



ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

v. 33 - n. 129 - Jan/Mar - 2016



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	José Clemente Linhares
Afrânio Benedito Silva Bernardes	Julierme Lopes Melinger
Alceu Fontana Pacheco Júnior	Keti Stylianos Patsis
Alexandre Gustavo Bley (<i>licenciado em 26/03/14</i>)	Lizete Rosa e Silva Benzoni
Álvaro Vieira Moura	Lutero Marques de Oliveira
Carlos Roberto Goytacaz Rocha	Marco Antônio do Socorro M. R. Bessa
Cecília Neves de Vasconcelos Krebs	Marília Cristina Milano Campos de Camargo
Clóvis Marcelo Corso	Maurício Marcondes Ribas
Cristina Aranda Machado	Mauro Roberto Duarte Monteiro
Donizetti Dimer Giamberardino Filho	Nazah Cherif Mohamad Youssef
Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke	Paulo Cesar Militão da Silva
Fábio Luiz Ouriques	Regina Celi Passagnolo Sérgio Piazzetta
Fernando Cesar Abib	Roberto Issamu Yosida
Gisele Cristine Schelle	Rodrigo Lucas de Castilhos Vieira
Gláucia Maria Barbieri	Tânia Maria Santos Pires Rodrigues
Gustavo Justo Schulz (<i>licenciado em 30/04/14</i>)	Teresa Cristina Gurgel do Amaral
Hélcio Bertolozzi Soares	Thadeu Brenny Filho
Jan Walter Stegman	Viviana de Mello Guzzo Lemke
Jeziel Gilson Nikosky	Wilmar Mendonça Guimarães
José Carlos Amador	Zacarias Alves de Souza Filho

MEMBROS NATOS

Duilton de Paola
Farid Sabbag
Luiz Carlos Sobânia
Luiz Sallim Emed
Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Hélcio 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 edição, 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, 2016;33(129):1-72

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 Migliorini

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 Nicolletti
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
Luiz Henrique Zaions
Marco Aurélio Farinazzo
Tomas Edson Andrade da Cunha
Juliana Leme Mendonça
Pablo Zanatta

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 Vielmo
MARY ANGELA SABADIN

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)
Attílio Antônio Mendonça Accorsi (Secretário)
Anizia Leontina Rigodanzo Canuto
Bruno Eduardo de Camargo
Cleonir Moritz Rakoski
Custodio Fernandes
Ludovico da Cunha Blasczyk
Luiz Carlos Cerveira
Rubens Costa Monteiro Filho

PATO BRANCO

Pedro Soveral Bortot (Diretor)
José Renato Pederiva (Vice-Diretor)
Ayrton Martin Maciozek (Secretário)
Artemio Juraci Cardoso da Silva
Elisabeth Ostapiv Correa
Geraldo Sulzbach
Gilberto Lago de Almeida
Ricardo Antonio Hoppen
Vanessa Bassetti Prochmann Esber
IVAÍ SAIÃO ARANHA FALCÃO DE AZEVEDO
FERNANDO GORTZ

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
Meierson 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)
Helton Boettcher
Jonas de Mello Filho
CLAUDIO VEIGA LOPES

SANTO ANTÔNIO DA PLATINA

José Mário Lemes (Diretor)
Celso Aparecido Gomes de Oliveira (Vice-Diretor)
Sergio Bachtold (Secretário)
Carlos Roberto Bertoni
Elenir Dólis Godoy
Hélio Renato Lechinewski

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
Valdiric 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
Silvio Roberto Correa

SUMÁRIO

ARTIGOS ESPECIAIS

Parto: como harmonizar a ciência e ética?

Jorge Rufino Ribas Timi 12

A saúde, o orçamento e a dengue

Carlos Vital Tavares Corrêa Lima 40

Os médicos que queremos!

Luiz Ernesto Pujol e Wilmar Mendonça Guimarães 43

RESOLUÇÃO CFM

Especialista em cardiologia pode responder por unidades coronianas e de urgência cardiovasculares

CFM 46

RESOLUÇÃO CRM-PR

Indicativo de interdição ética em serviços de saúde

CRM-PR 49

ARQUIVOS

do Conselho Regional de Medicina do Paraná

PARECER CFM

Assistência espiritual e religiosa de pacientes nas UTIs

Henrique Batista e Silva 52

PARECER CRM-PR

Realização de psicocirurgia

Maurício Marcondes Ribas 59

Medicamentos oncológicos e a falta de cobertura pelo SUS

José Clemente Linhares 62

Procedimento sobre criolipólise. Recomendações

Afrânio Benedito Silva Bernardes 66

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA

Boletim da FEMPAR e do Hospital Evangélico de Curitiba

Ehrenfried Othmar Wittig 69

PARTO: COMO HARMONIZAR A CIÊNCIA E ÉTICA?

CHILDBIRTH: HOW TO HARMONIZE SCIENCE AND ETHICS?

*Jorge Rufino Ribas Timi**

“NÃO É RAZOÁVEL SE COLOCAR EM RISCO O NASCITURO OU A PRÓPRIA PARTURIENTE PARA SE ATENDER, ACRITICAMENTE, O PEDIDO DA FUTURA MÃE.”

Andréia Cristina Bagatin, Promotora de Justiça PR.

Palavras-chave – *Parto, puerpério, autonomia, assistência, riscos, dignidade, ética, ciência.*

Keywords – *Childbirth, puerperium, autonomy, assistance, risks, dignity, ethics, science.*

INTRODUÇÃO

A gestação é um estado fisiológico especial da mulher e o parto é um evento natural, que encerra a gestação pelo nascimento do concepto e inicia o puerpério. Esta naturalidade não mudou desde o início da espécie humana. Nos primórdios da humanidade, como qualquer outro mamífero, o momento do parto era intimista, entre mãe e filho, sem a participação de mais ninguém. Na evolução da espécie, a mãe passou a ser assistida na hora do parto por outras pessoas. No início esta

* Médico Cirurgião Vascular (CRM-PR 7.357) e advogado, autor da monografia premiada em 2º lugar na 26ª edição do Concurso de Monografias sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica (2015), do Conselho Regional de Medicina do Paraná, que teve como tema “O parto: Como harmonizar a ciência e a ética?”

assistência, provavelmente, deveria ser da mãe da parturiente ou de algum membro de sua organização familiar ou tribal.

Nesta evolução, a assistência ao parto passou a ser feito por curandeiros, pajés, até evoluir para pessoas especializadas: as parteiras, os médicos e as enfermeiras obstetrias.

Os primeiros auxílios ao nascimento, que não o parto completamente natural, se deu nos casos de feto morto. Já 3.000 anos antes de Cristo, no tempo egípcio de Kom Ombo se encontram gravações de um fórceps rudimentar¹. Ao longo da história o fórceps rudimentar foi aparecendo, nos escritos de Avicena ao redor do ano 1.000 D.C até que no final do século V XI, Chamberlen foi o primeiro a utilizá-lo para a retirada de um recém-nascido¹.

A cesariana também aparece em escritos desde os egípcios antigos². A origem do termo cesariana é controversa e três teorias tentam explicá-la, sendo a mais popular e provavelmente uma lenda que o imperador Caio Júlio César teria nascido por meio desta operação².

Alguns historiadores afirmam que a primeira cesariana tida como verdadeira foi realizada em 1610 por Trautmann de Wittemberg².

A cesariana ao longo dos anos tem aumentadas suas taxas em relação ao parto por via vaginal, tornando-se uma preocupação para as autoridades de saúde pública em todo o mundo.

Nos dias atuais, o parto não é prerrogativa de médico em nenhum país do mundo, mesmo no chamado mundo desenvolvido, pois além dos médicos, parteiras com ou sem formação de enfermagem também realizam partos, até mesmo em maternidades. Esta situação é mais comum quanto menos desenvolvido é o serviço de saúde do país, e ainda, quanto mais longo dos grandes centros a gestante é atendida.

No Brasil, também apenas o parto cirúrgico é prerrogativa médica. Os médicos brasileiros realizam os partos hospitalares desde o início do século XX. Mesmo assim, em vários hospitais deste país, ainda hoje, o parto natural é feito por parteiras ou por enfermeiras especializadas. Mas nem todos os partos são hospitalares. Nos anos 60 do século passado, nas cidades de grande e médio porte do Brasil, as maternidades passaram a realizar mais partos que os realizados em casa.

Várias são as indicações das cesarianas, desde os casos de urgência até os casos

eletivos por desejo da paciente. O Brasil é o campeão mundial no número de cesarianas. Isto faz que os órgãos de controle da Medicina no país busquem ações para tentar diminuir este número.

As questões referentes ao relacionamento médico-paciente trazem em si um aumento dos processos éticos e judiciais. A judicialização da Medicina faz com que diminua o interesse pela especialidade de obstetrícia por médicos recém-formados e ainda são causa de um crescente abandono da especialidade por profissionais que levaram anos para concluir seu treinamento.

A harmonização entre a ciência e a ética é o caminho para melhorar ainda mais o relacionamento médico-paciente, a diminuição dos índices de morbimortalidade materna e fetal, como também para diminuir o número de processos éticos e judiciais na especialidade de obstetrícia no Brasil.

CIÊNCIA E ÉTICA

Exercer a medicina em qualquer circunstancia é respeitar o Código de Ética Médica³ (CEM), portanto a harmonização entre a ciência e a ética no momento do parto realizado por um médico, obstetra ou não, passa pelo conhecimento e aplicação das normas emanadas do CEM³.

Dentre os diversos artigos do CEM³, alguns merecem destaque na questão em tela, a começar pelo capítulo dos Princípios Fundamentais. Já nos dois primeiros princípios fundamentais fica claro que o atendimento à paciente é prioridade absoluta da Medicina e do médico, como pode ser visto em seus textos:

PF I - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

PF II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional

O Princípio fundamental V diz em seu texto que:

PF V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Este princípio vem reforçar a obrigação do médico no atendimento à paciente, onde eventual desatualização da evolução da medicina é considerada

falha grave no atendimento. Porém, mesmo voltado prioritariamente ao atendimento da paciente, o médico tem autonomia e liberdade no seu exercício profissional, com determinam os Princípio fundamentais VII e VIII:

VII - 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.

VIII - 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.

Entretanto a autonomia do médico não é ilimitada e os próprios limites estão expressos no texto do princípio fundamental V, pois o médico não pode recusar atendimento à paciente quando seja o único médico, independentemente de ser ou não obstetra. Da mesma forma que ser for o único obstetra no local ou no momento, este não pode deixar a paciente aos cuidados de outro médico não treinado para as situações obstétricas. Por fim, parto é uma urgência médica, podendo ser também uma emergência quando vier a ocorrer o risco de morte da mãe ou da criança, por conta das definições médicas e legais⁴. O não atendimento de urgência e emergência caracteriza crime de omissão de socorro e também esta omissão é infração grave ao CEM³.

As desconformidades de atendimento à gestante de acordo com os princípios fundamentais só gerarão processo ético contra o médico, se isto puder ser capitulado nos artigos da parte deontológica do CEM³.

Vários artigos da parte deontológica do CEM³ devem ser analisados, entre eles o 2º, 4º, 9º, 10, 14, 17, 18, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 40, 50, 55, 61, 66, 87 e 110; pois todos eles se iniciam com o comando: "é vedado ao médico", são fundamentais para o perfeito relacionamento médico-paciente. A infração dos preceitos de qualquer um deles enseja uma sindicância pelos Conselhos Regionais de Medicina, que poderá ser a gênese de um processo ético profissional.

O artigo segundo aborda a questão da delegação de ato exclusivo de médico:

Art. 2º É vedado ao médico: Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

São atos exclusivos de obstetras o diagnóstico e tratamento das complicações da gestação, do parto e do puerpério, bem como os procedimentos cirúrgicos do parto. A gestação em si é uma condição fisiológica da mulher e não um estado de doença. Portanto, no período expulsivo do parto, que pode durar de poucos minutos até várias horas, nem todas as ações são obrigatoriamente realizadas por médicos. Por exemplo, o acompanhamento da dinâmica uterina pode ser realizado por outro profissional da saúde treinado preferencialmente treinado para tanto. As chamadas “Casas de Parto”, instituídas em 1999 pela Portaria do Ministério da Saúde numero 888/99 do Ministério da Saúde⁵, não contam com médicos no seu corpo de profissionais.

