que foi estuprada?”, questiona a jurista. Ao longo do processo, a vítima tem ainda de narrar o próprio trauma repetidas vezes — o que piora o quadro para quem busca ajuda.

Mesmo os casos que chegam às vias institucionais encontram outros obstáculos, como a obtenção de provas. Em muitas ocorrências, não há testemunhas nem registros em imagem, vídeo ou áudio do que aconteceu.

“Muitas vezes nem há outra pessoa na sala, o acompanhante ou funcionário que estava lá saiu”, pontua Julio Braga, vice-presidente do Cremeb. Para resolver o impasse, a busca por evidências indiretas faz diferença: por exemplo, registros no prontuário que comprovem que a consulta aconteceu e que o médico estava presente no momento do delito.

Amarílis cita outras possibilidades: filmagens de áreas externas (“que mostram o estado da vítima quando entrou e quando saiu do consultório”), declarações de testemunhas e laudos.

Por outro lado, ela ressalta que em “pouquíssimos casos” é possível comprovar a materialidade do crime — ou seja, reunir elementos físicos suficientes que mostram que algo, de fato, aconteceu.

“Isso é pouco recorrente porque os médicos têm conhecimento do que podem ou não fazer para não gerar provas”, detalha a advogada. Por exemplo, há sedativos que não deixam rastros e mesmo atos violentos que não deixam marcas físicas.

Como e onde denunciar

Há dois caminhos possíveis e paralelos à disposição das vítimas. Um deles é o de conselhos regionais, que coletam informações sobre casos e podem cassar os médicos responsáveis.

É possível registrar o caso pela internet, por meio do site do conselho regional em que o delito aconteceu. As denúncias não podem ser anônimas, mas a vítima pode solicitar que sua identidade seja mantida em sigilo desde o início.

A partir daí, a entidade abre uma sindicância para apurar os primeiros detalhes — por exemplo, solicitar registros do hospital em que o crime ocorreu. Depois de reunidos tais materiais, o processo é aberto.

Os passos seguintes assemelham-se aos de um processo legal comum. O denunciado é chamado para apresentar sua versão, e as testemunhas convocadas a falar. Também cabe às autoridades questionar a vítima sobre o ocorrido.

Como resposta, as penas variam de censura pública (publicada em jornais de alcance nacional ou no diário oficial) até suspensão por 30 dias e, em casos mais graves, a cassação. Ao longo do processo, as entidades podem pedir ainda a interdição cautelar do médico, para que ele não exerça a profissão nesse período.

“É importante cobrar dos conselhos de medicina que fiscalizem e garantam a exclusão dessas pessoas de seus quadros”, opina Amarílis Costa. “Além disso, que façam uma divulgação mais ampla e estabeleçam um diálogo aberto com a sociedade civil”.

O segundo caminho é a denúncia em uma delegacia, que leva a um processo no âmbito penal. Novamente, é necessário reunir provas que ajudem a comprovar o crime. Para dar seguimento ao processo, a vítima pode recorrer a órgãos como a Defensoria Pública para obter apoio jurídico.

Uma listagem dos serviços disponíveis — de psicólogas solidárias a juristas, passando por grupos de apoio — foi disponibilizada pela campanha #ondedói.

Os planos futuros incluem o desenvolvimento de uma cartilha que detalhe os direitos das vítimas e quais são as condutas adequadas em procedimentos médicos. O site ainda recolhe casos de abuso para mapeamento do problema, por meio de um formulário.

“Eu acreditei por muito tempo que só era eu, me culpava e me perguntava: o que eu fiz para passar por isso?”, diz Nina Marqueti. “Mas nós precisamos falar das nossas dores porque muita gente sofre achando que está sozinha. É muito pesado ser a única pessoa vítima de um médico”.

Por Priscila Bellini

Conselho de Medicina inclui gestantes na lista de exceções

dos pacientes que podem recusar tratamentos

Recusa terapêutica de mulheres grávidas pode ser contestada em caso de “abuso de direito” da mãe sobre o feto, determina resolução do Conselho Federal de Medicina. Promotora do MP vê brecha para aumento da violência obstétrica. Obstetras pedem diálogo entre mães e médicos.

[\(G1, 26/09/2019 - acesse no site de origem\)](#)

Uma resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) estabeleceu novas normas éticas para a atuação dos médicos nos casos em que um paciente recusa algum tipo de procedimento. Segundo a norma, publicada segunda-feira (16) no Diário Oficial da União, todo paciente “**maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente**” pode optar pela “recusa terapêutica” para “qualquer tratamento eletivo” desde que não haja risco para a saúde de terceiros ou doença transmissível (*veja íntegra ao fim do texto*).

No entanto, a resolução determina que as mulheres grávidas também estão nesta lista de exceções. O CFM aponta que a recusa de uma grávida “deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe e feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto.”

Veja os principais pontos da nova norma:

- Regra permite que pacientes recusem procedimentos médicos desde que não haja **risco para a saúde de terceiros** ou **doença transmissível**.
- Recusa de **mulheres grávidas** é considerada **exceção** e pode permitir que médico classifique a situação como **abuso de direito da mãe em relação ao feto**.
- Resolução determina que **médicos comuniquem ao diretor técnico** do hospital quando discordarem da recusa da gestante, mas **não deixa claro o que ocorre com profissionais** que não o fazem.

