



ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

v. 32 - n. 128 - Out/Dez - 2015



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Órgão oficial do CRM-PR, é uma revista criada em 1984, dedicada a divulgação de trabalhos, artigos, legislações, pareceres, resoluções e informações de conteúdo ético, bioética, moral, Dever Médico, Direito Médico.

EDITOR

Ehrenfried Othmar Wittig

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Hernani Vieira (Sindijor 816)

JORNALISTAS ASSISTENTES

Bruna Bertoli Diegoli

Amália Dornellas

SECRETÁRIA

Cláudia Regina Muraro

DIAGRAMAÇÃO

Victória Romano

TRADUÇÃO

Lizandra Pezoti

CAPA

Criação: Rodrigo Montanari Bento

CIRCULAÇÃO

Edição Eletrônica

ENDEREÇOS

CRM-PR

Secretaria Rua Victório Viezzer, 84
Vista Alegre – 80810-340
Curitiba – Paraná – Brasil

E-mail

Protocolo/Geral
protocolo@crmpr.org.br

Secretaria
secretaria@crmpr.org.br

Setor Financeiro
financeiro@crmpr.org.br

Diretoria
diretoria@crmpr.org.br

Departamento Jurídico
dejur@crmpr.org.br

Departamento de Fiscalização
defep@crmpr.org.br

Departamento de Recursos Humanos
rh@crmpr.org.br

*Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos
e Comissão de Qualificação Profissional*
cqp@crmpr.org.br

Comissão de Atualização Cadastral de E-mails
correio@crmpr.org.br

Assessoria de Imprensa
imprensa@crmpr.org.br
comunicacao@crmpr.org.br

Biblioteca
biblioteca@crmpr.org.br

Site www.crmpr.org.br

Postal Caixa Postal 2208

Telefone 41 3240-4000

Fax 41 3240-4001

CFM cfm@cfm.org.br

Site www.portalmedico@cfm.org.br

E-mail jornal@cfm.org.br

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

GESTÃO 2013/2018

DIRETORIA - 01/06/2015 a 31/01/2017

Presidente:	Cons.	Luiz Ernesto Pujol
Vice-Presidente:	Cons.	Wilmar Mendonça Guimarães
Secretário Geral:	Cons.	Maurício Marcondes Ribas
1ª Secretária:	Cons ^a .	Keti Stylianos Patsis
2º Secretário:	Cons.	Alceu Fontana Pacheco Júnior
1º Tesoureiro:	Cons.	Clovis Marcelo Corso
2º Tesoureiro:	Cons.	Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Corregedor-Geral:	Cons.	Roberto Issamu Yosida
1º Corregedor:	Cons.	Álvaro Vieira Moura
2º Corregedor:	Cons.	Mauro Roberto Duarte Monteiro

CONSELHEIROS

Adônis Nasr

Afrânio Benedito Silva Bernardes

Alceu Fontana Pacheco Júnior

Alexandre Gustavo Bley (*licenciado em 26/03/14*)

Álvaro Vieira Moura

Carlos Roberto Goytacaz Rocha

Cecília Neves de Vasconcelos Krebs

Clóvis Marcelo Corso

Cristina Aranda Machado

Donizetti Dimer Giamberardino Filho

Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke

Fábio Luiz Ouriques

Fernando Cesar Abib

Gisele Cristine Schelle

Gláucia Maria Barbieri

Gustavo Justo Schulz (*licenciado em 30/04/14*)

Hélcio Bertolozzi Soares

Jan Walter Stegman

Jeziel Gilson Nikosky

José Carlos Amador

José Clemente Linhares

Julierme Lopes Melinger

Keti Stylianos Patsis

Lizete Rosa e Silva Benzoni

Lutero Marques de Oliveira

Marco Antônio do Socorro M. R. Bessa

Marília Cristina Milano Campos de Camargo

Maurício Marcondes Ribas

Mauro Roberto Duarte Monteiro

Nazah Cherif Mohamad Youssef

Paulo Cesar Militão da Silva

Regina Celi Passagnolo Sérgio Piazzetta

Roberto Issamu Yosida

Rodrigo Lucas de Castilhos Vieira

Tânia Maria Santos Pires Rodrigues

Teresa Cristina Gurgel do Amaral

Thadeu Brenny Filho

Viviana de Mello Guzzo Lemke

Wilmar Mendonça Guimarães

Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS NATOS

Duilton de Paola
Farid Sabbag
Luiz Carlos Sobânia
Luiz Sallim Emed
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Hécio Bertolozzi Soares
Gerson Zafalon Martins
Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Alexandre Gustavo Bley
Maurício Marcondes Ribas

DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO (DEFEP)

Gestor

Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha

Médicos fiscais de Curitiba

Dr. Elísio Lopes Rodrigues
Dr. Jun Hirabayashi
Dra. Teresa Ribeiro de Andrade Oliveira
Dr. Wellington Yschizaki

Médico fiscal do Interior

Dr. Paulo César Aranda (Londrina)

DEPARTAMENTO JURÍDICO

Consultor Jurídico

Adv. Antonio Celso Cavalcanti Albuquerque

Assessores Jurídicos

Adv. Afonso Proença Branco Filho
Adv. Martim Afonso Palma

SECRETARIA

Rua Victório Viezzer, 84 – Vista Alegre – Curitiba - Paraná – CEP 80810-340
e-mail: crmpr@crmpr.org.br – Telefone: (41) 3240-4000 – Fax: (41) 3240-4001

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

EDIÇÃO

Revista publicada trimestralmente nos meses de março, junho, setembro e dezembro.

Índice geral anual editado no mês de dezembro. Um único suplemento (I) foi editado em dezembro de 1997 e contém um índice remissivo por assuntos e autores de todos os 56 números anteriores, e está disponível na Home Page www.crmpr.org.br

REPRODUÇÃO OU TRANSCRIÇÃO

O texto publicado assinado nos "Arquivos", só poderá ser reproduzido ou transcrito, em parte ou no todo, com a permissão escrita da revista e autor e citação da fonte original.

RESPONSABILIDADE

Os conceitos expressos nos artigos publicados e assinados são de responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente o pensamento ou orientação do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Os "Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná", são editados no formato digital desde 2011, estando todas as suas edições disponíveis para consultas no Portal (www.crmpr.org.br)

NORMAS PARA OS AUTORES

A revista reserva-se o direito de aceitar ou recusar a publicação, de analisar e sugerir modificações no artigo

TEXTO – pareceres, leis, resoluções, monografias, transcrições e artigos para publicação devem ser enviados ao editor, em arquivo word para imprensa@crmpr.org.br. Os textos devem conter:

Título – sintético e preciso, em português e inglês.

Autor(es) – nome(s) e sobrenome(s).

Resumo – Breve descrição do trabalho em português, permitindo o entendimento do conteúdo abordado, externando o motivo do estudo, material e método, resultado, conclusão, encima do texto.

Palavras-chave, descritores e keywords – devem ser colocadas abaixo do resumo em número máximo de 6 (seis) títulos, em português e inglês.

Procedência – O nome da instituição deve ser registrado no rodapé da primeira página, seguindo-se o título ou grau e a posição ou cargo de cada autor e, embaixo, o endereço postal e eletrônico para correspondência do primeiro autor.

Tabelas – em cada uma deve constar um número de ordem, título e legenda.

Ilustrações (Fotos e Gráficos) – em cada uma deve constar um número de ordem e legenda. Fotografias identificáveis de pessoas ou reproduções já publicadas devem ser encaminhadas com a autorização para publicação.

Referências – devem ser limitadas ao essencial para o texto. Numerar em ordem seqüencial de citação no texto. A forma de referência é a do Index Medicus. Em cada referência deve constar:

Artigos – autor(es) pelo último sobrenome, seguido das iniciais dos demais nomes em letra maiúscula. Vírgula entre cada autor e ponto final após os nomes.

Ex.: Werneck LC, Di Mauro S.

Título do trabalho e ponto. Periódico abreviado pelo Index Medicus, sem ponto após cada abreviatura, mas ponto no final. Ano, seguido de ponto e vírgula. Volume e dois pontos, página inicial - final, ponto.

Livros – autor(es) ou editor(es). Título; edição se não for a primeira. Cidade da editoração. Ano e página inicial-final.

Resumo(s) – autor(es), título seguido de abstract. Periódico, ano, volume, página(s) inicial-final. Quando não publicado em periódico: publicação, cidade, publicadora, ano, página(s).

Capítulo do livro – autor(es). título. editor(es) do livro. Cidade de editoração, página inicial e final citadas.

Exemplo: Werneck LC, Di Mauro S. Deficiência Muscular de Carnitina: relato de 8 casos em estudo clínico, eletromiográfico, histoquímico e bioquímico muscular. Arq Neuropsiquiatr 1985; 43:281-295.

É de responsabilidade do(s) autor(es) a precisão das referências e citações dos textos.

ÍNDICE REMISSIVO

Consulte o índice remissivo por autores e assuntos dos primeiros 50 números, publicados no Suplemento I dos "Arquivos", no mês de dezembro de 1997 e, após, no último número de cada ano. Um índice completo está disponível na Home-Page www.crmpr.org.br Em caso de dúvida, consulte nossa bibliotecária em biblioteca@crmpr.org.br ou por telefone 0xx41 3240-4000.

ABREVIATURA

Arq Cons Region Med do PR

FICHA CATALOGRÁFICA

"Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná"

Conselho Regional de Medicina do Paraná

Curitiba, 2015;32(128):197-268

Trimestral

1. Ética 2. Bioética 3. Moral 4. Dever Médico 5. Direito Médico

I. Conselho Regional de Medicina do Paraná

Arq Cons Region Med do PR

ISSN 2238-2070

ABNT

DELEGACIAS REGIONAIS

APUCARANA

Eduardo Henrique Felipe de Paula (Diretor)
Ribamar Leonildo Maroneze (Vice-Diretor)
Sérgio Seidi Uchida (Secretário)
Artur Palú Neto
Leonardo Marchi
Ângelo Yassushi Hayashi
Jaime de Barros Silva Júnior
Pedro Elias Batista Gonçalves
Pieker Fernando Miglorini

CAMPO MOURÃO

Fábio Sinisgalli Romanello Campos (Diretor)
Rodrigo Seiga (Vice-Diretor)
Romildo Joaquim Souza (Secretário)
Artur Andrade
Carlos Roberto Henrique
Dairton Luiz Legnani
Fernando Dlugosz
Homero Cesar Cordeiro
Manuel da Conceição Gameiro

CASCADEL

Roberto Augusto Fernandes Machado (Diretor)
Pedro Paulo Verona Pérsio (Vice-Diretor)
Karin Erdmann (Secretária)
Amaury Cesar Jorge
André Pinto Montenegro
Antonio Carlos de Andrade Soares
Hi Kyung Ann
Joanito Soltoski
Juliana Gerhardt
Keith De Jesus Fontes

CURITIBA E LITORAL DO PARANÁ

Bruno Bertoli Esmanhoto (Diretor)
José Antonio Ferreira Martins (Vice-Diretor)
Marcelo Henrique de Almeida (Secretário)
Arare Gonçalves Cordeiro Júnior
Guilherme Mattioli Nicollelli
Filipe Carlos Caron

FOZ DO IGUAÇU

Marta Vaz Dias de Souza Boger (Diretora)
Eduardo Hassan (Vice-Diretor)
Jacilene de Souza Costa (Secretária)
Alexandre Antonio De Camargo
André Ricco
Isidoro Antonio Villamayor Alvarez
José Fernando Ferreira Alves
Luiz Henrique Zaions
Marco Aurélio Farinazzo
Tomas Edson Andrade da Cunha

FRANCISCO BELTRÃO

Marcio Ramos Schenato (Diretor)
Irno Francisco Azzolini (Vice-Diretor)
Vicente de Albuquerque Maranhão Leal (Secretário)
Aryzone Mendes de Araujo Filho
Badwan Abdel Jaber
Cícero José Bezerra Lima
Eduardo Katsusi Toshimitsu
José Bortolas Neto
Rubens Fernando Schirr
Silvana Amaral Kolinski Vielmano

GUARAPUAVA

Rita de Cássia Ribeiro Penha Arruda (Diretora)
Anderson Vinicius Kugler Fadel (Vice-Diretor)
Mariana Saciloto Cramer (Secretária)
Antonio França de Araújo
Antonio Marcos Cabrera Garcia
David Livingstone Alves Figueiredo
Francisco José Fernandes Alves
Frederico Eduardo Waperchovski Virmond
Frederico Guilherme Keche Virmond Neto
Gabriel Odebrecht Massaro

LONDRINA

Alcindo Cerci Neto (Diretor)
João Henrique Steffen Júnior (Vice-Diretor)
Fátima Mitsie Chibana Soares (Secretária)
Antonio Caetano de Paula
Fabio Ferreira Lehmann
Ivan José Blume de Lima Domingues
Ivan Pozzi
Luiza Kazuko Moriya

Mário Machado Júnior
Naja Nabut

MARINGÁ

Marcio de Carvalho (Diretor)
Vicente Massaji Kira (Vice-Diretor)
Paulo Roberto Aranha Torres (Secretário)
Ana Maria S. Machado de Moraes
Katia Hitomi Nakamura
Cesar Helbel
Fabiola Menegoti Tasca
Luiz Alberto Mello e Costa
Manuel Duarte Gilberto
Mariane Arns

PARANAÍ

Leila Maia (Diretora)
Hortência Pereira Vicente Neves (Vice-Diretora)
Atílio Antônio Mendonça Accorsi (Secretário)
Anizia Leontina Rigodanzo Canuto
Bruno Eduardo de Camargo
Cleonir Moritz Rakoski
Custodio Fernandes
Ludovico da Cunha Blasczyk
Luiz Carlos Cerqueira
Rubens Costa Monteiro Filho

PATO BRANCO

Pedro Soveral Bortot (Diretor)
José Renato Pederiva (Vice-Diretor)
Ayrton Martin Maciozek (Secretário)
Abdul Sebastião Pholman
Artemio Juraci Cardoso da Silva
Elisabeth Ostapiv Correa
Geraldo Sulzbach
Gilberto Lago de Almeida
Ricardo Antonio Hoppen
Vanessa Bassetti Prochmann Esber

PONTA GROSSA

Ladislao Obrzut Neto (Diretor)
Tatiana Menezes Garcia Cordeiro (Vice-Diretora)
André Scartezini Marques (Secretário)
Adalberto Riccardo Baldanzi
Joelson José Gulin
Luiz Jacintho Siqueira

Meirerson Reque
Northon Arruda Hilgenberg
Pedro Paulo Rankel
Rubens Adão da Silva

RIO NEGRO

Militino da Costa Júnior (Diretor)
Leandro Gastim Leite (Vice-Diretor)
Jacy Gomes (Secretário)
Ana Helena Stolte
Helton Boettcher
Jonas de Mello Filho

SANTO ANTÔNIO DA PLATINA

José Mário Lemes (Diretor)
José Roberto Boselli Junior (Vice-Diretor)
Sergio Bachtold (Secretário)
Carlos Maria Luna Pastore
Celso Aparecido Gomes de Oliveira
Hélio Renato Lechinewski
Patricia Roberta de Vicente
Sílvia Aparecida Ferreira Dias Gonçalves
Sulaiman El Tauil
Walter Kiyoshi Iamamoto