A responsabilidade do médico é pessoal e não pode ser presumida, de acordo com o parágrafo único do artigo primeiro do CEM³. A Lei 3268/57⁶ permite o amplo exercício da profissão para qualquer médico, sem a dependência de ser ou não especialista na área, porém não vede a responsabilidade profissional. Isto também é visto no artigo 4º do CEM³:

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

A responsabilidade do médico recai não apenas sobre atos que tenha realizado, também, o médico é responsável por atos que tenha indicado para que outros profissionais realizem. A solicitação da paciente para o ato ou consentimento válido da paciente ou de seu representante legal para a realização do mesmo não se caracterizam como excludentes da responsabilidade profissional do médico. Esta responsabilidade será sempre subjetiva, ou seja, necessitando da comprovação da culpa, pela existência de negligência, imprudência ou imperícia por parte do médico.

Por ser o momento do parto um momento impreciso, todas as maternidades são obrigadas a manter obstetra de plantão, sendo que este não pode se ausentar. Isto está previsto no artigo 9º do CEM³:

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

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

Qualquer ausência de médico obstetra plantonista acarreta na responsabilidade da direção técnica em arrumar substituto, mesmo nos casos de justo impedimento. Como justo impedimento pode-se citar doença aguda do médico plantonista, óbito na família do médico durante o turno de plantão, entre outros casos similares.

O médico obstetra deve andar dentro da lei, como qualquer cidadão brasileiro, e por isso deve respeitar aos preceitos do artigo 10 do CEM³, que diz:

Art. 10. É vedado ao médico: Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.

Não é frequente a prática de atos ilícitos em maternidades de modo doloso. Entretanto, o obstetra deve estar atento se a instituição médica está enquadrada nas normas da Vigilância Sanitária. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária e seus órgãos correspondentes a nível estadual e municipal apresentam uma série de requisitos para o funcionamento de uma maternidade. Por isso é impossível para o estabelecimento médico a realização de parto no quarto, sem a presença de obstetra e neonatologista, mesmo que a paciente, por sua vontade, esteja acompanhada por uma doula e deseje ficar com seu recém-nato isolada na primeira hora de vida.

O artigo 14 do CEM³ limita a liberdade e autonomia do médico, vedando a realização de atos médicos proibidos legalmente no Brasil ou de atos médicos desnecessários:

Art. 14. É vedado ao médico: Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

No momento do parto, não há qualquer vedação legal para as práticas médicas que possam ser utilizadas; entretanto há uma busca para a diminuição do número de cesarianas realizadas no país. Muitas das cesarianas realizadas são consideradas como desnecessárias.

Segundo as Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina, o parto por via alta está indicado nas seguintes condições⁷: Gestações gemelares com ambos os fetos em apresentação pélvica ou o primeiro pélvico e o segundo cefálico. Gestações trigemelares. Sofrimento fetal agudo real. Macrosomia. Situação transversa. Placenta prévia oclusiva. Descolamento prematuro

de placenta com feto vivo. Procidência de cordão. Malformações congênitas: meningomielocoele, hidrocefalia e concomitante macrocrania, defeitos de parede anterior com fígado extracorpóreo, teratomas sacrococígenos, hidropsia ou trombocitopenia autoimune. Herpes genital ativo. Infecção pelo HIV. Cesarianas prévias. Outras condições maternas relativas como: psicopatia, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, colestase gestacional, púrpura trombocitopênica idiopática e presença de cistos/tumores anexiais.

Estas diretrizes não abordam a questão das cesarianas eletivas a pedido da paciente, que é uma situação comum no dia a dia das maternidades brasileiras e que deve ser respeitada.

Os artigos 17 e 18 do CEM³ mostra a relação hierárquica entre os Conselhos de Medicina e os médicos obstetras:

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

Art. 18. É vedado ao médico: Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

O médico obstetra deve cumprir as normas emanadas dos Conselhos. Os Conselhos normatizam o exercício da Medicina no Brasil através de Resoluções, Pareceres e Recomendações. As Resoluções são impositivas aos médicos e com o uso destas o Conselho Federal de Medicina pode determinar limitações para o uso das cesarianas no Brasil, como a noticiada pelo Conselho Federal de converter em infração ética a cesariana eletiva abaixo da 38ª semana de gestação.

Independente da via de parto, o obstetra tem a obrigação de obter o consentimento livre e esclarecido da paciente e na impossibilidade legal desta, de seu representante legal, conforme preconiza o artigo 22 do CEM³:

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

A única exceção para a obtenção previa dão consentimento da paciente ou de seu representante legal é o risco iminente de morte, da mãe ou do concepto. O risco de

morte do binômio mãe-filho pode acontecer de modo agudo e não previsto durante o trabalho de parto, levando o obstetra a obrigação de realizar os procedimentos necessários para tentar preservar a vida da mãe ou do conceito ou de ambos.

No mesmo sentido, o artigo 31 CEM³ mostra a necessidade do médico respeitar as decisões da paciente sobre a execução de práticas terapêuticas:

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

Também repete o artigo 22 na exceção do da conduta impositiva da ação do médico nos casos de risco de morte.

O artigo 31 mostra o direito da aperiente em escolher se quer um parto domiciliar ou hospitalar. Se optar pelo parto hospitalar, se quer por via alta ou por via baixa.

Entretanto se a autonomia e a liberdade do médico sofrem limitações, a autonomia e a liberdade de decisão da paciente também têm que ser avaliada de forma crítica. Esta avaliação independe do grau de conhecimento da paciente e de seu companheiro, mas sim do correto esclarecimento dos riscos inerentes das escolhas por eles realizados.

A vontade da paciente não pode ser ilimitada, pois isto pode levar a fatos lamentáveis como o publicado no jornal Gazeta do Povo de Curitiba, na data de 25 de julho de 2015, com o de Tragédia: Professora morre depois de tentar parto domiciliar por 48 horas⁸:

“A professora de enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, Mariana de Oliveira Fonseca Machado, de 30 anos, morreu na terça (21), após tentar um parto humanizado em casa. Mariana que também era especialista em Saúde da Mulher e vice-coordenadora do curso de enfermagem da universidade, queria ter o filho em casa. Contratou uma doula e tentou por 48 horas dar a luz, mas não conseguiu pois teria apresentado dificuldades e precisou ser levada para a Casa de Saúde e Maternidade de São Carlos, onde passou por uma cesariana. A criança, uma menina nasceu saudável, no dia 11 de julho.

Ainda no mesmo caminho, o artigo 24 do CEM³ aborda a liberdade e autonomia da tomada de decisão pela paciente:

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

A decisão da paciente deverá ser respeitada, porém a necessidade do esclarecimento dos riscos inerentes a estas escolhas é dever do médico, que deve estar certo do entendimento por parte da paciente e de seu companheiro, mesmo que estes aparentemente detenham o conhecimento, como se pode ver no caso relatado pelo Jornal Gazeta do Povo, onde os protagonistas são ligados à área da saúde⁸.

Embora não seja admissível, a violência obstétrica ainda ocorre em todo o mundo. No Brasil quando praticada por médico caracteriza infração ao artigo 23 do CEM³:

Art. 23. É vedado ao médico: Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desprezeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo define violência obstétrica como⁹:

A apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, por meio de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos impactando na sexualidade e negativamente na qualidade de vida das mulheres”.

A violência obstétrica pode ocorrer em qualquer fase da gestação. Segundo Adelita Gonzales, enfermeira obstetra e professora da PUCPR, citada em artigo publicado na Gazeta do Povo¹⁰, diz que as violências obstétricas que podem ser testemunhadas nas maternidades curitibanas são: Jejum forçado. Isolar a mulher e não permitir acompanhante. Restringir a gestante ao leito, para que não se movimente. Amarrar a mulher à cama. Utilizar meios farmacológicos sem autorização. Induzir o parto. Episiotomia rotineira. Manobra de kristeller. 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”.

O treinamento de todas as pessoas envolvidas no momento do parto (médicos e enfermeiros e pessoal técnico-administrativo) no relacionamento com a paciente é o principal caminho para a erradicação da violência obstétrica em nosso meio.

O artigo 32 do CEM³ diz que:

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

É um artigo redundante, pois é um exemplo de negligência médica, vedada pelo artigo primeiro do mesmo Código. Entretanto, este artigo não é desrespeitado apenas por obstetras no Brasil. Também é desrespeitado por médicos gestores de saúde e mesmo por outros profissionais gestores de saúde que definem normas diferentes para pacientes atendidos pelo sistema público de saúde¹¹ e pelo sistema de saúde suplementar¹².

O artigo 33 do CEM³ é a transcrição deontológica das exceções da autonomia do médico expressas no Princípio Fundamental VII:

Art. 33. É vedado ao médico: Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo

O Código de Defesa do Consumidor¹³ traz a obrigação de informar por parte de quem fornece serviços ou produtos ao consumidor. Apesar do CEM³ trazer textualmente que a relação médico-paciente não é uma relação de consumo, a jurisprudência quase unânime do Judiciário Brasileiro é que a mesma é uma relação de consumo.

O dever de informar ao paciente está expresso no artigo 22 do CEM³ já abordado anteriormente e no artigo 34:

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

Em algumas complicações da gestação e do parto, a correta informação dos riscos à mãe poderá agravar o quadro pelo estresse produzido por esta informação. Neste caso, o obstetra não pode omitir o quadro. Deve sim procura e relatar a situação ao representante legal da gestante.

Art. 35. É vedado ao médico: Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas,

consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Ainda no caminho do respeito aos direitos do paciente¹⁴, o CEM³ diz nos artigos 38 e 110 que:

Art. 38. É vedado ao médico: Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais

Art. 110. É vedado ao médico: Praticar a Medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado.

A autonomia do médico prevista no Princípio Fundamental VII do CEM³ permite ao médico deixar de atender paciente que esteja sob seus cuidados. O artigo 36 define as situações em que isto é possível e a forma de proceder do médico que toma esta decisão:

Art. 36. É vedado ao médico: Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

O dever do médico de informar ao seu substituto não é apenas na situação do parágrafo primeiro do artigo 36. Por ser uma atividade de turnos de plantão, o médico ao encerrar seu plantão tem a obrigação de passar, detalhadamente, o quadro do trabalho de parto de cada parturiente que estava atendendo, antes de concluir seu plantão. Isto está expresso no artigo 55 do CEM³:

Art. 55. É vedado ao médico: Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade ao ser substituído ao fim do seu turno de trabalho

O médico tem direito a justa remuneração pelo seu trabalho. Neste quesito, o relacionamento médico-paciente conta com um terceiro elemento, que pode ser o sistema público ou o sistema suplementar da saúde, sendo cada vez menos comum o chamado paciente particular, que é aquele que faz uma gestão privada

de sua saúde. O Código de Ética Médica³ tem um capítulo específico sobre a remuneração profissional. Especialmente em obstetrícia, a introdução da cobrança de honorários de disponibilidade obstétrica trouxe situações que são avaliadas pelos artigos 61 e 66 do CEM³:

Art. 61. É vedado ao médico: Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo estimado dos procedimentos.

Art. 66. É vedado ao médico: Praticar dupla cobrança por ato médico realizado.

Parágrafo único. A complementação de honorários em serviço privado pode ser cobrada quando prevista em contrato.

O médico deve sempre ajustar previamente qualquer honorário que venha ser arcado pela gestante e não deve haver dupla cobrança.

Quando a paciente é atendida pelo sistema público de saúde, o SUS, não pode haver qualquer tipo de cobrança suplementar, sendo que isto além de infração ética é crime.

Nas pacientes usuárias de planos de saúde suplementar, podem optar por acomodações superiores a aquelas que o seu plano cobre nas maternidades. As pacientes com cobertura contratual para internamento em enfermaria, quando optam por apartamento devem complementar os honorários médicos em uma vez o valor da tabela da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos da Associação Médica Brasileira¹⁵. A opção das pacientes com direito a internação em apartamento que desejem que o mesmo seja em uma suíte, devem acertar a complementação livremente com a equipe médica.

A disponibilidade obstétrica trazida ao cenário nacional por meio de um parecer do Conselho Federal de Medicina é legal e não configura dupla cobrança, desde que siga os preceitos do Parecer do Conselho Federal de Medicina, nº 39/1216, que traz em sua ementa:

É ético e não configura dupla cobrança o pagamento de honorário pela gestante referente ao acompanhamento presencial do trabalho de parto, desde que o obstetra não esteja de plantão e que este procedimento seja acordado com a gestante na primeira consulta. Tal circunstância não caracteriza lesão ao contrato estabelecido entre o profissional e a operadora de plano e seguro de saúde.