- Em situações de urgência com **iminente perigo de morte**, médico fica **autorizado a tomar todas as medidas** necessárias, independentemente da recusa terapêutica do paciente.

A exceção é vista com ressalvas por especialistas em direito e saúde da mulher. Enquanto alguns apontam que o trecho pode estimular procedimentos que a mulher não deseja durante o parto - entre eles a episiotomia (corte feito entre a vagina e o ânus para ampliar o canal de parto) e a manobra de Kristeller (pressão na parte superior do útero para facilitar a saída do bebê) -, outros afirmam que a regra é necessária para garantir a vida da mãe e do feto em situações de emergência.

O **G1** tentou entrevista com o relator da norma, mas não foi atendido. O CFM enviou uma nota na qual afirma que “a resolução não foi elaborada e aprovada com foco na assistência obstétrica” e que “em nenhuma das situações de discordância entre gestante e médico a resolução recomenda que o médico realize o procedimento à força, tampouco avança em equiparar, legalmente, o nascituro a uma criança nascida”.

“O médico não pode omitir-se diante do risco ao feto por recusa terapêutica da mãe”, completa o conselho em nota.

Violência obstétrica

Especialista em direito da mulher, Fabiana Dal’Mas Rocha Paes, promotora do Ministério Público de São Paulo (MP-SP), teme que a exceção seja aplicada para justificar cesarianas e outros procedimentos invasivos.

“Quando a norma fala que a recusa terapêutica deve ser analisada no binômio mãe e feto ela está dando ao médico o direito que ele faça, por exemplo, uma episiotomia, apesar da recusa terapêutica. No ponto de vista dessa resolução, uma recusa da mãe pode ser um abuso de direito”, diz.

Para ela, os médicos podem alegar abuso de direito e utilizar, de maneira indiscriminada, o trecho da norma que permite a conduta contrária a do paciente apenas em casos de urgência.

“No meu entendimento essa resolução é inconstitucional. Ela é discriminatória em relação à mulher”, afirma Fabiana Paes, promotora do MP-SP.

O CFM rebate as críticas de inconstitucionalidade, mas diz que ajustes podem ser feitos na resolução se a Justiça assim determinar.

“Não identificamos inconstitucionalidade em considerar abuso de poder a recusa terapêutica materna em realizar um procedimento que afastará o perigo à vida do filho”, diz o conselho em nota.

“O princípio da igualdade consiste em tratar desigualmente os desiguais. Não é possível, dentro desse princípio constitucional, tratar igualmente pessoas diferentes, em situações diferentes. Haveria ofensa ao princípio da igualdade o tratamento desigual entre duas gestantes em condições semelhantes.”

A promotora acredita ainda que a norma pode aumentar e legitimar casos de violência obstétrica, que ocorre quando a gestante sofre atos categorizados como fisicamente ou psicologicamente violentos no contexto do trabalho de parto.

“Eu não sei se essa foi a intenção, mas essa norma pode justificar e aumentar a violência obstétrica. Eu não quero criticar a figura do médico obstetra, mas acho que o sistema de saúde pode ser muito violento contra as mulheres. É esse sistema que precisa ser reformulado”, completa.

Para o CFM, a norma não garante ao médico o direito de que procedimentos sejam feitos à força.

“Por exemplo, se uma mulher gestante que se recusa a se submeter a uma cesariana e o bebê está pronto para nascer e com sofrimento fetal, o médico tem a possibilidade de não aceitar a recusa terapêutica, pois isso pode representar a morte da criança e até da mulher”, afirma o CFM.

“Em situações assim, não significa que o ato será feito à força, mas [a resolução] dá ao médico o direito de acionar as autoridades competentes para tomada de providências. Sem essa resolução, isso significaria quebra do sigilo médico.”

Diálogo no pré-natal

Apesar das críticas, o trecho da norma que coloca gestantes em condição de exceção é considerado válido e necessário por diversos profissionais.

A pediatra [Ana Escobar, colunista do G1](#), acredita que a norma não vai ser utilizada pelos médicos para justificar procedimentos desnecessários para a gestante.

“Eu acho que os médicos vão usar esse dispositivo em relação a coisas mais graves, como quando a mãe tem doenças como hipertensão e diabetes, que trazem diversos riscos para o bebê, e não quer se tratar”, avalia a pediatra Ana Escobar.

Ela destaca ainda que o médico não pode obrigar a mãe a realizar um procedimento indesejado com base na nova resolução, exceto em situações de urgência e risco de vida.

“O médico vai ter que alegar objeção de consciência pra discordar da mãe. Ele não pode obrigá-la, ele só pode recusar o atendimento, a não ser que seja uma situação de urgência. Por exemplo, quando o bebê está em sofrimento fetal e a mãe se recusa a fazer cesárea. Nesse caso, o médico pode se usar da condição de urgência e aí ele pode fazer a cesárea mesmo à revelia da mãe”, explica.