TOLEDO

José Afrânio Davidoff Junior (Diretor)
Ivan Garcia (Vice-Diretor)
Gláucio Luciano Bressanim (Secretário)
Eduardo Gomes
José Maria Barreira Neto
Milton Miguel Romeiro Berbicz
Nilson Fabris
Valdir Faé

UMUARAMA

Sandra Mara Oliver Martins Aguilar (Diretora)
Augusto Legnani Neto (Vice-Diretor)
Fabiano Correa Salvador (Secretário)
Alexandre Thadeu Meyer
Antonio Francisco Ruaro
Edson Morel
Juscélio de Andrade
Mauro Acácio Garcia
Oswaldo Martins de Queiroz Filho
Sílvio Roberto Correa

SUMÁRIO

ARTIGOS ESPECIAIS

Maiêutica do Homem – A Obstetrícia à Luz da Ética <i>Carolina de Souza Ribeiro Vitorasso</i>	208
Contra a cultura da impunidade <i>Carlos Vital Tavares Corrêa Lima</i>	232
Viver da Medicina ou para a Medicina? <i>Donizetti Dimer Giamberardino Filho</i>	235
Carreira de médico de Estado e a luz que se acende como suporte ao SUS <i>Luiz Ernesto Pujol</i>	238

RECOMENDAÇÃO CFM

Orientação sobre a prevenção e a vacinação contra o HPV <i>CFM</i>	240
---	-----

RESOLUÇÃO CFM

Uso da internet e redes sociais para divulgar atividades médicas <i>CFM</i>	243
--	-----

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do Paraná

Serviço de consulta automatizada de informações públicas <i>CFM</i>	245
Critérios para direção técnica de unidades públicas de saúde e registro nos Conselhos <i>CFM</i>	248
PARECER CFM	
Vedada gravação de procedimentos cirúrgicos para fins de auditoria <i>Mauro Luiz de Britto Ribeiro e Lucio Flavio Gonzaga Silva</i>	254
Ginecologia e obstetrícia e a autonomia profissional <i>Alceu José Peixoto Pimentel</i>	257
ÍNDICE REMISSIVO	
Índice Remissivo 2015	260
MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA	
Dr. Arnaldo Chiminazzo Boscardin, um dos pioneiros do sanitário <i>Ehrenfried Othmar Wittig</i>	264

MAIÊUTICA DO HOMEM - A OBSTETRÍCIA À LUZ DA ÉTICA

MAN'S MAIEUTIC - THE OBSTETRICS ON THE LIGHT OF ETHICS

*Carolina de Souza Ribeiro Vitorasso**

Palavras-chave – *Obstetrícia, parto, cesárea, técnicas, ética, ciência.*

Keywords – *Obstetrics, childbirth, cesarean, techniques, ethics, science.*

INTRODUÇÃO

O PARTO - COMO CONCILIAR CIÊNCIA E ÉTICA?

A primordial finalidade da Medicina é resguardar e salvar a vida. Assim como a de seu mais antigo e talvez mais ativo ramo, a Obstetrícia. Neste âmbito, a finalidade dos conhecimentos e do crescimento científico é a vida da mãe e do filho. Foi para servir a estas vidas que nasceu a Obstetrícia. No entanto, à semelhança das demais abrangências da prática médica, este pilar foi e tem sido deturpado ao longo da história. Interesses econômicos, militares, religiosos e pessoais têm influenciado paulatinamente a prática e a construção do conhecimento em todo o escopo

* Monografia premiada em primeiro lugar na 26ª edição do Concurso de Monografias sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica, do Conselho Regional de Medicina do Paraná, de 2015 e que teve como tema "O parto: Como harmonizar a ciência e a ética?". A autora, que na obra usou o pseudônimo Têmis Kant, é médica graduada pela Universidade Estadual de Londrina (2011), com CRM-PR 29.381.

médico. A busca pela conciliação entre a Ciência e a Ética não é novidade, porém remonta os primórdios da humanidade. O milenar Juramento Hipocrático, valorado até hoje, foi uma tentativa de regulamentar a Ética no contexto médico, inserido na cultura Greco-romana. Contudo, a discussão da Moral e da Prática antecede, de modo muito distante, aos pais da Filosofia Antiga. Pois, dicotomia é inerente à natureza do *Homo sapiens*. Nos tempos atuais, vive-se um emaranhado de idéias e informações de um mundo pós-globalizado. As influências externas sobre o ser biológico, homem, são massacrantes. Desta forma, o senso de identidade cultural e, a moral, perdem-se nas redes sem fio da informação mundialmente integrada. Não há costume longínquo que não seja observado, avaliado e laudado do outro lado do mundo moderno. Assim também ocorre com a ciência. Em milênios de existência, o ser humano aprendeu a subjugar as ameaças naturais e passou a reconhecer as ameaças internas. Passou a questionar as próprias práticas, por isso, há uma necessidade ímpar de reconhecer a Ética aliada à Ciência. Sendo o momento do parto um dos mais emblemáticos da existência humana, torna-se natural a busca pelo quê é científico e ético neste contexto singular.

AS BASES

A evolução dos conceitos de parir e partejar, documentados nas páginas da história, acompanhou o desenvolvimento humano moral e científico desde a pré-história. Ademais, não apenas esteve ao lado, como também foi e tem sido moldada pela construção do pensamento do homem ao longo das diferentes variáveis observadas. Na percepção do *Homo sapiens*, o ato fisiológico, biológico, orgânico, adquiriu e adquire ao longo das eras, reflexões que vão muito além da simples – mas não simplória – ação de fazer nascer.

Evidências do fascínio exercido pela parturição¹ estão retratadas em imagens desde o período pré-histórico. A Vênus de Willendorf, descoberta na Áustria, uma pequena estátua datada como correspondente aos anos de 24000 a 22000 a.C., sugere a fertilidade, com uma mulher de mamas fartas e abdome globoso, possivelmente gravídico (**Figura 1**). Diversas outras Vênus foram escavadas com características semelhantes, tendendo ao exagero das formas femininas que lembram um corpo grávido, como a Venus de Lespugue, datada de 23000 a.C., descoberta na França (**Figura 2**).

1 Segundo o Dicionário Online de Português, o ato de dar à luz. (<http://www.dicio.com.br/parturicao/>).

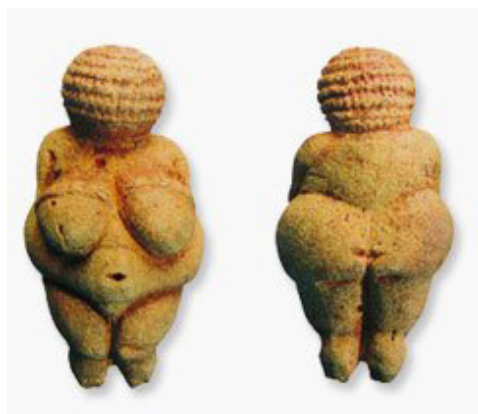


Figura 1: A Vênus de Willendorf



Figura 2: Venus de Lespugue

Muitas dessas imagens encontradas remetem a amuletos e a divindades religiosas às quais se prestava culto, pedia-se fertilidade e proteção para o parto. Faz exemplo destas crenças o conjunto de monolitos chamado de Mên-an-tol, com cerca de 3.500 anos, localizado na cidade de Penzance, Grã-Bretanha. O principal monolito que dá nome ao conjunto é uma pedra de cerca de 1,3 metros de largura com um orifício em seu centro. A esta pedra se atribuíam poderes de cura e fertilidade. Com isto, mulheres tinham o costume de passar pelo centro do monolito, para lograr partos mais fáceis (Figura 3).



Figura 3: Mên-an-tol, Grã-Bretanha.

Cultos, ritos e amuletos que suplicavam gestações e partos saudáveis suportam as evidências de um temor recorrente da humanidade crescente: índices altíssimos de morbidade e mortalidade maternos e infantis desde os tempos mais remotos. A construção do conhecimento deu-se de forma progressiva ao longo da história e as restrições tecnológicas dos tempos antigos impunham riscos muito grandes ao ato de nascer e fazer nascer. Na Sibéria, uma equipe de pesquisadores encontrou em um cemitério Neolítico os restos mortais de uma mãe enterrada com dois filhos gêmeos, com aproximadamente 36 a 40 semanas de vida, falecidos há cerca de 8.000 anos (DISCOVERY, 2015). As evidências indicam que o primeiro gemelar estava em uma apresentação pélvica e o segundo em apresentação cefálica, o que pode ter levado a distócia (problema de origem materna ou fetal que dificulte ou impeça o parto).



Figura 4: Os restos mortais de uma mãe e dois filhos gêmeos em uma cova. Os pequenos ossos observados na pelve materna e entre suas coxas correspondem aos gêmeos.

As distócias de parto têm sido consideradas como a principal causa de mortalidade em todo o mundo desde a antiguidade até o final do século XX. Estas condições levaram inúmeras mulheres a sucumbirem perante diversas outras complicações como infecções, hemorragias ou exaustão, levando seus filhos também à sepultura. Tornou-se inevitável a procura por métodos que pudessem salvar estas vidas, o que deu origem à ciência do parto.

A ocorrência de partos procrastinados (distócias), segundo pesquisadores tem relação com as proporções das bacias maternas humanas e dos diâmetros cranianos fetais. Estas medidas, diferentemente do que ocorre em outros primatas, são muito propensas a desproporções cefalopélvicas. Diante de tal cenário, tornam-se mais comuns a ocorrência de complicações como rotura uterina, fístulas vesicovaginais, morte fetal, neonatal e materna. A presença de rotação fetal e variedade de posição occípito-púbica (na maioria dos partos) também diferenciam o parto humano em relação aos dos demais primatas. Nesta situação, a parturiente é impossibilitada de auxiliar manualmente no parto. Ela não é capaz de retirar o cordão umbilical, limpar as vias aéreas ou tracionar o filho sob risco de lesar o pescoço e lesar a medula do neonato. Diferentemente de outros primatas, portanto, houve a necessidade de assistência ao parto, tornando-se este um evento social e não solitário (PARENTE et al., 2011). Classicamente expressando uma ação feminina,

a assistência ao parto, foi desenvolvida primeiramente por mulheres próximas à parturiente. Estas mulheres foram as primeiras detentoras da ciência do parto. Desenvolvendo as primeiras noções de medicamentos e manobras que salvaram vidas apesar das iniciais limitações técnicas. Em determinadas culturas, a presença de um homem durante o trabalho de parto, ou durante o parto em si, tornava a ação imoral. Deste modo, os conhecimentos sobre a saúde feminina foram inicialmente ensinamentos orais, passados por parteiras para outras mulheres. Existem evidências de mulheres oficialmente médicas, que exerceram a profissão no mundo antigo. Estas poucas, também, geralmente estavam restritas às áreas de saúde da mulher. Mas, com o avanço da formalização e estratificação do conhecimento, médicos gregos e romanos começaram a estudar a saúde feminina e a lançar as bases da Obstetrícia ocidental.

O Corpus Hippocraticum é uma coleção de textos médicos da Grécia Antiga, cuja inspiração é atribuída a Hipócrates, considerado o pai da Medicina ocidental. Fazem parte desta coleção o Gynaecae Hipocrático que, composto de dois volumes, registra o conhecimento que se tinha a respeito das doenças femininas, e o Juramento Hipocrático, que compreende os deveres éticos dos então praticantes da medicina. A existência deste documento revelou a crescente necessidade de se regulamentar a prática médica, tanto no que tange à obstetrícia, quanto à ética (Figura 5).

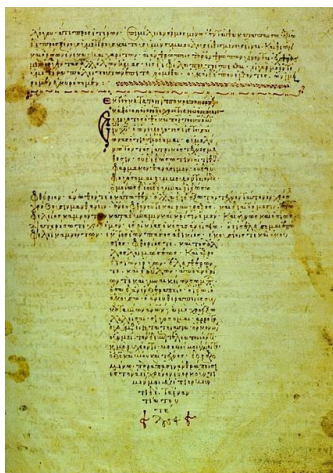


Figura 5: Manuscrito bizantino, em formato de cruz, do Juramento de Hipócrates. Datado do século XII.

Este período de florescimento do estudo da moral e da ética foi também marcado por um grande crescimento da ciência médica. Enquanto nascia a Filosofia, o conhecimento técnico do corpo humano também alcançou patamares muito mais altos que no início. Muitos métodos diagnósticos e curativos descritos na época foram desenvolvidos nos anos posteriores, e chegaram aos tempos modernos. Diversos estudiosos de outras culturas ocidentais e orientais também detinham e organizavam o conhecimento à respeito da parturição. Foram encontrados documentos que indicam que na antiga cultura egípcia, apenas mulheres estavam presentes na assistência ao parto, estas eram escolhidas dentre as mulheres da família ou da vizinhança. As parturientes egípcias de classes sociais superiores eram auxiliadas por servas e enfermeiras, embora não tenham sido encontradas palavras correspondentes a parteiras, obstetras ou ginecologistas nos hieróglifos. Os deuses egípcios eram chamados para participar de todos os processos da vida, bem como do parto. Deste modo, as mulheres davam à luz ajoelhadas ou sentadas sobre seus calcanhares, ou ainda, em assentos apropriados, enquanto se repetiam pedidos ao deus Amon: "faça o coração da mãe forte e mantenha vivo aquele que está vindo". Deste modo, dedicava-se aos deuses as vidas que as lacunas da ciência não podiam salvar (Figuras 6 e 7).



Figura 6: Mulher dando à luz, assistida pelas deusas Hathor e Taweret. Imagem do templo de Hathor, em Dendera, Egito.



Figura 7: Hieróglifo egípcio de uma mulher dando à luz. Imagem do templo de Kom Ombo, Egito.

O parto cirúrgico abdominal – a cesárea – foi inicialmente praticado como ato heróico, ou seja, como único recurso efetivo para se conseguir salvar o feto imediatamente após a morte materna. Não se sabe precisamente quando a secção do ventre materno com intenção de salvar a criança foi realizada pela primeira vez. No entanto, seu relato remonta épocas milenares, associados à Mitologia Grega, papiros egípcios e foi encontrado em diversos documentos orientais e ocidentais.

Alguns célebres nascimentos na antiguidade foram atribuídos aos partos cesáreos. Tais como: Esculápio, o deus da Medicina, filho de Corone; Baco, extraído de Sêmele; Georgius de Leontim, em 508 a.C., célebre orador da Sicília; Cipião, o Africano, em 207 a.C.; o Bispo de Constança, em 959 d.C e o Rei Eduardo VI, em 1937 (PAPA, 1999) (Figura 8).



Figura 8: Nascimento de Esculápio, retirado do ventre de sua mãe Corônís por Apolo. Xilogravura de 1549 de Alessandro Beneditti.