O Conselheiro Parecerista, Conselheiro Federal Doutor Gerson Zafalon Martins, diz textualmente que:

...

O contexto atual, marcado pela baixa remuneração para o parto e demais procedimentos, aliado às condições de trabalho ruins e à falta de remuneração pela disponibilidade, alteraram sobremaneira a realidade dos profissionais. Muitos vêm deixando de realizar o parto, o que vem suscitando questionamentos por parte das pacientes e de colegas médicos quanto à possibilidade de cobrar diretamente da gestante por tal ato.

A resposta à questão pressupõe a análise das relações jurídicas e éticas existentes entre médico, paciente e operadora de plano de saúde, cuja natureza e características são distintas". (Introdução do parecer da Sogesp sobre o assunto).

Não existindo obrigação contratual entre o médico e a operadora de plano de saúde para o acompanhamento presencial do trabalho de parto, o médico, do ponto de vista legal e ético, não tem o compromisso de realizar tal procedimento em gestante que acompanhou durante as consultas do pré-natal.

Feitas estas considerações, passo a responder às questões formuladas:

1 - A disponibilidade para realização do parto é um procedimento distinto da assistência ao trabalho de parto e pré-natal?

R - Sim, são três procedimentos distintos. O pré-natal consiste nas consultas periódicas da gestante, compreendendo também a avaliação fetal. A assistência ao parto é a sua realização, quer por via vaginal quer por via alta (cesariana). Quanto ao termo "disponibilidade", melhor seria denominá-lo como "acompanhamento presencial", que o obstetra fará junto à gestante, desde o início até o término do trabalho de parto.

2 - Se sim, sendo um outro procedimento, pode ser cobrado à parte?

R - Sim, o acompanhamento presencial do trabalho de parto feito pelo obstetra deverá ser pago à parte pela gestante, e a operadora do plano de saúde não remunerará o médico pelo parto.

3 - Os procedimentos parto e pré-natal devem ser realizados de maneira integral ou são procedimentos distintos?"

R - Estes dois procedimentos são distintos.

Faço ainda as seguintes considerações:

4 - O obstetra, por ocasião da primeira consulta, deverá esclarecer à gestante que o acompanhamento presencial do trabalho de parto tem caráter opcional por parte dela, e que o contrato do plano de saúde lhe assegura a cobertura obstétrica, mas não lhe outorga o direito de realizar o parto com o obstetra que a assistiu durante o pré-natal. Se a gestante optar por seu acompanhamento presencial no trabalho de parto, o honorário profissional referente a tal procedimento será pago por ela, diretamente ao obstetra, visto que nesta circunstância ele não deve receber honorário da operadora do plano de saúde pela realização do parto.

Tal acordo será registrado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que ela assinará quando convencida de que lhe foram prestados os indispensáveis esclarecimentos sobre o procedimento. A respeito, o CFM disponibiliza um modelo do referido termo, anexo a este parecer.

5 - A gestante terá a garantia de realizar as consultas de pré-natal com um obstetra pela operadora do plano de saúde, e optar por ser atendida no trabalho de parto e parto pelo plantonista da maternidade credenciada, sem nenhum pagamento adicional. Neste caso, ela deverá ter em mãos a sua carteira de pré-natal devidamente preenchida e com os resultados dos exames complementares efetuados para que o plantonista tenha as informações necessárias.

6 - A maternidade credenciada, obrigatoriamente, terá uma equipe médica completa e permanente de obstetras, pediatras e/ou neonatologistas e anestesistas, bem como os equipamentos necessários ao acompanhamento obstétrico, como ultrassom, monitor fetal, cardiotocógrafo fetal, para atender a gestante em trabalho de parto, também sem nenhuma despesa adicional.

7 - Finalmente, o CFM não caracteriza como dupla cobrança o valor recebido pelo obstetra referente ao acompanhamento presencial do trabalho de parto, haja vista que ele não receberá honorário da operadora do plano de saúde pela realização do parto.

Este é o parecer, SMJ.

Apesar da polemica que este parecer trouxe no cenário obstétrico nacional, com opiniões contraditórias, a análise jurídica do mesmo pela Assessoria Jurídica da Associação Paranaense de Ginecologia e Obstetrícia do Paraná (SOGIPA)¹⁷ concluir que:

Em relação ao médico obstetra, pode-se concluir acerca da cobrança da disponibilidade obstétrica nos seguintes termos:

I) É válida e não fere qualquer norma do ordenamento jurídico brasileiro;

II) Não há qualquer vedação legal expressa para a sua cobrança;

III) Não se pode confundir pré-natal, realização de parto e disponibilidade de parto, pois são coisas distintas. Pré-natal é o conjunto de consultas e exames realizados durante uma gestação; Realização do parto é uma urgência médica realizada por obstetra de plantão; e Disponibilidade é a possibilidade de um contrato personalíssimo e oneroso entre a paciente e o obstetra para a realização do parto, no momento que este ocorrer;

IV) A paciente deve ser informada e consentir por escrito já na primeira consulta;

V) Deve ser cobrada após a realização do ato médico;

VI) O obstetra não deve enviar a guia de cirurgião para a operadora do plano de saúde.

Em relação a paciente usuária de plano de saúde, pode-se concluir acerca da cobrança da disponibilidade obstétrica nos seguintes termos:

I) Toda paciente tem direito a um obstetra de plantão em uma maternidade conveniada a sua operadora de planos de saúde para a realização do parto;

II) A paciente pode optar por um contrato oneroso e personalíssimo para que um obstetra por ela escolhido realize o parto;

III) Para tanto deve consentir e contratualizar a situação;

IV) O pagamento deve ser feito após o parto, com o devido recibo;

V) A paciente tem direito ao reembolso da operadora de plano de saúde no valor que está pagaria ao cirurgião em sua tabela;

VI) Por ser serviço médico prestado, o valor da disponibilidade é dedutível

do imposto de renda.

Pelo exposto, em relação à operadora de plano de saúde, pode-se concluir acerca da cobrança da disponibilidade obstétrica nos seguintes termos:

- I) A operadora de planos de saúde não pode exigir que o obstetra que fez o pré-natal faça o parto;
- II) Deve reembolsar o valor do honorário de cirurgião à paciente;
- III) A operadora de planos de saúde não está obrigada ao reembolso pleno do valor pago pela paciente ao obstetra, quando este é superior à tabela de valor pago ao cirurgião pela operadora de planos de saúde;
- IV) A operadora de planos de saúde pode negociar modalidades de planos de saúde com a inclusão da disponibilidade como diferencial de atendimento. Neste caso deve definir com os obstetras o valor da mesma.

Portanto, respeitadas as condições apresentadas pelo Parecer do Conselho Federal de Medicina, nº 39/12¹⁶, a cobrança da disponibilidade obstétrica para pacientes usuárias de planos de saúde suplementar é válida e não infringe norma qualquer norma legal.

Uma crítica adicional a esta situação é que o Conselho Federal de Medicina ao introduzir a cobrança da disponibilidade obstétrica deveria ter feito por meio de uma resolução e não de um parecer, devido a segurança hierárquica que a resolução traria em relação ao parecer, bem como deveria estender a situação a todos os outros médicos que ficam a disponibilidade do paciente e não só aos obstetras.

O CEM³ ainda aborda no artigo 40 a condição da fragilizada da gestante e de seus familiares no momento do parto:

Art. 40. É vedado ao médico: Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.

O prontuário médico é o documento fundamental e obrigatório em qualquer atendimento médico, devendo ser tecnicamente específico para cada tipo de atendimento:

Art. 87. É vedado ao médico: Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

Na tentativa de diminuir o número de cesarianas eletivas nas pacientes usuárias de planos de saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar editou a Resolução Normativa nº 368/15¹², que entrou em vigor no dia 06 de julho de 2015, trazendo em sua ementa que:

Dispõe sobre o direito de acesso à informação as beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar

Entretanto, esta Resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar não respeita a autonomia da paciente de escolher a cesariana como o parto que deseja para o nascimento de seu filho¹⁸.

Também se equivoca em relação ao uso do partograma, tentando deixar a aplicação da cesariana apenas para as complicações dos partos vaginais¹⁸.

Ainda quanto à criação do cartão gestante, a Agência Nacional de Saúde Suplementar não considerou que esta recomendação, no entanto, foi feita originalmente pela Organização Mundial da Saúde¹⁹ (OMS), em 1994, tendo sido adotada como boa prática pelos médicos brasileiros desde 1998. O Conselho federal de Medicina diz que o engessamento da inserção dos dados em um documento de formato específico pode atrapalhar a execução dos procedimentos segundo boas práticas preconizadas pelos especialistas¹⁸.

Também cria dados evasivos sobre a proporção entre o parto vaginal e o parto cirúrgico quando segmenta por operadora e por maternidade os dados de cada obstetra¹⁸.

Ainda deve ser lembrado o artigo 50 do CEM³, que diz ser vedado ao médico:

Art. 50. Acobertar erro ou conduta antiética de médico

Este artigo é especialmente válido para médicos membros da equipe de atendimento à gestante no momento do parto (anestesiologistas, neonatologistas,

médicos residentes) e a médicos diretores clínicos e técnicos das maternidades, que têm o dever de denunciar à Comissão de Ética Médica da Instituição e se necessário ao Conselho Regional de Medicina.

HUMANIZAÇÃO DO PARTO

Porém ao médico obstetra não basta apenas seguir o Código de Ética Médica, este deve buscar a humanização do parto como critério de qualidade no seu atendimento profissional.

A humanização do parto não é tema novo, pois já em 1996 a Organização Mundial da Saúde fez recomendações sobre o tema¹⁹, que traz em sua ementa:

Objetivo da Assistência ao Parto Normal, Tarefas do Prestador de Serviços
O objetivo da assistência é ter uma mãe e uma criança saudáveis, com o menor nível possível de intervenção compatível com a segurança. Esta abordagem implica em: No parto normal, deve existir uma razão válida para interferir no processo natural. As tarefas do prestador de serviços são quatro: Dar apoio à mulher, ao seu parceiro e à sua família durante o trabalho de parto, no momento do nascimento e no pós-parto. Observar a parturiente; monitorar o estado fetal e posteriormente o do recém-nascido; avaliar os fatores de risco; detectar os problemas precocemente. Realizar intervenções, como amniotomia e episiotomia, se necessário; prestar os cuidados ao recém-nascido após o nascimento. Encaminhar a parturiente a um nível de assistência mais complexo, caso surjam fatores de risco ou complicações que justifiquem.