Segundo Escobar, o mais importante é valorizar o debate entre paciente e médico para que situações de discordância em relação a recusas terapêuticas sejam cada vez mais raras.

“O cerne da questão é que ambos, mães e médicos, são responsáveis pelas decisões. Os médicos tem que embasar seus atos com conhecimento científico e o paciente não pode se deixar levar por um modismo, ele tem o direito de ser esclarecido pelos profissionais”, diz a pediatra.

Para o médico obstetra Alberto Guimarães, criador do programa Parto Sem Medo, a resolução poderia ser mais eficaz na promoção do diálogo entre médicos e pacientes.

“Essa discussão, sobre as escolhas das mães e dos médicos no parto, estava

ficando interessante, e aí vem esse retrocesso. Eles [CFM] poderiam, ao invés de normatizar, trazer esse debate para o meio profissional”, diz.

“Nós estamos em um momento em que muitos médicos ainda não entenderam que a gente pode ser útil sem impor, para que ao final da experiência a mulher entenda a necessidade dos procedimentos”, afirma o obstetra Alberto Guimarães.

Apesar disso, Guimarães reconhece que a norma pode ser útil em algumas situações.

“Eu entendo a questão técnica de uma mulher que nega, por exemplo, que o médico ausculta o bebê durante o parto. Isso seria uma situação grave em que o médico realmente poderia alegar abuso de direito da mãe, eu diria que realmente ela está extrapolando”, afirma.

O CFM cita, como exemplo de caso em que a mãe exerce abuso de direito sobre o feto, o caso de uma [mãe em trabalho de parto que recusou-se a ser internada, deixando o hospital sem alta médica, em 2014](#).

A equipe médica acionou o Ministério Público e a promotoria entendeu que bebê e mãe corriam risco. Diante disso, a Justiça deferiu o pedido do MP obrigou a mulher a fazer a cesárea.

“A conduta daquela equipe médica está expressamente amparada pela Resolução. Antes, era necessária uma construção jurídica a partir do Código de Ética Médica. A Resolução facilita a atuação dos médicos em casos semelhantes”, destaca o conselho, em nota.

Recusa religiosa

A Resolução CFM nº 2232/19, publicada em 16 de setembro, substitui uma norma anterior do CFM, de setembro de 1980.

Na resolução anterior havia diversas citações às testemunhas de Jeová que foram retiradas na nova regra. Como muitas testemunhas de Jeová acreditam que não se pode aceitar transfusões de sangue ou doar ou armazenar seu próprio sangue para transfusão, a norma antiga estabelecia regras para a realização desse tipo de procedimento.

Segundo o conselho, a retirada expressa da referência a uma religião foi consequência da implementação de uma regra geral, que se aplica a todos.

“A recusa terapêutica é um direito pessoal, independente dos vínculos religiosos do paciente. A recusa à transfusão de sangue não é, no contexto da nova Resolução, diferente da recusa à amputação de uma perna ou de um braço. Logo, não havia mais necessidade de se tratar especificamente da recusa terapêutica à transfusão de sangue”, explica o CFM.

Íntegra da resolução

RESOLUÇÃO Nº 2.232, DE 17 DE JULHO DE 2019

Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013,

CONSIDERANDO que a Constituição Federal (CF) elegeu a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República;

CONSIDERANDO o Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940), em especial o inciso I do § 3º do art. 146, que exclui a tipicidade da conduta nos casos de intervenção médica sem o consentimento do paciente, se justificada por iminente perigo de morte;

CONSIDERANDO o disposto no Código Civil (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002) em relação à capacidade civil, à autonomia do paciente e ao abuso de direito;

CONSIDERANDO o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990);

CONSIDERANDO que a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, assegura direitos e proteção a pessoas com transtorno mental e autoriza sua

internação e tratamento involuntários ou compulsórios;

CONSIDERANDO o normatizado pelo Código de Ética Médica em relação aos direitos e deveres dos médicos e a autonomia dos pacientes;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.995/2012, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade;

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo a eles zelar e trabalhar, com todos os meios a seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina, pelo prestígio e pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente; e

CONSIDERANDO o decidido na sessão plenária de 17 de julho de 2019, resolve:

Art. 1º A recusa terapêutica é, nos termos da legislação vigente e na forma desta Resolução, um direito do paciente a ser respeitado pelo médico, desde que esse o informe dos riscos e das consequências previsíveis de sua decisão.

Art. 2º É assegurado ao paciente maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente, no momento da decisão, o direito de recusa à terapêutica proposta em tratamento eletivo, de acordo com a legislação vigente.

Parágrafo único. O médico, diante da recusa terapêutica do paciente, pode propor outro tratamento quando disponível.

Art. 3º Em situações de risco relevante à saúde, o médico não deve aceitar a recusa terapêutica de paciente menor de idade ou de adulto que não esteja no pleno uso de suas faculdades mentais, independentemente de estarem representados ou assistidos por terceiros.

Art. 4º Em caso de discordância insuperável entre o médico e o representante legal, assistente legal ou familiares do paciente menor ou incapaz quanto à terapêutica proposta, o médico deve comunicar o fato às autoridades competentes (Ministério Público, Polícia, Conselho Tutelar etc.), visando o melhor interesse do paciente.