A *Lex Regia*, posteriormente denominada *Lex Cesarea*, proclamada por Numa Pompilius, rei romano (716-673 a.C.), foi um dos primeiros documentos a evidenciar a influência do Estado sobre a prática da Obstetrícia. Esta lei interferia diretamente no processo de parto, a despeito das crenças e opiniões das pessoas envolvidas. Provavelmente, com intenção de manter altas taxas de natalidade no império crescente, esta lei ordenava a realização de parto cirúrgico quando ocorria a morte materna. O objetivo era de tentar salvar a criança. Dessa forma, a mãe não poderia ser enterrada antes que o feto fosse extraído de seu ventre. Na Idade Média, poucos relatos de mães e crianças sobreviventes após partos abdominais (cesáreos), embora controvertidos, mantiveram o interesse na aplicação da técnica cirúrgica. Há relatos de partos abdominais após acidentes que seccionaram abdomens maternos e cirurgias intencionais, como o interessante caso relatado da Suíça em 1500. Nesta história, Jacob Nufer, executou a operação em sua esposa depois de vários dias em trabalho de parto, após a permissão das autoridades locais. Apesar da ajuda de treze parteiras, a mulher apresentou distócia de parto e era incapaz de dar à luz. No relato, a mãe teria sobrevivido e dado à luz a outros 5 filhos. Já a criança, teria vivido até os 77 anos de idade (REZENDE, 2009).

As controvérsias no âmbito do parto cesáreo não se restringiam às taxas de sobrevivência e à evolução técnica, porém esbarravam também no aspecto moral. A religião muçulmana, por exemplo, se opunha à prática. Contudo, a Igreja Católica indicava o procedimento como forma de permitir o batismo da criança e o enterro separado da mãe. Em 1280, a Igreja Católica tornou a cesárea post-mortem obrigatória. Há indícios de que em alguns casos as próprias parteiras estavam autorizadas a realizar os batismos dos recém-nascidos. Pois, as baixas taxas de sobrevivência e a possibilidade de morte iminente dos bebês tornavam inviável a espera de clérigos formais para realizar o rito religioso (Figura 9).



Figura 9: Nascimento de Júlio César do ventre de sua mãe, Aurélia.

Entre populações protestantes, a realização da cesárea era evitada com o uso de técnicas que visavam a vida materna. Nestas sociedades, bem como na maior parte das sociedades rurais, o principal procedimento realizado nos casos de distócia era a craniotomia. Esta técnica era utilizada para diminuição do pólo cefálico fetal e, assim, possibilitar a extração do feto via baixa (parto vaginal). A operação era efetuada com o intuito de evitar a morte materna.

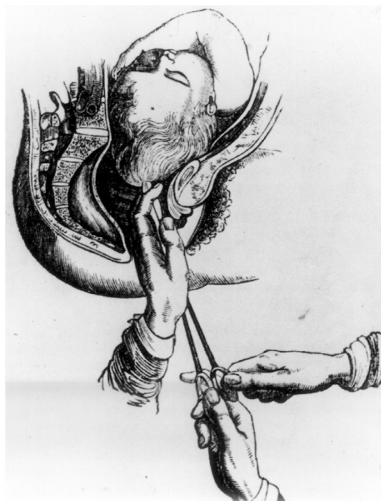


Figura 10: Craniotomia, perfuração do crânio, remoção do conteúdo craniano e extração do crânio colapsado.

Durante o decorrer da história, o parto cesáreo adquiriu diferentes significados e indicações. Embora, em sua origem, o recurso cirúrgico não objetivava a vida materna, mas o ato heróico de salvar o feto, houve diversos registros históricos de casos de sobrevivência da mãe. Foram descritos, por exemplo, procedimentos cesáreos em nações africanas com técnicas próprias de assepsia e sedação que apresentaram bons resultados. Nos séculos XVI e XVII, com o despertar da Renascença e do Humanismo, houve considerável avanço no conhecimento fisiológico e anatômico, introduziu-se o uso do fórceps obstétrico e no século XIX, o estudo da dissecação de cadáveres (Figura 11). Durante o avanço formal da ciência, ainda, a maior parte dos partos eram extra-hospitalares, realizados nas casas das parterias por parteiras (PARENTE, 2010).

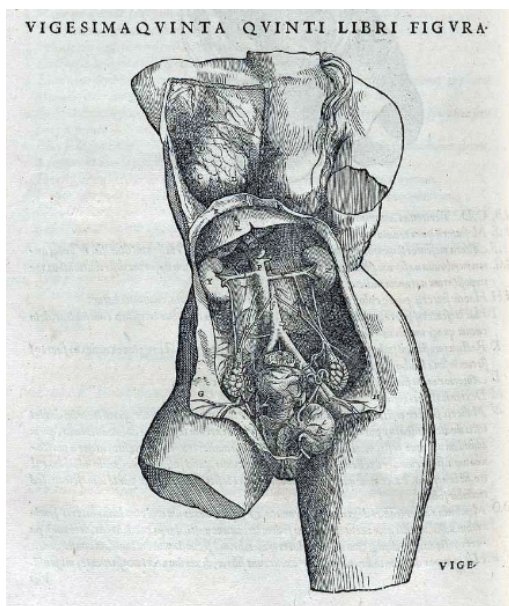


Figura 11: A anatomia pélvica feminina, de Andreas Vesalius, do *Corporis Humani Fabrica*, 1543.

Na Bíblia Sagrada, encontramos as palavras ditas por Deus à primeira mulher, após o pecado: "À mulher, Ele declarou: "Multiplicarei grandemente o seu sofrimento na gravidez; com sofrimento você dará à luz filhos. Seu desejo será para o seu marido, e ele a dominará". Gênesis 3:16 (BÍBLIA). Desde a antiguidade, as "dores do parto" adquiriram, em muitas culturas, um símbolo religioso da corrupção humana e das conseqüentes aflições causadas pelo pecado. Assim, o passar pela experiência das dores do parto, tornou-se marcador de submissão feminina e a expressão da relevância da mulher perante a sociedade. Extrapolando este conceito de origem antiga, tornou-se bem visto perante algumas culturas - muitas persistentes até a modernidade - que mulher sentisse dores ao dar à luz.

O século XIX, dessa forma, iniciou uma nova era de conhecimento com as descobertas da anestesia, antisepsia e lavagem de mãos. Estes novos conhecimentos, embora trouxessem grande avanço para o desenvolvimento da obstetrícia, em particular, esbarraram nos conceitos de moral estabelecidos na época. Em 1847,

James Young Simpson descobriu as propriedades anestésicas do clorofórmio usando-o com sucesso, para aliviar a dor do parto.

Contudo, obteve pouca aceitação da sociedade que, na época, acreditava que eliminar as dores do parto era um ato contrário à vontade divina. Paralelamente, a antisepsia, com uso do spray carbólico, demonstrado por Joseph Lister, em 1865, e a limpeza das mãos indicada por Semmelweiss, também encontraram alguma resistência inicial à sua aplicação. O avanço tecnológico ia de encontro ao conhecimento científico prévio, às crenças religiosas e aos egos de alguns mestres do saber. Aos poucos, porém, o interesse primordial da medicina em salvar vidas e os interesses da sociedade suplantaram os obstáculos iniciais e os novos conceitos ganharam status de ciência. Estes conhecimentos passaram a ser aplicados, diminuindo progressiva e significativamente o número de mortes maternas e neonatais (SEWELL, 1993). Em 1853, a rainha Vitória foi anestesiada com clorofórmio durante o parto do Príncipe Leopold, e influenciou grandemente a aceitação do método para diminuir as dores do parto. Além disso, os demais progressos científicos aliados ao desenvolvimento da técnica cirúrgica permitiram ao parto cesáreo a denotação de recurso plausível para salvar vidas, tanto maternas quanto fetais. Aos poucos a assistência ao parto tornou-se mais e mais técnica e hospitalizada, enquanto o número de mortes decorrentes de causas obstétricas foi caindo paulatinamente (REZENDE, 2006). A revolução na técnica cirúrgica somou-se aos avanços, quando Max Saumlinger (em 1882) reintroduziu a sutura uterina à técnica cesárea. Esta havia sido proscrita nos séculos anteriores, contribuindo para as inúmeras baixas maternas associadas ao parto cirúrgico. Além disso, outras técnicas significativamente mais avançadas foram sendo desenvolvidas concomitantemente ao crescimento do conhecimento de novas drogas anestésicas e o surgimento dos antibióticos. No Brasil, a técnica do parto cirúrgico foi inaugurada em 1881 pelo doutor Luiz da Cunha Feijó Filho, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Estima-se que a cada mil cesarianas, a mortalidade materna diminuiu de 277 entre 1891-1895 para 81 entre 1906-1910 (PARENTE, 2010).

Observa-se que lado a lado andaram a ciência e a ética nas páginas da história humana. Em determinados momentos, trazendo luz e progresso uma para a outra. Noutros, apresentando-se como barreiras. É no estudo da evolução destes conceitos que observamos o caráter mutável e humano que eles refletem. Ainda hoje, há novos desafios na relação entre ciência e ética que precisam ser superados.

NOVAS FRONTEIRAS

O contexto pós-moderno propôs novas fronteiras à Obstetrícia. O desenvolvimento das técnicas de assistência ao parto é responsável pela possibilidade de se evitar causas de óbitos e morbidades obstétricas que dizimaram milhões nos milênios anteriores. No entanto, a distribuição desta tecnologia é assimétrica, assim como os índices de saúde e sobrevivência. Conquanto as taxas de mortalidade materna estejam mais baixas, as disparidades regionais continuam extremas. No Brasil, dados da Organização Mundial de Saúde - OMS - indicam queda importante, porém ainda insuficiente, nos índices de mortalidade materna de 120 em 100000 nascidos vivos em 1990 para 69 em 2013 (OMS, 2013). “Uma garota de 15 anos na África subsaariana têm uma chance em 40 de morrer devido à gravidez ou ao parto em algum ponto de sua vida, enquanto a mesma garota vivendo na Europa tem uma chance em 3,3 mil”, declarou Geeta Rao Gupta, vice-diretora executiva do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Segundo a OMS, os principais fatores associados à mortalidade materna são:

- hemorragia grave: 27%;
- hipertensão na gestação: 14%;
- infecções: 11%;
- distócias de parto e outras causas diretas: 9%;
- complicações de abortos: 8%;
- coágulos sanguíneos (embolias): 3%.

Além destes fatores, existem condições médicas preexistentes que também influenciam negativamente no desfecho das gestações como diabetes, AIDS, malária e obesidade, que são responsáveis por 28% das mortes maternas no mundo. As mortes obstétricas evitáveis são principalmente observadas nos países em desenvolvimento. Baixos índices de assistência pré-natal, natal e pós-natal, e a falta de recursos médicos como hospitais e medicamentos traduzem esta realidade. As principais nações afetadas por estas situações são também as que têm os mais baixos índices de desenvolvimento humano. Apesar da existência de recursos que poderiam melhorar os marcadores de saúde nestes lugares, existem barreiras políticas e econômicas que dificultam a chegada destes recursos aos mais necessitados. Países extremamente pobres, em guerra, com PIBs baixos e altas taxas de dívidas externas, carecem de subsídios para investimento em

tecnologia médica local. O envolvimento de instituições internacionais tem ajudado a minimizar algumas situações. A atuação de órgãos como a Cruz Vermelha e os Médicos Sem Fronteiras envolve não apenas o envio de recursos humanos para as áreas afetadas, mas também o envio de medicamentos e o trabalho com a construção de estruturas úteis ao desenvolvimento local. A OMS e a UNICEF também atuam neste sentido, interferindo inclusive nas negociações de paz nos países em conflito e buscando soluções junto aos governos locais e as instituições monetárias internacionais. Contudo, estas ações ainda são muito limitadas. Afinal, existe a necessidade de uma distribuição econômica mais justa e reformas políticas que levem estes países a patamares mais altos de desenvolvimento, a fim de que, os avanços científicos e éticos auxiliem na diminuição das taxas de morbimortalidade obstétricas. Na atualidade, o crescimento expressivo e desigual do número de cesarianas realizadas também é alvo de questionamentos éticos. Pois, embora esta via de parto seja uma das mais importantes responsáveis pela diminuição significativa do número de mortes obstétricas no mundo, ela impõe distorções grosseiras à distribuição de recursos mundiais e inter-regionais. Além disso, a cirurgia sujeita as pacientes a riscos imediatos e futuros.

O conhecimento dos possíveis danos causados pelas cesáreas e custos monetários associados a esta via de parto, vem estimulando uma série de debates quanto ao número ideal da taxa de partos cesáreos entre as populações. Em 1985, em Fortaleza, um grupo de pesquisadores da OMS, baseado nos limitados estudos que existiam na época, a maioria proveniente da Europa, definiu o número ideal de taxas de partos cesáreos em até 15%. Alguns dos riscos que podem advir de um parto cesáreo em curto prazo são:

- Hemorragias;
- Infecções;
- Trombose;
- Reações aos anestésicos;
- Tempo de recuperação mais prolongada;
- Maior dor no pós-operatório.

A médio e longo prazo, podem surgir complicações como: deiscência e fístulas, aderências abdominais, implantações anormais de placentas nas gestações seguintes, e rotura uterina. Para o feto, as principais complicações são os problemas

respiratórios. Nos últimos 30 anos, as taxas de 10 a 15% foram vistas como ideais para o número de cesáreas em todo o mundo. No entanto, mais e mais cientistas, epidemiologistas e profissionais da saúde têm solicitado uma nova revisão deste “número ideal” de cesarianas. Então, no ano de 2014, a OMS realizou uma revisão sistemática de trabalhos ecológicos disponíveis até então e um novo estudo, com dados mais atuais, para avaliar a associação entre taxas de cesáreas e os desfechos maternos, perinatais e infantis. Os resultados foram avaliados e discutidos por um conjunto de especialistas na sede da OMS, em Genebra, na Suíça, em 8 e 9 de outubro de 2014. Os especialistas reunidos consideraram que, embora associações ecológicas não signifiquem que exista uma relação causal, até o valor de 15% de taxas de cesáreas houve uma queda no número de mortalidade materna e neonatal nas populações estudadas. Números de cesáreas superiores que 10% a 30% não apresentaram correlação com diminuição das taxas de mortalidade, corroborando para o entendimento de que muitas indicações para partos cesáreos são excessivas – pois não logram queda da mortalidade.