Estas recomendações são bem resumidas em artigo de Carmen Simone Grilo Diniz²⁰, que lista as principais recomendações:

6. CLASSIFICAÇÃO DE PRÁTICAS NO PARTO NORMAL

6.1. Práticas que são Demonstradamente Úteis e que Devem ser Estimuladas:

1. Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/ companheiro e, se aplicável, a sua família

2. Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto
3. Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento
4. Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto
5. Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações
6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante
7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto
8. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e
9. Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto
10. Fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem
11. Métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto
12. Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente
13. Uso de materiais descartáveis apenas uma vez e descontaminação adequada de materiais reutilizáveis durante todo o trabalho de parto e parto
14. Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta
15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto
16. Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto e parto
17. Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, por exemplo, pelo uso do partograma da OMS
18. Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue

19. Condições estéreis ao cortar o cordão
20. Prevenir hipotermia do bebê
21. Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno
22. Examinar rotineiramente a placenta e as membranas ovulares

6.2. Práticas Claramente Prejudiciais ou Ineficazes e que devem ser Eliminadas:

1. Uso rotineiro de enema
2. Uso rotineiro de tricotomia
3. Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto
4. Cateterização venosa profilática de rotina
5. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto
6. Exame retal
7. Uso de pelvimetria por raios-X
8. Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permita controlar seus efeitos
9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto
10. Esforços de puxo prolongados e dirigidos durante o segundo estágio do trabalho de parto
11. Massagens e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto
12. Uso de comprimidos orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias
13. Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto
14. Lavagem rotineira do útero depois do parto
15. Revisão rotineira manual do útero depois do parto

6.3. Práticas em Relação às quais Não Existem Evidências Suficientes para Apoiar uma Recomendação Clara e que devem Ser Utilizadas com Cautela até que Mais Pesquisas Esclareçam a Questão:

1. Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervos
2. Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto
3. Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto (
4. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto
5. Manipulação ativa do feto no momento de nascimento
6. Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão ou sua combinação durante o terceiro estágio do trabalho de parto
7. Clampeamento precoce do cordão umbilical
8. Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante o terceiro estágio do parto-dequitação

6.4. Práticas Frequentemente Utilizadas de Modo Inadequado:

1. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto
2. Controle da dor por agentes sistêmicos
3. Controle da dor por analgesia peridural
4. Monitoramento eletrônico fetal
5. Utilização de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao parto
6. Exames vaginais repetidos e frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviços
7. Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina
8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto (
9. Cateterização da bexiga
10. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário

11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto
12. Parto operatório
13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia
14. Exploração manual do útero depois do parto

Existe ainda uma falta de definição do que é humanização do parto. Novamente Carmen Simone Grilo Diniz²⁰ mostra sete definições sobre o tema:

a) Humanização como a legitimidade científica da medicina, ou da assistência baseada na evidência (evidence-based, orientada pelo conceito de tecnologia apropriada e de respeito à fisiologia). É considerada pelos iniciados como o padrão ouro; a prática orientada através de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, em oposição à prática orientada pela opinião e tradição. Pelo menos na interpretação dos ativistas, a humanização, no caso do parto, pressupõe que a técnica é política, e que inscritos nos procedimentos de rotina na imobilização, na indução das dores do parto e cortes desnecessários, na solidão, no desamparo estão “encarnadas” as relações sociais de desigualdade: de gênero, de classe, de raça, entre outras. Assim, a mudança técnica busca inverter a lógica que avalia o parto vaginal como primitivo e arcaico. Propõe que o objetivo de facilitação da fisiologia e da satisfação com a experiência é o “moderno”, enquanto a intervenção tecnológica acrítica, iatrogênica e sem base na evidência é o que se busca superar. Trata-se de uma apropriação política do discurso técnico uma estratégia não isenta de riscos. A equivalência dos termos humanização e adesão às recomendações da OMS causa justificável estranhamento. Porém reflete o fato de que essas recomendações expressam, em grande medida, a perspectiva do movimento pela mudança, resultantes do processo de interfecundação conceitual, não sem contradições, que se deu pela participação das usuárias e ativistas no desenho e disseminação das pesquisas. Isto se reflete também na criação de novos objetos de estudos randomizados, digamos, extra-clínicos, tais como os acompanhantes no parto e a satisfação com a assistência, o respeito aos direitos no parto e a

abordagem baseada em direitos, e mesmo na recuperação dos chamados ensaios pragmáticos sobre promoção da mudança institucional.

b) Humanização como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, e famílias) na assistência ao nascimento. Uma assistência baseada nos direitos (rights-based), demandando um cuidado que promova o parto seguro, mas também a assistência não-violenta, relacionada às idéias de “humanismo” e de “direitos humanos”, dando às usuárias inclusive o direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos no parto sem complicações: As mudanças na oferta de serviços e no acesso a eles não são suficientes. Os objetivos da Iniciativa Maternidade Segura não serão alcançados até que as mulheres sejam fortalecidas e os seus direitos humanos – incluindo seu direito a serviços e informação de qualidade durante e depois do parto – sejam respeitados. Falar em humanização é também uma estratégia: uma forma mais dialógica e diplomática, menos acusatória, de falar da violência de gênero e demais violações de direitos praticadas pelas instituições de saúde, o que facilitaria o diálogo com os profissionais de saúde. Entre eles os direitos à integridade corporal (não sofrer dano evitável), à condição de pessoa (o direito à escolha informada de procedimentos); o direito a estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante (prevenção de procedimentos física, emocional ou moralmente penosos), o direito à equidade, tal como definida pelo SUS etc. Esta abordagem baseada nos direitos busca compor uma agenda que combine os direitos sociais em geral e direitos reprodutivos e sexuais em especial. Está relacionada à reivindicação do movimento de mulheres por desfazer as supostas incompatibilidades entre essas gerações de direitos, reivindicando sua integralidade. Considera que o direito de decidir sobre sua vida e saúde (um direito individual, à liberdade) não pode se realizar sem que existam os direitos sociais (serviços, equidade) que viabilizem essas escolhas.

c) Humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população. Além dos melhores resultados nos indivíduos de uma assistência apropriada, esse resultado é visto em sua dimensão coletiva. A reivindicação de políticas públicas no sentido de uma legitimidade epidemiológica, ou de saúde pública. Essa adequação tecnológica resultaria em melhores resultados com menos agravos iatrogênicos maternos e perinatais. Essa é a tônica de alguns documentos da Iniciativa Maternidade Segura, pois a

racionalidade no uso de recursos apropriados aparece como um conceito diferente do mero acesso quantitativo a consultas pré-natais, a leitos e procedimentos obstétricos, independentemente de seu conteúdo e adequação. Este sentido se torna ainda mais importante à medida em que se avolumam as evidências de que o excesso de intervenção leva a um aumento da morbimortalidade materna e neonatal, e se postula uma redução das intervenções iatrogênicas como forma de promoção da saúde: O objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Essa abordagem implica que, no parto normal, deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural.

d) Humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto. Incluiria o deslocamento da função principal, ou pelo menos exclusiva, no parto normal, do cirurgião-obstetra para a enfermeira obstetrix legitimado pelo pagamento desse procedimento pelo Ministério da Saúde. Desloca também o local privilegiado do parto, do centro cirúrgico para a sala de parto ou casa de parto, a exemplo dos modelos europeu e japonês de assistência. Essa perspectiva envolve disputas corporativas e de recursos, e é um campo de intenso conflito, pois os médicos sentem seu espaço expropriado, reagindo de várias formas. Como na proposta de lei do Ato Médico, em que os demais profissionais de saúde devem estar submetidos à sua supervisão – o que seria incompatível com a prática autônoma das enfermeiras obstetrixes. Esta lei estaria em contradição com as próprias portarias do Ministério da Saúde, inclusive as que instituem os Centros de Parto Normal, constituindo um dos impasses atuais da mudança das políticas públicas.

e) Humanização referida à legitimidade financeira dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos. Esta racionalidade é argumentada tanto como desvantagem (economia de recursos e sonegação do cuidado apropriado para as populações carentes, uma “medicina para pobres”), quanto como vantagem (economia de recursos escassos, propiciando um maior alcance das ações e menos gastos com procedimentos desnecessários e suas complicações). Do ponto de vista dos planejadores, essa vantagem aparece como um elemento definidor da adesão ao modelo, por sua relação custo-benefício, extensão de cobertura e melhora de indicadores, como na

fala de um representante do Ministério da Saúde em um seminário: Não é por mero acaso que essas coisas se reúnem apontando para a mesma direção, a de uma legitimidade financeira, quando se pensa também na eliminação de tecnologias desnecessárias ou na não intervenção. Felizmente, quando a gente discute com os economistas, um novo projeto, uma nova postura, a gente também pode usar o argumento deles, que além de todas as vantagens técnicas, das vantagens das filosofias, afetivas, de crédito, de justiça, elas são mais econômicas também. Eventualmente, esse argumento é muito mais forte do que os anteriores. É importante notar que o setor privado pode se beneficiar do modelo oposto, pois uma vez incorporada, a tecnologia deve pagar-se e ser lucrativa. Estudos da relação custo-benefício dos modelos de assistência – e sobre quem paga e quem se beneficia – tem sido uma quase total ausência quando deveriam ser prioritários.

f) Humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente – ênfase na importância do diálogo com a paciente, inclusão do pai no parto, presença de doulas, alguma negociação nos procedimentos de rotina, a necessidade da gentileza e da “boa educação” na relação entre instituições e seus consumidores. Diferentemente de uma noção referida a direitos sociais, aqui está fortemente presente a tradição liberal, de direitos do consumidor à escolha, criando uma “rede privada de assistência humanizada” e ampliando a legitimidade do modelo da MBE, até então restrita ao setor público. Isto inclui a mudança arquitetônica de vários serviços particulares para a superação do modelo de linha de montagem, com a instalação de salas PPP (pré-parto e pós-parto) ou “Labour and Delivery Rooms”, banheiras de hidromassagem para o trabalho de parto e outras inovações.

g) Humanização como direito ao alívio da dor, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos tidos como humanitários, antes restritos às pacientes privadas – como a analgesia de parto. Entre os médicos menos próximos do ideário baseado em evidências ou baseado em direitos, “parto humanizado” é praticamente um sinônimo de acesso à anestesia peridural, como explica essa médica: Primeiro, eu acho que não pode haver humanização sem ter peridural. Como podemos ser humanos com a parturiente sem sedar a dor dela, que é uma tarefa primordial do médico?

Em seu artigo Carmen Simone Grilo Grilo²⁰ argumenta que estas normas não são plenamente seguidas no Brasil e conclui que:

O termo humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens baseadas em evidências científicas e as baseadas em direitos, entre outras, são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança, que ocorre muito lentamente e apesar de enorme resistência. Humanização é também um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional. No caso brasileiro, a obstetrícia parece ter apelo inegável em defesa das mulheres, que seriam aqui mais beneficiadas, barganhando mais alívio da dor e mais preservação genital, desde que paguem por isso: eis o padrão ouro da assistência na prática. Nossos obstetras seriam mais humanos que os obstetras das outras: se o parto é um evento medonho, um agravo à saúde, por que não simplesmente preveni-lo, através da cesárea de rotina? Um parto moderno, indolor, conveniente em horários e datas, racional, sem gemidos, genitais expostos ou destroçados. Nesta via de parto, há também uma certa decência, um apagamento da dimensão sexual do parir. As propostas de humanização do parto, no SUS como no setor privado, têm o mérito de criar novas possibilidades de imaginação e de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal. Enfim, de reinvenção do parto como experiência humana, onde antes só havia a escolha precária entre a cesárea como parto ideal e a vitimização do parto violento.

CONCLUSÃO

A harmonização entre a ciência e a ética no parto pode ser obtida com o respeito ao Código de Ética Médica e de Resoluções Específicas do Conselho Federal de Medicina, aos direitos da gestante e a legislação vigente no país, associado à busca constante da humanização do parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CABACAS T. HISTÓRIA DEL FORCEPS DE OBSTETRÍCIA, publicado na internet em 01 de janeiro de 2014
2. PARENTE R.C.M.;MORAES FILHO O.B; REZENDE FILHO J. e COL. A História do nascimento (parte1): cesariana. FEMINA; vol. 38 nº 9, pag 481-6, 2.008
3. RESOLUÇÃO CFM Nº1931 de 13 de outubro de 2009
4. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998
5. Portaria nº 888 de 12 de julho de 1999 do Ministério da Saúde
6. Lei 3268 de 30 de setembro de 1957
7. MARTINS-COSTA SH, HAMMES LS, RAMOS JG, ARKADER J. E COL. Cesarianas - Indicações, in Projeto Diretrizes, AMB-CFM, p. 185-94, 2002.
8. Gazeta do Povo. Uma tragédia 25 de julho de 2015, página 7.
9. Defensoria Publica do Estado de São Paulo. Violência Obstétrica. Você sabe o que é? São Paulo 2013.
10. Gazeta do Povo, Uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica no Brasil, 26 de setembro de 2014, página 8.
11. Portaria nº 11 de 07 e janeiro de 2015 do Ministério da Saúde.
12. Resolução Normativa nº 368 de 06 de janeiro de 2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
13. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.
14. TIMI J.R.R. Direitos do Paciente, Ed. Revinter, Rio de Janeiro, 2004.
15. Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos. Associação Médica Brasileira. São Paulo, 2014
16. Parecer do Conselho Federal de Medicina, nº 39, de 08 de novembro de 2012
17. TIMI J.R.R.; MARQUARDT M. e MERCER P.G. Parecer sobre taxa de disponibilidade obstétrica. SOGIPA, Curitiba, 2014.