Art. 5º A recusa terapêutica não deve ser aceita pelo médico quando caracterizar abuso de direito.

§ 1º Caracteriza abuso de direito:

I - A recusa terapêutica que coloque em risco a saúde de terceiros.

II - A recusa terapêutica ao tratamento de doença transmissível ou de qualquer outra condição semelhante que exponha a população a risco de contaminação.

§ 2º A recusa terapêutica manifestada por gestante deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto.

Art. 6º O médico assistente em estabelecimento de saúde, ao rejeitar a recusa terapêutica do paciente, na forma prevista nos artigos 3º e 4º desta Resolução, deverá registrar o fato no prontuário e comunicá-lo ao diretor técnico para que este tome as providências necessárias perante as autoridades competentes, visando assegurar o tratamento proposto.

Art. 7º É direito do médico a objeção de consciência diante da recusa terapêutica do paciente.

Art. 8º Objeção de consciência é o direito do médico de se abster do atendimento diante da recusa terapêutica do paciente, não realizando atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Art. 9º A interrupção da relação do médico com o paciente por objeção de consciência impõe ao médico o dever de comunicar o fato ao diretor técnico do estabelecimento de saúde, visando garantir a continuidade da assistência por outro médico, dentro de suas competências.

Parágrafo único. Em caso de assistência prestada em consultório, fora de estabelecimento de saúde, o médico deve registrar no prontuário a interrupção da relação com o paciente por objeção de consciência, dando ciência a ele, por escrito, e podendo, a seu critério, comunicar o fato ao

Conselho Regional de Medicina.

Art. 10. Na ausência de outro médico, em casos de urgência e emergência e quando a recusa terapêutica trouxer danos previsíveis à saúde do paciente, a relação com ele não pode ser interrompida por objeção de consciência, devendo o médico adotar o tratamento indicado, independentemente da recusa terapêutica do paciente.

Art. 11. Em situações de urgência e emergência que caracterizarem iminente perigo de morte, o médico deve adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida do paciente, independentemente da recusa terapêutica.

Art. 12. A recusa terapêutica regulamentada nesta Resolução deve ser prestada, preferencialmente, por escrito e perante duas testemunhas quando a falta do tratamento recusado expuser o paciente a perigo de morte.

Parágrafo único. São admitidos outros meios de registro da recusa terapêutica quando o paciente não puder prestá-la por escrito, desde que o meio empregado, incluindo tecnologia com áudio e vídeo, permita sua preservação e inserção no respectivo prontuário.

Art. 13. Não tipifica infração ética de qualquer natureza, inclusive omissiva, o acolhimento, pelo médico, da recusa terapêutica prestada na forma prevista nesta Resolução.

Art. 14. Revoga-se a Resolução CFM nº 1.021/1980, publicada no D.O.U. de 22 de outubro de 1980, seção I, parte II.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA

Presidente do Conselho

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-Geral

Por Patrícia Figueiredo

Vítimas de estupro podem ter direito de aborto negado em caso de ‘dúvida’, diz GDF

No mesmo dia em que o Distrito Federal passou a contar com nova lei que estabelece diretrizes para a criação de um programa de prevenção ao aborto, o GDF informou que mulheres grávidas, vítimas de estupro, podem ser submetidas a exame de DNA intrauterino caso haja dúvida sobre a paternidade, “se é decorrente de estupro ou se é do parceiro”.



Mulher exhibe as mãos durante ato pela legalização do aborto na Avenida Paulista, em São Paulo (Foto: Cris Faga/Fox Press Photo/Estadão Conteúdo)

A declaração do governo sobre o procedimento adotado na rede pública de

saúde foi prestada pela Secretaria da Casa Civil quando o **G1** solicitou informações a respeito da rede de amparo à mulher vítima de violência sexual (**leia íntegra da nota ao final da reportagem**)

Informado pelo Ministério da Saúde que o SUS não realiza este tipo de exame de DNA, o **G1** questionou a Secretaria de Saúde, que negou que procedimento seja feito na rede pública. Segundo a coordenadora do Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência, Fernanda Falcomer, nos casos de dúvida “da mulher ou da equipe” em relação à paternidade ou à veracidade do relato de violência, o aborto não é feito.

“É um risco. A equipe não vai se responsabilizar em fazer um procedimento se tiver dúvida.”

Segundo ela, este não é o cenário da maioria dos casos que chegam à rede pública. “Entre 80% e 90% das mulheres fazem o aborto. Todos os cuidados são tomados para que ela não sofra ainda mais.” Nos casos de estupro cometido pelo parceiro, a coordenadora afirmou que a vítima precisa deixar isso claro à equipe médica.



Uma ativista participa de ato para marcar o Dia da Mulher na Avenida Paulista, em São Paulo (Foto: André Penner/AP)

Para a presidente e pesquisadora do Instituto de Bioética Anis, Vanessa Dios, quando há dúvida, o correto seria fazer o aborto. “A mulher assina um termo de compromisso em que se responsabiliza, inclusive criminalmente, pelo relato de estupro.”