Os dados populacionais disponíveis não permitiram aos especialistas avaliar a relação entre taxas de cesáreas acima de 30% e mortalidade materna e neonatal. Além disso, não foi possível avaliar a associação entre as taxas de cesáreas e as taxas de natimortos, morbidade materna ou perinatal nestes estudos. Porém, outras pesquisas foram desenvolvidas para avaliar os desfechos das vias de parto e a influência de taxas elevadas de cesáreas. As publicações observaram que embora o crescente número de cesáreas tenha contribuído para a expressiva queda da taxa de mortalidade materna e neonatal no último século, esta operação não é isenta de riscos. De forma mais grave, a cesariana pode ser a responsável pela manutenção de números de mortes e de morbidades ainda altos. No estudo publicado na Lancet em 2005, Barros F.C. e colaboradores avaliaram três estudos de coorte brasileiros e concluíram que há uma medicalização excessiva do parto. Este excesso ocorre principalmente no setor privado não regulamentado, apresentando também repercussões para o setor público. Tal situação, contrapõe-se aos ganhos resultantes da melhoria da saúde materna e sobrevivência recém-nascido. Foi muito discutido na convenção da OMS em Genebra que se vive uma “epidemia de cesáreas” da qual o Brasil é o líder. A taxa de cesáreas na Europa é de 20% a 22%, nos Estados Unidos, 32,8% e no Brasil, 53,7% (dados de 2011). No site UNASUS, do governo brasileiro estão disponíveis informações de que Matin Gulmezoglu, coordenador do Departamento de Saúde Maternal da OMS, declarou que governo e entidades

brasileiras estão tentando reduzir a taxa de cesarianas (UNASUS, 2015). Trechos de uma entrevista com Marleen Temmerman, ginecologista e diretora de Saúde Reprodutiva na OMS estão transcritas nesse site: "Quando há a medicalização dos partos, vemos um aumento das cesáreas". "Para um ginecologista, é melhor fazer cesáreas para que possam organizar suas rotinas e os hospitais puxam nessa direção para que tenham uma agenda determinada". "É uma questão logística, não financeira." "Precisa haver uma conscientização de que, apesar de segura hoje, trata-se de uma intervenção cirúrgica que pode ter impacto negativo para a mãe e a criança".

A especialista apontou que a logística do número de atendimentos hospitalares e a influência de alguns médicos que assistem à gestação corroboram para o aumento no número de cesáreas. Neste ponto, esbarramos no questionamento ético da indicação médica às cesáreas. Os anos de construção do conhecimento a respeito da técnica cesárea ensinaram à Medicina que há indicações claras e precisas para o parto cirúrgico. Nestas situações, a omissão ao uso deste recurso pode gerar mortes. Contudo, há outras variáveis, não tão óbvias, que interferem na indicação desta via de parto, e algumas destas podem ao invés de salvar vidas, prejudicá-las. Um fator que pode incorrer no aumento do número de cesáreas é a escolha materna. Embora pesquisas indiquem que, no início da gestação, 7 em cada 10 gestantes preferem o parto vaginal, no desfecho das gestações, 80% das mães optam por partos cesáreos. O Guideline Clínico NICE sugere que os médicos devem esclarecer as dúvidas das pacientes quanto ao parto vaginal e cesáreo, ajudando-as na escolha mais segura que, geralmente, é o parto vaginal (NICE, 2015). O Guideline indica que quando uma mulher solicita uma cesárea porque apresenta ansiedades e medos referentes ao parto vaginal, o médico deve acolher a paciente e oferecer suporte psicológico e emocional, por vezes, sendo necessário o encaminhamento a especialistas da saúde mental. Somente após todo este processo, caso o parto vaginal se mantenha inaceitável para a mãe, é admissível sugerir uma cesárea programada. Outras pesquisas, inclusive estudos encabeçados pela própria OMS, apontam que os partos cesáreos, significativamente mais custosos que os vaginais, contribuem para uma distribuição ineficaz de recursos inter-regionais e mundiais. Estes custos adquirem relevância maior conforme aumenta a proporção das cesáreas em detrimento dos partos normais. No Brasil, em que o governo por meio SUS custeia a saúde, chega a 40% o número de partos cesáreos no serviço público, enquanto que no atendimento privado este

número é de 84%. Na realidade brasileira, os custos destes atendimentos, somados aos valores atrelados por complicações, são altíssimos e desviam verbas de outros setores importantes, que também precisam de investimento na própria área da saúde. Por este motivo, tem havido preocupação crescente com o incentivo à escolha do parto via vaginal. Programas como Parto Humanizado destacam este objetivo e foram incorporados nas grades de ensino médico do país.

A interferência do Estado na prática da Obstetrícia também colocou em vigor uma resolução que determina que a mulher atendida por médicos de planos de saúde poderá solicitar e ter acesso, em até 15 dias, ao índice de partos normais e cesáreos feitos pelo profissional, hospital ou plano. As operadoras dos convênios estão sujeitas a uma multa de R\$ 25 mil caso não entreguem os dados no período determinado. Além disso, as operadoras serão obrigadas a fornecerem o cartão da gestante no qual deverá constar o registro de todo o pré-natal. E, para evitar cesáreas desnecessárias, será obrigatória a apresentação do partograma - um registro com informações sobre todas as etapas de atendimento da gestante no momento do parto - para pagamento do procedimento ao profissional que efetuou o parto. Caso não apresente o partograma, o médico deverá justificar ao plano a ausência do documento. A maior parte das medidas impostas pelo governo são alvos de críticas por parte de profissionais da saúde e órgãos fiscalizadores. O obstetra José Hiran Gallo, conselheiro e coordenador da Câmara Técnica de Parto Normal do Conselho Federal de Medicina (CFM), explicou em entrevista que a entrega do Partograma aos planos de saúde representa infringir a ética ao quebrar o sigilo médico. Pois, este documento pode expor informações sobre a saúde da gestante a terceiros. Tais informações, como doenças infecto-contagiosas (HIV e hepatites virais, por exemplo) podem ser utilizadas para dificultar a renovação dos seguros de saúde das pacientes (FEBRASGO, 2015). A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), por meio de seus representantes, questionou a divulgação dos percentuais de partos normais por profissional. Esta ação poderia provocar uma distorção na interpretação dos trabalhos destes médicos. Obstetras especialistas em gestações de risco, por exemplo, geralmente apresentam maiores taxas de partos cesáreos embora também possam efetuar partos vaginais e humanizados.

Outro motivo que também influencia a alta proporção de cesáreas no Brasil é a precariedade dos sistemas de saúde privado e público. Conselhos médicos denunciavam que milhares de leitos hospitalares, entre eles obstétricos, foram desativados

nos últimos anos. Ademais, os investimentos na saúde não têm acompanhado o crescimento da população. Desta forma, a realização de partos cesáreos eletivos (com data e horário previamente agendados) é uma forma de garantir que haverá leito hospitalar e uma equipe de saúde completa. Por outro lado, questiona-se também, o modelo de assistência ao parto, mais hospitalar e demasiadamente intervencionista. Alega-se conseqüente perda da autonomia da mulher sobre as ações que levam ao parto e da relação intimista que, teoricamente, se tinha quando a assistência era praticada essencialmente por mulheres. Novos modelos de assistência ao parto foram propostos, com base em estudos, que indicam melhora nos marcadores de saúde com a presença de acompanhantes femininas às parturientes (HODNETT, 2011). Neste contexto, surgiram as doulas que trouxeram novos e velhos recursos ao cuidado com os pacientes. Partos domiciliares, de forma semelhante, ganharam evidência com bons resultados em alguns países com mais altos índices de desenvolvimento e estruturação da saúde. No entanto, diversos casos de mortes e seqüelas maternas e fetais também foram ligados ao método domiciliar. Por fim, o evidente hiato entre a ética e ciência no parto não poderia ser mais explícito que nos casos de violência obstétrica. As denúncias crescentes de violência obstétrica ganham pauta na sociedade moderna. Procedimentos invasivos não explicados às gestantes, agressões verbais e físicas e o não respeito à vontade materna fazem parte do cenário estarrecedor. Estima-se que uma em cada quatro mulheres são vítimas da agressão. As formas mais comuns de violência obstétrica denunciada são:

- Obrigar a paciente a manter um jejum forçado;
- Isolamento da mulher e não permitindo acompanhante;
- Restringir a gestante ao leito, para que não se movimente;
- Amarrar a mulher à cama;
- Utilizar medicamentos farmacológicos sem autorização;
- Induzir o parto sem autorização ou conhecimento da paciente;
- Realização de episiotomias desnecessárias;
- Realização da manobra de Kristeller (quando a barriga é empurrada ou comprimida na hora do parto, para induzir a saída do bebê);
- Não deixar que a mulher grite ou converse;
- Agressões e humilhações verbais: “Se você não me obedecer, saio daqui e você vai ter o bebê sozinha”; “Na hora de fazer, não doeu”; “Se você não ajudar, seu bebê vai morrer” (POMPEO, C., 2014).

Estas formas de violência podem ser praticadas contra a parturiente por qualquer componente da equipe de saúde que a atende. Contudo, recai sobre o médico, que tem o ônus de guardião da vida sob o juramento hipocrático, a principal responsabilidade pelos atos praticados no exercício da assistência. Nos casos atuais, observa-se um brutal afastamento entre as conquistas científicas e éticas. A cisão, como discutiremos, ocorre desde um contexto maior, global, até o mais individualizado, dentro da sala de parto. O berço da obstetrícia moderna é um cenário bastante desafiador para o praticante da ciência e para os que usufruem dela.

CONCILIAR

A persistência de números altos de óbitos e morbidades evitáveis associados ao parto, além da má gestão e distribuição injusta dos recursos disponíveis, vão contra a noção de ética humana. Os fatores econômicos, governamentais, estruturais e culturais que impedem quedas maiores nos marcadores de morbimortalidade, são afrontas diretas a todos os avanços científicos e éticos realizados nos últimos milênios. Como observado anteriormente, a moral e ética são temas discutidos há, literalmente, milênios. A moral é aquela que é viva, mutável, relativa quanto ao tempo-espaço. A ética pode ser, de maneira simples, entendida como a área da ciência em que se estuda moral. Estas considerações são importantes no mérito didático e conceitual. Contudo, diante do exposto, conclui-se que uma ação ética se faz imperativa no mundo atual. Este tema foi objeto de estudo de grandes escolas da filosofia. Entretanto, um filósofo teve grande destaque neste escopo. Immanuel Kant discorreu brilhantemente acerca da metafísica dos costumes. Em uma de suas obras, foi postulado um dos grandes alicerces da ética, isto é, uma das máximas Kantianas: “age como se a máxima da tua ação devesse se tornar, pela tua vontade, lei universal da natureza.” A famosa “maiêutica” socrática, de origem grega, pode ser traduzida como parto. Sócrates tentava fazer com que seus interlocutores “dessem a luz” ao conhecimento por meio de indagações. Portanto, o desafio atual é: como agir de maneira a ter uma ação individual como LEI universal? Quem são estes homens probos a ponto de serem “deuses”? Não se faz necessário uma desconstrução cartesiana do ser para se entender que a humanidade é imperfeita, seja qual for a definição de perfeição. Sendo assim, torna-se difícil crer no comportamento ético natural. Mas, além disso, Kant pregava que o homem deve ver seu semelhante como um fim e não como o meio. Como está descrita na história, isto definitivamente não é o que ocorre como regra na

humanidade. Outrossim, na medicina. A questão atual é conciliar a ciência (mais especificamente a obstetrícia) com a ética. Ou seja, como tratar o paciente como o fim. A ética de outrora impunha à medicina um sacerdócio. O médico deveria abrir mão de seus próprios interesses em prol de salvar a vida daquele que se colocava em suas mãos. No entanto, o que se cobra hoje da medicina é não apenas manter a existência do corpo, mas também zelar pela essência dos sentimentos e emoções do paciente. O que a ética atual exige, a ciência já comprovou, inúmeras vezes: a influência que as emoções têm sobre o corpo e o desfecho de doenças e outras condições médicas. O grande problema tem sido conciliar a liberdade de escolha inerente a cada indivíduo, por conseguinte à futura mãe, com o indiscutível preparo de anos de cada médico por traz de um parto. A maior dificuldade individual no exercício da obstetrícia não é utilizar o acúmulo milenar de tecnologias para salvar mãe e feto, mas sim, tratá-los de acordo com os princípios éticos exigidos. Como descrito anteriormente, o Juramento Hipocrático regulamentava o trato com o paciente para gerações de médicos até a atualidade. Em suas linhas estão: “Eu juro, por Apolo, médico, por Esculápio, Higeia e Panaceia, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue: Estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; Ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes. Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva. Conservarei imaculada minha vida e minha arte. Não praticarei a talha, mesmo sobre um calculoso confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam. Em toda a casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução sobretudo longe dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados. Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto. Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da

vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça." Versão de 1771, amplamente adotada no mundo. Os trechos destacados orientam diretamente como deveria ser o trato do médico para com o paciente.

Talvez, a mais saliente diferença da exigência ética da sociedade antiga com a da sociedade atual está no trecho: "Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém." Hoje, percebe-se que apenas o entendimento do médico não é o suficiente. O paciente exige cada vez mais entender os procedimentos aos quais é submetido. É possível que este entendimento, que pode ser alcançado pelo diálogo, seja o suficiente para minimizar os casos de violência obstétrica.

A tradução moderna de: "A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda" pode ser vista na indicação precisa da via de parto, sem visar interesses além dos da paciente, e não indicar procedimentos desnecessários ou que levem a um risco adicional à luz da ciência. "Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva." – Praticar a medicina lembrando-se de que a vida fetal também deve ser valorada. "Não praticarei a talha, mesmo sobre um calculoso confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam." Disto entende-se: agir como médico responsável, respeitando as limitações próprias em prol do paciente. Ou seja, ser capaz de encaminhar gestações de risco para os centros especializados e fazer o melhor uso da tecnologia que se tem disponível para proteger a vida. No lugar em que estiver, o médico deve fazer o bem para os pacientes. Deve subjugar o próprio corpo (os próprios desejos) em prol dos outros: "Em toda a casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução sobretudo longe dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados." A ética também envolve proteger as informações e discrições do paciente: "Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto." O movimento em prol da humanização do parto trouxe mudanças impactantes na forma de se efetuar o cuidado às gestantes e de conduzir o parto. O comprometimento no resgate da ética na obstetrícia norteia as principais diretrizes do movimento. A Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão no SUS (PNH) foi criada em 2003.

A humanização do parto visa recolocar a mulher e o feto como protagonistas do

parto. Para isto, busca minimizar interferências artificiais durante os partos (diminuir a realização de procedimentos quando desnecessários, como episiotomia, uso de occitocina, manobras obstétricas, medicações) e incentivar o estabelecimento do vínculo materno-fetal (promovendo a amamentação e o contato do bebê com a mãe dentro da primeira hora de vida).

Talvez como outrora, a regulamentação e a criação de leis que exijam condutas éticas sejam o caminho mais fácil para conciliar a ciência com a ética. Entretanto, muitas leis já existem que garantem à gestante o direito a um acompanhante na hora do parto, campanhas que incentivam a humanização do parto, que não são cumpridas. Em suma, o que se pode perceber com o apanhado histórico realizado no presente texto é que a história pode trazer auxílio em quesitos que são persistentes. Inúmeras problemáticas surgiram ao longo dos anos e, naturalmente, continuarão a surgir. O objetivo deste texto não é resolvê-los conforme foram nomeados, mas mostrar como se pode encontrar soluções éticas e científicas. Então, o como conciliar, em termos práticos, tudo o que se sabe de ética com o que se sabe da ciência é: a Humanização. Humanização no tocante de tratar o SER como deve ser tratado. Quando a premissa que a gestante é um fim em si, não há margens para criticá-la se ela vier a morrer por escolher um parto em seu lar. Ainda que seja óbvio o fato de ela teria tido maiores chances de sobreviver em um ambiente hospitalar. Deve-se tratar o paciente como igual a si mesmo. A sua liberdade deve ser considerada e respeitada, impreterivelmente, até que sua vida fale mais alto. A ação de um ministério da saúde deve ser baseada pura e simplesmente na possibilidade de oferecer o melhor tratamento e não o menos custoso. Sempre escolher atitudes éticas, ainda que perante atitudes antiéticas. Pois, uma atitude antiética não justifica outra.