18. Conselho Federal de Medicina. A ANS se compromete esclarecer para a sociedade pontos da RN 368/15 publicado na internet em 04 de Agosto de 2015
19. OMS. Cuidados no Parto Normal: Um Guia Prático. Geneva, 1996.
20. DINIZ C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva* 10(3) 627-37. 2005

A SAÚDE, O ORÇAMENTO E A DENGUE

HEALTH, THE BUDGET AND THE DENGUE DISEASE

*Carlos Vital Tavares Corrêa Lima**

Palavras-chave – *Assistência, financiamento, orçamento, gestão, equilíbrio econômico, endemias.*

Keywords – *Assistance, financing, budgeting, management, economic balance, endemics.*

Após a análise da execução orçamentária do Ministério da Saúde em 2015, a competência administrativa do órgão é colocada mais uma vez sob suspeita. Como tem ocorrido nos últimos 12 anos, o Governo Federal não conseguiu gastar de forma competente os recursos autorizados para manter as ações na área da assistência à saúde.

No ano passado, as verbas devolvidas aos cofres do Tesouro Nacional ultrapassaram o montante de R\$ 15 bilhões. Com isso, foram gastos 88% de tudo que estava orçado para a saúde. A dotação inicial de R\$ 121 bilhões acabou reduzida a R\$ 106 bilhões, conforme dados do Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi), analisados pelo ONG Contas Abertas.

Desde 2003, considerando-se as despesas com investimento e custeio, o Ministério da Saúde deixou de aplicar no Sistema Único de Saúde (SUS) valor maior que

* Presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM).

R\$ 136,7 bilhões. O rombo corresponde ao orçamento de um ano inteiro. Portanto, a população foi penalizada nesse período com atenção mais precária à saúde, em consequência da incapacidade de aplicação do orçamento.

O Ministério da Saúde usa mal o dinheiro que tem disponível para custeio das despesas obrigatórias, como pagamento de salários, serviços, insumos e medicamentos. Além disso, é preciso ressaltar os prejuízos em investimentos, parcela conceituada pelos gestores como gasto nobre e essencial.

A metade dos R\$ 15 bilhões que deveria ter sido investida na realização de obras (construções e reformas) e aquisição de equipamentos deixou de ser executada no ano passado. Até 31 de dezembro, apenas 41% dos R\$ 10,3 bilhões disponíveis para esse fim haviam sido efetivamente gastos. Outros R\$ 3,4 bilhões foram empenhados como verba para contratação de produtos ou serviços não entregues ou realizados.

Entre 2003 e 2015, segundo informações do próprio Governo, foram aplicados em investimentos na saúde menos da metade (R\$ 38,2 bilhões) de tudo que estava previsto. Ao longo desses anos, de cada R\$ 10 programados para melhoria da infraestrutura na área, R\$ 6 ficaram pelo caminho.

A repercussão desses números na prática assistencial à saúde ajuda a entender o significado da gestão ineficaz. É origem de sucessivas denúncias da falta de estrutura, de ausência de leitos e de acesso restrito a medicamentos e tratamentos importantes, como hemodiálise, radioterapia e quimioterapia, que se materializam nas formas de invalidez e mortes.

Outro exemplo dos efeitos deletérios causados por essa má gestão orçamentária aparece no combate ao *Aedes aegypti*, transmissor de agentes virais capazes de matar e sequelar, configurando a perspectiva de uma geração sob o estigma de malformações congênitas. Na comparação entre 2013 e 2015, identifica-se a redução de 60% no volume de recursos repassados às prefeituras com a finalidade de controle do vetor dessas doenças e mazelas.

De acordo com dados divulgados pela imprensa, o montante destinado ao controle desse mosquito caiu de R\$ 363,4 milhões para R\$ 143,7 milhões, com aumento recorde no total de casos e óbitos por dengue. Em 2015, houve 1,6 milhão de registros da doença, que causou 863 mortes. Ocorreu ainda a intensificação dos problemas relacionados à zicavirose, microcefalopatia e síndromes por danos fetais

provocados ao tubo neuronal durante a gestação.

Os prefeitos alertam para o recrudescimento dessas epidemias em 2016, o que exige do Ministério da Saúde incremento e agilidade nos repasses necessários, a serem efetuados em tempo de evitar o agravamento de um quadro epidêmico presente ao longo de mais de três décadas.

O SUS tem conquistas que devem ser mantidas e ampliadas a todo custo. O desequilíbrio econômico, causado em grande parte pela corrupção, e as exigências de caixa, contábeis e fiscais, não podem determinar as decisões numa esfera tão sensível, diretamente ligada a valores absolutos, como a vida e a saúde. Assim, esperamos que os gestores públicos reconheçam suas falhas e as corrijam, com reverência às responsabilidades assumidas perante a sociedade.

OS MÉDICOS QUE QUEREMOS!

THE DOCTORS WE WANT

*Luiz Ernesto Pujol e Wilmar Mendonça Guimarães**

Palavras-chave – *Formação, ética, medicina, história, comportamento, autonomia.*

Keywords – *Training, ethics, medicine, history, behavior, autonomy.*

Os princípios fundamentais do Código de Ética Médica trazem em sua essência que a Medicina é uma atividade a ser exercida sem qualquer discriminação a serviço da saúde do ser humano e da coletividade, em benefício dos quais o médico deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, necessitando para isso boas condições de trabalho, autonomia e remuneração justa.

Ao se fixar direitos e deveres no regramento de comportamento ético-profissional e de mecanismos de fiscalização, evidencia-se a necessidade vital da qualificação do ensino médico. Sem este compromisso da sociedade, sob inspiração de gestores, professores, pesquisadores e profissionais de modo geral, fragiliza-se o controle da conduta moral, aproxima os futuros médicos dos desvios éticos e os distanciam dos princípios da beneficência, da autonomia, da justiça, da dignidade, da veracidade e da honestidade.

* Luiz Ernesto Pujol e Wilmar Mendonça Guimarães são presidente e vice-presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

Temos hoje pelo menos 268 escolas médicas, praticamente o dobro do que dispúnhamos há década e meia. No Paraná são 16 cursos, agora com 1.460 ingressantes a cada ano. Os dados estatísticos, numa análise rápida, não deixam dúvida de que logo estaremos numa proporção de médicos por habitantes comparável às nações mais desenvolvidas do mundo. Importante avanço se estivesse alicerçado sob o fiel e indispensável critério da boa qualidade formadora. A realidade é outra e expõe interesses divorciados da premissa de lançarmos no mercado médicos bem preparados.

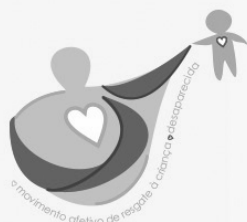
O exame de recém-graduados do Cremesp, ao sinalizar “reprovação” da metade dos participantes, mostra a dimensão do problema que temos pela frente: médicos malformados em situação de conflitos éticos, acudados numa sociedade em que o cidadão cada vez mais tem acesso à informação e consciência das possibilidades legais de questionar o que lhe é oferecido. Não há espaço para buscar o conhecimento às custas de riscos aos pacientes. Bons exemplos, claro, não faltam a esses futuros médicos, mas é preciso oferecer – e exigir deles – muito mais durante o processo formador. Os desvios éticos, as intercorrências, as fatalidades, devem continuar sendo só exceções.

O ensino médico brasileiro tem mais de 200 anos. A primeira escola médica, da Universidade Federal da Bahia, foi fundada em 1808. No Paraná, surgiu mais de um século depois (com a hoje Federal, em 1912). Essa maturidade, porém, pode ter sido seriamente abalada pelo surgimento de escolas descompromissadas com a qualidade e, ainda, por iniciativas contrárias ao ordenamento mediador da boa prática médica. Ante à necessidade de se reverter esse processo, eis que surgem ações alentadoras, como a adoção do exame do Cremesp como um dos critérios para hospitais de excelência e empresas de saúde suplementar, de São Paulo, na contratação de médicos. Também renomadas faculdades de Medicina paulistas pretendem usar a nota do exame na seleção de seus programas de residência.

É com o Sistema de Acreditação dos Cursos de Medicina (Saeme), cujo desenvolvimento e implementação uniram o CFM e a Associação Brasileira de Educação Médica, que se pode dar nova dinâmica aos compromissos com a formação de médicos competentes e éticos. Acreditação é o reconhecimento formal da qualidade de serviços oferecidos por uma instituição, sob avaliação padronizada de um organismo independente, comprovando que ela atende a requisitos previamente definidos e que tem competência para realizar seu papel de modo eficaz e seguro,

dentro de um processo transparente. Está amparado em experiências de sucesso e, sem dúvida, tende a elevar na sociedade a confiança em seus médicos e os bons motivos para comemorarem juntos pela vida.

Então, quais médicos queremos formar? Éticos, preparados, altruístas e conscientes de suas responsabilidades sociais. É muito? É o que a sociedade espera.



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

ESPECIALISTA EM CARDIOLOGIA PODE RESPONDER POR UNIDADES CORONARIANAS E DE URGÊNCIA CARDIOVASCULARES

SPECIALIST IN CARDIOLOGY CAN RESPOND BY CORONARY
UNITS AND CARDIOVASCULAR EMERGENCIES

CFM*

Palavras-chave – *Responsabilidade técnica, chefia, especialista, especialidades, competência.*

Keywords – *Technical responsibility, leadership, expert, specialties, competence.*

RESUMO

Médicos com título de especialista em cardiologia estão autorizados a exercer a função de responsável técnico ou chefe de serviços de unidades coronarianas, unidades de pós-operatórios de cirurgia cardíaca ou unidades de urgências cardiovasculares.

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.135/2015

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 e alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

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

*Conselho Federal de 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 exercem legalmente;

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

CONSIDERANDO que o artigo 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 o disposto nas Resoluções CFM nº 2007/2013 e nº 2.056/2013;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária do dia 10 de dezembro de 2015,

RESOLVE:

Art. 1º – Os médicos detentores do título de especialista em cardiologia, com Registro de Qualificação de Especialista (RQE) nos Conselhos de Medicina, estão autorizados a exercer a função de responsável técnico ou chefe de unidades coronarianas, unidades de pós-operatórios de cirurgia cardíaca ou unidades de urgências cardiovasculares.

Parágrafo único. Essas prerrogativas não derogam aquelas já estabelecidas para os detentores de título de especialista em medicina intensiva ou certificados de área de atuação em medicina intensiva pediátrica ou neonatologia.

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

Brasília-DF, 10 de dezembro de 2015.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA, Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA, Secretário-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.135/15

Em 15 de outubro de 2014 a presidência do CFM remete para elaboração de Resolução pleito da Sociedade Brasileira de Cardiologia, devidamente autorizado em sessão plenária, estabelecendo competência solidária para que os detentores do título de especialização em cardiologia possam exercer a função de responsável técnico ou chefe de serviço em unidade de terapia intensiva coronariana e assemelhados.

O primeiro passo adotado foi consultar a Comissão Mista de Especialidades quanto ao perfil de formação do cardiologista para saber se em sua formação haveria a qualificação necessária para tal outorga. Em parecer circunstanciado, a comissão responde com destaque para os seguintes enunciados:

1. A Comissão Mista de Especialidades entende que as unidades coronarianas, de pós-operatório de cirurgia cardíaca e urgências cardiovasculares são montadas e organizadas para atender a pacientes com patologias ligadas diretamente ao coração.
2. A formação e o tratamento dos cardiologistas incluem atenção em todas as fases das patologias: ambulatoriais, internações e urgências.
3. Neste sentido, médicos portadores de título de especialista em cardiologia estão plenamente capacitados a assumir a responsabilidade técnica e a orientação terapêutica de: unidades coronarianas, unidades de pós-operatórios de cirurgia cardíaca e unidades de urgências cardiovasculares.

Embasado em tais considerações, entendemos que médicos com o título de especialista em cardiologia detêm as qualificações para desempenhar as funções de responsável técnico ou chefe de unidade de terapia intensiva coronariana, locais dedicados especificamente a cuidados de pacientes com síndromes coronarianas em estado agudo, bem como em outras unidades, como unidades de pós-operatórios cardiológicos ou assemelhados.

Estes são os fundamentos.

Brasília-DF, 10 de dezembro de 2015.

EMMANUEL FORTES S. CAVALCANTI, Relator

HENRIQUE BATISTA E SILVA, Secretário-geral

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.135/2015

Resolução aprovada na sessão plenária de 10/12/2015.

Publicada no D.O.U., 02 fev. 2016, seção I, p. 83

INDICATIVO DE INTERDIÇÃO ÉTICA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

INDICATIVE OF ETHICS PROHIBITION IN HEALTH SERVICES

CRM-PR*

Palavras-chave – *Interdição, requisitos, serviços de saúde, fiscalização, responsabilidades.*

Keywords – *Prohibition, requirements, health services, supervision, responsibilities.*

RESUMO

Dispõe sobre o indicativo de interdição ética em estabelecimentos que prestem serviços de saúde, quer sejam públicos ou privados.