“Não fazer o aborto na dúvida é partir do princípio que a mulher não sabe o que é melhor pra ela mesma.”

A advogada e professora de direito penal do UniCeub Carolina Costa Ferreira considera problemática a questão de gênero subentendida nas informações do governo. “Não faz nenhum sentido fazer a distinção de estupro e [relação sexual com] marido, porque parte do pressuposto de que o marido nunca poderá praticar estupro.”

“Vai contra as estatísticas de violência sexual, já que a maior parte é praticada por pessoas da família.”

Além de sugerir a distinção, para a pesquisadora da Anis, a explicação do GDF faz referência ao tipo de tratamento que as mulheres que buscam o SUS para fazer um aborto legal recebem das equipes médicas. “A mulher tem que contar a mesma história para toda a equipe e se houver discordância, pode ser taxada de mentirosa.”

Ela afirmou que pode haver casos de mulheres casadas que sofreram violência sexual e desejam fazer o exame para atestar a paternidade, mas é “incomum” considerando o perfil das mulheres que buscam atendimento no serviço público de saúde.

“Quem procura o SUS para abortar é porque não pode pagar pelo procedimento. A mulher que pode pega um avião para um país vizinho ou paga pelo aborto em uma clínica clandestina. A mulher branca, rica, escolarizada não entra nas estatísticas.”

Segundo ela, o exame de DNA intrauterino é um procedimento caro e cujo resultado pode levar mais semanas para sair. “Se isso estiver sendo tratado como condição para fazer o aborto legal, é realmente assustador, porque é dizer pra essas mulheres: Você não vai fazer.”



Mulheres fazem ato feminista em Curitiba (Foto: Giuliano Gomes/Agência PR Press)

Para a assessora parlamentar e socióloga do Centro de Estudos Feministas (Cfemea), Jolúzia Batista, o procedimento revela “que o serviço de saúde está tomado por concepções morais e religiosas.”

“Não faltam casos de mulheres que são agredidas por enfermeiros e assistentes sociais, inquiridas sobre se o aborto foi espontâneo mesmo.”

Segundo ela, faz parte do protocolo realizar exames de sangue e ecografia para identificar a idade gestacional, que é comparada com o período da violência sexual relatado pela vítima. Se as datas não corresponderem, os médicos podem negar que tenha havido estupro.

A Portaria nº 415 do Ministério da Saúde, que institui a prática do aborto

legal no SUS, prevê acolhimento, medicação de anticoncepcional, interrupção da gestação e guarda de material genético “quando couber”.

A secretaria informou que o DF conta com o Programa de Interrupção Gestacional Previsto em Lei desde 1996, que segue diretrizes do Ministério da Saúde. No Brasil, o aborto é permitido somente em casos de estupro, risco de morte da mãe e quando o feto é diagnosticado com anencefalia - inexistência de cérebro.

Segundo a pasta, gestantes nestas circunstâncias são encaminhadas ao Hospital Materno Infantil de Brasília (Hmib), onde recebem atendimento de uma equipe multidisciplinar, formada por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

Objecção de consciência

De acordo com o Código de Ética do Conselho Federal de Medicina, o médico tem autonomia para se recusar “a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje”, mas com ressalvas. Na ausência de outro profissional, em casos de urgência ou quando a recusa possa gerar danos à saúde do paciente, o médico deve fazer o atendimento.

No site oficial do conselho, um texto publicado em novembro de 2016 fala em “ditadura da vontade do paciente” ao expor posicionamento sobre o direito de objecção de consciência. “A afirmação da autonomia privada do paciente, por vezes determinante, tem deixado de lado a expressão da vontade do médico, que tem se submetido, em algumas situações, à ‘ditadura’ da vontade do paciente.”

Segundo a pesquisadora da Anis Vanessa Dios, amparados pelo direito de objecção de consciência, é comum que médicos façam uma série de exigências, que nem sempre têm amparo legal, para impedir que a mulher leve adiante a intenção de abortar.

“Há quem diga que é preciso fazer boletim de ocorrência e exame de corpo de delito antes do atendimento. Isso era condição em 1999, quando a

norma foi criada. Mas hoje entende-se que, primeiro, a mulher deve buscar o serviço de saúde.”

Contrário a este entendimento, o projeto de lei nº 6.335 pretende ampliar o direito de objeção de consciência médica ao estabelecer punições civis e penais - além das administrativas previstas pelo Conselho de Medicina.

Proposto pelo deputado Gonzaga Patriota (PSB-PE), o projeto tramita na Câmara dos Deputados desde 2009. O parecer foi aprovado na Comissão de Constituição e Justiça em setembro de 2015 - próxima etapa é votação em plenário.

Nota Secretaria de Saúde

“Nos hospitais regionais do DF, uma equipe de referência presta atendimento em situações que envolvem a violência sexual. Este grupo faz o acolhimento especializado e providencia todos os cuidados médicos e encaminhamentos necessários (notificação, profilaxia contra DST/AIDS, Hepatite B e de gravidez). Além disso, é oferecido acompanhamento psicossocial, realizado por psicólogo e assistente social.