A Obstetrícia, em todas as suas variáveis, deve ser examinada em cada caso individualmente, à luz da ciência e da ética. Conciliação reside em retomar o objetivo da Obstetrícia, que é a vida do paciente, e necessariamente corrigir as distorções. Os interesses do binômio materno-fetal devem subjugar os interesses institucionais, econômicos, governamentais e pessoais – incluindo os do próprio médico.

Assim como foi discutido por inúmeros pensadores, por incontáveis décadas, é imperativo ao médico, ou ao prestador de serviço da saúde, questionar-se. Questionar se as próprias intenções estão interferindo em suas relações com os pacientes. Questionar se cada decisão trata a paciente como fim. E, principalmente, questionar se as máximas de suas ações deveriam se tornar lei universal da natureza.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, F. C. et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet* (London, England), v. 365, n. 9462, p. 847-54, jan 2005. BIBLIA. Português. Bíblia Sagrada - Nova Versão Internacional. Disponível em: <<https://www.bibliaonline.com.br/nvi/gn/3>> Acesso em: 3 Agosto 2015.
- DISCOVERY. Oldest Twin Remains Found in Siberia. Disponível em: < <http://news.discovery.com/history/archaeology/oldest-twin-remains-found-in-siberia-150211.htm>> .Acesso em: 4 agosto 2015.
- FEBRASGO. Novas regras visam informar sobre riscos da cesariana e incentivar parto normal. Disponível em: < <http://www.febasgo.org.br/site/?p=11310>> Acessado em: 02 agosto 2015.
- HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, Edição 2. Men-An-Tol Stone Circle near Penzance. Disponível em: http://www.cornwalls.co.uk/history/sites/men_an_tol.htm> .Acesso em: 4 agosto 2015. NICE. Caesarean section overview. Disponível em: <<http://pathways.nice.org.uk/pathways/caesarean-section>> Acessado em: 03 agosto 2015
- OMS: Brasil reduz mortalidade materna em 43% de 1990 a 2013. Disponível em:<<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/oms-brasil-reduz-mortalidade-materna-em-43-de-1990-a-2013>> Acessado em: 05 agosto 2015.
- PAPA, A. C. E.; MATTAR, R.; CAMANO, L.; Cesariana Pós-Morte / Postmortem Caesarean Section. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* v.21, n.6, Rio de Janeiro, Julho, 1999.
- PARENTE, R. C. M. et al. A História do Nascimento (Parte 1): Cesariana. *FEMINA*, v. 38, n. 9, Setembro 2010.
- PARENTE, R. C. M. et al. A História do Nascimento (Parte 2): Parto Vaginal. *FEMINA*, v. 39, n. 2, p. 65-83, 2011.
- POMPEO, C.. Uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica no Brasil. Publicado em Setembro de 2014. Disponível em: < <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/uma-em-cada-quatro-mulheres-sofre-violencia-obstetrica-no-brasil-ee5jkxiutgeb18bkwud2ozhhq> > Acessado em: 03 agosto 2015.

- REZENDE, JM. A primeira operação cesariana em parturiente viva. In: À Sombra do Plátano: Crônicas de História da Medicina. Editora Unifesp, São Paulo, 2009, p. 171-172.
- REZENDE, J. Operação Cesariana. 3ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2006. SEWELL, J. E. Cesarean Section: A Brief History. The American College of Obstetricians and Gynecologists in cooperation with the National Library of Medicine, 1993. Disponível em: < <http://www.neonatology.org/pdf/cesarean.pdf>> Acesso em: 3 Agosto 2015.
- UNASUS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>> Acessado em: 03 agosto 2015.

CONTRA A CULTURA DA IMPUNIDADE

AGAINST THE CULTURE OF IMPUNITY

*Carlos Vital Tavares Corrêa Lima**

Palavras-chave – *Corrupção, sociedade, dignidade, legislação, médicos.*

Keywords – *Corruption, society, dignity, law, doctors.*

Em 9 de dezembro, por instituição da Organização das Nações Unidas (ONU), comemora--se o Dia Internacional de Combate à Corrupção. A erradicação desse mal permitiria o fornecimento de alimentos para todas as pessoas que passam fome no mundo.

No Brasil, não há motivos para comemoração dessa data. Ainda existe no País a cultura da impunidade, à qual se opõe o princípio tão jurídico quanto civilizado de que a lei é para todos, de que ninguém, republicaneamente ninguém, está acima do bem e do mal.

Não obstante, multiplicam-se os esforços envidados para mudança desse cenário predatório e argentário que os brasileiros, o direito pátrio e seus mais isentos intérpretes não mais toleram e até mesmo excomungam.

*É presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Esta percepção tem levado alguns setores a se mobilizar, como o Ministério Público Federal (MPF), que criou a campanha 10 Medidas Contra a Corrupção. Segundo o presidente da Câmara de Combate à Corrupção do Órgão, procurador Nicolao Dino, a proposta é estimular a construção de uma sociedade na qual os entes públicos sejam pautados por regras preventivas de transparência, eficiência e eficácia.

A corrupção causa imensuráveis prejuízos sociais, particularmente aos segmentos populacionais mais vulneráveis e carentes. Em 2013, a Organização das Nações Unidas (ONU) e o Banco Mundial estimavam que as perdas anuais geradas pela corrupção chegavam a US\$ 40 bilhões nos países em desenvolvimento. Na área da assistência à saúde, 30% dos recursos eram desviados.

Assim, as condições estruturais de atendimento à saúde pública permanecem no ideário das comunidades que clamam por dignidade humana, igualdade e justiça social. Além disso, essa prática hedionda, por meio de propinas e ralos indecentes, aumenta em 40% o custo de projetos para oferecer água potável e saneamento em todo o mundo.

De 2000 a 2009, de acordo com a ONU, os países em desenvolvimento perderam US\$ 8,44 trilhões por conta de fluxos financeiros ilícitos: o equivalente a 10 vezes a ajuda externa que receberam no período. Desde 1990, este tema tem estado em discussão no âmbito da comunidade internacional. Em 2000, a Assembleia Geral da ONU estabeleceu um comitê para propor uma Convenção, que veio a ser assinada por 165 países.

Aqui, abaixo da Linha do Equador, o texto da ONU provocou a criação do Programa Nacional de Capacitação e Treinamento para o Combate à Corrupção e à Lavagem de Dinheiro (PNLD), além de outras ações, como a aprovação de leis que trouxeram menos insegurança ao trato dos interesses públicos. A primeira medida foi a Lei Complementar 131/09, que obriga os entes da Federação a publicar todas as suas despesas, assim como o serviço prestado e o beneficiário do pagamento. A outra foi a Lei de Acesso à Informação (12.527/11). Também foi instituído o Portal da Transparência, que desde 2010 atualiza diariamente todas as despesas da União.

No entanto, apesar de farta legislação, os casos de corrupção no Brasil continuam a destruir o crédito dos governos perante a população. A Controladoria Geral da União (CGU) acumula denúncias de desvios. De 2002 a 2012, o órgão realizou 17.727 tomadas de contas especiais (TCEs). Destas, 13.611 (76,7%) foram

consideradas irregulares, com um prejuízo de R\$ 9,171 bilhões. O Ministério da Saúde responde por 34% do volume desses processos. O rombo chegou a R\$ 3,12 bilhões na época.

Além das TCEs, a CGU também realiza, de modo aleatório, fiscalizações nos municípios. Entre 2003 e 2012, foram vistoriadas 1.965 prefeituras. Em 75% delas, foram encontrados problemas graves em licitações envolvendo recursos federais.

Entre os equívocos mais comuns estão a criação de “empresas fantasmas” e a simulação de processos de licitação. Há agentes públicos que não prestam contas, aplicam recursos indevidamente e cometem irregularidades na cobrança de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS).

No contexto do SUS, um estudo da Confederação Nacional da Indústria (CNI) evidenciou que para a população a chaga da corrupção é o principal fator da ineficiência dos investimentos do governo na área. Porém, há que se dar ênfase ao fato de que, segundo pesquisa do Ibope, realizada em 2006, a corrupção não é monopólio da administração pública, posto que 75% dos entrevistados afirmaram que praticariam atos ilícitos, caso tivessem oportunidade.

A sociedade brasileira exige transformação cultural caracterizada por atitudes capazes de retirar o Brasil da 69ª posição no campeonato da corrupção em ranking elaborado pela ONG Transparência Internacional, onde participam 176 países.

Normas coercitivas, acesso à educação, modernização da gestão e melhoria dos instrumentos de controle e avaliação, em todos os níveis, são elementos imprescindíveis a um novo paradigma sobre o tema. O fato é que não há receita pronta contra a corrupção, cujo combate necessita reação motivada pela indignação que provoca.

Diante disso, os médicos e a sociedade devem abraçar a campanha 10 Medidas Contra a Corrupção como uma pedra angular do futuro desejado para a Nação. Serão necessárias 1,5 milhão de assinaturas para que este conjunto de proposições seja transformado em projeto de lei (PL), que tramite com celeridade nas Casas Legislativas.

Ao ser aprovado e sancionado, este PL representará um marco da rejeição à cultura da impunidade e o amanhecer da ética, da moral e da justiça para todos os brasileiros.

VIVER DA MEDICINA OU PARA A MEDICINA?

LIVE OF MEDICINE OR FOR MEDICINE?

*Donizetti Dimer Giamberardino Filho***

Palavras-chave – *Medicina, humanização, dilemas, dignidade, formação.*

Keywords – *Medicine, humanization, dilemmas, dignity, training.*

Ser médico é viver a medicina além de uma profissão. Em outras palavras, a dimensão da técnica não existe se desacompanhada da busca do humano em todas as esferas da vida: plantando uma árvore e criando os filhos, buscando a alegria e a realização pessoal no casamento e na preservação das amizades. A prática da medicina é, sobretudo, atividade de humanização de si mesmo e dos outros e, por isso mesmo, só pode ser exercida em sociedade.

O juramento hipocrático repetido pelos jovens que concluem a graduação em Medicina em nosso país se insere em uma linha de pensamento de mais de 2.400 anos, a qual congloba a alteridade, o respeito, o sigilo e a privacidade, com dever de ofício da beneficência e da não-maleficência. O importante momento da formatura carrega, sempre, a questão da decisão de rumos: viver para a medicina ou usar a medicina para viver?

* Representante do Paraná no Conselho Federal de Medicina, conselheiro do CRM-PR e pediatra do Hospital Infantil Pequeno Príncipe. Artigo publicado no jornal Gazeta do Povo, de 18 de outubro de 2015.

É sabido como a sociedade de consumo se faz cada vez mais egocêntrica e fundada no egoísmo — uma sociedade “do autorretrato”. Praticar a medicina nestas circunstâncias exige um esforço extraordinário, pois a alteridade e o respeito ao próximo, em compasso harmônico para com as próprias necessidades pessoais e familiares, colocam-se como valores morais quase “desviantes” em relação a determinados projetos pessoais.

De todo modo, a profissão médica tem e sempre terá suas fundações construídas na relação interpessoal e na confiança entre dois seres humanos ali reconhecidos como médico(a) e paciente, o que não muda mesmo diante da intensa fluidez das informações e da comunicação, também na área da saúde, que caracterizam a sociedade ocidental hodierna. A relação entre os médicos e seus pacientes exige comprometimento e vínculo social, e as informações desvinculadas da personalidade têm seus benefícios diminuídos de modo significativo. Em suma, o fantástico desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia na medicina não afasta a necessidade das atitudes virtuosas, as quais seguem correspondendo aos três pilares formativo do conhecimento, da habilidade e da relação médico-paciente.

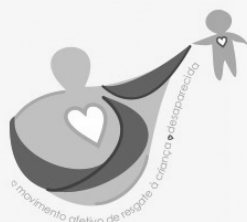
Vale o registro da homenagem e da reverência necessária aos médicos formados há 40 anos ou mais: com um olhar de saudade e a sensação de dever cumprido e de preocupação com a velocidade das transformações sociais, são profissionais que fizeram uma sociedade melhor, defendendo o acesso à saúde com equidade para todas as pessoas, como preconiza a Constituição de 1988, promotora e garantidora de direitos sociais.

Somos quase 400.000 médicos no Brasil hoje, exercendo a medicina por meio de um sistema de gestão de saúde que podemos chamar de misto, pois dos 200 milhões de brasileiros cerca de 150 milhões são usuários do sistema público de saúde (SUS). Seus graves problemas de subfinanciamento e de gestão não podem ser atribuídos ao profissional médico, tão vítima de um sistema ineficaz como os demais profissionais de saúde e, principalmente, a população. Estamos certos de que os valores sociais que marcam a profissão médica superam projetos políticos tendenciosos que querem apenas números e não qualidade dos serviços prestados, o que acaba por restringir e violar direitos sociais constituídos da população mais necessitada.

Como qualquer profissional ou pessoa, temos nosso futuro aberto e em construção. Por este motivo, defendemos médicos formados adequadamente em escolas

médicas capacitadas para tal atribuição. No mesmo sentido, defendemos a medicina praticada com qualidade e que a quantidade seja consequência da primeira. É inadmissível que o direito à saúde das pessoas seja considerado satisfeito em condições inadequadas e com carência de recursos diagnósticos e terapêuticos, como se estivéssemos em uma guerra. Os médicos anseiam por dignidade em seu ofício e por dignidade para o cidadão brasileiro, o que significa justiça social, saúde de qualidade e políticas públicas de efetivação dos direitos sociais das pessoas.

Por fim, que este 18 de outubro, dia de homenagem aos médicos, traga-nos à reflexão, sempre, a importância da qualidade na relação médico-paciente. Não há medicina sem as pessoas, relacionadas e ligadas pelo melhor remédio já criado: a confiança, com efeitos sobre o corpo e a alma.



Quando uma criança desaparece leva toda a alegria junto com ela

Médico e profissional de saúde, seu olhar atento pode trazer uma criança desaparecida de volta para casa.



CFM | CRM-PR
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA | CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Acesse: portal.cfm.org.br

CARREIRA DE MÉDICO DE ESTADO E A LUZ QUE SE ACENDE COMO SUPORTE AO SUS

STATE MEDICAL CAREER AND THE LIGHT THAT LIGHT UP ITSELF AS A SUPPORT TO THE SUS

*Luiz Ernesto Pujol**

Palavras-chave – *Médico, projeto, carreira, interiorização, concurso, exclusividade.*

Keywords – *Doctor, design, career, internalization, competition, exclusivity.*

A classe médica brasileira e a própria sociedade vislumbram iminente boa notícia em meio às tantas negativas que afligem o país neste momento, o que inclui o risco de colapso na estrutura de saúde em 2016 com os cortes orçamentários, como admitido por Arthur Chioro no “apagar das luzes” de sua gestão frente ao Ministério da Saúde. Está prestes a ser levada à votação no plenário da Câmara dos Deputados proposta de emenda à Constituição que traça as diretrizes para a organização da carreira de Médico de Estado, importante passo para que a interiorização da assistência avance de forma consistente e responsável, descolada de paliativos, embustes eleitoreiros ou violações às normas legais vigentes, inclusive trabalhistas.