RESOLUÇÃO CRM-PR N º 198/2015

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

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República

*Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná

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 os Conselhos de Medicina têm como um de seus objetivos primordiais a proteção à sociedade e o dever, inclusive, de evitar dentro de suas limitações legais, que o exercício da Medicina em instituições médicas sem condições mínimas para prestar o atendimento que delas se espera, tais como estrutura física extremamente deficitária, carência de médicos e medicamentos, torne sua existência sem finalidade ou propósitos, trazendo mais riscos do que benefícios à população, especialmente aos mais necessitados.

CONSIDERANDO que o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina têm poder que lhes confere autoridade para disciplinar e fiscalizar a atividade médica onde quer que ela seja exercida;

CONSIDERANDO que a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade;

RESOLVE:

Art. 1º – O Conselho de Medicina do Estado do Paraná poderá, por decisão plenária e com parecer fundamentado do Departamento de Fiscalização do Exercício Profissional e após os seus trâmites internos, propor indicativo de interdição ética em estabelecimentos que prestem serviços de saúde, quer sejam públicos ou privados;

Art. 2º – O INDICATIVO DE INTERDIÇÃO ÉTICA, poderá ocorrer a qualquer momento a critério da plenária do CRM e após Parecer fundamentado do DEFEP, na forma prevista na Resolução CFM 2062/2013;

Art. 3º – O ato de INDICATIVO DE INTERDIÇÃO deverá conter as razões pelas quais o procedimento está sendo adotado e afixado nas várias dependências da Instituição, sendo expressamente vedada a sua remoção, ficando esta responsabilidade por conta de seu Diretor Técnico o qual responderá por esta obrigação perante o CRM;

Art. 4º – O INDICATIVO DE INTERDIÇÃO ÉTICA se dará desde que exista prova inequívoca de que a continuidade de funcionamento da instituição, em condições

precárias, traga fundado receio da eminente ocorrência de dano irreparável ou de difícil reparação aos pacientes que delas necessitem;

Art. 5º – O ATO INDICATIVO DE INTERDIÇÃO ÉTICA poder á ser revogado pela Plenária do CRM, após parecer do DEFEP, desde que a instituição se adeque às condições mínimas para o regular funcionamento, declinadas no ATO respectivo;

Art. 6º – Na decisão que determinar o ato de INDICATIVO DE INTERDIÇÃO ÉTICA deverão ser declinados, de modo claro e preciso, as razões que levaram o CRM a promovê-lo, especificando objetivamente as irregularidades apuradas pela fiscalização do DEFEP;

Art. 7º – O prazo de INDICATIVO DE INTERDIÇÃO ÉTICA, será definido pelo DEFEP – Departamento de Fiscalização do Exercício Profissional, caso a caso, não podendo, entretanto, ultrapassar 180 dias.

Art. 8º – Caso o serviço não demonstre possibilidade funcional ou ética, impondo grave risco à saúde da população, a INTERDIÇÃO propriamente dita poderá se operar a qualquer tempo, independentemente da outorga de prazo para regularização.

Art. 9º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Curitiba, 16 de setembro de 2015.

CONSº LUIZ ERNESTO PUJOL, Presidente

CONSº MAURÍCIO MARCONDES RIBAS, Secretário Geral

RESOLUÇÃO CRM-PR N º 198/2015

Aprovada na Sessão Plenária nº 4032ª, de 23/11/2015.

Publicado no DIOE - Comércio, Indústria e Serviços n.º 9584 de 26/11/2015, p. 18.

ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL E RELIGIOSA DE PACIENTES NAS UTIS

SPIRITUAL AND RELIGIOUS ASSISTANCE OF PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNITS

*Henrique Batista e Silva**

Palavras-chave – *Assistência, religiosidade, condição clínica, autonomia.*

Keywords – *Assistance, religiousness, medical condition, autonomy.*

EMENTA

A prestação de assistência espiritual e religiosa de pacientes internados nas UTIs deve ser assegurada pelas instituições hospitalares, desde que demandada pelos mesmos e/ou seus familiares e respeitadas as normas vigentes dessas instituições e a condição clínica do paciente.

DA INTRODUÇÃO

Será apresentado parecer sobre assistência religiosa e espiritual a pacientes internados em unidade de tratamento intensivo.

A assistência médica envolvendo práticas no campo da espiritualidade humana é tema de interesse crescente na sociedade mundial, haja vista o incremento contínuo de trabalhos científicos que apontam sua relevância no enfrentamento das

*Conselheiro parecerista do CFM

doenças e mesmo na adesão ao tratamento, especialmente de doentes crônicos ou terminais. Multiplicam-se centros de pesquisa científica no mundo ocidental, como a Northern University em Chicago, a Washington University, a Duke University, a Faculdade de Medicina de São Paulo, a Universidade Federal de Juiz de Fora, a Santa Casa de Porto Alegre, entre outros, e associações de especialidades médicas, como a Sociedade Brasileira de Cardiologia, por intermédio do Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular. Sabendo-se desse efeito positivo sobre as enfermidades, várias universidades norte-americanas oferecem disciplinas que abordam saúde e espiritualidade. Reconhecendo que pessoas com maior espiritualidade têm melhores possibilidades de enfrentar doenças e, quando as têm, melhor se recuperam, a 67ª Assembleia Mundial da Saúde recomendou a inclusão da disciplina Espiritualidade como componente útil indicado a pacientes.

É certo que espiritualidade não significa religião ou religiosidade espiritual, contudo, por se tratar de aspecto multidimensional da pessoa humana, podemos afirmar que pertence ao âmbito do paradigma biopsicossocial, afastada da medicina tecnocientífica e, portanto, da concepção do ser humano puramente como realidade biológica.

A religião e o espiritual pertencem ao íntimo do ser humano, onde vivem o domínio da fé e a benemerência da salvação da alma e da vida eterna; pertencem à vivência da crença dogmática e aos rituais dos templos religiosos. Por sua vez, a espiritualidade alcança mobilização de forças interiores do ser humano para o enfrentamento de adversidades formatadas por maturidade emocional e equilíbrio diante de sofrimento e estresses pessoais. Entretanto, entendemos que, em se tratando de valores, diretos e dignidade humana aplicados na prática da assistência ao doente, a espiritualidade deve ser considerada dentro da mesma concepção. Isso vem ao caso porque, apesar desse reconhecimento e da existência de movimentos organizados por professores em centros, grupos e núcleos de pesquisadores, o tema das questões relativas a espiritualidade é negligenciado nos currículos de graduação em medicina, ou mesmo desconsiderado por parte dos médicos em seu exercício profissional.

Certamente a noção de prática médica sustentada pelo imperativo do conhecimento científico e tecnológico começou na cisão entre a cosmologia medieval, sediada na Escolástica, campo da contemplação e das verdades imutáveis, e os estudos renascentistas, no nascimento da modernidade, consubstanciados posteriormente no Iluminismo.

Se a metafísica dos antigos e dos medievos era proveniente das verdades inquestionáveis estabelecidas pelos deuses sob a forma de dogmas, a partir da concepção humanística surgiu o postulado do olhar diferenciado do homem como centro do universo, base de sustentação do Secularismo.

A crise que vivemos no mundo do pós-moderno focaliza-se na crítica e na desconstrução de verdades científicas tidas como definitivas, esperança frustrada de um mundo livre de doenças e sofrimento.

O desenvolvimento tecnocientífico, apesar dos indiscutíveis benefícios para os seres humanos, trouxe também espantoso número de complicações decorrentes dos abusos desse arsenal científico e tecnológico. Resultaram, então, a reflexão crítica e a ponderação bioética do emprego desses avanços para o progresso da civilização e, em consequência, o exercício ético e humanístico da medicina, estruturado nos princípios do respeito, da solidariedade e da dignidade humana.

Nesse contexto, adoto o parecer elaborado pela Câmara Técnica de Bioética do Conselho Federal de Medicina, por considerá-lo suficientemente fundamentado ao apreciar o questionamento do interessado, e submeto-o à apreciação de meus pares.

DO PARECER DA CÂMARA TÉCNICA DE BIOÉTICA DO CFM

I. DOS FATOS

Padre de município vizinho encaminhou correspondência ao Hospital Universitário Santa Terezinha de Joaçaba, com cópia para o Comitê de Bioética da instituição, relatando, em resumo, os seguintes fatos:

- 1) Foi impedido de prestar assistência espiritual aos pacientes da UTI do Hospital Universitário Santa Terezinha (HUST) por diversas vezes. No dia 25 de agosto, somente conseguiu entrar na UTI na terceira vez que compareceu ao hospital.
- 2) Alega que, em situações de gravidade, o paciente não pode esperar assistência religiosa por muito tempo.
- 3) Alega também que a agenda dos padres é cheia, e a dificuldade de entrada na UTI complica e transtorna o desempenho de suas atividades.
- 4) Aponta vários dispositivos legais que garantem ao paciente o direito a assistência religiosa e aos sacerdotes, a prestação.

5) Por fim, solicita posicionamento da direção do hospital e do Comitê de Bioética. O Comitê de Bioética emitiu seu parecer e sugeriu à Câmara Técnica de Bioética do CFM que indicasse ao CFM a emissão de uma orientação nacional aos médicos.

II. DO PARECER

O conceito de espiritualidade é mais amplo que apenas religiosidade, mas ambas coincidem em seus significados nas partes comuns; por isso, serão tratadas como sinônimos neste parecer.

Desde tempos imemoriais, crenças religiosas e experiências espirituais são componentes influentes na maioria das civilizações e sociedades. Atualmente, profissionais da saúde, pesquisadores e a população em geral têm valorizado e reconhecido a importância da dimensão espiritual e/ou religiosa na saúde. No entanto, a relação entre espiritualidade e saúde ainda não está suficientemente debatida no âmbito da deontologia médica brasileira, justificando-se que se aprofundem os estudos para que os profissionais contem com orientações mais fundamentadas e atualizadas.

O bioeticista espanhol Diego Gracia (2011) observou que a partir do século XVIII a civilização ocidental distinguiu com maior clareza a dualidade existente entre os valores instrumentais, citando como exemplo o uso de fármacos para o tratamento de uma doença, e os valores intrínsecos, onde se encontra a assistência espiritual, que se refere à prestação de solidariedade, amor, justiça e saúde ao paciente.

O Brasil é uma nação laica, significando que não se alinha com uma religião ou determinada igreja, mas acolhe, respeitosamente, em seu seio, todas as manifestações religiosas. Contudo, o pluralismo não coincide com ateísmo. Para a análise didática dos fatos e a emissão deste parecer, os aspectos legais, éticos e científicos da assistência espiritual/religiosa serão abordados separadamente.

1) Aspectos legais

Do ponto de vista legal, a Constituição Federal, em seu artigo 5º, inciso VII, garante, “nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva”. Desta forma, a assistência religiosa está assegurada nos hospitais pela Carta Magna.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde do Conselho Nacional de Saúde

assegura ao paciente o respeito “aos seus valores éticos, culturais e religiosos” (artigo 4º, inciso III, d), bem como o “recebimento de visita de religiosos de qualquer credo, sem que isso acarrete mudança da rotina de tratamento e do estabelecimento e ameaça à segurança ou perturbações a si ou aos outros” (artigo 4º, inciso XIV). Este dispositivo legal, portanto, tanto garante a assistência religiosa como faz ressalvas em relação à segurança e à manutenção da rotina do serviço hospitalar.

Orientação mais específica encontra-se na Lei nº 9.982/2000 que, em seu artigo 1º, diz: “Aos religiosos de todas as confissões assegura-se o acesso aos hospitais [...] para dar atendimento religioso aos internados [...]”. Assim, o paciente tem direito legal a assistência religiosa, e aos religiosos foi concedida a garantia de acesso aos hospitais para a respectiva prestação.