As vítimas podem ser acompanhadas por psicólogos dentro de algum Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV) e são encaminhadas para a Rede de Proteção formada pela Secretaria de Saúde e outros órgãos do governo, Vara da Infância e Juventude, Tribunais, Conselhos Tutelares e Órgãos não governamentais.

A mulher grávida, em decorrência do estupro, deve procurar o Programa de Interrupção da Gestação Fruto de Violência no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) para realizar o procedimento.

Ela será atendida por uma equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro, psicólogos e assistentes sociais. A mulher será acolhida, serão pedidos exames laboratoriais e a ecografia gestacional. Poderá ser solicitado, também, o exame de DNA intraútero nos casos em que houver dúvida sobre se a gravidez é decorrente de estupro ou se é do parceiro.”

44% dos médicos cassados no CFM são por assédio sexual

Segundo dados divulgados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), 44% das cassações de registros profissionais de médicos ocorridas no país desde 2009 tiveram como causa o assédio sexual contra pacientes. Neste período, 61 médicos brasileiros foram julgados culpados pelo conselho por algum delito ético. Destes, 27 casos envolveram assédio sexual.

19

[\(Revista Fórum, 19/04/2017 - Acesse o site de origem\)](#)

Em 2011 houve recorde de cassações por este motivo, mesmo ano em que Roger Abdelmassih perdeu o registro após ser considerado culpado por violência sexual contra pacientes de sua clínica de reprodução assistida. Ele acabou condenado pela Justiça a 278 anos de prisão por 48 estupros.



Naquele ano, das 13 cassações acompanhadas pelo órgão, dez estavam relacionadas com denúncias de assédio sexual, o que representa 77% do total. Para Roberto Luiz d'Avila, presidente do CFM, a ampla divulgação da condenação de Abdelmassih pode ter acarretado um aumento de denúncias

por estimular vítimas de outros médicos a procurarem as autoridades.

Médicos transgêneros podem usar nome social em documentos administrativos

O Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou nesta semana entre os conselhos regionais orientação para que médicos transgêneros possam usar o nome social em documentos internos, como crachás, folhas de ponto e contracheques em seus locais de trabalho. O parecer da entidade, porém, não inclui a alteração da carteira profissional, que vale como documento de identificação civil e precisa de autorização judicial para ser modificada.

[\(Agência Brasil, 15/12/2016 - acesse no site de origem\)](#)

O entendimento foi expresso em parecer da Coordenadoria Jurídica do CFM e serve como orientação sobre como deve ser enfrentada a dificuldade relatada pelos médicos transgêneros para serem identificados em seus locais de trabalho. [Advogados já contam com orientação semelhante desde julho.](#)

O Decreto nº 8.727/2016, publicado em abril deste ano também [dá esse direito a profissionais do serviço público federal. Pacientes do Sistema Único de Saúde](#) e candidatos do Exame Nacional de Ensino Médio (Enem) também contam com esse direito expresso em normas.

Aline Leal; Edição: Graça Adjuto

Gravidez depois dos 50: CFM revisa regras e elimina restrições

(Correio Braziliense, 23/09/2015) Conselho Federal de Medicina revisa as regras e elimina restrições para a fertilização de mulheres acima da faixa etária ideal, desde que assumam riscos com os médicos. Regra já deve valer a partir de amanhã, com publicação do ato no Diário Oficial

Mulheres com mais de 50 anos podem tentar engravidar por meio técnicas de reprodução assistida, contanto que assumam, junto com os médicos, os riscos que a gravidez pode causar. Antes, havia uma restrição à prática, caso a mulher tivesse mais de 50 anos. Agora, se ela estiver ciente dos riscos e o médico a apoiar, o procedimento poderá ser realizado.

A decisão foi anunciada ontem pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que atualizou a resolução sobre a reprodução assistida. O novo texto deve ser publicado na edição de amanhã do Diário Oficial da União, quando as normas passarão a valer. A gravidez em idade mais avançada aumenta em 50% a 60% os perigos para a saúde da mãe, podendo provocar diabetes e hipertensão gestacional, e também para o feto, que pode nascer prematuro.

Para José Hiran Gallo, tesoureiro e coordenador da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CFM, a decisão garante a autonomia das mulheres e o direito à reprodução: “Houve demanda. Nós continuamos defendendo que a idade é 50 anos, por isso colocamos a responsabilidade não só para as mulheres, mas também para o médico”, disse.

A funcionária pública Tatiana Bastos, 42 anos, utilizou métodos de reprodução assistida e, atualmente, espera a primeira filha. Para ela, a decisão do CFM é acertada, já que os médicos alertam sobre os riscos. “Hoje, as mulheres são mais saudáveis e chegam bem aos 50 anos, a expectativa de vida é maior. Eu mesma não tive nenhum problema. Desde que você se cuide, é uma gravidez normal”, afirmou.