Trata-se de reivindicação histórica das instituições representativas dos médicos, como fator estratégico de estímulo à migração e a fixação do profissional e de outros profissionais de saúde em áreas de difícil provimento. A proposta encontra singularidade nas bem estruturadas bases para carreiras de juízes e promotores públicos. Organizada pela União, a carreira única de médico de Estado teria ingresso mediante concurso e com regime de dedicação exclusiva, sem poder exercer outro cargo ou função pública, salvo na área de magistério.

* Presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná e diretor do Departamento de Defesa Profissional da Associação Médica do Paraná. Artigo publicado no jornal Gazeta do Povo de 1º de outubro de 2015.

Prevê ainda a ascensão funcional do médico pelos critérios de merecimento e antiguidade e exige fatores objetivos de lotação e remoção dos profissionais, segundo a necessidade do serviço. Assim, alarga-se a possibilidade de, em querendo, o médico ter a sua progressão associada a remoções para centros maiores. O modelo propõe ainda uma remuneração que valoriza o tempo de serviço e os níveis de qualificação na área médica, tendo como ponto de partida um piso salarial realístico ao mercado de trabalho presente. De modo inverso, fica o médico proibido de receber honorários, tarifas ou taxas, auxílios ou contribuições de pessoas naturais ou jurídicas, públicas ou privadas.

Estes 10 anos de luta por uma carreira no Sistema Único de Saúde (SUS) encontrou resistências políticas muito mais pela falta de entendimento do seu real propósito e da relevância para a população do que propriamente pela estruturação de sua base operacional. Tem havido sensibilidade por parte dos parlamentares na análise do que representa a PEC nº 454/2009 na construção de um modelo a ser irradiado para estados e municípios, valorizando especialmente os nossos jovens médicos, aos quais, além do amparo de uma carreira com regramento claro, deve ser possibilitado o pleno acesso a meios de educação continuada, com esse conhecimento sempre absorvido pelos usuários em forma de assistência qualificada.

É óbvio que um plano de carreira por si só não vai resolver todos os problemas da saúde pública, sobretudo nos chamados bolsões de desassistência agravados pelo descaso. Porém, tende a alicerçar a base de um sistema único que chega ao seu 25.º ano enfraquecido e até desacreditado pela fragilidade com que se apresenta ante a missão de suprir a saúde de 150 milhões de brasileiros - outros 50 milhões estão sob a égide dos planos de saúde e de custeio privado.

A saúde precisa ser tratada com a merecida prioridade e acreditamos que pode vir do Parlamento a sinalização para as mudanças que a sociedade tanto exige. Sim, uma exigência que inclui a garantia de infraestrutura e atendimento, com especial foco na atenção básica, possibilitando de fato a fixação do médico e que ele possa, sob a luz da ética emanada de nosso código de conduta, oferecer o melhor de sua capacidade profissional em prol da saúde do ser humano.

Diante dos cortes orçamentários da saúde, que projetam uma “situação inadmissível” na gestão do sistema, como dito pelo ministro, temos a expectativa de que a boa notícia venha de fato do legislativo e possa inaugurar uma nova etapa de transparência, verdades e responsabilidade com o futuro.

ORIENTAÇÃO SOBRE A PREVENÇÃO E A VACINAÇÃO CONTRA O HPV

ORIENTATION ABOUT THE PREVENTION AND THE VACCINATION AGAINST THE HPV

CFM*

Palavras-chave – HPV, consulta médica, vacinação, prevenção, adolescentes.

Keywords – HPV, medical consultation, vaccination, prevention, adolescents.

RECOMENDAÇÃO CFM Nº 9/2015

Dispõe sobre a conveniência e a oportunidade de, durante consulta, médicos oferecerem orientação sobre a prevenção e a vacinação contra o HPV para as adolescentes a partir de 9 anos de idade.

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

*Conselho Federal de Medicina.

CONSIDERANDO que a infecção pelo HPV é responsável por alto percentual dos casos de câncer de colo do útero, vagina, vulva e ânus;

CONSIDERANDO que o desenvolvimento e a utilização de vacina contra o HPV contribuem para a diminuição da incidência desses tumores;

CONSIDERANDO que o Ministério da Saúde/SUS disponibiliza, desde março de 2014, a vacina que protege contra os quatro tipos mais recorrentes de HPV;

CONSIDERANDO que o oferecimento de informações sobre a prevenção de infecção pelo HPV, durante as consultas médicas, poderá beneficiar um número ainda maior de adolescentes;

CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 18 de junho de 2015,

RECOMENDA:

Art. 1º – Nas consultas médicas em adolescentes a partir de 9 anos, o médico verificará a situação vacinal e orientará as pacientes, seus pais e, quando cabível, seus representantes legais, a respeito da vacinação contra o HPV.

Art. 2º – O médico destacará que a vacinação é sempre uma necessidade, orientando e esclarecendo a paciente, seu representante e/ou sua família sobre sua importância na prevenção do câncer de colo de útero, vagina, vulva e ânus.

Parágrafo único. O médico alertará que a vacina é um direito das adolescentes, como definido pelo Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde e disponibilizado no SUS, e é um dever dos pais ou dos representantes legais viabilizar sua administração.

Artigo 3º - Esta Recomendação entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 18 de junho de 2015

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA, Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA, Secretário-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RECOMENDAÇÃO CFM Nº 9/2015

A infecção pelo HPV, principalmente por alguns de seus subtipos, é responsável por alto percentual dos casos de câncer de colo do útero, vagina, vulva e ânus. O desenvolvimento de vacina contra esses subtipos e sua efetiva e oportuna utilização poderão contribuir para a diminuição da incidência desses tumores.

O Ministério da Saúde/SUS disponibiliza, desde março de 2014, nos 36 mil postos de saúde da rede pública, vacina que protege contra os quatro tipos mais recorrentes do HPV: 6, 11, 16 e 18 – os dois primeiros associados a 90% das verrugas genitais e os dois últimos a 70% dos casos de câncer de colo do útero. O público-alvo são as adolescentes a partir de 9 anos que ainda não tiveram início da atividade sexual.

Atualmente, recomenda-se que a vacina seja utilizada em três doses: no tempo 0 (zero), 30 dias e 5 anos. Entretanto, existem estudos em andamento sugerindo que duas doses poderão ser suficientes.

Reforça-se que a vacina não previne todos os casos de câncer de colo uterino, vagina, vulva e ânus, tampouco substitui os exames preventivos [Papanicolau] ou o uso de preservativos. Isso deve ser enfatizado pelo médico para evitar a falsa sensação de proteção absoluta.

O profissional também deve lembrar que o preservativo evitará outras doenças sexualmente transmissíveis.

A presente recomendação é importante porque ampliará o número de meninas nessa faixa etária (cerca de 5 milhões de adolescentes) que terá conhecimento de um direito porque contribuirá para que o profissional explique a necessidade de aplicação da vacina e porque facilitará a informação da necessidade dos exames periódicos (como o Papanicolau) e da discussão, no tempo oportuno, sobre a prevenção de outras doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez indesejada.

JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO, Relator

USO DA INTERNET E REDES SOCIAIS PARA DIVULGAR ATIVIDADES MÉDICAS

USE OF THE INTERNET AND SOCIAL NETWORKS TO PUBLICIZE MEDICAL ACTIVITIES

CFM*

Palavras-chave – *Internet, redes sociais, divulgação, imprensa, publicidade.*

Keywords – *Internet, social networking, publicity, media, advertising.*

RESUMO

Resolução altera o texto do Anexo I, sobre critérios para a relação dos médicos com a imprensa (programas de TV e rádio, jornais, revistas), no uso das redes sociais e na participação em eventos (congressos, conferências, fóruns, seminários etc.) da Resolução CFM nº 1.974/11, publicada no D.O.U. de 19 de agosto de 2011, nº 160, Seção I, p. 241-4.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.133/2015

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 12.842, de 10 de julho de 13;

*Conselho Federal de Medicina.

CONSIDERANDO que o texto do Anexo I da Resolução CFM nº 1.974/11 está causando entendimentos equivocados após a edição da Resolução CFM nº 2.126/15;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 12 de novembro de 2015.

RESOLVE

Art. 1º - O texto do Anexo I – Critérios para a relação dos médicos com a imprensa (programas de TV e rádio, jornais, revistas), no uso das redes sociais e na participação em eventos (congressos, conferências, fóruns, seminários etc.) – na frase: “É vedado ao médico, na relação com a imprensa, na participação em eventos e no uso das redes sociais:” passa a vigorar com a seguinte redação: “É vedado ao médico, na relação com a imprensa, na participação em eventos e em matéria jornalística nas redes sociais:”.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 12 de novembro de 2015.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA, Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA, Secretário-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.133/2015

A edição desta resolução faz-se necessária tendo em vista que o texto do Anexo I – Critérios para a relação dos médicos com a imprensa (programas de TV e rádio, jornais, revistas), no uso das redes sociais e na participação em eventos (congressos, conferências, fóruns, seminários etc.) – na frase: “É vedado ao médico, na relação com a imprensa, na participação em eventos e no uso das redes sociais:” – da Resolução CFM nº 1.974/11 está causando entendimentos equivocados após a edição da Resolução CFM nº 2.126/15.

EMMANUEL FORTES S. CAVALCANTI, Relator

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.133/2015

Resolução aprovada na Reunião Plenária de 12/11/2015

Publicada no D.O.U. de 15/12/2015, sessão 1, pág 248.

**SERVIÇO DE CONSULTA AUTOMATIZADA
DE INFORMAÇÕES PÚBLICAS**

AUTOMATED CONSULTATION SERVICE OF PUBLIC INFORMATION

CFM*

Palavras-chave – *Médicos, cadastro, web services, normatização, contrato, precificação, confidencialidade.*

Keywords – *Doctors, registration, web services, regulation, contract, pricing, confidentiality.*

RESUMO

Estabelece normas e fixa o valor para disponibilização de informações, por meio de Web Services, relativas à situação profissional dos médicos e dá outras providências.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro 2004, pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e pela Lei nº 12.514, de 28 de outubro de 2011, e

CONSIDERANDO o despacho SEJUR nº 53/2015, de 2 de fevereiro de 2015, aprovado em reunião de diretoria em 24 de fevereiro de 2015;

*Conselho Federal de Medicina.

CONSIDERANDO a tabela de formação dos custos para disponibilização de informações relativas à situação profissional dos médicos efetuada pelo Setor de Controle Interno do CFM;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária realizada no dia 20 de agosto de 2015.

RESOLVE:

Art. 1º – Fica instituído o serviço de consulta automatizada de informações públicas do Cadastro Nacional de Médicos por meio de Web Services – solução utilizada na integração de sistemas e na comunicação entre aplicações diferentes, objetivando dar publicidade à sociedade sobre os médicos em atividade no Brasil.

§ 1º - As informações fornecidas pelo CFM serão única e exclusivamente utilizadas para atender à necessidade de consultas aos dados dos médicos, especificamente quanto a Nº CRM, UF, TIPO DE INSCRIÇÃO, SITUAÇÃO, ESPECIALIDADES REGISTRADAS com RQE, com a finalidade de atualização da base de dados dos solicitantes – Pessoa Jurídica.

§ 2º - Outras informações poderão ser acrescentadas quando devidamente justificadas e com a prévia autorização da Diretoria do CFM.

Art. 2º - Todos os procedimentos operacionais e disponibilização dos serviços serão realizados pelos setores responsáveis de cada área do CFM.

§ 1º - Caberá ao Setor de Informática promover os meios necessários para a disponibilização das informações especificadas no § 1º do artigo 1º desta Resolução.

§ 2º - Caberá à Secretaria do CFM elaborar os termos de adesão, o controle, a fiscalização e o monitoramento das ações.

§ 3º - Caberá à Tesouraria do CFM o controle e o monitoramento das receitas oriundas dos contratos celebrados com os solicitantes.

Art. 3º - Os contratos serão realizados entre o Conselho Federal de Medicina e os solicitantes através de “Termo de Sigilo e Confidencialidade”, devidamente analisado pelo Setor Jurídico do CFM.

Parágrafo único. - O serviço será prestado pelo CFM e terá vigência de 12 (doze) meses a partir da assinatura do Termo de Sigilo e Confidencialidade, podendo ser renovado através da celebração de novo contrato.

Art. 4º - O preço do serviço será equivalente ao estabelecido para a 1ª faixa de capital social de pessoa jurídica, definido por resolução anual do Conselho Federal de Medicina que fixa os valores das anuidades e das taxas para cada exercício.

Art. 5º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 20 de agosto de 2015.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA, Presidente

JOSÉ HIRAN DA SILVA GALLO, Tesoureiro

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.129/15

Resolução aprovada na Reunião Plenária de 20/08/2015.

Publicado no D.O.U. de 18 de setembro de 2015, Seção I, p. 117.

CRITÉRIOS PARA DIREÇÃO TÉCNICA DE UNIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE E REGISTRO NOS CONSELHOS

STANDARDS TO TECHNICAL SUPERVISION OF HEALTH PUBLIC
UNITS AND REGISTRATION ON THE COUNCILS

CFM*

Palavras-chave – *Diretor técnico, inscrição, serviços públicos de saúde, ambientes médicos, responsabilidade.*

Keywords – *Technical Director, registration, health public services, medical environments, responsibility.*

RESUMO

Estabelece critérios para a ocupação da função de diretor técnico que será aplicada em Postos de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Caps I e II, Caps i, Postos de Perícias Médicas da Previdência Social e Serviços de Hematologia e Hemoterapia, quando de sua inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.127/2015

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelos Decretos nº 44.045/58 e nº 6.821/2009, alterada pela Lei nº 11.000/2004, pela Lei nº 12.842/13 e pelo artigo 16, em seus parágrafos 4º e 5º, da Lei nº 12.871/13;

*Conselho Federal de Medicina.

CONSIDERANDO que cabe ao Conselho Federal de Medicina a normatização e a fiscalização do exercício da Medicina;

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO que o Decreto-Lei nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, determina – em seus artigos 24 a 29, notadamente o 28 – que nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica poderá funcionar, em qualquer parte do território nacional, sem um diretor técnico graduado em medicina;

CONSIDERANDO que o art. 15 da Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, determina que “os cargos ou funções de chefias de serviços médicos somente poderão ser exercidos por médicos, devidamente habilitados na forma da lei”;

CONSIDERANDO especificamente o artigo 12 do Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, segundo o qual, “recebida a queixa ou denúncia o Presidente a encaminhará a uma Comissão de Instrução, que, ordenará as providências específicas para o caso e depois de serem elas executadas, determinará, então, a intimação do médico ou da pessoa jurídica denunciados para prazo de trinta dias a contar da data do recebimento dessa intimação oferecer a defesa que tiver, acompanhando-a das alegações e dos documentos que julgar convenientes”;

CONSIDERANDO que esta definição permitirá maiores controle e difusão das normas necessárias à eficiência que deve recair sobre a conduta dos médicos e gestores na Administração Pública;

CONSIDERANDO o disposto nas Resoluções CFM nºs 2.056/13 e 2.057/13;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária do dia 17 de julho de 2015.