2) Aspectos éticos (ética médica)

Embora o Código de Ética Médica brasileiro não trate explicitamente do assunto, a Resolução CFM 1.805/2006 assegura o direito ético do paciente a assistência espiritual e considera dever do médico facilitá-la. O artigo 2º diz: “O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar”. Um panorama mundial foi assim descrito por Pessini (2010), um dos grandes estudiosos do assunto:

A Associação Médica Mundial (AMA), na Declaração sobre os Direitos do Paciente (revista na 171ª seção do Conselho, Santiago, outubro de 2008), elenca onze direitos [que o paciente tem], sendo que o décimo-primeiro é o “direito a assistência religiosa”. Na íntegra: “O paciente tem o direito de receber ou recusar conforto espiritual ou moral, incluindo a ajuda de um ministro de sua religião de escolha”. (p. 36)

A maioria dos países desenvolvidos que recentemente revisaram seus códigos e diretrizes éticas de conduta médica acentua a importância dos cuidados espirituais e/ou religiosos e o dever dos profissionais da saúde e do médico, em especial de facilitá-los. Temos assim, por exemplo, o Código de Ética Médica do Canadá (revisado em 2004), que apresenta as dez “responsabilidades médicas fundamentais”. No que toca ao assunto em tela, diz que é responsabilidade fundamental do médico “prover cuidados apropriados a seu paciente, mesmo quando a cura não é mais possível, incluindo o conforto físico e espiritual, bem como suporte psicossocial”.

Mais próximos de nós culturalmente, o Código Deontológico dos Médicos Portugueses (aprovado em 26 de setembro de 2008) assim se expressa no art. 51º: “Respeito pelas crenças e interesses do doente 1. O médico deve respeitar as opções religiosas, filosóficas ou ideológicas e os interesses legítimos do doente. 2. Todo doente tem o direito de receber ou a recusar conforto moral e espiritual, nomeadamente o auxílio de um membro qualificado da sua própria religião”.

Portanto, como vemos a partir do exposto, há um reconhecimento ético da importância da dimensão espiritual e/ou religiosa do doente, de que este tem o direito de receber o cuidado necessário dessa dimensão e de que os profissionais têm o dever de ser os facilitadores no processo.

Pessini (2010) ressalta que outras instituições, como ONU e Unesco, também defendem o direito de assistência religiosa, e não são instâncias religiosas, nem igrejas, mas organizações seculares.

O reconhecimento por instituições internacionais da dimensão espiritual/religiosa no tratamento do paciente e sua inclusão nos Códigos de Ética Médica justificam que se estude a emissão de orientações éticas também em nosso país.

3) Aspectos científicos

Além dos aspectos legais e éticos, há aspectos científicos a serem considerados. Os cuidados paliativos tornaram-se recentemente uma especialidade médica, e sua definição, atualizada pela Organização Mundial da Saúde em 2002, inclui a dimensão espiritual por meio dos seguintes termos: “avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”.

Observa-se na literatura que são escassas as publicações sobre assistência espiritual/religiosa. No entanto, um trabalho destaca os benefícios da assistência religiosa para pacientes psiquiátricos, ainda que possam emergir situações conflitantes dessa relação (BRAGHETTA et al., 2010). Outro estudo enfatiza os benefícios da assistência psicorreligiosa pelo psicólogo, mas ressalta que a “adoção de um modelo integrativo das dimensões biopsicossociais e espirituais ainda representa um grande desafio da intervenção em saúde” (GOBATTO & ARAUJO, 2010).

Assim, embora tenha aspectos conflitantes, a assistência espiritual/religiosa apresenta aspectos positivos que precisam ser disponibilizados ao paciente.

DA CONCLUSÃO

Pelo exposto, estudos científicos evidenciam que a prestação de assistência espiritual religiosa pode trazer benefícios à saúde e ao bem-estar de pacientes internados nas UTIs. Ademais, estando essa disposição amparada na legislação nacional e nos dispositivos éticos, o hospital tem o dever de viabilizar e garantir essa assistência demandada pelos pacientes e/ou por seus familiares, desde que respeitadas as normas em vigor das instituições hospitalares e a condição clínica do paciente.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília-DF, 25 de setembro de 2015.

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Conselheiro relator

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

BRAGHETTA, C. C.; LUCCHETTI, G.; LEÃO, F. C.; VALLADA, C.; VALLADA, H.; CORDEIRO, Q. Aspectos éticos e legais da assistência religiosa em hospitais psiquiátricos. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v. 38, n. 5, p. 189-93, 2011.

GOBATTO, C. A.; ARAUJO, T. C. C. F. Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 52-63, jun. 2010.

GRACIA, D. Fundamentos de la espiritualidad en la práctica clínica. En Primera Persona: Programa para la atención integral a personas con enfermedades avanzadas. Madri, outono de 2011, p. 6-7.

PESSINI, L. Terminalidade e espiritualidade: uma reflexão a partir dos Códigos de Ética Médica brasileiros e leitura comparada de alguns países. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 35-42, 2009.

Processo-consulta CFM

Parecer CFM nº 43/15

Parecer Aprovado

Reunião Plenária de 25 de setembro de 2015.

REALIZAÇÃO DE PSICOCIRURGIA

PERFORMING PSYCHOSURGERY

*Maurício Marcondes Ribas**

Palavras-chave – *Psicocirurgia, cirurgia estereotáxica, anóxia cerebral, autoagressividade.*

Keywords – *Psychosurgery, stereotactic surgery, cerebral anoxia, self aggressiveness.*

CONSULTA

Em correspondência encaminhada a este Conselho Regional de Medicina, médico formula consulta com o seguinte teor:

“Encaminhamos para avaliação pelo Conselho Regional de Medicina do Paraná a indicação de cirurgia estereotáxica para o tratamento de transtorno comportamental com auto e heteroagressividade de paciente. Este, de 38 anos, com antecedentes de anóxia cerebral, epilepsia e retardo mental, apresentou agressividade desde a primeira infância. Com o passar do tempo, desenvolveu também autoagressividade. Segundo a avaliação de psiquiatras e neurologista esse quadro tornou-se refratário aos diversos tratamentos, tendo então o paciente sido encaminhado ao nosso serviço para tratamento cirúrgico. Os pais referem que a agressividade causa enorme transtorno ao paciente e à sua família de longa data, solicitando

*Conselheiro parecerista CRM-PR

que seja realizado o tratamento cirúrgico. O tratamento proposto é a neurocirurgia estereotáxica com lesão dos complexos amigdaloides (amidalectomia) bilateral por Gamma Knife. Esse método de radiocirurgia tem a vantagem, em relação à amidalectomia por radiofrequência, de não ter incisão de pele e não necessitar de cuidados pós-operatórios convencionais, que podem ser difíceis em pacientes agressivos. Enviamos em anexo os relatórios de médicos que trataram do paciente”.

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

Visando fundamentar a resposta ao questionamento realizado pelo consulente, vamos inicialmente esclarecer o conceito de Psicocirurgia: é definida como a “implantação de eletrodos, destruição ou estimulação direta do cérebro por qualquer meio”, tendo como propósito primário “controlar, mudar ou afetar qualquer distúrbio emocional ou comportamental”.

Nas revistas médicas internacionais contemporâneas, observa-se o

crescente número de artigos demonstrando os benefícios da neurocirurgia funcional para o tratamento de alguns casos de transtornos psiquiátricos e que, mundialmente, esse tipo de cirurgia tem se constituído em moderna opção de tratamento para transtornos psiquiátricos graves e refratários ao tratamento farmacológico. Formalmente, a psicocirurgia está indicada para:

1 - Paciente com depressão grave e incapacitante que não responde a psicoterapias, tratamento com medicamentos em doses e tempo adequados e eletroconvulsoterapia. O resultado esperado é que, após a cirurgia, ele passe a responder ao tratamento convencional.

2 - Paciente com Transtorno Obsessivo Compulsivo grave e incapacitante que não responde a psicoterapias e tratamento com medicamentos em doses e tempo adequados. O resultado esperado é que, após a cirurgia, ele passe a responder ao tratamento convencional.

3 - Paciente com comportamento agressivo e automutilador que não responde a tratamento com medicamentos. O resultado esperado é que, após a cirurgia, haja redução significativa ou mesmo abolição da agressividade.

A doença deve produzir sofrimento substancial, bem como dificultar significativamente a função psicossocial do paciente e sua duração deve, em geral, exceder cinco anos. É muito importante que a refratariedade da doença aos tratamentos

farmacológicos fique claramente estabelecida. Depois disso tudo, há necessidade imperiosa do consentimento do paciente e/ou sua família.

No caso ora em análise, e levando em conta a extensa descrição do quadro clínico do paciente pelo seu médico neurologista e, também, o parecer de neurocirurgião e psiquiatra, recomendando a cirurgia e considerando os aspectos éticos, bioético e social, este Conselheiro Parecerista opina pela liberação do procedimento cirúrgico.

No entanto, considera recomendável que esta cirurgia seja realizada em serviço diverso daquele em que o paciente é, habitualmente, atendido.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 25 de janeiro de 2016.

CONS^o MAURÍCIO MARCONDES RIBAS

Parecerista

Processo-Consulta CRM-PR

Parecer CRM-PR nº 2516/2016

Parecer Aprovado

Sessão Plenária nº 4070, de 25/01/2016.

MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS E A FALTA DE COBERTURA PELO SUS

ONCOLOGY DRUGS AND THE LACK OF COVERAGE BY SUS

*José Clemente Linhares**

Palavras-chave – *Atendimento oncológico, medicamentos, protocolos, legislação, ética médica.*

Keywords – *Oncological care, drugs, protocols, legislation, medical ethics.*

CONSULTA

O consulente, médico, faz solicitação de parecer sobre medicamentos não contemplados pelo SUS e pergunta como o médico e a instituição hospitalar devem, ambos, proceder.

Justifica dizendo ser o responsável técnico de um serviço de oncologia e que o sistema de Autorização de Procedimentos de alta complexidade (APAC) não contempla o uso de uma série de medicamentos oncológicos. Pergunta “Quando um paciente tem a indicação de utilizar um desses medicamentos não contemplados pelo SUS, como o médico e a instituição devem se posicionar”?

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

O Código de Ética Médica, em seus princípios fundamentais prevê que:

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

I - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

VII - 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.

VIII - 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.

IX - A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

XIV - O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

XVII - As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente”.

O capítulo II prevê os direitos do Médico:

II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

III - Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

IV - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina.

O capítulo II, da Responsabilidade Profissional, e o capítulo V, da Relação com Pacientes e Familiares, ambos preveem ser vedado ao Médico:

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

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

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

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

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

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

CONCLUSÃO

Há alguns pontos a serem considerados quando se fala a respeito de medicamentos não contemplados pelo SUS. O primeiro é aquele em que o tratamento está previsto na tabela da Autorização de Procedimento de alta complexidade (APAC). O segundo é aquele em que não existe previsão na referida tabela, mas ele está reconhecido pela comunidade médica mundial e está disponível no Brasil e autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Acrescente-se a esses, os tratamentos reconhecidos pela comunidade médica mundial, contudo ainda não disponíveis no Brasil e, finalmente, aqueles de caráter experimental.

No último caso, existe legislação específica e, sob a ótica deste Conselheiro não é o escopo deste parecer.

No terceiro caso, a própria ANVISA dispõe de legislação específica, sendo legal e ética sua indicação por parte do médico, sendo necessário o preenchimento de justificativa em formulário próprio direcionado a essa agência reguladora para a importação do produto. Os meios de pagamento são de responsabilidade do paciente interessado.

A primeira situação elencada é de responsabilidade da instituição que tem seu serviço contratado pelo SUS, ou seja, a elaboração dos protocolos de tratamento e o eventual fornecimento de determinada medicação, fora destes protocolos, deve estar prevista no contrato.

O problema surge no segundo caso, em que determinado tratamento está disponível para uso no Brasil, porém não possui código para sua autorização e consequente pagamento. Entendo que nesta situação, está o médico eticamente comprometido a informar ao paciente ou seu responsável legal da disponibilidade do tratamento e este deve buscar os meios para realizar o tratamento, se assim o desejar.

Sendo o meio judicial uma destas alternativas, considero muito apropriadas as recomendações administrativas 16, 17, 18, 19 e 20 de 2015 emitidas pelo Ministério Público do Estado do Paraná, cujas cópias vão anexadas a este parecer. Essas contêm uma série de instruções quanto aos dados necessários para uma decisão abalizada e fundamentada por parte do Poder Judiciário.

Ademais, ressalte-se que o médico deve basear suas prescrições em protocolos cientificamente reconhecidos.