Nívea Ribeiro

Acesse no site de origem: [Gravidez depois dos 50: CFM revisa regras e elimina restrições \(Correio Braziliense, 23/09/2015\)](#)

CFM quer tornar infração cirurgia eletiva antes da 38ª semana

(O Estado de S. Paulo, 14/07/2015) Conselho pretende criar regra para coibir abusos na indicação de cesáreas no Brasil; federação faz a mesma recomendação

O Conselho Federal de Medicina (CFM) deve discutir em agosto, durante a reunião plenária, uma regra para tentar coibir os abusos na indicação de cesáreas no Brasil. A proposta é tornar infração ética a indicação dessa forma de parto, por decisão da gestante, em um período anterior ao fim da 38.ª semana de gestação.

“Cesarianas eletivas devem ser marcadas para datas somente depois deste período”, defende o médico ginecologista José Hiran Gallo, representante do CFM e conselheiro do Conselho Regional de Medicina de Rondônia.

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) já recomenda que cesáreas eletivas (feitas pela escolha da gestante) sejam marcadas somente depois das 38 semanas. No entanto, muitos profissionais, com medo de que a mulher entre em trabalho de parto antes deste período, preferem antecipar a data da cirurgia.

O resultado é que, além de ser campeão mundial de cesáreas, o Brasil enfrenta um aumento expressivo do número de bebês nascidos

prematuramente. As taxas chegam a 12%, uma das mais altas do mundo.

O fenômeno, além de aumentar o risco para bebês e para gestantes, resulta em um impacto importante para os custos em saúde. Em 2013, 84,5% dos partos realizados no sistema de saúde suplementar foram por meio de cesárea. Em 2004, o percentual era de 74%. Na rede pública, o indicador é menor (40%), mas também está muito acima dos 15% que são recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Especialistas costumam atribuir a dificuldade do Brasil em reduzir os índices de mortalidade materna à indicação desnecessária desse tipo de procedimento em todo o País.

Gallo admite haver abusos na indicação de cesáreas no País. Mesmo assim, é contrário às regras anunciadas pelo governo no início do ano. “Precisamos melhorar o ensino, melhorar a infraestrutura dos hospitais”, avaliou o médico. Ele admite que tais mudanças somente poderão ser alcançadas a médio prazo.

Infraestrutura. A análise de dados sobre cesáreas e bebês prematuros, no entanto, mostra que o problema é mais grave em regiões onde há maior infraestrutura hospitalar.

No Brasil, a frequência de bebês prematuros é mais alta nos Estados de São Paulo, Minas e Distrito Federal. E essas crianças geralmente nascem em famílias de classe média.

A prematuridade, que normalmente é um problema de classes mais baixas, está relacionada ao crescimento intrauterino e ao risco de pré-eclâmpsia. Mas, no Brasil, diferentemente do resto do mundo, ocorre entre mulheres de melhores condições financeiras e com maior acesso à saúde.

Lígia Formenti

Acesse no site de origem: [CFM quer tornar infração cirurgia eletiva antes da 38ª semana \(O Estado de S. Paulo, 14/07/2015\)](#)

Conselhos de Saúde defendem ampliação das possibilidades de aborto legal

(Rede Brasil Atual, 05/05/2015) Entidades participaram de audiência pública no Senado para avaliar projeto que propõe assegurar interrupção voluntária da gravidez no SUS. Se aprovada, proposta tramitará como projeto de lei

O Conselho Federal de Medicina e o Conselho Nacional de Saúde defenderam hoje (5), em audiência pública no Senado Federal, a ampliação das possibilidades de aborto legal e a descriminalização das mulheres que optam pela prática. O encontro discutiu um projeto de iniciativa popular (Sugestão 15/2014) que propõe assegurar a interrupção voluntária da gravidez até a 12ª semana no Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta foi sugerida pela população pelo Portal E-Cidadania e teve apoio de pelo menos 20 mil pessoas.

Leia mais:

[Feministas temem por projeto sobre aborto legal 'ressuscitado' na Alerj \(O Dia, 07/05/2015\)](#)

[Proposta de legalização do aborto causa polêmica na CDH \(Senado Notícias, 05/05/2015\)](#)

[Palavras bonitas escondem desprezo à mulher, por Aline \(Carta Capital, 05/05/2015\)](#)

“O problema é a criminalização de quem fez. Ela já fez, o quer não dá é pra ser criminalizada na hora que ela mais precisa de apoio. Às vezes, ela vai para o médico e precisa de ir em quatro hospitais para ser atendida e quando é atendida ela fica ouvindo barbaridades na hora que estão fazendo a curetagem”, afirmou a presidente do Conselho Nacional de Saúde, Maria do

Socorro de Souza. O tema foi discutido por senadores, médicos, especialistas e interessados no tema.

O representante do Conselho Federal de Medicina, Henrique Silva, lembrou que apesar de ser um crime no país, uma em cada cinco mulheres em idade reprodutiva já fez aborto, o que totaliza pelo menos 5 milhões de brasileiras. Além disso, Silva destacou que quase 250 mil pessoas são internadas por ano para realizar curetagens após abortos. Ele defendeu a ampliação das possibilidades de aborto legal para assegurar a autonomia das mulheres e dos médicos.