RESOLVE:

Art. 1º Estas normas se aplicam ao âmbito dos Postos de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Caps I e II, Caps i, Postos de Perícias Médicas da

Previdência Social e Serviços de Hematologia e Hemoterapia subordinados ao hemocentro central ou referência, conforme definido nas Resoluções CFM nºs 2.056 e 2.057/13 como ambientes médicos.

Art. 2º A prestação de assistência médica nessas instituições é de responsabilidade do diretor técnico, o qual, no âmbito de suas atribuições, responderá perante o Conselho Regional de Medicina conforme o disposto nas Resoluções CFM nºs 2.056 e 2.057/13, sem prejuízo da apuração penal ou civil.

Art. 3º Para garantir o bom funcionamento dos sistemas de controle por parte dos Conselhos Regionais de Medicina, das autoridades públicas e dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, o diretor técnico deve:

I. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor com o objetivo de assegurar o bom funcionamento da rede assistencial;

II. Comprovar que solicitou documentalmente as providências cabíveis para manter o funcionamento adequado, quando instado pelos órgãos de controle definidos no caput.

Art. 4º Para o fiel cumprimento do disposto no artigo 3º, fica autorizada a inscrição dos estabelecimentos assistenciais definidos no artigo 1º, mediante a indicação de um diretor técnico para até 10 (dez) unidades de prestação de serviço, desde que não seja ultrapassado em cada unidade, ou em seu conjunto, o máximo de 30 (trinta) médicos;

§ 1º Para os serviços especializados, como os Caps I e II, Caps i ou os de Hematologia e Hemoterapia, o diretor técnico deve ser detentor do título de especialista nos termos da Resolução CFM nº 2.007/13, com a ressalva prevista nos termos da Lei nº 10.205/01;

§ 2º Quando se tratar dos Postos de Perícias Médicas da Previdência Social, a representação caberá ao diretor técnico da gerência executiva do órgão. Cabe a ele comunicar quais postos estão sob sua responsabilidade, indicando o endereço completo, de acordo com o disposto no Manual de Procedimentos Administrativos dos Conselhos de Medicina – excluído, neste caso, o controle por quantidade de médicos peritos;

§ 3º O CNPJ utilizado para fins de registro será o do ente público a que estejam vinculadas tais unidades;

§ 4º Para cada fração excedente a 10 (dez) unidades prestadoras de assistência médica, deverá ser criada uma nova diretoria técnica, nos termos desta Resolução, excetuados os Postos de Perícias Médicas.

§ 5º Quando exceder 10 unidades ou 30 (trinta) médicos, como previsto no caput, em menos de 10 (dez) unidades de prestação de serviços, será requerida a criação de nova direção técnica, excetuados os Postos de Perícias Médicas.

Art. 5º Em caso de afastamento ou substituição do diretor técnico, aquele que deixa o cargo tem o dever de comunicar o fato imediatamente, por escrito, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. A substituição do diretor afastado deverá ocorrer de imediato, obrigando-se o diretor que assume o cargo a fazer a devida notificação ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 6º Esta resolução entrará em vigor dentro de seis meses a contar da data de sua publicação.

Brasília-DF, 17 de julho de 2015.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA, Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA, Secretário-geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.127/2015

Sabe-se que a atividade regulamentar do CFM possui relevante papel no cenário jurídico nacional, uma vez que estabelece a conduta da classe médica nos aspectos éticos, morais e técnicos da atividade. Tudo isso nos termos da competência que lhe foi conferida pela Lei nº 3.268/57, pela Lei nº 12.842/13 (Lei do Ato Médico) e pela Lei nº 12.871/13 (Lei do Programa Mais Médicos).

Desse modo, em sua atividade legiferante, cabe ao CFM impor clareza suficiente em seus atos para que a norma alcance, de forma mais eficaz, todos os destinatários, ou seja, os profissionais médicos e demais cidadãos brasileiros.

Decorrente da outorga das referidas leis e da exigência no ordenamento jurídico

nacional da presença do diretor técnico (Decreto nº 20.931/32 e Lei nº 3.999/61), com o fito de assegurar o bom desempenho técnico, ético e moral da medicina, obriga-se o CFM a adequar tais normas à realidade dos estabelecimentos assistenciais na rede pública de saúde, tanto para a atenção básica quanto para a pericial.

Ajustar-se a essa realidade é um imperativo para que a função fiscalizatória dos Conselhos Regionais de Medicina ocorra e que, em sua base de dados, estejam cadastradas essas unidades.

Por tal razão, estamos autorizando que a responsabilidade técnica alcance até 10 (dez) unidades, com no máximo 30 (trinta) médicos. Estamos também ajustando à realidade a inscrição dos postos periciais do INSS, permitindo que um responsável técnico na administração do núcleo executivo médico administre todas as unidades a ele vinculadas.

O CNPJ será o da repartição pública a que estejam vinculadas.

Para reforçar a justificativa de tal necessidade, podemos nos valer das regras dispostas no art. 13 da Lei Complementar nº 95/1998, o qual segue transcrito para melhor compreensão:

Art. 13. As leis federais serão reunidas em codificações e consolidações, integradas por volumes contendo matérias conexas ou afins, constituindo em seu todo a Consolidação da Legislação Federal.

§ 1º A consolidação consistirá na integração de todas as leis pertinentes a determinada matéria num único diploma legal, revogando-se formalmente as leis incorporadas à consolidação, sem modificação do alcance nem interrupção da força normativa dos dispositivos consolidados.

§ 2º Preservando-se o conteúdo normativo original dos dispositivos consolidados, poderão ser feitas as seguintes alterações nos projetos de lei de consolidação:

- I - introdução de novas divisões do texto legal base;
- II - diferente colocação e numeração dos artigos consolidados;
- III - fusão de disposições repetitivas ou de valor normativo idêntico;
- IV - atualização da denominação de órgãos e entidades da administração pública;
- V - atualização de termos antiquados e modos de escrita ultrapassados;

VI - atualização do valor de penas pecuniárias, com base em indexação padrão;

VII - eliminação de ambiguidades decorrentes do mau uso do vernáculo;

VIII - homogeneização terminológica do texto;

IX - supressão de dispositivos declarados inconstitucionais pelo Supremo Tribunal Federal, observada, no que couber, a suspensão pelo Senado Federal de execução de dispositivos, na forma do art. 52, X, da Constituição Federal;

X - indicação de dispositivos não recepcionados pela Constituição Federal;

XI - declaração expressa de revogação de dispositivos implicitamente revogados por leis posteriores.

Portanto, compreende-se que a presente proposta de Resolução atende ao requisito da legalidade, bem como se encontra no âmbito de atribuição do Conselho Federal de Medicina para regular o exercício técnico, moral e ético da medicina.

Brasília-DF, 17 de julho de 2015.

EMMANUEL FORTES SILVEIRA CAVALCANTI, Relator

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.127/2015

Resolução aprovada na Reunião Plenária de 17/07/2015

Publicada no D.O.U. de 29 de outubro de 2015, Seção I, p. 236.

VEDADA GRAVAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PARA FINS DE AUDITORIA

AVOIDED THE SURGICAL PROCEDURES RECORDING FOR AUDIT PURPOSES

*Mauro Luiz de Britto Ribeiro e Lucio Flavio Gonzaga Silva**

Palavras-chave – *Cirurgia, filmagem, auditoria, privacidade, materiais de implante.*

Keywords – *Surgery, filming, audit, privacy, implant materials.*

CONSULTA

Médico encaminhou correspondência eletrônica ao CFM relatando sua condição de médico auditor de operadora de saúde suplementar, bem como supostos problemas enfrentados com o uso de órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs).

Informa que “muitas vezes os fornecedores destes materiais tentam cobrar materiais diferentes dos autorizados, seja em modelo ou em quantidade, argumentando que no ato operatório houve a necessidade de modificação”.

Aventa, então, e indaga acerca da eticidade de “se colocarem câmeras na sala cirúrgica do hospital próprio da operadora de saúde, focadas exclusivamente no campo operatório, para se tentar melhor análise do ocorrido no ato cirúrgico”,

*Conselheiros relatores do Conselho Federal de Medicina.

sem o consentimento formal específico do médico assistente.

A partir desse questionamento, desenvolve outros tantos que pressupõem a possibilidade da referida gravação.

DO PARECER

O Conselho Federal de Medicina entende não ser eticamente viável a gravação de imagens na sala cirúrgica para fins de auditoria médica.

No cenário descrito pelo consulente, também, alguns bens jurídicos entram em rota de colisão.

A gravação de imagens viola a privacidade do paciente, o qual pode ser identificado por diversos sinais externos (marcas corpóreas, tatuagens, silhueta, gestos, etc.). Maiores considerações sobre o caráter nefando da quebra de sigilo profissional são, inclusive, desnecessárias.

Existem meios menos gravosos à liberdade de atuação do médico e à preservação do sigilo profissional/privacidade do paciente, previstos no “Manual de boas práticas de recepção de materiais de implante” (Resolução CFM nº 1804/06), que podem ser eficientes na verificação e na rastreabilidade dos OPMEs implantados.

Resumidamente, entende-se que existem meios formais/documentais alternativos para se controlar com suficiência a implantação dos OPMEs, sendo que os profissionais médicos que incorrerem em qualquer infração regulamentar responderão por tais atos em todos os níveis (administrativo, cível e criminal).

Demais disso, cumpre-se notar que a Resolução CFM nº 1.614/01 estipula em seu art. 7º, § 3º, que o médico auditor somente poderá acompanhar (e não filmar) procedimentos com a autorização do paciente e/ou do médico assistente. E tudo isso apenas em situações excepcionais, nos termos do Parecer CFM nº 37/10.

CONCLUSÃO

Por estas razões, entendemos não ser ética a filmagem de cirurgias para fins de auditoria médica.

Considerando que os demais questionamentos pressupõem a possibilidade de se filmar o procedimento cirúrgico de implante, restam estes prejudicados.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 23 de outubro de 2015.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO

Conselheiro Relator

LUCIO FLAVIO GONZAGA SILVA

Conselheiro relator

PARECER CFM nº 47/15

Parecer aprovado

Sessão Plenária de 23 de outubro de 2015-11-23

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA E A AUTONOMIA PROFISSIONAL

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY AND THE PROFESSIONAL AUTONOMY

*Alceu José Peixoto Pimentel**

Palavras-chave – *Especialidade médica, indivisibilidade, autonomia, credenciamento.*

Keywords – *Medical specialty, indivisibility, autonomy, accreditation.*

CONSULTA

O consulente motivado pelo fato de que, segundo o mesmo, os convênios médicos estariam vinculando as solicitações de descredenciamento de obstetrícia ao afastamento, também, das atividades relacionadas a ginecologia, consulta o Conselho Federal de Medicina com o objetivo de que seja esclarecido nas seguintes questões:

1. Se “ginecologia e obstetrícia são consideradas apenas uma especialidade ou se podem ser separadas a fim de exercício específico de uma delas”.
2. Continua o interessado indagando se “o médico credenciado no convênio como ginecologista e obstetra pode solicitar o descredenciamento de apenas uma das especialidades e continuar exercendo a outra”.

*Conselheiro relator do Conselho Federal de Medicina

PARECER

No que se refere à primeira dúvida do consultante, é cristalino o entendimento da Resolução CFM nº 1.634/02, de 29 de abril de 2002, a qual dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica, quando disciplina, em seu anexo II, que ginecologia e obstetrícia é uma, ou seja, as atividades relacionadas aos atendimentos em ginecologia e obstetrícia compõem uma especialidade única.

O Código de Ética Médica, em seus Princípios Fundamentais, incisos VII e VIII, respectivamente, reza que “o médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente”, e que “o médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho”.

Com fulcro nas determinações acima expostas, sem dúvidas, é possível afirmar que o profissional da medicina, no desempenho de sua especialidade, poderá exercê-la parcial ou totalmente, sempre dentro dos limites definidos pelo Código de Ética Médica, respaldado pela sua autonomia profissional, princípio este tão bem explicitado pela norma.

Ainda com lastro nos ditames expostos e centrados no respeito à autonomia profissional, mesmo ginecologia e obstetrícia sendo especialidade única, a atuação do médico, conveniado ou membro de cooperativas, exercendo parcialmente sua especialidade, ou seja, desempenhando isoladamente as atividades de ginecologia ou obstetrícia, não se configura como desrespeito aos princípios éticos que norteiam o trabalho médico.

No entanto, o que parece ser a questão central que motivou o consultante a solicitar a presente posição do Conselho Federal de Medicina é o fato de existir, segundo o mesmo, a proibição, imposta pelas operadoras de saúde, de que o profissional se afaste de suas atividades relacionadas a obstetrícia e passe a desempenhar, somente, aquelas do âmbito da ginecologia. Essa reflexão foge do campo da avaliação ética, na medida em que, para tal definição, deve ser

observado o que está contido nas cláusulas contratuais ou de prestação de serviços, aceitas antecipadamente pelas partes.

Destaca-se aqui que a obrigação de cumprir e a exigência do cumprimento de acordos previamente elaborados não configuram qualquer tipo de agressão à autonomia do ginecologista e obstetra e são próprias das relações de trabalho na sociedade moderna. Por outro lado, o que poderá ou não apresentar indícios de infração ética, sendo passível de análise pelos Conselhos de Medicina, é uma possível quebra dessas regras, seja pelo médico conveniado/cooperativado ou pela empresa gestora da operadora de saúde, na figura de seu diretor técnico.

CONCLUSÃO

Por todo o exposto, respondendo aos questionamentos feitos pelo consulente, concluímos que a especialidade de ginecologia e obstetrícia é indivisível, conforme disciplinado pela Resolução CFM nº 1.634/2002, de 29 de abril de 2002, e posteriores, mas que o médico, no exercício de sua autonomia profissional, poderá exercê-la total ou parcialmente, inclusive quando de sua atuação junto às operadoras de saúde.

Com respeito à segunda dúvida e baseado nos pressupostos acima elencados, que definem ginecologia e obstetrícia como especialidade única, mas também centrado na autonomia do profissional médico, entendemos não ser possível o descredenciamento parcial, pois a especialidade é única e indivisível.

No entanto, o médico dentro de sua autonomia, mesmo credenciado em ginecologia e obstetrícia, pode optar por não realizar procedimentos que não deseje, encaminhando os pacientes a médicos credenciados na operadora de saúde que o façam.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 21 de agosto de 2015.

ALCEU JOSÉ PEIXOTO PIMENTEL

Conselheiro relator

PARECER CFM nº 38/15

Parecer Aprovado

Reunião Plenária de 21/08/2015.