Ao agir desta forma, estará o médico em sintonia com o Código de Ética Médica, com a legislação e com o melhor cuidado que seu paciente possa receber.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 14 de dezembro de 2015.

CONS^o JOSÉ CLEMENTE LINHARES

Parecerista

Processo-Consulta CRM-PR

Parecer CRM-PR nº 2516/2016

Parecer Aprovado

Sessão Plenária nº4070, de 25/01/2016.

PROCEDIMENTO SOBRE CRIOLIPÓLISE. RECOMENDAÇÕES

PROCEDURE ON CRYOLIPOLYSIS. RECOMMENDATIONS

*Afrânio Benedito Silva Bernardes**

Palavras-chave – *Criolipólise, complexidade, segurança, paniculite, apoptose.*

Keywords – *Cryolipolysis, complexity, security, panniculitis, apoptosis.*

EMENTA

Criolipólise é um procedimento ainda em fase experimental que apresenta complicações eventuais com queimaduras devendo ser aplicada quando indicada por médico em local adequado.

CONSULTA

Em Comunicação Interna n.º 26/2014-CODAME, encaminhada ao Setor de Consultas deste Conselho Regional de Medicina, a Cons.ª Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke, então Coordenadora Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos, formulou consulta com o seguinte teor:

*Conselheiro parecerista do CRM-PR.

“Solicitamos Parecer sobre Criolipólise, se é um procedimento invasivo e se o mesmo é reconhecido. Indagamos, ainda, qual a habilitação que o profissional deve ter para a realização de tal procedimento e se pode ser divulgado.”

FUNDAMENTAÇÃO E PARECER

A Criolipólise é uma técnica apregoada como não-invasiva de tratamento para redução de tecido gorduroso localizado, atuando por meio do resfriamento da pele e do tecido adiposo adjacente com temperatura em torno de -5 a -15°C, causando paniculite fria e morte adipocitária por apoptose. Por volta de 7 a 14 dias é que se instala a paniculite, depois deste período os macrófagos eliminam estes adipócitos apoptóticos, podendo este processo durar até 120 dias. Dentre as complicações há relatos de edema, eritema, hematoma e neuralgia transitória.

Sinais e sintomas que se resolvem em duas semanas. Por ser o tratamento dependente de um aparelho e do seu manuseio por um operador, é possível supor-se que se houver alguma falha nesses dois fatores o resultado poderá ser comprometido.

Não se pode deixar de considerar a possibilidade de queimadura da pele pelo frio que poderia se manifestar por formação de bolhas e alteração da coloração.

Para exemplificar: constatamos em um caso concreto de uma Sindicância referente a um procedimento de criolipólise, que se transformou em Processo Ético Profissional nesta casa, por ter resultado em queimadura de pele. Há uma exiguidade de publicações científicas que tratam das complicações. Como se fosse um procedimento isento delas ou incapaz de lesar o tecido cutâneo. Ocorre que do mesmo modo que o frio ocasiona lipólise pode, também, excepcionalmente provocar queimadura cutânea. Uma revisão sistemática realizada por Derrick publicada no ASJ 2015 Sep;35(7):830-6, demonstrou um percentual de complicações de 0,82% e um índice de eficiência de 19% de redução do tecido adiposo em até 4 meses

Entendemos que a técnica carece de mais estudos científicos que estabeleçam todos seus benefícios, resultados a longo prazo, otimizar a escolha de pacientes, possíveis complicações e os parâmetros de segurança.

Devido a complexidade e a possibilidade de lesão cutânea por queimadura criogênica, até que haja embasamento científico que prove o contrário, consideramos que o profissional indicado a realizar este procedimento seja um médico, a fim de que possa se responsabilizar pelo resultado do tratamento ou se realizado

por um profissional não médico que haja um médico responsável pelo ato. Cabe lembrar que o procedimento deve ser realizado em local compatível no que trata da segurança do paciente.

É o parecer, SMJ.

Curitiba, 16 de novembro de 2015.

CONS^o AFRÂNIO BENEDITO SILVA BERNARDES

Parecerista

Processo-Consulta CRM-PR
Parecer CRM-PR nº 2512/2015
Parecer Aprovado e Homologado na
Sessão Plenária nº 4024, de 16/11/2015.

BOLETIM DA FEMPAR E DO HOSPITAL EVANGÉLICO DE CURITIBA

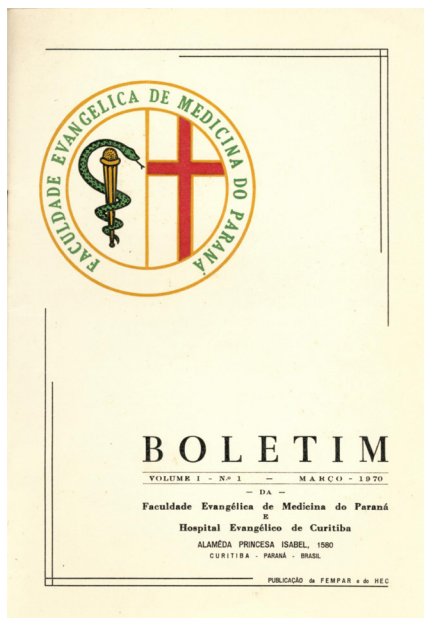
NEWLETTER OF FEMPAR AND OF CURITIBA EVANGÉLICO HOSPITAL

Ehrenfried Othmar Wittig*

Palavras-chave – *Evangélica, informativo, notícias, memória, medicina, Daniel Egg.*

Keywords – *Evangélico, informative, news, memory, medicine, Daniel Egg.*

O acervo do Museu da História da Medicina do Paraná acaba de incorporar o volume inaugural do Boletim da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná e Hospital Evangélico de Curitiba. A publicação (n.º 1) teve o seu lançamento em março de 1970, um ano depois de a escola ter iniciado as suas atividades com a primeira turma. Esta turma veio a se formar em 7 de dezembro de 1973, consolidando um projeto iniciado em 1945, com a fundação da Fundação da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba (SEB), e reforçado dois anos depois (1947) com o início das atividades do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.



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

A doação do raro exemplar partiu do ortopedista e traumatologista Carlos Roberto Goytacaz Rocha, ex-presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná e que atualmente responde pelo Departamento de Fiscalização do Exercício Profissional do conselho de classe. À época, então acadêmico, compunha o grupo responsável pela elaboração do boletim, juntamente com Aurélio Bolsanello, Ari Leon Jurkiewicz, Regina Frenzel, Constantino Miguel Neto e Derly Tizziani Ferraz. O Prof. Ari Jurkiewicz (1944-2013) dirigiu o informativo, que foi mantido por anos pela faculdade.

O Dr. Carlos Goytacaz Rocha compunha a primeira turma, juntamente com Luiz Ernesto Pujol, hoje presidente do CRM-PR. Luiz Pujol também era colaborador da publicação e tem uma foto sua que ilustra a contracapa da boletim, associada a uma mensagem cifrada com despertar aos jovens para o seu destino e do país, então sob o regime militar e a presidência do general Emílio Garrastazu Médici.

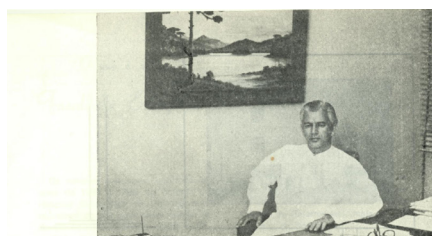
O editorial da página 3, das 32 da revistinha, traz a mensagem do diretor, Dr. Daniel Egg (1918-1988), que foi o primeiro médico, primeiro diretor do hospital e primeiro diretor da faculdade Evangélica de Medicina. Ele dedicou sua vida ao Evangélico, onde esteve à frente por 30 anos. Na mensagem, como lhe era peculiar a visão de vanguarda, destacava que “o moderno hoje é mudar, transformar, progredir. Não podemos estacionar no meio da estrada pois a avalanche é grande e seremos empurrados e colocados à margem. Estímulos não nos faltam, a humanidade se lança para frente num ímpeto tão grande que os homens chegaram à Lua num espaço de tempo tão curto que ultrapassou os cálculos mais otimistas”. E reforça: “A medicina, neste século, deu passos gigantescos, fazendo corar de ignorância os médicos da década passada e mesmo aqueles que, esquecendo de estudar, pensam que o mundo parou”.

A publicação é ilustrada com a indicação de todo o corpo docente, composto de



personagens de grande elevação da Medicina paranaense, incluindo, dentre outros, os Prof. Orlando Theodoro Freitas, Ennio Luz, Clotilde de Lourdes Branco, João Gualberto de Sá Scheffer, Joachim Graf, Mirosław Baranski, Coriolano Caldas Silveira da Mota, Glacy Terezinha Zancan, Eduardo Corrêa Lima, Antenor da Silva Pupo, Aurélio Bolsanello, Rached Saliba Smaka, José Alvarenga Moreira, Arlindo Blume, Acir Mullinari, Paulo de Tarso Monte Serrat, Carlos Augusto Moreira, José Weniger, Fernando Laynes de Andrade, Laufran Villanueva, Milton Moreira e Sieg Odebrecht.

O boletim também apresenta a história da constituição do centro acadêmico da faculdade, ocorrida em 17 de abril de 1969 e que homenageou o diretor Daniel Egg. O primeiro presidente foi o então acadêmico Constantino Miguel Neto, tendo como vice Floresval A. Bianchi. Flávio da Costa Leite respondia pela Associação Atlética Acadêmica. O capítulo "A escola em notícias" traz a composição da primeira e segunda turmas, bem como imagens do trote festivo dos calouros de 1970. No capítulo "hospital em notícias", uma homenagem póstuma ao Prof. Dirceu de Conti, vítima de acidente quando se deslocava para atendimento hospitalar.



DR. DANIEL EGG, Diretor da Escola

Nossa Revista

O moderno hoje é mudar, transformar, progredir. Não podemos estacionar no meio da estrada pois a avalanche é grande e seremos empurrados e colocados à margem. Estímulos não nos faltam, a humanidade se lança para a frente num ímpeto tão grande que os homens chegaram à Lua num espaço de tempo tão curto que ultrapassou os cálculos mais otimistas.

A medicina neste século deu passos gigantescos fazendo cair de ignorância os médicos da década passada e mesmo aqueles que esquecendo de estudar, pensam que o mundo parou.

E assim que os planos da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba mudaram, cresceram, progrediram. Surgiu a idéia de uma Faculdade que unida ao Hospital pudesse criar um ambiente de estudo, pesquisa e notadamente para formar homens capazes de acompanhar, embeudados de um ideal de servir a Deus, a evolução da ciência que cada vez mais aproxima o homem de seu Criador.

Em 2 de janeiro de 1969 o novo plano foi concretizado e a Faculdade iniciou sua trajetória. Funcionando a segunda série em curso intensivo e já com uma terceira série em 1970 está ela fadada a ser vitoriosa.

Para acompanhar andamento tão veloz precisávamos publicar, noticiar e, nada melhor que uma revista para transmitir ao Brasil e particularmente à classe médica o que fazemos e o que pretendemos realizar.

Dai a idéia de reeditarmos nosso Boletim do Hospital Evangélico, agora porém, com nova roupagem, numa revista mais pesada. Assim lançamos hoje o primeiro número do Boletim Médico da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná e do Hospital Evangélico de Curitiba.

Esperamos que agrade. Nele saíram trabalhos do Hospital e também das Cadeiras da Faculdade que já estão produzindo, como o caro leitor poderá constatar.

DR. DANIEL EGG – DIRETOR

Boletim FEMPAR - HEC

Vol. 1 - N. 1 - Março 1970 - Pág. 3

Na parte final do livro há o movimento estatístico de atendimento no Evangélico a indigentes no ano de 1969. Foram atendidas 2.590 pessoas no ambulatório e realizadas 1.068 internações. Ali também foram consignados os valores dos internamentos. O custo de uma diária era de 124.498,40 cruzeiros novos, a moeda vigente de fevereiro de 1967 a maio de 1970. O exame de laboratório 49.539,45 e raio X 18.735,00. Um dólar oficial valia então NCr\$ 4,410.

O Boletim representa importante instrumento narrativo da história da faculdade e do hospital Evangélico e também da trajetória de importantes nomes do exercício da Medicina, não só de Curitiba, mas do país.

ARQUIVOS

do Conselho Regional
de Medicina do Paraná

ISSN 2238 - 2070