Contrária à proposta, a médica obstetra Elisabeth Kipman afirmou que o aborto traz uma série de riscos às mulheres e aumenta os casos câncer de mama e de problemas psicológicos. A médica neonatologista Eliane Oliveira também considerou que a interrupção voluntária da gestação não pode ser assumida como método contraceptivo. “O abortamento mata uma criança inocente que não pode se defender. É uma violência devastadora com relação à mulher.”

O assunto também não é consenso entre os parlamentares. O relator do projeto, senador Magno Malta (PR-ES), defendeu que a questão seja discutida no Congresso Nacional. “O que nós não podemos fugir é do debate, de ouvir as pessoas, contra a favor. E quando se trata da vida nós não podemos de fato tomar qualquer tipo de posição açodada sem ouvir a sociedade.”

Hoje, o aborto só é autorizado no país, podendo ser realizado inclusive pelo SUS, quando a mulher é vítima de violência sexual, quando a gestação põe em risco sua vida, ou quando o bebê é anencéfalo. A regulamentação prevê que todas as unidades do SUS devem estar preparadas para os procedimentos médicos para a interrupção da gravidez. Além disso, as grávidas devem receber apoio psicológico e social de maneira a assegurar que elas tomem decisões conscientes e responsáveis.

A Comissão de Direitos Humanos (CDH) deve voltar debater a proposta em mais quatro audiências públicas interativas. O texto depende de aprovação da comissão para ser convertido em projeto de lei e tramitar no Senado. Em

caso de rejeição, a proposta será arquivada. “Vamos convidar pessoas que sejam a favor e contra. Vamos debater exaustivamente o ponto de vista da sociedade”, afirmou o presidente da comissão, senador Paulo Paim (PT-RS), em entrevista à Agência Senado.

Conselho apoia opção de aborto até 3º mês

(Folha de S. Paulo, 23/10/2014) O CFM (Conselho Federal de Medicina) defende que toda mulher deve ter autonomia para, até a 12ª semana de gestação, decidir se quer ou não interromper a gestação. A posição encontra resistência mesmo entre médicos.

A proposta da entidade foi encaminhada, em 2013, a uma comissão do Congresso Nacional que analisa a reforma do Código Penal Brasileiro.

O presidente do conselho, Roberto Luiz d’Avila, diz que até 12 semanas (3º mês) o risco para a gestante é menor e o sistema nervoso central do feto ainda não está formado.

O CFM diz que quem tem maior poder aquisitivo aborta ilegalmente de forma segura, mas “a grande maioria faz o procedimento na clandestinidade, em locais sem higiene e com pessoas sem preparo, colocando suas vidas em risco”.

“Isso configura um problema de saúde pública que, como tal, deve ser enfrentado em um amplo debate com a sociedade e com a definição de políticas públicas específicas.”

O entendimento não tem unanimidade na própria classe. Os conselhos regionais de Minas e Paraná, por exemplo, já se manifestaram contrários à

posição do órgão federal.

Em nota emitida na ocasião, o CRM-PR defendeu que o debate sobre o aborto fosse esgotado com a população antes de o CFM adotar a defesa da opção até a 12ª semana.

Segundo a nota, “o direito à vida deve prevalecer acima de tudo, o que faz [o CRM] rezear sobre a legalização da interrupção da gravidez até a 12ª semana segundo a vontade da gestante”.

O então presidente do CRM-MG, João Batista Soares, disse à Folha, na ocasião, que um terço dos 27 conselhos regionais foi contra a medida. “Entendemos que nossa obrigação primeira é com a vida. Existem situações especiais que justificam [o aborto]. Agora, simplesmente porque a mulher não quer ter aquele filho, aí somos contra.”

Apesar da posição da entidade, o CFM ressalta que não é a favor do aborto e que os médicos que fazem a prática, considerada criminosa, são julgados pelo conselho.

Para Edmundo Baracat, professor titular de ginecologia da USP, medidas de descriminalização do aborto precisam ser amplamente discutidas com a sociedade e os serviços de aborto legal precisam ser disponíveis a todas as mulheres que se enquadrarem.

Na campanha eleitoral, Dilma Rousseff (PT) e Aécio Neves (PSDB), os dois candidatos à Presidência da República que disputam o segundo turno, declaram ser contra a descriminalização do aborto.

CLANDESTINO

No Rio, duas mulheres morreram recentemente após abortos em clínicas clandestinas. Uma megaoperação prendeu na semana passada mais de 50 pessoas de uma quadrilha formada por médicos, advogados e policiais.

“Quantas mulheres vão ter que morrer para entendermos que a lei não tem efeito?”, questiona o ginecologista e obstetra Jefferson Drezett, coordenador do Ambulatório de Violência Sexual e de Aborto Legal do Hospital Pérola

Byington, em São Paulo.

Após seus dois abortos, a psicóloga Antônia (nome fictício), 30, teve que procurar ajuda médica. Em ambas as vezes, o procedimento foi realizado com remédios ilegais comprados na internet.

Por problemas médicos, Antônia não pode tomar anticoncepcional. Ela diz que tem se prevenido, mas afirma que abortaria de novo se fosse preciso.

Giovanna Balogh

Acesse o PDF: [Conselho apoia opção de aborto até 3º mês \(Folha de S. Paulo, 23/10/2014\)](#)