ARQUIVOS DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ**ÍNDICE REMISSIVO POR ORDEM ALFABÉTICA
DE ASSUNTOS E AUTORES****NÚMEROS 125 A 128/2015****OBSERVAÇÕES**

- 1 - O indicativo numeral de página da palavra-chave, corresponde a página inicial do artigo ou texto onde está o assunto;
- 2 - Cada assunto pode ter mais de uma palavra-chave;
- 3 - A presença de "art.", significa artigo do Código de Ética Médica, 1988;
- 4 - Solicita-se a comunicação à secretaria, de eventual indicação errônea;
- 5 - Pedimos sugestões para inclusões futuras;
- 6 - Índice remissivo dos nºs 1 a 56 estão à disposição no Suplemento I, vol. 14, de Dez./97, também em formato digital.
- 7 - Um índice remissivo anual é realizado no último número de cada ano, desde 1998.
- 8 - Este índice pode ser consultado através da Home Page do CRM-PR.
- 9 - Todas as edições da Revista Arquivos, no formato digital, estão disponíveis em www.crmpr.org.br (publicações).

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Aborto					Publicidade	125	38	32	2015
Autorização Judicial	127	184	32	2015	Giamberardino Filho, Donizetti Dimer				
Espontâneo	127	191	32	2015	Artigo	128	235	32	2015
Malformação	127	184	32	2015	Dilemas	128	235	32	2015
Aguiar, Rogério Wolf de					Humanização	128	235	32	2015
Artigo	127	157	32	2015	Medicina	128	235	32	2015
Assistência Médica	127	157	32	2015	Guimarães, Jorge Ilha				
Corrupção	127	157	32	2015	Artigo	126	93	32	2015
Desafios	127	157	32	2015	História da Medicina				
Saúde Pública	127	157	32	2015	Doação	125	54	32	2015
Arnoldo Chiminazzo Boscardin					Museu de Medicina	125	54	32	2015
Homenagem	128	264	32	2015	Óculos - Coleção	125	56	32	2015
Memória	128	264	32	2015	Mussi, Wladyslawa Wolowska	125	51	32	2015
Sanitarismo	128	264	32	2015	Internet				
Atestado Médico					Relação Médico-paciente	126	72	32	2015
Declaração	125	15	32	2015	Jogos	125	21	32	2015
Normalização	125	15	32	2015	Leal, Rodrigo Machado				
Para acompanhante	125	17	32	2015	Artigo	126	90	32	2015
Ato Médico					Lima, Carlos Vital Tavares Corrêa				
Dermaticista	125	34	32	2015	Artigo	127	154	32	2015
Procedimentos invasivos	125	34	32	2015	Artigo	128	232	32	2015
Babosa, Hermes de Freitas					Artigo	128	240	32	2015
Artigo	125	15	32	2015	Assistência Médica	127	154	32	2015
Atestado	125	15	32	2015	Corrupção	128	232	32	2015
Declaração	125	15	32	2015	Dignidade	127	154	32	2015
Normalização	125	15	32	2015		128	232	32	2015
Canabidiol					HPV - adolescentes	128	240	32	2015
Crianças	126	97	32	2015	Médicos	128	232	32	2015
Epilepsia	126	97	32	2015	Recomendação CFM nº 9/2015	128	240	32	2015
Uso Medicinal	126	97	32	2015	Saúde Pública	127	154	32	2015
Cavalcante, Jeancarlo Fernandes						128	232	32	2015
Artigo	127	182	32	2015	Vacinação	128	240	32	2015
Castro, Eduardo Morais de					Luisa Bueno Gomm				
Artigo	126	72	32	2015	Casa do Batel				
Corso, Clovis Marcelo					Homenagem	126	131	32	2015
Artigo	127	187	32	2015	Memória	126	131	32	2015
Dermaticista	125	34	32	2015	Homenagem	126	135	32	2015
Ensino Médico	125	12	32	2015	Memória	126	135	32	2015
Especialidade Médica					Médica Pioneira				
Credenciamento	125	38	32	2015	Santa Catarina	125	51	32	2015
Critérios	125	38	32	2015	Medicina Brasileira				
					Ranking	126	93	32	2015

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Moro, Carlos Alberto					Parecer CRM-PR nº 2495/2015				
Artigo	125	21	32	2015	Abortamento	127	184	32	2015
Nassif, Antonio Celso Nunes					Autorização Judicial	127	184	32	2015
Artigo	125	12	32	2015	Malformação	127	184	32	2015
Operadoras de Saúde					Parecer CRM-PR 2496/2015				
Restrições	126	95	32	2015	Capnografia	127	187	32	2015
Seleção de Riscos	126	95	32	2015	Monitorização	127	187	32	2015
Parecer CFM nº 13/2015					Sedação	127	187	32	2015
Autonomia Médica	126	115	32	2015	Patsis, Keti Stylianos				
Medicamento	126	115	32	2015	Artigo	125	42	32	2015
Oncologia	126	115	32	2015	Artigo	125	48	32	2015
Parecer CFM nº 14/2015					Paulo de Tarso Monte Serrat				
Especialidade em Radiologia	126	111	32	2015	Homenagem	126	131	32	2015
Ressonância Magnética	126	111	32	2015	Memória	126	131	32	2015
Parecer CFM nº 29/2015					Piazzetta, Regina Celi P. Sérgio				
Morte Encefálica	127	182	32	2015	Artigo	127	184	32	2015
Procedimentos terapêuticos	127	182	32	2015	Artigo	127	191	32	2015
Ventilação	127	182	32	2015	Pimentel, Alceu José Peixoto				
Parecer CFM nº 30/2015					Artigo	128	257	32	2015
Oftalmologia	127	177	32	2015	Programa Mais Médicos				
Ortocteratologia	127	177	32	2015	Tutores	125	30	32	2015
Procedimentos Médicos	127	177	32	2015	Prontuário				
Parecer CFM nº 38/2015					Defesa Médica	126	90	32	2015
Especialidade - Indivisibilidade	128	257	32	2015	Eletrônico	125	48	32	2015
Ginecologia e Obstetrícia	128	257	32	2015	Protocolo de Manchester	125	42	32	2015
Operadoras de Saúde	128	257	32	2015	Pujol, Luiz Ernesto				
Parecer CFM nº 47/2015					Artigo	127	152	32	2015
Auditoria	128	254	32	2015	Carreira Médica do Estado	128	238	32	2015
Cirurgia	128	254	32	2015	Interiorização	128	238	32	2015
Filmagem	128	254	32	2015	Nova Diretoria do CRM-PR	127	152	32	2015
Privacidade	128	254	32	2015	Relação Médico-paciente				
Parecer CRM-PR nº 2487/2015					Internet	126	72	32	2015
Doação de Óvulos	126	128	32	2015	Resolução CFM nº 2113/2014				
Reprodução Assistida	126	128	32	2015	Crianças	126	97	32	2015
Parecer CRM-PR nº 2492/2015					Epilepsia	126	97	32	2015
Ato Médico	126	124	32	2015	Uso Medicinal	126	97	32	2015
Microagulhamento	126	124	32	2015	Resolução CFM nº 2114/2014				
Micropuntura	126	124	32	2015	Direção Técnica	126	100	32	2015
Procedimento invasivo	126	124	32	2015	Especialidade Médica	126	100	32	2015
Parecer CRM-PR nº 2494/2015					Título de Especialista	126	100	32	2015
Abortamento Espontâneo	127	191	32	2015	Resolução CFM nº 2116/2015				
Gravidez de Riscos	127	191	32	2015	Área de Atuação	126	103	32	2015
Termo de Consentimento	127	191	32	2015	Especialidade Médica	126	103	32	2015

Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano	Assunto	Nº	Pág.	Vol.	Ano
Título de Especialista	126	103	32	2015	Vinagre, José Fernando Maia				
Resolução CFM nº 2120/2015					Artigo	125	34	32	2015
Interdição Ética	127	174	32	2015	Artigo	127	177	32	2015
Termo de Responsabilidade	127	174	32	2015	Vitorasso, Carolina de Souza Ribeiro				
Resolução CFM nº 2121/2015					Artigo	128	208	32	2015
Princípios Bioéticos	127	166	32	2015	Cesárea	128	208	32	2015
Reprodução Assistida	127	166	32	2015	Ética	128	208	32	2015
Resolução CFM nº 2126/2015					História	128	208	32	2015
Anúncio	127	160	32	2015	Monografia	128	208	32	2015
Autopromoção	127	160	32	2015	Parto	128	208	32	2015
Propaganda Médica	127	160	32	2015	Wittig, Ehrenfried Othmar				
Resolução CFM nº 2127/2015					Artigo	125	54	32	2015
Diretor Técnico	128	248	32	2015	Yosida, Roberto Issamu				
Inscrição	128	248	32	2015	Artigo	126	128	32	2015
Saúde Pública	128	248	32	2015	Zilda Arns Neumann				
Unidades de Saúde	128	248	32	2015	Beatificação	127	193	32	2015
Resolução CFM nº 2129/2015					Homenagem	127	193	32	2015
Cadastro Médico	128	245	32	2015	Memória	127	193	32	2015
Confidencialidade	128	245	32	2015	Pastoral da Criança	127	193	32	2015
Contrato	128	245	32	2015					
Web Services - Normatização	128	245	32	2015					
Resolução CFM nº 2133/2015									
Internet	128	243	32	2015					
Publicidade Médica	128	243	32	2015					
Redes Sociais	128	243	32	2015					
Ribas, Maurício Marcondes									
Artigo	125	30	32	2015					
Ribeiro, Mauro Luiz de Britto									
Artigo	128	254	32	2015					
Rocha, Carlos Roberto Goytacaz									
Artigo	125	30	32	2015					
Sepse									
Protocolos	125	23	32	2015					
Recomendação CFM 06/2014	125	21	32	2015					
Silva, Lúcio Flávio Gonzaga									
Artigo	126	115	32	2015					
Artigo	128	254	32	2015					
Souza Filho, Zacarias Alves de									
Artigo	125	38	32	2015					
Stahlke, Ewalda Von Rosen Seeling									
Artigo	126	124	32	2015					
Teles, Yanne	125	17	32	2015					
Urgência e Emergência									
Protocolos Médicos	125	42	32	2015					

DR. ARNOLDO CHIMINAZZO BOSCARDIN, UM DOS PIONEIROS DO SANITARISMO

DR. ARNOLDO CHIMINAZZO BOSCARDIN, ONE OF THE PIONEERS IN SANITARISM

*Ehrenfried Othmar Wittig**

Palavras-chave – *Medicina, sanitarismo, memória, doação, museu.*

Keywords – *Medicine, sanitarism, memory, donation, museum.*

Arnoldo Chiminazzo Boscardin era neto de imigrantes italianos que se estabeleceram no distrito de Alexandra, município de Paranaguá (PR). Os pais – João Baptista Boscardin e Catharina Chiminazzo Boscardin – tinham se mudado para Curitiba, onde ele nasceu em 13 de março de 1914.

Bastante estudioso desde a infância, foi normalista no Gymnasio Paranaense e trabalhou como professor durante vários anos, inclusive para pagar os custos da Faculdade de Medicina do Paraná, já que naquele tempo o curso não era público e as mensalidades eram bastante onerosas.

Formado em dezembro de 1938, teve entre os seus colegas os Drs. Moysés Paciornik e Ruy Noronha de Miranda. Com o diploma em mãos, a solução para a falta de emprego foi se mudar para o Norte Pioneiro e ali ele teve seu primeiro contato com

* Diretor do Museu de História da Medicina da Associação Médica do Paraná.



Turma de formandos de 1938, da Federal, muitos deles homenageados em 1989 com o Diploma de Mérito Ético.

a malária. Dois anos depois, contratado pelo Serviço Especial de Saúde Pública, um órgão federal, foi trabalhar no Amazonas, Pará, Acre, Ceará e Rio Grande do Norte, tendo como um dos ideais a formação dos serviços de água e esgoto, de modo a amenizar as enfermidades decorrentes das condições precárias de higiene.

Foram nessas andanças que o Dr. Boscardin conheceu Maria Constança, uma curitibana que trabalhava como enfermeira em Santarém (PA) e que se tornaria sua companheira por uma vida toda. Além de procurar se especializar e atualizar cada vez mais, Dr. Boscardin ensinou aos filhos sobre disciplina. Gostava bastante de ler e estava sempre aberto ao diálogo. Pelo trabalho que realizou ao longo de mais de 70 anos de carreira, inspirou um dos três filhos (Dr. Roberto) e uma neta (Dra. Roberta Molento Boscardin) a seguirem a Medicina como paixão e profissão.



Prof. Wittig, Dr. Boscardin e o filho médico, Dr. Roberto, em foto de março de 2012.



Parte do acervo do Dr. Boscardin, doado ao Museu da Medicina.

O Dr. Boscardin foi um dos primeiros médicos a se registrar no Conselho Regional de Medicina do Paraná, assim que ocorreu a sua criação, recebendo o número 97. Era final da década de 50 e, nessa época, já tinha centrado suas atividades profissionais em Curitiba, tendo como residência e também consultório um casarão na Rua Brigadeiro Franco. Foi nesse local, em 2012, quando da passagem de seu 98.º aniversário, que ele recebeu a visita de cortesia do então conselheiro do CRM-PR, Ehrenfried Wittig, também representando a Associação Médica do Paraná e o Museu da História da Medicina, e do jornalista Hernani Vieira, do Conselho.

Na oportunidade, já com a saúde debilitada, autorizou o filho médico – o pneumologista Roberto Boscardin – a doar para o Museu da Medicina da AMP o seu acervo de livros, com mais de 250 exemplares, a maioria com origem entre 60 a 75 anos, e também objetos diversos associados ao exercício da atividade médica.

Com uma boa memória, no seu quase centenário, o Dr. Arnaldo Boscardin fez relatos de suas atividades profissionais, lembrando os momentos difíceis do início, inclusive pelas dificuldades diagnósticas. Na época, em sua maioria, os pacientes eram portadores de processos infectocontagiosos, como varíola, sarampo, poliomielite, coqueluche, difteria e também malária. Na década de 50, estagiou em dois momentos nos Estados Unidos, onde tomou contato com o início do emprego da penicilina no tratamento da sífilis.

Em Curitiba, exerceu a Medicina como sanitarista na Saúde Pública e na Fundação Nacional de Saúde, com atuação também na pediatria. Manteve-se ativo até depois dos 80 anos e de ter recebido do CRM-PR o Diploma de Mérito Ético-Profissional. A homenagem ocorreu em 1989, quando completou o Jubileu de Ouro. Ao seu lado estavam colegas como Antero Sadi Pizzatto, João Luiz Bettega, Orlando de Oliveira Mello, Giocondo Villanova Artigas, Milton Ferreira do Amaral, Moysés Paciornik, Gabriel Nowicki, Hylton Fernandes Lima, Ito Carias de Oliveira e ainda Ernani Simas Alves e Ruy Noronha de Miranda, estes presentes na constituição da primeira diretoria do CRM-PR.

O Dr. Boscardin faleceu em Curitiba no dia 8 de março de 2013, às vésperas de completar 99 anos. Deixou legado ético e o reconhecimento como um dos médicos sanitaristas pioneiros no país. Um pouco dessa trajetória pode ser conferido no Jornal do CRM-PR n.º 86, com arquivo no Portal.

ISSN 2238 - 2070

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

